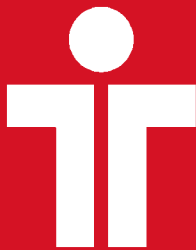


Suplemento 1 - Año 2023

RESÚMENES



REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

ISSN 2591-3387

33° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

20 al 22 de septiembre de 2023

"Cuidando el presente para proteger el futuro"

26° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

25° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

24° Congreso Argentino en Terapia Intensiva Pediátrica

19° Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva

10° Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

10° Jornada de Nutrición en Terapia Intensiva

7° Jornada de Enfermería Neonatal

Organizado por:



www.sati.org.ar

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

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

REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Suplemento 1
Año 2023



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

E-mail
info@sati.org.ar

Web SATI
www.sati.org.ar

Web Revista
revista.sati.org.ar

E-mail Comité Editorial
revista@sati.org.ar

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMISIÓN DIRECTIVA (2021-2023)

Presidente
Guillermo Ricardo Chiappero

Vicepresidenta
María Cristina Orlandi

Secretario
Fernando Gabriel Ríos

Prosecretaria
Mónica Viviana Romero

Tesorera
Susana Beatriz Bauque

Protesorero
Marcelo Fabio Morales

Directora de Publicaciones
Analia Fernández

Directora de Departamento Docencia
Adelina Badolatti

Vocales Titulares
Cecilia Mariana Torre
Gustavo Adolfo Benavent
Daniela Olmos Kutscherauer
Natalia Llanos
Jorge Marcelo Prochasko
Alejandro Javier Siaba Serrate
Alejandro Miguel Rizzo Vázquez
Judith Isabel Sagardía

Vocales Suplentes
Carlos Stoltzing
Leandro Ismael Tumino
Carina Fernanda Tolosa
Héctor José María Álvarez
Mariela Alejandra Velásquez
Norberto Cristian Pozo
Graciela Elizabeth Aguilera
Mariela Allasia

Revisores de Cuentas Titulares
Cecilia Inés Loudet
Mónica Isabel Quinteros
Héctor Antonio Ferraro

Revisores de Cuentas Suplentes
Marco Bezzi
Ernesto Fabián Rodríguez
Silvina Carina Balasini

ÓRGANO DE FISCALIZACIÓN

Directora de Publicaciones
Analia Fernández

Directora de Departamento Docencia
Adelina Badolatti

Vocales Titulares
Mariana Torre
Gustavo Benavent
Daniela Olmos Kutscherauer

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 Gimbernati
2017-2019:
José Luis Golubicki
2019-2021:
Rosa Reina

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones u otros sistemas de información, sin autorización por escrito del titular del Copyright.

Diseño gráfico e hipervinculado: Estudio Fernández & Martínez. E-mail: estfernandezmartinez@gmail.com

[Inicio](#)

[Trabajos Orales](#)

[Discusión de Posters
Electrónicos](#)

[Premios](#)

[Resúmenes](#)

[Índice
de Autores](#)



COMITÉS CIENTÍFICOS

Asuntos Laborales

Gustavo Benavent

Bioética

Analía Occhiuzzi

Certificación y Revalidación

Alejandro Siaba Serrate

CODEACOM

Richard Montano Buitrón

Ecografía en el Paciente Crítico

Fernando Ariel Sosa

Emergentología y Respuesta Rápida Intrahospitalaria

Anatilde Díaz

Enfermería en Cuidados Críticos

Lic. Monica Dailoff

Ética en Investigación

Monica Capalbo

FCCS

Pablo Pardo

Género y Diversidad

Analía Occhiuzzi

Gestión, Control de Calidad y Datos

Nancy Boada

Infectología Crítica

Miriam Blanco

Nefrología Crítica

Nahuel Rubatto Birri

Neonatología Crítica

Liliana Roldán

Neumonología Crítica

Emiliano Gogniat

Neurointensivismo

Héctor Álvarez

Obstetricia Crítica

Mariana Kirschbaum

Oncología Crítica

Viviana Reyes

Reanimación Pediátrica

Marcela Cuartas

Patología Crítica Cardiovascular

Karina Lozano

Patología Digestiva en Pacientes Críticos

Elvis Salcedo Noriega

Pediátrico de Neumonología Crítica

Santiago Esquivel

PFCCS

Silvio Torres

Reanimación y Recuperación Cardio Cerebral

Cristina Orlandi

Recuperación Cardiovascular

Pediátrica y Neonatal

Rafael Fraire

Residentes

Soledad Larramendi

Sedación, Analgesia y Delirium

Sabrina Di Marco

Seguimiento y Rehabilitación

Lic. Carolina Foster

Shock Pediátrico

Javier Ponce

Shock y Sepsis

Bernardo Lattanzio

Soporte Nutricional y Metabolismo

Victoria González

Soporte Vital Extracorpóreo

Sonia Villarroel Mendoza

Trasplante y Procuración de Órganos y Tejidos

José Juri

Trauma

María Gabriela Vidal

Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

Gustavo Benavent

CAPÍTULOS, CONSEJOS Y DEPARTAMENTOS

Capítulo Bioquímico

Fabían Rodríguez

Capítulo Enfermería

Marcelo Fabio Morales

Capítulo Enfermería en Neonatología

Gustavo Sergio Villalba

Capítulo Farmacéutico en Medicina Crítica

Agustina Luconi

Capítulo Kinesiología Intensivista

Emiliano Gogniat

Capítulo Nutrición

Silvia Jereb

Capítulo Pediatría

Gustavo González

Capítulo Veterinario

M.V. María del Carmen La Valle

Consejo de Investigación

Elisa Estenssoro

Consejo Consultivo Asesor

Antonio Gallesio

Departamento Docencia

Adelina Badolati

AUTORIDADES

33° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

PRESIDENTE

Guillermo Chiappero

COMITÉ EJECUTIVO

Coordinadora Nacional

Cristina Orlandi

Presidenta

Silvia Vilca

Vicepresidenta

Roxana Solano

Secretario

Sergio Castillo

Prosecretaria

Marina Singh

Tesorera

Susana Bauqe

Protesorero

Marcelo Morales

Vocales

Octavio Guanca

Gonzalo Rufino

Guadalupe Bohuid

Oscar Muñoz

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinador Nacional

Marcelo Fabio Morales

Presidente

Carlos Pérez Valdez

Vicepresidenta

Mariela Velázquez

Secretario

Patricio Celario

Prosecretario

Rodrigo Rivero

Coordinadora de Talleres

Marina Singh

Vocales

Carina Tolosa

Adriana Perroni

Miguel Salva

Alicia Manzano

Ignacio Arbeloa

JURADO DE PREMIOS

Presidenta

Elisa Estenssoro

Vocal 1

Fernando Palizas

Vocal 2

Cayetano Galleti

REVISIÓN DE TRABAJOS

Fernando Ríos

Cecilia Loudet

Cecilia Pereyra

26° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

Presidente

Rodrigo Rivero

Vicepresidente

Sergio López

Coordinadora Nacional

Mariana Torres

Vocales

José Lozano

Verónica Jiménez

Alejandro Bascary

25° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

Presidente

Marina Busico

Vicepresidente

Matías Accoce

Coordinador Nacional

Gustavo Plotnikov

Vocal

Agustina Quijano

24° Congreso Argentino en Terapia Intensiva Pediátrica

Presidente

Gustavo Ariel González

Vicepresidenta

Sandra Chuchuy

Coordinadora Nacional

Doris Flores

Vocales

Luis Llano

Eugenia Vázquez

19° Jornada Nacional de Bioquímicos en Terapia Intensiva

Presidenta

Ma. del Carmen Iñíguez

Vicepresidenta

Sofía Fernández Collavino

Coordinador Nacional

Fabián Rodríguez

Vocal

Pablo Bianchini

10° Jornada de Farmacéuticos en Terapia Intensiva

Presidente

Matías Cattoni

Vicepresidenta

Agustina Natalia Luconi

Coordinadora Nacional

María José Dibo

10° Jornada de Nutrición en Terapia Intensiva

Presidenta

Milagro Ramón

Vicepresidenta

Alejandra Cenzano

Coordinadora Nacional

Silvia Jereb

Vocal

Patricia Bazán

7° Jornada de Enfermería Neonatal

Presidente

Gustavo Villalba

Vicepresidenta

Mariela Villoldo

Coordinadora Nacional

Vanessa Arzamendia

INVITADOS EXTRANJEROS

33° Congreso Argentino e Internacional de Terapia Intensiva

<i>Sergio Brasil</i>	Brasil
<i>Eduardo Leite Vieira</i>	Brasil
<i>Pablo Cruces</i>	Chile
<i>Alejandro Bruhn Cruz</i>	Chile
<i>Fabio Grill Díaz</i>	Uruguay
<i>Alvaro Fernández</i>	Uruguay
<i>Yolanda López Fernández</i>	España
<i>Daniel Garros</i>	Canadá
<i>Eduarado Kattan</i>	Chile
<i>María Luisa Marocco</i>	Chile
<i>Geert Meyfroidt</i>	Bélgica
<i>Alejandro Rodríguez</i>	España
<i>José María Domínguez Roldán</i>	España
<i>Javier Figueredo Sanabria</i>	Colombia
<i>Sonny Dhanani</i>	Estados Unidos
<i>Daniela Souza</i>	Brasil
<i>Emilio Daniel Valenzuela</i>	Chile
<i>Maya Escobar Vidarte</i>	España
<i>Eduardo Lobatón</i>	Estados Unidos

TRABAJOS ORALES

21/09/2023 - 10:00 a 11:00

TRABAJOS ORALES 01

Analgosedación - 1

AULA 1

- 0059 OPTIMIZACIÓN DE LA ANALGESIA EN CUIDADOS CRÍTICOS**
MJ OCHOA, MA FLORES, E CUNTO, V CHEDIACK, A RODRIGUEZ, G ARÁN, S KRUGLIANSKY, M QUINTEROS
- 0060 OPTIMIZACIÓN DE LA HIPNOSEDACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS**
MJ OCHOA, MA FLORES, E CUNTO, V CHEDIACK, A RODRIGUEZ, G ARÁN, S KRUGLIANSKY, M QUINTEROS
- 0124 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UTI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**
AL MUHLBERGER, JR BARTOLI, MB HEREDIA, M GUERESCHI, F ALVAREZ, J MURTULA, S BERNTHAL, G MARTINI, L CASTILLO
- 0189 GESTIÓN DE LA SEDACIÓN, ANALGESIA Y EL DELIRIO EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE ALTA COMPLEJIDAD**
ME NANNI, MA QUIROGA ENCINAS, MC CERVANTES CONTRERAS, Y SAAD, B DORFMAN, N PISTILLO
- 0411 CARACTERÍSTICAS DEL USO DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES EN INFUSIÓN CONTINUA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**
MR GARDEAZABAL ROSPILOSO, M CÓRDOBA, F MORALES, A CUCCI, I PARODI, F MARTIN, MA BETANCUR, M NUCCIARONE, J VILCA, AL PIÑAS, C LOGIODICE, C LOUDET, C MARCHENA, M GARCIA, F IGLESIAS, J CONDE

20/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 02

Covid-19 - 1

Los NOGALES A

- 0386 VARIABLES DE MECÁNICA RESPIRATORIA EN SUJETOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR COVID-19**
M BEZZI, S BORELLO, M BERTOZZI, R MATTEI, A PILIPEC, A SABRA
- 0404 COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS: DESAFÍOS Y SOLUCIONES**
E CUNTO, C DOMINGUEZ, A RODRIGUEZ, EN LISTA, Y LAMBERTO, N CHACON, E DE VIRGILIO, A RESGUARDO, M FLORES MONTES, R GREGORI SABELLI, P SAUL, V CHEDIACK, L DE VEDIA, GDTC GRUPO DE TRABAJO COVID-19
- 0456 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA DE LA PANDEMIA SARS-COV 2 DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BAHIA BLANCA**
LG DURAN, M PETASNY, NI ZELAYA DE LEON, P ZORZANO OSINALDE, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, AV MILLAN, NA GRASSI, M CRUZ, M OTAMENDI, FE ESPINOZA, AM QUISPE LAIMA
- 0477 COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL USO DEXAMETASONA VERSUS PULSOS DE METILPREDNISOLONA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE POR COVID-19**
M OLMOS, M ESPERATTI, A MIRANDA TIRADO, ME GONZÁLEZ, H KAKISU, J SUAREZ DÍAZ, L STEIN, I SANTOMIL, N FUENTES

20/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 03

Covid-19 - 2

Los NOGALES B

- 0015 LAS HUELLAS DEL DISTRÉS POR COVID, EL POST TERAPIA INTENSIVA UN AÑO DESPUÉS DEL RESPIRADOR**
U ZAYA, A ALISCIONI, Y SALDIVAR, E MINOLDO, P CALCAGNO, N KESSLER, F IRADES, R ALVAREZ, C GALLETTI
- 0073 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN LA EVALUACIÓN DEL RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO CAUSADO POR COVID-19**
G ECHENIQUE, P ASTRADA, M MEDINA, J RIVERA, L HUAQUI-NAO, B PAEZ, L GALLARDO, F FERNANDEZ, R LIGARDA, L URAN-GA, S ZIDARICH
- 0226 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PREDICTORES DE MORTALIDAD DE PACIENTES CON COVID-19 GRAVE DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA**
S DIODATI, DH BAGILET, NS ROCCHETTI, CJ SETTECASE, M RE, SP GATTINO

20/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 04

Ecografia - 1

JACARANDÁ

- 0023 MEDICION DE INDICE DE AGUA EXTRA VASCULAR PULMONAR Y DEL INDICE DE PERMEABILIDAD VASCULAR PULMONAR EN PACIENTES CON SDRA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA**
A FELDMAN, D VARELA, G SIBILA, N TIRIBELLI, M LOMPINZANO, J AGUIRRE, C LOPEZ, M ALIAGA, B DAGLIO, M RENK, A GARCIA, D QUARANTA, R OCHOA, J CAPELLA
- 0037 PUNTUACIÓN DE ULTRASONIDO DE EXCESO VENOSO (PUNTAJUEGO VEXUS) EN LA PREDICCIÓN DE LA LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIORRENAL**
A FELDMAN, G SIBILA, D VARELA, B DAGLIO, N TIRIBELLI, M LOMPINZANO, C BENAY, S FREDES, M ALIAGA, J AGUIRRE, C LOPEZ, A GARCIA, M RENK, R ALVARADO, D QUARANTA, R OCHOA, J CAPELLA
- 0141 EVALUACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA VIRAL**
A FELDMAN, G SIBILA, B DAGLIO, D VARELA, C BENAY, J AGUIRRE, C LOPEZ, N TIRIBELLI, S FREDES, M LOMPINZANO, M ALIAGA, R ALBARADO, A GARCIA, M RENK, D QUARANTA
- 0459 ULTRASONOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA: ENFOQUE MULTISISTÉMICO DEL PACIENTE CRÍTICO**
M ISA

20/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 05

Enfermería - 1

Los ÁLAMOS SUM

- 0001 EVALUACIÓN DEL IMPACTO "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA" EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE EN TERAPIA INTENSIVA - DURANTE EL PERIODO 2020 - 2022**
S GARRO

- 0057 VALORACIÓN DEL VOLUMEN SISTÓLICO Y GASTO CARDÍACO EN PACIENTES CRÍTICOS MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA POR ENFERMEROS ENTRENADOS EN POCUS**
PP VILLAZÓN ALCÓN, RZ FERNANDEZ, JM MODESTO ALEGRE, L BERTORELLO, J ROBERTI, FA SOSA
- 0201 EL SCORE NAS FALLA EN DIMENSIONAR EL RECURSO HUMANO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS**
FJ GUTIERREZ, MA ARIAS, Y SEGOVIA, J LAZARTE, G GARAY, GE MURIAS
- 0464 IMPLEMENTACIÓN DE LISTAS DE VERIFICACIÓN DE CUIDADO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**
SL FERNÁNDEZ, S BOTTAIA, V ROMERO, D MURILLO, L ORTIZ, L VARGAS, S RIOS, R RONCHI, V ARCEAU, J BORGETH, M RUIZ, M VILLACORTA, A CAMIO, I HERRERA, F VALDERRAMA, J VILCA, C LOUDET

20/09/2023 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 06
Gastro y Nutrición - 1
Los Ceibos

- 0022 COMPARACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS COVID 1RA Y 2DA OLA EPIDEMIOLÓGICA. HOSPITAL I. PIROVANO. ARGENTINA**
ML DEFOREL, C BALASINI, Y SANSIÑENA, CDV BARRIOS, C PERETTI
- 0031 ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE INTERNADO: VGS COMO HERRAMIENTA DE VALORACION INICIAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO**
M AYALA, A ENCINA SANCHEZ, F SOTO CAMPOS, A NAZHA, M DIAZ HEREDIA, N ELENA, R ISLA
- 0079 ADECUACIÓN CALÓRICO - PROTEICA EN PACIENTES CON COVID 19 VENTILADOS CON SOPORTE NUTRICIONAL**
A ALISCIONI, V GONZALEZ, U ZAYA, C GALLETTI, P CALCAGNO, Y SALDIVAR, F IRADES, N KESSLER, R ALVAREZ VIZZONI
- 0261 NUTRICM SCORE EN PACIENTES CRITICOS. COMPARACION DE GRUPOS: HIV REACTIVO Y NO REACTIVO**
V FERNÁNDEZ ABELLO, R GREGORI, C DOMINGUEZ, P SAÚL, MB DELLA PAOLERA, M GALINDO, S CÁCERES, Y LAMBERTO, N CHACÓN, J FERNÁNDEZ, N CAMPAGNUCCI, G SANDEZ, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0387 AYUNO CORTO VS. PROLOGANDO EN TRAQUEOSTOMÍAS EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO**
LG DURAN, ME BEILMAN, AN QUIROGA, M CRUZ, MJ OJEDA, F CICCIOI, M PETASNY, VT MALISIA, WE MONRROY MIRO, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, AV MILLAN, NI ZELAYA DE LEON, NA GRASSI, P ZORZANO OSINALDE
- 0430 COMPLICACIONES DE GASTROSTOMÍAS PARA ALIMENTACIÓN EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS**
C PETTOROSSO, MC VIGNETTA, DJR RODRIGUEZ, PB PAHNKE, S PAVAN, MA MONTENEGRO, AD BUJEDO, ME BLESSIO, L MORALES, GL CAPDEVILA, A JUNCOS, V BIGI, LM TRINCHERO

20/09/2023 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 07
Gestión - 1
El Típal

- 0328 VALIDACIÓN DEL SCORE DE APACHE Y CHARLSON PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES EN UCI**
C DISCEPOLA DUET, I HUESPE, A MARTINEZ

- 0332 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DOS SCORE DE MORBILIDAD Y FRAGILIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL DR. CESAR MILSTEIN (PAMI)**
MB VAZQUEZ, CN POZO, RO DOMINGUEZ, CF CHAVEZ, OF FERREIRA ABAN, L SOLIZ, MD ROGGENSACK, N GRUBISSICH, D PINA, J CARDOZO
- 0409 EVOLUCIÓN DE CONSUMOS Y COSTOS DE ANTIBIOTICOS ACCESS, WATCH Y RESERVE EN UNA UCI DE ADULTOS**
M GARCIA SARUBBIO, CI LOUDET, MJ MESCHINI, MA MAZZOLENI, C COLAVITA, V ARAMENDI, A BARBIERI, C PAEZ, V PAZOS, MC MARCHENA, MG SÁENZ, S TAL BENZECRY, J VILCA, D NOR, E FERRARI
- 0417 PERCEPCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN Y LA VIOLENCIA LABORAL EN EL ÁMBITO DE LAS RESIDENCIAS DE LAS DIFERENTES CARRERAS Y ESPECIALIDADES EN UN HOSPITAL PÚBLICO NACIONAL**
J SAGARDIA, MADLM SAENZ VALIENTE, MF GOMEZ, EL MALDONADO, SB SOLIS
- 0437 LA ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA COMO ELECCIÓN DE PROFESIÓN. ENCUESTA DE OPINIÓN A ESTUDIANTES DE GRADO EN UNA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL PAÍS**
C LOUDET, A DUBÍN, E ESTENSSORO, R REINA, F CAMINOS, MG SÁENZ, AL GONZÁLEZ, S TAL BENZECRY, L TUMINO, F IGLESIAS, L MILANESIO, J MONTEFIORE, A MACHADO, GDD CÁTEDRA

20/09/2023 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 08
Infectología - 1
Los Mistletoes

- 0030 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS CATÉTERES VENOSOS DE LÍNEA MEDIA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES**
N PISTILLO, L ESPINOLA, M PAZ, L DUARTE, A VILLAR, M COMAS, J SMAILE
- 0371 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES Y SU IMPACTO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
MA MELLINO, E WARLEY, N VARRENTI, P GIL, G MIGLIORETTI, AK MÁRQUEZ, S KÜLLING, M ROMERO, C ALDERETE, I GOROSITO, G MONJES
- 0378 UTILIDAD DEL FILMARRAY EN BACTERIEMIAS EN PACIENTES CRÍTICOS**
C BALASINI, AV LUGO, A SIRINO, G IRIBARREN, P RODRÍGUEZ, MA TURINA, C GARBASZ, F LUNA, F COSTA, C BARRIOS, F NITTO, M CAPRILES, W ARGANA MONTAN, R CARBALLO OROZCO, P SÁNCHEZ, A ALLER
- 0382 TASA DE INFECCIONES URINARIAS CAUSADAS POR ENTEROBACTERIALES PRODUCTORES DE CARBAPENEMASAS EN UROCULTIVOS DE PACIENTES DE UNIDADES CRÍTICAS DEL HOSPITAL CENTRO DE SALUD. PERIODO ENERO-ABRIL 2023**
C LORCA, C ALFARO, R ROMERO, L AVILA, H TARCHINI BERARDUCCI

20/09/2023 - 13:00 a 14:00
TRABAJOS ORALES 09
Nefrología y Medio Interno - 1
Aula 1

- 0420 USO DE BICARBONATO EN PACIENTES CON SHOCK Y FALLA RENAL**
K LOPEZ PALACIOS, A TRAVERSO, E QUINTEROS, C GONZALEZ, D MASEVICIUS, L CARLOS
- 0428 RIÑÓN HIPERFILTRANTE: UNA PATOLOGÍA FRECUENTE E IMPREDECIBLE.**
A ONTIVEROS, C DIMARCO

- 0442 CARBONATO DE LITIO. ¿ES POSIBLE PREVENIR LA HIPERNATREMIA DEBIDA A ESTE FARMACO?**
N PUMARI, E VELA, I ARANDIA, J SAGARDIA, F LOIACONO, O BALDERRAMA, C ARIAS, M LLORIA
- 0447 INCIDENCIA DE RIÑÓN HIPERFILTRANTE EN PACIENTES POST PROCEDIMIENTO NEUROQUIRÚRGICOS**
JM BERNASCONI, E CORNÚ, EA MANRIQUE, JB RECHENE, RA ÁVILA

20/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 10

Neumonología-Kinesiología - 1

Los SAUCES

- 0400 CONCORDANCIA DE LA P0.1 CUASI DINÁMICA ENTRE UN RESPIRADOR Y UN SIMULADOR. ESTUDIO PRELIMINAR**
D VIOLI, C POZO, JA VACA, SL VAGO ROMERO, C PASCHETTA
- 0401 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO DEMOGRÁFICAS Y VENTILATORIAS DE LOS PACIENTES QUE CURSARON CON DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO Y FUERON VENTILADOS A MENOS DE 6 ML/KG**
GE BLANCO, C MIRANDA, E BRIZUELA, G BRUENTI, J VILLAGRASA, D SALAS, D RODRIGUEZ, M PETRE
- 0403 ESTIMACIÓN QUASI-ESTÁTICA DEL DELTA DE PRESIÓN TRANSPULMONAR A TRAVÉS EL DELTA DE PRESIÓN EN VÍA AÉREA EN SUJETOS CON SDRA VENTILADOS INVASIVAMENTE EN PRESIÓN SOPORTE. ENSAYO CLÍNICO CRUZADO**
J DORADO, J PEREZ, D GILGADO, G CARDOSO, A GARCIA, C MORAN, R BRAGAGNOLO, A VITALE, M BERTOZZI, M ACCOCE
- 0408 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SEGUIMIENTO A 90 DÍAS DE SUJETOS TRAQUEOSTOMIZADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO TRABAR**
F CHELLI, A GARCÍA, P BELLÓN, S BENÍTEZ, S BARREIRO, I GIIACOBBE, MN SOSAYA, C MORAN, S GALLO, MC PERRONE, M RETAMAR, J PITTONI, B SAGARIA, S CAGIDE, S RICO, L LAURENS, GL LANDA, G MAZAL, ME BODNER, M EZCURRA, N BARREIRA AGUIAR, MF BLANCO, P FALCÓN
- 0475 ESCALA MRC DE CUATRO PUNTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO**
M GUTIERREZ CLAS, J MARTINEZ GUARNIERI, B MARIA FLORENCIA, C MARIANA ALEJANDRA

20/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 11

Shock y Sepsis - 1

SALA VIDRIADA

- 0198 ESTADO DE VOLUMEN PLASMÁTICO COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO A COVID 19: ESTUDIO COHORTE RETROSPECTIVO**
L BUJAN MOLINS, J SINNER, E PRADO, IA HUESPE, C MUSSO, N CONTRERA, J CANTOS
- 0230 VALOR PREDICTIVO DE MORTALIDAD DEL TIEMPO DE RELLENO CAPILAR EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN Y QUE REQUIEREN INTERNACIÓN EN UTI**
DP ACOSTA, D VAZQUEZ, N FERMIN PAREDES, A SOLARTE, D MONTANO, G VALVERDE, JL SCAPELLATO, C BERNAL

- 0234 FRACCIÓN DE EYECCIÓN GLOBAL (GEF) ALTERADA EN PACIENTES CON VOLUMEN DIASTÓLICO FINAL GLOBAL INDEXADO(GEDVI) DETERIORADO**
MC GONZALEZ, A TRAVERSO, A GIORDANA, D LATASA, J RODRIGUEZ LOUZAN, L CARLOS
- 0396 EVALUACIÓN DEL USO DEL AZUL DE METILENO EN EL SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO**
MB GARCIA GONZALEZ, JC MONTERROZA, H HUERTA, A MATARRESE, I DANIEL
- 0407 IMPACTO DEL SOSTEN EXTRACORPOREO EN SEPSIS**
R GREGORI SABELLI, V FERNANDEZ ABELLO, C DOMINGUEZ, P SAUL, M GALINDO, N CAMPAGNUCCI, F GIL ZBINDEN, S CACERES, L GONZALEZ, N CHACON, Y LAMBERTO, Y HUARACHI, V CHEDIACK, E CUNTO

21/09/2023 - 11:00 a 12:00

TRABAJOS ORALES 12

Trasplante-Donación - 1

AULA 1

- 0132 COMPARACIÓN DEL REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPÁTICO: COAGULOGRAMA CONVENCIONAL VS ROTEM**
T BERGOGLIO, S VILLARROEL, S GIANNASI, S BAUQUE, I HUESPE, E PRADO
- 0183 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y OXIGENACIÓN EN PACIENTES POTENCIALES DONANTES DE PULMÓN AL DÍA DE LA ABLACIÓN**
ER BRIZUELA, GM BRUNETTI, JM VILLAGRASA, G BLANCO, C MIRANDA, D RODRIGUEZ, D SALAS, M PETRE, P CENTENO
- 0221 HALLAZGOS SONOGRÁFICOS CON DOPPLER TRANSCRA-NEAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MADARIAGA DE LA PROVINCIA DE MISIONES**
I CRUZ MUÑOZ, AE CARRERA, SD RIBAK, NP BARRETO, C CORREIA DA SILVA, R OSTROWSKI, JP ROMERO
- 0432 VALIDACIÓN DEL "RFI SCORE" PARA PREDECIR EL RETRASO EN LA FUNCIÓN DEL INJERTO EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTES RENALES CON DONANTE CADAVERICO**
MA VARGAS, FE KULIK, FN FALCON, RV GIUDICCE, IA ROSSI

21/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 13

Obst-Neurot-Trauma - 1

Los CARDONES A

- 0106 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ACV ISQUÉMICO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES**
LP MARZORATTI, E PAVLIK, CB LOPEZ, ML BRACCINI, FN FALCON, AE PIACENZA, EF KULIK, MA VARGAS
- 0207 RELEVANCIA DIAGNOSTICA ETIOLÓGICA DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO**
MC PALACIO, JC MEDINA, N AGUILAR, V MURILLO, M BECK, FJ VILLALBA, M CHAMADOIRA
- 0235 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD Y EVOLUCIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON TRAUMA CRÁNEO-ENCEFÁLICO GRAVE**
F GARAVELLI, M RE, N ROCCHETTI, F DI PAOLO, B SANCHEZ, M LATIMORI, B MERES, F PIRCHIO, S GATTINO, C SETTECASE, D BAGILET

- 0360 REPORTE DE CASOS: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS LUEGO DE PACKING HEPÁTICO A UTI DEL HOSPITAL SIMPLEMENTE EVITA DE GONZÁLEZ CATÁN.**
EM RODAS MONTERO, E SOLARTE, G IZZO, C ARELLANO, J ANGULO, A RODRIGUEZ, L GONZALES, A VERA, E RODRIGUEZ, K ROBERTO
- 0383 LA DEUDA DE SANGRE SE PAGA CON SANGRE**
GL CAPDEVILA VICENTE, PB PAHNKE, C VIGNETTA, A RAMIREZ JUNCOS, V BIGI, L MORALES, M MONTENEGRO, C PETTOROSSO, L TRINCHERO
- 0423 CARACTERÍSTICAS DE LA HEMODINAMIA CEREBRAL EVALUADA POR DOPPLER TRANSCRANEAL EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GRAVES DEL EMBARAZO**
R GIANNONI, E MARTINEZ, IS GONZALEZ POMPILIO, AM ANTÓN, AG MARIA GABRIELA, S HERRERA, FF GIANNONI, IJ PREVIGLIANO

21/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 14

Va-Cardio-Oncol - 1

Los CARDONES B

- 0353 EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN SUJETOS SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN LA UNIDAD CORONARIA DE LA CLÍNICA PASTEUR EN LA CIUDAD DE NEUQUÉN. ESTUDIO PILOTO**
L BEZZI, M FREDES, F LEZCANO, G FERRO
- 0405 CAUSA POCO USUAL DE HIPONATREMIA SEVER. A PROPOSITO DE UN CASO**
D RIVEROS, L ZELADA, M MARTIN, G CHIAROLLA, M VERA, S ALVAREZ, G SORIA
- 0412 SOBREVIVENCIA DEL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE NORWOOD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL. ANALISIS DE UN PAQUETE DE MEDIDAS**
R FRAIRE, S TORRES, A SIABA, A GUTIERREZ, M LOPEZ DANERI, C KREUTZER, B CHIOSTRI, D KLINGER, A MAYANS, P REYES, A LUGRIN, H FERNANDEZ, T IOLSTER
- 0421 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA VS QUIRÚRGICA, EXPERIENCIA HOSPITALARIA EN CORRIENTES**
JJ NAVOTKA, AN GUTIERREZ, AM OJEDA, J RUIZ DIAZ, A COCERES, L MAIDANA, AF NAVARRO, A AQUINO, MF MENDIETA, S GUERRERO, G VALLEJOS PEREIRA
- 0443 CALIDAD DE VIDA POST TERAPIA INTENSIVA: CUAL ES LA PERSPECTIVA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER**
L PERALTA, W PAREDES ORTEGA, V RODRIGUEZ, F LOIACONO, L MAGNIFICO, R CORELLA CARDENAS, K CUESTA RIOS, S LLERENA CONCARI, J FLEITAS, R PEDEVILLA, L DIAZ BALVE, J SAGARDIA

21/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 15

Gestión - 2

Los NOGALES A

- 0225 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO DE UN CENTRO PRIVADO**
JM STORANI, SB SOLI, GM GARELLI, FA ARANDA, KI DIAZ SAEZ, B DEMARCHI, DS DIAZ, DA ROVIRA
- 0275 APACHE II COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN LA TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS DEL HOSPITAL REGIONAL VICTOR SANGUINETTI DE COMODORO RIVADAVIA DURANTE EL AÑO 2022**
ML MORALES, L RUARTE, M GARCIA, P TABORDA, J ORTEGA, A QUINTEROS, S ROJAS, C FERREYRA, D CARRANZA, N BONETTO, S CARRIZO, J CELIA, M RUIZ, M BUENO

- 0286 INGRESOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS E IMPORTANCIA DE SU RECONOCIMIENTO Y REPORTE**
G VECCHIO
- 0314 FACTORES ASOCIADOS A LIMITACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE UNA TERAPIA INTENSIVA ARGENTINA**
A FERRERO, J GONZALEZ ANAYA, A MASSO, L VALENCIA, I HUESPE, NG GONZALEZ, S VENUTI, F CARINI
- 0316 SATI-Q: 20 AÑOS DE HISTORIA, EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS HACIA EL FUTURO**
MDP ARIAS LOPEZ, AL FERNANDEZ, ME RATTO, A GALLESIO

21/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 16

Pediatría - 1

Los NOGALES B

- 0315 EXPERIENCIA EN EL USO DE LA VASOPRESINA EN SHOCK SÉPTICO**
A COCA SALAZAR, K CINQUEGRANI, L MENTA, A DALZOTTO, F MILORO, J PARDON, F PODESTA
- 0318 ¿DE QUÉ FALLECEN NUESTROS PACIENTES? CAUSAS DE MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. PARTE II**
M CYUNEL, MA FRANCAVILLA, S MAGEE
- 0418 CUIDADOS INTENSIVOS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA**
J CASTRO MENDEZ, A LUGRIN BELLOMO, L FICOSECCO, P REYES, E SELZER, M FAUDA, S TORRES, A SIABA SERRATE, T IOLSTER
- 0426 LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES QUE REQUIEREN TRAQUEOSTOMÍA DURANTE SU ESTADÍA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**
JI SIMONASSI, MT CANZOBRE, VE LOPEZ FIORITO
- 0434 FRACASO DE LA EXTUBACIÓN: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA POLIVALENTE DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA**
G MENDEZ, C SANCHEZ

21/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 17

Neumonología-Kinesiología - 2

Los ÁLAMOS SUM

- 0029 EFICACIA DE DESTETE PROTOCOLIZADO VERSUS NO PROTOCOLIZADO EN TERAPIA INTENSIVA**
HA ARMÁNDOLA, NI CARRIZO, S IZZA, EN DIAZ ROUSSEAU
- 0039 CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES CON SDRA SEGÚN PAO2/FIO2 Y PAO2/FIO2XPEEP Y SU EVOLUCIÓN. ESTUDIO DESCRIPTIVO**
M BOTTO, M MARENDA, O OCCHIUZZI
- 0103 EFECTO DEL USO DE PAUSA TELEINSPIRATORIA Y FLUJOS ELEVADOS SOBRE LA CO2 ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA VENTILADOS INVASIVAMENTE. ESTUDIO PILOTO**
R BRAGAGNOLO, J PÉREZ, G CARDOSO, A VITALE, D GILGADO, S TORRES, W DAVALOS, N VERGOTTINI, A GARCÍA, C MORÁN, M BERTOZZI, A RIVERA, R QUIROGA, A MASSO, J DORADO, M ACCOCE

0165 SELECCIÓN DEL VOLUMEN CORRIENTE EN FUNCIÓN DEL PESO VERSUS LA DRIVING PRESSURE EN PERROS SANOS. RESULTADOS PRELIMINARES

P DONATI, L TARRAGONA, G PLOTNIKOW, A ZACCAGNINI, N NIGRO, A DÍAZ, P OTERO

0362 ECOGRAFIA DIAFRAGMATICA COMO PREDICTOR DE FALLA DEL DESTETE EN VENTILACION MECANICA

EE COLDANI, RM GONZALEZ, L GLADYS, D LOURDES, R ROCIO, B RODRIGO ANIBAL, Z ANGELES CELESTE, R ORNELLA

0177 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO

MA NAVARRO, CV BENÍTEZ

0195 ASIGNACIÓN DE PRIORIDADES DEL TRIAGE DE TRES COLORES EN EL NIVEL HOSPITALARIO: COMPARACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA

IJE FIGUEROA, CE ESPINDOLA, MC OLIVERA

21/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 18

Shock y Sepsis - 2

EL TIPAL

0008 SATURACIÓN VENOSA CENTRAL Y GRADIENTE VENOSA-ARTERIAL DE CO₂ COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN CHOQUE SÉPTICO

AMP GONZABAY CAMPOS, A MORAN PUERTA

0089 EL RECUENTO PLAQUETARIO Y SU CAPACIDAD PREDICTIVA DE MORTALIDAD EN SEPSIS: ¿PUEDE UN DESCENSO RELATIVO SER TAN DETERMINANTE COMO SU RECUENTO ABSOLUTO?

J VILLEGAS, P GINGER, A PABLO, J MAXIMILIANO, I LORENA, P VANINA, K FERNANDO, M MARCOS, L PUERTO

0091 COMPROMISO MIOCÁRDICO EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO: PREDICCIÓN DE MORTALIDAD MEDIANTE ECO-CARDIOGRAFÍA POCUS Y SCORES DE GRAVEDAD

AB PAEZ, LO GALLARDO, GG ECHENIQUE FERNANDEZ, PD AS-TRADA, MDC MEDINA, J RIVERA, L HUAIQUINAO, F FERNANDEZ, R LIGARDA, LJ URANGA, SN ZIDARICH

0164 VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE RESISTENCIA DEL FLUJO ESPLÉNICO EN PERROS HOSPITALIZADOS CON ALTERACIONES CIRCULATORIAS

P DONATI, P OTERO, L TARRAGONA, M MARTÍN FLORES, A DUBIN

21/09/2023 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 20

Pediatría - 2

SALA VIDRIADA

0046 EXPERIENCIA CON EL USO DE ÓXIDO NÍTRICO INHALADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA)

L MENTA, P CASTELLANI, K CINQUEGRANI, A COCA SALAZAR, E PAZ, F MILORO, J PARDON, A DALZOTTO

0097 TELE-UCI DEL HOSPITAL GARRAHAN COMO HERRAMIENTA PARA DISMINUIR EL NÚMERO DE DERIVACIONES EVITABLES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

P ACOSTA, A TEVES ECHAZU, E RODRIGUEZ, L SELVATICI, L LANDRY

0134 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE NIÑOS TRAQUEOTOMIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

MD SANCHEZ, MM MASSARA, A CANEPARI, ML WAMBA, R VERBURG, MX IGLESIAS, M RICCIARDELLI

0192 USO DEL ÓXIDO NÍTRICO EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA PEDIÁTRICA

G GONZALEZ, MDP ARIAS LÓPEZ, GV MORALES, A CAIRNIE

0290 TRAQUEOTOMÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

J PARDON, F MILORO, K CINQUEGRANI, F PODESTA, A DALZOTTO, L MENTA, A COCA SALAZAR, E PAZ, J FASSOLA, M LASSO

21/09/2023 - 12:00 a 13:00

TRABAJOS ORALES 19

Gestión - 3

AULA 1

0013 ESTRATEGIA PARA EVITAR EL COLAPSO SANITARIO DE LA 2DA OLA DE LA PANDEMIA POR SARS COV2 AÑO 2021

JA RAMOS OLIVER, R CHOLE, V COZZI, G FERNANDEZ, R MARTINEZ, M RODRIGUEZ

0171 MORTALIDAD E IMPACTO ECONÓMICO DEL PACIENTE NEURO-CRÍTICO EN UCI

E PEREYRA ZAMORA, MC D'AMICO A., LC CASTRO, A CHANAMPA, J PARODI, V MONROY, RA GOMEZ

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS

20/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 01

Analgosedación - 1

AULA 2

- 0016 FRACASO A LA EXTUBACION POR BLOQUEO NEUROMUSCULAR PROLONGADO SECUNDARIO A DEFICIT DE PSEUDOCOLINESTERASA A PROPOSITO DE UN CASO**
MF LEVERATTO, S COSENZA, D MONARDO, V POUSA, MG CARDONATTI, MI CAZENAVE
- 0239 SEDACIÓN INHALATORIA EN TERAPIA INTENSIVA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS**
C DISCEPOLA, I CARBONI BISSO, G VECCHIO, L NAVARRO, J GONZALEZ ANAYA, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, M LAS HERAS
- 0285 SEDACIÓN INHALATORIA EN TERAPIA INTENSIVA: COMPARACIÓN DE COSTOS CON SEDACIÓN TRADICIONAL**
G VECCHIO, C DISCEPOLA, L NAVARRO, J GONZALEZ ANAYA, I FERNANDEZ CEBALLOS, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS
- 0458 SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO SECUNDARIO A INTOXICACION POR CARBAMAZEPINA**
P MATINEZ MENDEZ, CL HUAYTA VASQUEZ, P ZULETA CHAMBI, A BONILLA ROMERO, L KUMAR

20/09/2023 - 09:00 a 10:00

Discusión de Posters Electrónicos 02

Covid-19 - 1

AULA 2

- 0042 ANALISIS DE LA MORTALIDAD LUEGO DEL ÚLTIMO BROTE PANDEMICO POR COVID-19**
N FUNES NELSON, C CERVANTES, C YUCRA
- 0118 HIPOXEMIA SEVERA EN UN PACIENTE CON DISTRES RESPIRATORIO SECUNDARIO A SARS COV 2 Y OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENO VENOSA . REPORTE DE CASO**
N SANTAGATI, V DURAND, F PALIZAS, CG CHRISTIAN
- 0365 PROPOSITO DE CASO: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE QUE DESARROLLO SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO, SECUNDARIO A INFECCIÓN POR COVID19 CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA LA MISMA**
GE NUÑEZ LLOVERA, L OLLE, A ANTIK, LV LAN, MB GONZALEZ, AM BANEGAS, D NOGALES
- 0384 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A COVID-19. REPORTE DE CASOS**
A BANEGAS, AM BANEGAS, MB GONZALEZ, GE NUÑEZ LLOVERA, D NOGALES, L OLLE, A ANTIK, P CORONADO LUJÁN, V CANTELOS, M CIFUENTES, MM RICHELME
- 0389 EFICACIA DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES ADULTOS COVID POSITIVO EN EL HOSPITAL DR. RAMÓN CARRILLO DE MENDOZA**
M SPOLIANSKY, C REYES, N SÁNCHEZ
- 0402 ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO POR SARS COV-2**
AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA, AM OJEDA, A COCERES, MF MENDIETA, M OCHOA, L MAIDANA, S GUERRERO, A LARROZA, A DA CRUZ, G GARAU, M AUDIZIO, G CORIA, L ANDRADES
- 0460 DISFAGIA SEVERA ASOCIADA SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO POR COVID 19**
M SINGH, E CUGAT JUAREZ, N MARTINEZ

20/09/2023 - 10:00 a 11:00

Discusión de Posters Electrónicos 03

Endócrino-Tóxico-Hemato - 1

AULA 2

- 0146 TROMBOSIS VENOSAS MÚLTIPLES DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA**
F PIRCHIO, B SANCHEZ, B MERES, M LATIMORI, F GARAVELLI, F DIPALO, M RE, N RONCCHETTI, S GATTINO, C SETTECASE, D BAGILET
- 0170 PACIENTE CON RASH CUTÁNEO Y FALLA ORGÁNICA POR SÍNDROME DE DRESS**
F SALUN, C GARLISI, A BIANCHI, N GÖLDY, E GONZALEZ, N ORTIZ, G IZAGUIRRE, L TALAMONTI, S SANCHEZ, G ELIAS
- 0206 COMPLICACIÓN TROMBÓTICA EN EXÉRESIS DE FECROMOCITOMA**
LJ ANTONIOW, D SANCHEZ, M VAZQUEZ, C ARMOA
- 0212 NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA, DESAFÍO INFRECUENTE EN UTI**
A BIANCHI, C GARLISI, F SALUN, MN GOLDY, E GONZALEZ, N ORTIZ, P PAFUNDI, P ROSSO, G IZAGUIRRE, L TALAMONTI, S SANCHEZ ISLA, G ELIAS
- 0227 COMA MIXEDEMATOSO EN CONTEXTO DE ARACNOIDOCÉLE SELAR POR SECUELA DE TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE HIV**
V PAIS, E GUAICHA PULLA, F MEDINA, V GARAÑA, P BALMACEIDA, L SANTORO, A NISHIOKA, C DIANO, V PICOLLA
- 0229 PARADA CARDIACA SECUNDARIA A HIPOTERMIA, UNA RARA COMPLICACION DEL HIPOTIROIDISMO SEVERO**
MG OLAVE AVILA, E ASINARI, A GARCIA, N BUZZI, I BOLLATI, A FURLOTTI
- 0232 FLEGMASIA CERÚLEA DOLENS EN PACIENTE CON AGENESIA DE VENA CAVA INFERIOR. REPORTE DE CASO.**
K VENCE, L MACAGNO, A LESCOANO, N CARRIZO
- 0441 REPORTE DE CASO:SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO QUE PENSAR?**
G LÓPEZ, R SALATINO, S ALVAREZ

20/09/2023 - 11:00 a 12:00

Discusión de Posters Electrónicos 04

Endócrino-Tóxico-Hemato - 2

AULA 2

- 0005 CASO CLÍNICO: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y MANEJO CON PONATINIB EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA Y LEUCOSTACIA PULMONAR**
WA MOSQUERA VANEGAS, DM OTERO, JL ECHEVERRI, LI ACOSTA G, IA HERRERA, OL TOVAR CAPERA
- 0038 TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA**
E GONZALES, I ESPINOZA, D BAUTISTA, M MENDOZA, J GOMEZ, R PATIÑO, M PIAGGIO, L CORO, S PADILLA, R CUETO, L VEIZAGA, P CORRAL, J CASTREZANA, L VINDIGNI
- 0048 COMA MIXEDEMATOSO, LA MAXIMA EXPRESION DEL HIPOTIROIDISMO, A PROPOSITO DE UN CASO**
A TAMAYO, A CORREA, D LACAZE, W LLANOS, R NUÑEZ, ME GONZALEZ
- 0055 A PROPOSITO DE UN CASO TORMENTA TIROIDEA SECUNDARIA A POLITRAUMATISMO EN LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS**
N FUNES NELSON, S JERES, S QUINTANA, C YUCRA, Y MELGAR

0063 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO EN FEMENINA DE 15 AÑOS ABORDAJE INICIAL EN TERAPIA INTENSIVA, REPORTE DE CASO

V REYES, M CASTRO, V LEON, C HERNANDEZ, J QUINTELA, J ROSSINI, C DIOSA, N BOEDO, P BEVIONE, E ANTOLA, F SOTO, S CALVO, G PONNEFZ, J ORDOÑEZ

0082 PRESENTACIÓN CASO DE SÍNDROME DE KARTAGENER
D BAUTISTA, I ESPINOZA, E GONZALES, J GOMEZ, R PATIÑO, M PIAGGIO, L CORO, S PADILLA, R CUETO, L VEIZAGA, P CORRAL, J CASTREZANA, M MENDOZA, L VINDIGNI

0092 Pioderma gangrenoso como manifestación inicial de enfermedad sistémica: Reporte de caso

M CRUZ, N ZELAYA DE LEÓN, M PETASNY, LG DURAN, AV MILLAN, MG MONTENEGRO FERNÁNDEZ, NA GRASSI, P ZORZANO OSINALDE, M OTAMENDI, FE ESPINOZA

0397 ENCEFALITIS DE HASHIMOTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

JB DE TAPIA, DA DEZURKO, M OTAMENDI, FE ESPINOZA, AV MILLAN, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, M CRUZ, NA GRASSI, NI ZELAYA DE LEON, P ZORZANO OSINALDE, M PETASNY, LG DURAN

20/09/2023 - 12:00 a 13:00

Discusión de Posters Electrónicos 05

Endócrino-Tóxico-Hemato - 3

AULA 2

0176 INTOXICACIÓN POR HIDROCARBUROS. A PROPÓSITO DE UN CASO

E MASSA, G REINOSO

0297 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO EN PACIENTE MASCULINO JOVEN. REPORTE DE CASO

M CORONA, C SOTELO, A VIDES, N LLANES, G BOUHID, R RE-TAMBAY, N SARAGUSTI, J MAIDANA, C CARRIZO, MADV RUIZ, R REYNOSO

0322 SINDROME DE RHUPUS ASOCIADO A DISFUNCION MULTIORGANICA: EL DESAFIO DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, USO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

M COZZI, S MARTINEZ, MA BARRIENTOS, IH PETEL, DE VERA

0342 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO BRONQUITIS PLÁSTICA
MB BEJARANO, L IRAZOQUI, E BAEZA, M ENRIQUEZ, L MARTINEZ RIGO, P MEDICI, C MENA, J GONZALEZ RAPANA

0343 ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR SECUNDARIO A HIPEARCTIVIDAD SIMPATICOMIMÉTICA - A PROPÓSITO DE UN CASO

FD VASILE, JJ CÁCERES, MA VEGA, DA SITTONI, RJ BAGNASCO, VN LUNA

0346 ESTADO PROTROMBÓTICO POR INTOXICACIÓN POR COCAÍNA: REPORTE DE CASO

L ZELADA, J GARCIA

0355 MIELITIS TRANSVERSA POR SÍNDROME DE SJÖGREN

MA BETANCUR, AL PIÑAS, J VILCA BECERRA, F MARTIN, MG NUCCIARONE, MR GARDEAZABAL, IM PARODI, F MORALES, M CORDOBA, A CUCCI, JJM CONDE, F IGLESIAS, C LOUDET, S TAL

0356 SINDROME COLINÉRGICO AGUDO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS. REPORTE DE CASO

EGA MILELLA, EY BENITEZ, LC FIGUERERO SALINAS, M MOSQUEDA, LSN GAMARRA, JM MARTINEZ, J BERNACHEA, V GIMENEZ DUARTE, LB COSTA, C PISARELLO, HJM ALVAREZ, JE ALFONSO, P DEL PIANO, CS MIZDRAJI, MD GONZALEZ

20/09/2023 - 14:00 a 15:00

Discusión de Posters Electrónicos 06

Endócrino-Tóxico-Hemato - 4

AULA 2

0065 NEUMONÍA INTERSTICIAL - SÍNDROME ANTISINTETASA: A PROPÓSITO DE UN CASO

LA ZAMORA NAVAS, CS VERA, J JEHU, E MOLINAS

0066 SÍNDROME DE DIFERENCIACIÓN ASOCIADO AL ÁCIDO TRANS RETINÓICO, COMO UNA COMPLICACIÓN PULMONAR SEVERA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA. REPORTE DE CASOS

P ASTRADA, MDC MEDINA, B PAEZ, G ECHENIQUE, L HUAIQUINAO, J RIVERA, L GALLARDO, F FERNÁNDEZ, R LIGARDA, L URANGA, S ZIDARICH

0070 NEUMONITIS LUPICA EN LA UCI

L DE LA ROSA, N GRAZIANI, L GALVAN

0086 HIPERACTIVIDAD SIMPATICA PAROXISTICA. REPORTE DE CASO

F KULIK, A VARGAS, L MARZORATTI, F FALCON, L BRACCINI, C LOPEZ, A PIACENZA, J CIALZETA

0112 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDARIA A RANGO SUPRATERAPEUTICO DE ACENOCUMAROL. A PROPOSITO DE UN CASO

S LUQUES, V ROSSI RIOS, E AGUDO FRANCO

0174 FALLA MULTIORGÁNICA Y NEUMATOSIS PORTAL COMO HALLAZGO SUGESTIVO DE ISQUEMIA INTESTINAL EN INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

FA CASTRO MANGUI, HD VEGA CUADRADO, G MOUJAN, A FERNÁNDEZ, D BIÉNZOBAS, X CASTRO

0424 REPORTE DE CASO: REACTIVACION ENCEFALITIS POR ESPECTRO NMO EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

A CASTILLO

20/09/2023 - 15:00 a 16:00

Discusión de Posters Electrónicos 07

Enfermería - 1

AULA 2

0003 PERSPECTIVA COMUNITARIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

T CATTANEO

0043 CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD CORONARIA ANTE UNA SITUACIÓN DE DELIRIUM

E OLAZAR, G SERVINO

0051 EXPERIENCIAS VIVENCIADAS DE LOS FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SU INTEGRACIÓN AL CUIDADO

RDM TALMA, T ROBETTO, C PERAL

0185 EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS QUE ASISTIERON A PACIENTES CON COVID-19 EN EL HOSPITAL DEL BICENTENARIO DE ITUZAINGÓ

J GONZALEZ

0283 EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL USO DE PUNTAJES PARA MEDIR LA CARGA DE TRABAJO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

G YNSFRAN, N LEMOS, AL FERNÁNDEZ

0372 USO DEL ECÓGRAFO EN LA COLOCACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA Sonda NASOGÁSTRICA

G SANDOVAL, K RIGONATTO

0476 NEUMOPERITONEO POR RUPTURA GÁSTRICA SECUNDARIO A REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

W MONRROY MIRO, M OJEDA, E BEILMAN, V MALISIA, F CICCIOLO

20/09/2023 - 16:00 a 17:00

Discusión de Posters Electrónicos 08

Gastro y Nutrición - 1

AULA 2

- 0032 REPORTE DE CASO: NUTRICIÓN PARENTERAL PARA SOBREVIVIR: FALLA INTESTINAL CRÓNICA**
A ENCINA SANCHEZ, M AYALA, E BETTANCOURTH, F SOTO CAMPOS, A NAZHA, M DIAZ HEREDIA, N ELENA, R ISLA
- 0033 SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN, REPORTE DE CASO CLÍNICO**
R ISLA, A ENCINA SANCHEZ, M AYALA, E BETTANCOURTH, F SOTO CAMPOS, A NAZHA, M DIAZ HEREDIA, N ELENA
- 0107 EMBOLIA AEREA SISTEMICA SECUNDARIA A NEUMATOSIS INTESTINAL**
A FURLOTTI, N BUZZI, M OLAVE, A GARCIA, L PESCE, E ASINARI, I BOLATTI
- 0144 REPORTE DE CASO: FÍSTULA ESOFAGOPLEURAL EXTENSA COMO COMPLICACIÓN DE BALÓN DE SENGSTAKEN BLAKE-MORE: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO**
MM ABBATE, J EPELE, S REYNOSO, V THOMAS, C GODDIO, G SARAVI, M ALARCÓN, C BRANDAN, J CARMINATTI
- 0215 VALORACION DEL RIESGO NUTRICIONAL Y EL TIEMPO DE INICIO DEL SOPORTE ENTERAL EN PACIENTES CRITICOS POR COVID-19, EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA, INTERNADOS EN EL CENTRO REGIONAL HOSPITAL PAPA FRANCISCO**
AR CAMPOS, MS FORSYTH, SM FERNANDEZ, EP LOPEZ
- 0310 REPORTE DE CASO TUMOR DE FRANTZ**
M VILLALOBOS, S PÉREZ, Á VÉLEZ, L VALENCIA, P SILISQUE, E QUISPE, J CONDORI, A PEDRAZAS, J CAMPOS, J QUISPE, P VILLALOBOS, W SOSA
- 0359 HIPOGLUCEMIA RECURRENTE POR HIPERINSULINISMO ENDÓGENO, UN DIAGNOSTICO INFRECLENTE**
DP ACOSTA, E SORAIDE
- 0474 TERAPIA NUTRICIONAL AVANZADA EN PACIENTE CON HIPOGLUCEMIA REFRACTARIA Y POSTOPERATORIO COMPLICADO DE PANCREATECTOMÍA TOTAL**
E BETTANCOURTH, A FUENTES

20/09/2023 - 17:00 a 18:00

Discusión de Posters Electrónicos 09

Infectología - 1

AULA 2

- 0010 ENCEFALITIS POR DENGUE: REPORTE DE 3 CASOS**
M BERDIÑAS ANFUSO, MV GONZALEZ, S SCHVERDFINGER, CG VIDELA, NM CIARROCHI
- 0062 TROMBOCITOPENIA PROFUNDA EN PACIENTE CON INFECCION POR DENGUE**
AN GUTIERREZ, JJ NAVOTKA, AM OJEDA, A COCERES, MF MENDIETA, L MAIDANA, J GOMEZ, M OCHOA, M BORONAT SOSA, C PISARELLO, G SANCHEZ NEGRETE, G CORIA, W GOMEZ SOLIS, S GUERRERO
- 0078 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER POR DELFTIA ACIDOVORANS EN PACIENTE CON COINFECCION POR DENGUE Y SARS COV-2. REPORTE DE CASO**
ME ARTIGAS, A RODRIGUEZ, V CHEDIACK, L DE VEDIA, N LISTA, M FLORES, D DOMINGUEZ, I PRIETO, P SAUL, Y LAMBERTO, Y HUARACHI, C VARGAS, P VELASQUEZ LOPEZ, E CUNTO
- 0104 CETOACIDOSIS DIABETICA Y DENGUE GRAVE, A PROPOSITO DE UN CASO**
MC GUARNACCIA, M GARACHANA, DA ROVIRA
- 0115 DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA EN PACIENTE OBSTÉTRICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**
MV GARAÑA, O GUAICHA, F MEDINA, V PAIS, M BALAUZ, L SANTORO, G HORNUS, J RODRIGUEZ, G RAMOS, C COZZANI

0156 DENGUE EN TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE CASOS

V CHEDIACK, P SAUL, Y LAMBERTO, S CACERES, L GONZALEZ, M GALINDO, MDLM NANO, R GREGORI SABELLI, L DOLDAN, V EMEDE, L MILAR, A PACOVICH, E CORTES, ER CUNTO

0249 HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON DENGUE GRAVE

MS CAPRILES, P SANCHEZ, A ALLER, R CARBALLO OROZCO, A BOBROVSKY, A LUGO, C BALASINI, M MOREYRA, W ARGANA, B VAZQUEZ

0321 FALLA HEPATICA AGUDA FULMINANTE POR DENGUE

MG NUCCIARONE, F MARTÍN, MA BETANCUR, F MORALES, MR GARDEAZABAL, I PARODI, A CUCCI, M CÓRDOBA, C LOGIÓDICE, JIM CONDE, J VILCA, F IGLESIAS, G SAENZ

20/09/2023 - 18:00 a 19:00

Discusión de Posters Electrónicos 10

Infectología - 2

AULA 2

- 0036 REPORTE DE CASO: ENFERMEDAD NEUMOCOCICA INVASIVA**
M BARGAGNA, AS PIGA, CS SENGER
- 0054 PERICARDITIS PURULENTE POR PSEUDOMONA AERUGINOSA EN PACIENTE CON DÉFICIT CONGÉNITO DE INMUNOGLOBULINA A**
AK GONZALEZ SOSA, F PEREZ, G MONTI, C LLERENA, G GAUDENZI, M ROLANDO, K BANZER, J QUIROZ, O FERRUFINO, M MANSUR, K GAMARRA, D PARRAGA, A FERNANDEZ, N MEDINACELI, J PIMENTEL
- 0083 A PROPOSITO DE UN CASO HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA AGUDA SECUNDARIA A QUISTE DE NEUROCISTICERCOSIS SINDROME DE BRUNS**
LM LUPATY, C MERIDA, D SORUCO, C SANCHEZ, D NUÑEZ, D BECERRA, R ALTAMIRANO, R FIGUEROA
- 0087 A PROPÓSITO DE UN CASO: EMPIEMA SUBDURAL**
C SANCHEZ, LM LUPATY, C MERIDA, D SORUCO, D NUÑEZ, R ALTAMIRANO, D BECERRA, K SIVILA, J RIVERA
- 0093 ESTRONGILOIDIASIS COMO CAUSA DE FALLA MULTIORGÁNICA EN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**
N GRASSI, MG MONTENEGRO FERNÁNDEZ, P ZORZANO OSINALDE, N ZELAYA DE LEÓN, VA MILLAN, M CRUZ, M PETASNY, FE ESPINOZA, M OTAMENDI, LG DURAN
- 0121 PERICARDITIS PURULENTE A STREPTOCOCCUS ANGINOSUS**
B MERES, FA PIRCHIO, BA SANCHEZ, M LATIMORI, F GARAVELLI, FR DIPAULO, M RE, NS ROCHETTI, SP GATTINO, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0193 NEUROCISTICERCOSIS PARENQUIMATOSA. REPORTE DE UN CASO**
M CAPRILES, AV LUGO, A SIRINO, R CARBALLO OROZCO, W ARGANA MONTAN, P SÁNCHEZ, B VÁZQUEZ, P FALVO, D DENIS, A VEITIA VALENCIA, A AGUSTÍN, F LUNA, M DI FABIO RIVIERE, C LAWWDANSKY, G SMURRA, C BALASINI
- 0245 A PROPOSITO DE UN CASO PERICARDITIS TUBERCULOSA**
D NUÑEZ, LM LUPATY, D SORUCO, C SANCHEZ, C MERIDA, R ALTAMIRANO, D BECERRA, K SIVILA, W OLGUIN, E ARANCIBIA, I NAVAJAS
- 0246 A PROPOSITO DE UN CASO HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA AGUDA SECUNDARIA A QUISTE DE NEUROCISTICERCOSIS SINDROME DE BRUNS**
LM LUPATY, C MERIDA, D SORUCO, C SANCHEZ, D NUÑEZ, R ALTAMIRANO, D BECERRA

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 11

Infectología - 3

AULA 2

- 0058 NEUMONÍA POR CHLAMYDIA PSITACCI CON REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA MECÁNICA RESPIRATORIA**
BV COCOMELLO, M DIAZ, J BATET, R ECHEGARAY, L ABUSAMRA, B ZAMUDIO, J CARDENAS, L FRANCONIERI, A CULQUICONDOR
- 0161 FASCITIS NECROSANTE SECUNDARIA A STREPTOCOCCO PYOGENES DE RAPIDA EVOLUCION EN PACIENTE DE 17 AÑOS**
MC GUARNACCIA, M GARACHANA, DA ROVIRA, PG URBINATI
- 0172 MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE DE ORIGEN ODONTOGENO POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS**
F PIRCHIO, B SANCHEZ, B MERES, M LATIMORI, F GARAVELLI, F DIPAOLO, M RE, N ROCCHETTI, S GATTINO, C SETTECASE, D BAGILET
- 0179 REPORTE DE UN CASO: TÉTANOS GRAVE EN ADOLESCENTE DE 18 AÑOS, CON CALENDARIO DE VACUNACIÓN INCOMPLETO**
C TORANCIO, V ARIZTIMUÑO, A MANTI, C ARNAUDIN, A PEREZ, Y ADALA, G LORENZETTI, P LUFIEGO, C ORELLANO, N DARGAINS, J MERELES, J GODOY, D GARCIA ESQUIVEL
- 0180 TETANOS EN TERAPIA INTENSIVA: UNA ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE. REPORTE DE CASOS**
Y LAMBERTO, N CHACON, P SAUL, C DOMINGUEZ, R GREGORI SABELLI, JJ VIDELA, S CACERES, A BUENO, CV AMAYA, MDLM NANO, A RODRIGUEZ, G CABRERA, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0259 PELAGRA EN PACIENTE VIH**
R GREGORI SABELLI, V FERNANDEZ ABELLO, S PABLO, S CACERES, Y LAMBERTO, C DOMINGUEZ, L DOLDAN, M GALINDO, L GONZALEZ, N CHACON, C VARGAS, E CORTEZ, P VELAZQUEZ, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0298 BOTULISMO ALIMENTARIO**
ME BOAZZO, A JORA, C COLQUE ESPADA, Y JUCHANY, J GARCIA, MC FARIAS
- 0357 A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMONÍA ATÍPICA GRAVE POR CHLAMYDIA PSITACCI**
MB GONZALEZ, G GABRIELA, M ANA KARINA, A ARIEL ALEJANDRO, PD CORONADO LUJÁN, O LUCIA, AM BANEGAS, GE NUÑEZ LLOVERA, D NOGALES
- 0364 SERIE DE CASOS: NEUMONÍA ATÍPICA POR CHLAMYDIA PSITACCI**
A RODRIGUEZ, C ARELLANO, L GONZALES, A VERA, G IZZO, J ANGULO, E RODAS, E SOLARTE, E RODRIGUEZ

21/09/2023 - 09:00 a 10:00

Discusión de Posters Electrónicos 12

Infectología - 4

AULA 2

- 0208 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA EN MUJER ADULTA**
C GARLISI, F SALUM, N GOLDY, A BIANCHI, E SANCHEZ, N ORTIZ, G IZAGUIRRE, L TALAMONTI, S SANCHEZ, G ELIAS
- 0218 REPORTE DE UN CASO: TAPONAMIENTO CARDIACO POR NOCARDIOSIS SISTÉMICA**
A PEREZ, C PALACIO, J MEDINA, M CHAMADOIRA, E JIMENEZ, C QUINTANILLAS
- 0238 MENINGITIS POST NEUROQUIRÚRGICA POR OCHROBACTRUM ANTHROPI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO**
D ROGGENSACK, L SOLIZ, CF CHAVEZ, F FERREIRA, J CARDOZO, R DOMINGUEZ, MB VAZQUEZ, C POZO, N GRUBISSICH, D PINA

- 0244 A PROPOSITO DE UN CASO PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA**
D NUÑEZ, LM LUPATY, D SORUCO, C MERIDA, C SANCHEZ, R ALTAMIRANO, D BECERRA, K SIVILA
- 0247 A PROPÓSITO DE UN CASO: EMPIEMA SUBDURAL**
C SANCHEZ, D NUÑEZ, C MERIDA, LM LUPATY, D SORUCO, R ALTAMIRANO, D BECERRA, K SIVILA, J RIVERA
- 0248 NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO POR LEGIONELLA. REPORTE DE CASO.**
M DURAND, M OUBIÑA, G MURA, A MARTINEZ
- 0257 SÍNDROME DE WEIL, A PROPÓSITO DE UN CASO**
C LUENGO, E MATIJACEVICH, C LATTANZIO, V LEIVA, MS FACHINAT, J LASSAGA, R VISINTIN, J BAEZ, M FRANCO, M FUENTE, D VILLANI, M MARINO, R RODRIGUEZ, L LEIT
- 0284 NEUMONÍA POR LEGIONELLA**
P SANCHEZ, A LUGO, M TURINO, A ALLER, M CAPRILES, R CARBALLO OROZCO, M RAGAZZOLLI, W ARGANA, M PRIETO, C GARBASZ, F COSTA, L MACCHIAVELLO, C BARRIOS, F NITTO, A SIMINO, L FERNANDO, C BALASINI
- 0363 REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE WEIL**
L GONZALES, E RODAS, C ARELLANO, G IZZO, E SOLARTE, A VERA, A RODRIGUEZ, J ANGULO, G FIGUEROA, Y TALAMAS, V MARTINEZ

21/09/2023 - 10:00 a 11:00

Discusión de Posters Electrónicos 13

Infectología - 5

AULA 2

- 0081 A PROPOSITO DE UN CASO PERICARDITIS TUBERCULOSA**
D NUÑEZ, D SORUCO, LM LUPATY, C MERIDA, C SANCHEZ, D BECERRA, K SIVILA, I NAVAJAS, W OLGUIN, E ARANCIBIA
- 0136 UBICACIÓN INFRECUENTE DE ACTINOMICOSIS**
C ROGGIERO, N RAIMONDI, M ALBARRACIN, P ANTON LLADO, S NAPOLI, C RAVA, L BARRIOS
- 0270 SHOCK SEPTICO POR TUBERCULOSIS DISEMINADA**
AV LUGO, A SIRINO, R CARBALLO OROZCO, M CAPRILES, P SANCHEZ, A ALLER, L MACCHIAVELLO, W ARGANA MONTAN, JM MORALES, M BERMEO, MA TURINA, C GARBASZ, M GUTIERREZ, ML DEFOREL, C BALASINI
- 0271 TERAPIA DE OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA COMO COADYUVANTE DE LESIÓN GRAVE DE PARTES BLANDAS: REPORTE DE CASO**
CV DOMINGUEZ, N CHACON, P SAUL, Y LAMBERTO, S CACERES, MDLM NANO, E CORTEZ, Y HUARACHI, L DOLDAN, C VARGAS, JJ VIDELA, R GREGORI SABELLI, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0278 MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL INFECCION OPORTUNISTA EN PACIENTES INMUNODEFICIENTES**
FC CARRIZO, MADV RUIZ, M CORONA, CM SOTELO, R RETAMBAY, G BOHUID, N SARAGUSTI, N LLANES, A VIDES, J MAIDANA, R REINOSO
- 0292 SÍNDROME DE LEMIERRE**
VA ZEBALLOS
- 0326 SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO SECUNDARIO A MICOSIS SISTÉMICA: PARACOCCIDIOIDOMICOSIS**
M RESSIA, E BARONE, G ROLANDELLI, IH PETEL, DE VERA
- 0369 INTOXICACION POR ISONIACIDA**
M RICARDO, L BENITO MORI, P SHOON, J VOSS, D LAURA, R SALAS, C POZO, J TORRES, MD MONTERO, M BARON, A CASTILLO
- 0394 SÍNDROME DE LEMIERRE: PRESENTACIÓN DE UN CASO**
JJ CÁCERES, FD VASILE, MA VEGA, DA SITTONI, RJ BAGNASCO, NV LUNA

21/09/2023 - 11:00 a 12:00

Discusión de Posters Electrónicos 14

Infectología - 6

AULA 2

- 0026 SINERGISMO SULBACTAM/AVIBACTAM EN INFECCION POR ACINETOBACTER BAUMANNII A PROPOSITO DE UN CASO**
A VELEZ ROMAN, P PRATESI, S COSENZA, ML PEREYRA, W CORNISTEIN, V POUSA, V BRIZUELA, P FALVO
- 0050 PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA POR VIRUS CHIKUNGUNYA EN CUIDADOS CRITICOS. REPORTE DE UN CASO**
Y LAMBERTO, P SAUL, N CHACON, JJ VIDELA, V EMEDE, M GALINDO, L GONZALEZ, MDLM NANO, E VELASQUEZ LOPEZ, A PAVOVICH, ME IBARRA, L MILER, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0135 VIRUELA SIMICA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO**
JJ NAVOTKA, AN GUTIERREZ, MF MENDIETA, JM OCHOA, L MAIDANA, J GOMEZ, AM COCERES, AM OJEDA, G CORIA, M AUDIZZIO, A LARROZA, G GARAU, G SANCHEZ NEGRETE, L ANDRADES
- 0151 ABSCESO CEREBELOSO IZQUIERDO SECUNDARIO A OTITIS MEDIA CRONICA COMPLICADA A PROPOSITO DE UN CASO EN LA TERAPIA INTENSIVA**
M NOEMI, J CARDOZO, F ARANCIBIA, A RODRIGUEZ, S JEREZ, L MONTAÑO, S QUINTANA, D ROMERO, D BARRIENTOS, C CLAROS, W VIDETTA, A MONTES DE OCA, A TAMAYO, S CARABAJAL, B FERNANDEZ, T HUANCA
- 0296 STROKE MALIGNO POR EMBOLIA SÉPTICA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS INFECCIOSA**
Y JUCHANY, C COLQUE ESPADA, A JORA, ME BOAZZO, J GARCIA, D VIDAL, MC FARIAS
- 0302 PLEUROCENTESIS GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA TRANSOSOFÁGICA, EN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO POR NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD**
M ISA
- 0334 ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO A (SGA): REPORTE DE CASO CLINICO**
L RUARTE, L MORALES, M GARCIA, P TABORDA, J ORTEGA, A QUINTEROS, S ROJAS, C FERREYRA, D CARRANZA, N BONETTO, S CARRIZO, J CELIA, M RUIZ, M BUENO, S SOSA, G MAMY, M BERNALDO DE QUIROS, N NICKELS, S ORTIZ
- 0338 TROMBOSIS SÉPTICA DE LA VENA PORTA COMO RARA COMPLICACIÓN DE APENDICITIS AGUDA**
L PESCE BROCHERO, E ASINARI, I BOLLATI, A FURLOTTI, M OLAVE, A GARCIA, AL NISNIK

21/09/2023 - 12:00 a 13:00

Discusión de Posters Electrónicos 15

Infectología - 7

AULA 2

- 0035 ENCEFALITIS DE SAN LUIS A PROPOSITO DE UN CASO**
C LUENGO, MS FACHINAT, E MATIJACEVICH, V LEIVA, C LATTANZIO, R RODRIGUEZ, AD VILLANI, M MARINO
- 0088 IMPACTO DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A CATETER**
F MONSALVE, P PRATESI, J ALVAREZ, W CORNISTEIN, V POUSA, MA SALAS, L NAVARRO, JR CAMPOS, E BELLONE
- 0108 SHOCK SÉPTICO POR RAHNELLA AQUATILIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**
E HIDALGO FREDEZ, D PAEZ, G CHIAPPERO
- 0262 SERIE DE CASOS EN UTI POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS SECUNDARIO A TRAUMATISMOS**
S QUINTANA, A TAMAYO

- 0317 HANG TIME: PROYECTO DE MEJORA PARA LA ADMINISTRACION DE ANTIMICROBIANOS EN SEPSIS**
S PRATESI, P PRATESI, W CORNISTEIN, V POUSA, MJ DIAZ, M SALAS, G MAST, M CARDONATTI
- 0414 PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO COMPLICACIÓN DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ASINTOMÁTICA, REPORTE DE UN CASO**
FR MENDEZ, J CACCIAGUERRA, A BOAGLIO, L OROS, C HERNANDEZ, BG FAREZ
- 0439 NOCARDIOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**
R RETAMBAY LIENDRO
- 0453 NEUMONÍA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE COMPLICADA POR SÍNDROME DE AGLUTININAS FRÍAS**
A BONILLA ROMERO, P ZULETA CHAMBI, CL HUAYTA VASQUEZ, P MARTINEZ MENDEZ, L KUMAR
- 0470 TROMBOSIS DEL SENO CARVENOSO BILATERAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. REPORTE DE CASO**
S CACERES, L GONZALEZ, MDLM NANO, E VELASQUEZ LOPEZ, ME IBARRA, C VARGAS, L DOLDAN, J VIDELA, N CHACON, Y LAMBERTO, C DOMINGUEZ, R GREGORI SABELLI, P SAUL, E CUNTO

21/09/2023 - 14:00 a 15:00

Discusión de Posters Electrónicos 16

Infectología - 8

AULA 2

- 0002 MUCORMICOSIS EN PACIENTE POST COVID 19: REPORTE DE CASOS EN FORMOSA**
GV ROJAS, JM PROCHASKO, GI AGÜERO, ME BRITZ, C CONSIGLIO, RA CONTRERAS, GG GRANBERG, C ANTUNEZ, MA LOPEZ, MA GODOY NAVARRO, AG SANCHEZ
- 0090 CASO CLÍNICO: SÍNDROME UREMICO HEMOLÍTICO**
A PABLO, P GINGER, J MAXIMILIANO, P VANINA, K FERNANDO, M MARCOS, J VILLEGAS, L PUERTO
- 0188 SARS-COV-2 Y DAÑO PULMONAR SEVERO CON ABSCESOS PULMONARES: RESOLUCION PERCUTANEA**
E MINOLDO, P CALCAGNO, C GALLETTI
- 0205 ENVENENAMIENTO POR MEDUSA EN MAR ARGENTINO**
R LOBO HERRERA, M MONTENEGRO, AC DI NUZZO, A OJEDA, D TOLEDO, M CENTURION, J SERENO, C DEGASTALDI, A ORTIZ, E MIKULIC, K UGO
- 0267 SÍNDROME CARDIO PULMONAR POR HANTAVIRUS**
F MARTIN, MA BETANCUR, MG NUCCIARONE, FW MORALES, MR GARDEAZABAL, A CUCCI, M CORDOBA, I PARODI, ML GUTIERREZ, F IGLESIAS, J VILCA, G SAENZ
- 0293 SÍNDROME HEMATOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A HANTAVIRUS**
M VALENTI BRUTTI, P AVILA, A GONZALEZ, L ROZZI, R GIMENEZ, M MALDONADO, O MODOTTI, N ARBELAIS, G TOCALI, U MONTERSERIN, C CANTELI, S LUJAN
- 0320 PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN E INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPEMESA Y METALO-B-LACTAMASA EN UNA UCI DE HOSPITAL UNIVERSITARIO**
F MORALES, MR GARDEAZABAL, I PARODI, M CORDOBA, A CUCCI, F MARTIN, MA BETANCUR, MG NUCCIARONE, ML GUTIERREZ, J VILCA, F IGLESIAS, JJM CONDE, G SAENZ, L TUMINO, C LOUDET
- 0436 SÍNDROME DE BOERHAAVE REPORTE DE UN CASO**
A FLORES SEMPETEGUI

21/09/2023 - 15:00 a 16:00

Discusión de Posters Electrónicos 17
Nefrología y Medio Interno - 1
AULA 2

- 0327 IMPACTO DE LAS DISNATREMIAS AL INGRESO EN LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO**
M GONZALEZ, LF SOLIS, LJ FLORES OJEDA, KV VELAZCO VELAZQUEZ, JE ALFONSO, C PISARELLO, EY BENITEZ, EG MILELLA, M MOSQUEDA, LC FIGUERERO SALINAS, S LAZZERI, CS MIZDRAJI, VD GIMENEZ DUARTE, J BERNACHEA, G SEBASTIAN LUCAS NATHANAEL, JM MARTINEZ AQUINO
- 0345 UNA CAUSA DE ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA: REPORTE DE CASOS**
L ZELADA, J GARCIA
- 0361 REPORTE DE CASO DE ENFERMEDAD DE GOODPASTURE**
KMB DIAZ CARRO
- 0385 DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES CRITICOS A PROPOSITO DE UN CASO**
N ILLESCAS, P PRATESI, A GIRA, A FIGUEROA, G FRAGALE, F LEVERATTO, S CORNEJO
- 0449 SINDROME INTERMEDIO SECUNDARIO A INTOXICACION POR ORGANOFOSFORADO**
CL HUAYTA VASQUEZ, P MARTINEZ MENDEZ, P ZULETA CHAMBI, A BONILLA ROMERO, L KUMAR

21/09/2023 - 16:00 a 17:00

Discusión de Posters Electrónicos 18
Nefrología y Medio Interno - 2
AULA 2

- 0011 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO EN CETOACIDOSIS DIABETICA: PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA**
A LOPIPI, A RAMOS, C LOVESIO
- 0096 SINDROME POST RESECCION TRANSURETRAL DE PROSTATA**
AE CANCHILA DE LA ESPRIELLA, M ROLANDO, G GAUDENZI, G MONTI, K BANZER, J QUIROZ, O FERRUFINO, M MANSUR, D PARRAGA, K GAMARRA, F PEREZ, A FERNANDEZ, A GONZALEZ, J PIMENTEL, N CARLOS
- 0111 EVALUACIÓN DEL ESTADO ÁCIDO-BASE DE PACIENTES AL INGRESO DE LA GUARDIA MÉDICA EN DOS HOSPITALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**
DM ROSELLÓ, MM BERCE, SP SUTERA, SJ CASALE, C ARANDA, HF CERVANTES
- 0140 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y MORTALIDAD EN UTI**
VP LOBO, M ISA, J PEREZ ROMERO, R DILACCIO, R CASAS, F VILLEMUR, M ROTH, D AMAYA
- 0157 UROPERITONEO Y UROTORAX NO TRAUMATICO**
E ARTIGAS, A RODRIGUEZ, N LISTA, E AGUIRRE, R GREGORI, V AU-TERI, E DI VIRGILIO, I PRIETO, D DOMINGUEZ, M FLORES MONTE, G PIOVANO, S SANTILLAN, M CIELICOVSKY, E CUNTO
- 0182 EVALUACIÓN DEL MEDIO INTERNO Y PREVALENCIA DE DISCALEMIAS DE PACIENTES AL INGRESO DE LA GUARDIA DE DOS HOSPITALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**
HF CERVANTES, C ARANDA, SJ CASALE, DM ROSELLÓ, MM BERCE, SP SUTERA
- 0210 SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO: REPORTE DE CASO**
CDR RAVA, L BARRIOS, P ANTÓN LLADÓ, S NAPOLI, C ROGGIERO, M REINOSO ALBARRACÍN, N RAIMONDI

21/09/2023 - 17:00 a 18:00

Discusión de Posters Electrónicos 19
Neurointensivismo - 1
AULA 2

- 0358 UNA VEZ MÁS... EVALUACIÓN DESCRIPTIVA DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS**
CSA CIERI, G VELAZCO, S ÁLVAREZ
- 0419 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LESIONES MULTIPLES EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE FOSA POSTERIOR A PROPOSITO DE UN CASO**
S PRATESI, P PRATESI, P FALVO, F MONSALVE, R ALMANZA, MI CAZZENAVE, A VELEZ ROMAN
- 0450 INFARTO TALAMICO BILATERAL POR OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA DE PERCHERÓN: REPORTE DE CASO**
LF MENDEZ ARRIETA
- 0457 ESTATUS EPILÉPTICO EN PACIENTE CELÍACO: RELATO DE CASO**
C BEROIZA, V MILLAN, J HAIDAR, E BALEANI, K MIRALLES
- 0461 ENCEFALITIS AUTOINMUNE CONTRA RECEPTORES N-METILD-ASPARTATO: LA CLÍNICA SIGUE SIENDO SOBERANA: CASO CLINICO**
N PUMARI, N TEDONE, N BALDERRAMA, S JUAREZ, O BALDERRAMA, E VELA, I ARANDA, H BONGIOANI, J SAGARDIA, F LOIACONO, A SAENZ
- 0466 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN VARÓN JOVEN SECUNDARIO A TRAUMA ENCEFALOCRANEANO**
CA EHLICH ISRAILEV, MDLA MORENO, HM PAZ, ME DE HARO, PS LAZARTE
- 0468 SINDROME DE PERCHERON- INFARTO TALAMICO BILATERAL SINCRONICO**
P ZULETA CHAMBI, A BONILLA ROMERO, CL HUAYTA VASQUEZ, P MARTINEZ MENDEZ, L KUMAR, E QUISPE
- 0469 ACV POR VASCULITIS**
AY BRAÑEZ TORO, J GUTIERREZ, AL LUZZI, J LESCANO

21/09/2023 - 18:00 a 19:00

Discusión de Posters Electrónicos 20
Neurointensivismo - 2
AULA 2

- 0269 HEMORRAGIA SUBARAGNOIDEA AGUDA PERIMESENCEFÁLICA, ENTIDAD POCO FRECUENTE A CONSIDERAR CON ESTUDIOS ANGIOGRAFICOS NEGATIVOS**
S GASPARETTI, LM RODRIGUEZ, E MILIOTO, FP BERTOLETTI
- 0294 TROMBOSIS DE SENO TRANSVERSO: RELATO DE CASO**
V MILLÁN, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, M CRUZ, NA GRASSI, M OTAMENDI, FE ESPINOZA, NI ZELAYA DE LEON, P ZORZANO OSINALDE, M PETASNY, LG DURAN
- 0308 USO DE DISPOSITIVO DIVERSOR DE FLUJO (FSD) PIPELINE PARA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA INTRACRANEAL GIGANTE**
AE GARRIDO, CME ZALAZAR
- 0311 ESTUDIO PRM: PREDICTOR RÁPIDO DE MARCHA EN PACIENTES POST-STROKE**
N QUESTA, LN SANABRIA, LM PASCHETTA, M PETRE, I TORCIDA
- 0323 SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO**
J VOSS, AV LUQUETTI, JI MORENO, J BUCAREY, F FREILE, A AYARDE, D ULUNQUE, M NAHRA, G JACOB

0329 DETECCIÓN DE ESTATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO (SENC) COMO CAUSA DE COMA EN PACIENTE CON TRAUMA DE CRÁNEO MODERADO

JM MARTINEZ AQUINO, HJM ALVAREZ, E ALFONSO, C PISARELLO, SE LAZZERI, J BERNACHEA, VD GIMENEZ DUARTE, LSN GAMARRA, EGA MILELLA, M MOSQUEDA, EY BENITEZ, LC FIGUERERO SALINAS, LB COSTA, LJ OJEDA FLORES, KV VELAZCO VELAZQUEZ, LF SOLIS

0331 REPORTE DE CASO INFARTO ISQUÉMICO BILATERAL A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M VILLALOBOS, S PÉREZ, Á VÉLEZ, P SILISQUE, L VALENCIA, E QUISPE, J CONDORI, A PEDRAZAS, J CAMPOS, P VILLALOBOS, J QUISPE, W SOSA

0339 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES): REPORTE DE UN CASO

JJ MACEIRA SPINELLI

22/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 21

Neurointensivismo - 3

AULA 2

0169 HIPERTENSIÓN MALIGNA Y ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA ASOCIADAS A MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA

M GRAJEDA, S SARQUIS, C DUEÑAS, G NAVIA, M MAJUL, C SOSA

0187 HIDROCEFALIA COMUNICANTE POR SÍNDROME DE FROIN

L FLORES TRUSSO, ML CAMPASSI, D BANEGAS, F REPETTO, G GOMEZ, B TISEYRA, I RAMIREZ, C FAUEZ, N PICARD

0197 COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DE RESECCIÓN TRANSEPTOESFENOIDAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

MP ANTON LLADO, L BARRIOS, S NAPOLI, R CAMILA, R CANDELA, M ALBARRACIN REINOSO, N RAIMONDI

0204 ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CONTRA RECEPTOR NMDA, REPORTE DE CASO CLÍNICO

E GUAICHA, F MEDINA, V PAIS, V GARAÑA, L SANTORO, V PICOLLA, C COZZANI

0209 REPORTE DE CASO: ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR DE CAUSA POCO FRECUENTE EN MUJER JÓVEN

L SEQUEIRA

0213 SCORE DE VISAGE COMO PREDICTOR DEL ÉXITO DE LA EXTUBACIÓN EN PACIENTES NEUROCÍTICOS REPORTE DE CASO

CME ZALAZAR, DE MIÑO, LM BRACCINI, AE PIACENZA, AE GARRIDO

0223 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. REPORTE DE CASOS. DIFERENTES PRESENTACIONES CLINICAS DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

AC BOSQUIAZZO, F VALARÍN, H CONDE, L LOPEZ MACCAN

0251 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

D RODRIGUEZ, A LUZZI, J LESCANO, J GUTIERREZ

22/09/2023 - 09:00 a 10:00

Discusión de Posters Electrónicos 22

Neurointensivismo - 4

AULA 2

0075 VASOPRESINA Y SHOCK NEUROGÉNICO EN UN PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA CON VASOESPASMO CEREBRAL: UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL O UN RIESGO PARA AUMENTAR LA ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA?. REPORTE DE CASO

MC CERVANTES CONTRERAS, LA GATTI

0100 ICTUS ISQUÉMICO POR EMBOLIA AÉREA VENOSA RETRÓGRADA RELACIONADA CON ACTO SEXUAL EN UNA ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

P ACOSTA, J FAIN, S PELLEGRINI, S FILIPPINI, E KENNY, M TRUSKOWSKI, J SELANDARI, M GARCIA

0101 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SECUNDARIO A DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE CARÓTIDA INTERNA. REPORTE DE CASO

E PAVLIK, I ROSSI, C JOSE, P ANGEL, L CLARA

0109 EMPIEMA SUBDURAL- PRESENTACIÓN INFRECUENTE

LI CASTILLO

0123 SÍNDROME DE WALLEBERG SECUNDARIO A DISECCIÓN DE ARTERIA VERTEBRAL POR MANIPULACIÓN CERVICAL

MC PALACIO, C REYES, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, J CAMARGO, O MARTINEZ, F AVILA, A GUTIERREZ, C QUINTANILLAS

0129 ACV ISQUEMICO COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA BIVALVULAR

B MERES, FA PIRCHIO, BA SANCHEZ, M LATIMORI, F GARAVELLI, FR DIPAOLO, M RE, NS ROCHETTI, SP GATTINO, CJ SETTECASE, DH BAGILET

0154 REPORTE DE CASO CLÍNICO: ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-RECEPTOR N-METIL-D-ASPARTATO

R CARBALLO OROZCO, A ALLER, C BARRIOS, C BALASINI, M CAPRILES, P SÁNCHEZ, W ARGANA

0159 ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTIRRECEPTOR DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA): REPORTE DE UN CASO

L BERTORELLO ANDRADE, V ORTEGA

22/09/2023 - 10:00 a 11:00

Discusión de Posters Electrónicos 23

Neurointensivismo - 5

AULA 2

0009 INTOXICACIÓN POR MONOXIDO DE CARBONO

AB CANEDO BERMUDEZ, S BENAVIDES, S PELLO, M ORTIZ, M BALAUZ

0040 HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA POR METASTASIS CEREBRAL DE CARCINOMA EMBRIONARIO

JJ MADERA MERCHÁN, M LANCI, JC MARCHETTI, C HERNANDEZ, MG GUERRERO, N BOEDO, S RAMIREZ, H GOUVEA, M STEINHAUS, N GRUBISICH, P BOSCHINI

0175 SÍNDROME NEUROLEPTICO MALIGNO EN EMERGENCIA. PRESENTACION DE CASO

JD GONZALEZ SANCHEZ, LM LÉPORI, BM MANOUKIAN, AM FERNÁNDEZ, D BIENZOBAS, XG CASTRO

0325 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE MILLER FISHER. A PROPÓSITO DE UN CASO

S MARTINEZ, M COZZI, G ROLANDELLI, IH PETEL, DE VERA

0438 ENFERMEDAD POR PRIONES

P SANCHEZ, C BARRIOS, A LUGO, E FULGENZI, W ARGANA MONTAN, M CAPRILES, R CARBALLO OROZCO, A ALLER, M RAGAZOLLI, A SIRINO, F LUNA, F NITTO, C GRACIELA, F RIOS, ML DEFOREL, C BALASINI

0463 TRATAMIENTO CON ANTIFIBRINOLITICO DE TROMBO EN TRANSITO EN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDO (SAF): CASO CLÍNICO

N PUMARI, L ARGUEYES, J LAPADULA, N BALDERRAMA, W PAREDES, F ACOSTA, P KLEIN

22/09/2023 - 11:00 a 12:00

Discusión de Posters Electrónicos 24

Neurointensivismo - 6

AULA 2

- 0064 CRISIS COMICIALES ASOCIADO A HIPONATREMIA SEVERA SINTOMÁTICA COMO DEBUT DE PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UTI. REPORTE DE UN CASO**
J ALVAREZ, V DURAND, E BELLO, A HERENÚ, G OLARTE, V CAN-
NATELLI, B NATALIO
- 0072 USO DE PLASMAFÉRESIS EN TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN ACV ISQUÉMICO CON TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA: REPORTE DE CASO**
SM PRATI, L BUJAN MOLINS, MV GONZALEZ, M GARBARINI, C
VIDELA, NM CIARROCCHI
- 0133 SÍNDROME DE STIFF: REPORTE DE UN CASO**
S NAPOLI, C AGUILERA, R VILLA, L BARRIOS, P ANTÓN LLADÓ, C
RAVA, C ROGGIERO, M ALBARRACÍN REINOSO, N RAIMONDI
- 0166 ESTATUS EPILEPTICO EN ADULTO MAYOR. UNA SERIE DE CASOS**
A ALIAGA, L ROCHA, F FREILE, R SEGOVIA, N MUICELA, J VOSS,
G JACOB, A LUQUETTI, J MORENO, M NAHRA
- 0168 AUTOLISIS POR ACIDO VALPROICO, A PROPOSITO DE UN CASO**
W LLANOS, A TAMAYO, R NUÑEZ, D LACAZE, C ROJAS, D ALBA-
RRÁN, G ALVAREZ, ME GONZALEZ
- 0173 DEMENCIA POTENCIALMENTE REVERSIBLE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**
MDC PIANGATELLI IVANI, LC PEREZ ILLIDGE, S VEGA, ML OJEDA,
GR PANTOJA, C BALLESTEROS, G TUHAY, LY HADDAD, F KLEIN
- 0341 ENCEFALOPATÍA POR PRIONES**
V SAKURAI, A VARGAS, D POQUECHOQUE, O BALDERRAMA, W
PAREDES, S LLERENA, R GUILLEN, E VELA, A HERNANDEZ
- 0393 FENÓMENO DE MOYA-MOYA: REPORTE DE UN CASO**
C ROGGIERO, L BARRIOS, P ANTON LLADO, S NAPOLI, C RAVA,
M ALBARRACIN REINOSO, N RAIMONDI

22/09/2023 - 12:00 a 13:00

Discusión de Posters Electrónicos 25

Pediatría - 1

AULA 2

- 0367 DENGUE EN PEDIATRÍA: EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LOS CASOS REPORTADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, TUCUMÁN**
MAI BAIS ARJONA, L HUERTA, XL ALURRALDE DIGAN, NA
AYBAR, JC PEDRAZA CORONEL
- 0368 LOXOSCELISMO CUTÁNEO NECRÓTICO**
L IRAZOQUI, MB BEJARANO, E BAEZA JORQUERA
- 0377 IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE ABSTINENCIA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA**
MI NICASTRO, MV LEGUINA, X ALURRALDE, A REARTE, MF JEREZ,
PD JUAREZ, MS OLIVIERI, JC PEDRAZA CORONEL
- 0388 HIPERTENSION PULMONAR SIN CARDIOPATIA ESTRUCTURAL EN PEDIATRIA E IMPORTANCIA DEL POCUS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA. REPORTE DE UN CASO**
C HAJDINJAK, A AVILA, S PALLETTI, L MOROS
- 0433 HIPERPOTASEMIA: ¿DE QUÉ NOS OLVIDAMOS?**
PL BUREU, M SUBIRA
- 0471 ASPERGILOSIS CUTANEA SECUNDARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE REPORTE DE UN CASO**
S ABALOS, D PANTOJA, R BURGOS PRATX, C NIEVA, F MARTINEZ
- 0472 SÍNDROME HEMOFAGOCITICO SECUNDARIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. REPORTE DE CASOS**
S ABALOS

- 0473 BROTE DE DENGUE 2023 EN PEDIATRIA, POLISEROSITIS UNA DE SUS PRESENTACIONES MAS GRAVE EN ORAN - SALTA**
LC ZABALA, X REYNOSO, F CAMPOS, J CORBALAN, J ENRIQUEZ,
P GASPAR, V OLIVERA, R QUIROGA, S TAPIA

22/09/2023 - 14:00 a 15:00

Discusión de Posters Electrónicos 26

Pediatría - 2

AULA 2

- 0231 REPORTE DE CASO: TUMOR ENDOBRONQUIAL, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES T**
AE LOPEZ LAPIRA
- 0268 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DEL TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO GRAVE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE 3ER NIVEL REFERENTE DE TUCUMÁN**
L HUERTA, NA AYBAR, N FERNANDEZ, MV LEGUINA, MS OLIVIERI,
JC PEDRAZA CORONEL
- 0347 REPORTE DE CASO: SHOCK SÉPTICO CON FOCO EN ABSCESO DE PSOAS ILIACO IZQUIERDO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES**
JL SANZ
- 0348 REPORTE DE CASO: TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR Y ARTERIA PULMONAR EN PACIENTE CON SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICORRESISTENTE**
JL SANZ, S TORRES, A SIABA SERRATE, A EXENI, B CHIOSTRI, T
IOLSTER
- 0352 DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DAÑO EXTENSO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ¿CORRESPONDE LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA?**
M CYUNEL, G SOUZA, J VERGES
- 0354 PERICARDITIS CONSTRICTIVA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO**
J GARCIA VALDEZ, A BUSTOS, MDLA ISLAS, MG AVILA BENAVIDES,
M COLOMBO, LA GUTIÉRREZ ORTUÑO, M SARLI

22/09/2023 - 15:00 a 16:00

Discusión de Posters Electrónicos 27

Pediatría - 3

AULA 2

- 0098 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SIMULACIÓN IN SITU EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PARTICIPANTES**
P ACOSTA, S FILIPPINI, R GALLAGHER, J FAIN, M GARCIA
- 0102 ENFERMEDAD DE DEGOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO ASOCIADO A DERMATOMIOSITIS JUVENIL**
E PAZ, L MENTA, C SALAZAR, M FLORENCIA, P JULIETA, D AGUSTINA,
C KARINA
- 0117 IMPACTO DEL PROGRAMA DE TELE-UCI DEL HOSPITAL GARRAHAN: UN PROYECTO COLABORATIVO ENTRE LAS TERAPIAS INTENSIVAS PEDIÁTRICAS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**
A TEVES ECHAZU, P ACOSTA, E RODRIGUEZ, L SELVATICI, L LANDRY
- 0126 DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE CANULACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS APLICANDO UN PROTOCOLO GUIADO DE DECANULACIÓN**
MM MASSARA, MD SANCHEZ, A CANEPARI, ML WAMBA, R VERBURG,
MX IGLESIAS, M RICCIARDELLI

- 0167 EFECTO DIURÉTICO DE LA INFUSIÓN DE ALBÚMINA EN PACIENTES CRÍTICOS CON HIPOALBUMINEMIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**
J CARIDI, L FAURE, E MONTEVERDE, P NEIRA
- 0222 SÍNDROME DE LYELL, MANEJO EN UNA UNIDAD QUEMADOS. A PROPOSITO DE UN CASO**
LM FUENTES GODOY, GP REINOSO, C MONTERO, N TRAMONTI

22/09/2023 - 16:00 a 17:00

Discusión de Posters Electrónicos 28

Neumo-Kinesio - 1

AULA 2

- 0274 EXPERIENCIA DE 12 AÑOS DE LA TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN PACIENTES CRÍTICOS EN TERAPIA INTENSIVA**
L BUJAN MOLINS, M DURAND, C LOCKHART, S VILLARROEL, J GONZÁLEZ ANAYA, L NAVARRO, I FERNÁNDEZ CEBALLOS, M LAS HERAS, I CARBONI BISSO
- 0276 ASOCIACIÓN ENTRE MORTALIDAD Y EL RATIO VENTILATORIO EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES VENTILADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO**
JA GARCIA URRUTIA INCHAUSTEGUI, F PUZZO, JP GÓMEZ, S CAGIDE, G POGGIOLI, L YETMAN, M PEREZ TEVEZ, L DIAZ-BALLVE
- 0277 IMPACTO DE LA HUMIDIFICACIÓN PASIVA Y SU COMPENSACIÓN EN LA VENTILACIÓN Y ESPACIO MUERTO. SERIE DE CASOS. SERIE DE CASOS**
I FERNANDEZ CEBALLOS, J GONZALEZ ANAYA, L NAVARRO REY, E STEINBERG, L BUJAN, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS, M MADORNO, G TUSMAN
- 0287 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE BRONCSCOPISTA EXPERTOS VERSUS BRONCSCOPISTAS EN FORMACIÓN**
J GONZALEZ ANAYA, L NAVARRO REY, I FERNANDEZ CEBALLOS, I CARBONI BISSO, M RAICES, J MONTAGNE, A DIETRICH, D SMITH, M LAS HERAS
- 0313 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES EN ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD. ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL**
DA RODRIGUEZ, G AQUINO, I DEVEIKIS, LD PEREZ, NB LEALES, M PETRE, A SANTANA MACKINLAY
- 0335 COMPORTAMIENTO DEL ÍNDICE DE ENGROSAMIENTO DIAFRAGMÁTICO ANTE DIFERENTES NIVELES DE ASISTENCIA Y SU RELACIÓN CON OTRAS MEDICIONES NO INVASIVAS EN MODO PC-CSV. ESTUDIO FISIOLÓGICO. DATOS PRELIMINARES**
NB LEALES, DA RODRIGUEZ, A SANTANA MACKINLAY, M PETRE, L SANABRIA
- 0351 OXIGENOTERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO PARA LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (FPI), COMO ESTRATEGIA VENTILATORIA AL FINAL DE LA VIDA**
J BERNACHEA, C MIZDRAJI, L COSTA, P CAMILA, J MARTINEZ, V GIMENEZ, L GAMARRA, L OJEDA, E ALFONSO, L FIGUERERO, G MILELLA, M MOSQUEDA, E BENITEZ
- 0390 INSUFICIENCIA VENTILATORIA POR MIOPATIA NECROTIZANTE A PROPOSITO DE UN CASO**
E BELLONE, P PRATESI, D CZERWONKO, C STEER, L BRANCO, A PEREZ DE ANDES, V BRIZUELA
- 0398 SOPORTE VENTILATORIO EN ADULTOS JÓVENES CON NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD CAUSADA POR CHLAMYDIA PSITTACI: REPORTE DE CASOS**
RA PRATTO, CM QUIROGA, RS GOMEZ, G ANTONINI, M LOUSTAU, DN VASQUEZ, J NUÑEZ, N ESCALIER, E WILHELM, A ZURRA, C QUIROGA, E PEREIRA, V GOMEZ, F BIANCHINI

22/09/2023 - 17:00 a 18:00

Discusión de Posters Electrónicos 29

Neumo-Kinesio - 2

AULA 2

- 0017 HIPOXEMIA REFRACTARIA POR NEUMONITIS ASPIRATIVA CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE EXTRACORPÓREO A PROPOSITO DE UN CASO**
MG CARDONATTI, P PRATESI, AR GIRA, MF LEVERATTO, V POUSA, S CORNEJO
- 0021 NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGENICA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
G MARTINI, P DIAZ, JR BARTOLI
- 0053 MULTIPRONO EN PACIENTE CON SDRA EN POLITRAUTISMO**
N FUNES NELSON, S QUINTANA, S JEREZ, C YUCRA
- 0186 HEMORRAGIA ALVEOLAR, LA GRAN SIMULADORA**
S GASPAROTTI, LM RODRIGUEZ, E MILIOTO, FP BERTOLETTI
- 0236 CAMBIOS EN LOS VOLÚMENES PULMONARES DURANTE EL LAVADO BRONCOALVEOLAR SEGÚN LA POSICIÓN DEL PACIENTE EN LA CAMA. SERIE DE CASOS**
LA NAVARRO REY, I FERNANDEZ CEBALLOS, J GONZALEZ ANAYA, J EMS, E STEIMBERG, JM NUÑEZ SILVEIRA, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS, R CORNEJO
- 0237 TOMOGRAFÍA DE IMPEDANCIA ELÉCTRICA DURANTE LA TEST DE APNEA: CPAP VS DESCONEXIÓN TOTAL DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REPORTE DE CASO**
J GONZALEZ ANAYA, I FERNANDEZ CEBALLOS, LA NAVARRO REY, MB HORNOS, N CIARROCCHI, M BERDIÑAS ANFUSO, JM NUÑEZ SILVERIA, CG VIDELA, I CARBONI BISSO, E STEIMBERG, M LAS HERAS
- 0272 VALORACIÓN DE LA MEDICIÓN ECOGRÁFICA DE LA EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA COMO PREDICTOR DE RESULTADOS DE LA EXTUBACIÓN**
KA CASTRO LEON, L URANGA, R LIGARDA, L GALLARDO, S ZIDARICH
- 0281 TÉCNICA CON CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN (TCCA) VS TÉCNICA CON CIRCUITO ABIERTO DE ASPIRACIÓN (TCAA) COMO TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVOS DE MINI BAL**
VP LOBO, D AMAYA, M ROTH, M ISA, J PÉREZ ROMERO, R DILACCIO

22/09/2023 - 18:00 a 19:00

Discusión de Posters Electrónicos 30

Shock y Sepsis - 1

AULA 2

- 0280 NIRS (ESPECTROSCOPIA CERCANA DE INFRARROJO) EN SILEO COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO**
G GARCIA, P CENTENO, G OTERO, J ALDANA, N LEON, M PERDOMO, J GRATEROL, R BARREIRO, M ZEYTUNTSIAN, A MEZZA, M MENDOZA, M LEDEZMA, L SANABRIA, E DUARTE
- 0295 UTILIZACION DE PLASMAFILTRACION ACOPLADA CON ADSORCION EN PACIENTES CRITICOS. REPORTE DE CASOS**
R GREGORI SABELLI, S CACERES, Y LAMBERTO, N CAMPAGNUCCI, L DOLDAN, N CHACÓN, P SAÚL, C DOMÍNGUEZ, J VIDELA, P VELASQUEZ LOPEZ, L GONZALEZ, L MILAR, V CHEDIACK, E CUNTO
- 0392 SÍNDROME SIMILAR A LA ACTIVACIÓN DE MACRÓFAGOS: UN DESAFÍO EN LA SEPSIS**
SS BENAVIDES MARIÑO, G RAMOS, G HORNUS, C COZZANI, V PICOLLA, C TONELLI, B LUCAS, A COUSO, M ORTIZ, SG PELLO, A CANEDO

- 0422 PRESENTACION ATIPICA DE INJURIA HEPATICA POR L-ASPARAGINASA EN LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA (LLA) TIPO T**
DM LAIME QUISPE, N LOPEZ MAMANI, G SANTEYANA CEREZO, L ANTONIOW, F MENDEZ ARRIETA, D SANCHEZ, K BOTANA, M VAZQUEZ, N PISTILLO
- 0445 MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR SHOCK SÉPTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE SALTA EN EL PERIODO 2021-2022**
CM SOTELO, AN VIDES

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 31

Shock y Sepsis - 2

SALA VIDRIADA

- 0067 SHOCK HIPOVOLEMICO EN UN PACIENTE CON COINFECCION POR DENGUE Y VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO. REPORTE DE UN CASO. FORMOSA-ARGENTINA**
MO FERNANDEZ, MA BATUSZKO, A BONTCHEFF MINEFF
- 0076 REPORTE DE CASO: SHOCK OCULTO EN INFECCIÓN GRAVE DE PIEL Y PARTES BLANDAS**
ML PIPOLO, LS AGUILERA ALESSIO, GL VINCENTI
- 0084 A PROPOSITO DE UN CASO PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA**
D NUÑEZ, LM LUPATY, D SORUCO, C SANCHEZ, C MERIDA, D BECERRA, K SIVILA, R ALTAMIRANO
- 0131 SÍNDROME DE LISIS TUMORAL ESPONTANEA ASOCIADO A ACIDOSIS LACTICA TIPO B: ASOCIACION O CASUALIDAD**
A FURLOTTI, I BOLATTI, N BUZZI, L PESCE, M OLAVE, A GARCIA, E ASINARI
- 0200 SÍNDROME DE MAY-THURNER COMO CAUSA DE SHOCK HIPOVOLÉMICO. REPORTE DE CASO**
L BROILO, FI TELLO
- 0202 ENTEROCOLITIS DEL NEUTROPÉNICO Y NEUMATOSIS INTESTINAL: REPORTE DE CASO Y ESTRATEGIAS DE MANEJO EN TERAPIA INTENSIVA**
G NAVIA, J HURTADO, M GRAJEDA, M MAJUL, S SARQUIS, C SOSA

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 32

Trasplante-Donación - 1

AULA 1

- 0080 HEPATOTOXICIDAD RECIDIVANTE POR INTOXICACION O INTENTO AUTOLITICO CON PARACETAMOL**
I ESPINOZA, D BAUTISTA, E GONZALES, J GOMEZ, R PATIÑO, M PIAGGIO, L CORO, S PADILLA, R CUETO, L VEIZAGA, P CORRAL, J CASTREZANA, M MENDOZA, L VINDIGNI
- 0138 REPORTE DE CASO: FALLA HEPÁTICA FULMINANTE SECUNDARIA A CONSUMO DE COCAÍNA**
F MEDINA
- 0184 EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON TRASPLANTE UNIPULMONAR MEDIANTE TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA**
I FERNANDEZ CEBALLOS, M MARCOS, J GONZALEZ ANAYA, LA NAVARRO REY, JM NUÑEZ SILVEIRA, J EMS, I CARBONI BISSO, E STEIMBERG, M LAS HERAS
- 0344 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN EL ABORDAJE DE UN PACIENTE CON SÍNDROME HEPATOPULMONAR. REPORTE DE UN CASO**
M DI GRAZIA, J SALTOS, P BEBER, M ESCOBAR, E STEINBERG, S VILLARROEL, S GIANNASI

- 0350 CORRELACIÓN ENTRE ELECTROENCEFALOGRAMA Y FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL EN EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**
G SOUZA, J VERGES, M CYUNEL, J JURI
- 0379 SÍNDROME DE RENDU OSLER WEBER Y TRASPLANTE HEPÁTICO. REPORTE DE CASO**
A PEREZ FLORES, S VILLARROEL, S GIANASSI, S BAUQUE, V ARDILES, M SERRA
- 0395 FALLA HEPÁTICA FULMINANTE POR HERPES SIMPLE**
J PAUCAR, S VILLARROEL, S GIANNASI
- 0399 MIELINOLISIS PONTINA CENTRAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO. REPORTE DE CASOS**
GY SANTEYANA CEREZO, K BOTANA, BS DORFMAN, DG SANCHEZ, MC CERVANTES C., L ANTONIOW, R AREVILLCA, I PEÑA C

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 33

Trasplante-Donación - 2

Los CEIBOS

- 0007 CELULAS MONONUCLEARES CULTIVADOS DE DONANTE ALOGENICO PARA MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS (CISTITIS HEMORRAGICA GRADO IV Y NEUMONIA GRAVE) EN PACIENTE CON TRASPLANTE ALOGEICO DE MEDULA OSEA**
WA MOSQUERA VANEGAS, JE DUQUE ARBELAEZ, LI ACOSTA G, IA HERRERA, JL ECHEVERRI, DM OTERO
- 0019 FALLO HEPATICO FULMINANTE POR SÍNDROME DE BUDD-CHIARI TUMORAL**
MG OLAVE AVILA, E ASINARI, A GARCIA, N BUZZI, I BOLLATI, A FURLOTTI, L PESCE
- 0147 SOSTEN DE POTENCIAL DONANTE CON HIPOXEMIA REFRACTARIA EN POSICIÓN PRONO**
F ARANCIBIA, B FERNANDEZ, C CLAROS, T HUANCA, A MONTES DE OCA, W VIDETTA, N MONTAÑO, L MONTAÑO, S QUINTANA, S JEREZ, J CARDOZO, A RODRIGUEZ, D ROMERO, D BARRIENTOS, J MORALES, M WILCHES THERÁN
- 0217 MONITOREO HEMODINÁMICO CON CATÉTER EN LA ARTERIA PULMONAR EN TRASPLANTE HEPÁTICO**
DG SANCHEZ, B KARINA, P NESTOR
- 0279 DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA EN DONANTES CON SOPORTE EXTRACORPÓREO (ECMO) DESAFÍO, EXPERIENCIA Y REPORTE DE CASOS**
J VERGES, J JURI, A GOLDFAND, G SOUZA
- 0282 ANÁLISIS AL AÑO DE RIÑONES IMPLANTADOS DE DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA CON CRITERIOS EXPANDIDOS EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES**
LJ OJEDA FLORES, JE ALFONSO, C PISARELLO, H ÁLVAREZ, EA FERNANDEZ DA VEIGA, MR SANABRIA
- 0289 EXPERIENCIA EN DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES CAPITAL: REPORTE DE CASO**
LSN GAMARRA, HJM ALVAREZ, JE ALFONSO, C PISARELLO, VD GIMENEZ DUARTE, JM MARTINEZ AQUINO, J BERNACHEA, EG MILELLA, M MOSQUEDA, LC SALINAS FIGUERERO, EY BENITEZ, LJ OJEDA FLORES, CS MIZDRAJI, SE LAZZERI, L HUESPE GARDEL
- 0300 TRASPLANTE DE ÓRGANOS DE DONANTE FALLECIDOS CON SEROLOGÍA POSITIVAS EN ARGENTINA**
A ANTIK, G HIDALGO, M ANDERS, F PIÑERO, D HANSEN KROGH, V TAGLIAFICHI, M SILVA, L BISIGNIANO, M MENDIZABAL, C SORATTI
- 0307 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS QUE INGRESAN A TERAPIA INTENSIVA**
DV GARZON, L PEREZ ILLIDGE, G URRUTIA, F YOCCO, M ACEVO ACHA, FA MOLINA, L AGUIRRE, F KLEIN

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 34

Obstetricia-Neurot-Trauma - 1

JACARANDÁ

- 0004 ASFIXIA POR INMERSIÓN. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO**
A MASSO, L CARRERAS, N VERGOTTINI, M ACCOCE, R QUIROGA, A RIVERA, L PARAVANO
- 0006 HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN IN-VITRO**
A MASSO, G FUNTOWICZ, G ORTIGUEIRA, A YANZON DE LA TORRE
- 0105 DISECCION DE ARTERIA VERTEBRAL (AV) DE ORIGEN TRAUMÁTICO CASO CLÍNICO**
JA RAMOS OLIVER, E ADÁMOLI, A CARUSO, U ALEGRE, M VILLA, F PERALTA, A VALLEJOS, A CULQUICONDOR, A TORRILLO, C BAEZ, F AMIEVA, MB POLIAN, M SALAZAR, G JOSÉ
- 0163 BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO SECUNDARIA A TRAUMA CERRADO DE TORAX**
BA SANCHEZ, FA PIRCHIO, B MERES, M LATIMORI, F GARAVELLI, FR DIPAULO, MD RE, NS ROCCHETTI, SP GATTINO, CJ SETTECASE, DH BAGILET
- 0288 MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN EL SHOCK ROOM: ¿ES NECESARIA LA HOSPITALIZACIÓN Y REPETIR LA TOMOGRAFÍA DE CEREBRO?**
L MORALES, P PAHNKE, J BRITO, M MONTENEGRO, G CAPDEVILA, V BIGI, A RAMIREZ
- 0440 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDAD TRAUMA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS**
M MONTENEGRO, ZI GALLARDO, PB PAHNKE, MC VIGNETTA, AD BUJEDO, ME BLESSIO, C PETTOROSSO, L MORALES, A RAMIREZ JUNCOS, GL CAPDEVILA, V BIGI, L TRINCHERO
- 0446 TEP CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA EN TRAUMA**
A RAMIREZ JUNCOS, P PAHNKE, V BIGI, G CAPDEVILA, M MONTENEGRO, L MORALES, C PETTOROSSO, L TRINCHERO

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 35

Obstetricia-Neurot-Trauma - 2

EL TIPAL

- 0018 SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A ABORTO ESPONTANEO ACOMPAÑADO CON COMA MIXEDEMATOSO A PROPOSITO DE UN CASO**
D LAFOSSE, N CORNEJO, R QUINTEROS, S RIBOLDI, N DIEZ, D CORDOBA, H PORTILLO, S AGUIRRE, F NARANJO, W LLANOS
- 0027 MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA CAUSANTE DE ARRITMIA VENTRICULAR E INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL EMBARAZO**
A ARCH, A CAHUANA
- 0130 CAVERNOMA SINTOMÁTICO EN MUJER EMBARAZADA DE 19 SEMANAS**
J CITTADINI, M BELLIDO, N SANTAGATI
- 0211 ENFERMEDAD TROFBLASTICA E HIPERTIROIDISMOS**
C GARLISI, F SALUM, N GOLDY, A BIANCHI, E SANCHEZ, N ORTIZ, G IZAGUIRRE, L TALAMONTI, S SANCHEZ, G ELIAS

0263 MOLA HIDATIFORME COMPLETA EN GESTANTE DE 15 SEMANAS CON ECLAMPSIA

J CLAROS IBAÑEZ, AK MARQUEZ, N NAVARRO, A SALGUERO, D MARIANO DA SILVA, P GIL, E COAQUIRA, G MIGLIORETTI, E HUALPA, S KULLING, V PEREGRINA

0333 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO

FE ESPINOZA, M OTAMENDI, M CRUZ, NA GRASSI, MG MONTENEGRO FERNANDEZ, AV MILLAN, NI ZELAYA DE LEON, P ZORZANO OSINALDE, LG DURAN, M PETASNY

0375 SÍNDROME DE ABSORCIÓN INTRAVASCULAR COMO COMPLICACIÓN DE HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA POR SINEQUIAS UTERINAS

M ALCOPA QUIROGA

0406 PLASMAFERESIS Y HELLP

E OLOBARDI, N MOSCILLO, L IWANCYNA, L RISSO, V COGO, A MAZZOLA, D PETRONI, A FERNANDEZ

0467 REQUERIMIENTO DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES CON INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO INTRAHOSPITALARIA

M SINGH, A BALBUENA, S GRAMAJO, ML DILASCIO

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 36

Va-Cardio-Oncol - 1

LOS MISTOLES

0340 EVALUACIÓN DEL USO DE LA VIDEOBRONCOSCOPIA EN LA TERAPIA INTENSIVA

JI MACEIRA SPINELLI, KBM DIAZ CARRO, MC LUGARO

0366 VENTILACIÓN PULMONAR DIFERENCIAL EN UN PACIENTE CON FÍSTULA TRAQUEO PLEURAL. REPORTE DE CASO

LF SOLÍS, MD GONZALEZ, KV VELÁZQUEZ VELAZCO, LJ OJEDA FLORES, C PISARELLO, JF ALFONSO, LB COSTA, CS MIZDRAJI, L HUESPE, H ALVAREZ, S LAZZERI, J BERNACHEA, JM MARTINEZ AQUINO, LS GAMARRA, V GIMENEZ

0370 TRAQUEOSTOMÍA DEFINITIVA POR LESIÓN GRANULOMATOSA

E ARTIGAS, F LAMAS, G ARANCIBIA, D CORTEZ, R DURÉ, L CARMARGO, M PERALTA, N DE GRAZIA, O ORTUÑO, A BRAVO, L MENDEZ, A LARA, L SIBERT, E BAUTISTA

0374 MONITORIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA MEDIANTE PRESIÓN ESOFÁGICA EN LA FUGA AÉREA PERSISTENTE. REPORTE DE UN CASO

DA OTÁLORA LOZANO, C BALLESTEROS, LC PÉREZ ILLIDGE, N PEÑA, J VICENTE, F KLEIN

0416 CATETERISMO CARDIACO EN ECMO, ¿ES POSIBLE?

R FRAIRE, A SIABA, S TORRES, C KREUTZER, B CHIOSTRI, D KLINGER, M LOPEZ DANERI, A GUTIERREZ, T IOLSTER

0427 SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN POP INMEDIATO EN CIRUGIA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCARDICA (CRM). REPORTE DE UN CASO

R GARRIDO FUNES, F FAJARDO, L EBBEKE, D MAURO

0455 MIOCARDITIS EN PACIENTE CON MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA

DM LINO ANDRADE, D LINO, E MOREIRA, R VITELLO, V IGLESIAS, O BALDERRAMA, P KLEIN, J SAGARDIA, F LOAICONO, MJ GAMBAA, A BENITEZ

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 37

Va-Cardio-Oncol - 2

LOS SAUCES

- 0160 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA A PROPOSITO DE UN CASO**
AJ PEREZ DE ANDES, P PRATESI, J BONORINO, S COSENZA, R ALMANZA, E BELLONE, C STEER
- 0228 SINDROME DE TAKOTSUBO EN PACIENTE JOVEN POLITRAUMATIZADO**
M GARACHANA, MC GUARNACCIA, DA ROVIRA, PG URBINATI
- 0241 BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR SECUNDARIO A ABSCESO ANULAR DE VÁLVULA PROTÉSICA AÓRTICA**
S GASPAROTTI, LM RODRIGUEZ, FP BERTOLETTI
- 0255 OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR HERNIA DEL BALÓN DE LA CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA**
G CHIAPPERO, A FALDUTI, ME CATINI, D LITEWKA, F CHIAPPERO
- 0264 ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA**
A ALIAGA, J BUCAREY, A MAMANI, L ROCHA, F FREYLE, R SEGOVIA, N TANEL, M NELSON, A AYARDE, J GUILLERMINA, A LUQUETTI, J MORENO, J VOSS, M NAHRA
- 0265 ROL DEL ESTUDIO ENDOSCÓPICO DE LA DEGLUCIÓN EN LA TERAPIA INTENSIVA**
J GONZALEZ ANAYA, C LOCKHART, L NAVARRO REY, I FERNANDEZ CEBALLOS, I CARBONI BISSO, M LAS HERAS

21/09/2023 - 08:00 a 09:00

Discusión de Posters Electrónicos 38

Va-Cardio-Oncol - 3

LOS ÁLAMOS SUM

- 0077 VALORACION DIARIA DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES**
MH CHAUQUE, D GUANTAY, R MORALES
- 0085 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA EN VIA AERA DE EMERGENCIA. REPORTE DE CASOS**
L BRANCO, P PRATESI, D CZERWONKO, G MAST, V POUSA, MJ CHUQUIN
- 0122 EL DESINFLADO DEL BALÓN DE NEUMOTAPONAMIENTO EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS DURANTE VENTILACIÓN MECÁNICA Y SU IMPORTANCIA EN LA DECANULACIÓN TEMPRANA.REPORTE DE CASOS**
M BURGOS, J SORIA, A ALFARO, N GUEDILLA, C VACAFLOR, AL CHÁVEZ RODO
- 0139 ATEROEMBOLIA MASIVA SECUNDARIA A AORTA SHAGGY O ESPICULOANFRACTUOSA**
MC PALACIO, C QUINTANILLAS, JC MEDINA, M CHAMADOIRA, J CAMARGO, O MARTINEZ, F AVILA, A GUTIERREZ, C REYES, M PATARO
- 0155 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE LA TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA GUIADA POR FIBROBRONCOSCOPIA VS LA TECNICA QUIRURGICA**
D ROMERO, A RODRIGUEZ, W LLANOS, W VIDETTA, A MONTÉS DE OCA, H COLLAZOS, A TAMAYO, F ARANCIBIA, N MONTAÑO, C ROJAS, S QUINTANA, J CARDOZO, S JEREZ, R NUÑEZ, D ALBARRÁN, G ALVAREZ, ME GONZALEZ
- 0309 IMPLANTE TRANSCATER DE VÁLVULA AORTICA COMPLICADO CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO**
AE GARRIDO, CME ZALAZAR, ML BRACCINI, F FALCON, AE PIA-CENZA
- 0336 VIDEOFIBROBRONCOSCOPIA EN TERAPIA INTENSIVA EXPERIENCIA EN CLÍNICA DEL VALLE**
MA SABBATINI

PREMIOS

20/09/2023 - 13:00 a 14:00

Oral Mesa 1

Premio 1

AULA 2

- 0143 INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON REDACCIÓN ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL: ESTUDIO CRAW**
I HUESPE, J ECHEVERRI, A KHALID, I CARBONI BISSO, C MUSSO, S SURANI, V BANSAL, R KASHYAP
- 0220 INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS: GENERANDO SINERGIAS**
V SORIA, M MARQUES, G LEMONNIER
- 0254 GESTIÓN BASADA EN PROCESOS EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE ALTA COMPLEJIDAD**
N PISTILLO, NK WUKITSEVITS, JML DÍAZ, MA HERMIDA, Z SEGUÍ, J SMILE, O FARIÑA, R MATANO
- 0415 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PERSONAS CON CANCER HOSPITALIZADAS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD**
V RODRÍGUEZ, L DIAZ-BALLVE, L PERALTA, F LOIACONO, L MAGNÍFICO, S LLERENA, J SAGARDIA
- 0452 EVALUACIÓN DEL COSTO INCREMENTAL POR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES PRODUCIDAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS**
A BAQUERIZO, P CENTENO, C STREITENBERGER, M BIANCO, G CERVANTES, C SERRA, M LEDESMA, N MORVILLO, Y LARRARTE, M SANCHEZ CUNTO, B CARDOZO, J SARANITTE, J FARINA, C OSUNA

21/09/2023 - 13:00 a 14:00

Oral Mesa 2

Premio 2

AULA 2

- 0028 MORTALIDAD, SECUELAS CLÍNICAS Y CALIDAD DE VIDA LUEGO DEL ALTA DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON COVID-19: ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y DESCRIPTIVO EN CENTROS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA DE BUENOS AIRES**
D VILLALBA, F ARGENTO, M DONATO, M GARCÍA SARUBBIO, A GIMENEZ, A CIAPPONI, F AUGUSTOVSKI
- 0068 DETECCIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR Y NIVELES DE SEDACIÓN POR ENFERMEROS COMO MARCADOR DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS. UN ESTUDIO DE FACILIDAD**
G GARAY, MA ARIAS, J LAZARTE, M MEDRANO, G GONZALEZ, Y SEGOVIA, E CRUZ, S SAC, G MURIAS, M DELLACHIESA

0069 ÍNDICE DE RESISTENCIA RENAL COMO PREDICTOR DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES POST QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL

MDC MEDINA, PD ASTRADA, G ECHENIQUE FERNANDEZ, AB PAEZ, L HUAQUIÑO, J RIVERA, L GALLARDO, FD FERNANDEZ, R LIGARDA, LJ URANGA, SN ZIDARICH

0291 ENSAYO CLÍNICO: SEDACIÓN GUIADA POR BIS EN EL PACIENTE CRÍTICO, EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA PREVALENCIA DE DELIRIUM Y DOSIS DE SEDACIÓN

IA HUESPE, I HUESPE, S GIANNASI, K ACOSTA, D GIUNTA, D AVILA, C ROSELL, M COLOMBO, R MERCEDES ELENA, A RISSO, M WEIGNER, C CAJAL, I COLOMBO, I CARBONI BISSO, F CARINI

0465 ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA POR TÉCNICA DE OCLUSIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR Y ANÁLISIS DE SUS DETERMINANTES

S RODRIGUEZ CALIX, JC PENDINO, JI IBARZABAL, F FIORILLI, WD SACCHI, LR BETTINI, V TORRES

22/09/2023 - 13:00 a 14:00

Oral Mesa 3

Premio 3

AULA 2

0034 LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES TIENEN MAYOR MORTALIDAD Y ESTADÍA MÁS PROLONGADA EN TERAPIA INTENSIVA EN COMPARACIÓN CON SEPSIS SIN BACTERIEMIA

N PISTILLO, L ESPINOLA, A VILLAR, M COMAS, S LAMBERT, J SMILE

0041 VALIDACIÓN DEL SCORE DE HUNT Y HESS COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

MV GONZALEZ, CG VIDELA, I HUESPE, S VENUTI, M BERDIÑAS ANFUSO, S PRATI, N CIARROCCHI

0045 TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CÍRCULO CATOLICO DEL URUGUAY A ANTELO

0094 COMPARACIÓN ENTRE EL COCIENTE RESPIRATORIO MEDIDO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA CON LA RELACIÓN ENTRE LA DIFERENCIA VENOARTERIAL DE PRESIONES DE DIÓXIDO DE CARBONO Y LA DIFERENCIA DE CONTENIDOS ARTERIOVENOSOS DE OXÍGENO EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

FJ GUTIERREZ, M MUGNO, PN RUBATTO BIRRI, N LLOVERA, MJ REBERENDO, SP CHAPELA, VS KANOORE EDUL, GE MURIAS, MO POZO, A DUBIN

0429 MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO.

MM ECHARRI, F RODRÍGUEZ LUCCI, V PUJOL LEREIS, C GONZALEZ, A HLAVNICKA, N WAINSTEIN, S AMERISO

RESÚMENES

0001 EVALUACIÓN DEL IMPACTO "PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DE ENFERMERÍA" EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE EN TERAPIA INTENSIVA - DURANTE EL PERIODO 2020 - 2022

S GARRO(1)

(1) Lagomaggiore - Mendoza

En esta investigación educativa, se mide el grado de impacto que produjo en el periodo 2020 - 2022, el Programa de Capacitación y Docencia Continua para Enfermería (PCCE) en la calidad del desempeño profesional, en servicios de alta complejidad del Hospital "Dr. Luis Lagomaggiore" de la provincia de Mendoza..

En el ámbito de la salud pública, brindar un servicio de calidad permite lograr la salud y el bienestar del paciente y en algunos casos implica salvar vidas.

Objetivo General: • Evaluar el impacto del PCCE del Hospital Luis Lagomaggiore a través de la calidad de atención a pacientes intervenidos en servicios de alta complejidad.

El objetivo fue determinar si este mejora la calidad de las intervenciones profesionales dirigidas a los enfermos internados.

Por lo tanto se definió inicialmente el tipo de investigación que se llevó a cabo y el proceso de selección del instrumento junto a las decisiones que llevaron a elegirlo.

Tipo de investigación: a) Cuantitativa. Hernández Sampieri, (2014) b) Descriptiva: porque tiene como propósito exponer los resultados obtenidos de la evaluación del nivel de "calidad de atención" a los pacientes en los servicios de alta complejidad.

c) Retrospectiva: porque en esta investigación se expondrán resultados de acontecimientos vivenciados por los enfermeros en servicios de alta complejidad, en el Hospital Luis Lagomaggiore.

Conclusiones: Queda demostrado en relación a Mejora Continua, detallada en que si los enfermeros de los servicios de alta complejidad "se adaptan a trabajar con nuevos procesos y tareas", que un 100 % de ellos lo consideró como Muy Bueno.

Otro aspecto a destacar es que observamos en los servicios de alta complejidad del Hospital Luis Lagomaggiore, una vez desarrollado el PCCE, con referencia el indicador denominado "tiene visión a largo plazo y busca oportunidades para llevar a la organización al crecimiento", que el 81 % lo delineó como Muy Bueno y un 19 % lo calificó como Excelente.

0002 MUCORMICOSIS EN PACIENTE POST COVID 19: REPORTE DE CASOS EN FORMOSA

GV ROJAS(1), JM PROCHASKO(1), GI AGÜERO(1), ME BRITZ(1), C CONSIGLIO(1), RA CONTRERAS(1), GG GRANBERG(1), C ANTUNEZ(1), MA LOPEZ(1), MA GODOY NAVARRRO(1), AG SANCHEZ(1)

(1) Hac Pte J D Peron

Introducción: El tratamiento con corticoides podría reducir la mortalidad en pacientes con enfermedad por COVID-19, sin embargo, esta forma de tratamiento, podría aumentar el riesgo de aparición de infección fúngica secundaria. Los factores clásicos de riesgo para la mucormicosis asociada con COVID-19 (MAC) son la diabetes no controlada, la neutropenia, las enfermedades malignas hematológicas, y la utilización de inmunosupresores.

Presentación del caso: Reportamos tres casos de mucormicosis diagnosticados entre junio del 2021 y Julio del año 2022. La forma rinocerebral se diagnosticó en todos, los cuales presentaban Diabetes Mellitus, y uno de ellos concomitantemente estado de inmunodepresión (Trasplante Renal). Todos presentaban lesiones pálidas de fondo necrótico con eritema en bordes, a nivel del paladar blando y en todos se realizó estudios complementarios y se aisló Rizhopus en las muestras quirúrgicas. Todos los casos requirieron UTI, de los cuales 1 falleció y dos sobrevivieron, ambos con discapacidades de importancia.

Discusión: En todos cursando post Covid en un promedio de 15 días a 4 meses, en donde han recibido dosis de corticoides desde su diagnóstico. En estos todos se evidenció la presencia de cerebritis y abscesos cerebrales, requiriendo drenaje de los mismo y anfotericina intratecal y Síndrome de Seno Cavernoso, fueron tratados con anfotericina B liposomal y Posaconazol y en todos se practicó además cirugía extensa de las lesiones, y drenaje de foco. Se enfatizó la importancia de un diagnóstico clínico precoz, en todos hubo sobreinfecciones con gérmenes multirresistentes (Bac Gram-). El tiempo de internación fue de entre 21 y 90 días y en UTI de 13 a 64 días, requiriendo ingreso a quirófano hasta 38 días para toilette, en los 3 casos que requirieron Terapia Intensiva todos han presentado SDMO y ARM.

Conclusión: Creemos que el tratamiento combinado de anfotericina B liposomal utilizada a dosis de 5 mg/kd/d + Posaconazol 400 mg/d junto a la resección quirúrgica amplia y agresiva es necesario para lograr una evolución satisfactoria, asimismo como la sospecha a través de lesiones características; la celeridad en el diagnóstico y tratamiento son marcadores importantes en la morbimortalidad del paciente, así mismo como los factores de riesgo predisponentes asociados.



0003 PERSPECTIVA COMUNITARIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

T CATTANEO(1)

(1) Same Mgp

El presente artículo aborda, a la Unidad de Terapia Intensiva, no como espacio físico sino como territorio donde pacientes, profesionales y familiares se encuentran, habitando en él, diversas problemáticas. Utiliza como matriz epistemológica a la Salud Colectiva, proponiendo cómo pensar y trabajar, desde una perspectiva comunitaria, en el ámbito cotidiano del cuidado crítico.

En primer lugar se analiza el escenario teórico metodológico, donde la práctica es atravesada e influenciada por el enfoque que tenga en su estructura mental el profesional, definiendo el cómo pensar y trabajar. Por un lado el modelo empírico-funcionalista, que no tiene en cuenta las condiciones sociales e históricas, siendo la salud y enfermedad, estados dicotómicos, planteando una mirada biologicista e individualista. Por otro lado, el analítico-histórico trasciende la individualidad, teniendo en cuenta el contexto, concibiendo a la salud y enfermedad como un proceso, determinado por una sucesión de hechos y circunstancias: cultura, género, clase social, entre otros. Un aspecto de importancia, es la

mirada individual versus la mirada sobre el grupo. Del total de la población internada ¿hay aspectos sociales en común?, ¿existen problemáticas compartidas? La perspectiva comunitaria analiza cada individuo como parte de un entramado, interrelacionando los modos de vivir de los usuarios.

En segundo lugar, se plantea el origen del perfil ideológico de los trabajadores, el cual deviene de su formación profesional, construyendo así, las formas de pensar y actuar de los futuros trabajadores. Para pensar en salud de forma comunitaria es necesario la capacidad de reflexión, de deconstrucción de los hábitos rutinarios. Introduce a la micropolítica, como instrumento para reflexionar sobre el lugar específico de cada sujeto, producir vínculos que nacen desde el trabajador y usuario, generando espacios de análisis, formando un entramado interrelacionando los modos de vida.

Concluye que es esencial la reflexión, en función del por qué y para qué, acerca del proceso de trabajo y de la construcción de las prácticas. Son puntos claves la formación de los profesionales y la micropolítica, para que desde los inicios se tengan herramientas para el análisis, y en el cotidiano de la práctica diaria, problematizar, y así pensar la salud en forma colectiva.

0004 ASFIXIA POR INMERSIÓN. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

A MASSO(1), L CARRERAS(1), N VERGOTTINI(1), M ACCOCE(1), R QUIROGA(1), A RIVERA(1), L PARAVANO(1)
(1) Sanatorio Anchorena San Martín.

Introducción: La asfixia por ahogamiento constituye la tercera causa de muerte por traumatismo accidental del planeta.

El buceo en apnea es una actividad que contribuye a las muertes por ahogamiento, se realiza como parte del entrenamiento en nadadores para adaptarse a la privación de oxígeno.

La hiperventilación previa a la inmersión induce hipocapnia y aumenta la capacidad pulmonar total en unos 250 ml, logrando una prolongación de la apnea de hasta 60 segundos.

La falta de estímulo debida al retardo en que la concentración de dióxido de carbono llegue al punto de interrupción de la apnea puede determinar la pérdida de conciencia (secundaria a hipoxia) y consecuente muerte por sumersión. Esto se denomina pérdida de conciencia en aguas poco profundas.

Caso clínico: Masculino de 23 años, sin antecedentes. Ingresa por ahogamiento durante práctica de natación. Fue rescatado y se inició reanimación cardiopulmonar por un minuto con retorno a la circulación espontánea. Al ingreso se realiza intubación orotraqueal por hipoxemia.

Se realiza TC de tórax que evidencia consolidación y broncograma aéreo bilaterales.

Evoluciona con shock distributivo y síndrome de distrés respiratorio agudo. Requiere soporte hemodinámico con vasopresores, ventilación protectora y bloqueantes neuromusculares.

Intercurre con neumonía por SAMR, cumpliendo tratamiento antibiótico con vancomicina.

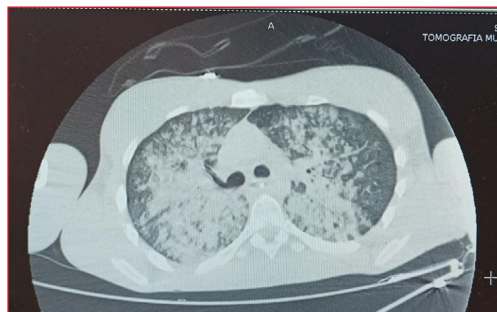
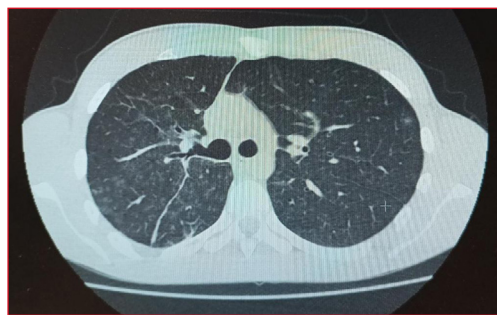
Evolucionó favorablemente y se logró extubar al 6to día de internación con cánula de alto flujo como prevención de falla.

Se externa al día 17 de ingreso, con controles tomográficos que evidencian resolución de los infiltrados.

Discusión: Al igual que en la mayor parte de los casos reportados, nuestro paciente era joven y atleta. Su familia confirmó la realización de hiperventilación pre-inmersión, descartando la existencia de un desencadenante cardíológico o neurológico.

La evolución es buena cuando se instaura un soporte ventilatorio y hemodinámico adecuado, acorde a lo necesario para tratamiento de SDRA y shock distributivo respectivamente.

Conclusión: La pérdida de conciencia en aguas poco profundas y consecuente asfixia por inmersión es una patología que debe sospecharse en pacientes que practican buceo en apnea. Su diagnóstico temprano permite la instauración de un tratamiento oportuno y disminuye la mortalidad.



0005 CASO CLÍNICO: VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA Y MANEJO CON PONATINIB EN PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA Y LEUCOSTACIA PULMONAR

WA MOSQUERA VANEGAS(1), DM OTERO(2), JL ECHEVERRI(2), LI ACOSTA G(2), IA HERRERA(2), OL TOVAR CAPERA(3)
(1) Centro Oncológico Antioquia. (2) Centro Oncológico Antioquia. (3) Sanatorio San Jose.

La leucemia mieloide crónica (LCM) es una enfermedad que hasta el 30% de los casos se presenta de forma asintomática durante mucho tiempo (1-2), La leucostasis es complicación rara pero potencialmente mortal y marcadora de pronóstico en la LMC (3). La leucostasis es una emergencia médica que se caracteriza por sintomatología de hipoperfusión principalmente en pulmón, cerebro, corazón y riñón asociado a hiperleucocitosis (mas de 100.000 células/ml) (4)

Presentación del caso: Masculino de 47 años de edad, con antecedente personal de leucemia mieloide crónica con diagnóstico en 2014, con tratamiento con varias líneas de inhibidores de tirosina kinasa (Imatinib, Nilotinib, Bosutinib, Dasatinib) Consulta por cuadro de 3 días de evolución de disnea y cefalea intensa asociado a hiperleucocitosis con leucocitos en 476.800cel/mm³ y síndrome de lisis tumoral con ac urico de 14.4 se inicia manejo con citarabina subcutánea, hidroxiurea y rasburicasa. Se realizó aspirado de médula ósea que confirma LMC fase acelerada, se reinicia tratamiento con ponatinib. En su estancia evoluciona con desaturación y caída de índices de oxigenación, con requerimiento de cánula de alto flujo y posterior falla al manejo a las 48 horas, aumento del trabajo respiratorio con PaFi 140; se indica intubación orotraqueal; se realizó lavado bronquio-alveolar, sin crecimiento de microorganismos, Galactomanan negativo. Evoluciona con disminución del conteo de leucocitos y mejoría en oxigenación, PaFi 323; se indica extubación a las 72 horas, leucocitos 34.100cel/mm³. se traslada al servicio de hematología.

Discusión: Las manifestaciones clínicas y radiológicas de la leucostasis son difíciles de diferenciar de otras complicaciones infecciosas y hemorrágicas de la leucemia, La falta de criterios clínicos fiables es el mayor problema en el diagnóstico y la investigación clínica de este síndrome, motivo por el cual en la leucostasis pulmonar se debe descartar infecciones o hemorragia alveolar (5,6). El tratamiento de la leucostasis se base en: soporte vital e hidratación, citorreducción, terapia oncológica específica y leucoaféresis. (7)

Conclusión: La leucostasis pulmonar es un diagnóstico de exclusión, el cual se debe sospechar en paciente con hiperleucocitosis asociada a sintomatología respiratoria. Se debe realizar un enfoque diagnóstico e inicio de tratamiento rápido, debido a su alta mortalidad.

0006 HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN IN-VITRO

A MASSO(1), G FUNTOWICZ(1), G ORTIGUEIRA(1), A YANZON DE LA TORRE(1)
(1) Hospital Italiano San Justo

Introducción: La aspiración de óvulos en tratamientos de fertilización in-vitro (FIV) es un procedimiento utilizado desde 1985. Últimamente, ha ganado popularidad debido a su simplicidad y efectividad, convirtiéndose en el tratamiento de elección para la infertilidad en Argentina.

Las complicaciones asociadas al procedimiento son aquellas inherentes a la introducción de un elemento afilado a través de la pared vaginal y dentro del ovario.

Entre las más frecuentes están las hemorragias menores y las infecciones. Sin embargo, también se han reportado sangrados mayores con requerimiento de resolución quirúrgica.

Caso clínico: Paciente de 29 años de edad, sin antecedentes de relevancia, ingresa por dolor abdominal, náuseas y vómitos de 10 horas de evolución.

Refiere estar realizando tratamiento de FIV y que hace 12 horas se le realizó una punción ovárica trans-vaginal para obtención de óvulos. Al examen físico se encuentra taquicárdica, sudorosa y con defensa peritoneal.

Se realiza tomografía de abdomen que evidencia líquido libre y anexos aumentados de tamaño y heterogéneos.

Se decide conducta quirúrgica. Se realizó laparoscopia exploradora que evidenció hemoperitoneo a cuatro cuadrantes. Se aspira abundante cantidad de sangre fresca y coágulos, logrando poner en evidencia un sitio de sangrado arterial activo a nivel de la trompa de Falopio izquierda que se controla con electrocauterio. Se constata vitalidad del útero y anexos, logrando conservar dichas estructuras. Evoluciona favorablemente, con estabilidad hemodinámica y se otorga alta hospitalaria a las 96 horas de su ingreso.

Discusión: El hemoperitoneo post FIV es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave.

Habitualmente, las pacientes cuentan con antecedentes de endometriosis o EPI, sin embargo en nuestra paciente esos antecedentes no estaban presentes.

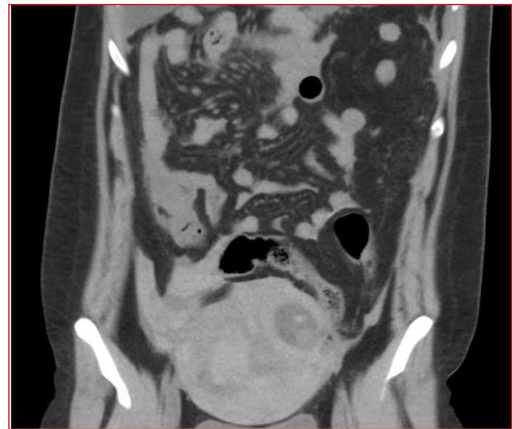
Como en otras hemorragias ginecológicas, la anamnesis resulta fundamental para realizar el diagnóstico, que se confirma con imágenes (ecografía o tomografía).

Al ser una patología grave, se recomienda un manejo agresivo, siendo la cirugía el tratamiento de elección. Aunque el objetivo de la cirugía es el cese hemorrágico, se debe intentar conservar el útero y anexos.

Conclusiones: El hemoperitoneo post tratamiento de FIV es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave.

La anamnesis y las imágenes resultan claves para alcanzar un diagnóstico certero.

Se recomienda un tratamiento quirúrgico para lograr identificar el sitio de sangrado y en primera instancia intentar conservar los órganos pélvicos.



0007 CELULAS MONONUCLEARES CULTIVADOS DE DONANTE ALOGENICO PARA MANEJO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS (CISTITIS HEMORRAGICA GRADO IV Y NEUMONIA GRAVE) EN PACIENTE CON TRANSPLANTE ALOGEICO DE MEDULA OSEA

WA MOSQUERA VANEGAS(1), JE DUQUE ARBELAEZ(2), LI ACOSTA G(3), IA HERRERA(3), JL ECHEVERRI(3), DM OTERO(3)

(1) Centro Oncológico De Antioquia. (2) Centro Oncológico Antioquia-exomas Sas Facultad Biotecnología Universidad Nacional Sede Medellín. (3) Centro Oncológico Antioquia.

Introducción: La infección y la reactivación del citomegalovirus (CMV) en un individuo con trasplante de progenitores de médula ósea alogénico, la mortalidad post trasplante se puede atribuir en un 45 % de los casos a residua y en un 35 % a reactivación o infección viral, principalmente de la familia del herpes virus, como lo es en CMV, esto ocurre principalmente por la falta de células T específicas contra el virus.

Presentación del caso: Masculino de 16 años de edad post trasplante alogénico de células hematopoyéticas el cual presentó reactivación de CMV, presentado cistitis hemorrágica grado IV (requiriendo manejo con lavado vesical catéter doble J y soporte transfusional) y neumonía grave (requirió ventilación mecánica), con una carga viral elevada que no respondió al manejo médico con ganciclovir. Se indica infusión de monocitos alogénicos cultivados del mismo donante de médula ósea, con el objetivo de disminuir la carga viral de CMV. Posterior a la infusión presenta disminución de la viremia y mejoría de la sintomatología urinaria. A las 48 horas de la infusión de monocitos presenta deterioro ventilatorio y progresión de los infiltrados pulmonares con requerimiento de pronación y VMI protectora, se indica manejo con corticoides a altas dosis para manejo de la infiltración linfocitaria pulmonar. con posterior mejoría de los índices de oxigenación y extubación.

Conclusión: La infusión de mononucleares alógenos puede ser una alternativa en pacientes críticos con infección o reactivación de CMV.

0008 SATURACIÓN VENOSA CENTRAL Y GRADIENTE VENOSO-ARTERIAL DE CO₂ COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN CHOQUE SÉPTICO

AMP GONZÁLEZ CAMPOS(1), A MORAN PUERTA(2)
(1) Hospital General Monte Sinai. (2) Hospital IESS Quito Sur

Choque séptico, es una condición letal con varios factores patogénicos y la interpretación basada únicamente en el lactato puede llevar a conclusiones incompletas, por aquello obtener alternativas de evaluación es una meta.

Objetivo: Conocer la confiabilidad de la combinación de saturación venosa central (ScvO₂) conjuntamente con el gradiente venoso-arterial de pCO₂ (Δ pCO₂) como marcador de mortalidad y gravedad.

Materiales y método: Estudio prospectivo, transversal, descriptivo con casos de choque séptico.

Resultados: Se analizaron, 123 pacientes con mortalidad 37.4% en cuidados intensivos y 48% a los 28 días. SOFA ingreso: 11 y 10 puntos a las 48 horas. Posterior a la fase de resucitación, los dividimos en 4 grupos: 1. ScvO₂ <70% Δ pCO₂ \geq 6 mm Hg, 2. ScvO₂ \geq 70% Δ pCO₂ \geq 6 mm Hg, 3. ScvO₂ <70% Δ pCO₂ 70%/ D-pCO₂ < 6 mm Hg) comparado con quienes no lo hicieron presentaron una media de escala SOFA a las 48 horas de: 8.85 +/- 4.65 y 10.78 +/- 4.93 respectivamente con valor p: 0.028. En el análisis de grupos se observó, en el grupo 1 una media de 11.68 +/- 5.3 y grupo 4: 8.85 +/- 4.65 con valor p: 0.03.

Discusión: La combinación de Saturación central y el gradiente venoso-arterial pCO₂ no es un predictor confiable de mortalidad. Pero, puede determinar la progresión de fallos orgánicos a las 48 horas.

0009 INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

AB CANEDO BERMUDEZ(1), S BENAVIDES(1), S PELLO(1), M ORTIZ(1), M BALAUZ(1)
(1) De Agudos Cosme Argerich

Introducción: En Argentina se registran hasta 200 casos letales anuales de intoxicación por monóxido de carbono y más de 5000 casos son notificados al SNVS, aunque se considera que el subregistro es aún mayor. El monóxido de carbono es un gas que no tiene características organolépticas para ser detectado, lo cual dificulta la sospecha diagnóstica en el lugar de exposición. Sin embargo, conocer la clínica y la presencia de una fuente probable son claves para un diagnóstico oportuno. Concentraciones de carboxihemoglobina superiores al 40% aumenta el riesgo de secuelas neurológicas y muerte.

Presentación del caso: Masculino de 74 años, ingresa a guardia desde domicilio, allí se evidencian ornallas prendidas, a modo de calefacción. En coma (escala de coma de Glasgow 6/15), mecánica ventilatoria asincrónica. Se realizó intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Dosaje de carboxihemoglobina con un valor de 42%, asociado acidosis respiratoria severa, y lactacidemia. Continuó con tratamiento con FIO₂ al 100%. Enzimas cardíacas y ECG dentro de límites normales. Ecocardiograma sin alteraciones. TAC de encéfalo sin particularidades TAC de tórax que evidenciaba neumonía de probable causa broncoaspirativa. Carboxihemoglobina a las 24 horas de un valor de 1.3%. Extubación el día 6, con recuperación sin déficit neurocognitivo al alta de terapia intensiva.

Discusión: El monóxido de carbono es una intoxicación frecuente con graves secuelas neurológicas, psiquiátricas y cardíacas, incluyendo el síndrome neurológico tardío. El tratamiento consiste en la administración temprana de oxígeno normobárico con FIO₂ al 100% y, cuando hay indicación, oxígeno hiperbárico. La disponibilidad y los riesgos del traslado fueron los motivos del tratamiento elegido. Si bien este paciente presentaba criterios de cámara hi-

perbárica, esto no fue posible a causa de su entrada en ARM y la imposibilidad de traslado.

Conclusión: La sospecha diagnóstica basada en la clínica, especialmente en pacientes con deterioro del sensorio, síncope, pérdida de conciencia, y la probable fuente son la piedra angular para dar inicio al tratamiento temprano con oxigenoterapia con altas fracciones inspiradas de O₂, ya que las intoxicaciones con monóxido funcionan como entidades simuladoras, con múltiples diagnósticos diferenciales

Existe un alto porcentaje de secuelas neurológicas tardías, lo que obliga a realizar un seguimiento multidisciplinario a largo plazo.

0010 ENCEFALITIS POR DENGUE: REPORTE DE 3 CASOS

M BERDIÑAS ANFUSO(1), MV GONZÁLEZ(1), S SCHVERDFINGER(1), CG VIDELA(1), NM CIARROCHI(1)
(1) Hospital Italiano

Introducción: El dengue es la segunda enfermedad más común transmitida por mosquitos, siendo una amenaza para la salud. En Argentina durante el 2023 se ha reportado un aumento exponencial al compararlo con años previos. Nuestro objetivo es describir tres casos de encefalitis por dengue en el Hospital Italiano.

Casos: Primer paciente hospitalizado por fiebre y desorientación. Laboratorio y tomografía de ingreso normal. Evoluciona con convulsiones tónico-clónicas con posterior status epiléptico refractario. Líquido cefalorraquídeo con hiperproteíorraquia y pleocitosis mononuclear. Rescate negativo para virus habituales, positivo para dengue.

Segundo paciente que ingresa con diagnóstico reciente de dengue, consulta por episodio de desconexión. Evoluciona con crisis tónico-clónica mayor a 5 minutos. Líquido cefalorraquídeo normal. Rescate negativo para virus habituales, positivo para dengue.

Tercer paciente consulta por fiebre y somnolencia. Laboratorio y tomografía de cerebro normales. Líquido cefalorraquídeo evidencia hiperproteíorraquia, glucorraquia normal. Rescate negativo para virus habituales, positivo para dengue.

Discusión: Las manifestaciones de encefalitis por dengue habituales son cefalea, alteración del nivel de conciencia, convulsiones y síntomas conductuales. Nuestros pacientes la han expresado como status convulsivo en los dos primeros casos y como deterioro del estado de conciencia en el tercero. El líquido cefalorraquídeo podría mostrar aumento de proteínas con pleocitosis asociada a glucosa normal como en nuestro segundo paciente ó ligeramente disminuida como en nuestros primer y tercer paciente. Los diagnósticos fueron confirmados por reacción en cadena de polimerasa en líquido cefalorraquídeo.

Conclusión: En contexto de epidemia por dengue en Argentina, debería incluirse al virus dengue dentro de la búsqueda de virus causales de meningoencefalitis.

0011 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO EN CETOACIDOSIS DIABÉTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A LOPIPI(1), A RAMOS(1), C LOVESIO(1)
(1) Sanatorio Parque.

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) es una situación clínica producida por un déficit absoluto o relativo de insulina, caracterizada por un trastorno metabólico que consiste en tres anomalías: hiperglicemia (>250 mg/dl) hipercetonemia, acidosis metabólica (PH: <7,3) (HCO₃: <15 mEq/L, (anión gap +)). La CAD es relativamente frecuente, entre 4,6 y 8 episodios por cada 1000 diabéticos por año. Representa el 9 % de todas las admisiones hospitalarias. Una de sus complicaciones, aunque poco frecuente es el SDRa el cual se define como insuficiencia respiratoria aguda secundaria a edema pulmonar inflamatorio, con aumento de permeabilidad capilar, inundación alveolar e hipoxemia profunda

subsiguiente, asociado a una serie de anomalías clínicas, radiológicas y fisiológicas que no pueden ser explicadas por IC izquierda.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 33 años, diabético tipo 1, traído por servicio de emergencias por presentar cuadro clínico caracterizado por náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea acuosa de 36hs de evolución. Antecedentes; Diabetes tipo 1 insulina requirente desde hace 5 años. Medicación actual; Insulina glargina 33UI pre desayuno y correcciones con Insulina aspártica. Al examen físico paciente impresiona enfermo, confuso Glasgow 14/15 TA: 85/45 mmhg FC:150/min FR: 28/ min T°: 36 °C SPO2: 90% al 0,21 %. El laboratorio al ingreso mostro 44260glóbulos blancos a predominio neutrófilos 80%, hiperglicemia 1162 mg/dl, insuficiencia renal aguda con Cr 2.98 mg/dl , pseudohiponatremia 130mEq/l debido a la hiperglicemia, hiperpotasemia 7,6 mEq/l, cetonemia +++++, severa acidosis metabólica PH 6,9 P_{CO2} 32 HCO₃ 6,5 EB -25,2, presentaba además cuerpos cetónicos en orina sin otros signos inflamatorios en la misma. (Tabla 1). La radiografía al ingreso no mostro lesiones pleuroparenquimatosas agudas (Figura 1 A). Se tomaron hemocultivos por dos y urocultivo en los cuales no se obtuvo desarrollo microbiológico. Se realizó reposición de fluidos cristaloides, bomba de insulina endovenosa y controles periódicos de ionograma sobre todo valores de potasio. En el laboratorio a las 6 horas de iniciado el tratamiento, vemos descenso de glóbulos blancos, de creatinina, descenso de potasio y mejoría del estado ácido base, aunque con persistencia de academia PH 7,11 (Tabla 2). Luego intercorre con mala mecánica ventilatoria e hipoxemia por lo cual se vincula a ventilación no invasiva. El ecocardiograma de ese momento mostraba FEV 60% sin patología estructural ni en flujos analizados con PSAP 35 mmhg. La radiografía mostro infiltrados bilaterales que no se mostraban previamente (Figura 1 B). Por buena evolución se desvincula de ventilación no invasiva cambiando de interfaz a cánula nasal de alto flujo por persistencia de hipoxemia utilizando 45% de FIO₂ y 50 lt de flujo. Al día cuatro de internación mejora clínicamente por lo cual pasa a máscara venturi con 30 % FIO₂, con una radiografía normal (Figura 1 C), además mostramos valores de laboratorio al alta, normalizados (Tabla 3).

Resultados: Se encontraron 4 casos clínicos de distrés respiratorio en cetoacidosis diabética en ausencia de sepsis que fueron analizados en conjunto con el caso presentado. La edad promedio fue de 41 años (DE +/- 9,3). Cuatro fueron de sexo femenino, mientras que sólo uno de ellos masculino. En cuanto al diagnóstico de diabetes al momento del desarrollo de CAD con SDRA, dos presentaban diagnóstico previo de diabetes tipo 1 y uno de ellos de diabetes tipo 2. Los dos restantes no tenían diagnóstico de diabetes. La glucemia promedio al ingreso fue de 722,4 mg/dl (498,5-981,5). El pH promedio al ingreso fue de 6,87 (DE +/- 0,04) y el bicarbonato promedio fue de 3,64 mEq (DE +/- 1,7). Tres de ellos recibieron ventilación mecánica invasiva, otros dos ventilación mecánica no invasiva. Uno de ellos con requerimiento de ventilación invasiva requirió ECMO con buena evolución. La realización de ecocardiograma se encuentra reportada sólo en dos casos. Solo uno de ellos falleció y fue el primer caso reportado en el año 1981.

Conclusión: Si bien el SDRA es una complicación poco frecuente en la cetoacidosis diabética, dado que no hay muchos trabajos publicados en la literatura, es una entidad a tener en cuenta debido a su buena respuesta con tratamiento oportuno. Relacionado con el estado pro inflamatorio de la cetoacidosis diabética y el aumento de permeabilidad que genera la tormenta de citoquinas y células hiperinflamatorias. Vemos que el SDRA puede aparecer en estos pacientes en ausencia de sepsis y sería importante reconocer precozmente aquellos pacientes con factores de riesgo de desarrollarla para así poder tratarla correctamente y brindarle al paciente el tratamiento apropiado.

0013 ESTRATEGIA PARA EVITAR EL COLAPSO SANITARIO DE LA 2DA OLA DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 AÑO 2021

JA RAMOS OLIVER(1), R CHOLE(1), V COZZI(1), G FERNANDEZ(1), R MARTINEZ(1), M RODRIGUEZ(1)

(1) Diego Thompson

Introducción: La OMS declara pandemia del Sars Cov2 año 2022, se inició en Wuhan- China (2019). La propagación colapsó el sistema de salud de China, Europa y EEUU. Argentina con sus autoridades sanitarias establecen un plan de contingencia para la 1era ola de la pandemia, que evitó el colapso; pero la pandemia se prolongó al año 2021, surge la amenaza del colapso. La expansión de atención de terapia intensiva en la guardia, es una estrategia para evitar este riesgo.

Objetivo: Evitar el colapso en la segunda ola 2021 del Sars Cov2, dar atención especializada en neumonía grave con ARM, reducir el trabajo en la guardia para que atiendan enfermos no covid.

Materiales y método: El Hospital Municipal Diego Thompson frente a este riesgo, elabora un plan de contingencia, utilizando los boxes de la guardia, con unidades de ventilación mecánica, médicos intensivistas, kinesiólogos, enfermeras intensivistas, para atención de pacientes con neumonía grave que requieren ventilación mecánica, mientras se esperaban traslados o derivaciones a otros centros.

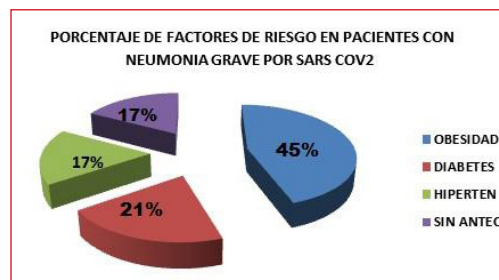
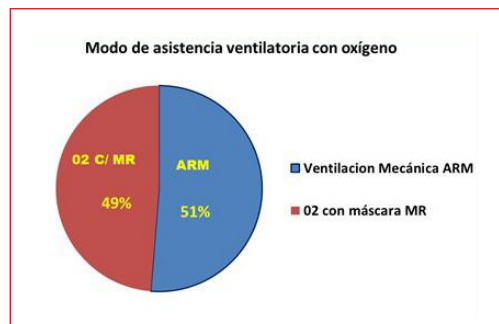
Resultados: Primera ola 2020 de junio a diciembre, total 21096 con Sars Cov 2, mortalidad total de 3,8%

Segunda Ola de contingencia 2021 para pacientes graves: Mes de Mayo: Total 27 pacientes, edad promedio 53,8 años; 47% con ARM y el 26% MR. 47% obesos, 21% diabéticos, Estadia promedio 5 días, se derivaron a otros centros 59% y 7% a la UTI del hospital; 7% de óbitos. Mes de Junio/2021: total 39 pacientes, Promedio edad 56,1 años, estadia promedio 2,9 días, el 46% hipertensos, 26% diabéticos, 18% obesos; 51% con ARM, 49% con MR. El 62% se derivaron, el 10% a UTI, 15% de óbitos.

Conclusiones: Se evitó el colapso, se otorgó atención especializada a pacientes con ventilación mecánica, se redujo carga de trabajo al personal de guardia. El concepto de área cerrada, con esta estrategia, se establece que la terapia intensiva forma parte de una unidad y no debe ser un servicio fragmentado.

Bibliografía: 1. https://www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf

2. file:///C:/Users/Administrador/Downloads/690Manuscrito%20principal%20(an%C3%B3nimo,%20con%20tablas%20al%20final,%20sin%20Figuras)-3757-1-10-20200423.pdf



0015 LAS HUELLAS DEL DISTRÉS POR COVID, EL POST TERAPIA INTENSIVA UN AÑO DESPUÉS DEL RESPIRADOR

U ZAYA(1), A ALISCIONI(1), Y SALDIVAR(1), E MINOLDO(1), P CALCAGNO(1), N KESSLER(1), F IRADES(1), R ALVAREZ(1), C GALLETI(1)
(1) Sanatorio Allende

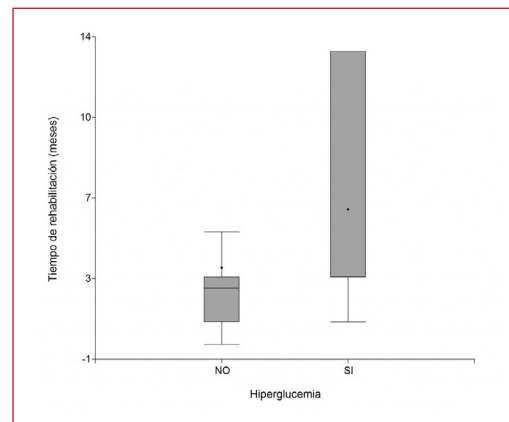
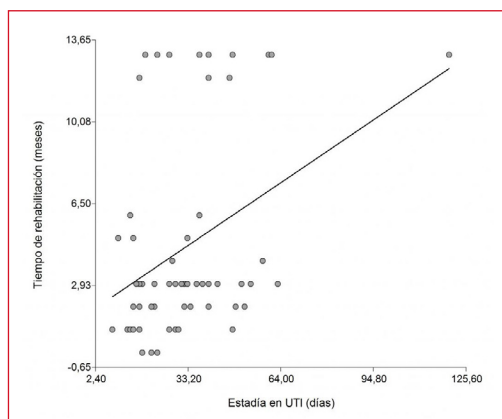
Introducción: A partir del año 2020 la causa más frecuente de síndrome de distrés respiratorio agudo severo en unidades de cuidados intensivos del mundo fue el SARS-CoV-2, con una elevada mortalidad global. Sin embargo, la enfermedad no solo se limita a la estadia nosocomial.

Objetivo: Identificar los factores asociados con el deterioro de la calidad de vida dentro del primer año luego del alta en pacientes con SDRA severo.

Materiales y método: Estudio analítico, observacional, transversal, retrospectivo y prospectivo. La recolección de datos se obtuvo de historias clínicas y mediante encuestas telefónicas. El criterio de inclusión se limitó a personas mayores de 18 años con diagnóstico de SDRA severo secundario a infección por COVID 19, en UTI Sanatorio Allende, sede Nueva Córdoba, en el periodo comprendido entre agosto 2020 y septiembre 2021. Luego del año del alta, se valoró la calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

Resultados: Se inscribieron 59 pacientes. La media de edad fue de 54.8 años. Permanecieron en UTI un promedio de 32.2 días. Un 8% requirió internación en centro de rehabilitación. Un 27% consideró que no volvió a la normalidad luego de haber sufrido la infección por COVID. Existe una relación directamente proporcional entre la edad y el tiempo de rehabilitación, no así entre comorbilidades y tiempo de recuperación. La relación entre estadia en UTI y calidad de vida demostró que, al mes del alta, el 27% de los pacientes presentó dependencia total, 30% dependencia severa, 22% dependencia moderada y 20% dependencia leve. Al año el 80% fue independiente. A mayor estancia en UTI, mayor dependencia, DT: 41 días \pm 25 versus DL: 24 días \pm 12, sin significancia estadística ($H= 5,39$; $p= 0,14$). Al año del alta, sí muestra diferencias estadísticamente significativas ($H= 9,63$; $p= 0,02$). Los pacientes que evolucionaron a la independencia total estuvieron internados en un promedio de 28 días \pm 13, frente a 64 días \pm 32 en pacientes con dependencia severa.

Conclusión: Se encontró que la edad y la duración de la estancia en UTI son factores de riesgo importantes que influyen en el tiempo de recuperación.



0016 FRACASO A LA EXTUBACION POR BLOQUEO NEUROMUSCULAR PROLONGADO SECUNDARIO A DEFICIT DE PSEUDOCOLINESTERASA A PROPOSITO DE UN CASO

MF LEVERATTO(1), S COSENZA(1), D MONARDO(1), V POU-SA(1), MG CARDONATI(1), MI CAZENAVE(1)
(1) Hospital Austral

Introducción: El bloqueo neuromuscular prolongado posterior al uso de succinilcolina es una entidad poco frecuente que se pone de manifiesto principalmente durante la recuperación de procedimientos cortos donde el neurobloqueo se prolonga más allá del requerimiento de sedoanalgesia.

Su incidencia es difícil de estimar debido a que existen escasos reportes en la literatura. El ingreso a cuidados intensivos de estos pacientes no es habitual.

No existe un tratamiento específico, el manejo es el soporte ventilatorio y sedación hasta la reversión espontánea. Existen reportes del uso de plasma fresco congelado (PFC) como dador de la enzima, con potenciales riesgos transfusionales.

Caso clínico: Paciente de 74 años de edad con antecedente de claustrofobia que ingresó al hospital para realizarse resonancia magnética de columna lumbar con sedación. Se realizó inducción con: Fentanilo, Etomidato y Succinilcolina. Al finalizar estudio se evidenció falta de reactividad. Se descartaron causas orgánicas y metabólicas. Se realizó tren de cuatro (TOF) con falta de respuesta que se interpretó como neurobloqueo residual. Se solicitó dosaje de colinesterasa en plasma con valor de 3125U/L (Valor normal 4389-10928 U/L). Por déficit cuantitativo se indicó transfusión de 8 unidades de plasma fresco congelado con aumento a 5778 U/l en laboratorio control a las 6hs.

Presentó evolución favorable con reversión del neurobloqueo.

Se otorgo egreso hospitalario a las 72hs.

Discusión: El déficit de pseudocolinesterasa es una entidad poco frecuente. Su incidencia es difícil de estimar debido a que existen escasos reportes en la literatura.

El ingreso a cuidados intensivos de estos pacientes mandatorio debido al requerimiento de soporte ventilatorio y analgesia hasta su recuperación. No existe tratamiento específico. En casos de déficit cuantitativo como en nuestro paciente la transfusión de plasma fresco congelado podría ser útil como dador enzimático. Sin embargo no hay evidencia suficiente en la bibliografía.

Conclusión: El bloqueo neuromuscular prolongado por déficit de pseudocolinesterasa debe considerarse un diagnóstico diferencial ante retraso en el despertar de un paciente posterior al uso de succinilcolina.

0017 HIPOXEMIA REFRACTARIA POR NEUMONITIS ASPIRATIVA CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE EXTRACORPÓREO A PROPOSITO DE UN CASO

MG CARDONATTI(1), P PRATESI(1), AR GIRA(1), MF LEVE-RATTO(1), V POUASA(1), S CORNEJO(1)
(1) Hospital Austral

Introducción: La neumonitis aspirativa, denominada Síndrome de Mendelson, se caracteriza por insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica secundaria a broncoaspiración de contenido gástrico. Su incidencia es de 1 caso cada 2000 a 3000 anestésicos, y se asocia con una mortalidad del 40-50%.

Dentro de los factores de riesgo se mencionan el deterioro del estado de conciencia, la depresión del reflejo nauseoso y la obesidad. La carencia de tratamientos específicos convierte al soporte vital avanzado en el eje central de su manejo.

Caso Clínico: Paciente de 43 años con diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides ingresó para realización de tiroidectomía total con vaciamiento cervical. Durante el procedimiento se realizó liberación del nervio laríngeo recurrente derecho. Posterior a la extubación, intercurrió con episodios eméticos con aspiración de contenido gástrico. Evolucionó con insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva y requerimiento de reingreso a asistencia ventilatoria invasiva. Ingresó a Cuidados Intensivos con shock distributivo con falla multiorgánica. Presentó deterioro severo de la oxigenación sin respuesta a maniobras de reclutamiento e intolerancia al decúbito prono por arritmias. Se decidió la conexión a oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno-venoso, logrando su desvinculación del mismo tras 7 días de soporte. Luego de un mes de internación se otorgó el egreso hospitalario.

Discusión: El soporte mediante ECMO ha sido recomendado en SDRA severo refractario a estrategias de ventilación protectora y prono. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre su uso en pacientes con síndrome de Mendelson. En nuestro paciente se instauró dentro de las 12 hs del inicio del cuadro logrando mejoría de su oxigenación dentro de las 48 hs.

Conclusión: El síndrome de Mendelson es una entidad infrecuente, de potencial gravedad, que puede producir cuadros de hipoxemia refractaria e inestabilidad hemodinámica. Consideramos que el sostén mediante la oxigenación de membrana extracorpórea es una estrategia terapéutica útil para el manejo de la hipoxemia severa transitoria.



0018 SHOCK HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A ABORTO ESPONTANEO ACOMPAÑADO CON COMA MIXEDEMATOSO A PROPOSITO DE UN CASO

D LAFOSSE(1), N CORNEJO(2), R QUINTEROS(2), S RIBOLDI(2), N DIEZ(2), D CORDOBA(2), H PORTILLO(2), S AGUIRRE(2), F NARANJO(2), W LLANOS(2)
(1) Mtaerno Infantil F. Escardo Tigre. (2) Materno Infantil F. Escardo

Introducción: En obstetricia el shock hipovolémico es frecuente. Su evolución depende de factores claves: diagnóstico precoz, tratamiento efectivo de la causa original y sus comorbilidades.

La máxima expresión del hipotiroidismo, es el coma mixedematoso generando una afección sistémica, término engañoso, la mayoría de los pacientes no se presenta inicialmente en estado de coma.

Resumen: Paciente de 34 años con antecedentes de 3eraGesta, partos 1, cesarea1. Ingresó con hipotensión arterial, hipotermia, estupor, ginecorragia, se diagnosticó aborto espontáneo, realizando legrado evacuatorio.

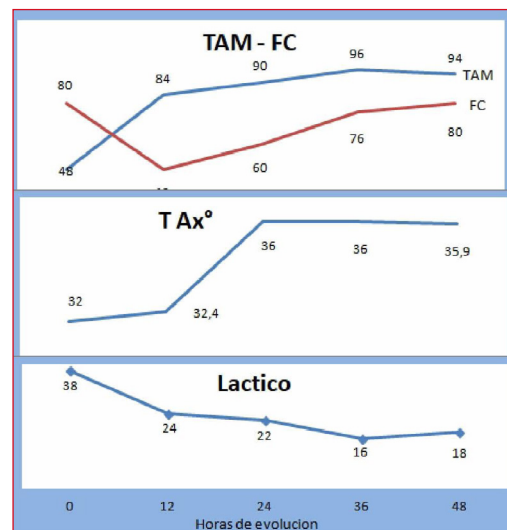
En la Unidad de Cuidados Intensivos, en asistencia respiratoria mecánica, se constata hipotermia (31°C), Tensión Arterial 65/40mmHg y escasa respuesta a fluidoterapia.

Se realizó aspirado manual endouterino descartando presencia de restos ovulares.

La bradicardia, hipotermia, e hipotensión sostenida, motivan pedido de hormonas tiroideas. TSH 80 mcUI/ml T4 menor 0.42 ng/dl, confirma sospecha de Coma Mixedematoso. Se inicia tratamiento con levotiroxina endovenosa 200Ug, a ocho horas del ingreso. Se otorga alta sanatorial 32 días luego de su ingreso.

Discusión: La hipotensión, la hipotermia, podrían ser adjudicados al shock hipovolémico y su reanimación. La persistencia del cuadro, nos debe hacer pensar en diagnósticos diferenciales.

Conclusión: El tratamiento se base en la administración precoz de hidrocortisona, levotiroxina, adecuadas medidas de sostén, y tratamiento específico del factor precipitante.



0019 FALLO HEPATICO FULMINANTE POR SINDROME DE BUDD-CHIARI TUMORAL

MG OLAVE AVILA(1), E ASINARI(1), A GARCIA(1), N BUZZI(1), I BOLLATI(1), A FURLOTTI(1), L PESCE(1)
(1) Misericordia Nuevo Siglo

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari (BCS), se define como la obstrucción del tracto de salida de las venas hepáticas, independientemente del mecanismo o nivel de la obstrucción, siempre que no sea de origen cardíaca o sinusoidal.

Se divide en primario y secundario, y dentro de este último se presenta cuando hay una obstrucción o invasión de las venas hepáticas y/o vena cava inferior, por una lesión que se origina fuera de la vena, por ejemplo, de origen tumoral. Su incidencia es 1 en 1 millón de habitantes, predominando en el sexo femenino.

Caso Clínico: Mujer de 32 años, sin antecedentes patológicos, ingresa con diagnóstico de trombosis de vena cava inferior.

Ingresa con falla hepática aguda (GOT 3750/GPT 3560- Bilirrubina Total 1,25), renal y encefalopatía hepática. Se realiza ecografía abdominal donde informa en riñón izquierdo, imagen tumoral de 47 x 38 mm. Vena cava inferior dilatada y ocupada por contenido heterogéneo. Líquido libre en la cavidad (ascitis). Tomografía abdominal que informa tumoración renal izquierda de 7cm de diámetro con invasión de arteria renal, vena renal y vena cava inferior con trombo tumoral ascendente hasta la aurícula derecha.

Se inició terapia de anticoagulación. Evoluciona con profundización de su falla hepática, shock refractario y muerte.

Discusión: BCS se trata de una enfermedad rara, con alta letalidad, pero con buena respuesta a la terapia oportuna. El BCS Secundario es causado por una compresión extrínseca o invasión intraluminal de la vena cava inferior o de las venas hepáticas. Solo el 10% de los casos relacionados con malignidad causan compresión directa o invasión de los vasos. Los tumores más comunes relacionados con el síndrome junto con la hipercoagulabilidad son carcinoma hepatocelular, el carcinoma de células renales, de glándula suprarrenal, mixoma auricular derecho y tumor de Wilms. La fisiopatología no está clara en algunos pacientes, por lo que resulta difícil saber cuándo cambiar de enfoque terapéutico y establecer pronóstico.

El tratamiento es inicialmente la anticoagulación. Posteriormente, el equipo tratante adopta un enfoque gradual para la resolución definitiva.

Conclusión: Se debe considerar el síndrome de BCS en cualquier paciente con enfermedad hepática aguda e imagen de obstrucción del sistema venoso hepático. La trombosis tumoral es extremadamente rara.

0021 NEUMONÍA ORGANIZADA CRİPTOGÉNICA RÁPIDAMENTE PROGRESIVA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

G MARTINI(1), P DIAZ(1), JR BARTOLI(1)

(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola

Introducción: Neumonía organizada criptogénica (NOC) es un tipo de enfermedad pulmonar intersticial que afecta a bronquiolos y alvéolos. Implica proliferación excesiva de tejido conjuntivo endoalveolar y puede formar pólipos intraluminales.

Se presenta con síntomas que simulan infección y síntomas respiratorios, e imágenes de consolidaciones multifocales asociadas a las vías aéreas.

Habitualmente mejora con corticoides, sin embargo algunos casos tienen progresión rápida y mal pronóstico.

En este reporte describimos manifestaciones y hallazgos de un caso con insuficiencia respiratoria severa, resistente a corticoides, que resolvió con ciclofosfamida.

Presentación del caso: Masculino, 69 años, tabaquista, EPOC, IMC 32.

Consultó por astenia, fiebre y disnea de 30 días de evolución.

Presentó taquipnea, y SpO₂ 80%, crépitos e hipoventilación.

TC de Tórax: (Fig. 1) opacidades nodulares centrolobulillares, distribución difusa, tendencia a formar consolidaciones basales.

Inició tratamiento antibiótico y oxigenoterapia de alto flujo. No se detectó germen en los estudios realizados. Luego de 48 horas, evolución desfavorablemente y recibió pulso de corticoides. Nueva TC de Tórax: empeoramiento de los hallazgos previos, bronquiolitis, "crazy paving", opacidades acinares y consolidación (Fig. 2).

Recibió asistencia respiratoria mecánica y se realizó biopsia.

que informó cuerpos fibroblásticos intra-alveolares e intrabronquiales, hiperplasia de neumocitos tipo II, cambios fibroblásticos en intersticio. Parénquima con lesión inflamatoria, diagnóstico de

neumonía criptogénica organizada. Por refractariedad a corticoides inició tratamiento con ciclofosfamida con evolución favorable y alta de UCI al día 28 de internación.

Discusión: La entidad tipo "Fulminante" se describió por primera vez en cinco pacientes que presentaban disnea rápidamente progresiva durante 2 semanas que evolucionó a insuficiencia respiratoria. Tres pacientes requirieron ventilación mecánica; dos murieron y los otros respondieron a corticoides.

En aquellos pacientes con enfermedad extensa y rápidamente progresiva se sugiere agregar un segundo agente inmunosupresor, siendo ciclofosfamida de primera línea.

Conclusión: Este reporte de caso proporcionó experiencia clínica para ayudar con el diagnóstico de esta enfermedad debido a la inusual presentación.

Existieron dificultades para arribar al diagnóstico, sin embargo el informe de biopsia permitió optimizar el tratamiento con inmunosupresores asociados con resultado exitoso a pesar del mal pronóstico.

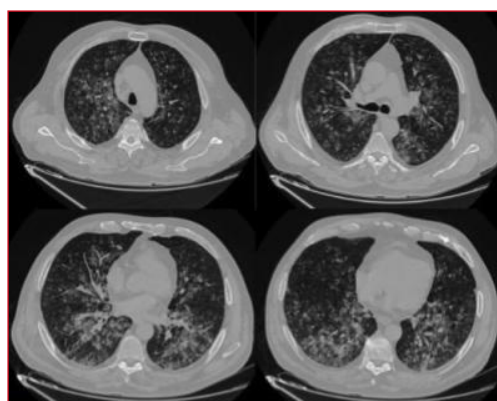


Fig. 1

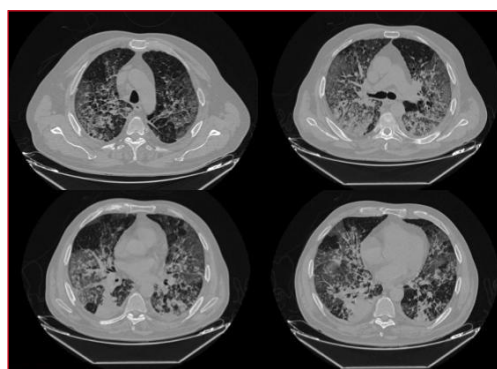


Fig. 2

0022 COMPARACIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS COVID 19A Y 2DA OLA EPIDEMIOLÓGICA. HOSPITAL I. PIROVANO. ARGENTINA

ML DEFOREL(1), C BALASINI(1), Y SANSIÑENA(1), CDV BARRIOS(1), C PERETTI(1)

(1) Dr. Ignacio Pirovano

Introducción: El soporte nutricional (SN) sostén vital del paciente crítico SARS-COV2 fue componente en la recuperación y supervivencia de los afectados con características y resultados diferenciados según las olas epidemiológicas (OE) en Argentina

Objetivos: Relevar SN de pacientes pandémicos en UTI y comparar en OE coberturas de requerimientos calóricos y proteicos según soporte ventilatorio y magnitud de la pronación

Material y Métodos: Estudio analítico de cohortes prospectivo. Muestra exhaustiva consecutiva de mayores de 18 años hospitalizados de abril 2020 a agosto 2021 en UTI Pirovano Protocolo SN

adaptado a pandemia con tamizaje nutricional (TN) percibido y referido por HC, monitoreo diario de aportes calórico-proteicos según requerimientos/Kg peso estimado o ajustado, pronación/horas, APACHEII, estadía, días ARM y mortalidad.

Resultados: n:229 (59,4% varones) 57,6 + 14 años. En OE1 significativamente mayor edad, APACHEII, TN de riesgo y en OE2 mayor sobrepeso/obesidad Requirió ARM 83,4%(n191) siendo pronados el 60,2% con más días de ventilación y ciclos y hs de pronación en OE2 (evidencias en Tabla 1) El 85,6% requirió soporte enteral 1% parenteral lográndose Soporte Precoz (<48hs) en 91% y reducción significativa de horas hasta el SN 30hsVs16hs en la OE2 Los % de adecuación/requerimientos (AR)calóricos y proteicos no difirieron entre ambas OE, pero si lo hicieron al considerar los pacientes con ARM, quienes mostraron tendencia a mejores coberturas % de nutrientes en la 2da OE analizada. La pronación, no afectó la cobertura del SN, observándose Me de AR superiores entre los pronados y en OE2 donde esta estrategia fue más utilizada (evidencias en tabla 2)

Conclusiones: El SN evidenció suficiencia creciente con el transcurso de las dos OE con indicadores de mejora en los objetivos nutricionales de pacientes Covid graves en hospital I,Pirovano aún frente a estrategias ventilatorias que predecían su riesgo.

	Total, muestra n 229	1ra Ola epidemiológica n 120	2da Ola epidemiológica n 109	Test P-valor
Edad	57,6 + 14,7	59,6 + 15,4	55,5 + 13,6	T.T p:0,03
Sexo: Varones	59,4% (136)	61,6% (74)	56,8% (62)	T.Z p:0,46
APACHEII	13,5 + 5	15,6 + 5	11,6 + 4,2	TT p<0,00001
TN EGS B	20,5%	30,3%	10,2%	TZ p:0,002
EGS C	0,9%	0,8%	0,9%	T.Fisher p:0,99
NRS - 2002	3,5(3-4)	4 (4-5)	3 (3-4)	T.Wilcoxon p<0,0001
TMC percibido	30 + 5,7	29,1 + 5,1	31 + 6,2	T.Welch p: 0,01
Obesidad/sobrepeso	75,5%	68,3%	83,5%	T.Z p:0,007
Requerimiento ARM	83,4%	80%	87,2%	T.Z p:0,14
Días de ARM	15(9-27)	14(9-24)	17(9-32)	T.Wilcoxon p:0,049
Pronados	60,2% (115)	58% (56)	62% (59)	T.Z p:0,59
>=4 ciclos prono	22,6% (26)	8,9% (5)	35,7% (21)	T.Fisher p:0,0007
Horas de pronación	60(36-120)	48(30-64)	108(48-180)	T.Wilcoxon p<0,00001
Estadía UTI	14(8-23)	12 (7-20)	16(9-28)	T.Wilcoxon p: 0,02
Mortalidad global	50,2%	52,5%	47,7%	T.Z p:0,46
Mortalidad en ARM	59,2%	64,6%	53,7%	T.Z p:0,12

	Total, muestra n 229	1ra Ola epidemiológica n 120	2da Ola epidemiológica n 109	Test P-valor
Soporte precoz (<48 hs)	91,6%	89,1%	94,2%	T.Fisher p:0,22
Horas hasta soporte	24(6-36)	24 (24-48)	12(4-24)	T.Wilcoxon p<0,00001
	23 ± 20	30 ± 22	16 ± 15	T.Welch p<0,00001
%Adecuación/Requ. ent. Calórico (ARC)	85(71-95)	84(70-96)	86(75-95)	T.Medias p:0,711
%Adecuación/Requ. ent. Proteico (ARP)	75 (62-86)	74(59-86)	76(66-85)	T.Medias p:0,27
Kcal/Kg/día	18(14-20)	17(14-21)	18(15-20)	T.Wilcoxon p:0,52
Gramos proteína/Kg/día	1,01(0,83-1,15)	1,0(0,79-1,15)	1,01(0,88-1,14)	T.Wilcoxon p:0,35
Pacientes ARM (ARC)	85(71-95)	84(68-95)	86(75-95)	T.Wilcoxon p:0,12
(ARP)	72(61-83)	70(56-81)	75(65-84)	T.Wilcoxon p:0,078
Gramos proteína/Kg/día Sin Prono (ARC)	0,98(0,81-1,11)	0,94(0,75-1,09)	1,01(0,87-1,13)	T.Wilcoxon p:0,04
Con Prono (ARC)	81(69-93)	78(56-93)	80(66-92)	T.Wilcoxon p:0,73
Con Prono (ARP)	87(74-98) p:0,012	85(69-98)	90(81-99)	T.Wilcoxon p:0,10
Sin Prono (ARP)	72(64-84)	68(52-87)	72(64-84)	T.Medias p:0,33
Con Prono (ARP)	75(60-83) p:0,04	73(57-81)	76(65-85)	T.Medias p:0,5

0023 MEDICION DE NUESTRO DE AGUA EXTRA VASCULAR PULMONAR Y DEL INDICE DE PERMEABILIDAD VASCULAR PULMONAR EN PACIENTES CON SDRA EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL COMPLEJO MEDICO POLICIAL CHURRUCA-VISCA

A FELDMAN(1), D VARELA(1), G SIBILA(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPINZANO(1), J AGUIRRE(1), C LOPEZ(1), M ALIAGA(1), B DAGLIO(1), M RENK(1), A GARCIA(1), D QUARANTA(1), R OCHOA(1), J CAPELLA(1)

(1) Churruca

Objetivo: Conocer el índice de agua extravascular pulmonar y el índice de permeabilidad vascular pulmonar en pacientes con SDRA.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) con SDRA desde el 1/01/2015 hasta el 1/04/2023 que requirieron monitoreo PICCO. Las variables registradas edad, sexo, PEEP, duración de ARM, APACHE II, variación del volumen sistólico (VVS), fracción de eycción global (FEG), Índice de permeabilidad pulmonar (PVP), Agua pulmonar extravascular (EVLW), balance, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %.

Resultados: Ingresaron 5100 pacientes, 46 fueron monitorizados con PICCO. La edad 52 ± 16 y el 60 % hombres. El APACHE II 15 ± 8. En 36 pacientes se realizó balance hídrico negativo (BHN) la PaO2/FiO2 pasó de 140 (RI 106-200) a 210 (RI 164-248) mmHg (p < 0.001), el EVLWI de 15 (11-18) a 10 (8-14) ml/kg (p < 0.001). En 10 pacientes se realizó balance hídrico positivo (grupo BHP), el EVLWI descendió de 11(10, 14) a 10 (8, 14) ml/kg (p = 0.004). Los días de ARM 4 [1-6] en fallecidos y 12 (10-19) en vivos, la estadía en UTI 16 [5-16] días y la mortalidad 26 %.

Conclusión: Los únicos resultados que tuvieron correlato (p < 0,03147) con la mortalidad fue un el índice de permeabilidad 3.5 de los fallecidos con respecto a los sobrevivientes 2.4. En el grupo BHN la PaO2/FiO2 pasó de 140 a 210 mmHg (p < 0.001), el EVLWI de 14 a 10 ml/kg (p < 0.001) pero no mejoró la mortalidad.

0026 SINERGISMO SULBACTAM/AVIBACTAM EN INFECCION POR ACINETOBACTER BAUMANNII A PROPOSITO DE UN CASO

A VELEZ ROMAN(1), P PRATESI(1), S COSENZA(1), ML PEREYRA(1), W CORNISTEIN(1), V POUSA(1), V BRIZUELA(1), P FALVO(1)

(1) Hospital Austral

Introducción: El Acinetobacter Baumannii multirresistente (ABMR) es agente causal de infecciones nosocomiales con incidencia creciente y elevada mortalidad. La reducción de su sensibilidad a antimicrobianos, secundaria al desarrollo de resistencias, es tema de preocupación en áreas de cuidados intensivos a nivel mundial.

La carencia de opciones terapéuticas conduce a la utilización de terapias combinadas como Sulbactam/Avibactam (S/A)

Caso clínico: Paciente de 23 años que ingresó a terapia intensiva posterior a trasplante de alogénico de médula ósea. Evolucionó en las primeras 24hs con shock séptico a foco endovascular. Desarrollo fallo multiorgánico con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica invasiva. Curso internación prolongada por múltiples intercurencias infecciosas.

Al día 50 de internación presento nuevo evento de shock séptico con aislamiento de ABMR en muestra respiratoria y de senos paranasales. El antibiograma mostro ausencia de sensibilidad a antibióticos disponibles con prueba de sinergia S/A positiva. Se realizó drenaje de senos paranasales e inició terapia combinada con Ampicilina/Sulbactam + Ceftazidima/Avibactam.

Intercurrió con neutropenia secundaria a inhibidores de β-lactamasas, con adecuada respuesta a la suspensión de los mismos.

Completo 40 días de tratamiento con buena evolución y resolución total del foco.

Se otorgó egreso hospitalario posterior a 7 meses de internación.

Discusión: Ante la ausencia de opciones de monoterapia antibiótica para ABMR la sinergia entre inhibidores de β-lactamasas parece ser una opción.

La combinación de S/A incrementa la actividad del sulbactam in vitro mediante la reducción de su concentración inhibitoria mínima (CIM).

La aparición de eventos adversos, como la neutropenia, deben ser considerados especialmente en pacientes que reciben tratamiento prolongado.

Conclusión: El uso de terapia combinada con S/A representa una opción terapéutica en casos de infecciones con ABMR en nuestro medio.

En el caso presentado su uso de manera prolongada fue exitoso a pesar de los efectos adversos.

0027 MIOCARDIOPATÍA NO COMPACTADA CAUSANTE DE ARRITMIA VENTRICULAR E INSUFICIENCIA CARDÍACA EN EL EMBARAZO

A ARCH(1) A CAHUANA(1)
(1) Bocalandro

Introducción: La miocardiopatía no compactada (MCNC) es un trastorno caracterizado por una anomalía del miocardio, organizado en una capa fina epicárdica compactada y bien desarrollada, y otra capa endocárdica gruesa de aspecto esponjoso, con trabéculas (1). Se asocia a dilatación ventricular y disfunción sistólica, produciendo IC, arritmias y complicaciones tromboembólicas (2).

La MCNC puede ser de causa hereditaria o adquirirse en situaciones fisiológicas o patológicas (3,4), por un aumento crónico de la pre-carga, como en atletas de alto rendimiento, o en el embarazo (5). El diagnóstico se basa en estudios por imágenes, que evidencien la diferencia del tejido miocárdico normal del trabeculado (6,7).

Objetivo: Considerar la MCNC como diagnóstico diferencial de las miocardiopatías periparto y la posibilidad de su desarrollo durante el embarazo.

Caso clínico: Paciente de 22 años, obesa, sin antecedentes; primigesta, de 39 semanas, sin controles. Consulta a guardia por precordialgia, presenta taquicardia sinusal de 160 lpm. Se realiza cesárea de urgencia e ingresa a UTI; lúcida, FC 138 lpm, eupneica, afebril, bien perfundida. A los 15', presenta bradicardia de 35 lpm, sin respuesta a la atropina. Estuporosa y con mala perfusión periférica; se inicia reanimación, presenta TV sin pulso. Se realiza CVE y reanimación avanzada; a los 30' recupera actividad sinusal propia, pero con shock cardiogénico refractario.

Se realiza ETT observándose aquinesia del SIV e hipoquinesia del VI, FEY 19 %, y dilatación de cuatro cavidades. Se consideran los diagnósticos de MCPD periparto, Miocarditis y MCPD post parto.

Se realiza ETE evidenciando AI dilatada, Válvula aórtica normal, insuficiencia mitral moderada a severa, insuficiencia tricuspídea leve, deterioro severo de la FSVI, derrame pericárdico leve, VI dilatado con hipoquinesia y en el tercio medio y distal una imagen muy trabeculada que sugiere miocardio no compactado. Se plantea realizar RMN cardíaca.

Intercurre con sepsis por NAVM y SDRA. En el contexto de su evolución repite Arritmia Ventricular, seguida de PC, no responde a maniobras de RCP. Obita.

Caso clínico: Pensar en la MCNC, como diagnóstico diferencial de miocardiopatía periparto y su desarrollo durante el embarazo, además de las causas genéticas. Considerar al ETT, al ETE y a la RMN cardíaca como métodos diagnósticos de elección.



0028 MORTALIDAD, SECUELAS CLÍNICAS Y CALIDAD DE VIDA LUEGO DEL ALTA DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON COVID-19: ESTUDIO MULTI-CÉNTRICO Y DESCRIPTIVO EN CENTROS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA Y PROVINCIA DE BUENOS AIRES

D VILLALBA(1), F ARGENTO(2), M DONATO(3), M GARCÍA SARUBBIO(4), A GIMENEZ(5), A CIAPPONI(6), F AUGUSTOVSKI(6)

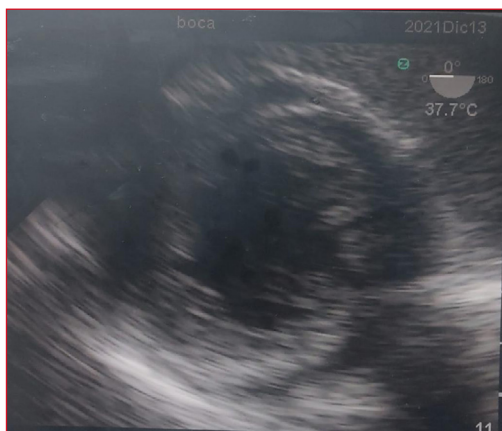
(1) Hospital Municipal "santiago Fornos". (2) Instituto De Efectividad Clínica Y Sanitaria (iecs). (3) Comisión Nacional De Evaluación De Tecnologías De Salud (conetec). Ministerio De Salud De La Nación.. (4) Hospital Interzonal General De Agudos "general San Martín". (5) Hospital General De Agudos "dr. Juan A. Fernández". (6) Instituto De Efectividad Clínica Y Sanitaria (iecs).

Introducción: Los pacientes con COVID-19 que requieren de internación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), además de tener riesgo de presentar muerte prematura, tienen mayores tasas de complicaciones. El objetivo de este trabajo es describir la mortalidad, re-hospitalizaciones, calidad de vida y síntomas relacionados con el Síndrome Post Terapia Intensiva (SPTI) y el COVID-19 prolongado en pacientes que hayan sido dados de alta de UCI por COVID-19 en hospitales de Argentina.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en cuatro centros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires a diciembre del 2022. Las variables de interés fueron mortalidad luego del alta, rehospitalización, calidad de vida relacionada con la salud, síntomas relacionados a post-COVID-19, el estado cognitivo y el SPTI. La recolección de los datos se realizó por medio de una entrevista telefónica entre 6 y 18 meses del alta.

Resultados: 124 pacientes/familiares fueron contactados. La mortalidad encontrada fue de 7,3% a una mediana de 14,46 meses de seguimiento luego del alta. Los pacientes reportaron una reducción de la Escala Visual Analógica (EVA) del EQ-5D-3L de 13,8 puntos, alcanzando una media de 78,05 (\pm 16,27) al momento de la entrevista. El 54,4% de los pacientes entrevistados manifestaron alteraciones cognitivas y el 66,7% desarrollaron SPTI, mientras que el 37,5% no presentaron síntomas de COVID prolongado.

Conclusión: Hasta los 18 meses luego del alta de los pacientes ingresados a UCI por COVID-19 se hallaron secuelas en las diferentes áreas evaluadas.



0029 EFICACIA DE DESTETE PROTOCOLIZADO VERSUS NO PROTOCOLIZADO EN TERAPIA INTENSIVA
 HA ARMÁNDOLA(1), NI CARRIZO(1), S IZZA(1), EN DIAZ ROUSSEAU(1)
 (1) Dr. Jose Maria Cullen

Introducción: Definir el momento oportuno para desvincular el paciente de ARM (asistencia respiratoria mecánica) en pacientes críticos, siempre ha sido un desafío. Los estudios sugieren que los pacientes que toleran una prueba de respiración espontánea (PRE) de 30 a 120 minutos, experimentan una probabilidad de extubación satisfactoria del 77% y una tasa de fallo de extubación (FE) que varía entre un 4 a 23%.

Objetivo: Evaluar la eficacia de implementación de un protocolo de destete de pacientes críticos internados en UTI del Hospital Dr Jose Maria Cullen.

Diseño, escenarios y participantes: Estudio unicéntrico, experimental, prospectivo, longitudinal, analítico y comparativo desde el 1 de Septiembre del 2022 al 31 de Diciembre del mismo año; que incorporó pacientes ≥ 18 años de edad, que ameritaban soporte ventilatorio invasivo por más de 24 horas con extubación programada.

Intervención: Protocolo de destete que consta de 4 partes: selección del paciente, PRE, extubación y soporte ventilatorio posterior vs una extubación bajo criterio médico posterior a prueba tubo en T.
Resultados: Se analizaron 38 pacientes, grupo caso n = 23 y grupo control n = 15. Asociaciones significativas obtenidas: Antecedente patología pulmonar (p = 0,014), Obesidad (p = 0,016) como factores de riesgo al FE. La tasa de FE fue del 12,5% grupo caso. Mediana de días de VM fue 4,5 (IC95 3,0;6,0), el tiempo dedicado al destete fue de 2 días. El tiempo de internación en UTI tuvo una mediana 7,0 días (IC95 3,0;10,5) y Hospitalaria total fue 20,0 días (IC95 12,0;26,0). Mortalidad de 4,17%.

Conclusiones: En el retiro y desconexión de la ventilación mecánica el protocolo de destete demostró ser más eficaz que los métodos de destete no protocolizados.

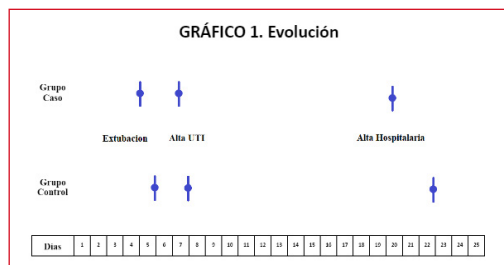


TABLA 1. Características de la población

	Tesis (n = 38)	Protocolo (n = 23)	No Protocolo (n = 15)	Valor P
Edad, Mediana (IC), años	34,5 (20,0;42,0)	34,5 (28,2;42)	34,5 (34,5;32,0)	0,473
Apache II, Mediana (IC), puntos	16 (15;19)	17 (16;19)	15 (11;19)	0,058
Antecedentes n (%)				
Sin antecedentes	14 (36,84)	10 (43,47)	4 (26,66)	0,161
Riesgo Cardiovascular	14 (36,84)	7 (30,43)	7 (46,66)	0,208
Patología Pulmonar	6 (15,78)	1 (4,34)	5 (33,33)	0,014
Neurológicos	7 (18,42)	6 (26,08)	1 (6,66)	0,079
Drogas ilícitas	5 (13,15)	2 (8,69)	3 (20)	0,279
Obesidad	10 (26,31)	3 (13,04)	7 (46,66)	0,016
Motivo Ventilación Mecánica				
Politraumático	6 (15,78)	4 (17,39)	2 (13,33)	0,388
TBC grave	6 (15,78)	5 (21,73)	1 (6,66)	0,128
Pontoperitorio Urgencia	10 (26,31)	7 (30,43)	3 (20)	0,255
Pontoperitorio Programado	3 (7,89)	2 (8,69)	1 (6,66)	0,435
Insuficiencia Respiratoria Aguda	4 (10,58)	1 (4,34)	3 (20)	0,089
Coma	7 (18,42)	3 (13,04)	4 (26,66)	0,166
Shock	2 (5,26)	1 (4,34)	1 (6,66)	0,395

0030 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS CATÉTERES VENOSOS DE LÍNEA MEDIA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES
 N PISTILLO(1), L ESPINOLA(1), M PAZ(1), L DUARTE(1), A VILLAR(1), M COMAS(1), J SMAILE(1)
 (1) El Cruce

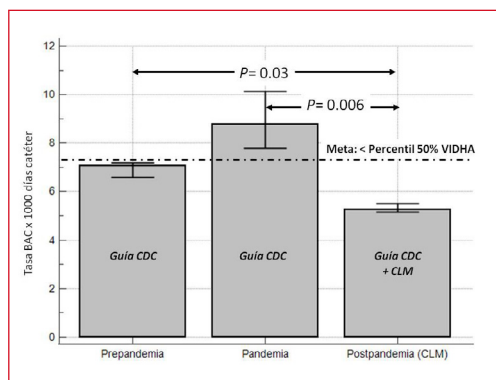
Introducción: La bacteriemia asociada a catéteres (BAC) es una complicación grave que se relaciona con alta morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios. El uso de catéteres de línea media (CLM) tiene menos complicaciones que las vías centrales y su uso puede ser beneficioso para reducir la incidencia de BAC cuando se combina con medidas de prevención preestablecidas.

Objetivos: Evaluar si la implementación de un programa de catéteres de línea media (CLM) junto con medidas de prevención establecidas por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) disminuye la incidencia de BAC.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y de caso control en pacientes adultos ingresados en una unidad de terapia intensiva (2019-2023). El programa de CLM incluyó la creación de un equipo de enfermeros especializados en la inserción y cuidado de los CLM. Los CLM se indicaron a los pacientes cuando se encontraban fuera del período crítico. Se excluyeron embarazadas y pacientes terminales. Se comparó la tasa de BAC durante el período de tratamiento (CLM) con las tasas históricas de incidencia de BAC (período pre-pandemia y pandemia) reportadas al Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (VIDHA). La eficacia del programa CLM se evaluó utilizando la prueba de Mann-Whitney. Los datos se presentan como mediana \pm RIC (rango intercuartílico): 25-75. Se consideró significativo un valor de p < 0.05.

Resultados: Se insertaron un total de 310 catéteres de línea media, con una duración de 12 días (intervalo de 7 a 19). Características de la población: Edad: 47 años (32 a 58), género masculino: 53%, días de internación: 27 días (12 a 65) y patología predominante: lesión neurológica: 38%, EPOC: 16%, cáncer: 14%, trasplante 9.7% y trauma: 9.3%. La frecuencia de complicaciones asociadas al CLM fue baja: extravasación: 2.3%, obstrucción: 4.5%, infección: 2.5% y trombosis: 3.3%. El programa CLM logró reducir la tasa de bacteriemia (ver figura adjunta).

Conclusiones: La implementación de un protocolo de CLM asociado a la aplicación de los paquetes de medidas de prevención de BAC resultó efectiva para reducir la incidencia de BAC en comparación con los grupos de control históricos.



0031 ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE INTERNADO: VGS COMO HERRAMIENTA DE VALORACION INICIAL. ESTUDIO DESCRIPTIVO

M AYALA(1), A ENCINA SANCHEZ(1), F SOTO CAMPOS(1), A NAZHA(1), M DIAZ HEREDIA(1), N ELENA(1), R ISLA(1)
 (1) Hospital Público “dr. Arturo Oñativia”

Introducción: La malnutrición (MN) es un trastorno metabólico causado por el desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades corporales. Se encuentra con frecuencia en pacientes hospitalizados o institucionalizados. Según diferentes estudios, la prevalencia de desnutrición hospitalaria está comprendida entre el 30% y el 50%. La Valoración global subjetiva es una herramienta fácilmente aplicable y tiene alta especificidad.

El objetivo general de este estudio es describir el estado nutricional y las características poblacionales de los pacientes internados en sala general del Hospital Dr. Arturo Oñativia.

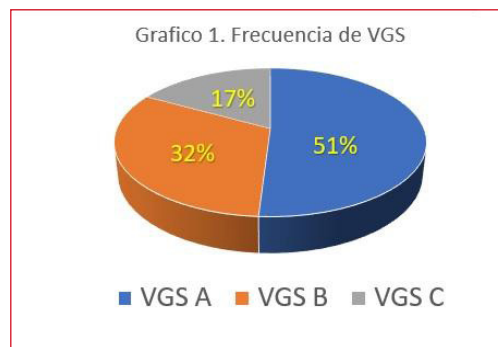
Métodos: Es un estudio descriptivo retrospectivo transversal. Se realizó en pacientes de 18 años o más, de ambos sexos, hospitalizados en sala general a cargo del Servicio de Nutrición Clínica y diabetes, realizando evaluación del estado nutricional mediante la utilización de la Valoración Global subjetiva (VGS), dentro de las primeras 72 horas de hospitalización, en el periodo comprendido entre Junio 2020 a Diciembre del 2021.

Resultados: En el periodo estudiado se incluyeron 528 pacientes, de los cuales el 63% fueron hombres y el 38 % fueron mujeres, donde el 51% presento una valoración global subjetiva (VGS) A, 32% VGS B y 17 % VGS C.

Resultados: Los hallazgos encontrados en nuestra población se condicen con la bibliografía consultada, un 49% de pacientes presentan Desnutrición al ingreso en el hospital, con una mayor prevalencia de Malnutrición grave, un 17%.

Estos datos sugieren una oportunidad para identificar las causas y desarrollar acciones efectivas para disminuir la prevalencia

Características	Total: N: 528
Edad, años	
Media	50,6
Mediana	53
Sexo, n (%)	
Femenino	198 (38%)
Masculino	330 (63%)
Talla, cm	
Media	1,66
Mediana	1,66
Peso, kg	
Media	77,4
Mediana	75
IMC	
Media	27,9
Mediana	26,7
Estancia hospitalaria, días	
Media	11,6
Mediana	8
Enfermedades asociadas, n (%)	
Diabetes	Complicaciones crónicas asociadas a la diabetes, n (%):
Si 514 (97,35%)	Si: 126 (23,86%)
No 14 (2,65%)	No: 402 (76,14%)



0032 REPORTE DE CASO: NUTRICIÓN PARENTERAL PARA SOBREVIVIR: FALLA INTESTINAL CRÓNICA

A ENCINA SANCHEZ(1), M AYALA(1), E BETTANCOURTH(1), F SOTO CAMPOS(1), A NAZHA(1), M DIAZ HEREDIA(1), N ELENA(1), R ISLA(1)

(1) Hospital Público “dr. Arturo Oñativia”

Introducción: La falla intestinal es la reducción de la función intestinal por debajo del mínimo necesario para la absorción de macronutrientes, agua y electrolitos, por lo que la suplementación endovenosa es necesaria para mantener la salud y el desarrollo. La causa principal es el Síndrome de Intestino corto. Un estudio de la Universidad de Alicante, concluyó que la prevalencia era de 4,18 pacientes/millón de habitantes. La incidencia actual en Argentina es de 19 nuevos pacientes adultos por año.

Presentación del caso: Mujer, 61 años, con antecedentes de diabetes tipo 2, enfermedad renal por diabetes, con múltiples internaciones, diarrea disautonómica, desnutrición severa (Valoración global subjetiva C) e insuficiencia intestinal, depleción de electrolitos y oligoelementos, que evoluciona a Falla intestinal. En su última internación ingresa con diagnóstico de abdomen agudo con fistula recto-vaginal infectada, séptica, requiriendo colostomía transversa derecha sobre varilla. No resuelve completamente el síndrome diarreico.

Discusión: Requirió diferentes intervenciones nutricionales, que se complejizaron hasta el requerimiento de nutrición parenteral, logrando con esta última los objetivos calórico- proteicos, y adecuada tolerancia. Finalmente, se coloca catéter permanente para nutrición parenteral total domiciliaria, sin complicaciones asociadas a la misma, con buena tolerancia y mejoría nutricional.

Conclusión: La falla intestinal representa una patología que compromete la salud y las actividades de la vida diaria. Uno de los pilares del tratamiento es el soporte nutricional especializado o avanzado. El abordaje debe ser multidisciplinario, la evaluación y manejo nutricional debe ser minucioso a fin de lograr un equilibrio hidroelectrolítico y nutricional, mejorando su calidad de vida y prevenir complicaciones graves.

0033 SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN, REPORTE DE CASO CLÍNICO

R ISLA(1), A ENCINA SANCHEZ(1), M AYALA(1), E BETTANCOURTH(1), F SOTO CAMPOS(1), A NAZHA(1), M DIAZ HEREDIA(1), N ELENA(1)

(1) Hospital Público “dr. Arturo Oñativia”

Introducción: El síndrome de realimentación es un conjunto de alteraciones desencadenadas por la reintroducción del soporte nutricional en pacientes malnutridos. Su principal signo es la hipofosfatemia severa y las complicaciones asociadas. La incidencia varía en diferentes estudios entre un 25% a un 90%. Los pacientes con más riesgo de presentarlo son aquellos que tienen: pérdida de peso en poco tiempo, disminución del aporte, o de la absorción de nutrientes y/o aumento de las pérdidas.

Presentación del caso: Mujer, 50 años, con antecedentes de hipertiroidismo por Bocio multinodular tirotóxico con tratamiento irregular. Con múltiples internaciones, ARM prolongada con múltiples complicaciones infecciosas, peritonitis secundaria a apendicitis con evisceración. Tiroidectomía total + traqueostomía + dilatación traqueal. En su última internación, ingresa con diagnóstico de TBC reactivada y Valoración Global Subjetiva C, desnutrición severa. Recibió tratamiento nutricional indicado. Al segundo día del inicio del soporte nutricional se observó caída severa del fósforo y potasio séricos, acompañados de astenia y parestesias, característicos de síndrome de realimentación.

Discusión: Al diagnóstico, se realizaron las reposiciones necesarias, a la vez que se mantuvo el soporte nutricional para evitar la deuda calórica. Se progresa Nutrición hasta correcta tolerancia por vía oral con suplementos, retiro de la enteral y una vez compensada se otorga el alta hospitalaria.

Conclusiones: El síndrome de realimentación es una patología muy prevalente en el paciente crítico. Conocer su fisiopatología y valorar el riesgo de síndrome de realimentación en los pacientes en los que se va a iniciar soporte nutricional es fundamental, ya que es prevenible, evitando así las complicaciones asociadas.

0034 LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES TIENEN MAYOR MORTALIDAD Y ESTADÍA MÁS PROLONGADA EN TERAPIA INTENSIVA EN COMPARACIÓN CON SEPSIS SIN BACTERIEMIA

N PISTILLO(1), L ESPINOLA(1), A VILLAR(1), M COMAS(1), S LAMBERT(1), J SMILE(1)
(1) El Cruce

Introducción: Aunque existen evidencias que demuestran que la bacteriemia asociada a catéteres (BAC) está relacionada con alta morbilidad y costos hospitalarios elevados, las evidencias locales son escasas.

Objetivos: Determinar cómo influye la bacteriemia asociada a catéteres (BAC) sobre la mortalidad y morbilidad en un servicio de alta complejidad de Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo y caso control-apareado. Se incluyeron pacientes adultos internados en terapia intensiva con BAC (2021-2023) quienes fueron apareados 1 a 1 con pacientes con sepsis de otro origen y sin bacteriemia evidente, en función de la edad, género, APACHE II, SOFA, escala de Charlson y requerimiento de ventilación mecánica (ver tabla adjunta). Se utilizó regresión logística múltiple para determinar el odds ratio (OR) y test de Fisher para comparar la mortalidad entre grupos. La relación entre las variables se determinó inicialmente mediante un análisis univariado que incluyó: edad >60 años, obesidad, DBT, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, diálisis, shock y BAC. Las variables con $p \leq 0.1$ fueron seleccionadas para el análisis de regresión logística.

Resultados: Se estudiaron 34 pacientes con BAC y otros tantos con sepsis sin bacteriemia. Los pacientes con BAC tuvieron mayor mortalidad que los controles (BAC: 35.3% vs. control: 11.7%; $p=0.02$) y permanecieron más días internados: BAC: 46 días (32.5 a 57.75) vs. sepsis sin bacteriemia: 28 días (15 a 38.5); $p=0.005$. El análisis de regresión logística comprobó que BAC es una variable independiente relacionada con la muerte (OR= 5.6; IC 95%= 1.4 a 22.6; $p=0.01$) y con la estancia prolongada (>30 días): OR= 7.6; IC95%= 21 a 27; $p=0.001$.

Conclusiones: La presencia de BAC quintuplicó el riesgo de muerte y aumentó casi 8 veces el riesgo de internación prolongada en terapia intensiva en comparación con pacientes sépticos sin bacteriemia.

COMPARACIÓN DE DATOS

Apareamiento:	CASO	CONTROL	P=
Definición:	BAC	Sepsis sin bacteriemia	
Nº pacientes	34	34	NS
Ventilación mecánica (%):	100	100	NS
Género masc/fem:	19/15	19/15	NS
Edad:	45.5 (25-59)	45.5 (29.5-60.25)	NS
APACHE II:	26.5 (21.5-29)	26.5 (23-29)	NS
Escala de Charlson:	5 (4-5)	5 (4-5)	NS
SOFA:	8 (6-11)	8 (6-11)	NS

0035 ENCEFALITIS DE SAN LUIS A PROPOSITO DE UN CASO

C LUENGO(1), MS FACHINAT(1), E MATIJACEVICH(1), V LEIVA(1), C LATTANZIO(1), R RODRIGUEZ(1), AD VILLANI(1), M MARINO(1)
(1) Higa San Jose

Introducción: En el norte de Buenos Aires se ha reportado desde 2015 un aumento de casos de encefalitis de San Luis, enfermedad causada por el virus de San Luis (SLEV), transmitida por mosquitos de la especie Culex. La clínica varía según la edad de asintomática a síndrome febril inespecífico, encefalitis o meningoencefalitis. El diagnóstico requiere sospecha clínica y estudios serológicos. El tratamiento es de sostén. La letalidad oscila entre el 5 y 15% aumentando con la edad.

Presentación del caso: Paciente de 61 años, sin antecedentes epidemiológicos que cursó internación por enterocolitis intercurriendo con injuria renal aguda y deterioro neurológico, con Glasgow de 6/15 por lo que se vincula ARM. TAC de cráneo no evidencia lesión aguda, tórax infiltrados tipo vidrio esmerilado. Se realiza punción lumbar con citofisicoquímico patológico, salen muestras para panel viral, hemocultivo y urocultivo. Inicia tratamiento empírico con Ampicilina, Ceftriaxona y Aciclovir. Presenta mejoría clínica con pase a sala el decimoquinto día. Se recibe informe de LCR y suero: Virus San Luis positivo.

Discusión: En las infecciones por SLEV menos de 1% desarrollan manifestaciones clínicas. Los casos graves presentan síntomas neurológicos, sobre todo mayores de 60 años. La infección ocurre por la picadura de mosquitos y el hombre se comporta como huésped terminal. El período de incubación varía de 5-15 días. El diagnóstico es por detección de anticuerpos específicos en suero y LCR. El tratamiento no es específico sino de sostén.

Conclusión: Se destaca la importancia de la sospecha clínica en pacientes con síntomas neurológicos y contexto epidemiológico. A pesar de ser una enfermedad poco frecuente, se ha registrado un aumento en el número de casos en la Ciudad de Pergamino, motivo por el cual los equipos de salud deben estar alerta a la detección y notificación temprana de casos sospechosos.

0036 REPORTE DE CASO: ENFERMEDAD NEUMOCOCICA INVASIVA

M BARGAGNA(1), AS PIGA(1), CS SENGER(1)
(1) Clínica Modelo

Introducción: Se considera enfermedad neumocócica invasiva (ENI) a la infección por *S. pneumoniae* confirmada a partir del cultivo de un líquido o tejido estéril, como líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal o procedente de hemocultivos.

Presentación del caso: Femenina de 18 años con antecedente de anemia eritropoyética congénita de tipo I, esplenectomizada, es-

quema de vacunación incompleto. Fue derivada de su ciudad de origen por cuadro de cefalea, fiebre, disminución de agudeza visual de ojo izquierdo y deterioro del sensorio, por lo que ingresa a UTI de nuestra institución. LCR: aspecto turbio, 290 PMN, glucorraquia 9 g/L, proteinorraquia 3,58 g/L, lactato 9,7. RMN de cerebro informa signos de meningitis, sinusopatía, exoftalmos bilateral y encefalopatía. Se realizó interconsulta con oftalmología por compromiso de globo ocular izquierdo, se realiza toma de muestra de humor vítreo en cámara anterior de OI, PCR neumococo resulta positivo. Cultivos de suero 2/2 y LCR con aislamiento de neumococo. Se realiza tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona y tópicos en OI con ceftazidima y vancomicina.

Discusión: El neumococo es una causa importante y bien conocida de bacteriemia en pacientes inmunocompetentes e inmunodeprimidos. Cuando hay bacteriemia, pueden ocurrir complicaciones secundarias, como artritis, meningitis y/o endocarditis. En el caso de nuestra paciente fue posible aislar neumococo en tres sitios estériles. Se realizaron diagnósticos diferenciales en un primer momento: trombosis del seno cavernoso, descartado por angiRMN; celulitis orbitaria descartada por ecografía de globo ocular.

Conclusión: La incidencia de la enfermedad neumocócica invasiva en cualquier población se ve afectada por la prevalencia del serotipo, la edad, las comorbilidades y el estado de vacunación, aumentando en pacientes con ciertas afecciones médicas subyacentes incluida la asplenia funcional o anatómica. Gracias al diagnóstico precoz, al tratamiento oportuno y al trabajo interdisciplinario, la paciente no sufrió secuelas neurológicas y recuperó parcialmente la visión del OI.

0037 PUNTUACIÓN DE ULTRASONIDO DE EXCESO VENOSO (PUNTUACIÓN VEXUS) EN LA PREDICCIÓN DE LA LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES CON SÍNDROME CARDIO-RENAL

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), D VARELA(1), B DAGLLIO(1), N TIRIBELLI(1), M LOMPINZANO(1), C BENAY(1), S FREDES(1), M ALIAGA(1), J AGUIRRE(1), C LOPEZ(1), A GARCIA(1), M RENK(1), R ALVARADO(1), D QUARANTA(1), R OCHOA(1), J CAPELLA(1)
(1) Churruca

Objetivo: Conocer la puntuación de ultrasonido de exceso venoso (puntuación VEXUS) en la predicción de la lesión renal aguda en pacientes con síndrome cardiorenal.

Introducción: La sobrecarga de líquidos es perjudicial en pacientes críticos. Puede conducir a la congestión venosa, aumentando así la presión venosa, reduciendo el flujo sanguíneo renal. La congestión venosa puede generar lesión renal aguda (LRA).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) con diagnóstico de síndrome cardiorenal, desde el 11/11/2023 hasta el 01/05/2023. Los pacientes se sometieron a un examen ecográfico con determinación seriada hasta que se resolvió la LRA o el paciente inició diálisis. Se evaluó la puntuación de ultrasonido de exceso venoso (VEXUS) que comprende vena cava inferior (VCI), forma de onda de la vena hepática y pulsatilidad de la vena porta.

Resultados: Treinta pacientes se incluyeron en el estudio. La edad media fue de $59,53 \pm 16,47$, (70%) hombres. (SOFA) de $5,03 \pm 1,97$. Catorce pacientes (46,7%) estaban en la etapa 1 de LRA, mientras que ocho pacientes (26,7%) estaban en la etapa 2 y la etapa 3 de LRA cada una. Veinte pacientes (66,7%) tenían VEXUS

grado III. La resolución de la lesión por LRA mostró correlación significativa con la mejoría en el grado VEXUS ($p < 0,003$). Del mismo modo, hubo asociación significativa entre los cambios en el grado VEXUS y el balance de líquidos (valor de $p < 0,006$). No hubo correlación entre la variabilidad del volumen sistólico, la función ventricular izquierda y la función ventricular derecha con cambio en el grado VEXUS.

Conclusión: El estudio muestra que una clasificación combinada de las mediciones de la VCI, vena hepática y vena porta podría demostrar de manera confiable la congestión venosa y ayudar en la decisión clínica de realizar eliminación de líquidos.

0038 TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA

E GONZALES(1), I ESPINOZA(1), D BAUTISTA(1), M MENDOZA(1), J GOMEZ(1), R PATIÑO(1), M PIAGGIO(1), L CORO(1), S PADILLA(1), R CUETO(1), L VEIZAGA(1), P CORRAL(1), J CASTREZANA(1), L VINDIGNI(1)
(1) Hospital Evita De Lanus

Introducción: La trombocitopenia inducida por heparina (HIT) se produce cuando los anticuerpos IgG dependientes de la heparina se unen a complejos heparina-factor plaquetario 4 (PF4) para activar las plaquetas y producir un estado de hipercoagulabilidad. Como consecuencia, se produce trombocitopenia y/o trombosis. La incidencia de la HIT es desconocida debido a la falta de estudios prospectivos y el score de 4T se propone como una herramienta sencilla para tomar conducta, pero poco utilizada.

Objetivo: Reportar el caso de un paciente con sospecha de HIT, revisar la bibliografía y resaltar la utilidad del score 4T para tomar conducta en Terapia Intensiva.

Métodos: Se recogerán datos de la Historia Clínica de la presentación y evolución del paciente; y de analizará la bibliografía relativa obtenida con métodos estructurados de Búsqueda Bibliográfica y categorización de resultados en base a la calidad de la evidencia.

Resultados: Hombre de 73 años que ingresa con cuadro de insuficiencia respiratoria. Se inicia manejo según guiamiento y profilaxis antitrombótica con heparina sódica como parte de los cuidados estándar. A los 9 días intercorre con cuenta de 26.000 k/μl plaquetas (al ingreso de 118.000), asociada a tromboflebitis del miembro superior derecho. Se suspende heparina, registrándose plaquetas=101.000. k/μl a las 48 hs. Se realiza score 4T, resultando alta probabilidad de HIT. Se inicia anticoagulación con rivaroxabán con mejoría de cuadro. No se realiza inmunoensayo por falta de disponibilidad.

Conclusiones: La HIT se debe sospechar ante descensos de más de un 50% en la cifra de plaquetas. La presencia de trombosis a los 5-10 días de la administración de heparina apoyaría esta sospecha, que inicialmente debe descartarse mediante la determinación de anticuerpos anti-heparina/PF4.

Un resultado del score 4T, que es sencillo y practicable, con una probabilidad intermedia-alta, habilita a tomar dos medidas cruciales: suspender la heparina e iniciar anticoagulantes no heparínicos. Nuestro paciente cumplía índice de 4T de 7 puntos con probabilidad clínica: alta.

Referencias: 1.-Current status of diagnosis and treatment of heparin-induced thrombocytopenia (HIT) José A. Páramoa,b,c,

2.-Diagnóstico de HIT: Anticuerpos anti factor plaquetario 4-Heparina detectados por un método inmunoturbidimétrico. method Martinuzzo. Laboratorio Central del Hospital Italiano de Buenos Aires.

TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA ACERCA DE UN CASO.

INTRODUCCIÓN
 La trombocitopenia inducida por heparina (HIT) se produce cuando los anticuerpos IgG dependientes de la heparina se unen a complejos heparina-factor plaquetario 4 (PF4) para activar las plaquetas y producir un estado de hipercoagulabilidad. Como consecuencia, se produce trombocitopenia y/o trombosis. La incidencia de la HIT es desconocida debido a la falta de estudios prospectivos y el score de 4T se propone como una herramienta sencilla para tomar conducta, pero poco utilizada.

RESULTADOS
 Hombre de 73 años que ingresa con cuadro de insuficiencia respiratoria. Se inicia manejo según guías y profilaxis antitrombótica con heparina sódica como parte de los cuidados estándar. A los 9 días intercorre con cuenta de 26.000 k/μl plaquetas (al ingreso de 118.000), asociada a tromboflebitis del miembro superior derecho. Se suspende heparina, registrándose plaquetas=101.000. k/μl a las 48 hs. Se realiza score 4T, resultando alta probabilidad de HIT. Se inicia anticoagulación con rivaroxabán con mejoría de cuadro. No se realiza inmunoensayo por falta de disponibilidad.

TABLA 1 Sistema de puntuación de las 4 T para pacientes con sospecha de trombocitopenia inducida por heparina (THI)^{1,2}

	2 puntos	1 punto	0 puntos
Trombocitopenia	Disminución relativa > 50% o más de 20-100 x 10 ⁹ /l	Disminución relativa 30-50% o más de 10-19 x 10 ⁹ /l	Disminución relativa < 30% o más de < 10 x 10 ⁹ /l
Tiempo exposición heparina-trombocitopenia	5-10 días < 1 día de exposición a heparina	> 10 días > 1 día de exposición a heparina	< 1 día (sin exposición reciente a heparina)
Trombosis	28 días previos	20-100 días previos	No
Otras causas de trombocitopenia	Confirmada	Dudosa	No Confirmada

CONCLUSIONES
 La HIT se debe sospechar ante descensos de más de un 50% en la cifra de plaquetas. La presencia de trombosis a los 5-10 días de la administración de heparina apoya esta sospecha, que inicialmente debe descartarse mediante la determinación de anticuerpos anti-heparina/PF4. Un resultado del score 4T, que es sencillo y practicable, con una probabilidad intermedia-alta, habilita a tomar dos medidas cruciales: suspender la heparina e iniciar anticoagulantes no heparínicos. Nuestro paciente cumplió índice de 4T de 7 puntos con probabilidad clínica: alta.

REFERENCIAS
 1. Current status of diagnosis and treatment of heparin-induced thrombocytopenia (HIT) José A. Páramoa, b, c.
 2. Diagnóstico de HIT: Anticuerpos anti factor plaquetario 4-Heparina detectados por un método inmunoturbidimétrico. method Martinuzzi. Laboratorio Central del Hospital Italiano de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN
 La trombocitopenia inducida por heparina (HIT) se produce cuando los anticuerpos IgG dependientes de la heparina se unen a complejos heparina-factor plaquetario 4 (PF4) para activar las plaquetas y producir un estado de hipercoagulabilidad. Como consecuencia, se produce trombocitopenia y/o trombosis. La incidencia de la HIT es desconocida debido a la falta de estudios prospectivos y el score de 4T se propone como una herramienta sencilla para tomar conducta, pero poco utilizada.

OBJETIVO
 Reportar el caso de un paciente con sospecha de HIT, revisar la bibliografía y resaltar la utilidad del score 4T para tomar conducta en Terapia Intensiva.

MÉTODOS
 Se recogerán datos de la Historia Clínica de la presentación y evolución del paciente; y de analizará la bibliografía relativa obtenida con métodos estructurados de Búsqueda Bibliográfica y categorización de resultados en base a la calidad de la evidencia.

RESULTADO
 Hombre de 73 años que ingresa con cuadro de insuficiencia respiratoria. Se inicia manejo según guías y profilaxis antitrombótica con heparina sódica como parte de los cuidados estándar. A los 9 días intercorre con cuenta de 26.000 k/μl plaquetas (al ingreso de 118.000), asociada a tromboflebitis del miembro superior derecho. Se suspende heparina, registrándose plaquetas=101.000. k/μl a las 48 hs. Se realiza score 4T, resultando alta probabilidad de HIT. Se inicia anticoagulación con rivaroxabán con mejoría de cuadro. No se realiza inmunoensayo por falta de disponibilidad.

CONCLUSIONES
 La HIT se debe sospechar ante descensos de más de un 50% en la cifra de plaquetas. La presencia de trombosis a los 5-10 días de la administración de heparina apoya esta sospecha, que inicialmente debe descartarse mediante la determinación de anticuerpos anti-heparina/PF4. Un resultado del score 4T, que es sencillo y practicable, con una probabilidad intermedia-alta, habilita a tomar dos medidas cruciales: suspender la heparina e iniciar anticoagulantes no heparínicos. Nuestro paciente cumplió índice de 4T de 7 puntos con probabilidad clínica: alta.

REFERENCIAS
 1.-Current status of diagnosis and treatment of heparin-induced thrombocytopenia (HIT) José A. Páramoa, b, c.
 2.-Diagnóstico de HIT: Anticuerpos anti factor plaquetario 4-Heparina detectados por un método inmunoturbidimétrico. method Martinuzzi. Laboratorio Central del Hospital Italiano de Buenos Aires.

0039 CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES CON SDRA SEGÚN PAO2/FIO2 Y PAO2/FIO2XPEEP Y SU EVOLUCIÓN. ESTUDIO DESCRIPTIVO

M BOTTO(1), M MAREDA(1), O OCCHIUZZI(1)
 (1) Higa Vicente López Y Planes.

Introducción: Según la definición del Consenso de Berlín, el índice PaO2/FiO2 es la única medida de oxigenación utilizada para deter-

minar la gravedad del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA). Para realizar el diagnóstico, se requiere un valor mínimo de PEEP de 5 cmH2O, aunque no especifica con qué valor de PEEP debe calcularse. Está reportado que el valor de PEEP afecta la oxigenación y modifica la estratificación de la gravedad en los pacientes. En 2021, se propuso el índice PaO2/FiO2xPEEP como una alternativa más precisa para el pronóstico de los pacientes con SDRA en comparación con el índice PaFiO2.

Objetivos: El objetivo de este estudio es describir las características y evolución de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con SDRA, que requirieron ventilación mecánica, según las diferentes categorías de diagnóstico de SDRA determinadas por los índices PaO2/FiO2 y PaO2/FiO2xPEEP.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los datos correspondientes al período comprendido entre mayo de 2021 y marzo de 2022. La población incluida en el estudio fueron pacientes mayores de 18 años ingresados en la UCI del HIGA Vicente López y Planes, con requerimiento de ventilación mecánica y diagnóstico de SDRA al ingreso.

Resultados: Se analizaron un total de 75 sujetos. Se observó que el 72% (54 sujetos) se mantuvieron en la misma categoría determinada por el valor de PaO2/FiO2. En un 20% (15 sujetos) se observó una progresión hacia una categoría de menor gravedad, mientras que en 6 sujetos (8%) se produjo una progresión hacia una categoría de mayor gravedad. Respecto al estado final de los participantes, tanto vivos como fallecidos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo correspondiente a la clasificación de SDRA (p = 0.758), ni al ajustar por PEEP (p = 0.869).

Conclusión: Las variaciones encontradas en la puntuación del índice PaO2/FiO2xPEEP no necesariamente generaron cambios en la categoría de SDRA según la oxigenación. Además, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de pacientes vivos y fallecidos en ninguna de las variables analizadas en nuestra población

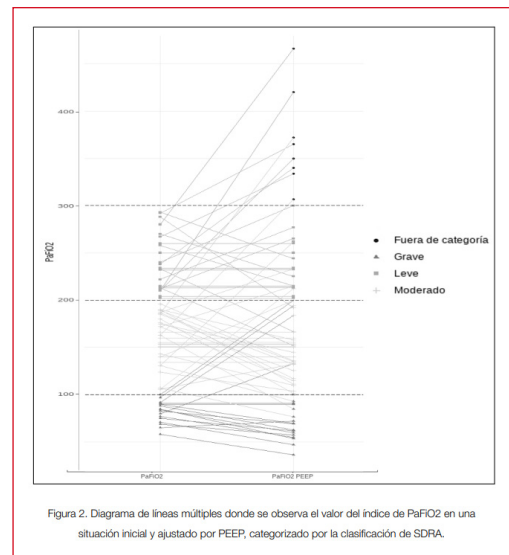


Figura 2. Diagrama de líneas múltiples donde se observa el valor del índice de PaO2/FiO2 en una situación inicial y ajustado por PEEP, categorizado por la clasificación de SDRA.

Tabla 2. Monitoreo ventilatorio y Clasificación SDRA

Variables	Clasificación SDRA				Clasificación SDRA ajustado por PEEP				
	Leve	Moderado	Severo	valor p	Leve	Moderado	Severo	valor p	
PEEP, mediana (RQ) cmH2O	10 (8-12)	10 (8,5-14)	12 (8,25-14)	0,249	10 (8-10)	10 (10-14)	14 (11-14,5)	6 (5-7,75)	<0,001
Driving Pressure, mediana (RQ), cmH2O	12 (10-14)	13 (11-14)	13 (11,75-15,5)	0,502	13 (11-15)	13 (11-14)	13 (10,5-13,5)	14 (10,75-15,75)	0,562
Ventilatory Ratio, mediana (RQ), porcentaje	1,88 (1,52-2,21)	2,07 (1,77-2,3)	2,04 (1,77-2,31)	0,238	1,89 (1,66-2,14)	2,13 (1,73-2,30)	1,99 (1,75-2,4)	1,79 (1,66-2,15)	0,486
Efecto, n (%)				0,788				0,889	
Vivos	10 (25,7)	12 (29,0)	6 (21,4)		6 (21,4)	13 (46,8)	7 (25)	2 (7,1)	
Muertos	13 (27,7)	22 (46,8)	12 (25,5)		11 (23,4)	20 (42,6)	10 (21,3)	6 (12,8)	

Referencia: RQ (Rango intercuartiles); PEEP (presión positiva end-expiratoria); SDRA (Síndrome de distress respiratorio agudo).

0040 HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA POR METASTASIS CEREBRAL DE CARCINOMA EMBRIONARIO

JJ MADERA MERCHÁN(1), M LANCI(1), JC MARCHETTI(1), C HERNANDEZ(1), MG GUERRERO(1), N BOEDO(1), S RAMIREZ(1), H GOUVEA(1), M STEINHAUS(1), N GRUBISICH(1), P BOSCHINI(1)
(1) Hospital Angel H Roffo

Introducción: Los tumores urológicos presentan un 12% de frecuencia de diseminación al sistema nervioso central siendo un 2% los tumores testiculares.

Presentación del caso: Masculino, 30 años, antecedentes: Asma persistente, controlado con montelukast. 03/2022 Ecografía testicular: Tumor testicular izquierdo, hidrocele izquierdo + varicocele bilateral. Tomografía de tórax abdomen y pelvis: adenopatías retroperitoneales que comprometen grandes vasos abdominales.

14/03/2023 Cirugía: Orquiectomía izquierda.

Anatomía Patológica: Neoplasia de células germinales in situ

1era línea: Bleomicina, Etopósido, Cisplatino.

04/08/2022: Progresión de enfermedad.

2da línea: Paclitaxel, Ifosfamida y Cisplatino.

09/03/2023 Cefalea, moderada intensidad, resonancia de encéfalo: Lesión ocupante de espacio en región occipito-parietal derecha, efecto de masa y desplazamiento de la línea media de 7 mm. Plan quirúrgico programado el: 20/03: Excéresis de lesión tumoral. 21/03/2023 Reflejo de Cushing, deterioro de sensorio y anisocoria, neurocirugía de urgencia: Craniotomía + excéresis de tumor intraparenquimatoso + colocación de cateter de presión intracraneana. Anatomía Patológica: Metástasis de Tumor germinal, Carcinoma Embrionario.

UTI: Post operatorio inmediato, Intercurre con neumotorax grado II, requerimiento de colocación de tubo de avenamiento pleural derecho. Requerimiento de drogas vasoactivas. Se continúan medidas anti edema: Dexametasona + Manitol. 23/3 Neumonía asociada a la ventilación mecánica: Meropenem + Vancomicina + Colistin. Cambio de cateter pic el 24/03/2023 por fibra óptica intraparenquimatoso, se logra extubación el 27/03/2023, alta el 30/03.

Discusión: La cirugía de elección en situaciones de emergencia por hipertensión endocraneana es la Craniectomía descompresiva. En este caso se realizó, craniotomía mas excéresis de lesión parietal debido a que la causa del aumento de presión por pérdida de los mecanismos reguladores de compliance cerebral era esta lesión parietal. Autores como Jehan mencionan que no hay diferencia en resultados clínicos entre ambas cirugías en hemorragias intracraneales, mientras que Zhengqian Guo y colaboradores mencionan que la craniotomía presenta mejores resultados a largo plazo en la función cognitiva de los pacientes.

Conclusiones: La craniotomía debe ser considerada como cirugía de elección en los casos de hipertensión endocraneana por metastásis cerebrales únicas de tumores testiculares, debido al pronóstico favorable postquirúrgico y opciones terapéuticas curativas.



RESONANCIA MAGNÉTICA DE ENCÉFALO
SECUENCIA T1 MÁS REALCE CON GADOLINEO.
LESIÓN OCCIPITO PARIETAL DERECHA DE 44MM
HOSPITAL ANGEL H ROFFO, MARZO 2023.



RESONANCIA MAGNÉTICA DE ENCÉFALO, SECUENCIA T2:
LESIÓN OCCIPITO PARIETAL DERECHA MÁS
DESPLAZAMIENTO DE LINEA MEDIA, 7MM. HOSPITAL ANGEL
H ROFFO, MARZO 2023

0041 VALIDACIÓN DEL SCORE DE HUNT Y HESS COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA

MV GONZALEZ(2), CG VIDELA(1), I HUESPE(1), S VENUTI(1), M BERDIÑAS ANFUSO(1), S PRATI(2), N CIARROCCHI(2)
(1) Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: El score de Hunt y Hess (HH) es actualmente uno de los más utilizados para determinar severidad y pronóstico en Hemorragia Subaracnoidea aneurismática (HSA). En los últimos años, el manejo de pacientes con HSA ha variado notablemente por lo que la capacidad predictiva de esta score en la actualidad no está bien definida.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar la validez del score de HH para la predicción de mortalidad hospitalaria en pacientes con HSA en nuestra institución.

Materiales y método: Estudio de cohorte retrospectivo, se incluyeron pacientes con HSA desde enero de 2011 hasta julio de 2022. Se realizó validación del Score de HH, evaluando la discriminación a través del área bajo la curva ROC (AUROC). La calibración fue evaluada con el gráfico de supuestos y predichos. Posteriormente se determinó que la predicción perfecta debe estar en la línea ideal, y se calculó la calibración de COX.

Resultados: Se incluyeron 161 pacientes ingresados por HSA con una media de edad de 59 años (DE 14) y una mortalidad global del 12%. Al evaluar la capacidad discriminatoria del sistema de clasificación de HH, se obtuvo AUROC de 0.69 (IC 95% 0.56-0.82) para la predicción de mortalidad.

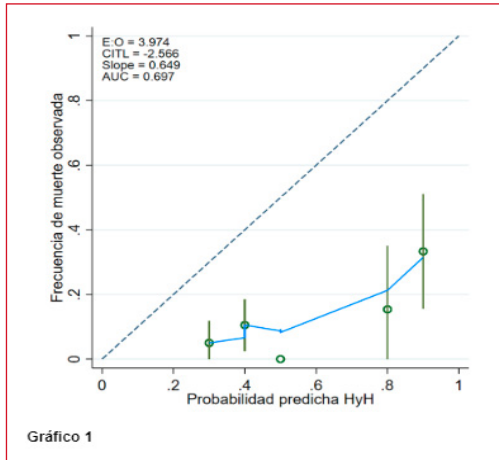
En el análisis de calibración, se observó que el puntaje de HH sobre predijo la mortalidad en cada uno de los deciles: en pacientes con HH IV, se registró una mortalidad del 15%, para una mortalidad esperada del 80%. Para pacientes con un HH V, se observó una mortalidad del 33%, para una esperada del 90%.

Esto se evidencia con un valor de calibración en el largo (CITL) de -2.6 y un sólo de 0.6, lo que indica que la escala de HH sobreestima la mortalidad en todos los puntajes posibles.

Conclusión: Podemos observar que en nuestra población existe una sobre predicción de mortalidad hospitalaria utilizando el score de HH. Probablemente las mejoras en tratamientos neuroquirúrgicos y manejo protocolizado de estos pacientes influyen en una mejoría en el pronóstico. Se necesitan por tanto nuevas escalas validadas que incluyan otras variables a fin de mejorar la predicción.

Variables	Total (N=161)	Sobrevivientes (N=141)	Obito (N=20)	p.valor
Sexo masculino	55 (34.2%)	50 (35.5%)	5 (25.0%)	0.502
Edad (años)	59.2 (14.0)	57.6 (13.9)	70.7 (8.57)	<0.001
Apache al ingreso	10.6 (7.61)	9.74 (7.49)	16.1 (6.03)	<0.001
BMI	25.1 (8.48)	25.7 (8.84)	22.8 (6.33)	0.104
Charlson al ingreso	2.59 (2.21)	2.22 (1.93)	5.06 (2.44)	<0.001
Score de Fisher	3.17 (1.03)	3.08 (1.05)	3.79 (0.54)	<0.001
Hunt & Hess al ingreso	2.53 (1.44)	2.38 (1.35)	3.53 (1.61)	0.008
Embolización	52 (32.3%)	41 (29.1%)	11 (55.0%)	0.039
Clipado	58 (36.0%)	54 (38.3%)	4 (20.0%)	0.178

Tabla 1



0042 ANALISIS DE LA MORTALIDAD LUEGO DEL ÚLTIMO BROTE PANDEMICO POR COVID-19

N FUNES NELSON(1), C CERVANTES(2), C YUCRA(2)
 (1) Sanatorio Del Oeste Ituzaingo. (2) Sdo Ituzaingo.

Introducción: Desde la pandemia por COVID-19, conocida por todos, se han presentado importantes cambios en la mortalidad, encontrando prevalencia durante la misma, la mortalidad por insuficiencia respiratoria por COVID.

Objetivos: Identificar la prevalencia, variables y factores asociados a mortalidad en pacientes admitidos en la unidad de cuidados intensivos del sanatorio del oeste luego del último brote pandémico por covid-19.

Materiales y métodos: Estudio, unicentrico, observacional, descriptivo, retrospectivo, en pacientes adultos que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos del sanatorio del oeste Ituzaingo en la provincia de Buenos Aires, desde el 1ro de enero del 2022 al 31 de diciembre del 2022.

Resultados: Del análisis de una base de datos de 822 pacientes ingresados en sci entre el 01/01/22 al 31/12/22, con 129 óbitos en el periodo descripto, se obtuvieron los siguientes datos:

Edad promedio, 73.4 años, causales de ingreso de los pacientes: 66 insuficiencia respiratoria, 11 de causa cardiológica, 25 por shock séptico, 3 por shock hipovolémico, 15 por abdomen agudo (quirúrgico y no quirúrgico) y 9 de causa neurológica.

28 pacientes provenían de geriátrico, 2 de centro de rehabilitación y 2 de psiquiátrico, 12 desde otros nosocomios y 85 por propios medios o ambulancia desde domicilio.

De los 129 pacientes fallecidos, 25 tenían firma de AET, 16 eran reingresos. 104 requirieron ARM, con un total de 1207 días de ARM, con 35 episodios de NAVM, 46 de ellos tenían enfermedad cardiológica, no HTA, 77 eran hipertensos, 31 DBT, 35 con insuficiencia renal, solo 22 de ellos fueron Covid +.

Conclusiones: Comparando la mortalidad con la registrada en 2021, se observan diferencias significativas en cuanto a: cantidad de pacientes ingresados en el servicio, 705 pacientes fueron admitidos, pero la mortalidad fue mayor (176), los pacientes covid +, los días de ARM, los episodios de NAVM fueron significativamente mayor. En 2022 se ve que los datos, se acercan a los registrado pre pandemia.

0043 CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD CORONARIA ANTE UNA SITUACIÓN DE DELIRIUM

E OLAZAR(1), G SERVIN(1)
 (1) Headrm

En la Unidad Coronaria de un Hospital público de alta complejidad de la ciudad de Posadas Misiones, se atienden un gran número de pacientes con diversos tipos de patologías cardíacas, en la mayoría de los casos de estudio y tratamiento quirúrgico. El hecho de pasar por la situación de internación, la incertidumbre del desconocimiento de los procedimientos, los riesgos que conllevan, genera en los sujetos de cuidado un gran nivel de estrés. En ocasiones, varios de estos pacientes presentan ciertas alteraciones súbitas en el estado de conciencia (confusión, ideas delirantes), cuadros de excitación psicomotriz, entre otros síntomas, en muchos casos, los enfermeros que prestan servicios en dicha unidad no logran relacionar estas manifestaciones clínicas con el Delirium.

En el presente trabajo de Investigación se realizará un estudio descriptivo sobre los conocimientos que tiene el personal de enfermería acerca del manejo ante una situación de delirium en la unidad coronaria y sus factores desencadenantes, con el objetivo de lograr detectar de forma temprana los riesgos que conllevan a este estado e identificar las necesidades más relevantes para actuar con una visión más acertada y adecuada a los requerimientos individuales de los sujetos de atención.

Objetivo: Identificar el conocimiento acerca del manejo de situaciones de Delirium que tienen los profesionales de enfermería que trabajan en una unidad del área crítica de un hospital público de la ciudad de Posadas, Misiones, año 2023.

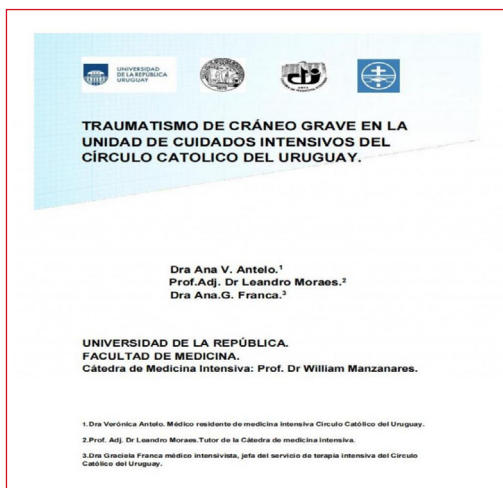
Resultados: La incidencia de delirio en el grupo clínico estudiado fue del 37,5%, con promedio de edad para pacientes con delirium de 67 años y 64 años para los que no presentaron. El grado de asociación entre el delirium y las características clínicas operacionizadas presenta una significancia mayor a 0,05%, al igual que la relación entre el delirium y el porcentaje de mortalidad según APACHE-II (Phi 283). Conclusiones: La incidencia del delirio en pacientes con SCA en la UCI fue del 37,5%, evidenciando una asociación estadística no significativa entre el delirium y las características clínicas identificadas. El índice de mortalidad se comportó de forma independiente a la aparición de delirium.

0045 TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL CÍRCULO CATOLICO DEL URUGUAY

A ANTELO(1)
 (1) Circulo Catolico Del Uruguay

Se reclutaron 70 pacientes, todos ellos mayores de 14 años. Todos cumplieron con el diagnóstico de TEGG. Se observó el perfil sociodemográfico (edad y género), estaba promedio en la unidad, escala de glasgow al ingreso, medición de la presión intracraneana, score tomográfico de Marshall al ingreso, que paciente desarrolló hipertensión intracraneana (HIC), a quienes se les realizó craneotomía descompresiva y la relación de estas variables con la mortalidad y el estado funcional a los 6 meses al alta de la UCI según la escala de coma de Glasgow extendida (GOSE) como.

De los Resultados se destaca que un 96% fueron hombres, el principal agente causal de TEGG fueron los siniestros de tránsito ocupando un 94,7% de todas las causas. La estadía promedio fue de 24 días. La mortalidad global en UCI fue de 22,9%. A un 51,4% de los pacientes se les monitorizó la PIC de forma invasiva y un 92% de esos pacientes desarrolló HIC. Se observó que el GCS bajo al ingreso, la edad y la monitorización de PIC se asociaron a mayor mortalidad. También se observó que un GCS alto se asocia a mejores resultados en el GOSE, mientras que cada día que aumenta la estadía las posibilidades de obtener malos resultados en el GOSE aumentan un 4% por cada día adicional.



0046 EXPERIENCIA CON EL USO DE ÓXIDO NÍTRICO INHALADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA).

L MENTA(1), P CASTELLANI(1), K CINQUEGRANI(1), A COCA SALAZAR(1), E PAZ(1), F MILORO(1), J PARDON(1), A DALZOTTO(1)

(1) Hospital El Cruce

Introducción: Según las publicaciones, el óxido nítrico inhalado (iNO) en pediatría está indicado en pacientes con hipertensión pulmonar (HTP), las guías PALICC 2023 lo recomiendan en síndrome de distres respiratorio (SDRA) donde hay HTP documentada o disfunción ventricular derecha. No están claramente descriptos los mecanismos que determinan las variaciones en las respuestas individuales.

Objetivos: Mostrar la experiencia de uso de iNO en nuestro centro en pacientes con SDRA.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal observacional prospectivo, incluye pacientes de 29 días a 14 años y 364 días de vida, internados en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) de hospital general de alta complejidad, en periodo entre 01/09/2022 al 15/05/2023 que cursaron SDRA por criterios PALICC, sin evidencia ecocardiográfica de HTP. Se consideró “respondedor (R)” a aquellos con una mejora del 20% en el índice de oxigenación (IO) a las 6 horas y “no respondedor (NR)” quienes no presentaron este criterio. Se estudiaron edad, patología desencadenante del SDRA, comorbilidades, duración de la terapia, dosis, incidencia de metahemoglobinemia, días de estadía en UCIP y sobrevida.

Resultados: Incluimos 11 pacientes, la mediana de edad fue 23 meses, con un rango de 2 meses a 6 años. La patología más frecuente que condiciona SDRA fueron infecciones respiratorias bajas, no se observaron comorbilidades. La media de duración del tratamiento fue de 115 hs, con una dosis media de 20 ppm. Seis fueron R y cinco NR (tabla 2). No hubo metahemoglobinemia significativa. En los R no hubo óbitos y el promedio de días en UCIP fue de 36.5 días, en el de NR la mortalidad fue 1 paciente, con promedio de días de internación de 22.4 días (tabla 1).

Conclusiones: Se observa un mayor número de R que NR, y mayor mortalidad en el grupo NR, sin efectos adversos. Esto puede indicar que no solo la terapéutica con iNO puede tener un beneficio en el SDRA sin HTP, sino que no presenta complicaciones. Es necesario continuar el estudio sobre efectos del iNO en el SDRA puro en ausencia de HTP, para definir potenciales beneficios para el paciente en contraposición a los costos para el sistema sanitario.

	Pre iNO			Post iNO (6hs)		
	SatO2	IO	PAFI	SatO2	IO	PAFI
1	94	18,4	52	93	8,7	98
2	89	19	72	96	15	107
3	88	14	-	94	13	111
4	69	19	35	85	9,3	88
5	89	21	64	90	12,8	84
6	85	19,6	85	87	19,6	74
7	77	23	60	88	20	62
8	92	19	63	91	12	88
9	89	14	67	93	7,7	116
10	82	11	120	98	4	230
11	91	20	69	89	16	60

Edad (R)	Patología	Comorbilidades	Carman	Días	Día	Prote	Duración	Dosis	Respon	metahemoglobinemia	PAFI	Complicaciones	Días	Sobreviv	
(R)			atibido	AVM	IN	INO	(h)	(ppm)	NO	>2,5	>2,5		UCIP		
1	23	IRAG	RNPPT	Kabohela	15	3	51	259	20	NO	0	22,2	NR/ Shock	17	0
2	48	IRAG	NINGUNA	H. influenzae	31	5	51	75	20	SI	0	4,14	Bacteriemia asociada a catéter pericardio	31	0
3	2	SHOCK	RNPPT	NSR	44	0	NO	68	20	NO	0	3,58	Bacteriemia	41	0
4	68	NEUMONIA	NINGUNA	Ritrovirus/ enterovirus	5	1	56	29	20	SI	0	4,09	traqueobronquitis	8	0
5	9	IRAG	NINGUNA	NINGUNA	66	7	51	138	15	SI	0	5,43	NR/ Bacteriemia/ Traqueobronquitis	123	0
6	2	IRAG	NINGUNA	NSR	24	7	51	203	20	NO	0	4,01	NR	25	0
7	72	ASMA	ASMA	Ritrovirus/ enterovirus	8	0	51	110	20	NO	0	7,77	-	13	0
8	4	IRAG	OSP	NSR	27	4	51	168	20	SI	0	0,56	-	58	0
9	5	SHOCK	NINGUNA	Ritrovirus/ enterovirus	10	0	51	90	20	SI	0	3,05	-	12	0
10	60	NEUMONIA	RNPPT	NINGUNA	3	1	NO	52	20	SI	0	5,4	-	9	0
11	68	NEUMONIA	NINGUNA	Asterovirus/ Sarcovz	12	5	51	56	20	NO	0	4,14	-	15	0

0048 COMA MIXEDEMATOSO, LA MAXIMA EXPRESION DEL HIPOTIROIDISMO, A PROPOSITO DE UN CASO

A TAMAYO(1), A CORREA(1), D LACAZE(1), W LLANOS(1), R NUÑEZ(1), ME GONZALEZ(1)

(1) Mariano y Luciano De La Vega

Introducción: La definición de hipotiroidismo se basa en rangos de referencia estadísticos de los parámetros bioquímicos relevantes y es cada vez más un tema de debate. Los síntomas más comunes en adultos son fatiga, letargo, intolerancia al frío, aumento de peso, estreñimiento, cambio de voz y piel seca, pero la presentación clínica puede diferir con la edad y el sexo, entre otros factores.

Caso clínico: Masculino de 70 años que ingresa a Emergencia por disnea clase funcional IV/IV, alteración del sensorio, edema de las 4 extremidades, lesiones en piel y bradicardia; por lo cual se plantea como insuficiencia respiratoria; intercorre con paro cardiaco poste-

riormente ritmo sinusal; sin embargo presenta mayor compromiso hemodinámico se plantea diagnóstico de coma mixedematoso aplicando el Score Clínico de coma mixedematoso, se inicia tratamiento convencional, se obtiene mejoría clínica transitoria ya que intercorre con NAV y finalmente el paciente fallece.

Discusión: Los cambios hemodinámicos que se producen por el exceso de TSH y déficit de hormonas tiroideas, como la reducción en el gasto cardíaco, reducción del volumen intravascular circulante, asociado aumento de la resistencia periférica, se produce la vasoconstricción sistémica y renal. Este efecto se traduce en disminución del flujo sanguíneo renal y, por tanto, de la tasa de filtración glomerular. En este caso no pudimos determinar si el hipotiroidismo precedía o seguía a la lesión renal debido a los múltiples factores de riesgo presentes, que podrían ser considerados como confusiones; sin embargo, con el tratamiento de la sepsis, el coma mixedematoso, la insuficiencia cardíaca crónica y el control metabólico se logró mejoría del gasto urinario y descenso de la creatinina. Recibe levotiroxina carga y mantenimiento con administración previa de corticoidea para evitar la posibilidad de insuficiencia suprarrenal asociada.

A las 24 h del inicio del tratamiento suele verse mejoría clínica, como aumento de la temperatura corporal y de la frecuencia cardíaca, y más tarde, recuperación del estado de alerta.

Conclusiones: Dentro de las endocrinopatías más comunes está el hipotiroidismo, es una afección común de deficiencia de hormona tiroidea, que se diagnostica y trata fácilmente, pero que es potencialmente mortal en casos graves si no se trata como lo es el coma mixedematoso.

0050 PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA POR VIRUS CHIKUNGUNYA EN CUIDADOS CRÍTICOS. REPORTE DE UN CASO Y LAMBERTO(1), P SAUL(2), N CHACON(2), JJ VIDELA(2), V EMEDE(2), M GALINDO(2), L GONZALEZ(2), MDLM NANO(2), E VELASQUEZ LOPEZ(2), A PACOVICH(2), ME IBARRA(2), L MILLER(2), V CHEDIACK(2), E CUNTO(2)

(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

Chikungunya es un Alfvirus transmitido por mosquitos Aedes. Genera un síndrome febril con poliartalgias y artritis, que pueden ser incapacitantes y de duración prolongada. La mortalidad global ronda en 0.1%. Existen reportes de presentaciones atípicas y graves con compromiso de múltiples órganos. Se presenta una paciente con shock séptico por foco respiratorio y patrón de neumonía intersticial, evolución tórpida y óbito dentro de las 24 horas del ingreso.

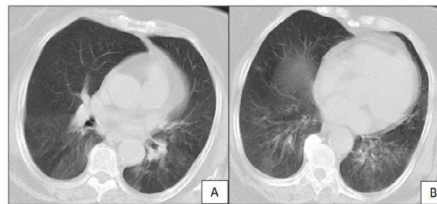
Caso clínico: Mujer, 76 años, paraguaya, residente en la Ciudad de Buenos Aires. Antecedentes: estenosis aórtica e hipertensión arterial. Comenzó 5 días previos al ingreso con fiebre, tos, expectoración mucopurulenta, dolor abdominal y cefalea. Medicada ambulatoriamente 48 horas previas al ingreso con amoxicilina-ácido clavulánico; se realizó SARS-CoV2, virus influenza A y B y virus sincicial respiratorio por reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) negativas. Consultó por disnea clase funcional IV, náuseas y dolor abdominal, se realizó tomografía axial computada (TAC) que evidenció infiltrado intersticial bilateral (Figura 1). Ingresó a terapia intensiva (TI), con shock séptico, SOFA de 5 y APACHE II 21 puntos. Se realizó análisis clínicos (tabla 1) y cultivos. Se envió sangre para dengue y CHIKV. Se realizó ecocardiograma (POCUS):estenosis aórtica moderada, velocidad pico de 3.4 m/segundos, función sistólica del ventrículo izquierdo conservada, sin alteraciones de la movilidad segmentarias, sin falla cardíaca aguda y sin vegetaciones. Se inició reanimación con fluidos, ceftriaxona y vancomicina. Evolucionó con progresión de fallas orgánicas y shock refractario; requirió ventilación mecánica, vasopresores e infusión de furosemida. Fallece 24 horas después de su ingreso. Postmortem los cultivos bacteriológicos de sangre, orina y secreciones traqueales concluyeron sin desarrollo bacteriano, RT-PCR para virus dengue y detección de antígeno NS1 no detectable y RT-PCR para CHIKV detectable.

Discusión: Es importante informar las presentaciones atípicas y gra-

ves de esta enfermedad por la baja prevalencia. Se describe en la literatura manifestaciones atípicas con compromiso neurológico, respiratorio, cardíaco, hematológico, hepático, renal, etc. La paciente tenía factores de riesgo para una evolución desfavorable: edad avanzada y antecedentes cardiovasculares.

Conclusión: Con el aumento de casos autóctonos en el país, se puede prever un aumento proporcional de presentaciones atípicas y graves lo que resalta conocer los factores de riesgo de mala evolución, las posibles presentaciones clínicas e incluir CHIKV en los diagnósticos diferenciales.

Fig. 1. TAC de tórax de la paciente con CHIKV



A y B. Compromiso pulmonar intersticial de ambos campos pulmonares.

Tabla 1- Análisis clínicos de la paciente con CHIKV

Parámetro	Valor	Valor de referencia
Hemoglobina	18 g/dl	12.3-17.5 g/dl
Plaquetas	170 *10 ³ /µl	150-409*10 ³ /µl
Leucocitos	27.8*10 ³ /µl	3.6-11.0*10 ³ /µl
TP porcentaje	64%	70-120 %
Razón Internación normalizada (RIN)	1.25	
Glucemia	128mg/dl	70-110 mg/dl
Urea	99 mg/dl	10-50 mg/dl
Creatinina	2.23 mg/dl	0.70-1.40 mg/dl
Sodio	130 mEq/l	135-145 mEq/l
Potasio	4.3 mEq/l	3.5-5.0 mEq/l
Cloro	100mEq/l	98-108 mEq/l
TGO	202 U/ml	0-38 U/ml
TGP	57 U/ml	0-41U/ml
pH	7.40	
pCO2	21 mmHg	
pO2	70 mmHg	
HCO3	17 mmol/l	
Exceso de base	-8 mmol/l	
O2Sat	94 %	
Lactato	7 mmol/l	

0051 EXPERIENCIAS VIVENCIADAS DE LOS FAMILIARES DE PERSONAS HOSPITALIZADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: SU INTEGRACIÓN AL CUIDADO RDM TALMA(1), T ROBOTTO(1), C PERAL(1)

(1) Higa Alende

Introducción: A través de iniciativas de cambio que son objeto de estudio a nivel mundial, se busca construir una Unidad de Cuidados Intensivos donde los conocimientos científico-técnicos convivan con el aspecto humano. En este sentido, Black, Boore y Parahoo (2011), aseguran que la participación de la familia en el Cuidado puede fortalecer las líneas de defensa y resistencia contra los factores estresantes experimentados durante la enfermedad crítica y mejorar la recuperación psicológica.

Material y método: Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico cuyo objetivo general fue el de conocer las experiencias vivenciadas por los familiares de personas hospitalizadas en una UCI's durante los meses de febrero y marzo del año 2019 en un hospital

público. La muestra estuvo determinada por el criterio de saturación, compuesta por 10 familiares. Los instrumentos de recolección de datos fueron escalas de Likert (APGAR familiar y escala Zarit), preguntas de cafetería y opción múltiple; junto a una entrevista semiestructurada. Para el análisis de los datos de ésta última se utilizó el sistema ATLAS.ti 6.0.

Conclusiones: Según el método fenomenológico, cuatro aspectos de la experiencia vivida resultan de interés: espacio vivido, cuerpo vivido, tiempo vivido y relación humana. De ellos se desprenden: información brindada, parte médico, educación al familiar por parte de enfermería, acompañamiento durante el horario de visitas, horarios de visitas, participación del cuidado, percepción del cuidado, ser escuchados, sentimientos al tener que retirarse, flexibilización de roles, apoyo, primera visita, primer informe.

Dentro de los sentimientos expresados se identificaron stress, solidaridad, miedo a la muerte, angustia, felicidad, incertidumbre, impaciencia, alegría.

El acompañamiento enfermero en la primera visita debería protocolizarse.

De las declaraciones más importantes mencionadas por los cuidadores familiares, se encontraron predominantemente sobre las necesidades de información, ser educados por enfermería, y que el paciente reciba cuidados de alta calidad en conjunto con pasar más tiempo junto a su ser querido. Uno de los requerimientos expresados por un familiar fue el de brindar el parte médico previo al horario de visitas, "así uno ya sabe con lo que se va a encontrar".

0053 MULTIPRONO EN PACIENTE CON SDRA EN POLITRAUMATISMO

N FUNES NELSON(1), S QUINTANA(1), S JEREZ(1), C YUCRA(1)
(1) Sanatorio Del Oeste Ituzaingó.

Introducción: El SDRA ha sido tema de investigación en las últimas décadas desde su definición en los años sesenta. En el SDRA diversas causas pulmonares y extrapulmonares desencadenan la liberación de agentes químicos que dañan la membrana alveolocapilar. El resultado es un deterioro significativo de la ventilación y la oxigenación de estos pacientes.

Presentación del caso: Paciente masculino de 76 años, antecedentes: obesidad, HTA e HPB. Sufre politraumatismo por caída de altura. Derivado desde otro nosocomio, por politraumatismo, TEC moderado potencialmente grave, traumatismo de tórax cerrado, fracturas costales múltiples y clavicular derecha, hemo neumotorax derechoavenado y contusión pulmonar grave. Requerimiento de ARM desde el 23/02/23 por deterioro del sensorio e IRA. Intercurre con SDRA grave con requerimiento de 7 ciclos de pronó, con buena respuesta, Traqueostomizado, buena evolución. Inicia weaning, llega a realizar en traqueo en T, posteriormente se realiza derivación a centro de tercer nivel.

Discusión: Aún existen limitados datos de trabajos que evalúen el uso de la posición prona en pacientes politraumatizados, pero la evidencia actual apoya el continuar empleando decúbito prono en pacientes con SDRA. Los beneficios obtenidos incluyen mejoría en la oxigenación arterial, permitiendo el uso de menores niveles de oxígeno y menores presiones de la vía aérea.

Aunque la mortalidad de los pacientes con SDRA no se relaciona directamente con la imposibilidad de oxigenar, sino que con existencia de sepsis y falla orgánica múltiple, parece interesante el poder objetivar si esta mejoría de la oxigenación es tan solo una medida cosmética o eventualmente el empleo del decúbito prono es útil en disminuir la morbimortalidad en este grupo de pacientes, debido esto en parte a un menor daño pulmonar asociado a ARM

Conclusión: Después de 30 años, el posicionar en prono a los pacientes ha resurgido como una medida terapéutica coadyuvante con SDRA. Así, el decúbito prono debe ser mirado como una estrategia de protección pulmonar con sustento biológico, fácil de instaurar, que puede ser aplicada en cualquier unidad, la cual no aumenta los costos, carente de complicaciones mayores y exitosa, destinada

amejorar la oxigenación en pacientes y de esta forma eventualmente disminuir los parámetros ventilatorios, mientras se espera la resolución de la patología de base y del SDRA.

0054 PERICARDITIS PURULENTO POR PSEUDOMONA AERUGINOSA EN PACIENTE CON DÉFICIT CONGÉNITO DE INMUNOGLOBULINA A

AK GONZALEZ SOSA(1), F PEREZ(1), G MONTI(1), C LLERENA(1), G GAUDENZI(1), M ROLANDO(1), K BANZER(1), J QUIROZ(1), O FERRUFINO(1), M MANSUR(1), K GAMARRA(1), D PARRAGA(1), A FERNANDEZ(1), N MEDINACELI(1), J PIMENTEL(1)

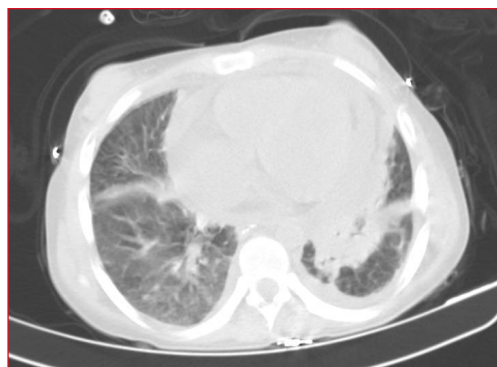
(1) Hospital Central De San Isidro

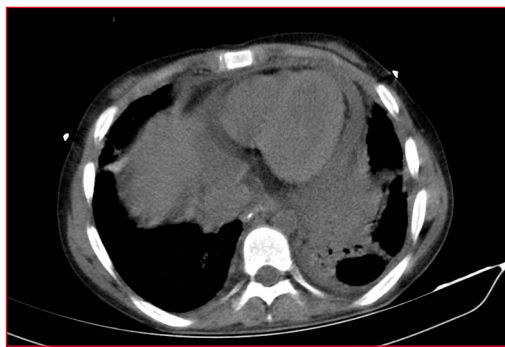
Introducción: La Inmunoglobulina A es una glicoproteína sintetizada por Linfocitos B localizada en las mucosas, siendo la predominante del organismo y la primera línea de defensa. Su déficit es la hipogammaglobulinemia primaria más frecuente, con una incidencia de 1 cada 800 personas. Las presentaciones clínicas varían desde asintomáticos, infecciones recurrentes con mayor frecuencia del tracto respiratorio, enfermedades autoinmunes, alérgicas e incluso malignidad. El tratamiento inicial es antibiótico precoz ante los signos de infección, ya que las infecciones recurrentes pueden generar complicaciones.

Presentación de caso: Paciente femenina de 22 años con déficit congénito de IgA y neumonías a repetición. Consulta por disnea, ortopnea y fiebre de 2 semanas de evolución, se realiza diagnóstico inicial de neumonía adquirida de la comunidad e inicia tratamiento antibiótico empírico. La tomografía de tórax evidencia derrame pericárdico. El ecocardiograma constata derrame pericárdico moderado a severo con colapso de la aurícula derecha. Se realizó pericardiocentesis con drenaje de 120 cc débito purulento y cultivo positivo para Pseudomona aeruginosa múltisensible, y posteriormente ventana pleuropericárdica con drenaje de 400 cc y cultivo positivo para el mismo germen. Se realizó seguimiento ecocardiográfico con mejoría del derrame pericárdico. Cumplió tratamiento ATB dirigido con ceftazidima por 21 días con evolución favorable y posterior alta.

Discusión: La mayoría de los casos de pericarditis purulenta son asociados con infecciones del flujo sanguíneo nosocomiales, cirugía torácica o inmunosupresión. Staphylococcus aureus es la causa más común de pericarditis purulenta. El diagnóstico de pericarditis purulenta se establece mediante una pericardiocentesis guiada por ecografía. El tratamiento consiste en drenaje pericárdico y terapia antimicrobiana, inicialmente empírica cubriendo patógenos bacterianos gram negativos y gram positivos.

Conclusión: La pericarditis purulenta es una enfermedad potencialmente mortal. Las tasas de mortalidad reportadas están entre 20 y 30 por ciento. La pericarditis constrictiva ocurre en el transcurso de la pericarditis purulenta en al menos 3.5 por ciento de casos y es posible en hasta 20 a 30 por ciento. El reconocimiento y el tratamiento oportuno son de suma importancia para mejores resultados y para prevenir el desarrollo de la constricción.





0055 A PROPOSITO DE UN CASO TORMENTA TIROIDEA SECUNDARIA A POLITRAUMATISMO EN LA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS

N FUNES NELSON(1), S JERES(1), S QUINTANA(1), C YUCRA(1), Y MELGAR(1)
(1) Sanatorio Del Oeste Ituzaingo

Introducción: La tirotoxicosis y la tormenta tiroidea son entidades que pueden ser secundarias al hipertiroidismo. La manifestación más exagerada es la tormenta tiroidea, entidad de baja prevalencia pero alta morbimortalidad, estrechamente relacionado a un proceso traumático o infeccioso. La falta de reconocimiento rápido empeora los resultados.

La TT, entidad poco frecuente con alta mortalidad. Aquí primó el juicio clínico, antes que las escalas tradicionalmente utilizadas en la evaluación de pacientes con sospecha de TT, con el objetivo de instaurar un manejo oportuno, buscando impactar en los desenlaces.

Presentación del caso: Masculino 26 años, sin antecedentes, derivado por incidente en vía pública moto sin casco/auto, ingresa por TEC grave, que requirió IOT-ARM

Tac encéfalo, edema generalizado, hemiseno, TAC de tórax, broncoaspiración, y contusión pulmonar bilateral. Resto sin hallazgo patológico.

Rápidamente presenta hipertermia, taquicardia, HTA severa. Se repiten TC, sin cambios.

Sin respuesta y febril, taquicárdico, HTA severa se agrega Nitropusiat, weaning dificultoso por excitación psicomotriz. Se solicita perfil tiroideo y ecografía tiroidea (glándula agrandada).

Anti-TPO 170.1 (VN hasta 5.61). Anti-TSHR 9.52 (VN 1.5 UI/L). TSH plasmática < 0.01 (VN 0.35–4.94 uIU/mL). T4 total 11.4 (VN 4.87–11.72). T4 libre 2.29 (VN 0.70 – 1.48 ng/dl). T3 libre 8.28 (VN 1.88–3.18). T3.1.89 (VN 0.60–1.81). Inicia propranolol y metimazol.

Mejora y se extuba en día 5 de ARM. Evoluciona satisfactoriamente y pasa a sala general.

Discusión: El hipertiroidismo abarca desde alteraciones de laboratorio asintomáticas hasta un cuadro florido con FMO y alta mortalidad. Factores que determinan la presentación: edad, comorbilidades, factor precipitante y la velocidad con que se produce exceso de hormonas tiroideas. La TT se desencadena cuando el efecto conjunto de estos factores supera la capacidad de los mecanismos de compensación. Factores desencadenantes: infecciones, cirugías, traumatismos o fármacos aunque hasta en un 40-50 % de los casos no se detecta ninguno. La distinción entre hipertiroidismo grave y TT no es sencilla, y el diagnóstico es fundamentalmente clínico. Los síntomas cardiovasculares primarios; palpitaciones, taquiarritmias, angina e ICD.

Conclusión: Paciente joven, sin antecedentes, había pocos datos que nos hicieran pensar en TT en primera instancia, en RASS -5 por politraumatismo con signo-sintomatología que podía corresponder a las causas secundarias al politraumatismo. Dio fruto pensar en este cuadro y eso llevó a la mejoría del paciente. Puntuación según la escala de Burch fue de 65 puntos.

0057 VALORACIÓN DEL VOLUMEN SISTÓLICO Y GASTO CARDÍACO EN PACIENTES CRÍTICOS MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA POR ENFERMEROS ENTRENADOS EN POCUS

PP VILLAZÓN ALCÓN(1), RZ FERNÁNDEZ(1), JM MODESTO ALEGRE(1), L BERTORELLO(1), J ROBERTI(1), FA SOSA(1)
(1) Alemán

Introducción: Volumen sistólico (VS) y gasto cardíaco (GC) son parámetros hemodinámicos para valorar la perfusión orgánica y transporte de oxígeno en el paciente crítico. Su valoración por ecocardiografía a través del POCUS se ha convertido en una herramienta indispensable para enfermeros y médicos. El objetivo fue explorar diferencias en la medición de VS y GC entre enfermeros entrenados y ecografistas expertos.

Métodos: 10 pacientes recibieron mediciones. Se comparó medición de VTI, área TSVI, VS y GC, estando ciegos un grupo de otro. Se utilizó test t de Student, coeficiente de correlación de Pearson para explorar la relación entre las mediciones y se calculó el coeficiente de correlación intraclase (ICC) para evaluar el acuerdo entre los dos grupos. Se tomó el valor de $P=0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: 7 mujeres, edad media de 56,8, peso 68 kg, altura 160 cm, FC 86 l/m. ACV isquémico 3, post operatorio 3, sepsis 4. No se encontró diferencia estadísticamente significativa. Esto sugiere que las mediciones de enfermeras fueron comparables a las de expertos. Al explorar la correlación entre los valores según la medición de los dos grupos se encontraron los siguientes coeficientes para VTI (0,87), área del TSVI (0,13), VS (0,70) y GC (0,51) (ver gráficos); la correlación fue más importante para VTI y más débil en área del TSVI. Al analizar el coeficiente de correlación interclase (ICC) se encontró que no hubo acuerdo lo suficientemente alto en ninguno de los parámetros evaluados: ICC para VTI: -0,041, (IC95% -0,61 - 0,57) $P=0,544$, para TSVI -0,40 (IC95% -0,80 - 0,26) $P=0,892$, para VS 0,08 (IC95% -0,52 - 0,65) $P=0,398$, y para GC, el ICC fue de -0,11 (IC95% -0,65 - 0,52) $P=0,625$.

Conclusión: Las mediciones entre ambos grupos no presentaron diferencias significativas, el nivel de acuerdo entre los dos grupos no fue lo suficientemente fuerte. Los resultados sugieren que el grupo de enfermería puede requerir más capacitación para un mayor nivel de acuerdo.

Figura 1. Gráficos de Correlación entre los dos grupos para las mediciones de TSVI y GC

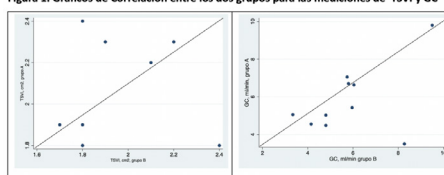
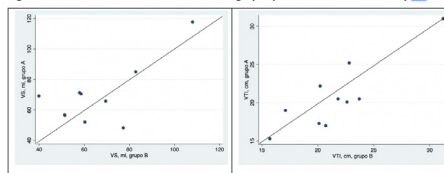


Figura 1. Gráficos de Correlación entre los dos grupos para las mediciones de VS y VTI





0058 NEUMONÍA POR CHLAMYDIA PSITACCI CON REQUERIMIENTO DE ASISTENCIA MECÁNICA RESPIRATORIA

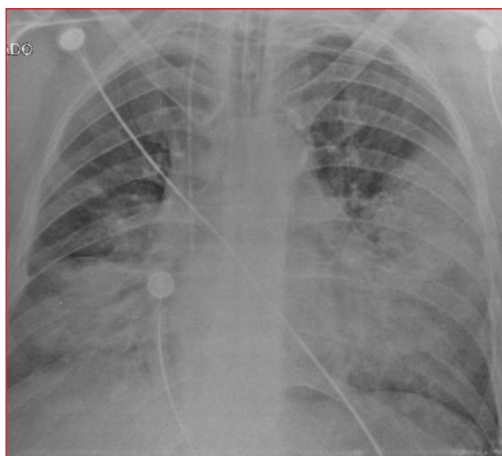
BV COCOMELLO(1), M DIAZ(1), J BATET(1), R ECHEGARAY(1), L ABUSAMRA(1), B ZAMUDIO(1), J CARDENAS(1), L FRANCONIERI(1), A CULQUICONDOR(1)
(1) Dr Diego Thompson

Introducción: La psitacosis es una infección zoonótica, producida por Chlamydia psittaci y la transmisión al humano es a través de inhalación de microorganismos aerolizados en heces secas de aves infectadas generando el 1% de las neumonías adquiridas de la comunidad y afectando a hombres adultos de edad media.

Presentación del caso: Paciente masculino de 45 años, sin patologías de base que como antecedente refería haber estado haciendo limpieza de heces y plumas de aves en su hogar. Ingresó con cuadro de mialgias, cefalea, artralgia, vómitos y fiebre de 8 días de evolución. A las 24 hs de su ingreso presenta progresión radiológica, insuficiencia respiratoria hipoxémica, mala mecánica ventilatoria con requerimiento de intubación orotraqueal en asistencia mecánica respiratoria, se toman muestras de cultivos, se inicia esquema con Ampicilina-Sulbactam más Claritromicina. Ingresó a terapia intensiva con inestabilidad hemodinámica (SOFA 15), PaFiO₂ <100, radiografía de tórax con compromiso lobar bilateral. Se optimizan parámetros ventilatorios, sedoanalgesia, bloqueantes neuromusculares con posterior requerimiento de pronó con buena respuesta. Se solicitan serologías, PCR en suero y aspirado traqueal para Hantavirus/Chlamydia psittaci/Leptospiriosis/Legionella y FilmArray. Se obtienen resultados de serología positiva para Chlamydia psittaci, continuando tratamiento dirigido con claritromicina. Inicia fase de mejoría clínica-radiológica, lográndose la extubación en el día 12 de ventilación mecánica y alta de terapia intensiva 5 días después.

Discusión: Para el diagnóstico de esta patología se deben tener en cuenta tanto la epidemiología causal como los posibles diagnósticos diferenciales. El interrogatorio dirigido a sus familiares permitió aproximar las posibles etiologías. En cuanto a la clínica por su presentación subaguda los siguientes diagnósticos diferenciales: Dengue, neumonías atípicas y típicas, siendo la Psitacosis la posible causa por su nexo epidemiológico.

Conclusión: En el último boletín oficial de enfermedades zoonóticas se reportaron 12 casos de psitacosis en lo que va del 2023, con un franco aumento en el mes de enero por un brote intrafamiliar. Se considera de importancia el interrogatorio dirigido a fin de lograr un diagnóstico certero. El tratamiento de elección es la doxicilina, los macrólidos se utilizan como segunda elección cuando la doxicilina está contraindicada o no se dispone.



Ministerio de Salud	
"1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA"	
Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "DR. CARLOS G. MALBRÁN" Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas	
Datos de la Institución	Recibido: 05-04-23 N° de protocolo: 262/23
Htal. Municipal Diego Thompson San Martín - Buenos Aires utilaboratorios@gmail.com	Edad: 45 años
	Diagnóstico clínico: psitacosis
	Material enviado: esputo, sangre, suero
	Examen solicitado: Mycoplasma pneumoniae; Chlamydia pneumoniae y Chlamydia psittaci.
• Detección de ácidos nucleicos de <i>M. pneumoniae</i> por Nested PCR (Citoadhesina P1) Muestra: esputo, sangre Resultado: POSITIVO (esputo) Negativo (sangre)	
• Detección de ácidos nucleicos de <i>C. pneumoniae</i> y <i>C. psittaci</i> por Multiplex Nested PCR (16S rRNA) Muestra: esputo, sangre Resultado: POSITIVO a <i>Chlamydia psittaci</i> (esputo) Negativo a <i>Chlamydia psittaci</i> (sangre) Negativo a <i>Chlamydia pneumoniae</i> (esputo, sangre)	
• Detección de anticuerpos de clase IgG anti- <i>Chlamydia spp</i> por IFI Muestra: suero Resultado: Positivo (título 320)	
OBSERVACIONES: enviar segundo suero tomado 21 días después de la fecha de toma del primero para evaluar seroconversión.	
Buenos Aires, 26 de abril de 2023	

0059 OPTIMIZACIÓN DE LA ANALGESIA EN CUIDADOS CRÍTICOS

MJ OCHOA(1), MJ OCHOA(2), MA FLORES(2), E CUNTO(2), V CHEDIACK(2), A RODRIGUEZ(2), G ARÁN(2), S KRUGLIANSKY(2), M QUINTEROS(2)

(1) F. J. Muñoz. (2) F.j.muñiz

Introducción: El dolor es una experiencia frecuente en los pacientes críticos una analgesia adecuada sigue siendo un desafío significativo debido a la variabilidad de las respuestas individuales y a sus efectos adversos.

Objetivos: El objetivo de este estudio es implementar estrategias de gestión de opioides, con enfoque multidisciplinario, para mejorar la calidad de la atención y la gestión en las unidades críticas.

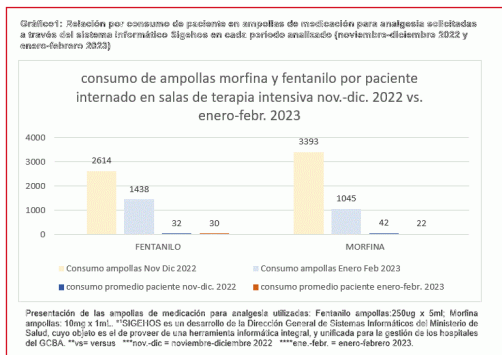
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo del consumo de opioides como morfina y fentanilo en pacientes de terapia intensiva de un hospital de CABA. Se incluyeron: pre-intervención noviembre-diciembre de 2022 282 pacientes:154 (81 requirieron ventilación mecánica) y post intervención en enero-febrero 2023 128 (48 pacientes ventilación mecánica), comparando los consumos. Para la intervención se revisaron los protocolos de sedación utilizados, capacitaciones interdisciplinarias a los profesionales, desarrollaron mecanismos de comunicación fluidos, reuniones con cabos de enfermería para contabilizar ampollas vacías, y se informó sistemáticamente a las jefaturas sobre los avances en la gestión.

Resultados: Pre-intervención se dispensaron 3393 ampollas de morfina y 2614 de fentanilo, Posterior a intervención, se dispensaron 1045 ampollas de morfina y 1438 de fentanilo. Como uno de los posibles sesgos en cuanto a la medición pudieron ser que Los pacientes internados disminuyeron 17% y también los pacientes en ventilación mecánica disminuyeron 41%. La estrategia fue medir consumo promedio por paciente.

El consumo de morfina (ampollas por paciente internado) se redujo un 69% y el de fentanilo se redujo un 45% comparando ambos periodos.

Conclusiones: El enfoque multidisciplinario y colaborativo mejora la calidad de atención, respaldando la importancia de estrategias efectivas de gestión de opioides en contexto de adecuada analgesia. Futuras investigaciones son necesarias para evaluar el impacto a largo plazo de estas intervenciones en la analgesia y los resultados clínicos en cuidados críticos, como pueden ser duración de ventilación mecánica, medición objetiva de polineuropatía y so-

brevidad global según patología, comparándolas con años previos a la pandemia.



0060 OPTIMIZACIÓN DE LA HIPNOSEDACIÓN EN CUIDADOS CRÍTICOS
 MJ OCHOA(1), MJ OCHOA(2), MA FLORES(2), E CUNTO(2), V CHEDIACK(2), A RODRIGUEZ(2), G ARÁN(2), S KRUGLIANSKY(2), M QUINTEROS(2)
 (1) F. J. Muñiz. (2) Fj.muñiz

Introducción: Los hipnosedantes (benzodiacepinas/anestésicos) se administran en el paciente crítico para sedación profunda en pacientes críticos o sedación consciente según cada caso particular. Estos fármacos pueden predisponer a un aumento de la morbilidad, debido a su farmacocinética y farmacodinamia impredecibles secundarias a las interacciones. El control efectivo de la hipnosedación en terapia intensiva desempeña un papel crucial en el bienestar y seguridad de los pacientes críticos.

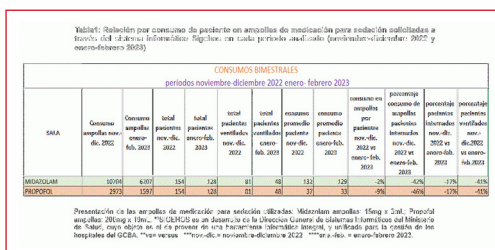
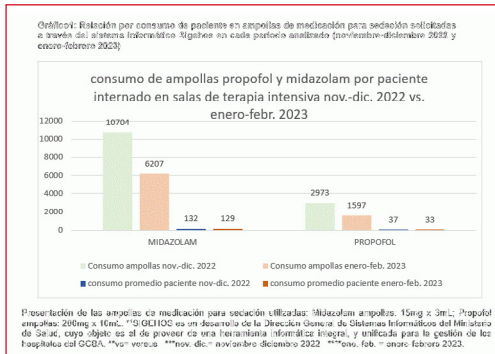
Objetivos: El objetivo de este estudio es implementar estrategias de gestión de hipnosedantes, con enfoque multidisciplinario, para mejorar la calidad de atención en unidades críticas.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo del consumo de midazolam y propofol en pacientes internados con requerimiento de ventilación mecánica en terapia intensiva de un hospital de CABA. Se incluyeron 282 pacientes: pre-intervención en noviembre-diciembre 2022, 154 (81 requirieron ventilación mecánica) y en enero-febrero 2023 post intervención 128 (48 requirieron ventilación mecánica), comparando los consumos. Para la intervención se revisaron protocolos de sedación utilizados, capacitaciones interdisciplinarias a los profesionales, desarrollaron mecanismos de comunicación fluidos, reuniones con cabos de enfermería para contabilizar ampollas vacías e informó sistemáticamente a las jefaturas los avances en la gestión.

Resultados: Pre-intervención se dispensaron 10704 ampollas de midazolam y 2973 de propofol, posterior a intervención, se dispensaron 6207 ampollas de midazolam y 1597 de propofol. La estrategia fue medir consumo de hipnosedantes por paciente. El consumo de midazolam (ampollas por paciente internado) se redujo un 42 % y el de propofol se redujo un 46 % comparando ambos períodos. Los pacientes internados disminuyeron 17% y en ventilación mecánica 41%. (p=0.00021)

Conclusiones: Futuras investigaciones son necesarias para evaluar el impacto a largo plazo de estas intervenciones en el uso de hip-

nosedantes y los resultados clínicos en cuidados críticos, como pueden ser duración de ventilación mecánica, medición objetiva de sedación y sedación profunda según patología y sus interacciones con otros fármacos como las interacciones con la citocromo P-450 comparándolas con años previos a la pandemia.



0062 TROMBOCITOPENIA PROFUNDA EN PACIENTE CON INFECCION POR DENGUE
 AN GUTIERREZ(1), AN GUTIERREZ(2), JJ NAVOTKA(2), AM OJEDA(2), A COCERES(2), MF MENDIETA(2), L MAIDANA(2), J GOMEZ(2), M OCHOA(2), M BORONAT SOSA(2), C PISARELLO(2), G SANCHEZ NEGRETE(2), G CORIA(2), W GOMEZ SOLIS(2), S GUERRERO(2)
 (1) De Campaña Escuela Hogar. (2) Vtal de Campaña Escuela Hogar

Introducción: El virus del dengue pertenece a la familia Flaviviridae y existen cuatro serotipos: 1, 2, 3 y 4. La inmunidad es específica del serotipo.

El vector es un mosquito del género Aedes aegypti principalmente en América y A.albopictus en otros continentes, incluso en nuestro país, en las provincias de Misiones y Corrientes. Según un informe de OPS del año 2022, existió un aumento en el número de casos y muertes por dengue en la región de las Américas comparado a años anteriores. Este comportamiento se ha mantenido en las primeras semanas de 2023

La infección puede ser clínicamente inaparente o ser una enfermedad de variada intensidad, estas pueden ir de leves a graves ya que es una enfermedad muy dinámica. Las alteraciones hematológicas son variables.

Caso clínico: Paciente de 37 años, de Corrientes, sin antecedentes patológicos, manifiesta días previos a la consulta cefalea retroocular astenia, adinamia concurrendo al nosocomio por presentar inyección conjuntival, enanisma en paladar y petequias en miembros superiores e inferiores. Se confirmó dengue por antígeno NS1 y PCR en suero; por lo que se decide su ingreso a sala. Progresa a las 24hs con sangrado de mucosas, aumento de petequias por lo que se decide su pase a UTI por dengue con signos de alarma. Por sospecha de PTI secundaria a dengue se realizaron frotis de sangre periférica y colagenograma, ecografía abdominal, sin particularidades. Se descartaron chikungunya, zika, VIH, hepatitis virales, CMV y parvovirus B19.

Evolucionó con trombocitopenia sostenida, presentando al 3er día de internación nadir de 1000 plaquetas/ml y gingivorragia, inyección conjuntival superficial, irritabilidad requiriendo transfusiones de plaquetas. Se decide iniciar infusión de dexametasona 40 mg/día por 3 días sin mejora del recuento plaquetario, persistiendo signos de sangrado activo, hiperlactacidemia realizándose segunda infusión con metilprednisolona 1 gr/día sin respuesta.

Por presentar recaída en recuento plaquetario acompañado de hemorragia digestiva se decide infusión de gammaglobulina 1g/kg/día x 2 días donde se obtuvo rápida respuesta, alcanzando valores de 67000 plaquetas/ml en 48hs.

Conclusión: En la infección por el virus del dengue, la trombocitopenia es un rasgo distintivo, su intensidad se correlaciona con el grado de viremia y la magnitud de la respuesta inmune, pero resuelve en pocos días posdefervescencia. La trombocitopenia sostenida es inusual y pueden deberse a PTI. La duración es incierta, pero en pocos reportes manifiestan un tratamiento agresivo con buena respuesta a corticoides sin requerimiento de otros fármacos.

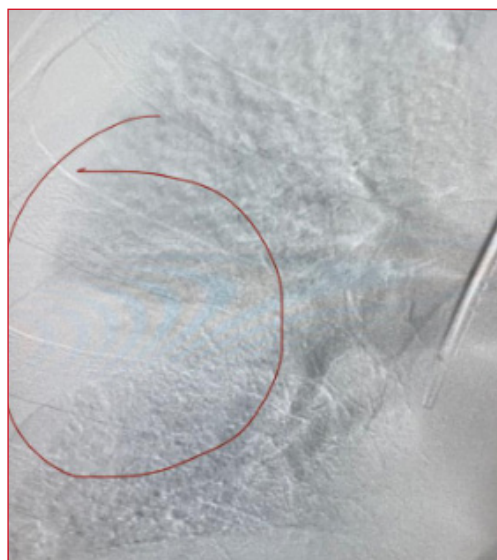
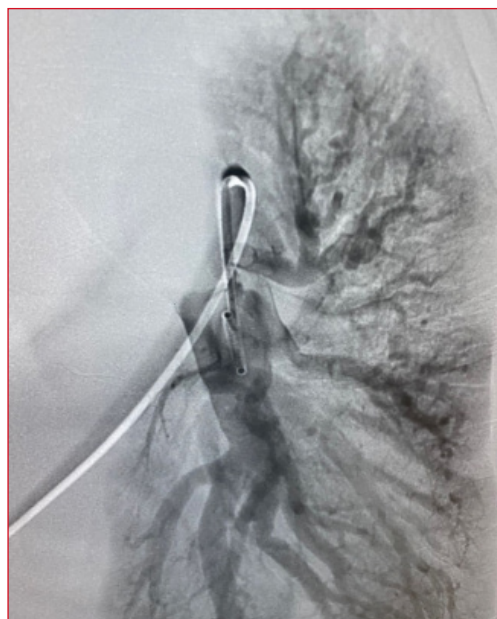
0063 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO EN FEMENINA DE 15 AÑOS ABORDAJE INICIAL EN TERAPIA INTENSIVA, REPORTE DE CASO

V REYES(1), M CASTRO(1), V LEON(1), C HERNANDEZ(1), J QUINTELA(1), J ROSSINI(1), C DIOSA(1), N BOEDO(1), P BEVIONE(1), E ANTOLA(1), F SOTO(1), S CALVO(1), G PONNEFZ(1), J ORDOÑEZ(1)
(1) Horacio Dupuy

Femenina de 15 años de edad, sin enfermedades preexistentes, con trombosis venosa profunda y neumonía bilateral, tratada con terapia anticoagulante y antibióticos de amplio espectro, evolucionando con múltiples tromboembolismos pulmonares, convulsiones, hemorragia alveolar difusa, con requerimiento de ventilación mecánica invasiva, soporte hemodinámico y tratamiento de distrés respiratorio agudo severo. El daño inflamatorio sistémico fue manejado con pulsos de metilprednisolona endovenosa y plasmaféresis endovenosa interdiaria hecha en algunas oportunidades con plasma y otras con albúmina. La colocación de filtro de vena cava, nos llevó al beneficio terapéutico en la tormenta trombótica, evolucionando hemodinámicamente estable sin requerimiento de vasoactivos, adecuada progresión posterior a sesiones de plasmaféresis disminución de leucocitosis, con función pulmonar de evolución favorable, afebril.

El síndrome antifosfolípido es un desorden autoinmune caracterizado por eventos trombóticos y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos circulantes; variante catastrófica es la participación simultánea de múltiples órganos con oclusión de pequeños vasos en una tormenta trombótica.

La suma de estrategias específicas durante situaciones con riesgo vital pueden permitir la ventana terapéutica necesaria para proveer tratamiento dirigido para presentaciones infrecuentes de síndromes no comunes. La "triple terapia" de anticoagulación, corticosteroides y plasmaféresis puede incrementar las tasas de supervivencia en el síndrome antifosfolípido catastrófico, las manifestaciones incluyen lesión renal aguda, síndrome de distress respiratorio agudo, embolia pulmonar, púrpura, infarto cerebrales, encefalopatía, convulsión y obstrucción venosa cerebral, el abordaje multidisciplinario y la combinación de triple terapia tiene un importante papel en la remoción de anticuerpos antifosfolípidos, citoquinas, factores de necrosis tumoral alfa y de complemento, la sumatoria de todo nos lleva actualmente la paciente fue dada de alta se encuentra sin requerimiento de soporte ventilatorio ni oxigenoterapia y alimentándose de forma autónoma.



0064 CRISIS COMICIALES ASOCIADO A HIPONATREMIA SEVERA SINTOMÁTICA COMO DEBUT DE PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN UTI. REPORTE DE UN CASO.

J ALVAREZ(1), V DURAND(1), E BELLO(1), A HEREÑU(1), G OLARTE(1), V CANNATELLI(1), B NATALIO(1)
(1) Sanatorio Sagrado Corazon

Introducción: Las crisis convulsivas asociadas a hiponatremia grave son un motivo de internación frecuente en terapia intensiva, siendo la porfiria aguda intermitente una causa muy poco frecuente de las mismas. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son gastrointestinales, sin embargo puede afectar el sistema nervioso periférico, central y autónomo presentando trastornos de la consciencia, del comportamiento, inclusive convulsiones y trastornos hidroelectrolíticos.

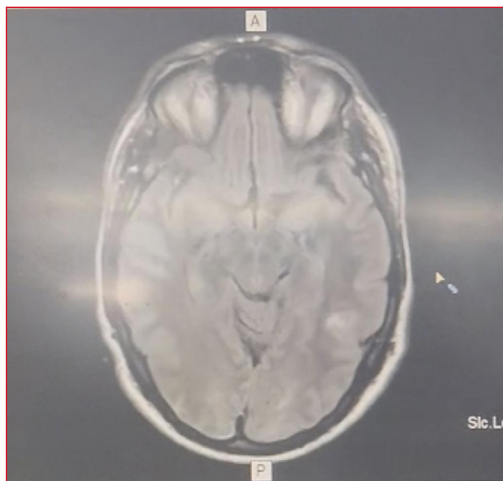
Presentación del caso: Paciente varón de 39 años que cursó internación en otra institución por dolor abdominal y diagnóstico de litiasis renal. Reingresa por persistencia del dolor asociado a convulsiones.

Se realizó RNM que evidenció lesiones redondeadas en sustancia blanca subcortical, fronto parieto-temporo occipitales bilaterales hiperintensas en T2 y flair interpretadas como focos de desmielinización, inicialmente tratado con fenitoína.

Ingresó a Terapia Intensiva por convulsiones y requerimiento de asistencia respiratoria. En el laboratorio de ingreso presentó hiponatremia severa con diagnóstico de SIHAD. Luego de su extubación evolucionó con fluctuaciones del estado de consciencia, alucinaciones auditivas, tetraparesia proximal y trastorno deglutorio, orina de color rojizo sin hematuria. Se realiza test de exposición al sol positivo y posteriormente se confirma diagnóstico de porfiria con Ácido aminolevulinico 8.7 mg/ 1000 ml, Porfobilinógeno 30.2 mg/ 1000 ml.

Discusión: Esta condición se caracteriza por presentar hiponatremia hiposmolar (100 mOsm/kg) y concentración elevada de sodio en la orina (>40 mEq/L). Una vez hecho el análisis y descartadas las causas más comunes, el diagnóstico debe sospecharse ante pacientes jóvenes que cursan con la triada clínica de dolor abdominal, hiponatremia y convulsiones. El tratamiento consiste en reconocer y evitar los factores precipitantes, el manejo sintomático y de soporte asociado a la supresión de la enzima ácido aminolevulinico sintetasa. Durante su evolución presentó progresión de síntomas neurológicos con tetraparesia proximal, trastornos deglutorios y cognitivo conductuales asociado a orina oscura por lo que finalmente se realizó el diagnóstico de porfiria aguda intermitente.

Conclusión: Ante un paciente de estas características es importante tener presente esta entidad que al ser poco frecuente puede ser subdiagnosticada llevando al paciente a riesgo de daño neurológico permanente y riesgo de muerte



0065 NEUMONÍA INTERSTICIAL - SÍNDROME ANTISINTETASA: A PROPÓSITO DE UN CASO

LA ZAMORA NAVAS(1), CS VERA(2), J JEHU(2), E MOLINAS(2)
(1) Hospital Iriarte De Quilmes. (2) Isidoro Iriarte De Quilmes

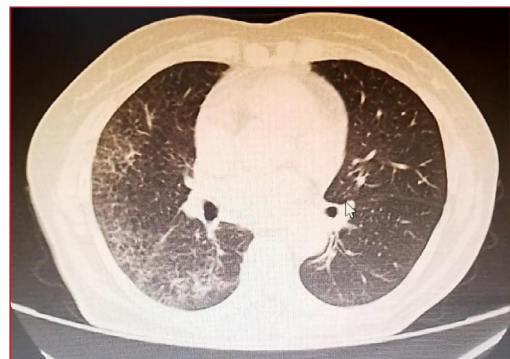
Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una patología autoinmune infrecuente de patogenia desconocida, presentación clínica heterogénea de prevalencia de 1.2 a 2.5 por millón, predomina en mujeres, caracterizado por miositis, artritis y neumonitis intersticial inespecífica en presencia de anticuerpos antisintetasa (AAS) Anti-jo1 que establecen su diagnóstico en enfermedad pulmonar intersticial (EPI) como en el caso que presentamos.

Presentación del caso: Femenina 58 años, antecedentes: HTA, tabaquismo e hipotiroidismo, consulta por fiebre y dolor poliarticular de miembros superiores de 20 días de evolución; ingresa con requerimiento de oxígeno, hipoxemia, GB:34000, PCR:14, VSG: 60; VIH, Covid y TBC (-), Rx tórax: infiltrados basales patrón intersticial en panal de abejas, inicia atb con Ams / claritromicina, se interpreta como NAC intersticial, TAC tórax: patrón en panal bilateral a predo-

minio derecho, al 5° día exacerbación de síntomas, aumento flujo de oxígeno, taquipnea y progresión radiográfica, se progresa ATB a PTZ, patrón reumatológico: ANA positivo 1/160 patrón moteado, Anti jo1 positivo fuerte, Anti -ssa/Ro, Anti -ssb/la: (-), FAN (+) se confirma diagnóstico SAS, inicia pulsos de solumedrol y ciclofosfamida con mejoría clínica, con oxígeno a bajo flujo egresa a clínica médica.

Discusión: Las manifestaciones del SAS pueden incluir enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), artritis, fiebre, lesiones hiperqueratosis; Esta afectación pulmonar suele presentarse con patrón imagenológico variable, fundamentalmente inflamatoria y formas fibrosantes en diferentes grados, destacando daño alveolar difuso (DAD) o neumonía organizativa que pueden preceder a la miopatía incluso en ausencia de ella; de ahí la importancia de sospecha de SAS en pacientes con afectación pulmonar y miopatía con presencia de AAS en el diagnóstico diferencial de la EPI. Es importante considerar diagnósticos diferenciales de origen inmunológico para los casos sospechosos de neumonía intersticial que no responden a manejo antibiótico estándar, dado que los esteroides son la primera línea de tratamiento, escalando a terapias inmunosupresoras con seguimiento multidisciplinario.

Conclusión: El interés del síndrome antisintetasa radica en la sospecha diagnóstica en asociación de enfermedad pulmonar intersticial difusa y artralgias, por lo tanto se aconseja solicitar AAS, y ante la presencia de anti-Jo 1, considerado como criterio diagnóstico, iniciar de tratamiento precoz específico.



0066 SÍNDROME DE DIFERENCIACIÓN ASOCIADO AL ÁCIDO TRANS RETINÓICO, COMO UNA COMPLICACIÓN PULMONAR SEVERA EN EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA. REPORTE DE CASOS.

P ASTRADA(2), MDC MEDINA(2), B PAEZ(2), G ECHENIQUE(2), L HUAQUINAO(1), J RIVERA(1), L GALLARDO(2), F FERNÁNDEZ(2), R LIGARDA(2), L URANGA(2), S ZIDARICH(2)
(1) Italiano De Cordoba. (2) Hospital Italiano De Cordoba

Introducción: El tratamiento con ATRA (ácido trans retinoico o tretinoína) genera hasta un 25% de los casos el síndrome de diferen-

ciación o de ATRA en pacientes con Leucemia promielocítica aguda (LPA). Se describen dos casos clínicos:

Caso 1: 78 años masculino que inicia con fiebre y debilidad generalizada, astenia y hematomas en miembros. Pancitopenia sin fallo renal. Inicio con piperacilina tazobactam más filgrastim y hemoderivados. Punción-aspiración de médula ósea (PAMO) esternal con confirmación de LPA. Comienza con ácido trans retinoico con aumento de leucocitos pero asocia Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) con derrame pleural, falla renal grado 3 (AKIN). Requiere ARM, diálisis y dexametasona, falleciendo con fallo multiorgánico.

Caso 2: 52 años masculino con astenia y hematomas no traumáticos generalizados y episodios febriles. Pancitopenia con PAMO que evidencia LPA. Inicia Piperacilina tazobactam asociados a filgrastim y hemoderivados, Idarrubicina y ácido trans retinoico. Tras 5 días de tratamiento agrega insuficiencia respiratoria, fiebre, TAC con evidencia de síndrome de distrés respiratorio más derrame pleural bilateral. Inicia con dexametasona. Requiere ARM y complica con neumonía asociada a la ventilación mecánica.

Discusión: El Síndrome de ATRA semeja fisiopatológicamente al SDRA con respuesta inflamatoria sistémica, daño endotelial con síndrome de fuga capilar más obstrucción de la microcirculación. Presenta estadios evolutivos e imagenológicos del SDRA. La dexametasona entre 20 a 30 mg por día es el tratamiento de elección y suspensión del ATRA.

Conclusión: El tratamiento con ATRA genera hasta en un 25% de los casos el síndrome de diferenciación o de ATRA en pacientes con Leucemia promielocítica aguda (LPA) manifestándose con fiebre, síndrome de distrés respiratorio agudo, derrame pleural, edemas generalizados y hepatomegalia. Presenta elevada mortalidad y puede confundirse o solaparse con neumonía o infección nosocomial, insuficiencia cardíaca o pericarditis. El tratamiento incluye la suspensión del ATRA y el uso de dexametasona. Ambos casos presentaron complicaciones graves, incluyendo falla renal y falla respiratoria, que requirieron terapia intensiva y ventilación mecánica. Esta presentación destaca la importancia de reconocer y manejar adecuadamente el síndrome de ATRA como una forma de SDRA para evitar complicaciones y mejorar los resultados en pacientes con LPA.



Figura 1: rx tórax al momento del ingreso.



Figura 2: tomografía pulmonar post tratamiento con ácido trans retinoico.

0067 SHOCK HIPOVOLEMICO EN UN PACIENTE CON COINFECCION POR DENGUE Y VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO. REPORTE DE UN CASO. FORMOSA- ARGENTINA.

MO FERNANDEZ(1), MA BATUSZSKO(1), A BONTCHEFF NI NEFF(1)

(1) Htal De La Madre Y El Niño

Objetivo: Describir la evolución del cuadro en un paciente coinfectado con Dengue y Virus Sincicial Respiratorio (VSR).

El dengue es la arbovirosis de mayor incidencia a nivel mundial, con 4 serotipos y cuyo vector es el *Aedes Aegypti*. La infección por un determinado serotipo brinda inmunidad homóloga de larga duración. Es epidémico y frecuente en los meses calurosos. Clasificación: dengue sin signos de alarma, dengue con signo de alarma y dengue grave. El VSR de transmisión aérea y por contacto; suele circular durante los meses de otoño-invierno. Genera cuadros respiratorios. Este año coincidieron el brote de Dengue y de VSR en el centro-norte de Argentina con un aumento de enfermedades graves relacionadas.

Presentación del caso: Paciente de 45 días de vida. Ingresa grave a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) con historia de 5 días con fiebre, tos, agitación.

Letárgico, palidez terrosa generalizada, cianosis peribucal, enoftalmos, rash cutáneo toracoabdominal, sangrado en sitios de venopuntura, taquipnea, rales subcrepitantes bilaterales. Relleno capilar enlentecido, taquicardia, hipotensión, extremidades frías, hipotermia. Hepatomegalia.

Día 1: Asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Sin requerimiento de inotrópicos. Anemia grave, plaquetopenia moderada, leucocitosis, coagulopatía, transaminasas elevadas, proteína C reactiva cuantitativa elevada, ferritina aumentada. Dengue anti-IgM/IgG detectables en el paciente y su madre. Aspirado nasofaríngeo VSR detectable. Transfusión de hemoderivados. Día 2: inicia aporte enteral. Día 5: ecografías con derrame pleural bilateral y ascitis; y transfontanelar con dilatación ventricular. Ecocardiograma normal. Leucopenia con neutropenia, plaquetopenia grave y anemia moderada sin criterios de transfusión. Día 6: fondo de ojos normal. Día 9: se retira AVM. Día 15: pasa a sala con oxígeno por cánula nasal a bajo flujo.

Conclusión: Las complicaciones aparecen frecuentemente en pacientes que han tenido dengue previamente y en neonatos a los que la madre ha transferido anticuerpos. Esto asociado a la infección con otros virus y la edad temprana; desestabiliza el sistema inmune y fallan los mecanismos compensatorios. El diagnóstico del dengue grave y la coinfección, así como el manejo del shock fueron claves para el éxito en la evolución de este paciente.

0068 DETECCIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR Y NIVELES DE SEDACIÓN POR ENFERMEROS COMO MARCADOR DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS. UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

G GARAY(1), MA ARIAS(1), J LAZARTE(1), M MEDRANO(1), G GONZALEZ(1), Y SEGOVIA(1), E CRUZ(1), S SAC(1), G MURIAS(1), M DELLACHIESA(1)

(1) Británico De Buenos Aires

Introducción: El dolor, la sedación profunda y el delirium son situaciones muy prevalentes en la UTI. Estas dos condiciones están estrechamente relacionadas entre sí, y su presencia puede tener consecuencias en el pronóstico de los pacientes. En el marco de la acreditación para Joint Commission International era necesario tener un registro sistemático de dolor, niveles de sedación y delirium.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es determinar la efectividad de dos programas de capacitación dirigidos al personal de enfermería para integrar en su cultura de trabajo el uso de herramientas de evaluación del dolor, sedación y delirium.

Material y Métodos: Se llevaron a cabo mediciones antes y después de cada programa de capacitación para evaluar el cumplimiento de las políticas hospitalaria de registro de una vez cada 8 hs.

Resultados: En la situación basal, el cumplimiento con la política de registro de dolor era del 8.33%, el registro de los niveles de sedación era del 9.52% y el registro de delirium era del 4.4%. Estos resultados mostraron la necesidad de mejorar los registros y la conciencia sobre estas problemáticas. Tras el primer programa de mejora (tabla 1) no hubo cambios en la tasa de registro de dolor ($p=1$) Tras la implementación del segundo programa (tabla 2), si observó una mejora significativa en la tasa de registro de dolor al 42% ($p<0.0001$), de niveles de sedación al 33% ($p<0.0001$) y de delirium al 21% ($p<0.0001$).

Conclusión: Los programas de capacitación resultaron efectivos para mejorar el cumplimiento de los registros de dolor. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar de manera sistemática estas problemáticas en la atención de pacientes críticamente enfermos y el papel crucial del personal de enfermería en la obtención de registros precisos.

TDOL Período Basal Vs Capacitación 1	Completo Política. n(%)	No Completo Política. n(%)	p
Basal	21 (8.3)	231 (91.7)	1
Posterior Capacitación 1	46 (9.3)	494 (90.7)	

Comparación de Tasas y sus Diferencias	Completo Política. n(%)	No Completo Política. n(%)	p
TDOL Capacitación 1 Vs Capacitación 2			<0.00001
Posterior Capacitación 1	46 (9.3)	494 (90.7)	<0.00001
Posterior Capacitación 2	153 (42%)	362 (58)	
TSED Período Basal Vs Capacitación 2			<0.00001
Basal	23(9.5)	228(90.5)	<0.00001
Posterior Capacitación 2	121(33)	359(66)	
TCAM Período Basal Vs Capacitación 2			<0.00001
Basal	11(4.4)	239(95.6)	<0.00001
Posterior Capacitación 2	7(21)	359(79)	

0069 ÍNDICE DE RESISTENCIA RENAL COMO PREDICTOR DE LESIÓN RENAL AGUDA EN PACIENTES POST QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA ABDOMINAL

MDC MEDINA(3), PD ASTRADA(3), G ECHENIQUE FERNANDEZ(3), AB PAEZ(3), L HUAIQUINAO(1), J RIVERA(2), L GALLARDO(3), FD FERNANDEZ(3), R LIGARDA(4), LJ URANGA(3), SN ZIDARICH(3)
 (1) Italiano De Cordoba. (2) Italiano De Cordoba. (3) Hospital Italiano De Cordoba. (4) Hospital Taliano De Cordoba

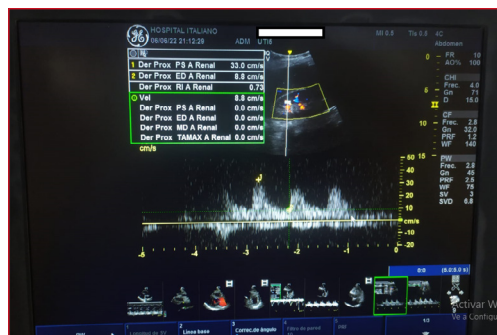
Introducción: La Lesión Renal Aguda es muy frecuente en los enfermos críticos. Pacientes sometidos a laparotomía exploradora y cirugía abdominal general son más propensos a desarrollar LRA. Su detección temprana permite instaurar una intervención hemodinámica precoz mejorando el pronóstico renal y vital. Se ha informado que el Índice de Resistencia Renal medido por ecografía Doppler puede ser un predictor útil de la progresión de la disfunción renal.
Objetivos: 1. Comparar los valores de IRR medidos por ecografía Doppler con valores de creatinina sérica y el desarrollo de LRA definida por los criterios AKIN en los pacientes post quirúrgicos de cirugía abdominal en UTI. 2. Determinar si el IRR es un predictor precoz de LRA.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional de cohorte en pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía abdominal y que en su post quirúrgico inmediato cursaron internación en UTI. Por medio de ecografía Doppler se obtuvo el IRR a su ingreso, a las 24hs y a las 48hs de ser admitidos. Se comparó estadísticamente el IRR con otras variables como el nivel de creatinina sérica y se realizó un análisis de la sensibilidad y especificidad para evaluar capacidad predictiva del IRR en el desarrollo de LRA.

Resultados: Se analizó una muestra de 31 pacientes. La edad media fue de 70,8 años y el 90,3% presentaba comorbilidades. El 25,8% de la población desarrolló lesión renal aguda definida por AKIN, en los mismos el IRR medido se encontraba alterado, con diferencia de medias estadísticamente significativa. La pendiente de la recta de regresión para la CrS fue de 1,10 ($R=0,74$, $p=0,0001$) mientras que para el IRR de 1,36 ($R=0,74$, $p=0,0001$).

Conclusión: El estudio revela que el IRR podría ser usado indistintamente como marcador de LRA respecto a la CrS. Sin embargo, no

sería un predictor precoz de LRA ya que la pendiente de la recta de regresión demuestra que la CrS tiene un crecimiento más rápido que el IRR. Los resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos, requiriendo nuevas investigaciones.



0070 NEUMONITIS LUPICA EN LA UCI L DE LA ROSA(1), N GRAZIANI(1), L GALVAN(1) (1) Doctor Guillermo Rawson

Introducción: El LES es una enfermedad autoinmune multisistémica con manifestaciones pleuropulmonares de amplio espectro. La NL es una de sus complicaciones poco frecuentes. Se caracteriza clínicamente por fiebre, disnea y tos. Se debe realizar tratamiento antibiótico empírico hasta que se descarte la infección.

El tratamiento es con corticoides 1 mg/kg/día durante 3 días. En caso de falta de respuesta se pueden añadir ciclofosfamida, inmunoglobulinas o plasmaféresis.

La NL afecta al 1-4% de los casos, con índice de mortalidad del 90%. Reporte de 2 casos:

Femenina de 37 años.
 Con app de aborto espontáneo.
 Ingreso por IR.
 Se realiza VNI sin respuesta y horas más tarde por hipoxia severa se decide ARM.

Por antecedentes conocidos se solicita perfil reumatológico y TC de tórax.

Se realiza diagnóstico de NL y SAFF y se inicia terapia con corticoides con mejoría del cuadro y desvinculada de ARM el día 10 de IOT con posterior egreso de UCI.

Femenina de 29 años.
 Con embarazo de 4 semanas.

Ingreso derivado de ginecología por IR, con necesidad de oxígeno por CN, 48 horas posteriores por fracaso en VNI e hipoxemia severa se decide ARM.

Progreso con distrés respiratorio severo, con PAFI menores a 100. Se realiza tratamiento para NAC y por sospecha de LES se solicita perfil autoinmune.

Se hace diagnóstico de NL y se inicia terapia con corticoides e inmunosupresor. Responde de manera favorable siendo desvinculada de ARM al día 12 de IOT con posterior egreso de UCI.

Discusión: Al ser un diagnóstico de exclusión, se han informado muy pocos casos de neumonitis lúpica aguda debido a su rara presentación y desafío diagnóstico.

Dada su baja prevalencia y alta tasa de mortalidad rara vez se estiman, en parte debido a casos no informados o mal diagnosticados. Estas dos pacientes jóvenes ilustran la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial amplio y rápido, así como la necesidad de iniciar un tratamiento precoz una vez confirmado el diagnóstico.

Conclusión: Como conclusión nuestras pacientes presentaron insuficiencia respiratoria secundaria a neumonitis lúpica por tal es importante diagnosticar y tratar una complicación rara e infrecuente de LES de forma rápida y eficaz.

0072 USO DE PLASMAFÉRESIS EN TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN ACV ISQUÉMICO CON TRANSFORMACIÓN HEMORRÁGICA: REPORTE DE CASO

SM PRATI(1), L BUJAN MOLINS(1), MV GONZALEZ(1), M GARBARINI(1), C VIDELA(1), NM CIARROCCHI(1)
(1) Italiano

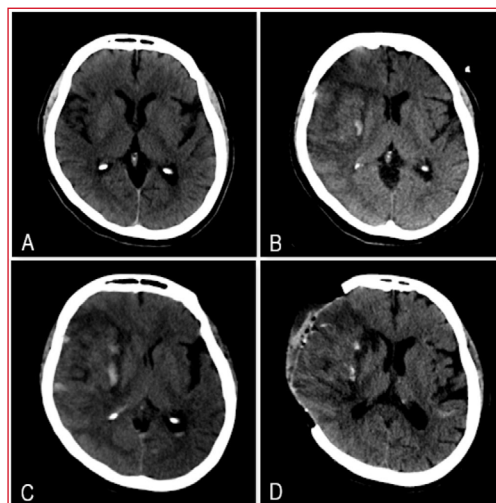
Introducción: La trombocitopenia inducida por heparina (TIH) es una complicación grave, poco prevalente y con alta mortalidad en pacientes expuestos a heparina, caracterizada por trombocitopenia sumado a un estado protrombótico. El tratamiento es la suspensión de heparina e inicio de un anticoagulante alternativo. En ciertas circunstancias particulares se puede utilizar inmunoglobulina y/o plasmaféresis para el tratamiento de la TIH.

Comentamos el caso de una paciente que presentó un accidente cerebrovascular isquémico con transformación hemorrágica, quien intercorre con trombocitopenia inducida por heparina a la cual se le realizó plasmaféresis debido a la imposibilidad de anticoagulación por el sangrado reciente.

Caso clínico: Paciente femenina de 69 años presenta accidente cerebrovascular isquémico de la arteria cerebral media con requerimiento de trombolisis y trombectomía mecánica logrando TICI 3. Evolucionó con transformación hemorrágica tipo 2 (PH-2) con requerimiento de craniectomía descompresiva a las veinticuatro horas. Posterior al inicio de la tromboprolifaxis con heparina sódica, evoluciona con plaquetopenia y trombosis venosa profunda con diagnóstico de TIH con factor antiplaquetario 4 fuertemente positivo. Ante la imposibilidad de anticoagulación por sangrado reciente, se realizan tres sesiones de plasmaféresis mediante sustitución con albúmina al 5% y plasma fresco congelado progresando con recuento normal de plaquetas y negativización de anticuerpo antiplaquetario. La paciente evoluciona de forma favorable, continuando su anticoagulación con Rivaroxaban.

Discusión: La terapéutica de elección en la TIH es la anticoagulación con anticoagulantes no heparínicos (Bivalirudina, Fondaparinux, DOACs, entre otros), aunque en casos excepcionales, la realización de plasmaféresis redujo el estado protrombótico mediante la disminución de los complejos autoinmunes de anti-heparina/factor plaquetario 4. La evidencia es limitada, recae en reportes de casos por lo que no se encuentra estandarizado su uso. Se necesitan ensayos clínicos randomizados que permitan determinar el tiempo, frecuencia, tipo de fluido de reemplazo y volumen. Así como también la asociación a la inmunoglobulina intravenosa pudiendo potenciar la eficacia de ambos tratamientos.

Discusión: La plasmaféresis es una de las alternativas terapéuticas de elección en la trombocitopenia inducida por heparina dirigida al mecanismo inmunitario humoral cuando la anticoagulación es una contraindicación absoluta, TIH refractaria o cuando es necesario una reexposición a la heparina.



0073 UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN LA EVALUACIÓN DEL RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO CAUSADO POR COVID-19

G ECHENIQUE(1), P ASTRADA(2), M MEDINA(2), J RIVERA(2), L HUAIQUINAO(2), B PAEZ(2), L GALLARDO(2), F FERNANDEZ(3), R LIGARDA(4), L URANGA(2), S ZIDARICH(2)

(1) Italiano De Coroba. (2) Italiano De Cordoba. (3) Hospital Italiano De Cordoba. (4) Hospital Italiano De Cordoba

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) estuvo presente hasta en un 20% en la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Muchos pacientes con esta patología pueden obtener una mejoría en la oxigenación mediante un aumento de la presión positiva al final de la espiración (PEEP) o por maniobras de reclutamiento alveolar, siendo el decúbito prono ampliamente aplicada. El manejo de los pacientes críticos con SDRA, requieren de técnicas de imágenes, siendo una opción la ecografía pulmonar (EP). Si bien recientemente se ha informado que la EP es útil para estratificar la severidad del SDRA podría predecir aquellos que tienen alto riesgo de mortalidad. El rol de la EP en Covid-19 no está aun ampliamente estudiado.

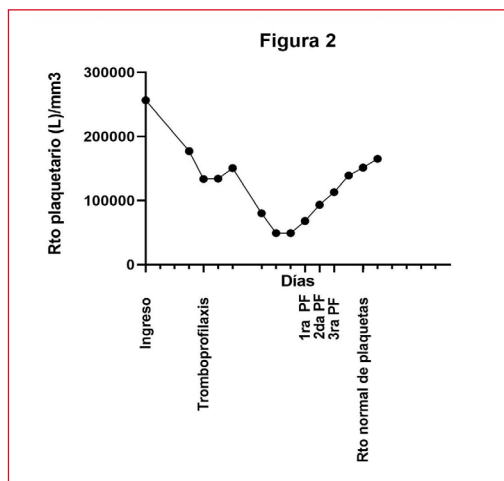
Objetivo general: Determinar si los patrones ecopulmonares en pacientes con SDRA severo por Covid-19 antes y después de la pronación se correlacionan con la mejoría de la oxigenación.

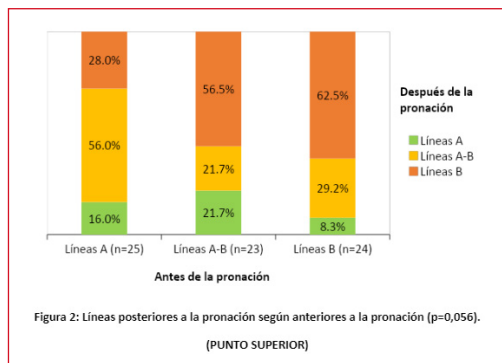
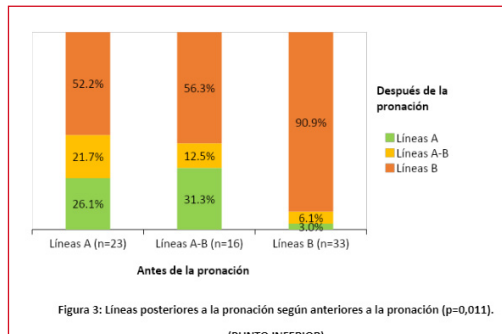
Objetivo específico: Correlacionar cambios ecográficos pulmonares en pacientes con SDRA severo por Covid-19 (antes/después de la pronación)

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo prospectivo longitudinal realizado en terapia intensiva del Hospital Italiano de Córdoba entre marzo del 2021 y abril del 2022, incluyendo pacientes con diagnóstico SDRA severo secundarios a neumonía por Covid-19 que requirieron decúbito prono. Se realizó medición ecográfica antes de la IOT y posterior a las 24 horas de decúbito prono. Se registraron variables de PEEP, PAFI y saturación de oxígeno (SpO₂).

Resultado: La muestra estuvo compuesta por 72 pacientes con SDRA grave. El estudio encontró diferencias estadísticamente significativas en PAFI y saturación de oxígeno antes y después de la pronación. Los patrones de ultrasonido pulmonar cambiaron después de la pronación, con líneas A cambiando a AB o B en los cuadrantes superiores y líneas A cambiando a AB o B en los cuadrantes inferiores.

Conclusion: La ecografía pulmonar es un método fiable, de bajo costo, seguro para predecir la evolución de los pacientes con COVID-19. Sin embargo, el estudio no encontró una mejora en las líneas B patológicas en la ecografía pulmonar después de la pronación en los tiempos analizados. Se necesitan más estudios para evaluar la efectividad EP.





0075 VASOPRESINA Y SHOCK NEUROGÉNICO EN UN PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA CON VASOESPASMO CEREBRAL: UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL O UN RIESGO PARA AUMENTAR LA ISQUEMIA CEREBRAL TARDÍA?. REPORTE DE CASO

MC CERVANTES CONTRERAS(1), LA GATTI(1)
 (1) Hospital El Cruce "Nestor Kirchner".

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática puede presentarse con complicaciones; vasoespasmo, isquemia cerebral tardía, shock neurogénico, etc.

Resulta una estrategia la terapéutica cuando varias de estas se presentan a la vez; lo que obliga a individualizar el tratamiento.

Presentación del caso: Masculino de 38 años.

Antecedentes: tabaquismo.

04/02/23 Derivado desde otro centro; presentó pérdida de conocimiento de tiempo indeterminado, relajación de esfínteres. TC: HSA con volcado ventricular.

Ingres a con glasgow 7/15, requiere IOT/AVM, AngioTC: Aneurisma a nivel de bifurcación silviana derecha. H&H:4, WFNS:4, Fisher modificado:4.

Neurocirugía realiza clipado y colocación de catéter de PIC.

07/02/23 48 hs posquirúrgico, DTC: vasoespasmo moderado en arteria cerebral media derecha con autorregulación conservada, hipertensión endocraneana refractaria; requirió craniectomía descompresiva; evoluciona con shock, con cultivos negativos.

08/02/23 Monitoreo hemodinámico con volumeview - Edwards: Shock distributivo

09/02/23 Noradrenalina 4 gammas/kg/min; inicia vasopresina 0,06 UI/min.

DTC: Aumento de resistencias vasculares distales IP entre 1,68 y 2,57, monitoreo neurológico dentro de parámetros, se interpreta secundario al uso de vasopresina, se determina reducir dosis gradualmente y suspender.

10/02/23 4 horas sin vasopresina; DTC: vasoespasmo moderado en arteria cerebral media derecha; similar a DTC realizado previo al uso de vasopresina.

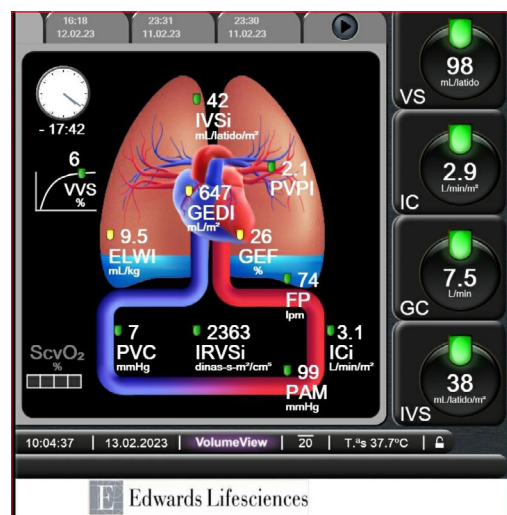
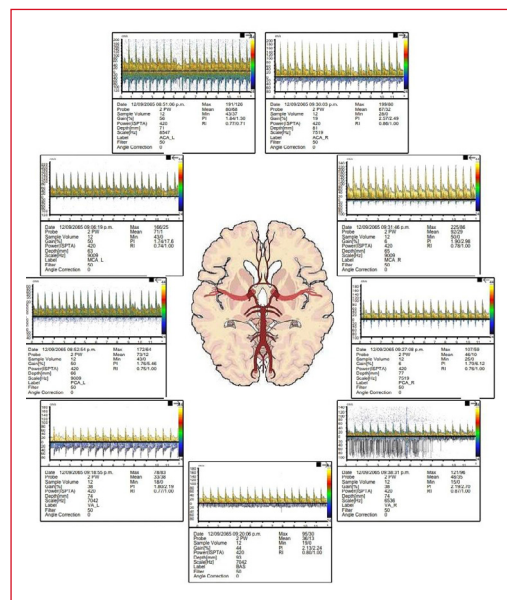
Posteriormente tuvo complicaciones infectológicas, requirió traqueostomía y logró ser externado.

Discusión: En pacientes con HSA, se estudio el uso de vasopresina para mejorar la circulación cerebral y reducir la presión intracraneal (PIC), actúa sobre receptores V1 causando vasoconstricción y disminución del flujo sanguíneo cerebral (FSC) que podría reducir la PIC mejorando el FSC.

Otros reportes sugieren que la vasoconstrictor podría empeorar la isquemia cerebral en determinados grupos.

Algunos estudios en modelos animales demostró un efecto trifásico en la circulación cerebral; una fase inicial que aumenta la resistencia vascular cerebral y disminuye el FSC, una fase intermedia que mejora la presión de perfusión cerebral a través del aumento de la resistencia vascular sistémica y la reducción de la hipotensión arterial. En la fase tardía; podría aumentar la resistencia vascular cerebral y disminuir la perfusión cerebral.

Conclusión: Aunque los estudios en modelos animales demostraron un efecto trifásico en la circulación cerebral, los resultados de ensayos clínicos en humanos son menos concluyentes. Es necesario continuar investigando para determinar el papel de la vasopresina en la circulación cerebral y optimizar su uso en la practica.



0076 REPORTE DE CASO: SHOCK OCULTO EN INFECCIÓN GRAVE DE PIEL Y PARTES BLANDAS
ML PIPOLO(1), LS AGUILERA ALESSIO(1), GL VINCENTI(1)
(1) Clínica Centro Junín

Introducción: Las infecciones graves constituyen uno de los motivos más frecuentes de internación en Terapia Intensiva. Dentro de las cuales la disfunción orgánica y el shock séptico resultan dos escenarios relevantes de salud debido a su alta morbimortalidad.

Presentación del caso: Masculino de 58 años, derivado de localidad vecina por fiebre sin causa aparente de más 72 horas de evolución, la cual agrega disnea y síndrome confusional. A su ingreso regular estado general, febril, disneico, saturando 91% aire ambiente y signos de deshidratación moderada; signos vitales: TA 90/60 mmHg, temperatura 39°C, FC 75 lpm y FR 22 por minuto. Al examen físico: presenta livideces en miembros superiores e inferiores, mottling score 4, relleno capilar enlentecido, tendencia al sueño, hipoventilación generalizada, rales crepitantes bibasales y requerimiento de oxígeno suplementario. Evoluciona con lesiones a predominio de miembros inferiores compatibles con petequias, flictenas aisladas y dolor intenso.

Antecedentes personales: esplenectomía por púrpura trombocitopénica idiopática.

Discusión: Se solicitaron estudios complementarios, Laboratorio: FMO, elevación de transaminasas (a expensas de GOT 179 UI/l), ascenso de creatinina (1.80 mg/dl), acidosis metabólica con elevación de ácido láctico (67,88 mg/dl), plaquetopenia (23000 mm³), TP 28 segundos, KPTT 50 segundos y hemocultivos con rescate para cocos positivos en 2 de 2; TAC de cerebro y tórax sin evidencias para patologías. Tratamiento: ceftriaxona y vancomicina. La limitación fue encontrar el foco infeccioso dado que no se encontraba una lesión categórica o que justificara la puerta de ingreso. Diagnóstico diferencial: evento neurológico, neumonía, covid 19, infección de piel y partes blandas.

Conclusión: El diagnóstico precoz de sepsis resulta indispensable para cambiar el curso de su evolución, sin embargo, a veces resulta extremadamente dificultoso, dado que muchos signos son enmascarados por la presencia de otras patologías. Por lo que consideramos importante sostener una vigilancia estricta en estos tipos de pacientes, teniendo en cuenta que en muchos casos será complejo determinar el foco primario y destacar la importancia de una reanimación inicial adecuada.



0077 VALORACION DIARIA DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES

MH CHAUQUE(1), D GUANTAY(2), R MORALES(2)

(1) Hospital Papa Francisco. (2) Hospital Publico Materno Infantil

Enfermería es un pilar fundamental en las unidades de cuidados intensivos. Trabajar para mantener el sitio de inserción de los dispositivos intravasculares en óptimas condiciones, no solo ayuda a reducir el riesgo de infecciones, además mejora la eficacia del tratamiento, reduce la necesidad de reemplazo, mejora la comodidad de los pacientes, y disminuye los costos sanitarios para el sistema de salud. El presente trabajo tiene como objetivo presentar resultados relacionados al control diario de dispositivos intravasculares utilizados en pacientes pediátricos internados en la unidad de cuidados críticos del Hospital Público Materno Infantil de Salta en el período del 27 de diciembre del 2022 al 02 de febrero del 2023. Éste se llevó a cabo mediante la implementación de una hoja/control diseñada y adaptada a las características del paciente, con el fin de reducir infecciones asociadas a estos dispositivos. En el instrumento de valoración se registra datos del paciente, de los dispositivos intravasculares, parámetros observables como la ubicación de éstos, inspección, día de última curación, motivo de retiro, y fecha de cambio de tubuladuras, como así también las observaciones donde el profesional que controla puede hacer sugerencias a su colega, a modo de establecer una retroalimentación. Los pacientes valorados en el período mencionado fueron 35, mayores a un mes, hasta los 14 años de edad. Los dispositivos utilizados fueron 40; 22 de los mismos correspondieron a catéter venoso central, 16 a catéter central de inserción periférica, 1 catéter transitorio para hemodiálisis y 1 catéter implantable. El sitio de elección prevalente para su inserción fue la vena yugular derecha para catéteres venosos centrales; el motivo de retiro frecuente fue por fin de tratamiento y alta del paciente. Durante la valoración de los sujetos se hizo hincapié en el mantenimiento de la integridad del sitio, 23 de los dispositivos se encontraron íntegros, 3 con sugerencia de curación, 2 con eritema, solo 1 con fijación despegada, y 7 sin registros. En el período de control no se registraron infecciones asociadas, y se observó un mayor compromiso de los profesionales en el cuidado dirigido a estos pacientes.

0078 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATETER POR DELFTIA ACIDOVORANS EN PACIENTE CON COINFECCION POR DENGUE Y SARS COV-2. REPORTE DE CASO

ME ARTIGAS(1), A RODRIGUEZ(2), V CHEDIACK(2), L DE VEDIA(2), N LISTA(2), M FLORES(2), D DOMINGUEZ(2), I PRIETO(2), P SAUL(2), Y LAMBERTO(2), Y HUARACHI(2), C VARGAS(2), P VELASQUEZ LOPEZ(2), E CUNTO(2)

(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

Introducción: Delftia acidovorans es un bacilo Gram negativo, aerobio, no fermentador, infrecuente, de baja virulencia, con

pacidad de generar biofilm y bacteriemias asociadas a catéteres. Forma parte de la flora del agua y suelo. Se asocia a infecciones en pacientes inmunocomprometidos e inmunocompetentes en menor frecuencia. Se presenta el caso por la inédita asociación de microorganismos.

Presentación del caso: Mujer, 65 años. Antecedentes de hipertensión arterial, tuberculosis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Ingresó a terapia intensiva en abril 2023, por insuficiencia respiratoria crónica reagudizada por co-infección dengue y SARS-CoV-2, con neumonía, plaquetopenia e hipoxemia severa, que requirió ventilación mecánica. A 25 días de su internación intercorre con fiebre, leucopenia (3500 células/mm³), nuevamente plaquetopenia (123.000 células/mm³) y disfunción renal leve (creatinina 1.56 mg/dl), sin requerimiento de vasopresores, rescatándose en hemocultivos y punta de catéter *Delftia acidovorans*. Ecocardiograma transtorácico sin vegetaciones. Se indica tratamiento con meropenem durante 7 días, con hemocultivos de control negativos. Continúa con internación prolongada, con destete dificultoso.

Discusión: Los patógenos inusuales pueden ser clínicamente significativos.

Se han reportado 2 casos de bacteriemia por *Delftia acidovorans* en pacientes críticos, con neumonía grave SARS CoV-2, sin antecedentes de inmunocompromiso, en Hospital Posadas, durante la Pandemia.

Puede ser difícil establecer su patogenicidad, pero dado a que no se aislaron otros microorganismos en cultivos, se lo considero como patógeno y se efectuó tratamiento con carbapenemes, dado a que no hay reportes de resistencia a ellos.

Conclusión: Consideramos este caso de especial interés, dado a que se trata de un patógeno inusual, que debe ser evaluado dentro de los nuevos gérmenes emergentes post Pandemia COVID 19, en las Infecciones asociadas al cuidado de la salud del paciente crítico, el cuál debe también ser incluido dentro de la población de pacientes inmunocomprometidos.

0079 ADECUACIÓN CALÓRICO-PROTEICA EN PACIENTES CON COVID 19 VENTILADOS CON SOPORTE NUTRICIONAL

A ALISCIONI(1), V GONZALEZ(1), U ZAYA(1), C GALLETTI(1), P CALCAGNO(1), Y SALDIVAR(1), F IRADES(1), N KESSLER(1), R ALVAREZ VIZZONI(1)
(1) Sanatorio Allende

Introducción: La terapia nutricional es un componente fundamental de la atención estándar de los pacientes con COVID-19. La desnutrición severa y la pérdida de masa muscular pueden influir en la gravedad de la enfermedad COVID-19 y se conocen como factores de riesgo de mortalidad.

Objetivos: Describir qué proporción del requerimiento calórico-proteico se cubrió en pacientes con COVID-19 ventilados al día 7 y día 15 del inicio de soporte nutricional, analizar qué porcentaje del requerimiento calórico se encuentra cubierto por la sedación y evaluar si el decúbito prono influyó en el logro del objetivo calórico-proteico.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal, ambispectivo. Se incluyeron pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) del Sanatorio Allende Nueva Córdoba con diagnóstico de COVID-19 ventilados que requirieron soporte nutricional, que cumplieran con los criterios de inclusión.

Resultados: De los 90 pacientes estudiados, un 56% presentó obesidad y un 40% sobrepeso y el 95% tuvo bajo riesgo nutricional. El 97% de los pacientes llegó al objetivo nutricional a los 7 días. El porcentaje de calorías que se encontró cubierto por nutrición enteral a los 7 días fue menor al 80% en el 74% de los pacientes y

a los 15 días el 61% tuvo un aporte calórico > 80%. El porcentaje calórico cubierto por la sedoanalgesia a los 7 días fue >30% en 59% de los pacientes y a los 15 días el 77% igual o menor al 30%. El porcentaje de proteínas cubierto a los 7 días fue >80% en el 94% de los pacientes, y a los 15 días >80% en el 84% de los pacientes. El 92% de los pacientes requirió de decúbito prono.

Conclusión: El porcentaje de calorías cubierto por nutrición enteral más la sedoanalgesia a los 7 días fue mayor que el objetivo nutricional, indicando sobrealimentación. Con respecto al aporte en proteínas, a los 7 y 15 días se logró el objetivo nutricional en la mayoría de los pacientes. El decúbito prono no imposibilita el logro de los objetivos calórico-proteicos del paciente.

0080 HEPATOTOXICIDAD RECIDIVANTE POR INTOXICACION O INTENTO AUTOLITICO CON PARACETAMOL

I ESPINOZA(1), I ESPINOZA(2), D BAUTISTA(2), E GONZALEZ(2), J GOMEZ(2), R PATIÑO(2), M PIAGGIO(2), L CORO(2), S PADILLA(2), R CUETO(2), L VEIZAGA(2), P CORRAL(2), J CASTREZANA(2), M MENDOZA(2), L VINDIGNI(2)
(1) Higa Evita De Lanus. (2) Hospital Evita De Lanus

Introducción: El paracetamol es el medicamento más utilizado en el mundo, de venta libre, en todas las presentaciones farmacológicas y asociación con múltiples fármacos. Según un informe realizado por la Asociación Toxicológica Argentina, en 2021, el número de personas intoxicadas por analgésicos ascendió a 660 en todo el país. Del total, 18 fueron ingestas intencionales de paracetamol, y 8 tentativas suicidas. Hay pacientes que en el manejo con tratamiento completo pueden presentar recidiva de fallo hepático o ser tardía la sintomatología que es lo que presentó nuestro paciente.

Objetivos: Reportar el caso de un paciente con intoxicación por paracetamol en intento autolítico, revisar bibliografía y resaltar el mantener el tratamiento con n-acetilcisteína hasta mejoría de enzimas hepáticas.

Métodos: Se recogerán datos de la Historia Clínica de la presentación y evolución del paciente, se analizará la bibliografía obtenida con métodos estructurados de búsqueda bibliográfica y categorización de resultados en base a la calidad de evidencia

Resultados: Masculino de 16 años, antecedentes de depresión, ingresa por intento autolítico tras consumir 20 gr de paracetamol, se realiza protocolo de manejo con interconsulta al CNT Htal. Posadas donde se envían muestras de sangre y orina para dosaje de paracetamol, e inicia tratamiento con N-AC. Recibió dosis de carga con N-AC (140 mg/kg) y continúa con mantenimiento (70mg/kg) cada 4 hs según lo indicado. Completo 17 dosis total. A las 72 hs del ingreso, presenta Falla Hepática Aguda, elevación de enzimas hepáticas y alteración de coagulograma. Encefalopatía grado 1. Se deriva al Hospital del Cruce donde se reinstaura tratamiento con recidiva sin llegar al trasplante hepático. Posterior alta médica y seguimiento por ambulatorio.

Conclusión: El riesgo de intentos autolíticos por depresión con medicamentos de venta libre como paracetamol, se debe tomar en cuenta la sintomatología tardía pese a recibir lo que estipula el protocolo habitual en estos pacientes y se debe mantener el tratamiento hasta no presentar síntomas.

Referencias: Wong A, McNulty R, Taylor D, Sivilotti M, Greene S, Gunja N, et al. The NACSTOP trial: A multicenter, cluster-controlled trial of early cessation of acetylcysteine in acetaminofen overdose. *Hepatology*. 2019;69(2):774-784.

https://www.toxicologia.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/paracetamol_ata.pdf

HEPATOTOXICIDAD RECIDIVANTE POR INTOXICACION O INTENTO AUTOLITICO CON PARACETAMOL

INTRODUCCION:

El paracetamol es el medicamento más utilizado en el mundo, de venta libre, en todas las presentaciones farmacológicas y asociación con múltiples fármacos. Según un informe realizado por la Asociación Toxicológica Argentina, en 2021, el número de personas intoxicadas por analgésicos ascendió a 650 en todo el país. Del total, 18 fueron ingestas intencionales de paracetamol, y 8 tentativas suicidas. Hay pacientes que en el manejo con tratamiento completo pueden presentar recidiva de fallo hepático o ser tardía la sintomatología que es lo que presenta nuestro paciente.

OBJETIVOS

Reportar el caso de un paciente con intoxicación por paracetamol en intento autolítico, revisar bibliografía y resaltar el mantener el tratamiento con n-acetilcisteína hasta mejoría de enzimas hepáticas.

MÉTODOS

Se recopilarán datos de la Historia Clínica de la presentación y evolución del paciente, se analizará la bibliografía obtenida con métodos estructurados de búsqueda bibliográfica y categorización de resultados en base a la calidad de evidencia

RESULTADOS

Masculino de 16 años, antecedentes de depresión, ingresa por intento autolítico tras consumir 20 gr de paracetamol, se realiza protocolo de manejo con interconsulta al CNT Htal. Posadas donde se envían muestras de sangre y orina para dosaje de paracetamol, e inicia tratamiento con N-AC. Recibió dosis de carga con N-AC (140 mg/kg) y continúa con mantenimiento (70mg/kg) cada 4 hs según lo indicado. Completo 17 dosis total. A las 72 hs del ingreso, presenta Falla Hepática Aguda, elevación de enzimas hepáticas y alteración de coagulograma. Encefalopatía grado 1. Se deriva al Hospital del Cruce donde se reinstaura tratamiento con recidiva sin llegar al trasplante hepático. Posterior alta médica y seguimiento por ambulatorio.

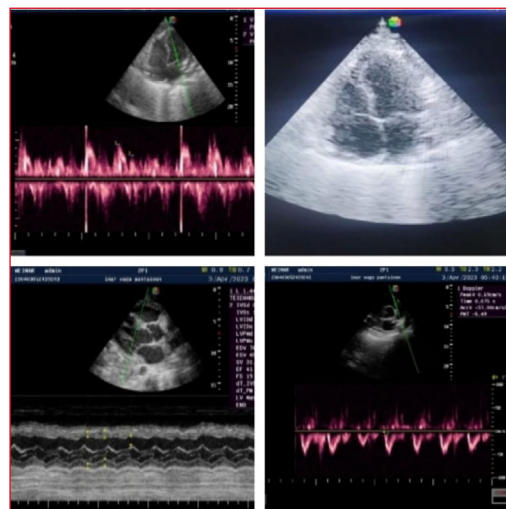
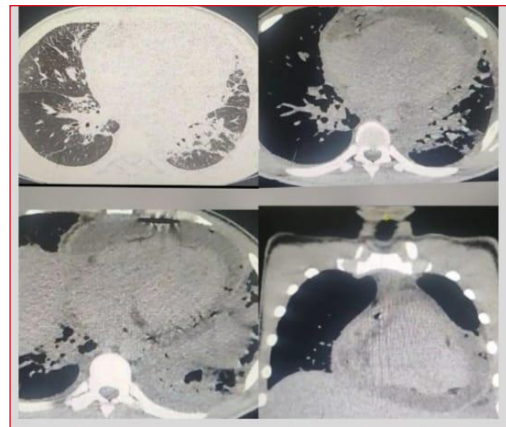
CONCLUSION

El riesgo de intentos autolíticos por depresión con medicamentos de venta libre como paracetamol, se debe tomar en cuenta la sintomatología tardía pese a recibir lo que estipula el protocolo habitual en estos pacientes y se debe mantener el tratamiento hasta no presentar síntomas.

REFERENCIAS

Wong A, McNulty R, Taylor D, Sivillotti M, Greene S, Gunja N, et al. The NACSTOP trial: A multicenter, cluster-controlled trial of early cessation of acetylcysteine in acetaminofen overdose. *Hepatology*. 2019;69(2):774-784.

https://www.toxicologia.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/paracetamol_ata.pdf



0081 A PROPOSITO DE UN CASO PERICARDITIS TUBERCULOSA
D NUÑEZ(1), D SORUCO(1), LM LUPATY(1), C MERIDA(1), C SANCHEZ(1), D BECERRA(1), K SIVILA(1), I NAVAJAS(1), W OLGUIN(1), E ARANCIBIA(1)
(1) Hospital San Juan De Dios.

Introducción: La pericarditis tuberculosa es una manifestación extrapulmonar infrecuente de la tuberculosis (TB), con una incidencia de presentación menor al 4% de todos los casos de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes, cuadro clínico caracterizado por disnea de esfuerzo progresiva que llega a clase funcional IV y se asocia a precordialgia. Al examen físico presenta pulsos disminuidos, R1 y R2 hipofonéticos, ingurgitación yugular. Electrocardiograma con taquicardia supraventricular mas supradesnivel ST, DII, DIII, AVF , V4 , V6, DI, que revierte espontáneamente. Ecocardiograma, función sistólica deprimida FEY 41%, cavidades derechas dilatadas TAPSE de VD deteriorada. Derrame pericardio severo, con colapso diastólico de cavidades derechas. Pericardiocentesis diagnóstica se obtiene debito purulento. Se realiza ventana pleuro-pericárdico con toma de cultivo. Genexpert de líquido pericardio: Positivo para Mycobacterium tuberculosis. Se inició tratamiento con drogas de primera línea y corticoterapia. Mejoría clínica, estable hemodinámicamente, pasa a sala general.

Discusión: La pericarditis tuberculosa es una rara manifestación extrapulmonar que afecta a menos del 4% de los pacientes con tuberculosis (TB), con alta morbimortalidad ante diagnósticos tardíos, especialmente en aquellos pacientes inmunocomprometidos. Su presentación es inespecífica y la sintomatología deriva de la velocidad de instauración del derrame pericárdico, registrándose casos mortales debido a taponamiento cardiaco.

Conclusiones: La pericarditis tuberculosa, manifestación infrecuente, tiene morbi-mortalidad elevada; con un diagnóstico oportuno y tratamiento temprano podría obtenerse la resolución del cuadro. Sin embargo, su diagnóstico es un desafío, dado que la presentación clínica es inespecífica. Deben combinarse estudios de imagen y microbiológicos asociados a factores epidemiológicos para su confirmación.

0082 PRESENTACIÓN CASO DE SÍNDROME DE KARTAGENER
D BAUTISTA(1), D BAUTISTA(2), I ESPINOZA(2), E GONZALEZ(2), J GOMEZ(2), R PATIÑO(2), M PIAGGIO(2), L CORO(2), SPADILLA(2), R CUETO(2), L VEIZAGA(2), P CORRAL(2), J CASTREZANA(2), M MENDOZA(2), L VINDIGNI(2)
(1) Higa Evita De Lanus. (2) Hospital Evita De Lanus

Introducción: El Síndrome de Kartagener, también conocido como discinesia ciliar primaria (DCP), es una enfermedad genética rara en la que algunos elementos celulares no funcionan correctamente. Este trastorno genético provoca alteraciones en la motilidad ciliar debido a mutaciones en diferentes genes, tríada clínica característica situs inversus total, sinusitis crónicas y bronquiectasias. Lo que conlleva a un funcionamiento deficiente de estas estructuras.

Objetivos: Reportar el caso de un paciente con sospecha síndrome de kartagener y resaltar la utilidad de estudios imagenológicos y la revisión bibliográfica de casos reportados.

Métodos: Presentación de caso con datos recogidos de la historia clínica y evolución de paciente y de analizar la bibliografía obtenida con métodos estructurados de búsqueda bibliográfica.

Resultados: Hombre de 73 años con antecedentes de HTA, obesidad, EPOC tratamiento en broncodilatadores. neumonías a repetición, sinusitis crónica. acudió por cuadro persistente de tos, disnea de moderado esfuerzos, taquipnea, sudoración. Al examen físico destaco: saturación de 82% con FIO2:21%, cianosis discreta. Se realiza tomografía tórax, abdomen, donde se visualiza situs inversus total, más bronquiectasias bilaterales. Donde el diagnóstico fue de forma casual por la sintomatología y los estudios complementarios de síndrome de Kartagener (por dextrocardia, sinusitis y bronquiectasias).

Conclusiones: El Síndrome de Kartagener tiene la prevalencia es de 1/60.000. El situs inversus viene condicionado, consecuencia actividad defectuosos los cilios nodales embrionarios. La sinusitis crónica es constante, así como la hipoplasia de los senos paranasales, sobre todo, del frontal, consecuencia del defecto eutrófico de una mucosa enferma. Las bronquiectasias están presentes en más de 80%. La biopsia del epitelio nasal es una técnica que proporciona algunos datos sobre todo si se utiliza la microscopía electrónica para visualizar las características y el movimiento de la ultraestructura ciliar. Sin embargo, tiene valor limitado porque las alteraciones observadas no son siempre específicas y porque además no informa sobre la función ciliar que es el aspecto más importante.

Referencias: 1. Kartagener M. ZurPathogenese der Bronchiectasien. B LetrKlin Tuberk. 1993;(83):489-501.
2. Revhabancienméd v.10 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100007.

PRESENTACIÓN CASO DE SÍNDROME DE KARTAGENER

INTRODUCCION

El Síndrome de Kartagener, también conocido como discinesia ciliar primaria (DCP), es una enfermedad genética rara en la que algunos elementos celulares no funcionan correctamente. Este trastorno genético provoca alteraciones en la motilidad ciliar debido a mutaciones en diferentes genes, tríada clínica característica situs inversus total, sinusitis crónicas y bronquiectasias, lo que conlleva a un funcionamiento deficiente de estas estructuras.

OBJETIVOS

Reportar el caso de un paciente con sospecha síndrome de kartagener y resaltar la utilidad de estudios imagenológicos y la revisión bibliográfica de casos reportados.

METODOS

Presentación de caso con datos recogidos de la historia clínica y evolución de paciente y de analizar la bibliografía obtenida con métodos estructurados de búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS

Hombre de 73 años con antecedentes de HTA, obesidad, EPOC tratamiento en broncodilatadores, neumonías a repetición, sinusitis crónica, acudió por cuadro persistente de los, disnea de moderado esfuerzos, taquipnea, sudoración. Al examen físico destaca: saturación de 82% con FIO2 21%, cianosis discreta. Se realiza tomografía tórax, abdomen, donde se visualiza situs inversus total, más bronquiectasias bilaterales. Donde el diagnóstico fue de forma casual por la sintomatología y los estudios complementarios de síndrome de Kartagener (por dextrocardia, sinusitis y bronquiectasias).

CONCLUSIONES

El Síndrome de Kartagener tiene la prevalencia es de 1/60.000. El situs inversus viene condicionado, consecuencia actividad defectuosos los cilios nodales embrionarios. La sinusitis crónica es constante, así como la hipoplasia de los senos paranasales, sobre todo, del frontal, consecuencia del defecto eutrófico de una mucosa enferma. Las bronquiectasias están presentes en más de 80%. La biopsia del epitelio nasal es una técnica que proporciona algunos datos sobre todo si se utiliza la microscopía electrónica para visualizar las características y el movimiento de la ultraestructura ciliar. Sin embargo, tiene valor limitado porque las alteraciones observadas no son siempre específicas y porque además no informa sobre la función ciliar que es el aspecto más importante.

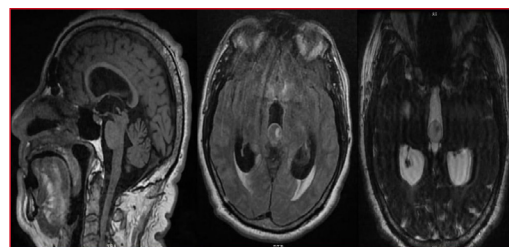
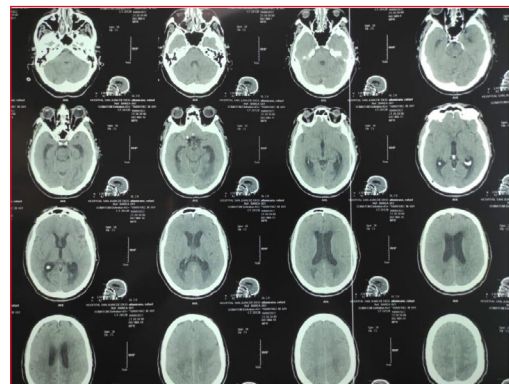
REFERENCIAS

1. Kartagener M. ZurPathogenese der Bronchiectasien. B LetrKlin Tuberk. 1993;(83):489-501.
2. Revhabancienméd v.10 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2011 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100007

lesión quística en III ventrículo hacia el Conducto Silvio. A las 3 horas con caída de Glasgow 4/15 (M: 2 V:1 O:1), se realiza manejo avanzado de la vía aérea, nueva TC encéfalo muestra dilatación ventricular, dilatación de astas occipitales y temporales más signos clínico de hipertensión endocraneana, índice de Evans de 0.40 que no se evidenciaba en la tomografía previa se realiza colocación de válvula de derivación ventriculoperitoneal. Serología IgM Positiva para Neurocisticercosis, LCR; Negativo. Se inició tratamiento con albendazol y Corticoterapia. El paciente tuvo una resolución completa de sus síntomas y dado de alta.

Caso clínico: El caso que se presenta es un paciente con cefalea más alteración del estado de conciencia, enmarcado en cuadro neurológico, cuyo diagnóstico diferencial abarca: ACV, meningocelitis, absceso cerebral piógeno o granuloma micótico, (TCE) y tumor cerebral primario o metastásico.

Conclusiones: La neurocisticercosis ha dejado de ser una infección excepcional. Al ser la enfermedad parasitaria más importante del sistema nervioso central y la causa más frecuente de epilepsia adquirida en los países en desarrollo, debemos familiarizarnos con los diferentes hallazgos radiológicos de la enfermedad y tenerla en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de lesiones intracraniales múltiples.



0083 A PROPOSITO DE UN CASO HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA AGUDA SECUNDARIA A QUISTE DE NEUROCISTICERCOSIS SINDROME DE BRUNS

LM LUPATY(1), C MERIDA(1), D SORUCO(1), C SANCHEZ(1), D NUÑEZ(2), D BECERRA(1), R ALTAMIRANO(1), R FIGUEROA(1)
(1) Hospital San Juan De Dios. (2) Acosta

Introducción: La neurocisticercosis es una de las principales causas de epilepsia adquirida en todo el mundo y es endémica en las regiones subdesarrolladas y en desarrollo. Los síntomas neurológicos son múltiples y, a menudo, inespecíficos, por lo que la neurocisticercosis plantea un desafío diagnóstico.

Caso clínico: Masculino de 61 años, sin antecedentes patológicos, cuadro clínico súbito de 30 minutos de evolución caracterizado por deterioro del sensorio, con relajación de esfínteres, cefalea de moderada a gran intensidad durante el día, tratada con AINES. Al ingreso a la guardia con Glasgow 13/15, pupilas isocóricas sin foco motor. Glucemia dentro de parámetros, TC encéfalo s/c, no se evidencia lesiones isquémicas ni hemorrágicas, hidrocefalia leve, con caída de Glasgow de 10/15 (M:5 O:2 V:3).RMN de cerebro, se descarta ACV isquémico y hemorrágico en las diferentes secuencias, se evidencia

0084 A PROPOSITO DE UN CASO PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

D NUÑEZ(1), LM LUPATY(1), D SORUCO(1), C SANCHEZ(1), C MERIDA(1), D BECERRA(1), K SIVILA(1), R ALTAMIRANO(1)
(1) Hospital San Juan De Dios

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una urgencia urológica, grave y de alta mortalidad, pero de baja frecuencia, que suele presentarse en población con factores de riesgo, dentro de los que destacan la diabetes mellitus tipo 2, la uropatía obstructiva, el etilismo y la inmunosupresión.

Caso clínico: Femenina de 64 años con antecedente de Diabetes Mellitus 2 e infecciones urinarias a repetición, cuadro clínico de 7 días altas térmicas no cuantificadas, dolor abdominal en región lumbar izquierda, disuria, evoluciona con alteración del estado de sensorio falla multiorgánica. Examen físico estuporosa, pupilas isocóricas fotoreactivas, no foco motor, no signos meníngeos, inestable desde el punto de vista hemodinámico. Con antibiótico de amplio espectro.

EGO: Patológico, Hemocultivo x2: Negativos, Cultivo de Punción Lumbar Negativo, TC encéfalo y tórax s/c sin particularidades. TC tórax abdomen y pelvis s/c objetiva gas pararenal y destrucción del parénquima renal izquierdo, en contexto de pielonefritis enfisematosa, por inestabilidad hemodinámica y estado crítico, se realiza Nefrostomía izquierda percutánea guiada por Tomografía, se punciona y se extrae 160cc de débito purulento. Urocultivo E. Coli BLEE, Cultivo de Absceso E. Coli BLEE.

A los 8 días de su internación evolución sin soporte de vasoactivos, con resolución de las fallas orgánicas, se inicia protocolo de des-
acople, weaning exitoso, con evolución favorable es dada de alta.

Discusión: En la pielonefritis enfisematosa se requiere de la certeza sospecha clínica y el uso adecuado de los exámenes complementarios, en particular la tomografía axial computarizada. La sospecha clínica acertada y las conductas intervencionistas tempranas son esenciales, para modificar el pronóstico y reducir la mortalidad

Conclusiones: La pielonefritis enfisematosa es una enfermedad renal necrotizante causada frecuentemente por Escherichia Coli, la diabetes mellitus y la obstrucción proporciona un nicho favorable para el desarrollo de la infección fulminante, a pesar de los esfuerzos sigue siendo una de las infecciones urológicas con mayor mortalidad, gracias a los avances en los métodos radiológicos y radiología intervencionista y la efectividad de la antibioticoterapia se ha logrado modificar la modalidad del manejo hacia la preservación renal.

CLASIFICACION TOMOGRAFICA COMPUTADA DE HUANG Y TSENG	
1	GAS EN EL SISTEMA COLECTOR
2	GAS UNICAMENTE EN EL PARENQUIMA RENAL
3A	EXTENSION DEL GAS AL ESPACIO PERINEFRICO
3B	EXTENSION DEL GAS AL ESPACIO PARANEFRICO
4	GAS EN RIÑON UNICO O BILATERAL



0085 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA EN VIA AERA DE EMERGENCIA. REPORTE DE CASOS

L BRANCO(1), P PRATESI(1), D CZERWONKO(1), G MAST(1), V POUSA(1), MJ CHUQUIN(1)
(1) Hospital Austral

Introducción: La traqueostomía percutánea (TP) es un procedimiento habitual en áreas de cuidados críticos. Su indicación está frecuentemente relacionada con el requerimiento de ventilación mecánica prolongada. Por el contrario, en situaciones de emergencia, cuando

la intubación orotraqueal no es posible, la cricotirotomía es la técnica de elección.

Sin embargo, en nuestra institución contamos con operadores con mayor entrenamiento en la realización de TP que cricotirotomía.

Casos clínicos: Se describen dos casos de pacientes con falla ventilatoria secundaria a obstrucción de la vía aérea de diferente etiología. El primer caso se trata de un paciente joven con traumatismo cervical y evidencia tomográfica de hematoma cervical con compresión extrínseca de la vía aérea. El segundo caso es un paciente con cáncer de esófago con infiltración de la laringe.

Se realizó traqueotomía percutánea con técnica de Ciaglia modificada. Se colocó en ambos casos canula con balón y se conectó a ventilación mecánica. No se registraron complicaciones. No se requirió nuevo procedimiento para asegurar vía aérea de manera definitiva. Los pacientes presentaron buena evolución respecto de su vía aérea.

Discusión: Ante la imposibilidad de intubar/ventilar a un paciente las guías recomiendan la realización de cricotirotomía. Sus beneficios están ligados al tiempo del procedimiento y riesgo de complicaciones en relación a la traqueostomía quirúrgica. Sin embargo, no existe aún suficiente casuística comparativa entre cricotirotomía y TP.

Según los reportes de casos, los tiempos del procedimiento no se prolongan y no se documentaron mayores complicaciones.

Conclusión: La TP para el manejo de la vía aérea de emergencia en pacientes no ventilables/ no intubables debe ser considerada una opción en instituciones que cuenten con operadores entrenados.

0086 HIPERACTIVIDAD SIMPATICA PAROXISTICA. REPORTE DE CASO

F KULIK(1), A VARGAS(1), L MARZORATTI(1), F FALCON(1), L BRACCINI(1), C LOPEZ(1), A PIACENZA(1), J CIALZETA(1)
(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

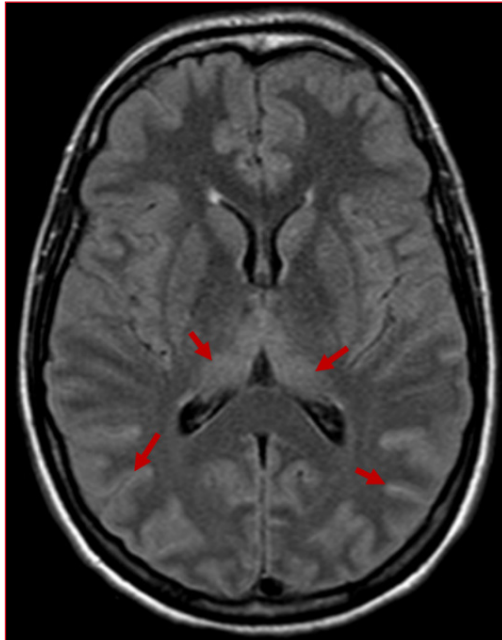
Introducción: La hiperactividad simpática paroxística (HSP) es una urgencia neurológica potencialmente letal secundaria a múltiples lesiones cerebrales agudas adquiridas. Se caracteriza por rasgos clínicos de aparición cíclica y simultánea, consecuencia de una descarga simpática exacerbada. El diagnóstico es clínico, requiriendo elevados índices de alerta. Actualmente no existen criterios diagnósticos homogéneos que estén ampliamente difundidos y validados. Los pilares terapéuticos se asientan sobre el reconocimiento precoz, evitar insultos secundarios y el desencadenamiento de los paroxismos. Cuanto más tarde en reconocerse el síndrome, peores serán los resultados.

Presentación del caso: El 19/02/2023 paciente, sin antecedentes patológicos conocidos, evoluciona con ángor clase funcional IV, con pérdida de conciencia, por lo que fue llevada a centro de su localidad, siendo posteriormente trasladada a nuestro centro, ingresando a servicio de emergencias con diagnóstico de muerte súbita y síndrome post paro, con escala de coma glasgow 3/15, evolucionando intrainternación con complicaciones como, shock séptico por germen multiresistente, síndrome de distres respiratorio severo, con evolución neurológica tórpida, llegándose en marzo de 2023 al diagnóstico de HSP, iniciándose tratamiento farmacológico, lográndose mejoría neurológica con posterior inicio de rehabilitación motora. Encontrándose actualmente en óptimas condiciones.

Discusión: Nuestra paciente presentó en la resonancia de cerebro realizada signos restrictivos a nivel de las convexidades mediales y posteriores de ambos tálamos ópticos que sugieren daño hipóxico-
isquémico por hipoflujo, siendo esta lesión una de las principales causas de HSP, que en conjunto con la evolución clínica característica de esta enfermedad y mediante la utilización de la "Escala de Gravedad de Presentación Clínica" y la "Herramienta de Probabilidad Diagnostica", concluimos en el diagnóstico de HSP, lo que nos permitió el inicio del tratamiento con la posterior mejoría de la paciente.

Conclusión: Es una urgencia neurológica real y potencialmente letal. Su diagnóstico es clínico, siendo para ello necesario un alto

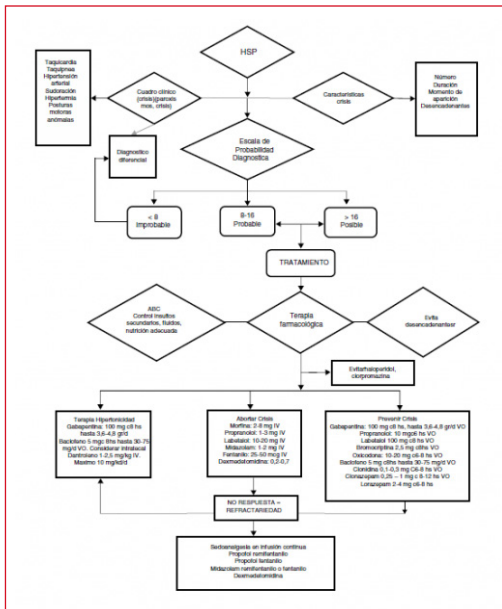
índice de sospecha. El retraso diagnóstico-terapéutico puede tener consecuencias devastadoras en estos pacientes. La meta es lograr un tratamiento precoz e intensivo, optimizando al máximo las posibilidades de rehabilitación.



Caso clínico: Paciente masculino de 40 años, sin antecedentes patológicos, cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por otalgia izquierda, diagnosticado como otitis media supurativa con tratamiento irregular con antibióticos y analgésicos, cuenta con TC de encéfalo S/C donde se evidencia neumoencefalo frontotemporal izquierdo. Neurológico Glasgow 4/15 pupilas isocóricas, y rigidez de nuca, inestable desde el punto de vista hemodinámico. Se realiza cultivos correspondientes, PL con obtención de líquido francamente purulento, se inicia soporte con antibioticoterapia de amplio espectro; sometido a craniectomía frontoparietal izquierda para drenaje de absceso en dos oportunidades. Rescates de hemocultivo, LCR y absceso que reporta una KLEBSIELLA PNEUMONIAE: se dirige antibioticoterapia según esquema con meropenem. A sus 16 días de internación, con resolución de falla de órganos, con weaning exitoso es dado de alta por nuestro servicio, paciente con secuelas neurológicas importantes.

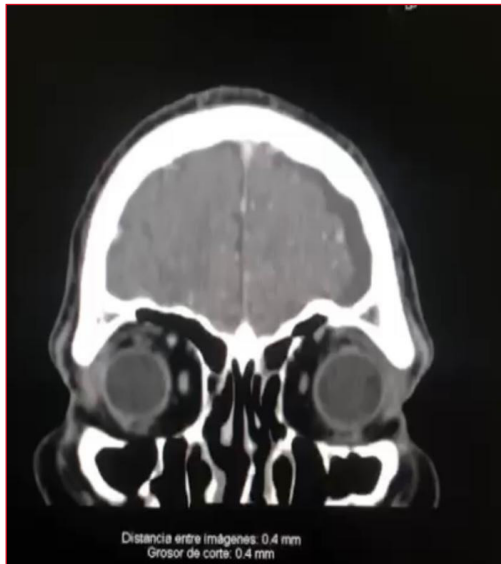
Discusión: El síndrome clínico clásico se caracteriza por una enfermedad febril aguda que está puntuada por un rápido deterioro neurológico progresivo, y si no se trata, eventualmente conducirá a un coma con un desenlace fatal. El tratamiento de pacientes con empiema subdural consiste en la evacuación quirúrgica inmediata y un tratamiento antibiótico por 4 a 6 semanas.

Conclusiones: El empiema subdural se asocia con una alta incidencia de morbilidad (es decir déficit neurológico), porque los pacientes muy enfermos que habrían muerto en el pasado ahora sobreviven con secuelas neurológicas. El diagnóstico y tratamiento temprano, la localización más precisa con TC de encéfalo, el drenaje sinusal temprano y el reconocimiento del papel destacado de los anaerobios en la enfermedad redujeron la tasa de mortalidad en Empiema Subdural.



0087 A PROPÓSITO DE UN CASO: EMPIEMA SUBDURAL
 C SANCHEZ(1), LM LUPATY(1), C MERIDA(1), D SORUCO(1),
 D NUÑEZ(1), R ALTAMIRANO(1), D BECERRA(1), K SIVILA(1),
 J RIVERA(1)
 (1) Hospital San Juan De Dios

Introducción: El empiema subdural es una acumulación de material purulento entre la duramadre y la aracnoides. Es una complicación potencialmente mortal de la sinusitis paranasal, la otitis, o la mastoiditis.



0088 IMPACTO DEL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO SOBRE INFECCIONES ASOCIADAS A CATETER

F MONSALVE(1), P PRATESI(1), J ALVAREZ(1), W CORNISTEIN(1), V POUSA(1), MA SALAS(1), L NAVARRO(1), JR CAMPOS(1), E BELLONE(1)
(1) Hospital Austral

Introducción: Las infecciones asociadas a catéter (IAC) son causa importante de morbimortalidad del paciente crítico. De igual modo que otras infecciones nosocomiales las IAC son prevenibles mediante la aplicación de protocolos que incluyan capacitación del personal, vigilancia activa y trabajo multidisciplinario. En el hospital iniciamos en 2021 un proyecto de mejora dirigido a reducir las IAC que tuvo un fuerte impacto positivo.

Presentamos a continuación este proyecto y sus resultados con el objetivo de exponer la importancia del trabajo multidisciplinario, la capacitación del personal y el establecimiento de protocolos.

Metodología: El proyecto está a cargo de un equipo multidisciplinario integrado por médicos y enfermeros de los servicios de cuidados intensivos y control de infecciones.

La estrategia consiste en el uso de checklist durante la colocación, la implementación de bundles de prevención y auditorías diarias que controlen la aplicación de los mismos. Estas últimas llevan a toma de conducta en caso de detectarse incumplimiento.

El equipo completo se reúne dos veces por mes. Se realiza una devolución de las auditorías y en casos donde existe un nuevo evento de IAC se hace un análisis del caso para detectar los riesgos y oportunidades de mejora.

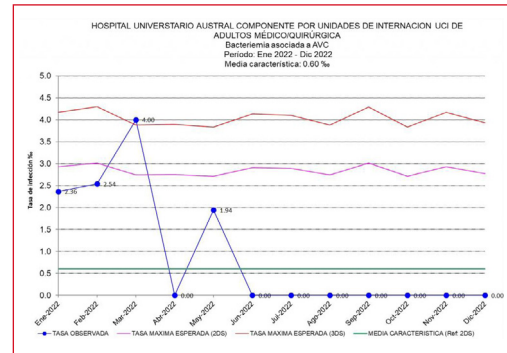
La evaluación de resultados se hace mediante gráficos de comparación percentilar (graficos1y2) donde se comparan los resultados del periodo evaluado en relación a la media característica de la unidad.

Resultados: El desarrollo de este proyecto se implementó a partir del enero del 2022.

Los resultados obtenidos durante el primer trimestre llevaron a la toma de conductas activas aumentando las capacitaciones del personal y auditorías.

A partir de la aplicación de estas medidas se redujo significativamente la tasa de IAC en nuestra unidad. Actualmente con una tasa de 0 IAC sostenida en los últimos tres trimestres.

Conclusión: La formación de un equipo multidisciplinario que trabaje de manera activa para la prevención de IAC fue el primer paso de un proyecto de mejora que demostró tener un impacto positivo en la atención de nuestros pacientes.



0089 EL RECuento PLAQUETARIO Y SU CAPACIDAD PREDICTIVA DE MORTALIDAD EN SEPSIS: ¿PUEDE UN DESCENSO RELATIVO SER TAN DETERMINANTE COMO SU RECuento ABSOLUTO?

J VILLEGAS(1), P GINGER(1), A PABLO(1), J MAXIMILIANO(1), I LORENA(1), P VANINA(1), K FERNANDO(1), M MARCOS(1), L PUERTO(1)
(1) El Carmen Osep Mendoza.

La trombocitopenia (menor a 150.000 plaquetas/mm³) en pacientes con sepsis se asocia con alta morbilidad y mortalidad. Sin embargo, se ha investigado poco el impacto del descenso relativo de plaquetas en pacientes sépticos durante las primeras 72 horas de ingreso a Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Este estudio retrospectivo unicéntrico buscó determinar si un descenso del 30% en el recuento plaquetario en las primeras 72 horas de internación en UTI se relacionaba con la mortalidad a los 28 días en pacientes con diagnóstico de sepsis. Se comparó con el efecto de marcadores pronósticos conocidos como APACHE II y SOFA, y la presencia de trombocitopenia durante la primera semana.

Se incluyó pacientes adultos con sepsis ingresados a la UTI entre enero de 2022 y febrero de 2023. Se excluyeron aquellos con trombocitopenia por causas distintas a la sepsis. Se realizaron análisis de supervivencia univariados y multivariados.

En 70 pacientes ingresados, 54,5% presentó trombocitopenia durante la primera semana y 21,4% mostró descenso del 30% en las primeras 72 horas. Fallecieron 31 pacientes (44,3%), de los cuales el 51,6% tenían trombocitopenia. No se encontraron diferencias significativas en edad ni duración de la estancia en la UCI entre sobrevivientes y fallecidos, pero sí en los puntajes SOFA y APACHE II. El análisis mostró que el descenso del 30% en las primeras 72 horas se asociaba con un mayor riesgo de mortalidad (hazard ratio 2,7; IC95 1,22-5,98, p=0.014) en el análisis univariado (fig 1). Al ajustar por edad, género, presencia de plaquetopenia en la semana, SOFA y APACHE II el hazard ratio aumentó a 3,22 (IC95 1.16-8.97, p=0.025).

Un descenso del 30% en el recuento plaquetario en los primeros tres días de ingreso a la UCI se relaciona con una mayor mortalidad en pacientes sépticos. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar el descenso relativo de plaquetas como un indicador temprano del pronóstico en pacientes sépticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Cooper-Smith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016 Feb 23;315(8):801-10. doi: 10.1001/jama.2016.0287. PMID: 26903338. PMCID: PMC4608574.
- Assinger A, Schrottmaier WC, Salzmann M, Reyes J. Platelets in Sepsis: An Update on Experimental Models and Clinical Data. *Front Immunol*. 2019 Jul 17;10:1687. doi: 10.3389/fimmu.2019.01687. PMID: 31376873; PMCID: PMC6650595.
- DeWitte A, Lepreux S, Villeneuve J, et al. Blood platelets and sepsis pathophysiology: a new therapeutic prospect in critical care ill patients? *Ann of Intensive Care* 2017; 7:115.
- Goyette RE, Key NS, Ely EW. Hematologic changes in sepsis and their therapeutic implications. *Seminars in respiratory and critical care medicine* 2004; 25:645-59.
- Jacobi J. The pathophysiology of sepsis - 2021 update: Part 2, organ dysfunction and assessment. *Am J Health Syst Pharm*. 2022 Mar 7;79(6):424-436. doi: 10.1093/ajhp/zxab393. PMID: 34651652.
- Coppingler JA, Cagney G, Toomey S, et al. Characterization of the protein release from activated platelets leads to localization of novel platelet proteins in human atherosclerotic lesions. *Blood* 2004; 103: 2006-104.
- Nurden AT, Nurden P, Sanchez M, et al. Platelets and wound healing. *Front Biosci* 2006; 13:3532-48.
- Wang D, Wang S, Wu H, Gao J, Huang K, Xu D, Ru H. Association Between Platelet Levels and 28-Day Mortality in Patients With Sepsis: A Retrospective Analysis of a Large Clinical Database MIMIC-IV. *Front Med (Lausanne)*. 2022 Apr 7;9:833966. doi: 10.3389/fmed.2022.833966. PMID: 35483334; PMCID: PMC9021759.
- Gonzalez DA, Kumar R, Asif S, Bali A, Dang AK. Sepsis and Thrombocytopenia: A Nowadays Problem. *Cureus*. 2022 May 27;14(5):e25421. doi: 10.7759/cureus.25421. PMID: 35774877; PMCID: PMC9236604.
- de Stoppelaar SF, van 't Veer C, Clausius TA, Abersen BJ, Roelofs JJ, van der Poll T. Thrombocytopenia impairs host defense in gram-negative pneumonia-derived sepsis in mice. *Blood*. 2014 Dec 11;124(25):3781-90. doi: 10.1182/blood-2014-05-573915. Epub 2014 Oct 9. PMID: 25301709; PMCID: PMC4203995.
- Koyama K, Katayama S, Muroi T, Tonai K, Goto Y, Koinuma T, Shima J, Nunomiya S. Time course of immature platelet count and its relation to thrombocytopenia and mortality in patients with sepsis. *PLoS One*. 2018 Jan 30;13(1):e0192004. doi: 10.1371/journal.pone.0192004. PMID: 29381746; PMCID: PMC5790259.
- Clausius TA, van Vught LA, Scicluna BP, Wiewel MA, Klein Klouwenberg PM, Hoogendijk AJ, Ong DS, Cremer OL, Horn J, Franitza M, et al. Thrombocytopenia is associated with a dysregulated host response in critically ill sepsis patients. *Blood*. 2016;127(24):3092-3072. doi: 10.1182/blood-2015-11-680744.
- Schupp T, Weidner K, Rusnak J, et al. Diagnostic and prognostic role of platelets in patients with sepsis and septic shock. *Platelets*. 34(1), 2131753. 2023. DOI: 10.1080/09637104.2022.2131753

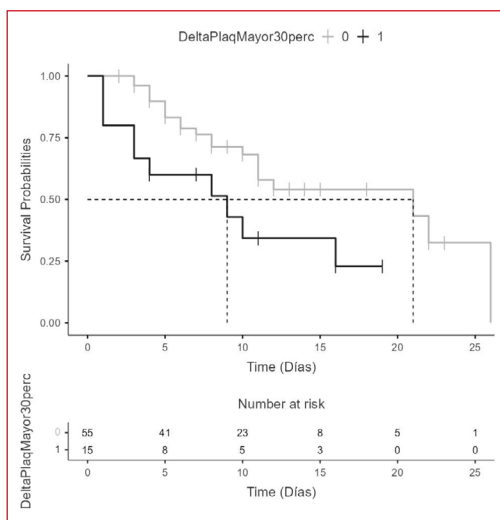
con metronidazol y ciprofloxacina. Por anuria de 12hs y FRA comienza con terapia de reemplazo renal (TRR). A las 48hs presenta: Hto: 18%, Hb: 6,1 g/dl, VCM: 84 fL, HCM: 30 pg, CHCM: 36 g/dl, RDW: 19,2%, moderada anisocitosis, discreta microcitosis, aislados esquistocitos, leucocitos: 26.370/mm³, NS: 20.300/mm³, NC: 6%, uremia: 97 mg/dl, creatinina: 3,92 mg/dl, GOT: 53 UI/L, GPT: 53,2 UI/L. Por mala evolución ingresa a quirófano, se realiza hemicolecotomía derecha ampliada.

Intercurre con crisis convulsiva y ACV isquémico con necesidad de trombolisis. Por sospecha de SUH vs. púrpura trombocitopénica trombótica comienza con plasmaféresis sin respuesta y se solicita Ac IgM para E.Coli: positivo.

Discusión: Presentamos una paciente de sexo femenino, sin antecedentes familiares, que ingresó con diagnóstico clínico de MAT, abdomen agudo quirúrgico y FRA con necesidad de TRR de urgencia, posteriormente se otorga alta hospitalaria con internación domiciliaria.

Dada su muy baja incidencia, este caso representó un desafío para efectuar en forma precoz el correcto diagnóstico diferencial y el inicio precoz del tratamiento.

Conclusión: El SUH es una patología con una incidencia de 0.05 casos por c/ 100.000 hab. en el adulto. El diagnóstico debe sospecharse en pacientes con gastroenteritis que presenten disenteria, FRA, trombocitopenia y anemia hemolítica. El objetivo del tratamiento es el sostén con cristaloides endovenosos y TRR.



0091 COMPROMISO MIOCARDICO EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO: PREDICCIÓN DE MORTALIDAD MEDIANTE ECO-CARDIOGRAFÍA POCUS Y SCORES DE GRAVEDAD

AB PAEZ(1), LO GALLARDO(1), GG ECHENIQUE FERNANDEZ(1), PD ASTRADA(1), MDC MEDINA(1), J RIVERA(2), L HUIAQUINAO(2), F FERNANDEZ(1), R LIGARDA(1), LJ URANGA(1), SN ZIDARICH(1)

(1) Hospital Italiano De Cordoba. (2) Italiano De Cordoba

Introducción: La sepsis es un trastorno orgánico potencialmente mortal causado por una respuesta desregulada del huésped a la infección. El shock séptico, caracterizado por disfunción de uno o más órganos, tiene graves consecuencias a nivel circulatorio, celular y metabólico. En la patogénesis de la disfunción circulatoria se involucran la hipovolemia, vasoplejia y depresión miocárdica.

Objetivos: Predecir el aumento de la mortalidad en pacientes con shock séptico y compromiso miocárdico.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional de cohorte en Terapia intensiva del Hospital Italiano de Cordoba. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de shock séptico, y se excluyeron a los menores de 18 años. Se utilizaron dos scores de gravedad, APACHE II y SOFA, para evaluar la gravedad de los pacientes. Se utilizó la técnica de ecocardiografía "point of care ultrasound" (POCUS) para evaluar la función cardíaca, tanto sistólica como diastólica, de los pacientes con shock séptico.

Resultados: La muestra consistió en 50 pacientes, en su mayoría hombres, con una edad media de 72,8 años. Se encontró que el compromiso miocárdico estaba presente en un 14% de los pacientes con disfunción sistólica, y en un 58% de los pacientes con algún tipo de disfunción diastólica.

La mortalidad en la muestra fue del 62%, con 31 pacientes fallecidos y 19 dados de alta. Al comparar los scores de gravedad con el compromiso miocárdico diastólico, se encontró que los pacientes con disfunción diastólica tenían valores medios más altos en los scores de APACHE II y SOFA, con diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: La disfunción miocárdica en pacientes con shock séptico se asoció con una mayor mortalidad. Además, se encontró una correlación significativa entre los scores de gravedad y la presencia de disfunción miocárdica. La evaluación de la función cardíaca mediante ecocardiografía en el punto de atención puede ser una herramienta valiosa para la predicción del pronóstico en estos pacientes.

0090 CASO CLÍNICO: SÍNDROME UREMICO HEMOLÍTICO

A PABLO(1), P GINGER(1), J MAXIMILIANO(1), P VANINA(1), K FERNANDO(1), M MARCOS(1), J VILLEGAS(1), L PUERTO(1)
 (1) El Carmen Osep Mendoza

Introducción: El Síndrome Uremico Hemolítico (SUH) es una microangiopatía trombótica (MAT) que presenta trombocitopenia, anemia hemolítica no inmune y fallo renal agudo (FRA), producido por la cepa E. Coli O157:H7 (mediante efecto citotóxico de la toxina Shiga), encontrada en aguas, vegetales y carnes contaminadas.

Presentación: Paciente de 61 años con código B20, Hipertensión arterial (HTA) y tabaquismo actual que ingresa por dolor abdominal difuso, cólico, fiebre y diarrea de 5 días. Ingresó en regular estado general, lúcida, afebril, taquicárdica, normotensa, FR: 20 rpm, SatO₂: 96% a 2L. Abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial y profunda de manera difusa, RHA conservados. Se solicita analítica, Hemocultivos x2, coprocultivo, fresco y filmarray de materia fecal: negativos. Inicia tratamiento

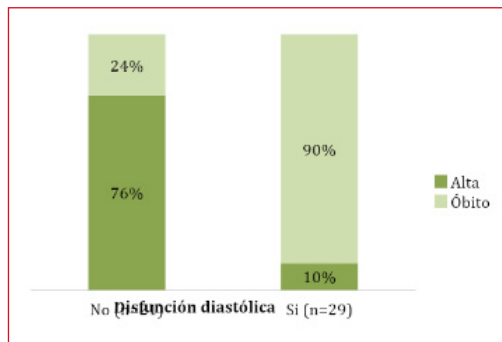


Tabla 2: Estadísticas de score de gravedad según disfunción diastólica.

Score	Disfunción diastólica	Media	D.E.	Mínimo	Máximo	p-valor
Apache	No (n=21)	16,7	5,7	7	30	0,005
	Si (n=29)	23,2	8,4	8	37	
SOFA	No (n=21)	8,5	4,5	2	20	0,003
	Si (n=29)	10,9	4,1	1	16	

0092 Pioderma gangrenoso como manifestación inicial de enfermedad sistémica: Reporte de caso

M CRUZ(1), N ZELAYA DE LEÓN(1), M PETASNY(1), LG DURAN(2), AV MILLÁN(1), MG MONTENEGRO FERNÁNDEZ(1), NA GRASSI(1), P ZORZANO OSINALDE(1), M OTAMENDI(1), FE ESPINOZA(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos Leonidas Lucero. (2) Hospital Municipal De Agudos Leonidas Lucero - Departamento De Ciencias De La Salud Uns

Introducción: El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis reactiva de probable etiología autoinmunitaria o neoplásica. Se caracteriza por úlceras estériles y dolorosas, secundaria al fenómeno de patergia. Afecta a mujeres entre 20-50 años. Debido a su etiología no infecciosa, el curso clínico suele ser benigno si se controla la enfermedad de base. El objetivo del presente reporte fue describir la evolución de una paciente con PG a fin de jerarquizar la sospecha diagnóstica de enfermedades sistémicas a partir del mismo.

Caso clínico: Paciente femenina de 39 años con antecedentes de absceso glúteo necrotizante, que consultó por lesiones secundarias a mordeduras de perro de una semana de evolución. En la primera consulta se le suturó e indicó antibioticoterapia. Presentó mala evolución, con heridas ulceradas en ambos miembros inferiores y antebrazo izquierdo. Se realizó toilette y se internó en clínica quirúrgica. Presentó nueva lesión ulcerada de 10cm en antebrazo derecho secundaria a lesión por rascado. Evolucionó con progresión de lesiones en piel, shock y fallo multiorgánico. Ingresó a terapia intensiva. Se interpretó el cuadro como PG por biopsia compatible con proceso inflamatorio inespecífico. Se solicitó perfil tiroideo, positivo para hipertiroidismo por enfermedad de Graves. Intercurrió con hipogammaglobulinemia por IgG y recibió 35g de gammaglobulina inespecífica humana por sospecha de inmunodeficiencia común variable (IDCV). Evolucionó con mejoría de lesiones cutáneas. Luego de 43 días de internación, se otorgó alta hospitalaria.

Discusión: El PG se caracteriza por pústulas estériles que evolucionan a úlceras dolorosas crónicas. Suele presentarse asociada a enfermedad sistémica y el control de la misma le otorga un curso benigno a esta entidad. Nuestra paciente presentaba lesiones de características compatibles con PG de tipo ulcerativo y obtuvimos asociación con hipertiroidismo por enfermedad de Graves, para el cual inició tratamiento con buena evolución clínica y remisión de las lesiones en piel.

Conclusión: Se enfatiza la importancia del PG como diagnóstico presuntivo y disparador para el diagnóstico de patología sistémica

como ocurre con la enfermedad de Graves o IDCV. El conocimiento y control de esta entidad le permiten un curso clínico benigno.



0093 ESTRONGILOIDIASIS COMO CAUSA DE FALLA MULTIORGÁNICA EN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA: A PROPOSITO DE UN CASO

N GRASSI(1), MG MONTENEGRO FERNÁNDEZ(1), P ZORZANO OSINALDE(1), N ZELAYA DE LEÓN(1), VA MILLAN(1), M CRUZ(1), M PETASNY(1), FE ESPINOZA(1), M OTAMENDI(1), LG DURAN(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos Leonidas Lucero

Introducción: Strongyloides stercoralis es un parásito que tiene la capacidad de reproducirse dentro del ser humano, lo que explica su persistencia por muchos años. Habitualmente vive en duodeno y yeyuno, ubicado entre los enterocitos y se abre a la luz intestinal, generalmente no sobrepasando la capa muscular. El presente reporte busca describir la evolución de un paciente de 25 años con diarrea crónica.

Presentación de caso: Masculino de 25 años que consultó por vómitos, dolor hipogástrico y equivalentes febriles. Antecedentes: hipotiroidismo, colitis crónica en estudio en tratamiento con mesalazina, múltiples consultas durante 4 años con síntomas gastrointestinales. En el último año intercurre con hemorragia digestiva alta (VEDA: hernia hiatal, resto normal; rectosigmoidoscopia sin lesiones endoluminales, biopsia de mucosa sigmoidea con patrón histológico de colitis crónica). Ingresó al hospital crónicamente enfermo, adelgazado, mucosas hipocoloreadas, abdomen blando doloroso, con ruidos hidroaéreos positivos. Laboratorio: hematocrito 38%, eritrosedimentación aumentada, amilasa y lipasa normal, anticuerpo anti-transglutaminasa, anti-gliadina negativos, IgA normal, serologías para HIV, hepatitis B, VDRL, citomegalovirus y Epstein-Barr negativos. Coprocultivo no inflamatorio, flora habitual. Radiografía de abdomen: niveles hidroaéreos en marco colónico esplénico y dilatación de asas intestinales. Se interpretó como reagudización de enfermedad inflamatoria intestinal, inició corticoterapia. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica e insuficiencia respiratoria secundaria a distrés. Pasó a Terapia Intensiva. Se realizó intubación

orotraqueal. Presentó caída del hematocrito, coagulopatía, acidosis metabólica e insuficiencia respiratoria. Ingresó a quirófano donde se observó dilatación de asas intestinales, aspecto acartonado en tercio terminal de íleon, adenomegalias y petequias mesentéricas. Presentó hemoptisis, se sospechó vasculitis por lo que inició pulso de metilprednisolona. Refractario al tratamiento. Falleció a las 24hs de ingreso a UTI. Resultado de biopsia: Strongyloides stercoralis (figura 1).

Discusión: En Argentina la infección por Strongyloides stercoralis presenta una prevalencia entre 2-83%, con mayor cantidad en zonas rurales. Existen reportes de casos con falla multiorgánica asociados a esta parasitosis.

Conclusión: Típicamente en casos graves el diagnóstico se confirma post mortem. El uso crónico de corticoides en este paciente aumentó la carga parasitaria en la luz intestinal y solapó hallazgos bioquímicos característicos como la eosinofilia. El estudio diagnóstico coparásitológico para Strongyloides spp presenta una sensibilidad <50%.

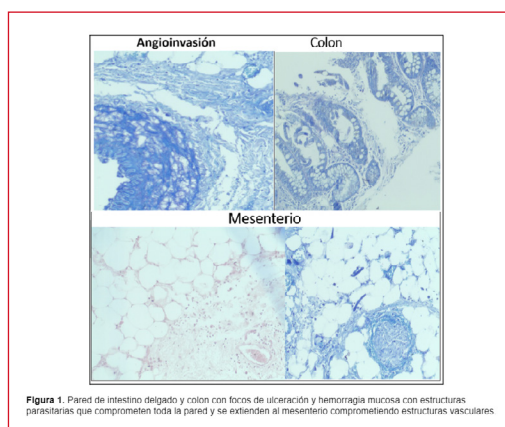


Figura 1. Pared de intestino delgado y colon con focos de ulceración y hemorragia mucosa con estructuras parasitarias que comprometen toda la pared y se extienden al mesenterio comprometiendo estructuras vasculares.

0094 COMPARACIÓN ENTRE EL COCIENTE RESPIRATORIO MEDIDO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA CON LA RELACIÓN ENTRE LA DIFERENCIA VENOARTERIAL DE PRESIONES DE DIÓXIDO DE CARBONO Y LA DIFERENCIA DE CONTENIDOS ARTERIOVENOSOS DE OXÍGENO EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

FJ GUTIERREZ(2), M MUGNO(1), PN RUBATTO BIRRI(1), N LLOVERA(2), MJ REBERENDO(2), SP CHAPELA(2), VS KANORE EDUL(1), GE MURIAS(2), MO POZO(2), A DUBIN(1)
(1) Sanatorio Otamendi. (2) Hospital Británico De Buenos Aires

Introducción: El cociente respiratorio (CR) es la relación entre la producción de dióxido de carbono (VCO₂) y el consumo de oxígeno (VO₂). En condiciones anaeróbicas, se produce un súbito aumento en el CR.

El CR puede ser medido por el análisis de los gases espirados por calorimetría indirecta. Se ha propuesto que la relación entre la diferencia venoarterial de PCO₂ y la diferencia de contenidos arteriovenosos de O₂ (Pv-aCO₂/Ca-vO₂) puede ser utilizado como un subrogante para el CR.

Según nuestro conocimiento, estas variables no han sido comparadas en pacientes críticamente enfermos.

Objetivos: Comparar el CR medido por calorimetría indirecta con el radio Pv-aCO₂/Ca-vO₂. Nuestra hipótesis fue que las variables no eran intercambiables.

Métodos: Fueron reclutados pacientes con shock séptico, bajo asistencia respiratoria mecánica.

VO₂, VCO₂ y CR fueron registrados utilizando calorimetría indirecta por un periodo de 30 minutos.

Al final del periodo se tomaron muestras de sangre arterial y sangre venosa central para el cálculo del radio Pv-aCO₂/Ca-vO₂.

La correlación entre el CR y Pv-aCO₂/Ca-vO₂ fue evaluada usando el método de correlación de Pearson y se evaluó la concordancia con el método de Bland-Altman.

Finalmente se realizó un análisis de regresión lineal múltiple buscando los determinantes independientes de Pv-aCO₂/Ca-vO₂.

Resultados: No se encontró correlación entre el CR medido por calorimetría indirecta y Pv-aCO₂/Ca-vO₂ (r=-0.10, P=0.50) (figura 1). El error sistemático entre las variables fue de 1.09, y el límite de concordancia del 95% fue de -1.10 a 3.27.

El modelo de regresión lineal multivariado demostró que la Hb, PCO₂ venosa y la saturación venosa central de la hemoglobina son determinantes de Pv-aCO₂/Ca-vO₂ (R²= 0.36, P=0.0007).

Conclusiones: Las variables no demostraron estar correlacionadas y tienen límites de concordancia inaceptablemente altos. El efecto Haldane y la anemia pero no el CR medido por un estándar de referencia son determinantes de Pv-aCO₂/Ca-vO₂.

Nuestro estudio demuestra que Pv-aCO₂/Ca-vO₂ es un mal subrogante del CR y pone en duda su uso para la evaluación de la oxigenación tisular.

0096 SÍNDROME POST RESECCION TRANSURETRAL DE PRÓSTATA

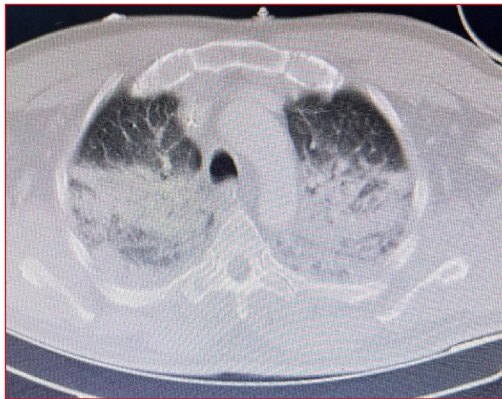
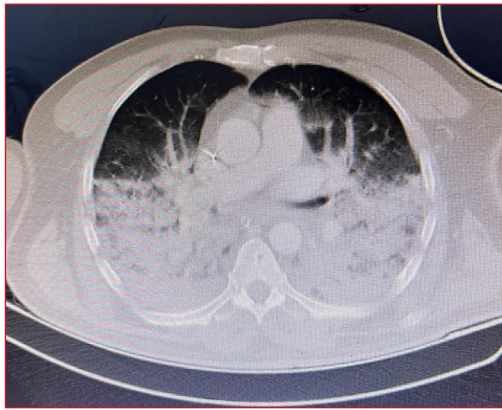
AE CANCHILA DE LA ESPRIELLA(1), M ROLANDO(1), G GAUDENZI(1), G MONTI(1), K BANZER(1), J QUIROZ(1), O FERRUFINO(1), M MANSUR(1), D PARRAGA(1), K GAMARRA(1), F PEREZ(1), A FERNANDEZ(1), A GONZALEZ(1), J PIMENTEL(1), N CARLOS(1)
(1) Central San Isidro

Introducción: El síndrome post RTU (resección transuretral de próstata), descrito por primera vez 1991 por HAHN R. G., que es causado por la absorción de soluciones libres de electrolitos, consiste en síntomas neurológicos y cardiovasculares, secundarios a la sobrecarga hídrica y la hiponatremia aguda causados durante el procedimiento. Los dispositivos de electrocirugía que se utilizaban anteriormente para estos procedimientos, al tener un diseño monopolar, eran incompatibles con el uso de soluciones que contienen electrolitos, obligando a la utilización de soluciones libres de ellos (glicina, sorbitol, manitol). Actualmente, con el uso cada vez más generalizado de dispositivos bipolares o con láser este síndrome es cada vez menos frecuente.

Objetivos: El objetivo de este caso es presentar a un paciente con síndrome post RTU, requiriendo atención en el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados intensivos.

Presentación del caso: Paciente masculino de 64 años, tabaquista, a quien se le realizó resección transuretral de próstata programada por hipertrofia prostática benigna, procedimiento que presentó una duración de 180 minutos, con utilización de 8 litros de agua destilada. En el intraoperatorio intercorre con edema agudo de pulmón hipertensivo, con requerimientos de intubación oro-traqueal. Ingresa en el post operatorio inmediato a UTI. Se realiza hallazgo de laboratorio postquirúrgico de hiponatremia severa aguda y acidosis metabólica. Se realizó Tc de encéfalo, tórax y abdomen donde se evidencio imagen compatible con edema pulmonar bilateral. Se interpretó dicho cuadro como síndrome post RTU. Se realizó tratamiento con restricción hídrica, vasodilatadores y diuréticos. Evolucionó con lesión renal aguda, requiriendo terapia de reemplazo renal de manera transitoria.

Conclusión: Se presentó este caso por ser una complicación cada vez más infrecuente de este procedimiento, porque gracias al uso de dispositivos más modernos ya no es necesaria la utilización de soluciones libres de electrolitos durante el mismo. Esta, más el gran volumen infundido y el tiempo prolongado de la cirugía fueron factores predisponentes que precipitaron este síndrome en esta ocasión.



0097 TELE-UCI DEL HOSPITAL GARRAHAN COMO HERRAMIENTA PARA DISMINUIR EL NÚMERO DE DERIVACIONES EVITABLES DE PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

P ACOSTA(1), A TEVES ECHAZU(1), E RODRIGUEZ(1), L SELVATICI(1), L LANDRY(1)

(1) H. Garrahan

Introducción: La telemedicina utiliza la electrónica y tecnologías de la comunicación para proporcionar un mayor y mejor acceso a la salud cuando hay distancia física. Desde 2015, el Hospital Garrahan ha implementado el programa de Tele-UCI, un modelo colaborativo e interdisciplinario para la atención remota de pacientes pediátricos críticos. Este programa tiene como objetivo fortalecer las capacidades locales, buscando alternativas de diagnóstico y tratamiento que mejoren la atención del paciente y eviten traslados innecesarios.

Objetivos: Describir la telemedicina como una herramienta útil para disminuir el número de derivaciones evitables en pacientes pediátricos críticos.

Metodología: Se realizó un estudio clínico descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes consultados a Tele-UCI entre el 01/09/2021 al 01/05/2023.

Se recopiló la información de forma sistemática en una base de datos de tres planillas, generando indicadores para evaluar el impacto del programa. Se registraron:

Intención inicial de derivación por parte del centro consultante, en la planilla "percepción de expectativas" realizada durante la primera videoconsulta.

Cantidad de derivaciones, en la planilla "Registro de pacientes tras el cierre de la consulta de Tele-UCI"

Se calculó el porcentaje de derivaciones evitadas en relación con los pacientes que inicialmente tenían la intención de ser derivados.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se consultaron 60 pacientes. De estos, se identificó una intención inicial de derivación en 10 casos. Al finalizar el seguimiento y completar el registro corres-

pondiente, se observaron 4 derivaciones. Esto indica que se logró evitar el 60% de las derivaciones inicialmente solicitadas.

Conclusiones: La telemedicina, como herramienta de intercambio de información a distancia, facilita el acceso a especialistas en áreas donde no están disponibles y fomenta el trabajo multidisciplinario. Una consulta oportuna y bien orientada puede proporcionar a los centros de origen las herramientas necesarias, evitando derivaciones innecesarias y reduciendo tanto los costos económicos como las implicancias personales para las familias y el sistema de salud. El programa de Tele-UCI del Hospital Garrahan ha demostrado ser efectivo en la disminución de derivaciones evitables, brindando una atención especializada y de calidad a pacientes críticos pediátricos a distancia.

0098 EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SIMULACIÓN IN SITU EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS PARTICIPANTES

P ACOSTA(1), S FILIPPINI(1), R GALLAGHER(1), J FAIN(1), M GARCIA(1)

(1) H. Garrahan

Introducción: La simulación in situ es una metodología educativa que busca mejorar las habilidades clínicas y el trabajo en equipo en un entorno realista y seguro.

Objetivos: Analizar la percepción de los participantes sobre el programa de simulación in-situ en UCIP y su impacto en el desarrollo profesional y calidad de atención al paciente.

Materiales y Métodos: Estudio exploratorio, descriptivo. Población en estudio: médicos en formación en terapia intensiva pediátrica del Hospital Garrahan del 15/06/2021 al 01/05/2023.

Se realizó un entrenamiento continuo de resolución de casos clínicos, focalizando en el entrenamiento de habilidades clínicas, comunicación y trabajo en equipo. Se realizaron 244 capacitaciones en 61 encuentros (Figura 1). Posteriormente se encuestó a los participantes para evaluar su percepción. Se utilizó un enfoque cualitativo, recolectando los datos en un cuestionario anónimo estandarizado con una escala Likert de 4 niveles.

Resultados: El 80% de los participantes respondieron la encuesta (n 29). El 96.6% considera que la actividad se asemeja a la práctica real; les ha aportado competencias; reforzado conocimientos y mejorado hábitos, habilidades y destrezas necesarias para resolver situaciones críticas. Considerando que ha sido útil en su proceso de formación profesional.

El 89.6% refieren haber ganado más seguridad en la toma de decisiones; haber obtenido más herramientas de liderazgo y mejorado sus habilidades de comunicación con el equipo frente a situaciones críticas. El 68.9% ha experimentado una disminución en su nivel de estrés frente a situaciones críticas.

El 93.1% se muestra satisfecho con la actividad y considera que ha cumplido sus expectativas (Gráfico 2).

Conclusiones: Este estudio destaca la importancia y el impacto positivo del programa de simulación in situ en UCIP desde la perspectiva de los participantes. Los hallazgos respaldan la continuación y el fortalecimiento de la simulación in situ como una estrategia educativa en la UCIP ya que promueven el desarrollo profesional, la mejora de habilidades clínicas y el trabajo en equipo, lo que a su vez se traduce en una atención de calidad y más segura para los pacientes.

0100 ICTUS ISQUÉMICO POR EMBOLIA AÉREA VENOSA RETRÓGRADA RELACIONADA CON ACTO SEXUAL EN UNA ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

P ACOSTA(1), J FAIN(1), S PELLEGRINI(1), S FILIPPINI(1), E KENNY(1), M TRUSKOWSKI(1), J SELANDARI(1), M GARCIA(1)

(1) H. Garrahan

Introducción: El ACV isquémico por embolismo aéreo venoso retrógrado (EAVR) cerebral es excepcional, especialmente cuando

no está relacionado con procedimientos médicos o traumatismos. También es infrecuente asociado a actividad sexual, siendo en este caso mayoritariamente arterial.

Caso Clínico: Paciente femenina 14 años, sin antecedentes, consulta por deterioro de la conciencia durante actividad sexual consensuada. Ingres a ventilación mecánica por Glasgow 5/15. TAC inicial reveló imágenes aéreas serpentiniformes cortico-subcorticales (Figura 1). Se repite TAC a las 24 horas normal y RMN cerebral con lesiones isquémicas agudas de origen venoso. Desgarro vaginal de 3 cm en la especuloscopia. En la anamnesis, la pareja (varón 17 años) relata coito consensuado sin violencia ni uso de elementos. Ecocardiograma sin shunt derecha-izquierda. Se identificaron imágenes aéreas en venas lumbares y yugular interna izquierda en TAC de ingreso (Figura 2). Se diagnostica ACV isquémico secundario a embolia aérea venosa retrógrada. La paciente evolucionó favorablemente.

Discusión: Se trata de un ACV isquémico por EAVR durante la actividad sexual, a partir de una laceración vaginal. Durante la penetración un efecto pistón del pene en la vagina puede causar lesiones de la mucosa y pared vaginal, impulsando el paso de aire a las venas endometriales, siendo esto facilitado por la ingurgitación local. Este aire viaja por la vena cava inferior hacia la aurícula derecha y en lugar de impactar en el ventrículo derecho, continúa por la vena cava superior hacia las venas de la convexidad cerebral. Ante ausencia de shunt de derecha a izquierda, este movimiento de aire en sentido opuesto al flujo de sangre, parece estar facilitado por el bajo peso específico de las burbujas respecto de la sangre, la posición de la cabeza por encima del tronco, el diámetro de las venas y el índice cardíaco.

Conclusiones: Este caso ilustra la fisiopatogenia de una vía venosa retrógrada debido a la presencia de aire en estructuras venosas lumbares, cervicales e intracraneales, ausencia de shunt de derecha a izquierda y lesiones isquémicas corticales de tipo venoso.

Figura 1 - TAC cerebro al ingreso

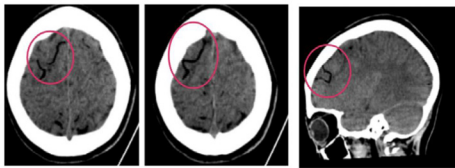
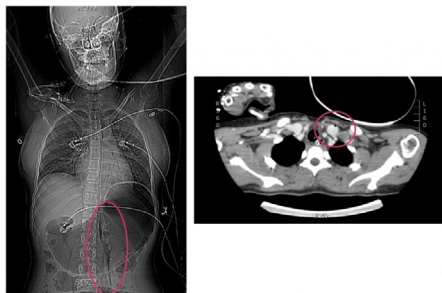


Figura 2 - TAC de ingreso.



0101 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SECUNDARIO A DISECCIÓN ESPONTANEA DE CARÓTIDA INTERNA. REPORTE DE CASO

E PAVLIK(1), I ROSSI(1), C JOSE(1), P ANGEL(1), L CLARA(1)
(1) Instituto De Cardiologia De Corrientes

Introducción: El accidente cerebrovascular isquémico secundario a disección espontánea de carótida interna, constituye una entidad

de baja incidencia general (3 en 100000), su tratamiento optimo representa un desafío debido a las limitaciones para establecer rápidamente un diagnóstico definitivo.

Presentación del caso: Paciente de sexo masculino de 46 años, con antecedentes de dislipemia, evoluciona con cefalea que cede parcialmente con analgésicos. Progresa a las 48 horas con disartria y hemiplejia fascio braquico crural derecha, por lo que consulta a centro de referencia. Al examen neurológico afasia de expresión y comprensión con un NIHSS de 15. Angio tomografía cerebral evidencia defecto de relleno de contraste que compromete desde el tercio proximal del segmento C1 de arteria carótida interna izquierda y se extiende hasta el segmento M2 de arteria cerebral media, incidental hallazgo de imagen nodular de límites no bien definidos en región ténporo occipital derecha. Se realiza angiografía que evidencia disección arterial de los segmentos antes mencionados, se intenta trombectomía mecánica siendo esta fallida. Ingres a servicio de Terapia Intensiva donde se realiza tratamiento médico de sostén, el cual incluyo anti agregación sin anticoagulación. El paciente evoluciona con mejoría de la afasia siendo dado de alta con persistencia del foco motor.

Discusión: La evidencia actual sugiere que la isquemia secundaria a disección carotidea debería recibir fibrinólisis sistémica de encontrarse dentro de la ventana terapéutica, pero no establece con certeza el beneficio en la utilización de terapia anti agregante y anti trombotica. Algunos autores sugieren la utilización de anticoagulación en los casos de disección extra craneal, mas no así en los casos de compromiso intracraneal por el riesgo de hemorragia subaracnoidea, priorizándose en este caso la terapia anti plaquetaria.

Conclusión: La disección espontanea de la arteria carótida representa el 10 al 25% de los accidentes cerebrovasculares en menores de 50 años, la cefalea es la principal manifestación, obligando al diagnóstico diferencial con la hemorragia subaracnoidea. La etiología no se comprende completamente, implicaría factores ambientales y genéticos. La mayoría afecta también el territorio de la arteria cerebral media ipsilateral.



0102 ENFERMEDAD DE DEGOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO ASOCIADO A DERMATOMIOSITIS JUVENIL

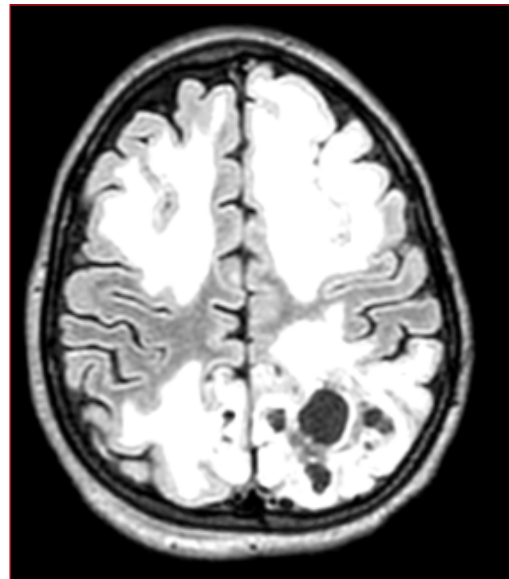
E PAZ(1), L MENTA(1), C SALAZAR(1), M FLORENCIA(1), P JULIETA(1), D AGUSTINA(1), C KARINA(1)
(1) Hospital El Cruce

Introducción: La enfermedad de Kholmeier Degos (EKD) es una angiopatía letal de vasos pequeños que afecta piel, tracto gastrointestinal y sistema nervioso, puede desarrollarse en contexto de una enfermedad autoinmune conocida, aunque existen variantes primarias. Su base patogénica es desconocida, y su incidencia mundial ronda los 200 casos documentados en el mundo. Se presenta un caso de EKD en asociación con dermatomiositis juvenil (DMJ).

Presentación del caso: paciente de 10 años con diagnóstico previo de DMJ, que ingresa a nuestro centro por gastropatía severa. Progresa a abdomen agudo quirúrgico, observándose múltiples úlceras gastro duodenales e intestinales de variable gravedad. El paciente debió reingresar en 4 oportunidades a quirófano por nuevas perforaciones y dehiscencia de reparaciones previas, demostrando actividad de su enfermedad de base. El diagnóstico de EKD se realiza mediante biopsias cutáneas con lesiones características. Se administraron tratamientos con corticosteroides, inmunomoduladores y rituximab, logrando estabilización de la progresión con este último. Intercurre durante su internación con convulsiones y lesiones cerebrales tipo PRESS atípico, asociado al compromiso neurológico de la EKD, con recuperación ad integrum. Permaneció en ARM un total de 5 meses, requiriendo NPT desde octubre de 2022 a la actualidad. Con requerimiento de manejo por especialistas de sedoanalgesia y cuidados paliativos, permaneció con dosis elevadas de opioides incluso tras su destete de ARM. Actualmente a la espera de nueva reexploración quirúrgica.

Discusión: Este caso muestra la evolución más típica de la EKD, donde la isquemia, perforación intestinal y afectación del sistema nervioso central son las causas de muerte. En este caso, se utilizó rituximab, un anticuerpo monoclonal que se ha mostrado beneficioso en pacientes con dermatomiositis, aunque no existen informes sobre su uso exitoso solo o en combinación con otros medicamentos en casos de EKD.

Conclusión: EKD es una entidad poco comprendida y de difícil manejo, y se requiere más investigación para desarrollar enfoques terapéuticos efectivos. El rituximab en este caso mostró una respuesta positiva en contraposición a otras terapéuticas. El soporte intensivo durante 5 meses en un paciente que finalmente logró descomplejarse, dependiendo únicamente de NPT, demuestra los avances y la optimización en las terapias de soporte.



0103 EFECTO DEL USO DE PAUSA TELEINSPIRATORIA Y FLUJOS ELEVADOS SOBRE LA CO₂ ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA VENTILADOS INVASIVAMENTE. ESTUDIO PILOTO

R BRAGAGNOLO(1), J PÉREZ(1), G CARDOSO(1), A VITALE(1), D GILGADO(1), S TORRES(1), W DAVALOS(1), N VERGOTTINI(1), A GARCÍA(1), C MORÁN(1), M BERTOZZI(1), A RIVERA(1), R QUIROGA(1), A MASSO(1), J DORADO(1), M ACCOCE(1)

(1) Sanatorio Anchorena De San Martín

Introducción: El objetivo principal de la ventilación mecánica invasiva (VMI) en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es reducir la hiperinsuflación disminuyendo el volumen minuto ventilatorio. Sin embargo, la hipoventilación podría generar hipercapnia y acidosis. Utilizar pausa teleinspiratoria (PI) demostró mejorar la eliminación de CO₂ arterial (PaCO₂); sin embargo, podría empeorar la hiperinsuflación por reducir el tiempo espiratorio, motivo por el cual se ha desestimado su uso en pacientes con EPOC. Evaluamos el efecto sobre la eliminación de PaCO₂ de una estrategia convencional de hipoventilación controlada (EHC) contra una estrategia de flujos inspiratorios altos más PI (FA+PI). Hipotetizamos que FA+PI reducirá la PaCO₂ sin aumentar la PEEP total comparado con EHC.

Métodos: Incluimos pacientes EPOC bajo VMI con PaCO₂>45mmHg y monitoreo invasivo de presión arterial. Fueron ventilados en volumen control con onda de flujo cuadrada y relación I/E entre 1:3-1:5. Aleatorizamos el orden de las estrategias, en EHC o FA+PI, donde la PI representó 30-60% del tiempo inspiratorio. El tiempo inspiratorio total permaneció inalterado, el flujo inspiratorio fue mayor en FA+PI. Cada intervención duró 30 minutos y al final se obtuvo muestra de gases arteriales. La variable principal fue PaCO₂; secundariamente pH, ratio ventilatorio (RV) y PEEP total.

Resultados: 11 pacientes fueron incluidos (edad: 71,5±11,4 años; SAPS II: 49,4±13 puntos). La PaCO₂ fue menor en FA+PI (51,9±11,0 versus 56,8±10,7; diferencia de medias: -4,8 [95%IC, -8,2 a -1,4] mmHg; p=0,009). En FA+PI, el pH aumentó (7,33±0,09 versus 7,31±0,10; p=0,020), el RV disminuyó (1,67 [1,27-1,83] versus 1,80 [1,24-1,96]; p=0,014), sin diferencias en PEEP total (8 [7-10] versus 7 [7-11] cmH₂O; p>0,999) comparado a EHC.

Conclusión: Utilizar flujos inspiratorios elevados y PI mejoró la eficiencia ventilatoria, reduciendo la PaCO₂ y aumentando el pH, sin empeorar la hiperinsuflación comparado con una estrategia de ventilación convencional en pacientes EPOC ventilados invasivamente. Esto permitiría profundizar la disminución del volumen minuto durante estrategias de hipoventilación controlada.

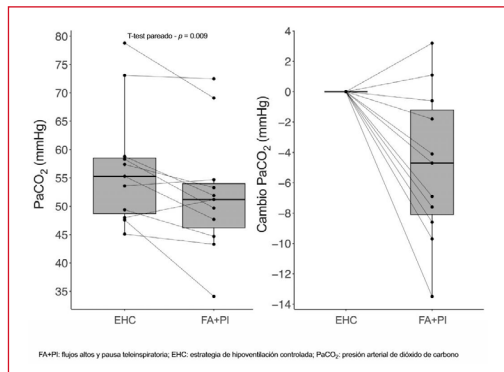


Tabla 1.

Variables	EHC (n = 11)	FA+PI (n = 11)	P valor
Volumen corriente, mL	420 [400 - 490]	420 [400 - 490]	1
Frecuencia respiratoria, rpm	16 ± 2	16 ± 2	1
PEEP, cmH ₂ O	8,8 ± 2,4	8,8 ± 2,4	1
Ti + Tp, s	0,76 ± 0,05	0,76 ± 0,05	1
Tp, s	-	0,3 [0,3 - 0,4]	-
Te, s	2,91 ± 0,41	2,91 ± 0,41	1
Relación I/E	0,27 ± 0,06	0,27 ± 0,06	1
FiO ₂	0,35 ± 0,1	0,35 ± 0,1	1
Flujo inspiratorio, L/min	33,3 ± 5,4	58,4 ± 12	<0,0001
Presión pico, cmH ₂ O	26,7 ± 4,8	34,7 ± 5,6	0,0002
Presión plateau, cmH ₂ O	17,4 ± 3,8	17 ± 3,8	0,095
PEEP total, cmH ₂ O	9,4 ± 2,2	9,4 ± 2,3	0,676
Driving pressure, cmH ₂ O	8,1 ± 2,6	7 ± 2	0,082
Compliance, mL/cmH ₂ O	57,7 ± 22,8	61,5 ± 23,5	0,054
Resistencia, cmH ₂ O/mL/s	16,9 ± 6,8	18,7 ± 7	0,485
PaO ₂ , mmHg	76,3 ± 3,8	72,2 ± 8	0,167
PaO ₂ /FiO ₂ , mmHg	227 ± 63	234 ± 63	0,228
TAM, mmHg	79,8 ± 18,5	72,3 ± 12,7	0,115
Frecuencia cardiaca, lpm	88 ± 25	89 ± 25	0,540
SpO ₂ , %	92,5 ± 2	93 ± 2	0,367

Ti: Tiempo inspiratorio; Tp: Tiempo de pausa; Te: Tiempo espiratorio; I/E: relación entre tiempo inspiratorio y espiratorio; PEEP: presión positiva al final de la espiración; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno; PaO₂: presión arterial de oxígeno; TAM: tensión arterial media; rpm: respiraciones por minuto; lpm: latidos por minuto; SpO₂: saturación de oxígeno por pulsioximetría.
 Datos expresados como media ± desviación estándar o mediana [25 - 75, rango intercuartílico] según corresponda.
 Valores de P evaluados por test t pareados o prueba de Wilcoxon-Mann-Whitney, según corresponda.

1014 CETOACIDOSIS DIABETICA Y DENGUE GRAVE, A PROPOSITO DE UN CASO

MC GUARNACCIA(1), M GARACHANA(1), DA ROVIRA(1)
 (1) Hospital Italiano Rosario

Introducción: La cetoacidosis diabética, se caracteriza por altos niveles de glucosa en sangre y orina, deshidratación, acidemia, presencia de cuerpos cetónicos, vómitos, dolor abdominal, taquipnea, deterioro del sensorio incluso muerte. El dengue es una arbovirosis de tipo febril hemorrágica que puede causar la muerte.

Caso clínico: Paciente femenina de 64 años con angioma cerebral embolizado, epilepsia medicada con fenobarbital, diabética tipo 2 insulino requiriente ingresa por deterioro del sensorio, de 3 días de evolución presenta fiebre de hasta 40°, mialgias, artralgiás, astenia, hiporexia, desorientación, dolor abdominal, náuseas y vómitos asociados a hiperglicemia.

Al ingreso paciente tendiente al sueño con respuesta a órdenes verbales, parcialmente orientada, sin foco motor ni sensitivo aparente, PIRS-MOE conservado. Suficiente respiratoria y cardiovascular, estable hemodinámicamente. Examen abdominal sin particularidades. Miembros inferiores petequias purpúricas, sin edemas, pulsos y temperatura conservados.

Laboratorio: plaquetopenia severa, plaquetopenia moderada con

macroplaquetas al frotis, hemoconcentración, hiperglicemia, acidosis metabólica, cetonemia +, aumento de enzimas hepáticas sin hiperbilirrubinemia.

TAC de cráneo: sin particularidades.

Cultivos: negativos.

Serología para dengue positiva.

PCR para dengue positiva para NS2.

Se inician correcciones del medio interno y medidas de sostén, con BIC de insulina e hidratación parenteral y antibióticos empíricos.

Luego de 72hs ante buena evolución se decide pase a sala general.

Discusión: Las infecciones conllevan un peor pronóstico en pacientes diabéticos, en el caso del dengue hay una tendencia a formas hemorrágicas debido a las modificaciones del endotelio vascular que llevan a un aumento de la permeabilidad endotelial y de la fuga plasmática. A su vez hay un cierto compromiso en la funcionalidad plaquetaria, que junto al daño endotelial y al accionar del propio microorganismo sobre las plaquetas llevan a valores de plaquetopenia severos en relación a pacientes no diabéticos. La absorción gastrointestinal de los hipoglucemiantes orales es errática debido al vómito y la diarrea durante el dengue, favoreciendo la descompensación diabética y la evolución a la cetoacidosis.

Conclusión: El paciente diabético es considerado de alto riesgo frente a la infección por dengue tanto por su déficit inmunitario como por sus modificaciones endoteliales y hematologías, blancos del virus en cuestión, lo que hace que presenten formas graves de infección y precipite descompensación de su enfermedad de base.

1015 DISECCION DE ARTERIA VERTEBRAL (AV) DE ORIGEN TRAUMÁTICO CASO CLÍNICO

JA RAMOS OLIVER(1), E ADÁMOLI(1), A CARUSO(1), U ALEGRE(1), M VILLA(1), F PERALTA(1), A VALLEJOS(1), A CULQUICONDOR(1), A TORRILLO(1), C BAEZ(1), F AMIEVA(1), MB POLIAN(1), M SALAZAR(1), G JOSÉ(1)
 (1) Corporación Médica Sm

Introducción: Los eventos isquémicos cerebrales por disección espontánea, arterial carotídea (0,25 a 0,3 %) o vertebral (1 a 1,5 %), a diferencia de la disección traumática es del 1 % por TEC grave o traumas de baja energía como hiperextensión. Reportamos el caso de disección de la AV izquierda luego de la práctica de artes marciales mixtas (MMA).

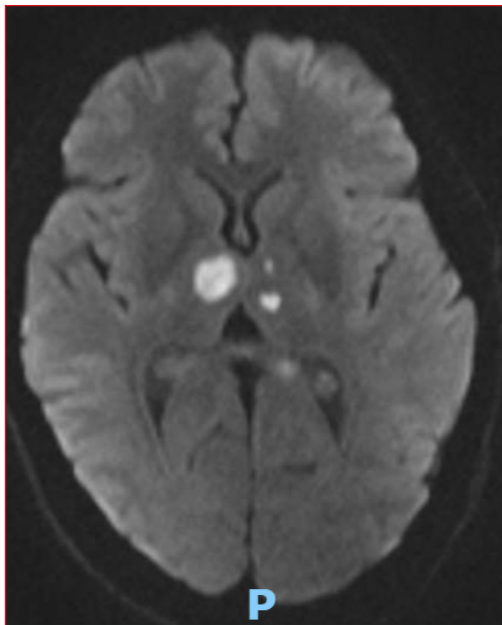
Caso clínico: Varón de 43 años, presenta vómitos y somnolencia, post combate de MMA, sin foco motor, nistagmos izquierdo, pupilas isocóricas y reactivas, sin rigidez de cuello, afebril, Glasgow 15/15). ECG ritmo sinusal. TC de cerebro sin lesiones agudas, PL con LCR cristal de roca. ANGIO RMN imágenes que restringen en difusión en ambos hemisferios cerebelosos y en tálamos, AV izquierda en corte sagital con imagen de disección. Doppler de vasos de cuello normal. Doppler cardiaco transesofágico sin trombos, no se observa shunt con doppler color y contraste hidrosalino. Angiografía digital, la AV Izquierda, en su segmento (S) V3, Flap de disección y oclusión de la PICA, reperfusión distal del S V4. Basilar, AICA, cerebelosa superior y cerebral posterior sin patología, sin malformaciones A-V. A su ingreso tratamiento con antieméticos, aspirina 300 mg, HBPM 60 mg c/12 hrs, Atorvastatina 40 mgr c/ 12 hrs.

Discusión: Al no haber causas embolígenas en estudios complementarios, se optó por terapia antiagregante, sin evidencia a favor de anticoagulación. Respecto al tratamiento Endovascular, como trombectomía y colocación de stent no hay evidencia concluyente, estos se realizaron en casos aislados, como disecciones en S extracraniales SVI y SV2.

Conclusión: Si bien su etiología es traumática, requiere de algoritmo que incluyen imágenes, y descartar otras causas como el FOP, trombofilias, vasculitis, en el presente caso se solicitaron estudios para trombofilia (SAF), vasculitis (ANCA), colagenogramas, panel viral en LCR

Bibliografía: 1. CanJNeuroSci.2008 mayo; 35(2):14652. doi:10.1017/

s0317167100008556. Disección extracraneal de la arteria carótida y vertebral: una revisión Gary John Redekop.
 2. Medicina (Baltimore). 202124 denoviembre;100(47): e27995. doi:10.1097/MD.00000000000027995. Tratamiento Endovascular de la oclusión aguda de la arteria basilar por disección de la arteria vertebral: reporte de un caso ChangchunJiang 1 2, jiahui liu 1 2, jinfeng zhang 1 2



bral Infarction score (TICI) y score de la National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) luego de una Trombectomía mecánica (TM) como tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico (ACV) en el Instituto de Cardiología de Corrientes.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional de cohorte retrospectiva. Se analizó a los pacientes con ACV isquémico, mayores de 18 años que fueron sometidos a TM en el periodo comprendido entre junio de 2019 y abril de 2023, que requirieron internación en la unidad de Terapia Intensiva. Se registraron los siguientes datos a partir de la historia clínica electrónica: edad, sexo, factores de riesgo vascular, tiempo transcurrido entre inicio de síntomas y TM, score de NIHSS previo a la TM, sitio de obstrucción, grado de recanalización posterior valorado por el score TICI.

Resultados: La edad promedio en la muestra analizada fue de 66.04 años y el 52.38% fueron mujeres (n=11). El NIHSS promedio antes de la TM fue de 11.81 y post TM de 7.33. El circuito afectado con mayor frecuencia fue el de arteria cerebral media con un 71% (n=15). En el 71.5% de los pacientes (n=15), se logró una recanalización exitosa (definida como un grado IIb o III en el score TICI). En el 100% de los pacientes se empleó stent retriever.

Conclusión: En nuestra experiencia la trombectomía mecánica se asoció con un alto porcentaje de recanalización exitosa del vaso tratado. El territorio más frecuentemente afectado fue el de arteria cerebral media. El NIHSS valorado al alta institucional como indicador de funcionalidad, evidenció una disminución del 37.89% (11.81 vs 7.33) con respecto al NIHSS de ingreso. Como objetivo a futuro nos proponemos continuar el relevamiento y realizar seguimiento funcional a través de la escala de Rankin Modificado.

NIHSS PREV				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	3	14,3	14,3
	6	1	4,8	19,0
	7	1	4,8	23,8
	8	2	9,5	33,3
	9	1	4,8	38,1
	10	1	4,8	42,9
	11	1	4,8	47,6
	12	1	4,8	52,4
	13	1	4,8	57,1
	14	2	9,5	66,7
	15	2	9,5	76,2
	16	2	9,5	85,7
	17	1	4,8	90,5
	21	1	4,8	95,2
	24	1	4,8	100,0
Total	21	100,0	100,0	

TICI				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	I	3	14,3	14,3
	IIb	1	4,8	19,0
	IIa	2	9,5	28,6
	IIb	9	42,9	71,4
	III	6	28,6	100,0
Total	21	100,0	100,0	

0106 TROMBECTOMÍA MECÁNICA EN EL ACV ISQUÉMICO. EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES

LP MARZORATTI(1), E PAVLIK(1), CB LOPEZ(1), ML BRACCINI(1), FN FALCON(1), AE PIACENZA(1), EF KULIK(1), MA VARGAS(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes

Objetivos: Reportar el uso, el porcentaje de recanalización y los resultados funcionales valorados por score de Thrombolysis in Cere-

0107 EMBOLIA AEREA SISTEMICA SECUNDARIA A NEUMATOSIS INTESTINAL

A FURLOTTI(1), N BUZZI(1), M OLAVE(1), A GARCIA(1), L PESCE(2), E ASINARI(1), I BOLATTI(3)

(1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo. (2) Hospital Misericordia Nuevo Siglo. (3) Hospital Misericordia Nuevo Siglo.

Introducción: La neumatosis intestinal (NI) es la presencia de aire en el interior de la pared intestinal, puede afectar todo el tubo digestivo.

Su etiología puede ser primaria o idiopática (15%) de curso benigno, o secundaria (85%) que constituye un hallazgo radiológico, presentándose como complicación de otras patologías, es una urgencia quirúrgica.

Una complicación infrecuente de la NI es la embolia aérea (EA) con diseminación del aire hacia la circulación del sistema portomesentérico y sistémica, esta aumenta la mortalidad.

Caso clínico: Hombre de 61 años, internado en UTI con diagnóstico de pancreatitis aguda BISAP 4, Balthazar D. Tórpida evolución con íleo intestinal e hipertensión abdominal. Shock y fallo multiorgánico.

Se realiza ecografía al pie de la cama que evidencia burbujas de aire en las cuatro cavidades cardíacas y circulación hepática e imagen heterogénea en hígado.

TC evidencia imágenes con aumento del diámetro del intestino delgado y grueso. Aire en el interior de la pared intestinal desde esófago hasta el recto. Aire porto mesentérico en parénquima hepático, con distribución periférica. Panceras heterogéneas.

Discusión: La NI, es una complicación de patologías locales y sistémicas como isquemia intestinal, infección bacteriana o causas mecánicas, iatrogénica, traumática, quimioterapia, inmunodepresión, enfermedades autoinmunes, tratamiento con glucocorticoides, trasplante de órganos, patologías pulmonares. La isquemia intestinal es la causa más frecuente.

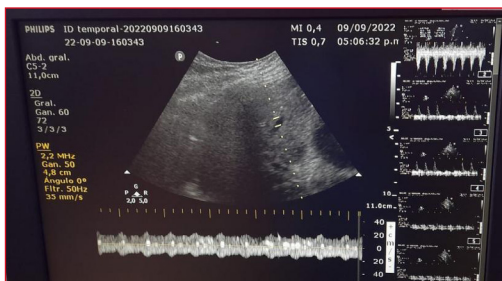
Principales factores de riesgo de la EA son alteraciones de la pared intestinal, distensión intestinal y sepsis abdominal.

La ecografía abdominal evidencia microburbujas que aparecen como partículas hiperecogénicas que fluyen dentro de la vena porta y parches hiperecogénicos dentro del parénquima hepático con sombras acústicas inconstantes. Predilección por el lóbulo hepático izquierdo, que se extiende a la periferia. En modo M puede observarse el patrón de lluvia de meteoritos.

Al pasar a la circulación sistémica se puede evidenciar microburbujas en las cuatro cavidades cardíacas por ecocardiograma.

La asociación entre NI y EA esta poco descripta.

Conclusión: La EA en la circulación sistémica y portomesentérica, es una complicación rara de la NI que aumenta la mortalidad. La ecografía al pie de la cama del paciente es un método fácil, no invasivo que puede elevar la sospecha diagnóstica.



0108 SHOCK SÉPTICO POR RAHNELLA AQUATILIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

E HIDALGO FREDEZ(1), D PAEZ(2), G CHIAPPERO(2)

(1) J. A. Fernández. (2) J.a Fernández.

Introducción: Rahnella aquatilis es un bacilo Gramnegativo, anaerobio facultativo, miembro de la familia Enterobacteriaceae.

Presentación: Paciente de 25 años, sin antecedentes de relevancia, es derivada de una clínica privada, en postoperatorio inmediato de mamoplastía aditiva, donde tras finalizar la intervención quirúrgica, evolucionó con somnolencia, hipertermia (41°C), taquicardia, diarrea, shock con requerimiento de vasopresores y la necesidad de intubación orotraqueal. El laboratorio de ingreso a terapia evidenciaba leucocitosis, alteración en la coagulación, falla hematológica, hepática, renal y acidosis láctica, se tomaron cultivos e inició antibioticoterapia empírica con imipenem/vancomicina.

Se aisló en hemocultivos Rahnella Aquatilis y cumplió tratamiento antibiótico ajustado a sensibilidad (imipenem). Evolucionó favorablemente, por lo que pasó a sala.

Discusión: Rahnella aquatilis fue identificada por Gavini en 1976 en agua dulce y designada originalmente como "grupo H2". En 1979 Izard lo confirmó como un nuevo miembro de la familia Enterobacteriaceae a través de estudios de hibridación de ADN. Más tarde fue nombrado R aquatilis en reconocimiento a Otto Rahn, un Bacteriólogo alemán y el papel del agua como hábitat natural. La mayoría son naturalmente resistentes a las aminopenicilinas, carboxipenicilinas y cefalosporinas de primera generación por la producción de β -lactamasa. También presentan resistencia innata a la mayoría de los macrólidos, oxacilina, glicopéptidos, rifampicina y fosfomicina. Las Rahnellae suelen ser sensibles a los aminoglucósidos, quinolonas, carbapenémicos, trimetoprima/sulfametoxazol y algunas penicilinas y cefalosporinas

La mayoría de las infecciones graves por Rahnella aquatilis descriptos en la literatura son en individuos inmunocomprometidos, con muy pocos casos de bacteriemia informados en inmunocompetentes. Por lo que se plantea que R aquatilis actúa como un patógeno oportunista.

Las infecciones atribuidas a este organismo son bacteriemia, sepsis, infección respiratoria, infección del tracto urinario e infección de heridas en inmunocomprometidos y endocarditis infecciosa en pacientes con cardiopatías congénitas.

Se asocian a manipulación de catéteres, uso de infusiones prolongadas, como la nutrición parenteral o administración de infusiones contaminadas.

Conclusión: Creemos que es importante presentar este caso para comunicar que R. Aquatilis puede desarrollar cuadros graves que ponen en riesgo la vida, aún en sujetos inmunocompetentes.

0109 EMPIEMA SUBDURAL- PRESENTACIÓN INFRECUENTE

LI CASTILLO(1)

(1) Clínica Universitaria Reina Fabiola

Objetivo: Importancia de métodos complementarios y trabajo interdisciplinario para diagnóstico precoz absceso cerebral y reducir secuelas.

Caso clínico: Masculino 16 años, sin antecedentes previos, con absceso cerebral secundario sinusitis.

Antecedentes de enfermedad actual: Ingresa por guardia por síndrome convulsivo más hemiplejía braquio cural derecha, cefalea y fiebre.

Ingreso a UTI: Paciente lúcido, rigidez de nuca con hiperreflexia, clonus y babinski derecho mas fiebre.

Laboratorio: hto 36.8 hb 12.4 gb 12600 plaquetas 230000 PCR 119 GSV 7.39/38/22/-1.9 ácido láctico 0.87.

Punción Lumbar: físico químico (GB 5 -Ns 55% Linf 45%- GI 56 Rel 54% Prot 44), cultivo/ filmarray negativos.

Hemocultivos: Sin desarrollo.

EEG: Actividad interictal parietal izquierdo lenta.

Tomografía cerebral: engrosamiento de mucosa en seno maxilar izquierdo, niveles hidroaéreos en celdillas etmoidales y senos frontales.

RMN cerebral con gadolinio: empiema subdural, asociado a leptomeningitis.

Punción seno maxilar izquierdo: peptostreptococcus.

Evolución: Diagnóstico empiema cerebral, interconsulta con servicio de infectología y neurocirugía, se decide craneotomía con evacuación de colecciones (cultivo de Streptococcus Intermedius) más tratamiento antibiótico con ceftriaxona, metronidazol y vancomicina por seis semanas, neurorehabilitación e imágenes control. Evolucionó afebril, sin cefalea y recuperación progresiva de foco neurológico.

Discusión: El empiema cerebral es una patología poco frecuente en adultos jóvenes inmunocompetentes, más aún como complicación de sinusitis, su forma de presentación se encuentra descrita sólo en el 20% de los casos, en la actualidad existe poca evidencia disponible sobre la misma debido a su baja incidencia.

0111 EVALUACIÓN DEL ESTADO ÁCIDO-BASE DE PACIENTES AL INGRESO DE LA GUARDIA MÉDICA EN DOS HOSPITALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

DM ROSELLÓ(1), MM BERCE(2), SP SUTERA(2), SJ CASALE(2), C ARANDA(3), HF CERVANTES(3)

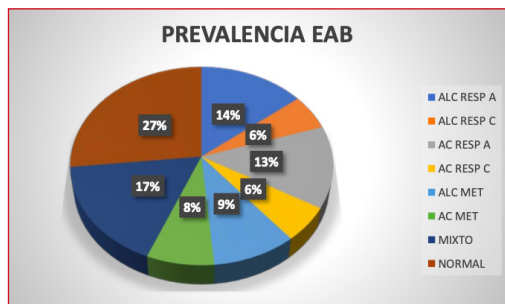
(1) Complejo Médico Churruca Visca. (2) Complejo Médico Churruca - Visca. (3) Hospital Carlos G. Durand

Las determinaciones de estado ácido-base, son una herramienta diagnóstica fundamental utilizada al ingreso en la guardia médica para evaluar a los pacientes. Por dicho motivo, nos parece fundamental mostrar qué alteraciones se reflejan en nuestros centros asistenciales al momento del ingreso a emergencias.

Materiales y métodos: Se realizó la determinación de estado ácido-base durante los meses de enero y febrero de 2023 de pacientes ingresados por guardia en el Hospital Churruca-Visca y Hospital General de Agudos Carlos G. Durand. No se discriminó por edad y sexo. El criterio de exclusión fue la presencia de valores de calcio iónico por debajo de 0,7 mmol/l (a fin de evitar muestras con agregado espurio de heparina líquida). Las muestras fueron remitidas en jeringas comerciales (con heparina de litio liofilizada), y procesadas en analizadores multiparámétricos Cobas b221 (Roche Diagnostics). Se analizaron 105 muestras totales, posterior a la exclusión de 6 muestras.

Resultados: Del total de 105 pacientes relevados, 77 (73 %) presentaron alteración del estado ácido-base, mientras que 28 (27 %) presentaron un estado ácido-base normal. Cuando realizamos un análisis de toda la población: 31 pacientes presentan alcalosis (29%), 28 presentan acidosis (27 %) y 18 presentan trastornos mixtos (17%).

Conclusiones: De acuerdo con el total de pacientes evaluados, podemos concluir que no existe una prevalencia marcada entre los disturbios del estado ácido-base, ya que están divididos en porciones equivalentes. También existe un porcentaje importante de pacientes con trastornos mixtos. Dentro de las subpoblaciones, el trastorno con mayor prevalencia es la alcalosis respiratoria aguda, seguida de la acidosis respiratoria aguda.



PREVALENCIA EAB	Poblacion Gral (n=105)
ALC RESP A	15
ALC RESP C	6
AC RESP A	14
AC RESP C	6
ALC MET	10
AC MET	8
MIXTO	18
NORMAL	28

0112 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SECUNDARIA A RANGO SUPRATERAPEUTICO DE ACENOCUMAROL. A PROPOSITO DE UN CASO

S LUQUES(1), V ROSSI RIOS(1), E AGUDO FRANCO(1)
 (1) Sanatorio Santa Fe

Introducción: La hemorragia alveolar difusa es una emergencia médica poco frecuente que puede poner en riesgo la vida.

Entre las causas de Hemorragia alveolar blanda secundaria a fármacos, la terapia anticoagulante se encuentra primera.

Presentación del caso: Paciente femenina de 58 años, obesa, tabaquista, DBT tipo II, reemplazo de Válvula Aortica mecánica, anticoagulada con Acenocumarol.

Ingresó a UTI por Disnea CF 4 e hipotensión.

Al examen físico se encontraba somnolienta, taquipneica, roncus bilaterales, saturando 86% AA, TA 90/50 mmHg, afebril.

Laboratorio: Hb 4,5 g/dl; VSG 110 mm/hora; TP > 120 seg; KPTT 150 seg; Creatinina 1,97 mg/dl; Urea 1,28 g/L.

TAC de tórax que informa múltiples radiopacidades tendientes a la consolidación, de distribución central y periférica bilaterales. Derrame pleural bilateral leve.

Inicialmente se realiza soporte ventilatorio con VNI, vía central, se transfunden hemoderivados, Vitamina K EV, y se inicia tratamiento con Piperacilina-Tazobactam más Vancomicina ajustados a función renal.

Sedimento urinario: hematías 8-10/40x, con morfología crenados. Citológico de BAL: macrófagos 80%. Pigmento férrico positivo en 45% de los macrófagos presentes, con cultivos negativos.

Por sospecha de enfermedad pulmón-riñón, se solicita laboratorio inmunológico, serologías virales, biopsia renal, y luego inicia tratamiento con pulso de Metilprednisolona durante 3 días.

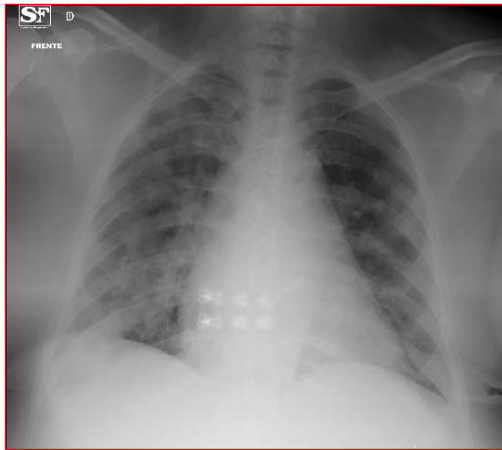
Todos estos estudios informan negativos y la biopsia renal, normal. La paciente evoluciona afebril, con mejoría clínica respiratoria e imagenológica, normalización de la función renal y corrección de los tiempos de coagulación a rango terapéutico, motivo por el cual se decide su pase a sala general.

Discusión: La hemorragia alveolar difusa atribuible al uso de anticoagulantes es una complicación rara y potencialmente mortal.

Con respecto al caso presentado, confirmada la hemorragia alveolar, en contexto de un sedimento urinario patológico y el regular estado de la paciente, se decidió iniciar tratamiento con pulso de corticoides por sospecha de vasculitis.

Conclusión: Al ser una entidad poco frecuente y con alta tasa de mortalidad, la hemorragia alveolar difusa debe tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes anticoagulados con insuficiencia respiratoria e imagen con radiopacidades centrales difusas bilaterales y caída de la hemoglobina.

Un diagnóstico e intervención temprana puede salvar la vida del paciente.



0115 DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA EN PACIENTE OBSTÉTRICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

MV GARAÑA(1), O GUAICHA(1), F MEDINA(2), V PAIS(1), M BALAUZ(1), L SANTORO(1), G HORNUS(1), J RODRIGUEZ(1), G RAMOS(1), C COZZANI(1)
(1) Cosme Argerich. (2) Cosme Argerich

Introducción: Durante el 2023 se incrementó la incidencia y mortalidad por dengue en la región. Actualmente en Argentina, los casos acumulados son 48,4% por encima de los registrados durante el 2020. Existen factores de riesgo para desarrollar formas graves: extremos etarios, enfermedades crónicas y embarazo. La infección en pacientes gestantes, representa un desafío tanto diagnóstico como terapéutico.

Presentación: Paciente de 42 años, hipertensa mal controlada, embarazo 23.4 semanas. Viajó a Paraguay en el mes previo. Debuto con fiebre, cefalea retroocular y disnea CF III de 72 hs de evolución. Ingresa febril e hipertensa, con insuficiencia respiratoria, corrige inicialmente con oxígeno por cánula, febril, con hallazgo de radiopacidades algodonosas bibasales en Rx de tórax. PCR Covid negativo. Vitalidad fetal conservada. Plaquetopenia (96.000 m/L), proBNP 800 pg/ml, proteinuria 0.92grs/24hs, ácido úrico 6.1 mg/dl. Panel respiratorio por Film array y HC negativos, urocultivo positivo para E coli MS. Inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y claritromicina. Serología: Ag NS1 negativo, IgM positiva. Intercurre a las 24hs con hipertensión e hipoxemia, rales crepitantes hasta vértice y placa de tórax con redistribución de flujo, ecocardiograma TT con alteración en la relajación e hipertrofia VI, interpretándose como EAP hipertensivo versus síndrome de fuga capilar con compromiso pulmonar, requiriendo balance negativo y dos ciclos de VNI. Se indica infusión de MgSO4 y labetalol titulable. Posteriormente se recibe índice sflt1/Pigf 18.7. Evolucionó con mejoría del cuadro sin requerimiento de oxigenoterapia, se ajusta tratamiento antihipertensivo VO, pasa sala a 8 días del ingreso.

Discusión: Actualmente el dengue es un diagnóstico diferencial que debe tenerse en cuenta en una embarazada con un cuadro febril agudo. Requiere diagnóstico precoz por sus complicaciones como el síndrome de leak, hemorragias y mayor probabilidad de preeclampsia. En este caso debimos descartar cuadro respiratorio infeccioso, preeclampsia sobrepuesta y EAP hipertensivo.

Conclusión: En el marco epidemiológico actual, el dengue debe ser sospechado en gestantes. Debe diferenciarse de otras patologías obstétricas de presentación aguda, pero nunca omitirse. De confirmarse se debe iniciar la terapéutica de sostén y monitoreo de la salud fetal como materna.

0117 IMPACTO DEL PROGRAMA DE TELE-UCI DEL HOSPITAL GARRAHAN: UN PROYECTO COLABORATIVO ENTRE LAS TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

A TEVES ECHAZU(1), P ACOSTA(1), E RODRIGUEZ(1), L SELVATICI(1), L LANDRY(1)
(1) Garrahan

Introducción: La telemedicina permite mejorar el acceso a la salud utilizando tecnologías de la comunicación cuando los participantes se encuentran a distancia.

En 2015 se inició el Programa de Tele-UCI, que integra servicios de Terapia Intensiva Pediátrica de Hospitales Públicos de la República Argentina. Es un modelo colaborativo e interdisciplinario para la atención a distancia de pacientes críticos, utilizando sistemas de comunicación sincrónica, audiovisual y computarizada.

La telemedicina se aplica a la asistencia de pacientes, la educación de los profesionales, la investigación y la gestión de programas de salud pública.

Objetivos: Describir el impacto de la implementación de Tele-UCI en la asistencia de pacientes críticos internados en Hospitales Públicos de nuestro país.

Metodología: Estudio clínico retrospectivo. Se recabaron datos de manera sistemática de todos los pacientes consultados a Tele-UCI en el período comprendido entre 1 mayo de 2021 y 1 mayo de 2023 generando una base de datos, a partir de distintos formularios. Se construyeron indicadores asistenciales y vinculados con la comunicación a distancia para evaluar el impacto del programa.

Se recabaron datos sobre la percepción de expectativas de los equipos consultantes, las características de las conexiones realizadas (tiempo de conexión, pacientes asistidos, participación de especialistas), sobre el seguimiento de cada paciente en particular y sobre la satisfacción de las sedes consultantes.

Resultados: En el periodo mencionado, se realizaron 52 conexiones, en ellas se asistieron 43 pacientes, participaron interconsultores en 20 oportunidades, las especialidades que participaron con más frecuencia fueron Epidemiología e Infectología (5), Cirugía general (3), Neurocirugía (3). La satisfacción de los usuarios fue del 100%.

Conclusiones: La telemedicina permite mejorar el acceso a la salud a partir del uso de tecnologías de la comunicación. El programa de Tele-UCI en este sentido permite crear una red entre los distintos Hospitales Públicos del país, posibilitando de esta manera seguimiento conjunto de pacientes asistidos en diferentes ubicaciones geográficas.

0118 HIPOXEMIA SEVERA EN UN PACIENTE CON DISTRES RESPIRATORIO SECUNDARIO A SARS COV 2 Y OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENO VENOSA. REPORTE DE CASO

N SANTAGATI(1), V DURAND(1), F PALIZAS(1), CG CHRISTIAN(1)
(1) Bazterrica

Introducción: La oxigenación por membrana extracorpórea es considerada un método de rescate en el síndrome de distrés respiratorio agudo refractario al manejo convencional con el objetivo de mantener el intercambio gaseoso y prevenir la lesión pulmonar inducida por la ventilación mecánica. Aun así, en algunos pacientes no se logra restaurar la oxigenación arterial existiendo varios mecanismos y situaciones clínicas que pueden perpetuar la hipoxemia severa durante el soporte extracorpóreo. Algunas pueden ser corregidas fácilmente y otras requieren de maniobras más riesgosas que ante manos inexpertas pueden desencadenar malos resultados.

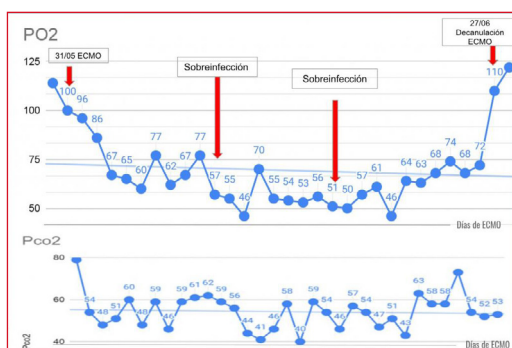
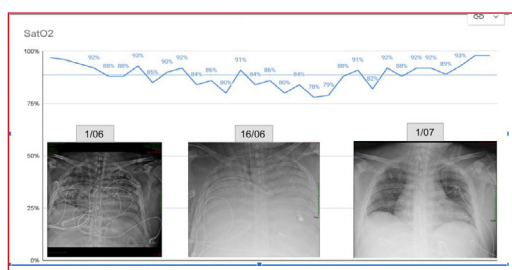
Presentación del caso: Se describe en caso de un paciente varón de 46 años con antecedente de obesidad y epilepsia que cursó internación en terapia intensiva por insuficiencia respiratoria secundaria a SARS-CoV 2 y paro cardiorrespiratorio. Evolucionó con hipoxemia severa, acidosis respiratoria y parámetros estáticos por encima de

los límites recomendados sin respuesta a las terapias convencionales requiriendo terapia de oxigenación por membrana extracorpórea venovenosa (ECMO VV).

Presentó deterioro de la oxigenación progresiva en contexto del colapso de parénquima pulmonar que se acentuó ante otras situaciones clínicas. Cursó la mayor parte de su estadía en ECMO con una presión arterial de oxígeno (PO₂) menor a 50 mmHg con adecuado manejo de la presión arterial de dióxido de carbono (PCO₂) sin signos de hipoperfusión tisular logrando el destete de ECMO tras 27 días con adecuada respuesta neurológica y sin disfunciones orgánicas.

Discusión: La estrategia para el manejo del paciente que persiste con hipoxemia severa consiste en identificar y tratar las causas. La recirculación, la disfunción del oxigenador, la disminución de la función pulmonar residual, el desbalance entre consumo de oxígeno, flujo del ECMO y el gasto cardíaco son las principales. Frente al fracaso de las intervenciones podría considerarse como estrategia la hipoxemia permisiva. Se han logrado altas tasas de supervivencia sin secuelas neurocognitivas significativas en paciente que presentaron hipoxemia refractaria con niveles de PCO₂ normal.

Conclusión: La adecuación de la disponibilidad de oxígeno es más importante que el nivel absoluto de hipoxemia para mantener la función orgánica. Una vez evaluadas y tratadas las posibles causas, tolerar la hipoxemia puede ser una estrategia.



0121 PERICARDITIS PURULENTO A STREPTOCOCCUS ANGINOSUS

B MERES(1), ROSARIO, SANTA FE, FA PIRCHIO(1), ROSARIO, SANTA FE, BA SANCHEZ(1), ROSARIO, SANTA FE, M LATIMORI(1), ROSARIO, SANTA FE, F GARAVELLI(1), ROSARIO, SANTA FE, FR DIPAULO(1), ROSARIO, SANTA FE, M RE(1), ROSARIO, SANTA FE, NS ROCHETTI(1), ROSARIO, SANTA FE, SP GATTINO(1), ROSARIO, SANTA FE, CJ SETTECASE(1), ROSARIO, SANTA FE, DH BAGILET(1), ROSARIO, SANTA FE
(1) Hospital Eva Peron Granadero Baigorria. (2) Rosario. (3) Santa Fe

Introducción: La pericarditis purulenta (PP) es una entidad poco frecuente, suele producirse por extensión desde un foco contiguo o diseminación hemática. El cuadro clínico es severo y suele evolucionar a taponamiento cardíaco, siendo muchas veces su forma de presentación. La PP por Streptococcus Anginosus con una incidencia inferior al 6% no supera los veinte casos publicados.

Caso: Mujer de 60 años con antecedentes de anemia ferropénica y miocardiopatía dilatada en estudio. Ingresó a UCI por dolor precordial atípico, asociado a signos de insuficiencia cardíaca y fiebre. Laboratorio: HB 10 g/dl; HTO 30%; VES 43mm/h; Proteína C reactiva 23mg/dl; Procalcitonina 0,2pg/ml; Leucocitos 22.300 mm³; Plaquetas 521.000 mm³; Troponina T 0,034 - 0,033 ng/ml; pro-BNP 4900pg/ml. ECG: sin alteraciones. Se interpretó como síndrome coronario agudo sin supradesnivel de ST. Evolucionó inestable hemodinámicamente con requerimiento de vasoactivos. Ecocardiograma: derrame pericárdico con signos de taponamiento cardíaco. Pericardiocentesis: líquido purulento, con aislamiento de Streptococcus anginosus (EGA). Hemocultivos negativos. Realizó tratamiento antibiótico dirigido. Luego de 20 días por buena evolución pasa a sala general.

Discusión: Streptococcus Anginosus es colonizante habitual de mucosa orofaríngea, intestinal y genitourinaria. La pericarditis purulenta por EGA es una entidad rara, potencialmente fatal. Su tratamiento se basa en el reconocimiento precoz, drenaje oportuno y antibiótico adecuado. Requiriendo en la mayoría de los casos abordaje quirúrgico.

Conclusión: La pericarditis por EGA es infrecuente pero rápidamente fatal. Puede ser adquirida en la comunidad sin diferencia por edad ni condición de salud previa. El tratamiento eficaz es combinado: drenaje pericárdico y antibioticoterapia.

0122 EL DESINFLADO DEL BALÓN DE NEUMOTAPONAMIENTO EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS DURANTE VENTILACIÓN MECÁNICA Y SU IMPORTANCIA EN LA DECANULACIÓN TEMPRANA. REPORTE DE CASOS

M BURGOS(1), J SORIA(1), A ALFARO(1), N GUEDILLA(1), C VACAFLOR(1), AL CHÁVEZ RODO(1)
(1) Hospital Papa Francisco.

Introducción: El desinflado del balón actualmente se viene realizando en fases más avanzadas del proceso de decanulación, tras conseguir la retirada definitiva del soporte ventilatorio mecánico. Este procedimiento adelantaría esa medida a etapas más tempranas. Se convino sobre la evidencia que existe en la extubación del tubo endotraqueal utilizando presión positiva del respirador mecánico y por otro lado, el conocimiento sobre la alteración de la encrucijada aerodigestiva debido al desuso, producido por el cese del aire a través de la glotis.

Métodos: Estudio de cohorte transversal, retrospectivo, descriptivo realizado en el hospital Papa Francisco de la Ciudad de Salta, durante el 1° de Abril del año 2021 hasta el 30 de Marzo del 2023. Se incluyeron 37 pacientes traqueostomizados.

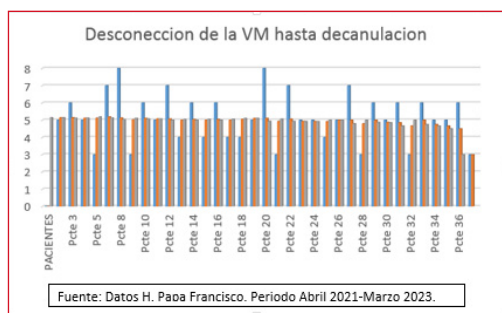
El neumotaponamiento fue desinflado tras una cuidadosa aspiración de las secreciones e higiene bucal, cabecera a 70° y semiflexión de cabeza durante la ventilación mecánica. Estas medidas se realizaron con el objetivo de estimular precozmente las estructuras de la encrucijada aerodigestiva y lograr la limpieza de estructuras superiores con presión positiva proveniente del ventilador mecánico en modalidad presión soporte de 18 cmH₂O, PEEP de 8 cmH₂O, 100% de oxígeno durante 5 minutos.

Resultados: La función de la encrucijada aerodigestiva se evaluó con la escala de disfagia y se reestableció en su totalidad en el 100% de los pacientes, el tiempo promedio transcurrido desde la desvinculación de ventilación mecánica hasta decanulación fue de 5 días. El fracaso en la decanulación, definido como la necesidad de una nueva cánula tras el proceso de decanulación, fue del 0%.

Discusión: El desinflado del balón en etapas de la ventilación mecánica no trajo complicaciones negativas en cuanto a descompensaciones generales de oxigenación, disconfort del paciente, vómitos o alteraciones hemodinámicas. La complicación más temida es la aspiración de secreciones al momento del desinflado del balón, sin embargo no encontramos esa complicación en nuestros pacientes y existen estudios que demuestran la seguridad de este procedimiento.

Conclusiones: La integridad de la encrucijada aerodigestiva evaluada al momento de la desvinculación mecánica nos permitió adelantar con seguridad la decanulación.

Análisis de datos-Pacientes traqueostomizados con Covid19 .UTI- H. Papa Francisco (Abril 2021- Marzo 2023)	TODOS LOS PACIENTES (n: 37)
Comorbilidades (n/ %)	
Obesidad	10 (27,02 %)
EPOC	6 (16,21 %)
Diabetes	12 (32,43 %)
Cardiopatías	9 (24,3 %)
Covid 19	26 (70%)
Género (n/ %)	
Masculino	15 (40 %)
Femenino	22 (60 %)
Edad (n/ %)	
Edad (Me)(DE)	48,2 (14,02)
Tiempo Promedio en Ventilación Mecánica	28 días
Tiempo promedio de realización de la traqueostomía	21 días
Motivo de traqueostomía	
Ventilación Mecánica prolongada	26 (70,2 %)
Extubación fallida	11 (29,8 %)
Modo Ventilatorio Utilizado	
Ventilación controlada por Volumen	35 (94,6 %)
Ventilación controlada por presión	2 (5,4 %)
Peep promedio utilizada (Me)	9
Tiempo promedio de Destete VM	7 días
Tiempo promedio de Decanulación	5 días
Tiempo transcurrido desde Decanulación al Alta Hospitalaria	18 días
Tiempo transcurrido desde VM al alta Hospitalaria	46 días
Pacientes Recanulados	0 %



1023 SINDROME DE WALLEBERG SECUNDARIO A DISECCION DE ARTERIA VERTEBRAL POR MANIPULACION CERVICAL
 MC PALACIO(1), C REYES(1), JC MEDINA(1), M CHAMADORA(1), J CAMARGO(1), O MARTINEZ(1), F AVILA(1), A GUTIERREZ(1), C QUINTANILLAS(1)
 (1) Sanatorio Anchorena Itoiz

Introducción: El Síndrome de Wallenberg es conocido como una lesión isquémica lateral bulbar por oclusión de la arteria intracraneana vertebral de etiología aterosclerótica o embolígena en edad avanzada o sospecha de disección de la arteria vertebral en caso de pacientes jóvenes, ya sea por trauma o alteraciones del tejido conectivo etc.

Caso clínico: Paciente femenina de 41 años con antecedentes de cervicalgia en tratamiento kinesiológico con manipulación cervical que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor cervical, parestesias en hemicuerpo izquierdo, episodios eméticos y ataxia izquierda. Ingres a Guardia donde se realiza TC cerebral sin evidencia de lesiones. Al examen físico presenta bradilalia, nistagmos horizontal, ataxia izquierda, enoftalmos izquierdo, leve miosis izquierda, parestesias y paresia en hemicuerpo izquierdo. Se realiza Resonancia y angiorensonancia cerebral constatando lesión isquémica lateral bulbar izquierda y disección vertebral izquierda confirmado por angiografía digital. Se realiza tratamiento médico según consenso multidisciplinario de especialistas.

Discusión: El Síndrome de Wallenberg representado por la triada que consiste en el Síndrome de Claude-Bernard-Horner, ataxia ipsilateral y alteraciones sensitivas e isquemias lateral bulbar presenta diferentes etiologías de acuerdo a edad. En el caso de nuestro paciente joven sin cardiopatía previa y con manipulación cervical se debe sospechar en etiología traumática. El tratamiento médico se realizó con el consenso de especialistas.

Conclusión: El síndrome de Wallenberg por isquemia bulbar lateral secundaria a la disección vertebral por probable manipulación cervical en una paciente joven descartando otros mecanismos etiológicos es un desafío clínico y se debe tener un alto índice de sospecha de la entidad.

1024 EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UTI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

AL MUHLBERGER(1), JR BARTOLI(1), MB HEREDIA(1), M GUESCHI(1), F ALVAREZ(1), J MURTULA(1), S BERNTHAL(1), G MARTINI(1), L CASTILLO(1)
 (1) Clínica Universitaria Reina Fabiola.

Hipótesis: Un régimen de Terapia Intensiva Abierta, la participación activa de la familia en la toma de decisiones médicas, y otras variables demográficas, tienen impacto en la percepción sobre calidad de atención médica durante la pandemia COVID-19.

Objetivos: Evaluar la satisfacción de los familiares de los pacientes que cursaron su internación en UTI en cuanto a la atención y la satisfacción con la toma de decisiones, a través de la aplicación del formulario FS - ICU.

Resultados: La satisfacción con el cuidado, la toma de decisiones y la satisfacción total mostraron porcentajes superiores al 80%. Los familiares de las personas internadas durante el 2020 reportaron mayor satisfacción en el cuidado (Mediana2020=92,72% (RIQ=82,50-97,50) vs. Mediana2021=82,15% (RIQ=67,50-96,25), p=0,0080), toma de decisiones (Mediana2020=91,46% (RIQ = 77,50-98,75) vs. Mediana 2021=82,29% (RIQ=71,00-96,00), p=0,0411) y satisfacción total (Mediana2020=91,56% (RIQ=79,38-98,13) vs. Mediana 2021=81,70% (RIQ=69,51-96,43) ,p=0,0345).

El porcentaje de satisfacción total estuvo asociado inversamente con ser madre o padre del paciente($\beta=-0,52, p=0,021$), haber ingresado a UTI en el 2021($\beta=-0,63, p=0,016$) y la imposibilidad de realizar visitas por cuarentena estricta($\beta=-0,46, p=0,048$).

Conclusión: Se detectó una satisfacción positiva y completamente satisfactoria tanto en relación con el cuidado del paciente como en la participación en la toma de decisiones médicas y con la satisfacción global en la Unidad de Terapia Intensiva de la Clínica Universitaria Reina Fabiola en el contexto de la pandemia COVID-19. Dicha valoración positiva, fue independiente de un régimen de Terapia Intensiva Abierta, Polivalente y con Flexibilización en el régimen de visitas.

Los familiares que no pudieron visitar a los pacientes internados en UTI, a causa de las necesidades de aislamiento estricto y restricciones a las visitas, mostraron un mayor grado de insatisfacción. Pudo objetivarse que mientras más cercano es el vínculo de parentesco, menor es la satisfacción con el cuidado y la toma de decisiones. La principal demanda por parte de las familias fue de una mejora en la comunicación por parte del personal de salud con respecto a la frecuencia de los informes médicos recibidos, y a la ausencia de infraestructura adecuada para la espera y acompañamiento de sus familiares.

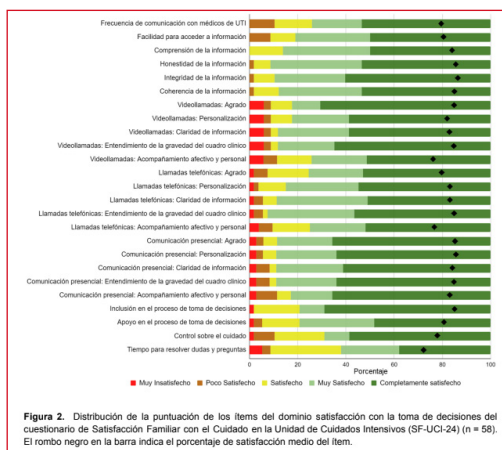


Figura 2. Distribución de la puntuación de los ítems del dominio satisfacción con la toma de decisiones del cuestionario de Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos (SF-UCI-24) (n = 58). El rombo negro en la barra indica el porcentaje de satisfacción medio del ítem.

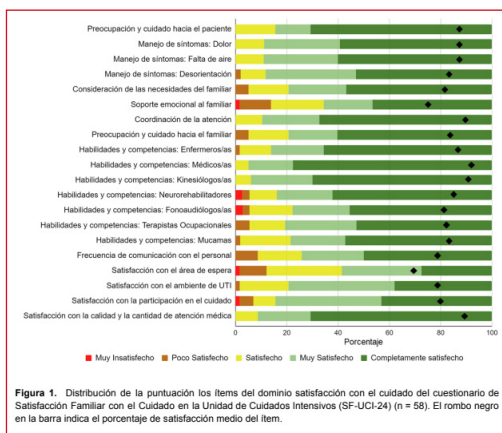


Figura 1. Distribución de la puntuación los ítems del dominio satisfacción con el cuidado del cuestionario de Satisfacción Familiar con el Cuidado en la Unidad de Cuidados Intensivos (SF-UCI-24) (n = 58). El rombo negro en la barra indica el porcentaje de satisfacción medio del ítem.

0126 DISMINUCIÓN DEL TIEMPO DE CANULACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS APLICANDO UN PROTOCOLO GUIADO DE DECANULACIÓN

MM MASSARA(1), MD SANCHEZ(1), A CANEPARI(1), ML WAMBA(1), R VERBURG(1), MX IGLESIAS(1), M RICCIARDELLI(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: La conformación de grupos interdisciplinarios abocados al cuidado, seguimiento y evaluación de niños con traqueotomía y la aplicación de protocolos de decanulación han demostrado ser seguros y mejorar la frecuencia de retiro del dispositivo, pero no existen reportes en pediatría sobre la disminución de los días de canulación con el uso de un protocolo.

Objetivo: Comparar los días de uso de la cánula de traqueotomía en dos cohortes de pacientes, utilizando una de ellas un protocolo guiado de decanulación aplicado por un grupo interdisciplinario de trabajo.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva.

Ámbito: Sala de internación, terapia intermedia y terapia intensiva del Hospital Italiano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (HIBA)
Periodo de estudio: Cohorte decanulación sin protocolo: 2008-2011. Cohorte decanulación con protocolo: 2015-2017

Selección de Pacientes: Aquellos pacientes que requirieron traqueostomía por ventilación mecánica prolongada durante los periodos establecidos.

Resultados: En la cohorte sin protocolo de los 38 niños traqueostomizados 20 alcanzaron la decanulación. En el grupo con protocolo ingresaron de forma consecutiva los primeros 20 niños que alcan-

zaron la decanulación, de un total de 24 pacientes traqueostomizados en ese periodo. La mediana de edad fue de 58 meses, con RIQ (21,5-138), los diagnósticos de ingresos para ambos grupos fueron de causa respiratoria 20% IC95% (10-35), cardiovascular 15% IC95% (7-30), neurológica 17,5% IC95% (8- 33) y otras 47,5% IC95% (32-63). Con respecto al tipo de procedimiento quirúrgico para la realización de la traqueostomía el 52,5% fue percutánea con un IC95% (37-68) mientras que el 47,5% fue quirúrgica con IC95% (32-63). La mediana de uso de la cánula de traqueostomía fue de 46 días con un RIQ (29-144). Al analizar los días de canulación en ambas cohortes, encontramos una mediana de 94 días con un IC95% (51- 261) en el grupo sin protocolo y una mediana de 33 días con un IC95% (23- 44) obteniendo un valor de Wilcoxon-Mann-Whitney p 0.0012.

Conclusión: El uso de un protocolo de decanulación aplicado por un grupo de trabajo interdisciplinario mostró disminuir los días de uso de cánulas de traqueotomía en pacientes pediátricos desvinculados de la asistencia respiratoria mecánica.

Tabla 1: Datos demográficos generales n:40

Género	
Femenino (n,%)	20 (50)
Edad, meses (Mediana, RIQ)	58 (21.5 - 138)
Diagnóstico (n, %)	
Respiratorio	8 (20)
Cardiovascular	6 (15)
Neurológico	7 (17.5)
Otros	19 (47.5)
Días de uso del dispositivo (Mediana, RIQ)	46.5 (29 - 144.5)

Tabla 2: Tiempo de uso del dispositivo, comparación de mediana de días entre ambas Cohortes

Días de uso del dispositivo Cohort 2008-2011	94	RIQ (45-333)
Días de uso del dispositivo Cohort 2015-2017	33	RIQ (22-46) *

*Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test.
 P valor 0.0012

0129 ACV ISQUEMICO COMO PRESENTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA BIVALVULAR

B MERES(1), ROSARIO, SANTA FE, FA PIRCHIO(1), ROSARIO, SANTA FE, M LATIMORI(1), ROSARIO, SANTA FE, F GARAVELLI(1), ROSARIO, SANTA FE, FR DIPAULO(1), ROSARIO, SANTA FE, M RE(1), ROSARIO, SANTA FE, NS ROCHETTI(1), ROSARIO, SANTA FE, SP GATTINO(1), ROSARIO, SANTA FE, CJ SETTECASE(1), ROSARIO, SANTA FE, DH BAGILET(1), ROSARIO, SANTA FE
 (1) Hospital Eva Peron Granadero Baigorria. (2) Rosario. (3) Santa Fe

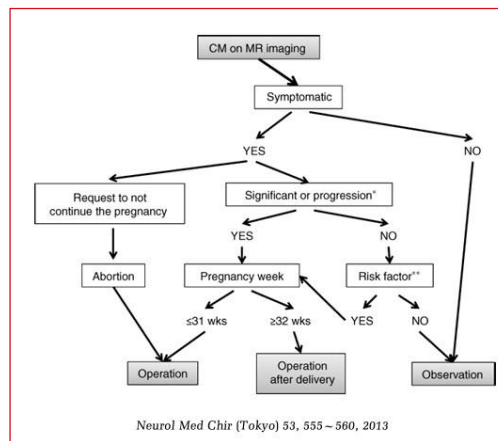
Introducción: Las complicaciones neurológicas de la endocarditis infecciosa (EI) son en ocasiones la primera manifestación clínica de la enfermedad, pueden ser sub-diagnosticadas y están asociadas con un importante aumento de la mortalidad.

Caso clínico: Hombre de 63 años, hipertenso, ingresa a clínica por hemiparesia braquio crural derecha 2/5. Laboratorio: Hb 10,6 g/dl Hto 30% GB 19.700/mm3 Plaquetas 177.000/mm3 Urea 18 mg% Creatinina 0,93 mg% Na 133; K 3.5; Cl 92 mEq/l. Tomografía de cráneo: área hipodensa parietal izquierda compatible con ACV isquémico. Evoluciona febril. Hemocultivos 2/2 positivo a Streptococcus

Mitis/Oralis sensible a Ceftriaxona. Ecocardiograma transtorácico: vegetación móvil en válvula mitral de 19x7 mm y aórtica 4x6 mm. Interpretado como ACV cardioembólico secundario a endocarditis bacteriana. Realizó tratamiento con Ceftriaxona. Se solicitó derivación para reemplazo valvular, durante la espera complica con edema agudo de pulmón por insuficiencia valvular severa. Requiere asistencia ventilatoria por lo cual ingresó a terapia intensiva, donde permaneció estable hasta su derivación a cirugía para reemplazo bi-valvular.

Discusión: La EI puede presentar complicaciones neurológicas entre 20% y 40%, lo cual predice aumento de morbilidad, secuelas y discapacidad. En la mayoría de los casos la sospecha diagnóstica es clínica. Nuestro caso presentó déficit neurológico agudo y leucocitosis.

Conclusión: La EI es una entidad que requiere alta sospecha clínica y un abordaje multidisciplinario para mejorar la morbilidad.



0130 CAVERNOMA SINTOMÁTICO EN MUJER EMBARAZADA DE 19 SEMANAS

J CITTADINI(1), M BELLIDO(1), N SANTAGATI(1)
(1) Sanatorio Finochietto

Introducción: El cavernoma es una de las malformaciones vasculares del sistema nervioso más frecuentes, con incidencia anual del 0.4% y riesgo de sangrado de 3%. Predomina en mujeres entre 30 y 39 años. Los signos clínicos de presentación son sangrados y convulsiones. Presentamos el caso de una paciente embarazada de 19 semanas con déficit neurológico agudo secundario a un cavernoma.

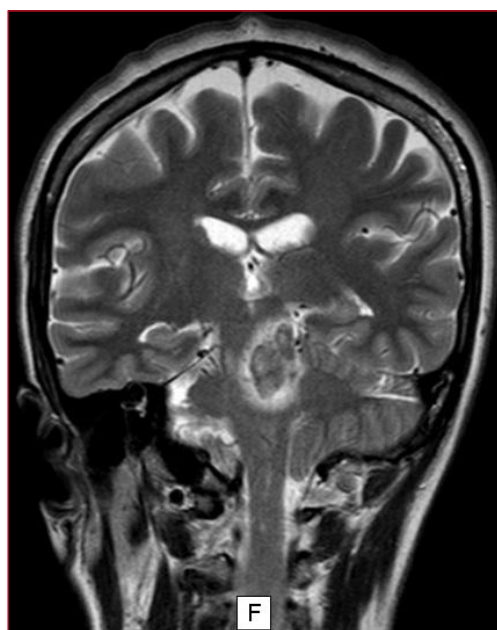
Presentación del caso: Mujer de 34 años con antecedente de hipotiroidismo, que cursa embarazo de 19 semanas de gestación, dos horas previo a su consulta presenta paresia braquial y crural derecha. Se realiza resonancia de encéfalo donde se observa lesión ocupante de espacio en protuberancia con extensión hacia mesencéfalo que mide 17 x 15 mm que por sus características impresionan corresponder a malformación vascular. Al examen físico se evidencia tercer par incompleto izquierdo, paresia recto interno derecho, diplopía horizontal, hemiparesia derecha braquiocrural. Ecografía obstétrica que informa feto vivo. Se realiza ateneo en conjunto con servicios de Obstetricia, Neurología y Neurocirugía, y se decide no realizar resolución quirúrgica.

La paciente evoluciona con profundización de paresia braquial, por lo que se realiza nueva resonancia de encéfalo que no presenta cambios con respecto a estudio.

Se realiza interconsultas a Neurocirujanos de diferentes centros de Capital Federal, quienes sugieren no intervenir quirúrgicamente. Evoluciona sin nuevas interurrencias, alcanzando embarazo a término. Se realiza cesárea programada sin complicaciones.

Discusión: La presentación de un paciente con malformación vascular de sistema nervioso central, cavernoma, en particular una paciente cursando embarazo, con déficit neurológico, es un desafío que debe ser atendido de forma multidisciplinaria, teniendo en cuenta que el embarazo representa un factor de riesgo para que ocurra sangrado del cavernoma. Para la toma de decisiones, se revisó extensamente la literatura y se consultó con equipos de neurocirugía de otras instituciones. Evaluando riesgos y beneficios se ha decidido en conjunto no realizar intervención quirúrgica.

Conclusión: La ocurrencia de un cavernoma sintomático durante el embarazo no es indicación de cirugía. Hay poca evidencia sobre los posibles tratamientos. Se recomienda derivación a centros especializados y un trabajo interdisciplinario entre las especialidades pertinentes.



0131 SINDROME DE LISIS TUMORAL ESPONTANEA ASOCIADO A ACIDOSIS LACTICA TIPO B: ASOCIACION O CASUALIDAD

A FURLOTTI(1), I BOLATTI(1), N BUZZI(1), L PESCE(1), M OLAVE(2), A GARCIA(2), E ASINARI(2)

(1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo. (2) Hospital Misericordia Nuevo Siglo

Introducción El síndrome de lisis tumoral (SLT) y la acidosis láctica tipo B (AL) son urgencias oncológicas de enfermedades hematológicas.

El SLT aparece posterior al inicio de quimioterapia, la forma espontánea es más rara, es secundario a una lisis masiva de células tumorales con liberación hacia la circulación de sus productos conduciendo a la falla renal aguda como también alteración del SNC y arritmias. Requiere tratamiento con hidratación, estimulación diurética hasta terapia de remplazo renal, correcciones electrolíticas y tratamiento para disminuir la producción de ácido úrico o estimular su remoción.

La AL tipo B de etiología multifactorial poco clara, en ausencia de hipoperfusión tisular e hipoxemia. El efecto Warburg, explicada por una tasa metabólica de las células tumorales muy alta, con proceso glucolítico aberrante y conversión del piruvato en ácido láctico. Requiere tratamiento con quimioterapia.

Caso clínico: Hombre de 45 años, con antecedente de SIDA, cumple TARV, presenta poliadenopatías y masa bulky pectoral izquierda, la biopsia de ganglio cervical informa linfoma no hodking de alto grado de células B difuso y la TC evidencia metástasis hepáticas. Evoluciona con depresión del sensorio, con requerimiento de ARM, oliguria, hiperfosfatemia, hiperpotasemia, acidosis metabólica e hiperlactacidemia.

Se hace diagnóstico de SLT espontáneo y AL tipo B. Se inicia hidratación agresiva, sin respuesta diurética se inicia hemodiálisis. Responde con descenso del ácido úrico y mejoría de parámetros metabólicos y electrolíticos.

Por intercurriencia infectológica fallece antes de iniciar tratamiento con quimioterapia.

Discusión: Los factores de riesgo para el desarrollo de SLT son linfoma alto grado y leucemia linfoblástica aguda, masa bulky, alta tasa proliferativa, gran carga tumoral, alta sensibilidad a quimioterapia, linfocitosis y LDH elevada. La AL tipo B predomina en enfermedades hematológicas malignas, principalmente linfoma No Hodgking y menor incidencia en tumores sólidos.

Describimos ambas urgencias en un mismo paciente, aun sin recibir tratamiento quimioterápico, con diagnóstico de alto riesgo para su desarrollo. Recibió soporte vital avanzado, con tratamiento específico para SLT, por óbito no recibió quimioterapia.

Conclusión: La AL tipo B y SLT espontáneo, empeoran el pronóstico de enfermedades hematológicas malignas, requiere rápido diagnóstico y tratamiento. La asociación entre ambas no está descrita.

0132 COMPARACIÓN DEL REQUERIMIENTO TRANSFUSIONAL EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPÁTICO: COAGULOGRAMA CONVENCIONAL VS ROTEM

T BERGOGLIO(1), S VILLARROEL(1), S GIANNASI(1), S BAUQUE(1), I HUESPE(1), E PRADO(1)
(1) Italiano De Buenos Aires

Introducción: Durante el trasplante hepático (TH) las pruebas viscoelásticas demostraron reducir el requerimiento de hemoderivados durante el acto quirúrgico, logrando un mejor control de la hemostasia. Sin embargo no está claro si el manejo de la hemostasia con ROTEM en el intraoperatorio impacta positivamente en el postoperatorio en UCI.

Objetivos: Comparar el volumen de glóbulos rojos (GR) recibidos en el postoperatorio inmediato en UCI, así como los días de ventilación mecánica (ARM), de internación y mortalidad hospitalaria en pacientes TH con optimización de la hemostasia dirigida por coagulograma convencional (CC) vs. ROTEM durante el acto quirúrgico.

Materiales y Métodos: Estudio cohorte retrospectiva. Se incluyeron TH entre 12/2010 al 12/2022. La cohorte se dividió en un grupo CC (previos a 2/2015) y grupo ROTEM (posterior 2/2015). Se comparó el volumen de GR recibidos dentro de las 48 horas del ingreso a UCI, días de ARM y días de hospitalización. Se realizó un modelo de regresión lineal ajustado por potenciales confundidores.

Resultados: Se incluyeron 299 trasplantados, de los cuales el 35% (n=106) se optimizó su hemostasia con CC y el 64% (n=193) por ROTEM. El grupo guiado por ROTEM ingresó a UCI con APACHE y BMI más elevado (Tabla 1).

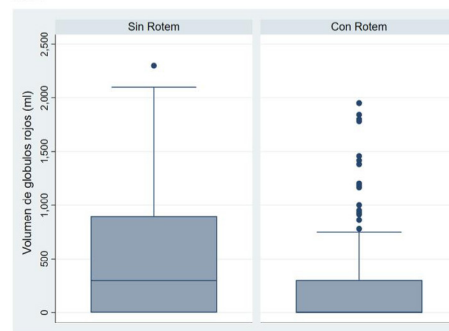
Los pacientes del grupo guiado por CC fallecieron el 7.5% (n=8) vs. 5.7% (n=11); p=0.5. El grupo ROTEM recibe menos GR dentro de las 48 horas postoperatorias (508 ml [DE 67] vs. 251 ml [DE 35]; p<0.01), la diferencia se mantuvo significativa en el modelo ajustado (coef ROTEM -364 [IC95% -543/-185]; p<0.01). Se observaron diferencias en los días de ARM en el modelo ajustado (coef ROTEM -0.6 [IC95% -1.17/-0.02]; p=0.04) pero no en los días de UCI (coef ROTEM -1.96 [IC95% -4.3/0.38]; p=0.1).

Conclusión: El uso de ROTEM en TH reduce el requerimiento de GR dentro de las 48 horas postoperatorias, y esto tiene impacto clínico positivo, evidenciado en reducción en los días de ARM.

Tabla 1. Características demográficas de la población

	Total (N=299)	Sin rotem (N=106)	Con rotem (N=193)	p.valor
Edad - media (SD)	55.8 (11.4)	55.8 (11.3)	55.8 (11.5)	0.991
Sexo femenino - n (%)	120 (40.1%)	49 (46.2%)	71 (36.8%)	
APACHE al ingreso a UCI - media (SD)	17.3 (6.76)	15.9 (6.22)	18.1 (6.95)	0.008
Índice de masa corporal (BMI) - media (SD)	25.6 (8.61)	23.2 (9.02)	26.4 (8.36)	0.025
Charlson al ingreso a UCI - media (SD)	5.39 (2.38)	5.20 (2.38)	5.48 (2.38)	0.348

Figura 1. Volumen de glóbulos rojos recibidos dentro de las primeras 48 horas de la admisión a UCI



0133 SÍNDROME DE STIFF: REPORTE DE UN CASO

S NAPOLI(1), C AGUILERA(1), R VILLA(1), L BARRIOS(1), P ANTÓN LLADÓ, C RAVA, C ROGGIERO, M ALBARRACÍN REINOSO, N RAIMONDI(1)
(1) Fernandez

Introducción: El síndrome de Stiff, conocido como espasmo muscular rígido, es una enfermedad neuromuscular rara y crónica que se caracteriza por rigidez muscular progresiva y espasmos involuntarios. Afecta principalmente a los músculos del tronco, así como a los músculos de las extremidades.

Caso Clínico: Paciente de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes insulino dependiente, hipotiroidismo. Ingresó al hospital por presentar deterioro del sensorio en contexto de hipoglucemia con excitación psicomotriz, se realiza tratamiento, evolucionando a las dos horas con rigidez muscular y estridor laríngeo por lo que se decide asistencia ventilatoria mecánica, interpretándose inicialmente como convulsiones se inicia tratamiento y punción lumbar con evidencia de hiperproteorraquia. Ingresó a Terapia Intensiva donde repite episodios de rigidez generalizada asociado a desaturación que responden a propofol, realizándose electroencefalografía que no evidencia actividad comicial aún durante crisis. Se completa con electromiografía con evidencia de alteración de conducción intratroncal de reflejo trigémino-facial. Se decide realizar tratamiento como encefalitis autoinmune recibiendo gammaglobulina.

Posteriormente se reciben resultados positivos para ANTI-GAD 65 tanto en suero como en líquido cefalorraquídeo. Confirmando síndrome de Stiff.

El paciente fallece a los treinta días de internación.

Discusión: El diagnóstico del síndrome de Stiff se basa en la evaluación clínica de los síntomas, la exclusión de otras condiciones similares y pruebas de laboratorio para detectar la presencia de anticuerpos anti-GAD. La electromiografía puede ser útil para descartar otras enfermedades neuromusculares.

Conclusión: Es importante el abordaje multidisciplinario de estos pacientes a fin de poder llegar a un diagnóstico adecuado para su tratamiento.

0134 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE NIÑOS TRAQUEOSTOMIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

MD SANCHEZ(1), MM MASSARA(1), A CANEPARI(1), ML WAMBA(1), R VERBURG(1), MX IGLESIAS(1), M RICCIARDELLI(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico de baja prevalencia en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) por lo que existen escasos reportes de su impacto clínico y evolución.

Objetivo: Describir las características y evolución de niños traqueostomizados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Lugar de Aplicación: Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Diseño: Observacional retrospectivo descriptivo

Población: Se estudiaron niños traqueostomizados en UCIP entre los años 2015 y 2019.

Materiales y Métodos: En el año 2015 se conformó un grupo multidisciplinario de trabajo constituido por profesionales del servicio de kinesiología y cirugía pediátrica del HIBA con el objetivo realizar el seguimiento clínico y estandarización de cuidados de los pacientes traqueostomizados en la UCIP.

Resultados: Ingresaron al registro activo 88 pacientes traqueostomizados. El 53.6% eran de sexo masculino. Donde el 12,3% ingresó a la UCIP por causa respiratoria, el 33,37% por causa cardiovascular, el 19,2% por causa neurológica y el 24,27% ingresó por otros motivos. La mediana de edad de la población estudiada fue de 18 meses con un rango intercuartil (RIQ) de 4-54.5 meses.

La mediana de días totales de AVM fue de 42 con un (RIQ 24.5-106.5) y la mediana de días de AVM hasta la realización de la traqueostomía fue de 13,5 (RIQ 8-21). La mediana de días libres de AVM hasta la decanulación fueron de 36.5 (RIQ 14-212)

De los 88 niños estudiados, el 59% (RIQ 48-69) pudo ser decanulado dentro de una mediana de 23 días (RIQ 14-99) desde la desvinculación del respirador. En el 50,57% se aplicó un protocolo guiado de decanulación. El 12% de los pacientes decanulados fallaron siendo los motivos estenosis subglótica en el 10,9% y presencia de granulomas en el 1.1%.

La mortalidad hospitalaria total fue del 9.1%, la mediana de días de internación en UTIP fue de 56 (RIQ 32.5-98.5) y los días totales de internación fueron de 91 (RIQ 58.5-148). El 51,58% estaban canulados al momento del alta.

Conclusiones: Es el primer estudio epidemiológico de Argentina que muestra las características y evolución de la población pediátrica con traqueostomía.

Observando como fecha de realización de la traqueostomía los 13 días de VMI.

Tabla 2: Datos demográficos sujetos decanulados

Decanulados - n (%)	52 (59)
Género - n (%)	
Masculino	37 (70)
Edad meses - Mediana (RIQ)	20.5 (5.5-53)
Días de AVM - Mediana (RIQ)	42 (26-74.5)
Días AVM hasta TQT - Mediana (RIQ)	16 (10-21.5)
Días de desvinculación de AVM - Mediana (RIQ)	7.5 (2-19)
Días libres AVM - Mediana (RIQ)	23 (14 - 99)
Días de uso de la cánula - Mediana (RIQ)	63 (32.5-247.5)

Tabla 1: Datos demográficos globales n: 88

Género - n (%)	
Masculino	53 (60)
Diagnóstico de ingreso - n (%)	
Respiratorio	12 (13.5)
Cardiovascular	33 (37.5)
Neurológico	19 (21.4)
Otros	24 (27.3)
Edad meses - Mediana (RIQ)	18 (4-54.5)
Días de AVM - Mediana (RIQ)	43 (25-109)
Días AVM hasta TQT - Mediana (RIQ)	13.5 (8-21)
Días de desvinculación de AVM - Mediana (RIC)	4 (1-15)
Días libres AVM - Mediana (RIQ)	30.5 (13 - 148)
Días de uso de la cánula - Mediana (RIQ)	100 (39-365)
Protocolo de decanulación SI - n (%)	50(57)
Decanulación -% (IC95%)	59%(48-69)
Re-canulados - n (%)	11 (12.5)
Motivos falla - n (%)	
Estenosis subglótica	10 (90)
Granuloma	1 (10)
Días UTIP - Mediana (RIQ)	56 (32.5-98.5)
Días internación total - Mediana (RIQ)	91 (58.5-148)
Mortalidad - n (%)	9(10)
Alta primer internación con TQT - n (%)	51 (5)

0135 VIRUELA SIMICA EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

JJ NAVOTKA(1), AN GUTIERREZ(1), MF MENDIETA(1), JM OCHOA(1), L MAIDANA(1), J GOMEZ(1), AM COCERES(1), AM OJEDA(1), G CORIA(1), M AUDIZIO(1), A LARROZA(1), G GARAU(1), G SANCHEZ NEGRETE(1), L ANDRADES(1)

(1) Hospital De Campaña Escuela Hogar

Introducción: La viruela símica es una zoonosis viral. Pertenece al género Orthopoxvirus de la familia Poxviridae.

Varias especies animales han sido identificadas como susceptibles al virus, como roedores, ardillas y monos. Se transmite de una persona a otra por contacto cercano con lesiones, fluidos corporales, gotitas respiratorias y materiales contaminados. El periodo de incubación suele ser de 6 a 13 días, pero puede oscilar entre 5 y 21 días. Suele ser autolimitada pero puede ser grave en población pediátrica, personas gestantes o personas con supresión inmunitaria debido a otras condiciones de salud.

Caso clínico: Paciente masculino de 24 años de edad, oriundo interior de Corrientes, HIV de reciente diagnóstico, sin otro antecedente conocido. Consulta a centro de salud de su localidad por presentar disnea CF II, tos seca, Pérdida de pesos en los últimos meses, fiebre, ulcera en cavidad bucal, muguet, disfgia exantemas papulares, maculares y vesiculares en miembros inferiores, genitales, región glútea,, por lo que es internado asumido el cuadro como síndrome de consunción y neumonía grave en paciente inmunodeprimido, iniciando piperacilina tazobactam, vancomicina, TMS; 20 días después evolución con neumotorax y neumomediastino derivándose a centro de mayor complejidad ingresando a UTI, en mal estado general, se coloca tubo de avenamiento pleural izquierdo, en insuficiencia respiratoria grave se conecta ARM. Se pancultiva e inicia imipenem, vancomicina, TMS tratamiento por alta sospecha de pneumocystis jiroveci. Por las lesiones cutáneas se solicita PCR para poxvirus Monkeypox la cual da positiva, iniciando medidas de aislamiento y sosten sintomático. 72hs a su ingreso en fallo multiorgánico se produce el óbito. (procalcitonina ingreso 4.72ng/ml, hemocultivo negativo, BAL flora habitual, BAAR negativo, VDRL negativo, SARS-COV-2 negativo).

Discusión: El manejo clínico de las personas con viruela símica es sintomático, ante la sospecha clínica el diagnóstico se realiza por medio de PCR de material de la lesión cutánea. Los tratamientos antivirales específicos, como tecovirimat se encuentran aprobado pero no disponible en nuestro país.

Conclusión: Si bien representamos una región no endémica, hay que sospecharla en forma temprana para generar acciones para el control de la transmisión, rastreo y seguimiento clínico - epidemiológico principalmente en grupos de mayor vulnerabilidad como pediátricos, embarazadas e inmunocomprometidos.



0136 UBICACIÓN INFRECUENTE DE ACTINOMICOSIS

C ROGGIERO(1), N RAIMONDI(1), M ALBARRACIN(1), P ANTON LLADO(1), S NAPOLI(1), C RAVA(1), L BARRIOS(1)
(1) Fernandez

Introducción: La actinomycosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por bacterias del género *Actinomyces*, anaerobias Gram-positivas. Se caracteriza por la formación de abscesos o tumores preferencialmente en partes blandas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 86 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial consulta por cuadro de astenia progresiva asociado a somnolencia; al ingreso al hospital presenta convulsiones con realizándose tomografía con evidencia de formación hipodensa expansiva heterogénea talámica derecha y edema subcortical parietal posterior izquierdo en dedo de guante; se realiza tratamiento anticimicial y pasa a Terapia Intensiva.

Se completa estudios con resonancia magnética de cerebro que informa dos colecciones heterogéneas localizadas sobre el tálamo derecho y sobre la unión cortico subcortical del lóbulo parietal izquierdo, de 46 y 31 mm respectivamente, ambas hiperintensas en

T2 con restricción en la señal en difusión y realce periférico con contraste endovenoso.

Se programa con servicio de Neurocirugía biopsia estereotáxica de lesión talámica con evidencia de colección de aspecto purulento y anatomía patológica con hallazgo de filamentos de *Actinomyces*. Iniciando tratamiento con penicilina.

A las cuatro semanas se realiza nueva resonancia donde evidencia aumento de edema perilesional por lo que se realiza evacuación de colecciones y se rota esquema antibiótico a vancomicina. Tras dos semanas se repite resonancia magnética con disminución franca de colecciones.

Discusión: La actinomycosis es una enfermedad poco común en la actualidad, que puede ser grave si no se diagnostica y trata adecuadamente presentando buena evolución.

Conclusión: En esta localización infrecuente fue importante el abordaje multidisciplinario para la evolución del paciente.

0138 REPORTE DE CASO: FALLA HEPÁTICA FULMINANTE SECUNDARIA A CONSUMO DE COCAÍNA

F MEDINA(1)

(1) Hospital Argerich

Introducción: La insuficiencia hepática aguda se caracteriza por falla hepática, encefalopatía y tiempo de protrombina elevado en un paciente sin enfermedad hepática preexistente. Sin el tratamiento adecuado el pronóstico es sombrío por lo que el reconocimiento y tratamiento precoz son cruciales.

Presentación del caso: Masculino de 36 años, sin antecedentes patológicos, acude a guardia externa por deterioro del sensorio en una fiesta privada. A su ingreso hemodinámicamente estable, afebril, Glasgow 3/15, pupilas intermedias isocóricas reactivas. Se realiza IOT/ARM y se decide su internación. TC de cerebro de ingreso informa cefalohematoma parietooccipital derecho, no significativo. Se realiza laboratorio que evidencia leve alteración de la función renal y hepática. Toxicológico en orina positivo para cocaína, serologías negativas. Evolucionando en 24 hrs con falla multiorgánica: IRA, falla hepática hiperaguda, coagulopatía y plaquetopenia por lo que se decide su internación en unidad cerrada. Se interpreta el cuadro como falla hepática fulminante secundaria a consumo de cocaína por lo que se interconsulta con servicio de trasplante hepático para eventual ingreso a lista de trasplante y servicios de toxicología de hospitales Fernandez y Posadas. Paciente evoluciona inestable, con requerimientos de vasoactivos y anúrico, en hemodiafiltración veno-venosa continua. Presentó midriasis izquierrda arreactiva evolucionando rápidamente hacia la parada circulatoria.

Discusión: Los fármacos y tóxicos son la primera causa de fallo hepático fulminante. La hepatotoxicidad inducida por cocaína está descrita en animales pero existen muy pocos casos documentados en humanos. La escasez relativa de estos casos a pesar del uso extendido de la droga sugiere algún modo de susceptibilidad individual o asociación de cofactores en casos graves.

Conclusiones: Dado el aumento de consumo de cocaína consideramos que debe tenerse en cuenta como agente etiológico en casos de hepatotoxicidad grave, considerando su rápida evolución a fallo multiorgánico.

Autores: Medina, F. País, V. Garaña, V. Guaicha Pulla, E. Balauz, M. Pello, S. Santoro, L. Tonelli, C. Piccola, V. Cozzani, C.



0139 ATEROEMBOLIA MASIVA SECUNDARIA A AORTA SHAGGY O ESPICULOANFRACTUOSA

MC PALACIO(1), C QUINTANILLAS(1), JC MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), J CAMARGO(1), O MARTINEZ(1), F AVILA(1), A GUTIERREZ(1), C REYES(1), M PATARO(1)
(1) Sanatorio Anchorena Itoiz

Introducción: Se define como aorta Shaggy o aorta espiculoanfRACTUOSA a la degeneración ateromatosa extensa de la aorta con superficie friable que predispone a su ulceración difusa con exposición del contenido de la placa y complicaciones embólicas asociadas.

Introducción: Paciente masculino de 66 años, con antecedentes de: hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, tabaquista, internación reciente por ACV isquémico frontal derecho cardioembólico por debris aórtico y anticoagulado.

Ingresa por cuadro de insuficiencia renal crónica reagudizada con requerimiento de terapia de reemplazo renal y livideces por embolias periféricas, digitales bilaterales, gemelos, glúteos y flancos. Se realiza angiogramografía de tórax y abdomen donde se reconoce aterosclerosis parietal difusa de la aorta toracoabdominal, con irregularidad parietal y zonas de reducción segmentarias, compatible con Aorta espiculoanfRACTUOSA o Aorta Shaggy.

Evoluciona tórpidamente con embolias distales masivas, se realiza seguimiento por Servicio de hemodinamia y la colocación de endoprotesis Aortica cubriendo Aorta descendente torácica por debajo de la arteria subclavia izquierda por 20 cm. Se consensua tratamiento médico con antiagregación plaquetaria y estatinas. Evoluciona con progresión de embolias masivas. Múltiples interurrencias y fallece.

Discusión: En el Síndrome de Aorta Shaggy la embolización distal difusa de partículas de colesterol puede presentar daño renal agudo, pancreatitis, isquemia mesentérica y mielitis isquémica. Existe fuerte asociación con factores de riesgo cardiovascular. La anticoagulación está contraindicada pues podría favorecer la inestabilidad de los trombos murales y exacerbar el riesgo embólico. La reparación quirúrgica tiene un riesgo muy elevado de embolia.

Conclusión: La Aorta Shaggy es una entidad grave con riesgo aterembólico masivo recurrente con grandes interrogantes en el manejo medico e intervencionista.

0140 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y MORTALIDAD EN UTI

VP LOBO, M ISA(1), J PEREZ ROMERO(1), R DILACCIO(2), R CASAS(1), F VILLEMUR(1), M ROTH(1), D AMAYA(1)
(1) Clinica Regional Del Sud. (2) Clinica Regional Del Sud

Introducción: La insuficiencia renal aguda (IRA) es un síndrome clínico que se caracteriza por la pérdida brusca de la función renal, que se asocia con frecuencia a un recorte de diuresis, y que da lugar a una elevación de los productos nitrogenados en sangre y una alteración en la homeostasis del organismo. La IRA puede desarrollarse en pacientes ambulatorios, hospitalizados y más frecuentemente en pacientes críticos, estando asociada, en sus formas más severas, a una elevada morbilidad y mortalidad, generando un elevado gasto sanitario.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional desde junio a octubre del 2022 en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica Regional del Sud, de la Ciudad de Río Cuarto, Argentina de donde se recolectaron un total de 37 pacientes que ingresaron a nuestra unidad.

Resultados: Entre los diagnósticos de ingreso a las unidades en su mayoría con el 38% SEPSIS y en segundo lugar con el 5% abdomen agudo perforado entre otros. Se determinó valores de clearance de creatinina con metodo de MDR/CKD-EPI realizado al momento del ingreso y posteriormente al alta en el que encontramos los siguientes resultados: al momento del ingreso el AKI 0 es del 79% y al momento del alta independientemente al valor de AKI de ingreso presentaron en un 40% valores compatibles con AKI III y un indice de mortalidad del 48%.

Conclusión: Es de vital importancia que todo paciente que ingresa a la unidad de cuidados criticos tenga su valoración de AKI con Clearance de creatinina con el cálculo de estimación de filtrado glomerular de MDR/CKD-EPI y así poder determinar los sesgos y realizar conductas de tratamiento adecuada preservando la indemnidad de dicho órgano y disminuyendo en lo mejor posible la toxicidad farmacológica, ya que en breve estudio se pudo valorar el alto índice de mortalidad en los pacientes que presentan como diagnostico iniciar IRA asociada a la patología de base.

0141 EVALUACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR EN EL PUNTO DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS CON NEUMONÍA VIRAL

A FELDMAN(1), G SIBILA(1), B DAGLLIO(1), D VARELA(1), C BENAY, J AGUIRRE, C LOPEZ, N TIRIBELLI, S FREDERES, M LOMPINZANO, M ALIAGA(1), R ALBARADO(1), A GARCIA(1), M RENK(1), C BENAY(1), D QUARANTA(1)
(1) Churruca

Objetivos: Realizar un análisis de los hallazgos de la ecografía pulmonar en pacientes criticos con neumonía viral

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en el que se incluyeron los pacientes ingresados a (UTI) con neumonía desde el 11/11/2023 hasta el 01/05/2023 que requirieron evaluación de ecografía pulmonar. Las variables registradas edad, sexo, duración de ARM, APACHE II, días de ARM, estadía y mortalidad. Los datos se expresaron como media y DS, mediana, RI y %. Los exámenes de ultrasonido en el punto de atención (POCUS) se realizaron con transductores convexos y lineales. El tórax fue escaneado en 12 áreas pulmonares: anterior, lateral y posterior (superior/inferior) bilateralmente. Se escanearon los miembros inferiores para detectar trombosis venosa profunda y se realizó una angiografía tomográfica computarizada de tórax para excluir sospecha de embolia pulmonar (EP). El POCUS de seguimiento se realizó semanalmente y antes del alta de UTI.

Resultados: Ingresaron 180 pacientes, 26 con neumonía viral. La edad 52 ± 16 y el 60 % hombres. El APACHE II 15 ± 8 . La mediana de duración de la ventilación mecánica 11 (RI 10-18) días; duración de la estancia en la UTI fue 22 (RI 20-25) días; tasa de mortalidad 28,1%. Al ingreso en la UTI, POCUS detectó líneas pleurales irregulares bilaterales (78,6%) con líneas B confluentes, consolidaciones (61,7%) y derrames pleurales y cardíacos (22,4% y 13,4%, respectivamente). La trombosis venosa profunda se identificó en el 6,8% de los pacientes, mientras que la angiografía tomográfica computarizada de tórax confirmó EP en 14,7%. Cuatro semanas después del ingreso, POCUS detecto tasas significativamente más bajas ($P < 0.05$) de anomalías pulmonares.}

Conclusiones: La ecografía en el punto de atención mostró líneas B, irregularidades de la línea pleural y consolidaciones variables. Los hallazgos de la ecografía pulmonar disminuyeron significativamente con el alta en la UTI, lo que sugiere una resolución persistente pero lenta de algunas lesiones pulmonares. Aunque POCUS identificó trombosis venosa profunda en menos del 10%, se encontró que 14% tenían EP probada por tomografía computarizada

0143 INVESTIGACIÓN CLÍNICA CON REDACCIÓN ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL: ESTUDIO CRAW

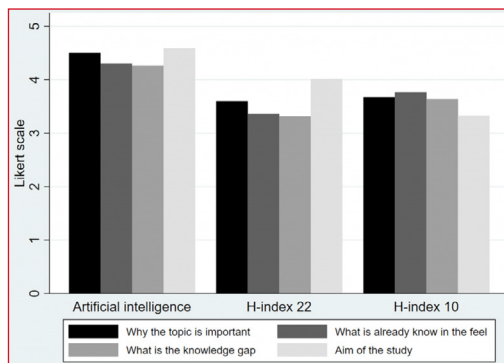
I HUESPE(1), J ECHEVERRI(2), A KHALID(3), I CARBONI BISSO(1), C MUSSO(1), S SURANI(4), V BANSAL(4), R KASHYAP(4)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Universidad Javeriana. (3) Harvard Medical School. (4) Mayo Clinic

Introducción: Este estudio investigó la capacidad de la herramienta asistida por inteligencia artificial (IA), ChatGPT, para redactar la introducción de un manuscrito sobre insuficiencia renal aguda (AKI) en pacientes con sepsis en comparación con investigadores médicos de nivel intermedio y superior.

Métodos: Estudio observacional, de corte transversal y multicéntrico. Se generaron tres introducciones (una escrita por ChatGPT, una escrita por un investigador intermedio y una escrita por un investigador superior) y se evaluaron en una encuesta ciega dirigida a investigadores con diferentes rangos de índice H. Los investigadores evaluaron la calidad de las introducciones de acuerdo a los cuatro componentes de las directrices STROBE, y trataron de identificar cuál fue escrita por humanos y cuál por IA.

Resultados: Un total de 80 investigadores de 5 continentes participaron en la encuesta, con un rango de índice H de 1 a 96. En comparación con los investigadores humanos, ChatGPT obtuvo una puntuación más alta en los cuatro componentes de las introducciones. La sensibilidad y especificidad de los participantes para identificar si la redacción fue realizada por humanos o por ChatGPT fue baja (22,4% y 57,6%, respectivamente).

Conclusión: El estudio encontró que ChatGPT, la herramienta asistida por IA, puede crear contenido de investigación comparable a la redacción de un investigador médico experto. ChatGPT obtuvo una calificación más alta que los investigadores de nivel intermedio y superior en la redacción de la sección de antecedentes de un estudio clínico en cuidados intensivos. Asimismo, los participantes tuvieron dificultades para distinguir entre la redacción de ChatGPT y la de los investigadores humanos.



1014 REPORTE DE CASO: FÍSTULA ESOFAGOPELURAL EXTENSA COMO COMPLICACIÓN DE BALÓN DE SENGSTAKEN BLAKEMORE: UN DESAFÍO TERAPÉUTICO

MM ABBATE(1), J EPELE(1), S REYNOSO(1), V THOMAS(1), C GODDIO(1), G SARAVÍ(1), M ALARCÓN(1), C BRANDAN(1), J CARMINATTI(1)
(1) Hospital Zonal De Trelew

Introducción: Una fístula esofagopleural constituye una eventualidad poco reportada en la literatura como complicación tras la colocación de una sonda de Sengstaken Blakemore (SSB). La terapéutica es compleja e incluye un manejo multidisciplinario.

Caso clínico: Paciente de 52 años con antecedentes de hepatitis C tratada, hipertensión portal y várices esofágicas ingresa por shock hipovolémico secundario a hemorragia digestiva alta. Se realiza VEDA de urgencia: várices esofágicas sangrando activamente. Se coloca SSB. Ingres a UTI en AVM, inestable hemodinámicamente, requiere vasopresores, octeotride y hemoderivados. A las 36 horas se retira SSB, sin evidencia de sangrado.

Intercurre con intolerancia a alimentación enteral; la radioscopia muestra sonda K108 en hemitórax derecho. En VEDA y posterior TAC se diagnostica fístula esofagopleural de 8 centímetros, sin afectación mediastínica. Se coloca tubo pleural y stent esofágico. Posteriormente se constata stent migrado y empiema. Requiere yeyunostomía para alimentación. Se decide terapia de vacío endoluminal (endoVAC) intracavitario, con VEDA para lavado y recambio de sonda cada 72 horas. Evolución favorablemente disminuyendo la brecha a 5 centímetros. Intercurre con shock séptico, no se progresa con maniobras invasivas por solicitud familiar y obita.

Discusión: En casos de hemorragia variceal no controlada, se recurre al taponamiento con SSB por 24 horas como puente a otra terapéutica. Puede complicarse con necrosis y perforación, por lo que se debe controlar la presión y volumen de la SSB.

Si bien la perforación esofágica es una complicación descripta, la fístula esofagopleural constituye un evento poco documentado en la bibliografía, de alta mortalidad y difícil tratamiento.

En nuestro paciente el stent esofágico falló por migración. Ante dicho escenario decidimos realizar endoVAC. Pese a ser una brecha grande, disminuyó el tamaño de la fístula esofagopleural y el foco infeccioso con tratamiento médico, endoscópico y quirúrgico.

Conclusión: La fístula esofagopleural constituye un evento excepcionalmente reportado en la literatura como complicación de la colocación de una SSB. Por la complejidad de su manejo obliga en ocasiones a recurrir a recursos terapéuticos como el endoVAC, constituyendo una experiencia inédita en nuestra institución.



1016 TROMBOSIS VENOSAS MÚLTIPLES DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

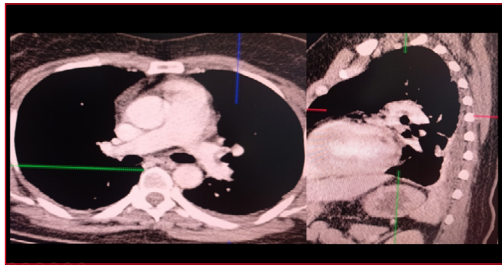
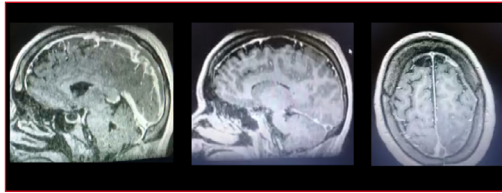
F PIRCHIO(1), B SANCHEZ(1), B MERES(1), M LATIMORI(1), F GARAVELLI(1), F DIPALO(1), M RE(1), N RONCCHETTI(1), S GATTINO(1), C SETTECASE(1), D BAGILET(1)
(1) Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: La enfermedad tromboembólica (ETE) es resultado de varios factores: condiciones hereditarias y adquiridas (embarazo; puerperio; fármacos; enfermedades mieloproliferativas; neoplásica).

Caso: Mujer de 49 años, antecedentes de ligadura tubaria. Ingresó por deterioro del sensorio y convulsiones. Normotensa, febril, GCS 13/15, bradipsiquia, paraplejía, paresia braquial derecha 2/5 y braquial izquierda 4/5, Babinsky positivo bilateral, sin meningismo. Laboratorio: Hb 8,5 g/dl; Gb 18.000/mm³; Plaquetas 325000 mm³; Cr 0,7mg%; Ur 40mg%; TP 12"; KPTT 21; Fibrinógeno 290 mg/dl; Dímero D 4 μg/ml. Tomografía de cráneo normal. LCR: turbio, presión normal, 5 elementos, 0,68 g/l glucosa, 0,5 gr/l proteínas, lactato 2 mmol/l. Inició Ceftriaxona-Aciclovir. Resonancia de encéfalo: hemorragia intraparenquimatosa (HIPE) parietal izquierdo de 10x25mm; hemorragia subaracnoidea. Defectos de rellenos en los senos venosos sagital superior, transverso, sigmoideo derecho y vena yugular. FILMARRAY LCR: negativo. Inició anticoagulación con enoxaparina. Evolucionó con disnea y dolor torácico. Tomografía de tórax y abdomen: trombosis pulmonar y vena renal izquierdas. Se aumentó dosis de enoxaparina. Frotis normal. Mutación JAK2-BCR ABL negativas; Vitamina B12 y homocisteína normales. ACL-B2G6PI: negativo; IGM e IGG ANTI B2 GPI: 3,2 U/ML; ACS anticardiolipinas normales; ACL - B2G6PI: negativo; IGM - IGG ANTI B2 GPI: 3,2 U/ML; Ac. lúpico: 1,25; FR: 8; FAN: Negativo. C3-C4-CH50: normales. MUT G20210A y G1691A: negativas. Proteína C, S, antitrombina, CEA, CA 125, CA 19,9, CA 15.3: negativos. Ecografías ginecológica y tiroidea: normales. Externada con recuperación neurológica completa.

Discusión: En ETEV la afectación de senos venosos, miembros superiores, lecho esplácnico y renal es inusual. La trombosis venosa cerebral (TVC) puede asociarse a hemorragia subaracnoidea o intraparenquimatosa. La asociación con TEP es infrecuente. Las trombosis múltiples, idiopáticas, recurrentes o en sitios inusuales obligan

descartar neoplasia oculta (4,7 – 23%). Conclusión: La TVC debe considerarse ante pacientes jóvenes con cuadros neurológicos poco claros. HIPE no es contraindicación para el inicio de anticoagulación ante su coexistencia.



0147 SOSTEN DE POTENCIAL DONANTE CON HIPOXEMIA REFRACTARIA EN POSICIÓN PRONO

F ARANCIBIA(1), B FERNANDEZ(1), C CLAROS(1), T HUANCA(1), A MONTES DE OCA(1), W VIDETTA(1), N MONTAÑO(1), L MONTAÑO(1), S QUINTANA(2), S JEREZ(3), J CARDOZO(1), A RODRIGUEZ(4), D ROMERO(1), D BARRIENTOS(1), J MORALES(1), M WILCHES THERÁN(1)

(1) Municipal Eva Perón De Merlo. (2) Municipal Eva Perón De Merlo. (3) Municipal Evas Perón De Merlo. (4) Municipal Eva Perón De Merlo.

Introducción: Se reporta caso clínico de politraumatismo, SDRA y muerte cerebral, cuya hipoxemia refractaria demanda el decubito prono incluso para su traslado hasta quirófano.

Objetivo: Destacar la utilización del estudio PROSEVA y demás metas del ARDS network para sostener potencial donante con hipoxemia refractaria generadora de FOMS.

Caso clínico: Masculino de 20 años que ingresa por politraumatismo por accidente vehicular, bicicleta sin casco/autobús, con deterioro de conciencia y convulsión tónico clónica generalizada. Se realiza estabilización, IOT y AVN. TC de encéfalo: hemorragia subdural laminar izquierda en región de la tienda del cerebelo, contusión frontal sin desviación de la línea media, múltiples focos contusivos puntiformes frontales, en núcleo lenticular y cápsula interna. fractura de los huesos propios de la nariz, cuerpo maxilar inferior derecho y ángulo del maxilar inferior izquierdo. TC de columna cervical sin alteraciones. TC de tórax fractura de primero y segundo arcos costales derechos, contusión pulmonar bilateral. Neumotorax laminar izquierdo. RX : fractura de fémur izquierdo. Neurocirugía con conducta expectante. traumatología: colocación de férula de yeso en miembro inferior izquierdo para estabilización. Cirugía sin conducta.

Ingres a UTI con TC de control sin cambios. Intercurre con hipoxemia refractaria que requiere analgesia multimodal y BNM. Se prueban vacaciones de sedación con mala respuesta. se optimiza analgesia multimodal y BNM. Se efectúa primer ciclo de prono por 48 horas sin respuesta, se supina con PAFI 146. Por caída de PAFI y mala mecánica ventilatoria, se decide segundo ciclo de prono por 24 horas con PAFI de 198. Presenta diabetes insípida, se indica Desmopresina. Posteriormente se torna midriático bilateral. conserva drive respiratorio. TC de control con edema cerebral difuso con hipodensidad a nivel del tronco encefálico. En Tórax: consolida-

ción bibasal más broncograma aéreo. Presenta SDRA refractario, midriasis bilateral arreactiva, reflejos corneal y tusígenos negativos. CUCAIBA diagnóstica muerte encefálica y certifica el fallecimiento. Con inestabilidad hemodinámica, un nuevo ciclo de prono y mantenimiento a corto plazo de la función orgánica, finalmente ingresa a quirófano para ablación de órganos: hígado, riñones y corneas. sin complicaciones.

Conclusiones: No se encontro ningún reporte similar pudiendo sentarse un precedente de un procedimiento para otro grupo de profesionales.

0151 ABSCESO CEREBELOSO IZQUIERDO SECUNDARIO A OTITIS MEDIA CRONICA COMPLICADA A PROPOSITO DE UN CASO EN LA TERAPIA INTENSIVA

M NOEMI(1), J CARDOZO(1), F ARANCIBIA(1), A RODRIGUEZ(1), S JEREZ(1), L MONTAÑO(1), S QUINTANA(1), D ROMERO(1), D BARRIENTOS(1), C CLAROS(1), W VIDETTA(2), A MONTES DE OCA(1), A TAMAYO(3), S CARABAJAL(1), B FERNANDEZ(1), T HUANCA(1)

(1) Municipal Eva Perón De Merlo. (2) Municipal Eva Perón De Merlo. (3) Municipal Eva Perón De Merlo

Introducción: Colección focal dentro del parénquima como consecuencia de infecciones, traumatismos o cirugía por propagación directa de organismos de un sitio contiguo como el oído.

Objetivos: Conocer y aplicar conocimientos sobre el absceso cerebeloso secundario a OMC en adultos , para el diagnóstico y tratamiento.

Caso clínico: Masculino de 35 años con antecedentes de otitis recurrentes desde la infancia, ingresa por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por otalgia izquierda, cefalea, con exacerbación del cuadro con torrea, mareos, náuseas, vómitos y malestar general se indica internación en sala y ceftriaxona. TC : aumento del espesor del seno sigmoideo izquierdo con aérea hipodensa que presenta realce periférico de 13x8 mm. oído izquierdo con ocupación de oído medio y de celdillas mastoideas, otomastoiditis aguda izquierda. RMN :presencia de absceso cerebeloso de 28x13 mm, en comunicación con el oído medio y celdillas mastoideas en correlación con otomastoiditis complicada con absceso cerebeloso izquierdo.

Se realiza drenaje de absceso cerebeloso secundario a otomastoiditis complicada, otorrinolaringología efectiva abordaje por oído izquierdo donde se observa secreción purulenta , se indica anatomía patológica y cultivos , Neurocirugía realiza craneotomía suboccipital lateral izquierdo evidenciando absceso , realiza corticotomía cerebelosa mas lavado y toilette más duroplastia con fascie de musculo y cierre.

Cursa POP inmediato en UTI ,Glasgow 15/15, se escala tratamiento antibiótico vancomicina , metronidazol y ceftriaxona. TC de encéfalo a las 48 Hr colecciones hemáticas residuales signos de neumoencefalo con línea media conservada, colección en cara anterior de región cervical izquierda, corroborándose con ecografía. sin conducta quirúrgica.

Posteriormente paciente evoluciona clínicamente estable sin complicaciones postquirúrgica con cultivos de Hueso, LCR y Secreción, Hemocultivos negativos con Serologías negativas pasa a sala . en seguimiento por otorrinolaringología y neurocirugía.

Conclusión: El absceso cerebral puede ocurrir como una complicación de la OM supurativa aguda y crónica. Debemos sospechar de abscesos otogénicos en pacientes con antecedentes de enfermedad crónica del oído y nuevos síntomas de fiebre, cefalea y náuseas como los más comunes. Actualmente, la TC y RNM simple y contrastada, permiten el diagnóstico de las lesiones cerebrales sospechosas de absceso, siendo rara en adultos. Su pronóstico depende del diagnóstico oportuno, y combinación de antibióticos y drenaje quirúrgico.

0154 REPORTE DE CASO CLÍNICO: ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-RECEPTOR N-METIL-D-ASPARTATO

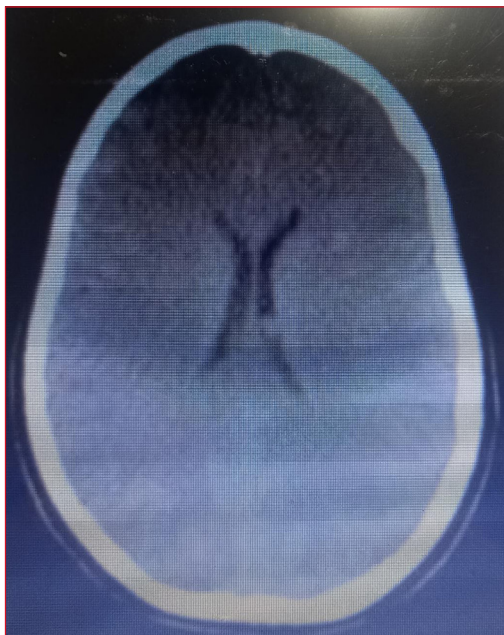
R CARBALLO OROZCO(1), A ALLER(1), C BARRIOS(1), C BALASINI(1), M CAPRILES(1), P SÁNCHEZ(1), W ARGANA(1)
(1) Pirovano

Introducción: La encefalitis asociada a anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato (NMDAR) se caracteriza por la presencia de anticuerpos contra la subunidad GluN1 del NMDAR. Los pacientes suelen ser adultos jóvenes, predominantemente mujeres, y niños/as que presentan de manera rápida y secuencial: psicosis, movimientos anormales, disfunción autonómica y coma.

Presentación del caso: Femenina de 24 años que consulta por cuadro de cefalea holocraneana, acufenos, alucinaciones auditivas e irritabilidad, de 72 hs de evolución. Se realiza TC de cerebro y un laboratorio completo, ambos sin particularidades. Se interpreta como un brote psicótico, se le otorga el alta con risperidona y lorazepam. Evolucionó en forma ambulatoria con crisis tónico clónica y deterioro del sensorio. Ingresó GCS 8/15 (O2V2M4), afebril, con movimientos mucolinguofaciales estereotipados y desconexión con el medio, se realizó intubación orotraqueal-ARM, carga y mantenimiento de fenitoína, angioTC cerebro, pantomografía y laboratorio sin alteraciones, punción lumbar y FilmArray de panel meníngeo e hisopado para COVID negativo. Se evidenció en el electroencefalograma actividad epileptiforme focal derecha. Inicia tratamiento con solumedrol 3 dosis y Gamaglobulina por 5 dosis sin mejoría. Una nueva punción lumbar informa anti-NMDA positivo, confirmando el diagnóstico de Encefalitis Autoinmune y se inicia tratamiento de con rituxumab a dosis de 6,25 gr semanal por cuatro dosis, con franca mejoría a tratamiento.

Discusión: Las mujeres, representan 80% de los casos notificados, siendo el teratoma de ovario y la infección por virus del herpes simple (VHS) los desencadenantes más frecuentes. Los diagnósticos diferenciales que más importantes son la esquizofrenia, encefalopatía de Hashimoto, vasculitis primaria del sistema nervioso central, encefalopatía por priones, linfomas primarios del SNC y la gliomatosis de lóbulo temporal, entre otras entidades.

Conclusiones: La encefalitis anti NMDAR representa un síndrome de gran importancia a considerar en la práctica clínica, es una afección grave y potencialmente mortal que puede confundirse inicialmente como un trastorno neuropsiquiátrico. El reconocimiento precoz es fundamental porque, a pesar de su gravedad, la mayoría de los pacientes responden a la inmunoterapia.



0155 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACION DE LA TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA GUIADA POR FIBROBRONCOSCOPIA VS LA TECNICA QUIRURGICA

D ROMERO(1), A RODRIGUEZ(1), W LLANOS(2), W VIDETTA(1), A MONTÉS DE OCA(1), H COLLAZOS(1), A TAMAYO(1), F ARANCIBIA(1), N MONTAÑO(1), C ROJAS(3), S QUINTANA(1), J CARDOZO(1), S JEREZ(1), R NUÑEZ(4), D ALBARRÁN(5), G ALVAREZ(2), ME GONZALEZ(4)
(1) Hospital Municipal Eva Peron De Merlo. (2) Hospital Mariano Y Luciano De La Vega. (3) Mariano Y Luciano De La Vega. (4) Mariano Y Luciano De La Vega. (5) Marino Y Luciano De La Vega

Introducción: La Fibrobroncoscopia (FBC) como guía de la Traqueostomía Percutánea (TP) tiene ventajas al compararla con la Cirugía abierta, con un menor número de complicaciones.

Objetivo: Evaluar las complicaciones mayores y menores periprocedimiento de la TP por médicos de UTI versus la quirúrgica.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo descriptivo, de pacientes internados en 2 UTI de los Hospital Municipal Eva Perón de Merlo y Provincial de Moreno de Enero 2019 a Diciembre 2022, 4 años. Criterios de inclusión: Edad mayor de 18 años, indicación de TP guiada por FBC, firma de consentimiento informado. Se registraron como Complicaciones inmediatas, durante el procedimiento o con presentación después de la inserción de la cánula de traqueotomía, Tempranas (< 7 días) y tardías (> 7 días). Se anotaron variables clínica-demográficas y registro de complicaciones presentes.

Resultados: Registramos 84 pacientes a quienes se les practicaron traqueostomía, 48 (57,1%) convencional y 36 (42,9%) TP, 52 (61,9%) hombres. La diferencia de edad entre los grupos fue de 60 a 75 años para la TQT con técnica abierta y menos de 45 años TP. Se estimó el valor de p para pacientes con TP y de 22 para la convencional, Las indicaciones de la TP fueron AVM prolongada 84 % vs 62 % de la abierta, lesión neurológica 32,2% vs 22,2%. Existieron 2 complicaciones menores inmediatas en el grupo de la TP guiada por FBC, Arritmia cardíaca (taquicardia en 6 pacientes y bradicardia sinusal en 2) y sangrado moderado en 2. Dos tipos de complicaciones mayores tardías (fístula traqueoesofágica en 2 pacientes y una f. traqueocutánea) y 6 menores inmediatas (sangrado moderado, desaturación leve, hipotensión transitoria y taquicardia sinusal en el grupo de Cirugía tradicional, sin reporte de mortalidad en ambos grupos).

Conclusiones: La TP guiada por FBC es una técnica segura y efectiva para la realización de traqueostomía cuando se efectúa por personal entrenado con seguimiento de Protocolos, sin presentación de complicaciones mayores, con mayor eficacia al tener un tiempo más corto de realización, sin necesidad de conversión a una técnica abierta y con mortalidad 0.

0156 DENGUE EN TERAPIA INTENSIVA. REPORTE DE CASOS

V CHEDIACK(2), V CHEDIACK(1), P SAUL(2), Y LAMBERTO(2), S CACERES(2), L GONZALEZ(2), M GALINDO(2), MDLM NANO(2), R GREGORI SABELLI(2), L DOLDAN(2), V EMEDE(2), L MILAR(2), A PACOVICH(2), E CORTES(2), ER CUNTO(2)
(1) Hospital Muñiz. (2) Muñiz

Introducción: El dengue es una enfermedad que afecta a cuatrocientos millones de personas a nivel mundial, con una tasa de mortalidad de 2.5%. El 2% de los pacientes presentan dengue grave. En el 2023 en Argentina se registraron hasta la semana epidemiológica 20, 106.672 casos, con 57 pacientes fallecidos. Se reportan pacientes ingresados en terapia intensiva desde enero a abril de 2023. Se evaluó sexo, presencia o no de comorbilidades, serotipo y mortalidad. Se realizó estadística descriptiva: porcentaje, Media (M) y rango (R) (mínimo-máximo)

Reporte de casos: Fueron 18 pacientes, de los cuales dos fueron importados, 12 fueron serotipo DEN-2, 1 DEN-1 y 5 no determinado. 72% fueron de sexo femenino, M y R de la edad fue 43 años (16

-74 años), mortalidad del 11% (2 pacientes), con comorbilidades: 66.6% (diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía, peritonitis purulenta, fenilcetonuria, enfermedad por Citomegalovirus). Dengue grave: 55.5%, con signos de alarma 38.8%. La M y R del hematocrito al ingreso fue: 42.5% (32.5-52%), recuento de plaquetas: 48833/ μ l (3000-143000), transaminasas: GOT: 312.4 U/l (15-1178), GPT: 245.2 U/l (29-992). Un paciente presentó compromiso renal, 11 compromiso hepático (3 pacientes con hepatitis). El 100% de los pacientes presentaron dolor abdominal.

Discusión: El dengue es una enfermedad con presentaciones que requieren internación en terapia intensiva. En nuestro hospital se diagnosticaron hasta la última semana de mayo, 635 casos de dengue y 18 requirieron internación en terapia intensiva, con 2 pacientes fallecidos, uno por peritonitis purulenta y otro por coinfección por Citomegalovirus. Ningún paciente presentaba antecedentes de dengue previo, uno presentó enfermedad por Chikungunya previa y se descartaron otras etiologías de síndrome febril inespecífico. En la literatura el porcentaje de internación en terapia intensiva es similar a nuestro reporte, pero el predominio era de sexo masculino. Es importante el alto porcentaje de dolor abdominal como signo de alarma.

Conclusión: Presentamos un reporte de casos ya que la circulación de varios serotipos aumenta el riesgo de casos graves. Si bien, solo un pequeño porcentaje requiere internación en terapia intensiva, el reconocimiento precoz de los signos de alarma, internación y tratamiento mejora la sobrevida.

0157 UROPERITONEO Y UROTORAX NO TRAUMÁTICO

E ARTIGAS(1), A RODRIGUEZ(1), N LISTA(1), E AGUIRRE(1), R GREGORI(1), V AUTERI(1), E DI VIRGILIO(1), I PRIETO(1), D DOMINGUEZ(1), M FLORES MONTE(1), G PIOVANO(1), S SANTILLAN(1), M CIELICOVSKY(1), E CUNTO(1)
(1) Htal Dr Prof Francisco J. Muñiz

Introducción: Urotórax y uroperitoneo se definen como presencia de orina en espacio pleural y espacio peritoneal.

Se pueden dividir en dos categorías: obstructivo, por uropatía obstructiva bilateral o traumático, debido a una lesión traumática unilateral del sistema urinario.

Se presenta este caso como una complicación infrecuente de litiasis renal múltiple.

Presentación del caso: Paciente femenina de 30 años, hiv de transmisión vertical indetectable, litiasis ureteral bilateral, hipertensión, endometriosis. 3 Días de evolución de dolor abdominal y lumbar, asociado a náuseas y vómito. Sin fiebre disuria, polaquiuria y tenesmo vesical.

Al ingreso álgida, deshidratada, con injuria renal aguda. Ingresó a terapia intensiva para monitoreo de la función renal y manejo del dolor.

Evoluciona con distensión abdominal y progresión del dolor a pesar de infusión continua con opioides. Se realizan ecografía abdominal constatándose ascitis, dilatación pielocalicial bilateral asociado a litiasis múltiples en vía urinaria. Se complementa con tomografía de tórax, abdomen y pelvis, observándose derrame pleural bilateral a predominio izquierdo. Ascitis moderada. Adelgazamiento del parénquima renal bilateral, uronefrosis bilateral y litiasis ureteral múltiple. Se realiza paracentesis, muestra compatible con orina. Se coloca catéter doble jeta bilateral, tras inyección de contraste no se evidencia fuga de contraste.

Evoluciona con disminución del dolor, resolución de ascitis y derrame pleural, recuperación de la función renal.

Tras la evolución del cuadro, con resolución ad integrum tras desobstrucción de vía urinaria se concluye cuadro como uroperitoneo y urotórax atraumático.

Discusión: En pacientes con urotórax, el derrame pleural suele tener las características bioquímicas de un trasudado, con un pH inferior a 7,30 y una relación líquido pleural/creatinina sérica superior a 1. Características no siempre presentes y poco específicas.

Si bien han sido pocas veces descriptos probablemente son más frecuentes de lo que se reconocen debido al bajo índice de sospecha.

Conclusión: En ocasiones el diagnóstico de urotórax y uroperitoneo es retrospectivo cuando el derrame y la ascitis se resuelven rápidamente con eliminación de la obstrucción del tracto urinario.

0159 ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTIRRECEPTOR DE N-METIL-D-ASPARTATO (NMDA): REPORTE DE UN CASO.

L BERTORELLO ANDRADE(1), V ORTEGA(1)
(1) Aleman

Introducción: Las encefalitis autoinmunes presentan una incidencia del 5%, siendo la Encefalitis por anticuerpos antirreceptor NMDA la segunda más frecuente, careciendo de una terapéutica estandarizada.

Presentación del caso: Mujer de 16 años que posterior a cuadro gripal, presentó excitación psicomotriz, alucinaciones, labilidad emocional y cambios conductuales. Ingreso a unidad cerrada por estatus no convulsivo con requerimiento de ventilación invasiva. Presentaba neuroimágenes, punción lumbar y FAMEN sin alteraciones; videoelectroencefalograma con desorganización difusa con foco epileptoico bitemporal. Por alta sospecha de cuadro encefalítico autoinmune se solicitaron anticuerpos anti NMDA. Debido a su alta asociación con procesos oncológicos se realizó Resonancia de pelvis y marcadores tumorales que resultaron negativos.

Acorde con la clínica de la paciente se inició tratamiento, recibió 5 días de metilprednisolona 1000 mg y gammaglobulina 2g/kg, sin respuesta, persistiendo con excitación, mutismo, falta de conexión, movimientos involuntarios peribucales y de miembros. Se inició segunda línea con rituximab 1000 mg; recibió 2 ciclos objetivando mejoría clínica tras 6 semanas.

Egreso vigil, verbal, respondiendo órdenes, orientada, capaz de reconocer familiares, movilizándose voluntariamente, con secuela neurocognitiva.

En plan de nueva infusión de rituximab. Se recibió posteriormente resultado detectable para anticuerpos anti NMDA en suero y LCR.

Discusión: Descrita en 2007, asociada al sexo femenino, jóvenes y patología oncológica hasta en un 55%. Se han descrito 3 fases, una prodrómica con sintomatología gastrointestinal o respiratoria inespecífica. Posterior un cuadro psicótico con desorientación, alteraciones en el comportamiento, alucinaciones, déficit de memoria y alteraciones en el lenguaje y última fase con letargia, convulsiones, disautonomía y movimientos anormales.

En nuestro caso se objetivan las 3 fases típicas.

El único método diagnóstico certero es el dosaje de anticuerpos anti NMDA, aunque ante alta sospecha clínica no se debe aguardar el resultado y retrasar la terapéutica.

El tratamiento de elección es la terapia inmunosupresora, habiendo recibido nuestra paciente ambas líneas de tratamiento, persistiendo en la actualidad con deficiencias neurocognitivas.

Conclusión: La encefalitis por anticuerpos anti-NMDA debe ser siempre considerada cuando prime un cuadro clínico compatible. Al tratarse de una patología autoinmune el manejo con inmunosupresores es la terapéutica utilizada.

Es considerada una entidad tratable con una baja mortalidad pero elevada morbilidad. Son necesarios más estudios para implementar un correcto tratamiento.

0160 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN HIPERTENSION PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRONICA A PROPOSITO DE UN CASO

AJ PEREZ DE ANDES(1), P PRATESI(1), J BONORINO(1), S COSENZA(1), R ALMANZA(1), E BELLONE(1), C STEER(1)
(1) Hospital Austral

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTC) es una entidad poco frecuente y con alta mortalidad.

Los síntomas son tardíos con compromiso del 50% de la circulación pulmonar. En algunos casos las manifestaciones clínicas aparecen en contexto de nuevos trombos que llevan a la descompensación. El manejo de estos pacientes es un desafío. El tratamiento de elección es tromboendarterectomía y eventualmente el uso de trombolíticos en pacientes con trombosis agudas sobreimpuestas.

El tratamiento endovascular podría ser útil en pacientes con HPTC descompensados que no son candidatos al tratamiento quirúrgico.

Caso Clínico: Paciente de 79 años con antecedentes coronarios, múltiples eventos de trombosis venosas profundas y cáncer de vejiga. Consultó por disnea progresiva a clase funcional IV, síncope y requerimiento de O₂ suplementario por hipoxemia.

Se realizó angiogramografía que evidenció TEP bilateral de moderado - alto riesgo (PESI 139) de evolución subaguda - crónica. Ecocardiograma con compromiso del ventrículo derecho (TAPSE 14mm), PSAP 75mmHg y Fey38%. Laboratorio con ProBNP 7991. Recibió bolo de heparina sódica e inició anticoagulación.

En ausencia de mejoría clínica se decidió realizar tratamiento endovascular (trombolíticos locales y tromboaspiración). El paciente evolucionó favorablemente con PSAP 40mmHg en ecocardiograma de control y disminución del requerimiento de O₂.

Con mejoría del estado general se otorgó egreso hospitalario.

Discusión: La tromboendarterectomía supone un tratamiento con elevada morbimortalidad que requiere una adecuada selección de pacientes y centros con experiencia.

El tratamiento endovascular es una opción terapéutica para pacientes que no son candidatos al tratamiento quirúrgico.

Conclusión: El elevado riesgo quirúrgico de nuestro paciente representó un desafío a la hora de definir la conducta terapéutica. El tratamiento con tromboaspiración y trombolíticos locales permitió la resolución del cuadro clínico.



0161 FASCITIS NECROSANTE SECUNDARIA A STREPTOCOCCO PYOGENES DE RAPIDA EVOLUCION EN PACIENTE DE 17 AÑOS

MC GUARNACCIA(1), M GARACHANA(1), DA ROVIRA(1), PG URBINATI(1)

(1) Hospital Italiano Rosario

Introducción: El Streptococo Pyogenes forma parte de flora del organismo y en determinadas circunstancias causa infecciones sistémicas en cualquier edad. Se reportó un aumento de casos y muertes relacionado a infecciones sistémicas.

Caso clínico: Paciente de 17 años sin antecedentes ingresa a UTI desde otra institución por fiebre + celulitis axilar de 5 días de evolución, semana previa visitó islas del delta del Paraná, sufre traumatismo punzante en mano derecha.

Posteriormente presenta cefalea, fiebre, mialgias, artralgias, inyección conjuntival, petequias y equimosis sospechando dengue grave inicia tratamiento sintomático, 48hs después por mala evolución se cultiva, inicia antibioticoterapia de amplio espectro, se deriva a nuestra institución.

Ingresa en mal estado general, afebril, hemodinámicamente estable, hiperdinámico, ventilación espontánea con oxígeno suplementario GCS 15/15 sin irritación meníngea, inyección conjuntival, ictericia, petequias, livideses distales, rales crepitantes en base dere-

cha. Celulitis en parte lateral de tórax derecho. Anuria. Hematoma en región inguinopubiana izquierda, dolor 8/10 en MMII. Resto sin particularidades.

Laboratorio: leucopenia, hemoconcentración, hipertransaminasemia, hiperbilirrubinemia, falla renal, coagulopatía acidosis metabólica severa

TAC: edema celular subcutáneo desde bases del cuello, región antero lateral derecha del tórax y la pared abdominal lateral derecha hasta flanco. Compromiso de planos grasos supraclaviculares derecho con extensión a grasa del mediastino anterior. Aumento de volumen, alteración de la densidad del pectoral mayor derecho, dorsal ancho.

Se solicita serología para enfermedades endémicas, ecocardiograma y cultivos.

Expansion con cristaloides, corrección del medio interno y antibioticoterapia empírica de amplio espectro.

Por persiste hiperdinámico se decide vinculación a ARM y posterior paro cardiopulmonario, sin respuesta a maniobras de rcp. 24hs postmortem se recibe HX3 con streptococo pyogenes.

Discusión: Ante un síndrome febril inespecífico por epidemiología de la región se plantearon como diagnósticos diferenciales fiebre hemorrágica argentina, dengue grave, leptospirosis, endocarditis, fascitis necrosante, shock tóxico. Con tomografía y cultivos de ingreso se llegó diagnóstico.

Conclusión: La fascitis necrotizante por estreptococo pyogenes es una infección infrecuente del tejido subcutáneo y de la fascia, con una tasa de mortalidad entre 30 y 70% por progresión rápida a shock y falla multiorgánica. Se desarrolla tras un traumatismo o lesión previa. Clínicamente presenta fiebre, celulitis, edema, crepitación, bullas, necrosis y sepsis. El diagnóstico, tratamiento temprano y agresivo es esencial. Esto incluye inmediata y amplia debridación, antibioticoterapia de amplio espectro y terapia con oxígeno hiperbárico.

0163 BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO SECUNDARIA A TRAUMA CERRADO DE TORAX

BA SANCHEZ, FA PIRCHIO(1), B MERES(1), M LATIMORI(1), F GARAVELLI(1), FR DIPAOLO(1), MD RE(1), NS ROCCHETTI(1), SP GATTINO(1), CJ SETTECASE(1), DH BAGILET(1)

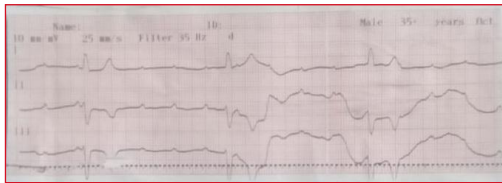
(1) Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: El trauma cardíaco puede ocurrir sin trauma de tórax evidente. Su incidencia oscila entre 16-76%. Mortalidad del 75%. Electrocardiograma (ECG) normal y troponina negativa lo descartan (VPN 95%). La lesión puede ser: penetrante o contusa ocasionada por fuerzas directas y/o por movimientos de aceleración/desaceleración. Las estructuras cardíacas pueden ser afectadas con diversos grados de frecuencia y severidad. El bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVC) es infrecuente, aparece en las primeras 72 horas del trauma, la mitad de los pacientes recuperan el ritmo sinusal en la primera semana.

Caso: Varón de 58 años, sano previo, ingresó por trauma de craneo grave y de tórax cerrado. Tomografías de tórax, abdomen y pelvis, sin particularidades; Tomografía de cráneo: múltiples áreas hiperdensas en todo el parénquima y edema. PIC de 20 mmHg. Normotenso. Presentó bradicardia. ECG evidenció BAVC. Se colocó marcapaso transitorio. Laboratorio: GOT 38 mU/ml (6-40); CPK 599 mU/ml (10-190); CPK-MB 71 mU/ml (4-24); Troponina T al ingreso 0.017 ug/l (0-0.0014) y a las 24 hs 0.044 ug/l. Ecocardiograma: fracción de eyección 63%, sin alteraciones. Evolucionó febril con neumonía asociada a respirador a Proteus mirabilis y Acinetobacter baumannii. Inició antibióticos. Evolucionó desfavorable, falleció a los 11^o día del ingreso.

Discusión: El BAVC producido durante el trauma, se debe principalmente al trauma sobre ventrículo derecho, puede ser transitorio o de aparición tardía. Para su detección se sugiere realizar ECG; ecocardiograma y dosaje de troponinas T, cuya positividad, se asocia a mayor mortalidad.

Conclusión: Sospechar trauma cardiaco en pacientes politraumatizado. Solicitar ECG y troponina como examen inicial para descartarlo.



0164 VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE RESISTENCIA DEL FLUJO ESPLÉNICO EN PERROS HOSPITALIZADOS CON ALTERACIONES CIRCULATORIAS

P DONATI(1), BUENOS AIRES, ARGENTINA, P OTERO(4), L TARRAGONA(4), M MARTÍN FLORES(5), CORNELL UNIVERSITY, A DUBIN(7), ULP

(1) Unidad De Cuidados Intensivos Cooperativa Veterinaria (ucicoop). (2) Buenos Aires. (3) Argentina. (4) Facultad De Ciencias Veterinarias Uba. (5) College Of Veterinary Medicine. (6) Cornell University. (7) Famacología Aplicada. (8) Ulp

Introducción: La valoración del índice de resistencia (IR) del flujo de los órganos abdominales con ultrasonografía Doppler, podría favorecer la detección temprana de las alteraciones hemodinámicas de la circulación esplécnica.

Objetivos: Evaluar el IR del flujo esplénico en perros hospitalizados con alteraciones circulatorias y la valorar la respuesta del IR a un bolo de fluido. Como hipótesis se plantea que los perros con alteraciones hemodinámicas presentan un IR de flujo esplénico mayor en comparación con los perros hemodinámicamente estables (grupo control) y que índice experimenta una disminución significativa tras la expansión con fluidos en los perros con alteraciones circulatorias.

Métodos: Este estudio clínico prospectivo fue realizado en un Hospital veterinario. Se realizó un Doppler esplénico utilizando un ecógrafo portátil en un total de 18 animales durante su ingreso hospitalario. En los animales con alteraciones circulatorias, estas mediciones fueron repetidas luego de un bolo de 30 mL/kg de solución Ringer lactato. Se utilizó la prueba de Mann-Whitney U test o el Wilcoxon signed-rank test según correspondiera y se construyeron curvas tipo Característica Operativa del Receptor (ROC). El cálculo del tamaño muestral se basó en los resultados de un estudio previo (Corradi y col., 2012).

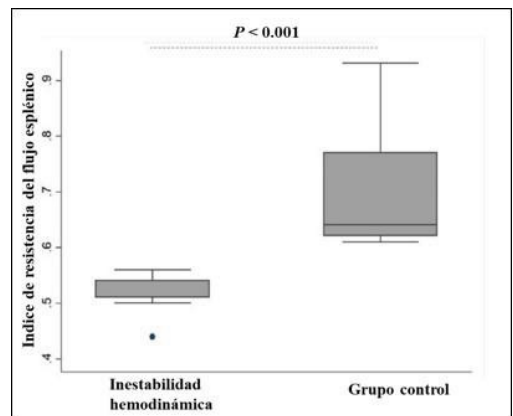
Resultados: Un total de 18 perros fueron escaneados de los cuales 9 presentaron alteraciones hemodinámicas. La mediana del IR del flujo esplénico en perros con compromiso hemodinámico fue mayor que el del grupo control [mediana (IIC) 0,64 (0,62–0,77) vs 0,54 (0,51–0,54), $p < 0,001$]. El mejor valor de corte para discriminar entre los dos grupos fue 0,61, con un área bajo la curva ROC de 1,00 (IC 95% 1,00–1,00), una sensibilidad del 100% (IC 95% 66,4%–100%), una especificidad del 100% (IC 95% 66,4%–100%), un valor predictivo positivo de 100% (IC 95% 66,4%–100%) y un valor predictivo negativo de 100% (IC 95% 66,4%–100%). Luego de la expansión con fluidos, se observó una disminución significativa en el IR del flujo esplénico [(0,64 (0,62–0,77) vs 0,57 (0,54–0,71), $p = 0,007$)].

Conclusiones: El IR del flujo esplénico podría ser de utilidad para la valoración de la perfusión esplécnica en de pacientes con inestabilidad hemodinámica.

Tabla 1. Características basales de los perros evaluados con y sin (grupo control) alteraciones hemodinámicas:

Variable	General (n = 18)	Alteraciones hemodinámicas (n = 9)	Grupo control (n = 9)	p-valor
Edad (años)	9.5 (7-13)	10 (7-13)	9 (8-10)	0.564
Sexo (hembras)	8 (44)	3 (33)	5 (55)	0.637
Peso (kg)	8.0 (5.6)	8.0 (6.7)	8.1 (4.6)	0.987
Temperatura (°C)	37.9 (1.1)	37.8 (1.3)	38.0 (0.7)	0.633
Frecuencia cardiaca (lat/min)	139 (41)	147 (58)	133 (18)	0.522
Frecuencia respiratoria (resp/min)	28 (6)	28 (2)	29 (8)	0.612
Presión arterial sistólica (mmHg)	138 (25) (n = 12)	142 (33) (n = 5)	135 (21) (n = 7)	0.694
Hipotensión	5 (28)	4 (44.4)	0 (0)	0.082
Tiempo de llenado capilar >2 segundos	4 (27) (n=15)	3 (50) (n = 6)	1 (11) (n = 9)	0.235
Lactato (mmol/L)	2.9 (0.8-3.4)	3.4 (3.3-3.8)	0.8 (0.8-1.2)	0.003
Fracción de acortamiento (%)	46 (8.8)	43 (9.7)	49 (6.5)	0.09
LVIDdN (cm peso ^{0.254})	1.45 (0.3)	1.34 (0.4)	1.56 (0.1)	0.109
LVIDdN (cm peso ^{0.117})	0.74 (0.2)	0.74 (0.2)	0.74 (0.1)	0.935
pH	7.32 (0.14)	7.28 (0.18)	7.36 (0.07)	0.311
P _{iv} O ₂ (mm Hg)	35 (34-38)	37 (34-42)	35 (32-36)	0.289
P _{iv} CO ₂ (mm Hg)	44.0 (19.1)	49.3 (8.9)	38.7 (3.3)	0.292
S _{iv} O ₂ (%)	67.9 (21.4)	65.8 (25.2)	69.5 (19.4)	0.745
Exceso de base (mEq/L)	-6 (6)	-7 (8)	-5 (4)	0.595

Los datos son presentados como media (DS), o mediana (IIC), o n (%).
 Abreviaturas: LVIDdN: diámetro interno de fin de diástole del ventrículo izquierdo normalizado al peso elevado a la potencia 0.254; LVIDdN: diámetro interno de fin de sistole del ventrículo izquierdo normalizado al peso elevado a la potencia 0.115; S_{iv}O₂: Saturación de la hemoglobina en la vena yugular; P_{iv}O₂: presión parcial de oxígeno en la vena yugular; P_{iv}CO₂: presión parcial de dióxido de carbono en la vena yugular



0165 SELECCIÓN DEL VOLUMEN CORRIENTE EN FUNCIÓN DEL PESO VERSUS LA DRIVING PRESSURE EN PERROS SANOS. RESULTADOS PRELIMINARES

P DONATI(1), L TARRAGONA(2), G PLOTNIKOW(3), A ZACAGNINI(2), N NIGRO(2), A DÍAZ(2), P OTERO(2)

(1) Facultad De Ciencias Veterinarias Uba. (2) Facultad De Ciencias Veterinarias. Uba. (3) Hospital Británico De Buenos Aires

Introducción: Si bien se ha sugerido que en perros el volumen corriente (VC) normal es de 15 mL/kg de peso real, existe una marcada variabilidad individual. La selección del VC basado en la driving pressure (DP) permite ajustar el VC a la compliance estática del sistema respiratorio (CstatSR) y en consecuencia al tamaño pulmonar real.

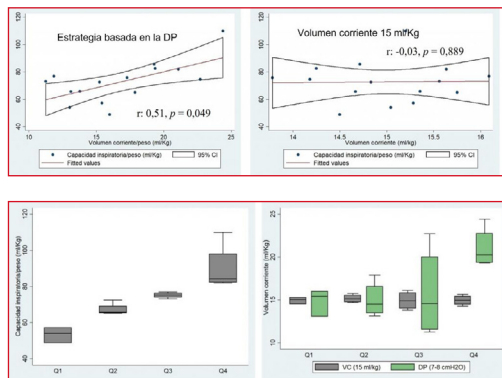
Objetivos: Comparar la selección del VC en función de la DP con la selección del VC en función del peso real. Las hipótesis del presente estudio son que la selección del VC basada en la DP se asocia a un mayor valor de EtCO₂/PaCO₂ y a un mayor valor de CstatSR. Se hipotetiza que en los perros con una mayor capacidad inspiratoria (CI), el VC empleado en la estrategia basada en la DP es significativamente mayor.

Métodos: El presente es un ensayo clínico aleatorizado cruzado realizado en perros sanos sometidos a cirugía de castración. Luego de anestesiarse a los animales se realizó una maniobra de reclutamiento alveolar (MRA) y se midió el volumen espirado luego de la maniobra (CI). Los animales fueron luego ventilados con un VC fijo (15 mL/kg) o el VC basado en la DP (7 cmH₂O) según los resultados de la

aleatorización. Luego de cada estrategia se recolectaron datos de mecánica ventilatoria y se realizaron gases arteriales.

Resultados: Se incluyeron 15 perros. No se observaron diferencias significativas en el EtCO₂/PaCO₂ entre ambas estrategias ($p = 0.099$). Se observó un aumento significativo en la CstatSR en los perros que fueron ventilados con la estrategia basada en la DP [mediana (IQR) 2,32 mL/kg (1,9–2,8) vs. 2,1 mL/kg (1,9–2,4); $p = 0.030$]. La CI mostró una gran variabilidad. En el cuarto cuartil de CI, el VC empleado en la estrategia de DP fue significativamente mayor que el empleado en la estrategia de VC fijo ($p = 0.010$) (Figura 1). Adicionalmente, se observó una correlación lineal positiva entre la CI indexada al peso y el VC (mL/kg) empleado en la estrategia de DP (Figura 2).

Conclusiones: La estrategia ventilatoria basada en la DP permitió ajustar el VC en proporción al volumen de pulmón aireado.



0166 ESTATUS EPILEPTICO EN ADULTO MAYOR. UNA SERIE DE CASOS

A ALIAGA(1), L ROCHA(1), F FREILE(1), R SEGOVIA(1), N MUICELA(1), J VOSS(1), G JACOB(1), A LUQUETTI(1), J MORENO(1), M NAHRA(1)
(1) Español

Introducción: El estatus epiléptico es una urgencia neurológica, siendo la forma de presentación más severa de la epilepsia por su elevada morbi-mortalidad. La Liga Internacional contra la Epilepsia lo define como la falla en los mecanismos responsables de la terminación de las convulsiones que conduce a episodios anormalmente prolongados estableciendo un tiempo de corte de 30 minutos. Aunque este tiempo es considerado excesivo para el inicio de tratamiento por lo que es difícil encontrarlo en la práctica diaria. El estatus epiléptico presenta mayor incidencia después de los 60 años, con un aumento marcado en la mortalidad en esta etapa de la vida, llegando al 50% según lo referido en la literatura. La información con la que se cuenta es escasa, sobre todo ajustado a la población de adulto mayor.

Desarrollo: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados en la Terapia Intensiva con diagnóstico de estatus epiléptico durante el año 2022; la información se obtuvo de la historia clínica digitalizada.

Se contabilizaron 10 ingresos; con una edad promedio de 75 años y un Apache II de 20 pts; su principal forma de presentación fue Tónico-clónica de Inicio Generalizado (60%) seguido de Inicio Focal con conciencia alterada (30%) Con un diagnóstico predominantemente clínico.

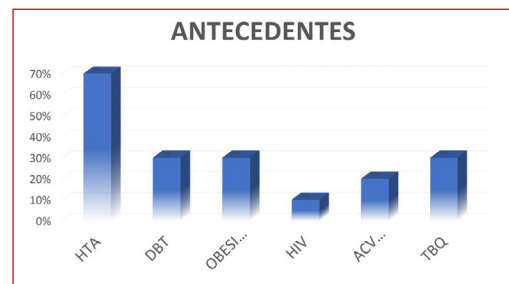
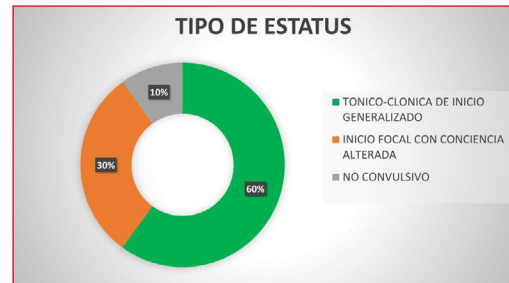
Las causas fueron variadas, pero las estructurales representaron aproximadamente el 50% de los casos y la etiología autoinmune un 20%. Los días promedio de internación en UTI Fueron 22; con un promedio de 11 días de asistencia respiratoria mecánica.

El tratamiento inicial siempre fue benzodiazepinas, como segunda línea se utilizó difenilhidantoina y levetiracetam. No se registraron efectos adversos significativos para estos tratamientos.

La mortalidad global de esta serie fue del 60%.

Conclusión: El estatus epiléptico representó un 4.5% de los ingresos en nuestra terapia intensiva, dada su elevada mortalidad cobra relevancia tanto su estudio como el ingreso precoz a terapia intensiva para el correcto tratamiento y monitoreo neurointensivo.

También resulta de interés comprender la etiología para el correcto tratamiento del mismo, destacándose la presencia de un 20% de origen autoinmune, una entidad poco frecuente que debemos pensar.



0167 EFECTO DIURÉTICO DE LA INFUSIÓN DE ALBÚMINA EN PACIENTES CRÍTICOS CON HIPOALBUMINEMIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

J CARIDI(1), L FAURE(1), E MONTEVERDE(1), P NEIRA(1)
(1) Hospital De Niños Dr. Ricardo Gutiérrez

Introducción: La infusión de albúmina es frecuentemente utilizada en la práctica clínica con el objetivo de mejorar el manejo hídrico de los pacientes con escasa respuesta a diuréticos y en la mayoría de los casos se indica con la intención de restablecer la presión oncótica de los pacientes con hipoalbuminemia. También se ha propuesto que la administración de albúmina podría tener un efecto favorable en la farmacocinética de la furosemida.

Objetivo: Revisar la evidencia disponible acerca del efecto de la infusión de albúmina sobre la diuresis y el manejo de líquidos en pacientes críticamente enfermos con hipoalbuminemia, pediátricos y en la población general.

Métodos: Se realizó una búsqueda en MEDLINE, Cochrane y LILACs. Se incluyeron ensayos clínicos, metaanálisis y estudios observacionales sobre pacientes críticos pediátricos y de todas las edades utilizando los siguientes términos: albumin, hypoalbuminemia, diuretic, critical care. Se excluyeron artículos realizados exclusivamente en subgrupos clínicos, como síndrome nefrótico o cirrosis hepática.

Resultados: Se identificaron 101 estudios elegibles, excluyendo 97 por criterios de inclusión o exclusión. Dos artículos adicionales se identificaron a partir de las referencias. Al aplicar el filtro de población pediátrica la búsqueda arrojó 0 (cero) resultados, siendo los 6 artículos de la selección final realizados en población adulta. Las características comunes fueron la inclusión de pacientes críticos con hipoalbuminemia. En cinco se compararon resultados entre un grupo que recibió albúmina y furosemida con otro que recibió sólo furosemida. Se encontró heterogeneidad en las subpoblaciones incluidas y las intervenciones realizadas (dosis y régimen de administración), dificultando la comparación de resultados. Respecto al efecto de la albúmina sobre la diuresis y el

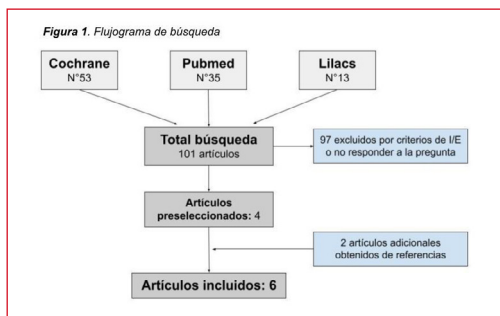
balance neto de fluidos, los resultados fueron variables entre los diferentes estudios.

Conclusión: Los resultados no fueron concluyentes. Se requieren más estudios de alta calidad para establecer conclusiones respecto a la utilidad de la albúmina para el manejo hídrico de los pacientes críticos, especialmente en la población pediátrica. Por el momento, al no tener eficacia ni efectividad demostrada, su uso en la práctica clínica debería balancearse con los costos que implica y el incremento en la mortalidad evidenciado en algunas publicaciones.

Tabla 1. Resumen de las características de los participantes.

Apellido de primer autor y año de publicación (año)	N°	Edad media (DE)	Sexo %masculino	APACHE II media (DE)	Alb en suero (g/dl) media (DE)	Cr en suero (mg/dl) media (DE)
Mattmoodoor 2020 (ECR)	49	71.1 (± 14.6)	66	18 (± 0.8)	2.6 (± 0.5)	NR (Citr 73.2)
Phakdiakulchaiwan 2012	24	66.4 (12.8)	46.3		3 (0.3)	2.2 (0.8)
Ghafari 2011	10	NR	NR		NR (3-5)	1 (0.2)
Chittambari 2001	13	61.2 (8.1)	85.4		3 (0.6)	NR
Kobayashi 2014 (meta-análisis)						
Niu 2001	7	41 (23)	86.5		1.7 (0.2)	1.6 (0.8)
Pillay 1999	9	48 (4)	66		NR	NR (1-3)
Alkocak 1995	6	NR	NR		NR (rango 1-1.2-2)	NR (rango 1.2-2.4)
Spatton 1989	5	48 (14)	80		2.7 (0.5)	NR
Inoue 1987	20	64.0 (15.1)	63.2		2.2 (0.7)	NR
Doungngem 2012 (retrospectiva)	31	64.2 (17.8)	39	20.8 (8)	2.1 (0.3)	0.8 (0.3)
Martin 2008 (FCR)						
Grupo control	40	46.4 (18)	50	14 (7.5)	1.6 (0.4)	1 (0.7)
Grupo Tr		48.9 (21.0)	45	13.4 (5.5)	1.7 (0.4)	0.9 (0.5)
Hsu 2009 (ECR)						
Citr ≤ 20 mEq/L	42	71 (NR)	61.9	NR	2.48 (± 0.46)	3.78 (± 1.26)
Citr > 20 mEq/L		69 (NR)	57.1	NR	2.29 (± 0.39)	1.37 (± 0.45)
Ferraro 2003 (retrospectiva)						
Grupo control	35	55.1 (± 10.2)	50	NR	2.56 (± 0.59)	1.15 (± 0.49)
Grupo Tr		50.8 (± 20.3)	50	NR	2.29 (± 0.49)	1.27 (± 0.66)

Nota: NR = No Reportado; DE = Desviación Estándar; FCR = Filtro de Control; ECR = Estudio de Control Randomizado; NR = No Reportado.



10168 AUTOLISIS POR ACIDO VALPROICO, A PROPOSITO DE UN CASO
 W LLANOS(1), A TAMAYO(1), R NUÑEZ(1), D LACAZE(1), C ROJAS(1), D ALBARRÁN(1), G ALVAREZ(1), ME GONZALEZ(1)
 (1) Mariano Y Luciano De La Vega

Introducción: El ácido valproico es un compuesto de cadena ramificada de a. carboxílico, utilizado en el manejo de las crisis de ausencias simples y complejas, mioclonias y convulsiones tónico-clónicas generalizadas, crisis parciales, migraña y en el trastorno bipolar (manía) Por su bajo volumen de distribución y peso molecular y su unión a las proteínas plasmáticas, posibilitan su eliminación extracorpórea en caso de intoxicación grave. Aumenta los niveles del GA-BA y prolonga la recuperación de los canales de sodio inactivados.
Objetivos: Resaltar su metabolismo, características clínicas y Laboratorio acorde para su manejo.

Caso clínico: Femenina de 19 años que ingresa por cuadro clínico de somnolencia post ingesta de 40 comprimidos de ácido valproico de 250 mg, como intento de autolisis, Glasgow 13/15, ECG normal, se realizan medidas convencionales como lavado gástrico y carbón activado. Evoluciona con deterioro del sensorio, se procede a IOT y AVM para protección de vía aérea, se inicia analgesia con midazolam +fentanilo TAC de encéfalo normal, tórax: consolidación a basal izquierdo, Servicio de Toxicología del Posadas indica enviar muestra y dosificación sérica del AV con informe de 1000ug/ml. En UTI, bajo sedanalgesia, se conecta a monitor multiparamétrico, signos vitales dentro de parámetros normales, RAAS – 5, pupilas mioticas hiperreactivas, se suspende sedación se deja analgesia, se interconsulta con Nefrología para inicio de hemodiálisis, y con Toxicología quienes sugieren administrar l carnitina ev, intercorre con

cuadro de hipotensión arterial requiriendo noradrenalina a 0,02 ug/kg/h. Se inicia l carnitina dosis de carga 4 gr diluido en 250 ml sol fisiológica 0,9% pasar en 30 minutos.

Se efectúan segunda sesión de hemodiálisis posteriormente se envía muestra para dosaje a servicio de Toxicología, quienes informan 160ug/ml de AV sérico y amonio con rango normal. Presenta mejoría neurológica, apertura ocular al llamado, pupilas isocóricas foto reactivas. se suspende medidas extracorpóreas y administración de l carnitina. Queda en plan de weaning con extubación programada y posterior pase a Clínica Médica el 28/05/23

Conclusiones: Su elevada prescripción actual ocasionando mayores numeros de intoxicaciones leves a moderadas postingesta > a 200mg/Kg a graves con concentraciones séricas >850mu/ml requiere contar con una Laboratorio adecuado para decir las mejores opciones terapéuticas.

10169 HIPERTENSIÓN MALIGNA Y ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA ASOCIADAS A MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA
 M GRAJEDA(1), S SARQUIS(1), C DUEÑAS(1), G NAVIA(1), M MAJUL(1), C SOSA(1)
 (1) Hospital De Clinicas (jsm)

Introducción: La Hipertensión Arterial Maligna (HTAM) es una forma infrecuente y de mal pronóstico de presentación de la hipertensión arterial. Se caracteriza por su rápida instauración e inducción de disfunción orgánica. En este contexto, la asociación de encefalopatía hipertensiva y microangiopatía trombótica es poco frecuente. Su pronóstico puede ser fatal en caso de no diagnosticarse y tratarse en forma tardía.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 47 años con antecedentes de HTA y Enfermedad Renal Crónica que ingresa a terapia intensiva bajo ventilación mecánica por deterioro de la conciencia posterior a cefalea holocraneana, vómitos y síndrome confusional. Presión Arterial 200/125 mmHg; FC 75/min; FR 18/min, T°C axilar 35.5. Electrocardiograma: ritmo sinusal; FC 88 pm, onda P: 80 ms, PR 160 ms, QRS 80 ms. Infra-desnivel ST: DII, DIII, aVF, V4 - V6; T negativas de V1-V6 y DIII. QT: 480 ms. Eje de +60°. Fondo de ojo: Edema de Papila e infiltrados alodanosos. Ecocardiograma: FEVI 52% e hipertrofia concéntrica del VI. TC encéfalo: hipodensidad difusa en la sustancia blanca periventricular y profunda en región frontal izquierda y derecha adyacente al asta anterior y borramiento de surcos. PL: presión de apertura 44 cmH2O. Leucocitos 8 (100% linfocitos); glucorraquia 78 mg%, proteínas 77 mg%, lactato 3.3 mmol/L. En sangre: Hematocrito 19%; leucocitos 12710/mL, plaquetas 127000 mL, urea 117 mg/dl, creatinina 3.45 mg/dl. Troponina 14756 ng/l, CK-MB 35 UI/l. Coombs negativo. Frotis de sangre periférica: anisopoiquilocitosis y esquistocitos 4 por campo. Sedimento urinario: proteínas ++, hematíes campo semicubierto, cilindros céreos granulados oscuros. Adams 13 negativo. FAN, AC anti RO/LA negativos, C3 y C4 normales. Requiere catéter de PIC (24 mmHg), medidas anti-edema por 48 hrs y tratamiento con Labetalol (EV). Evolucionó con remisión de las disfunciones orgánicas. Biopsia renal: remodelación de capilares glomerulares (dobles contornos), mesangiolisis moderada y lesiones arteriales conforman cuadro compatible con Microangiopatía Trombótica Aguda (MAT).
Discusión: La posibilidad de desarrollo de MAT asociada a encefalopatía hipertensiva debe ser tenido en cuenta en pacientes con hipertensión arterial maligna para su tratamiento precoz.

10170 PACIENTE CON RASH CUTÁNEO Y FALLA ORGÁNICA POR SÍNDROME DE DRESS
 F SALUN(1), C GARLISI(1), A BIANCHI(1), N GÖLDY(1), E GONZALEZ(1), N ORTIZ(1), G IZAGUIRRE(1), L TALAMONTI(1), S SANCHEZ(1), G ELIAS(1)
 (1) Hospital Provincial Rosario

Introducción: Paciente femenina de 41 años con probable enfermedad renal, hipertensa. Realizo tratamiento con amoxicilina /ácido

clavulánico por infección urinaria. Posteriormente agrega rash cutáneo generalizado asociado a hipotensión u oliguria. Laboratorio: u 155 cr 6,12 leucocitos 50620 eosinófilos 7400 tgp 145 tgp 259 fal 1048 ggt 1370 bt 12,7 bd 9,4 bi 3,2 tac de tórax: patrón en vidrio esmerilado bilateral. Serologías virales negativas. Igm mycoplasma pneumoniae positiva 1/30. Se realiza tratamiento de sostén y se rota atb a cefepime .

Biopsia de piel: intensa dermatitis de interfase con edema dérmico y numerosos queratinocitos necróticos.

Por sospecha de dress, se suspenden fármacos potencialmente causales y antibióticos luego de negativización de cultivos. Comienza corticoides endovenosos. Se inicia claritromicina. Intercurre con probable nih con buena evolución , resolución del rash cutáneo y de la falla orgánica.

Discusión: El síndrome de dress es una reacción adversa grave, de hipersensibilidad tipo iv asociado a drogas o sus metabolitos.

Los fármacos mas vinculados a farmacodermias son los antibióticos y antiinflamatorios no esteroideos. Puede ser desencadenado por ciertas infecciones virales como virus del herpes simple tipo 6 y mycoplasma.

Puede afectar a múltiples órganos como hígado, riñón y pulmón. Biopsia: infiltrados linfocíticos perivasculares superficiales, eritrocitos extravasados o eosinofilia. Queratinocitos apoptóticos.

El tratamiento consiste en la suspensión del fármaco causante y corticoterapia sistémica . En casos graves y refractarios se utilizan inmunoglobulina endovenosa, plasmaféresis e inmunosupresores. Nuestra paciente se presento con rash cutáneo y falla orgánica con dress confirmado por biopsia que se interpreto asociado a dos factores causales presentes: consumo de antibióticos e infección a mycoplasma.

Conclusión: Dada la gravedad del cuadro con requerimiento de cuidados críticos y su presentación infrecuente nos pareció útil el reporte del caso para tenerlo en cuenta como diagnostico diferencial en el paciente con falla orgánica.

Criterios de Bouquet, Bagot y Rouseau ¹	Criterios SCAR-1's ²	Criterios del Grupo RegiSCAR ³
<ul style="list-style-type: none"> • Erupción inducida por drogas • Anomalías hematólogicas (eosinofilia > 1.500 / mm³ y presencia de linfocitos atípicos) • Sistemas involucrados: <ul style="list-style-type: none"> ■ Linfadenopatía (> 2cm de diámetro) ■ Hepatitis (aumento de las transaminasas al menos el doble del valor normal) ■ Nefritis intersticial ■ Neumonitis ■ Carditis 	<ul style="list-style-type: none"> • Erupción maculopapular desarrollada tres semanas después del inicio de la terapia con medicamentos • Hallazgos clínicos persistentes tras la retirada del fármaco • Fiebre (> 38 °C) • Anomalías hepáticas (ALT> 100U / L) • Anomalías de los leucocitos (al menos uno de los siguientes) <ul style="list-style-type: none"> ■ Leucocitosis (> 11,000 / mm³) ■ Linfocitos atípicos (> 5%) ■ Eosinofilia (> 1,500 / mm³) • Reactivación HHV-6 • Linfadenopatía 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Sospecha de reacción al fármaco • Fiebre (> 38.5°C) • Linfadenopatía (> 2 sitios, > 1 cm) • Linfocitos atípicos • Eosinofilia <ul style="list-style-type: none"> ■ 700-1,499 o 10-19.9 ■ > 1,500 >= 20% • Rash <ul style="list-style-type: none"> ■ Se extiende más del 50% ■ Al menos 2 de edema, infiltración y descamación purpúrea ■ DRESS sugiriendo biopsia • Afectación de órganos internos <ul style="list-style-type: none"> ■ Uno ■ 2 de más • Resoluciones en más de 15 días. • Al menos 3 investigaciones biológicas negativas y exclusión de diagnósticos alternativos

1. El diagnóstico se establece cuando existen al menos tres criterios.
 2. El diagnóstico se establece con siete criterios (típicos) o al menos los primeros cinco criterios (atípicos).
 3. Puntuación final: <2 no hay DRESS; 2-3 si es posible; 4-5 caso probable;> 5 caso definitivo.
 Fuente. Traducción del artículo Prevalence of DRESS Syndrome. 2014 (8).

0171 MORTALIDAD E IMPACTO ECONÓMICO DEL PACIENTE NEURO-CRÍTICO EN UCI

E PEREYRA ZAMORA(1), MC D'AMICO A.(1), LC CASTRO(1), A CHANAMPA(1), J PARODI(1), V MONROY(1), RA GOMEZ(1) (1) Enrique Vera Barros

Objetivo: Analizar la mortalidad de los pacientes neurocriticos de origen traumático (TX) y no- traumático (NTX) en nuestra UCI y el impacto económico que genera.

Material y método: Estudio retrospectivo observacional de pacientes neurocriticos TX y NTX ingresados del 1/7/2022 al 30/4/2023. Se valoró la mortalidad esperada, mediante Score Apache II, SOFA, delta SOFA, edad, sexo, requerimiento de AVM, días de internación, días de AVM, extubaciones, reintubaciones, traqueotomías y costo de día/cama UTI.

Resultado: De una muestra de 167 pacientes neurocriticos ingresados en el periodo mencionado, se eligieron 72 pacientes que requirieron AVM.

Pacientes neurocriticos	38	34
Masculinos	31 (81%)	20 (59%)
Femeninos	7 (19%)	14 (11%)
Edad	32 - 33 AÑOS	52-53 AÑOS
Apache II	17.61 (M.E. 24%)	18 (M.E 24%)
SOFA de ingreso	PROMEDIO 7.30 (M.E. 15-20%)	PROMEDIO 6.45 (M.E 10-15%)
Delta SOFA	1.69	2.22
% AVM	38 (52.77%)	34 (44.22%)
Mediana AVM	10	8
Mediana días de internación	13	9
Extubación	13 (34%)	12 (35%)
Traqueostomía	15 (39%)	10 (29%)
Reintubación	1 (2.63%)	2 (5.88%)
Mortalidad	14 (39%)	21 (61%)
TME	1.6	2.5
TX NTX		

El costo día/uti de paciente ventilado es de \$ 95000 en nuestra provincia insumiendo cada paciente TX \$1.900.000/ internación y los pacientes NTX \$ 1.474.000/internación. Lo cual arroja un costo de \$72.200.000 para asistencia de los 38 pacientes TX ingresados al estudio y de \$48.450.000 para los 34 NTX.

Conclusión: El desbridamiento de los datos y el análisis de la mortalidad esperada por indicadores pronósticos validados, demostró que la mortalidad de los pacientes neurocriticos no traumáticos supero a los traumáticos, encontrándonos en cifras superiores a las estipuladas por dichos scores, probablemente debido a complicaciones desarrolladas durante la internación en UCI y a la presencia de comorbilidades y edad superior en el grupo NTX. Esta población de pacientes representa un porcentaje importante en nuestra unidad, requieren alta complejidad de asistencia, personal calificado, diversas prácticas e intervenciones insumiendo un costo sanitario extremadamente elevado que puede reducirse trabajando sobre las complicaciones que aumentan la mortalidad y prolongan la estancia hospitalaria así como la prevención primaria de la patología traumática, y los factores de riesgo asociados a la patología cerebrovascular.

0172 MEDIASITINIS NECROTIZANTE DESCENDENTE DE ORIGEN ODONTOGENO POR STREPTOCOCCUS CONSTELLATUS

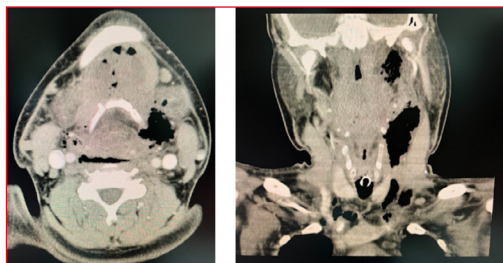
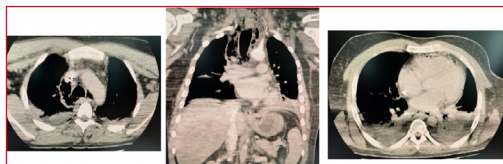
F PIRCHIO(1), B SANCHEZ(1), B MERES(1), M LATIMORI(1), F GARAVELLI(1), F DIPAOLO(1), M RE(1), N ROCCHETTI(1), S GATTINO(1), C SETTECASE(1), D BAGILET(1) (1) Hospital Escuela Eva Perón.

Introducción: Mediastinitis necrotizante descendente (MND). Infección polimicrobiana aguda; secundaria a infección odontogena (60-70%), faríngea o cervical. El Streptococcus Constelatus (SC), flora habitual de la cavidad oral, potencialmente agresivo es una causa infrecuente de MND. Caso: Varón de 38 años, obeso (grado II), alérgico a penicilina. Presentó flemón odontogeno con antibioticoterapia incompleta. Consultó por fiebre, odinofagia y trismus. Agregó hemoptisis e insuficiencia respiratoria aguda, requirió traqueotomía de urgencia por vía aérea dificultosa. Ingresó a UCI para soporte ventilatorio y hemodinámico. Inició Vancomicina-Ceftriaxona-Clindamicina. Laboratorio: GB: 24.500 elem/mm³. VES: 34mm/1h. PCR: 45mg/dl. Tomografía de cráneo, cuello y tórax: colección líquida con burbujas en espacio retrofaringeo, prevertebral

y mediastino posterior; se extiende al piso de la boca de manera bilateral, colapsa oro, nasofaringe y laringe en espacio supraglótico. Neumomediastino. Derrame pleural bilateral y consolidaciones pulmonares bilaterales. Se realizó cirugía: drenaje de colecciones, avenamiento pleural bilateral y drenaje mediastinal. Cultivo de absceso: SC. Se rotó Vancomicina-Meropenem. Se externó a los 21 días con antibióticos.

Discusión: Los abscesos odontógenos pueden extenderse al mediastino por continuidad o diseminación. Criterios diagnósticos de MND: infección orofaríngea clínicamente grave; mediastinitis imagenológica o quirúrgica; relación infección orofaríngea y MND. El trauma o la cirugía puede facilitar la infección por el SC en pacientes sanos o inmunocomprometido. Las coinfecciones sinérgicas con anaerobios inhiben la fagocitosis de las bacterias aeróbicas.

Conclusión: La MND infección severa con elevada mortalidad. El diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico rápido y adecuado mejora la sobrevida. Considerar al SC como agente causal en inmunocompetentes y no un contaminante.



0173 DEMENCIA POTENCIALMENTE REVERSIBLE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

MDC PIANGATELLI IVANI, LC PEREZ ILLIDGE(1), S VEGA(1), ML OJEDA(1), GR PANTOJA(1), C BALLESTEROS(1), G TÚ-HAY(1), LY HADDAD(1), F KLEIN(1)
 (1) Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción: La demencia potencialmente reversible constituye un síndrome caracterizado por el deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, que origina una desadaptación social del paciente; con una incidencia del 0 al 37%. Las causas que la originan pueden agruparse bajo la mnemotecnía "DEMENTIA" cuyas siglas en inglés corresponden a Drug (drogas con actividad anticolinérgica); Emotional (depresión); Metabolic (hipotiroidismo); Eyes and Ears declining (déficits visuales y auditivos); Normal pressure hydrocephalus; Tumor; Infection; y Anemia.

Presentación del caso: Mujer de 74 años, con cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por trastorno de la marcha, incontinencia urinaria, desorientación temporoespacial y alucinaciones visuales; con tomografía cerebral que muestra lesión supraselar compatible con craneofaringioma, ingresa a Terapia Intensiva en posquirúrgico inmediato de resección del mismo. Extubada a las 48 horas, evoluciona con alternancia del estado de conciencia entre somnolencia y estupor, con monitoreo neurointensivo de diámetro de la vaina del nervio óptico de 4.5mm bilateral, doppler transcraneal sin alteraciones y EEG con actividad epileptiforme corregida. Además de panhipopituitarismo con requerimiento de suplementación y corrección de niveles hormonales, tromboembolismo pulmonar con requerimiento de FVC y anticoagulación, hematoma subdural ex vacuo y neumoencéfalo post quirúrgico resuelto e infección urinaria y sospecha de meningitis aséptica trata-

das. Ante la persistencia del estado de conciencia alternante luego de 47 días, corregidas las intercurencias, se sospecha demencia potencialmente reversible secundaria a Hidrocefalia normotensiva. Se realiza Tap-test modificado con resultado positivo, se coloca derivación ventrículo peritoneal evidenciando mejoría clínica del nivel y contenido de conciencia.

Discusión: Se presenta caso de deterioro persistente de la conciencia en el post-quirúrgico de resección de craneofaringioma, con diagnóstico retrospectivo de hidrocefalia normotensiva como causa de demencia potencialmente reversible mediante TAP-test modificado.

Conclusión: A partir del diagnóstico retrospectivo de hidrocefalia normotensiva versus craneofaringioma como causa de demencia potencialmente reversible; este caso pretende remarcar la importancia de la reinterpretación diagnóstica como desafío que debe atravesar el médico en la práctica clínica cotidiana.

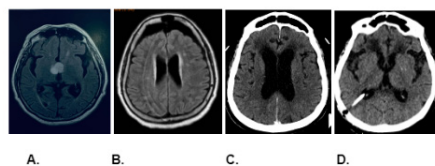


Fig 1. RMN encefálica A) Evidencia de lesión supraselar compatible con craneofaringioma B) Neumoencéfalo frontotemporal post-quirúrgico C) Dilatación ventricular compatible con hidrocefalia D) Colocación de DVE

Cuadro 1. Tap-test modificado

Punción Lumbar	Cantidad de LCR extraído en ml	Presión de apertura	Estado neurológico basal	Nivel y contenido de conciencia posterior a la extracción
Primera extracción	30 ml	10 cmH2O	Estupor	Vigil, inatenta, conexión fluctuante, responde órdenes a un paso.
Segunda extracción	30 ml	10 cmH2O	Alerta	Vigil, inatenta
Tercera extracción	30 ml	10 cmH2O	Alerta	Alerta, responde órdenes simples a dos pasos, orientada en persona desorientada en tiempo y espacio, pensamiento desorganizado.

0174 FALLA MULTIORGÁNICA Y NEUMATOSIS PORTAL COMO HALLAZGO SUGESTIVO DE ISQUEMIA INTESTINAL EN INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA. A PROPÓSITO DE UN CASO

FA CASTRO MANGUI(1), HD VEGA CUADRADO(1), G MOUJAN(1), A FERNÁNDEZ(1), D BIÉNZOBAS(1), X CASTRO(1)
 (1) Hospital Nacional Posadas

Introducción: La intoxicación por cocaína puede provocar daño isquémico generalmente por vasoconstricción mediada por el efecto simpaticomimético. Acerca del consumo en el país, dice SEDRONAR que "el 5,3 % de la población entre 12 y 65 años la consumió alguna vez en su vida, lo que implica un incremento del 100% con respecto al estudio del 2010. En comparación con el año 2010 se triplicó el consumo alguna vez en la vida entre adolescentes."

Presentación del Caso: Masculino de 34 años, con antecedentes de etilismo y consumo de cocaína. Ingresó al Servicio de Emergencias con deterioro del sensorio (M1V1O1) e hipoglucemia. Presenta laboratorio compatible con falla multiorgánica, dosaje de drogas en orina positivo para cocaína y alcoholemia de 0.56 gr/lit, requerimiento de Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) y drogas vasoactivas. En Tomografía se evidencia Neumatosis Portal. Evoluciona con débito hemático por SNG, VEDA sin sitio activo de sangrado, se realiza Tromboelastograma y se transfunden hemoderivados. Evoluciona

con Shock Refractario y Paro Cardíaco sin respuesta a Maniobras de Reanimación.

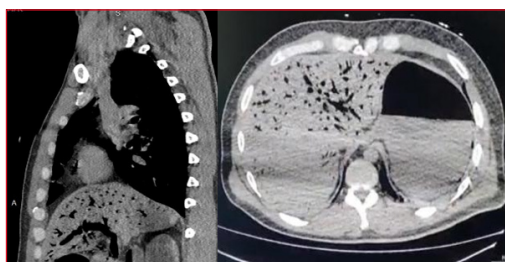
Discusión: Se trata de un paciente con diagnóstico de intoxicación por cocaína con falla multiorgánica y Neumatosis Portal en Tomografía sugestivo de Isquemia Intestinal.

Existen reportes aislados de presencia de Neumatosis de la Vena Porta con alta sospecha de Isquemia Intestinal asociado a Sepsis con una mortalidad que alcanza hasta 90%.

Así mismo, se reporta rhabdomiólisis con requerimiento de hemodiálisis por consumo conjunto de cocaína y alcohol (Cocaetileno).

Conclusión: Los pacientes con antecedentes de consumo de cocaína pueden presentarse con falla multiorgánica ocasionado por el efecto vasoconstrictor. Se debe tomar en cuenta la sinergia del uso concomitante de Alcohol y Cocaína. Sospechar Isquemia Intestinal ante el hallazgo de Neumatosis Portal asociado a Falla Multiorgánica, debido a alta tasa de mortalidad con reportes de hasta el 90%. El tratamiento oportuno y medidas de sostén podrían mejorar el pronóstico de dichos pacientes.

LABORATORIO	7:53	13:00		
Hemograma			Coagulo grama	
Leucocitos (X10 ³ /U)	14.3	15.5	TP (seg)	59.7 92.9
Hemoglobina (g/dL)	16	14.8	Act(%)	15 9
Hematocrito (%)	46.5	42.9	RIN	4.7 7.4
Plaquetas (X10 ³ /U)	118	307	KPTT (seg)	162.6 173.6
Química			EAB	
Glucosa (g/L)	268		pH	7.06 7.1
Urea (g/L)	0.39	0.40	pCO2 (mmHg)	56 40
Creatinina (mg/dL)	4.15	4.11	pO2 (mmHg)	49 86
Bilirubina total / directa (mg/dL)	0.9 / 0.50	0.9 / 0.45	HCO3 (mmol/L)	15.5 11.9
ASAT / ALAT (U/L)	887 / 213	1289 / 332	Ex Base (mmol/L)	-15.3 -18.8
LDH (U/L)		1704	Saturación (%)	61.5 98
CK (U/L)	47	89305	Lactato (mmol/L)	7.5 9
PCR (mg/dL)		0.1	Toxicológico	
Na / K / O (mmol/L)	134 / 6.5 / 95	136 / 5.8 / 95	Etarol (g/L)	0.56
Troponinas (ng/l)		6505	Cocaína	Positivo



0175 SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO EN EMERGENCIA. PRESENTACION DE CASO

JD GONZALEZ SANCHEZ(1), LM LÉPORI(2), BM MANOUKIAN(2), AM FERNÁNDEZ(2), D BIENZOBAS(2), XG CASTRO(2)
(1) Hospital A. Posadas. (2) Hospital Nacional A. Posadas

Introducción: El SNM tiene incidencia de 0,01 a 3,2 % en pacientes tratados con antipsicóticos, es una respuesta idiosincrásica que provoca hipertermia, alteración neurológica, rigidez muscular y disautonomía, con 11,6 % de mortalidad. Por las dificultades de diagnóstico y tratamiento más la carencia de datos de incidencia local se presenta caso de paciente que ingresa a urgencias con datos sugerentes de esta patología.

Presentación del caso: Mujer de 33 años, en tratamiento hace 3 semanas por trastorno psiquiátrico inespecífico (divalproato de sodio 250 mg día, risperidona 8 mg día, levomepromazina 50 mg día, lorazepam 10 mg día), progresivamente manifiesta pérdida de autonomía, fiebre, taquicardia y taquipnea. Al ingreso rigidez espástica, enclaustramiento y posición de decorticación, sin requerimiento de AVM o vasoactivos. CPK (1426), sin mejoría neurológica y persistencia febril. A las 24 hs se administran 2 dosis de dantroleno 70 mg EV, con respuesta favorable. Al día 3 evoluciona a temblores finos en 4 miembros, rueda dentada en MMSS y distonias, se descarta encefalitis autoinmune, se deja con diazepam, biperideno y tratamiento de soporte. Al día 8 afebril, sin rigidez y 7 semanas

después se externa, autovalida, sin déficit motor o sensitivo, con ligero temblor simétrico en manos.

Discusión: El DSM- 5 describe el SNM como reacción adversa farmacológica no dosis-dependiente por uso de antipsicóticos, de fisiopatología compleja, con hipercatabolismo, alteraciones dopaminérgicas hipotalamo-hipofisiarias, variaciones en estructuras corticales y límbicas que originan la sintomatología neurológica. En este caso se desestimó patología infecciosa – autoinmune y por persistencia de fiebre, parkinsonismo y uso de antipsicóticos previos se diagnosticó SNM. En una revisión sistemática de serie de 405 casos, la mortalidad asociada al tratamiento con dantroleno, bromocriptina fue más baja, con supervivencia del 90%.

Conclusiones: El SNM es un diagnóstico de exclusión donde el paso inicial es la suspensión de psicotrópico. La finalidad de este reporte es complementar la práctica del tratamiento de cuadros neuropsiquiátricos severos como el SNM. Se necesitan más estudios que generen evidencias sólidas frente al abordaje integral de la patología.

OTROS COMPLEMENTARIOS.	21/01/2023	28/01/2023	10/02/2023	16/02/2023
HMC	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
UROCULTIVO E.COLI (MS)	NEGATIVO	NEGATIVO	E. FAECIUM	NEGATIVO
CULTIVO MICROLOGICO	NEGATIVO			
CULTIVO DE LCR	NEGATIVO		NEGATIVO	
RETROCULTIVO		NEGATIVO		
ASPIRADO TRAQUEAL				CONTAMINATES
SEROLOGIA PARACOCCIDIOIDES				NEGATIVO
ANTICUERPOS anti-NMDA				NEGATIVOS
ELECTROENCEFALOGRAMA 24/01/2023	TRAZADO SIN ACTIVIDAD PAROXISTICA / NORMAL			
ECOCARDIOGRAMA 15/02/2023	FEY 59.4% / FSVI, FVDI, FSDV CONSERVADA / NORMAL			

	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 7 (ALTA)
CPK	1426 U/L	895 U/L	662 U/L	455 U/L	119 U/L	37 U/L
Cr	0.5 mg/dl	0.4 mg/dl	0.4 mg/dl	0.5 mg/dl	0.8 mg/dl	0.5 mg/dl
Urea	0.35 g/L	0.27 g/L	0.25 g/L	0.22 g/L	0.37 g/L	0.27 g/L
Na	147 mEq	145 mEq	126 mEq	153 mEq	147 mEq	147 mEq
K	3.9 mEq	3.7 mEq	2.9 mEq	3.1 mEq	4.7 mEq	3.8 mEq
Cl	112 mEq	109 mEq	106 mEq	115 mEq	101.2 mEq	111.2 mEq

0176 INTOXICACIÓN POR HIDROCARBUROS. A PROPÓSITO DE UN CASO

E MASSA(1), G REINOSO(2)

(1) Hospital Materno Infantil De San Isidro. (2) Hospital "prof. Dr. Juan P. Garrahan"

Introducción: La intoxicación por hidrocarburos, es de baja prevalencia y prevenible, ocurre con mayor frecuencia en niños. Su importancia radica en su elevada mortalidad y su gran impacto clínico, pudiendo causar una amplia variedad de síntomas, siendo sus principales órganos diana

Caso clínico: Paciente de 3 años consulta por dificultad respiratoria a las horas de haber ingerido tiner, uno de cuyos compuestos es el N-Hexano, hidrocarburo aromático. En guardia constatan dificultad respiratoria severa, realizan intubación orotraqueal y derivan a terapia intensiva. Evoluciona con distrés respiratorio agudo moderado y disfunción miocárdica con requerimiento de ARM e inotrópicos, agregando hematoquecia y hematuria, sin compromiso de mucosa intestinal. Requiere medidas habituales de distrés logrando extubación electiva a los 7 días con evolución clínica favorable.

Discusión: El objetivo consiste en alertar sobre la rápida afectación respiratoria secundaria a inhalación de hidrocarburos, manifestándose clínicamente a los 30 minutos, con máxima expresión a las 24-48 horas llevando al shock y paro respiratorio. Un tratamiento oportuno y precoz, como la protección de la vía aérea estaría asociado a mejoras en la morbimortalidad.

Conclusión: Es importante destacar que el sistema respiratorio es el principal órgano afectado, manifestándose en la mayoría de los casos como una neumonía intersticial bilateral. Los síntomas de deterioro del SNC se correlacionan con hipoxemia, neumonía y fiebre; aunque puede ocurrir sin afectación pulmonar subyacente. Es de relevancia detectar la afectación respiratoria y clasificarla dada la

rápida progresión a la claudicación, con el objetivo de una ventilación precoz y disminución de la comorbilidad.

0177 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO Y RETROSPECTIVO
 MA NAVARRO(1), CV BENÍTEZ(1)
 (1) Higa Vicente López Y Planes De General Rodríguez

Introducción: La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio especializado en la atención de pacientes críticamente enfermos. Numerosos estudios epidemiológicos han informado las características y la evolución de los pacientes internados, pero no necesariamente son traspolables, con lo cual resulta relevante que cada unidad estudie su propia población.

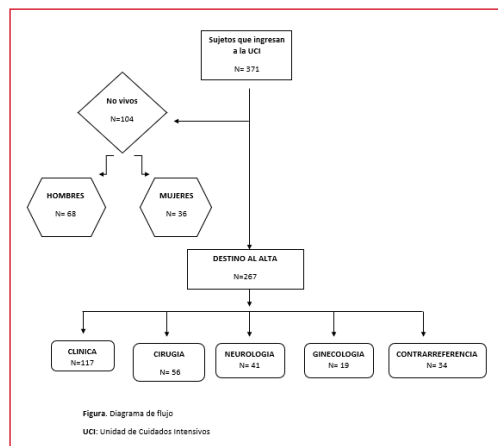
Objetivo: El objetivo de este estudio fue describir las características y evolución de los pacientes que ingresaron en la UCI del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Vicente López y Planes.

Materiales y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizó la base de datos de la UCI, durante el período comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2022. Fueron incluidos aquellos pacientes mayores de 15 años, de ambos sexos, que ingresaron a la UCI del HIGA Vicente López y Planes.

Resultados: Durante el período citado ingresaron y se analizaron 371 sujetos de los cuales todos fueron incluidos en este trabajo. Del total de la muestra, 215 fueron del sexo masculino (57,95%). La mediana de edad de la muestra fue de 53 años (RIQ) 35-64. Los antecedentes prevalentes fueron; Hipertensión 17,33%; Diabetes 23,66%; Obesidad 30%; Cardiológicos 29%. El diagnóstico de ingreso con mayor frecuencia fue la patología neurológica crítica presente en 97 sujetos (26,14%). La mediana de estadía en UCI fue de 4 días (RIQ) 2-11. 168 sujetos (45,28%) ingresaron provenientes del servicio de emergencias. La cantidad de sujetos que requirieron ventilación mecánica fue de 180 (48,51%), de los cuales 51 (13,74%) sujetos fueron traqueostomizados y 104 sujetos fallecieron en UCI (28%), 267 sujetos fueron derivados a otros servicios (71,96%), siendo el destino con mayor porcentaje clínica médica 117 (31,53%).

Conclusión: Las principales características de la población analizada fueron; el sexo masculino, la patología neurológica como motivo de ingreso prevalente y los antecedentes obesidad y cardiovasculares como patologías preexistentes de mayor frecuencia.

TABLA 1. características de los participantes	
Variables	N= 371
Edad, Mediana (RIQ), Años	53 (35-64)
Sexo, N (%)	
Masculino	215(57,95)
Femenino	156 (42,04)
Días de internación	4 (2-11)
Diagnóstico, N (%)	
Neurología	97(26,14)
Cirugía	66 (17,78)
IRA	67 (18,05)
COVID	26 (7,00)
Shock séptico	27 (7,27)
Cardiológico	52 (14,01)
Otros	36 (9,70)
Antecedentes personales, N (%)	
Diabetes	104 (28,66)
Obesidad	142 (30)
Hipertensión	180 (17,33)
Cardiológico	174 (29)
Origen de ingreso, N (%)	
Guardia	168 (45)
No guardia	203 (54,71)
Estado al alta, N (%)	
Vivo	267 (71,96)
No vivo	104 (28,03)
Destino, N (%)	
clínica	117 (31,53)
Cirugía	56 (15,09)
Neurología	41 (11,05)
Ginecología	19 (5,12)
Contrarreferencia	34 (9,16)
No vivos	104 (28,03)
Tipo de vía aérea, N (%)	
VAN	140 (37,73)
IOT	180 (48,51)
TQT	51 (13,74)
Referencia: RIQ (Rango Inter cuartilico), IRA (Insuficiencia respiratoria aguda), VAN (Vía aérea natural), IOT (Intubación orotraqueal), TQT (Traqueostomía)	



0179 REPORTE DE UN CASO: TÉTANOS GRAVE EN ADOLESCENTE DE 18 AÑOS, CON CALENDARIO DE VACUNACIÓN INCOMPLETO

C TORANCIO(1), V ARIZTIMUÑO(1), A MANTI(1), C ARNAUDIN(1), A PEREZ(1), Y ADALA(1), G LORENZETTI(1), P LUFIEGO(1), C ORELLANO(1), N DARGAINS(1), J MERELES(1), J GODOY(1), D GARCIA ESQUIVEL(1)
 (1) San Juan De Dios

Introducción: Entre el año 2000 y 2021 se observó un promedio de 8 casos por año de tétanos en Argentina. Durante el año 2022 se notificaron 6 casos. Desde el 2000 no se registraron fallecimientos por esta causa.

Previo a la implementación de la vacunación al calendario, entre 1967 y 1977, se notificaron 4.260 casos en todo el territorio argentino (tasa de incidencia de 1.6 casos cada 100.000 habitantes/año).

Presentación del caso: Paciente con antecedentes de tabaquismo, consumo de exotóxicos y calendario de vacunación incompleto que sufre siniestro vial con fractura expuesta de falange distal del dedo medio de mano izquierda de aproximadamente 1 mes de evolución. Consulta por fiebre y contracturas musculares. Por progresión sintomática y espasmo laríngeo requiere intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. Se sospecha tétanos iniciando tratamiento con inmunoglobulinas, antibióticos y se traslada a nuestro hospital, realizándose traqueostomía.

Traumatología realiza amputación de falange distal y se envía muestra para cultivo y patología, negativo para osteomielitis.

Luego de 35 días se decanula sin complicaciones.

Habiendo cumplido tratamiento antibiótico, se otorga alta médica. Se completa calendario de vacunación.

Discusión: Definición de caso:

- Probable: caso sospechoso con elevación de enzimas (CPK, aldolasa), leucocitosis, cultivo de *C. tetani* (que puede no aislarse en todos los casos).

- Confirmado: caso sospechoso que es confirmado por un médico entrenado. No hay hallazgos de laboratorio característicos de tétanos. La base para la clasificación de casos es completamente clínica y no requiere confirmación del laboratorio.

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son: tetania hipocalcémica, distonías inducidas por fármacos, abstinencias a exotóxicos, meningoencefalitis, envenenamiento por estricnina y trismus debido a infecciones dentales.

Conclusión: La cobertura de vacunación se mantuvo por encima del 90% hasta el año 2017, luego existe una tendencia al descenso. En 2021 se observó un leve recupero desde el inicio de la pandemia de COVID-19.

Nuestro objetivo es compartir un caso poco frecuente de infección grave por *Clostridium Tetani*, y conocer su presentación clínica característica, haciendo hincapié en la relevancia de la sospecha diagnóstica.

0180 TETANOS EN TERAPIA INTENSIVA: UNA ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE. REPORTE DE CASOS

Y LAMBERTO(2), N CHACON(1), P SAUL(1), C DOMINGUEZ(1), R GREGORI SABELLI(1), JJ VIDELA(1), S CACERES(2), A BUENO(1), CV AMAYA(1), MDLM NANO(1), A RODRIGUEZ(1), G CABRERA(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Hospital Muñiz. (2) Muñiz

El tétanos es causado por el Clostridium tetani, no erradicable controlable a través de la inmunización. Sintetiza dos toxinas: tetanospasmina y tetanolisina. La tríada clásica es contractura tónica, espasmos/paroxismos o contractura clónica y si es grave, disfunción autonómica. Se presentan 3 casos en pacientes adultos ingresados a terapia intensiva.

Casos clínicos: Caso 1: hombre, 39 años, vacunación antitetánica en el 2014. Presenta herida de arma de fuego en brazo izquierdo. Evolucionó con dolor, cianosis, contractura tónica e impotencia funcional del brazo. El día 10° progresa con contractura tónica generalizada y trismus; requirió traqueostomía (TQT) y ventilación mecánica (VM). Tratamiento: metronidazol, piperacilina-tazobactam, vancomicina, gammaglobulina antitetánica 10000 UI endovenosa (EV) y vacuna antitetánica (VAT). Se realizó fasciotomía y extracción del proyectil. Alta hospitalaria día 42° de internación.

Caso 2: mujer, 83 años, antecedentes cardiovasculares, vacunación antitetánica en el 2002. Refirió caída de su propia altura, con excoiraciones leves. El día 12° comienza con disfagia, trismus, y contractura tónica, requirió TQT y VM. Tratamiento: metronidazol, gammaglobulina 6000 UI EV y VAT. Evolucionó con shock séptico por Pseudomonas aeruginosa. Fallece el 6° día de internación.

Caso 3: hombre, 60 años, antecedentes de enolismo, sin vacunación, herida de clavo en pie derecho. 21 días después consultó por trismus y disfagia, a las 48 horas comenzó con disautonomías y contracturas tónicas generalizadas. Requiere TQT y VM. Tratamiento: metronidazol, gammaglobulina 3000 UI EV y VAT. Se realizó toilette del pie. Alta de TI al día 32°.

Discusión: Los casos expuestos recuerdan la necesidad de llegar a tasas adecuadas de vacunación antitetánica. Se enfatiza que habían consultado previamente y escaparon a un diagnóstico precoz. Tenían déficit en la inmunización y ocurrieron en un lapso de 6 meses. Destacamos las recomendaciones del manejo de heridas e inmunoprevención

Conclusión: El tétanos es una problemática mundial. Es controlable, inmunoprevenible no erradicable. La herramienta para su control es la vacunación. Datos publicados demuestran que la pandemia, causó el mayor descenso sostenido generando un retroceso en inmunizaciones. Es importante interpretar el cuadro, para realizar el tratamiento adecuado y precoz ante la sospecha.

Caso clínico 1.



a. Zona posterior del brazo izquierdo. b. zona anterior del brazo izquierdo.

0182 EVALUACIÓN DEL MEDIO INTERNO Y PREVALENCIA DE DISCALEMIAS DE PACIENTES AL INGRESO DE LA GUARDIA DE DOS HOSPITALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

HF CERVANTES(1), C ARANDA(1), SJ CASALE(2), DM ROSELLÓ(2), MM BERCE(2), SP SUTERA(2)

(1) Hospital General De Agudos Carlos G. Durand. (2) Hospital Churruc-visca

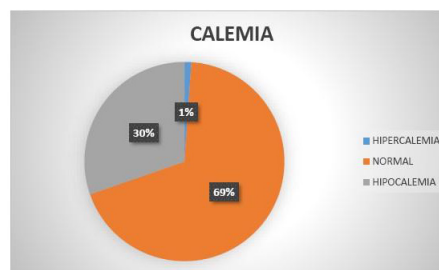
Las determinaciones que comprenden el ionograma (sodio, potasio, cloro), son una herramienta diagnóstica fundamental utilizada al ingreso en las guardias médicas. Por dicho motivo, nos parece fundamental evaluar qué refleja la misma en nuestros centros asistenciales.

Materiales y métodos: Se realizó la determinación de sodio, potasio y cloro durante los meses enero y febrero de 2023 de pacientes ingresados por guardia en el Hospital Churruc-Visca y Hospital General de Agudos Carlos G. Durand. No se discriminó por edad y sexo. El criterio de exclusión realizado fue la presencia de valores de calcio iónico por debajo de 0,7 mmol/l, a fin de evitar las muestras a las que se les haya hecho agregado espurio de heparina líquida. Las muestras fueron remitidas en jeringas comerciales con heparina de litio liofilizada y procesadas en analizadores multiparámtricos Cobas b221 (Roche Diagnostics). Se analizaron 89 muestras totales, posterior a la exclusión de 4 muestras.

Resultados: Del total de 89 pacientes relevados, 49 presentaron alguna alteración del medio interno (55%), mientras que 40 (45%) pacientes presentaron un medio interno normal. Cuando realizamos el análisis de los pacientes con alteraciones en el potasio, observamos que 61 pacientes (69 % de los evaluados), no presenta alteraciones en los valores de potasio, mientras que 27 pacientes (30%) presentan hipocalemia, y solo un 1 paciente (1%) presentaba hipercalemia.

Conclusiones: De acuerdo con el total de pacientes evaluados, es significativa la presencia de hipocalemia sobre el total de pacientes/muestras evaluadas, siendo la alteración del medio interno más relevante en los pacientes ingresados por guardia. Con respecto a la hipercalemia, podemos concluir que, en las muestras procesadas, dicha alteración es irrelevante.

ANÁLISIS DE POTASIO	
HIPERCALEMIA	1
NORMAL	61
HIPOCALEMIA	27



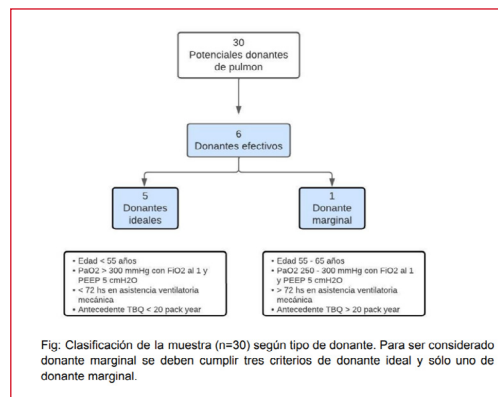
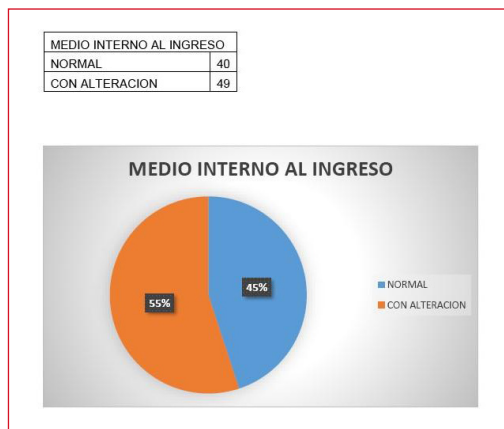


Fig. Clasificación de la muestra (n=30) según tipo de donante. Para ser considerado donante marginal se deben cumplir tres criterios de donante ideal y sólo uno de donante marginal.

0183 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y OXIGENACIÓN EN PACIENTES POTENCIALES DONANTES DE PULMÓN AL DÍA DE LA ABLACIÓN

ER BRIZUELA(1), GM BRUNETTI(1), JM VILLAGRASA(1), G BLANCO(1), C MIRANDA(1), D RODRIGUEZ(1), D SALAS(1), M PETRE(1), P CENTENO(1)

(1) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario De Esteban Echeverría

Objetivo: Describir variables de mecánica ventilatoria y oxigenación en pacientes potenciales donantes de pulmón al día de la ablación de órganos. Además se busca analizar secundariamente la tasa de donación de pulmón dentro de la muestra en estudio.

Métodos: Estudio de diseño retrospectivo, transversal y observacional. Se incluyeron pacientes potenciales donantes de pulmón con certificación de muerte encefálica internados en un hospital de alta complejidad de la provincia de Buenos Aires desde enero de 2021 hasta diciembre de 2022. Variables ventilatorias: modo ventilatorio, volumen tidal, frecuencia respiratoria, presión positiva al final de la espiración total, flujo, presión plateau, presión pico, compliance estática, resistencia, driving pressure, mechanical power y ratio ventilatorio. variables de oxigenación: relación presión arterial de oxígeno/ fracción inspirada de oxígeno (PaO₂/FIO₂) y cociente arterio alveolar (a/A)

Resultados: La muestra se compuso de 30 pacientes potenciales donantes de pulmón internados en la unidad de terapia intensiva, conformada por 21 sujetos (70%) de sexo masculino y el restante femenino. La media de la edad fue de 38,3 años (DS 12,46). En cuanto a las variables de ventilación mecánica se observó que los PD fueron ventilados entre 6 y 8 ml/kg con una media de 6,93 (DS 0,96), FR 19,13 (DS 3,31), Ppl 17,13 (DS 2,43), DP 9,07 (DS1,96); con respecto a los días de AVM se observó una mediana de 2 (RIQ 2-3). Las variables de oxigenación presentaron una media de PaO₂/FIO₂ de 372,38 (DS 66,73) y a/A de 0,64 (DS 0,13). La tasa de donación de órganos reportada fue del 100% (n=30), mientras que el 20% (n=6) fue donante efectivo de pulmón, de los cuales cinco corresponden a donantes ideales y uno a donante marginal.

Conclusión: Los potenciales donantes de pulmón recibieron asistencia ventilatoria mecánica de acuerdo a las recomendaciones de soporte ventilatorio establecidas para esta población, sin embargo, a pesar de cumplir con los criterios de donante ideal o marginal, sólo un 20% de los PD fueron considerados aptos para la ablación de pulmón.

Tabla 2 Resultados

Ventilación mecánica, media (DS)		p valor
Crs	50,65 ± 10,47	,499
DP	9,07 ± 1,96	,369
Flujo	32,15 ± 5,79	,053
FR	19,13 ± 3,31	,274
MI/Kg	6,93 ± 0,96	,099
MP	15,60 ± 5,18	,323
Pico	23,47 ± 3,85	,106
PEEPt	8,06 ± 1,87	,154
Ppl	17,13 ± 2,43	,185
VR	1,41 ± 0,39	,100
Vt	446,17 ± 56,92	,549
Oxigenación, media (DS)		
PaO ₂ /FIO ₂	372,38 ± 66,73	,145
a/A	0,64 ± 0,13	,308

Crs: Compliance | DP: Delta de presión | FR: Frecuencia respiratoria | MP: Mechanical Power | PEEPt: presión positiva al final de la espiración total | Ppl: Presión Plateau | VR: Ratio Ventilatorio | Vt: Volumen tidal

0184 EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON TRASPLANTE UNIPULMONAR MEDIANTE TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA

I FERNANDEZ CEBALLOS(1), M MARCOS(1), J GONZALEZ ANAYA(1), LA NAVARRO REY(1), JM NUÑEZ SILVEIRA(1), J EMS, I CARBONI BISSO(1), E STEIMBERG(1), M LAS HERAS(1) (1) Italiano

Introducción: El seguimiento del trasplante pulmonar mediante espirometría es crucial, dado que la disminución FEV1 se asocia con mayor mortalidad y disfunción crónica del injerto. En el trasplante unipulmonar, donde coexisten dos pulmones con propiedades elásticas diferentes, la evaluación del FEV1 mediante espirometría convencional es inexacta, ya que representa la combinación del FEV1 de cada pulmón. La tomografía por impedancia eléctrica (TIE), al evaluar los volúmenes pulmonares de forma regional, puede inferir el FEV1 de cada pulmón por separado.

Objetivos: Evaluar el FEV1, FVC y FEV1/FVC de cada pulmón en pacientes con trasplante unipulmonar y compararlos con la espirometría convencional.

Métodos: Serie de casos de 3 pacientes con trasplante unipulmonar con diferentes enfermedades subyacentes EPOC, enfisema/fibrosis (síndrome combinado) y fibrosis pulmonar. Se utilizó la TIE para medir la variación de la impedancia pulmonar y se comparó con la espirometría convencional.

Resultados: En el paciente EPOC, el FEV1, FVC y el FEV1/FVC regional del pulmón nativo (PN) fue 0.84 /1.45 /0.58, mientras que en el pulmón trasplantado (PT) fue de 0.73/1.84 /0.40. El FEV1% del PT (FEV1%PT) medido por TIE fue 62.4% en comparación con el 59% medido por la espirometría convencional.

En el paciente con síndrome combinado el FEV1, FVC y el FEV1/FVC del PN fue 0.98/1.86 lts/0.53, en comparación con el PT que fue

1.11 / 2.56 / 0.43. El FEV1%TL y el FEV1% fueron del 62.8% y 66% respectivamente.

En el paciente con fibrosis pulmonar, el FEV1, FVC y FEV1/FVC del PN fue 1.17/1.3/0.9, mientras que en el PT fue 1.45/1.63/0.89. El FEV1%PT y el FEV1% fueron del 65.4% y 73% respectivamente.

Conclusiones: La TIE permitió determinar los volúmenes y flujos regionales de cada pulmón en los 3 pacientes con trasplante unipulmonar. En los pacientes con síndrome combinado y fibrosis pulmonar, la espirometría convencional sobreestimó el FEV1% del pulmón trasplantado, mientras que en el paciente con EPOC fue subestimado.

0185 EXPERIENCIAS Y PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS QUE ASISTIERON A PACIENTES CON COVID-19 EN EL HOSPITAL DEL BICENTENARIO DE ITUZAINGÓ

J GONZALEZ(1)

(1) Del Bicentenario De Ituzaingó

Introducción: La pandemia por COVID-19 produjo consecuencias negativas sobre la salud psicológica de la población mundial. El objetivo de este estudio fue describir las experiencias y percepciones de las/os enfermeras/os que asistieron a pacientes con sospecha o estaban enfermos por Covid-19 en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC) del Hospital del Bicentenario de Ituzaingó.

Métodos: El estudio es de corte transversal mediante una encuesta de experiencias y percepciones. El instrumento que se aplicó fue la encuesta de "Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19" desarrollada en España (Sandín, B., et al, 2020), y adaptada mediante Grupo Delphi a esta investigación.

Consta de dos etapas:

- Etapa 1: Validación de contenido del cuestionario piloto, y selección de dimensiones y preguntas a incluir en la encuesta mediante un grupo Delphi.

- Etapa 2: Administración del cuestionario en estudio de corte transversal

Para el análisis de los datos, se calcularon la mediana desvío estándar y las medias para cada categoría de las variables del perfil de los encuestados, y de la experiencia con el coronavirus.

La significancia estadística se analizó mediante el test de Kruskal-Wallis.

Población: personal de enfermería que realiza asistió en cuidados críticos a pacientes con Covid-19 en la UCC. La encuesta fue aplicada a 50 enfermeras/os, compuesta por un 64% femenino y un 36% masculino.

Resultados: El 34% vivía con niños menores de 12 años y el 60% con personas que tenían alguna enfermedad crónica. El 82% se contagió por Covid-19. El 76% presentó síntomas de miedo a la pérdida de algún familiar. Más del 50% tuvo síntomas de tristeza, depresión, intranquilidad. Siendo el miedo el que recibió mayor puntuación para los distintos perfiles, seguida por el estrés y en tercer lugar el estrés postraumático.

Conclusiones: Las experiencias y percepciones del personal de enfermería que asistió pacientes con Covid -19 fueron de temor a contraer la enfermedad y llevar el virus a sus hogares, tristeza, depresión e intranquilidad por la experiencia vivida, principalmente el grupo de enfermería que convivía con niños menores de 12 años, todos estos síntomas incidieron significativamente sobre la salud del personal de salud de los profesionales que asistieron.

0186 HEMORRAGIA ALVEOLAR, LA GRAN SIMULADORA

S GASPAROTTI(1), LM RODRIGUEZ(1), E MILIOTO(1), FP BERTOLETTI(1)

(1) Clinica San Jorge

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) se define clínicamente por la presencia de hemoptisis, anemia, hipoxemia e

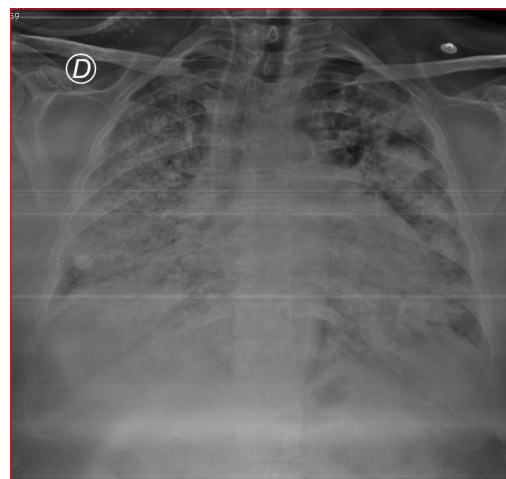
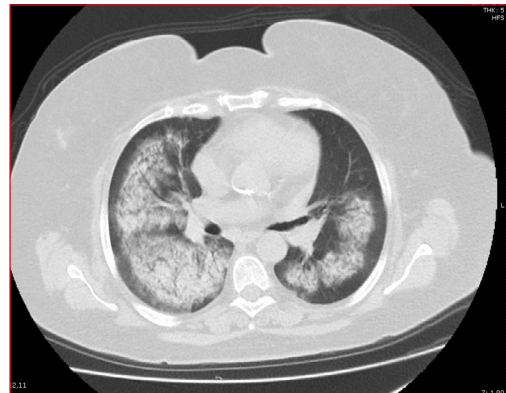
infiltrados alveolares bilaterales y difusos en la radiografía de tórax. Se puede clasificar por su histología en: sangrado pulmonar con y sin capilaritis; y sangrado por daño alveolar difuso. Dentro de las capilaritis, que son 88% de las HAD, la causa más frecuente es la granulomatosis de Wegener (GW) con un 32%.

La GW es una vasculitis sistémica primaria granulomatosa con una incidencia de 2,4 a 10 casos por millón de habitantes. Genera lesiones en el tracto respiratorio, glomerulonefritis y vasculitis de vasos de pequeño calibre. Su diagnóstico se basa en clínica, laboratorio inmunológico (C-ANCA), y anatomopatológico (granulomas necrosantes).

Presentación del caso: Paciente femenina de 63 años con antecedentes de HTA, EPOC, anemia crónica, hipotiroidismo y epiescleritis. Ingres a UTI por disnea CF IV, tos y hemoptisis, se interpreta como NAC grave e inicia tratamiento antibiótico. Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda que requiere ARM. Se realiza TAC de Tórax que evidencia bloque consolidativo y broncograma aéreo de compromiso parcheado y aleatorio. Se solicita laboratorio inmunológico FAN 1/80 LATEX AR 26.2 / ANCA-C 1/80. Se agrega inmunosupresores (corticoides) por alta sospecha de GW. Evoluciona con DMO, entre ellas falla renal con requerimientos de hemodiálisis. Falleció a las 24 hs del diagnóstico.

Discusión: La HAD es una patología infrecuente pero debe sospecharse ante pacientes con infiltrados pulmonares difusos asociados a anemia. Considerar los antecedentes del paciente podrían hacer sospechar la etiología inmunológica. La decisión terapéutica de iniciar tratamiento inmunosupresor en pacientes con sospecha de enfermedad infecciosa se justifica por la gravedad del cuadro.

Conclusión: La HAD es un cuadro que puede ser catastrófico a pesar de su tratamiento. Su diagnóstico etiológico es un gran desafío. Esta entidad como presentación de una GW, es una forma inusual y pareciera que representa una variante fulminante de esta, en la cual también el compromiso renal es muy prevalente



0187 HIDROCEFALIA COMUNICANTE POR SÍNDROME DE FROIN

L FLORES TRUSSO(1), ML CAMPASSI(2), D BANEGAS(2), F REPETTO(2), G GOMEZ(2), B TISEYRA(2), I RAMIREZ(2), C FAUEZ(2), N PICARD(2)
(1) Clínica Lpf. (2) Lpf

Introducción: El síndrome de Froin, se define como la elevación de Proteínas, hipercoagulabilidad y xantocromía en LCR como consecuencia de un bloqueo en la circulación del mismo, secundario a la presencia de una masa o absceso a nivel medular o irritación meníngea. Por ejemplo los abscesos epidurales causando hiperviscosidad del LCR pudiendo provocar hidrocefalia comunicante por obstrucción en sitios de absorción.

Caso clínico: Paciente de 48 años ATC:30 p/y.

Cursando internación en sala general por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por registros febriles, pérdida de peso y tumoración cervical derecha dolorosa.

TAC cervical: Evidencia colecciones. Tórax: cavitaciones de contenido líquido.

Se realiza hemocultivo y drenaje de colecciones cervicales por punción. Iniciando tratamiento antibiótico.

Se solicita ETE descartando endocarditis

Evoluciona con disnea CF IV, solicitando pase UTI.

TAC cervical: colecciones. Tórax: derrame pleural bilateral. Se realiza drenaje de colecciones por punción y Toracocentesis bilateral: F/Q exudado complicado derecho se realiza DPP con toma de cultivo.

RMN: absceso epidural que se extiende de C1 a C5.

Informe de hemocultivo con crecimiento de Bacilos anaerobio, se rota tratamiento AMS+Metronidazol.

Presenta Deterioro del sensorio, mal manejo del lago faríngeo requiriendo IOT.

TAC Encéfalo: Hidrocefalia, absceso sin cambios.

Se realiza PL con FQ: HiperPr, Leucocitosis, Se decide Colocación de DVE con toma FQ Evidenciando disociación entre ambos LCR.

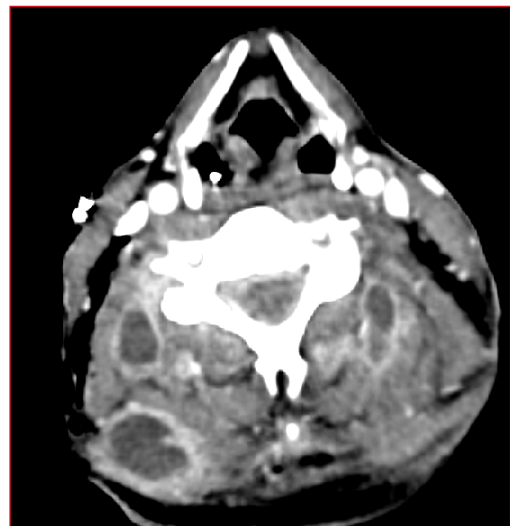
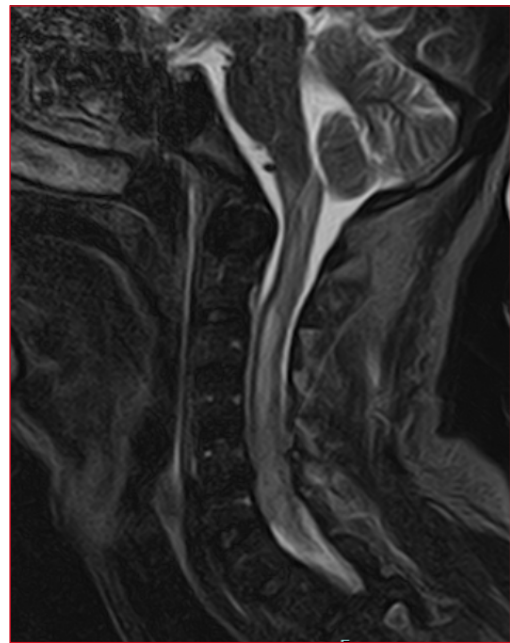
Evoluciona con Cuadriparesia: se realiza RMN cervical: edema centro medular comprometiendo bulbo raquídeo.

Por ARM prolongado se realiza Traqueostomía.

Por presentar RMN: sin epidural, TAC cervical sin colección, se suspende ATB

Se decide colocación de DVI, por presentar hidrocefalia post cierre DVE.

Discusión y Conclusión: El absceso epidural es una patología poco frecuente, raramente por gérmenes anaerobios, la terapéutica recomendada es el drenaje quirúrgico combinado con antibioticoterapia, en algunas situaciones está justificado el tratamiento conservador. Las complicaciones de los abscesos epidurales están mediadas por diferentes mecanismos Compresión mecánica, tromboflebitis séptica, inflamación por toxina. La obstrucción del LCR en el síndrome de froin requiere una alta sospecha para realizar un diagnóstico y tratamiento precoz. La disociación entre los LCR podría explicarse por la compartimentalización de los espacios, descrita en la bibliografía y discutida al mismo tiempo.



0188 SARS-COV-2 Y DAÑO PULMONAR SEVERO CON ABSCESOS PULMONARES: RESOLUCION PERCUTANEA

E MINOLDO(1), P CALCAGNO(1), C GALLETI(1)
(1) Sanatorio Allende

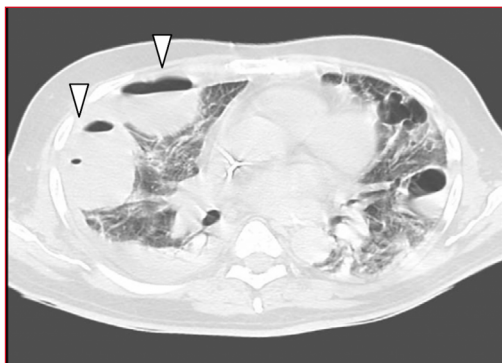
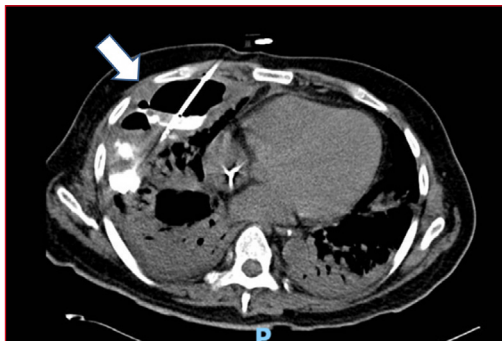
Introducción: La aparición de cavitaciones aumenta la morbi-mortalidad y suele asociarse a hemoptisis y neumotórax. Se ha reportado la aparición de cavitaciones en pacientes con infección activa o pasada, a pesar de ser un hallazgo poco frecuente y no estar clara su fisiopatogenia. Se plantea un origen multifactorial, donde destacan la sobreinfección bacteriana y/o fúngica, favorecida por los efectos inmunosupresores de los glucocorticoides.

Presentación del caso: Sexo masculino 55 años, hipertenso y diabético. Internado por SARS-CoV-2. Requiere ventilación mecánica, pronación, traqueostomía, múltiples esquemas antibióticos y corticoides. Intercurrencias: NAVM por Pseudomona A., trombosis femoral, abscesos pulmonares bilaterales (el mayor de 9 cm de diámetro), neumotórax. Sostenido inicialmente con Presión de Soporte no pudiendo destetarse por la presencia de abscesos no resueltos y debilidad muscular extrema. Por el nivel de compromiso cirugía

contraíndica la resolución quirúrgica. Se practica evacuación percutánea por catéteres. (Imágenes 1 y 2), con progresiva mejoría externándose de UCI a los 62 días de la internación.

Discusión: El mecanismo fisiopatológico de las cavitaciones es desconocido. Estudios han demostrado que la reacción inducida por la infección, lesiona las células bronquiales provocando necrosis y apoptosis, y esto conlleva a la formación de cavitaciones. La morbilidad tras la aparición de cavitaciones es de hasta el 30% (1-3), en inmunodeprimidos la mortalidad asciende hasta un 75%. El factor más influyente en la evolución es la presencia de comorbilidades (diabetes y corticoterapia). Los abscesos primarios responden al tratamiento antibiótico en un 90-95% de los casos. El aislamiento de gérmenes aeróbicos como *Pseudomona* y *Klebsiella* empeora el pronóstico. El drenaje percutáneo, está indicado ante el fracaso del tratamiento antibiótico, o si tratamiento quirúrgico esté contraindicado o es de muy alto riesgo (4). El tiempo medio de permanencia del drenaje es de 15 días, en el caso presentado fue de 18 días.

Conclusión: El SARS-CoV-2 puede complicarse con abscesos siendo esta una situación de extrema gravedad. El drenaje percutáneo es el tratamiento alternativo en pacientes sin respuesta a la antibioterapia y/o no candidatos a cirugía.



0189 GESTIÓN DE LA SEDACIÓN, ANALGESIA Y EL DELIRIO EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE ALTA COMPLEJIDAD

ME NANNI(1), MA QUIROGA ENCINAS(1), MC CERVANTES CONTRERAS(1), Y SAAD(1), B DORFMAN(1), N PISTILLO(1)
(1) El Cruce

Introducción: En el contexto de la gestión basada en procesos y el cuidado humanizado, el control del dolor, la sedación y el delirio busca mejorar la seguridad y el confort de los pacientes internados en terapia intensiva.

Objetivo: Evaluar la eficacia del uso de una lista de chequeo diario electrónico para mejorar la calidad de atención médica.

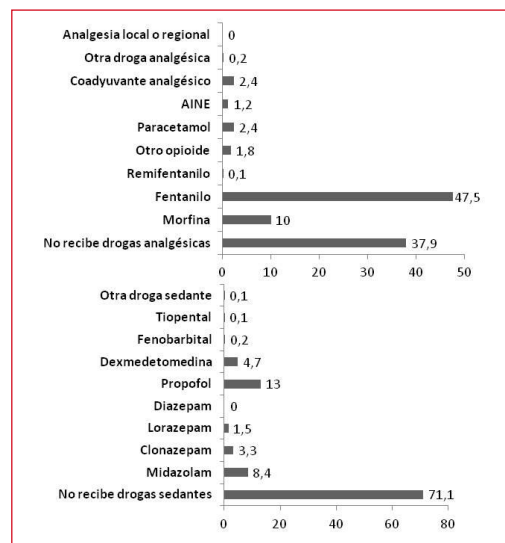
Materiales y métodos: Tipo de estudio: Prospectivo, descriptivo y observacional.

Procedimiento: Los pacientes internados en terapia intensiva fueron evaluados diariamente mediante una lista de chequeo electrónica.

La encuesta estuvo orientada a garantizar un correcto tratamiento de la sedación y analgesia, favorecer el diagnóstico temprano del delirio y mejorar la seguridad del tratamiento. Se establecieron metas institucionales de calidad, que incluyeron una sedación y analgesia correcta en al menos el 90% de los encuestados.

Resultados: Se realizaron 5240 encuestas. El 72.1% de la población requirió tratamiento quirúrgico, el 63.2% recibió ventilación mecánica y el 27.1% tuvo COVID-19. El 98.7% de los pacientes no refirió dolor o este fue leve. Solo el 0.8% requirió disminución de la analgesia y el 1.1% aumento. La sedación también fue adecuada en una proporción alta (98%). El 82.4% tuvo un RASS de 0, el 4.1% un RASS de -1 y -2 y el 13.5% un RASS de -3 y -4. Se detectó delirio en el 8.5% de los casos y de los cuales el 81% requirió tratamiento médico (81%). La figura adjunta muestra las drogas sedantes y analgésicas utilizadas. El análisis de seguridad demostró que las dosis de los medicamentos estaban ajustadas al peso y la función renal/hepática en el 95.3% de los casos. Se solicitó trigliceridemia en el 67.2% de los pacientes tratados con propofol por más de una semana y control del QT en el 99.3% de los medicados con haloperidol.

Conclusiones: La implementación de una lista de chequeo preventiva es útil para mantener una correcta sedación y analgesia en pacientes internados en terapia intensiva. Además, contribuye a la detección temprana del delirio, permite limitar las complicaciones asociadas con el tratamiento y ayuda a evaluar el proceso de atención en todas sus etapas.



0192 USO DEL OXIDO NÍTRICO EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA PEDIÁTRICA

G GONZALEZ(1), MDP ARIAS LÓPEZ(1), GV MORALES(1), A CAIRNIE(1)

(1) Hospital De Niños Ricardo Gutiérrez

La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es uno de los principales motivos de ingreso e indicación de asistencia ventilatoria mecánica (ARM) en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs). El Óxido Nítrico (ON) es una de las terapias de rescate propuesta para pacientes con hipoxemia refractaria, con resultados variables en la evolución y la mortalidad.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la utilización de ON en pacientes con IRA e hipoxemia refractaria en una UCIP polivalente y describir las características de la población en las que se indicó, así como sus resultados (evolución de las variables de oxigenación y mortalidad).

Materiales y Métodos: Diseño retrospectivo, observacional. Análisis de base de datos SATI-Q. Pacientes ingresados en la UCIP de un Hospital público pediátrico universitario de CABA que recibieron ON

entre 01-01-2021 y 31-12-2022. Se usó estadística descriptiva para caracterizar la población. Para comparar los pacientes fallecidos con aquellos que sobrevivieron se usaron de acuerdo a su distribución test no paramétricos (Mann-Whitney U test) r (variables continuas) y χ^2 (variables categóricas). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se realizó análisis multivariado para ajustar los resultados por factores confundidores Se expresa la fuerza de asociación con Odds Ratio ajustado (OR) e IC 95%.

Resultados: Ingresaron durante el periodo estudiado 39 pacientes. La prevalencia de utilización de ON fue 5.2 % (IC 95% 3.6-6.8 %). La edad mediana fue de 41 meses (RIC 8-123.50). La estadía mediana fue de 26 días (RIC 15.5-48). La mediana de días de ON fue de 5 (RIC 2.5-9.75). La mortalidad fue de 41% (16 pacientes).

En la tabla 1 se presentan las características generales de los pacientes de acuerdo al resultado (sobrevive vs fallece). En la tabla 2 se describen los parámetros ventilatorios en ambas poblaciones. Los pacientes que sobrevivieron tuvieron una menor edad 17 meses (RIC 5-50) vs 125 meses (RIC 15.25-137), p 0.019; infección viral 18 (78.3%) vs 4 (25%), p 0.003; menos enfermedad maligna 0 vs 6 (37.5%), p 0.006; menor FiO2 a las 48 hs 0.6 (RIC 0.58-0.6) vs 0.8 (RIC 0.6-0.86) p 0.028; menor Presión media de la vía aérea 24 hs. 18.3 (RIC 14.65-20.95) vs 22.20 (RIC 16.70 vs 25.40), p 0.018.

En el análisis multivariado la edad, presencia de infección viral y el valor de albumina al ingreso se asociaron con mortalidad en forma independiente de la probabilidad de muerte (PIM3). El OR ajustado e IC 95% para edad, infección viral y albúmina al ingreso fueron 1.03 (1-1.063), 0.038 IC (0.001-0.43) y 0.038 (IC 0.0015-0.31) respectivamente.

Conclusiones: La terapia con ON se indica en una pequeña proporción de pacientes con IRA, su uso sería beneficioso en pacientes con menor edad, con infección viral, con mejor nivel de albúmina. La mejora de la PMVA24, IO48 y Fio2 48 indicarían mejor pronóstico.

0193 NEUROSTICERCOSIS PARENQUIMATOSA. REPORTE DE UN CASO

M CAPRILES(1), AV LUGO(1), A SIRINO(1), R CARBALLO OROZCO(1), W ARGANA MONTAN(1), P SÁNCHEZ(1), B VÁZQUEZ(1), P FALVO(1), D DENIS(1), A VEITIA VALENCIA(1), A AGUSTÍN(1), F LUNA(1), M DI FABIO RIVIERE(1), C LAWDAANSKY(1), G SMURRA(1), C BALASINI(1)
 (1) Pirovano

Introducción: La neurocisticercosis (NCC) es una infección del sistema nervioso central originada por el estadio larvario de *Taenia solium*. Constituye la forma más frecuente de epilepsia adquirida del adulto. Hay 14.9 millones de personas con neurocisticercosis en la Región de las Américas y el Caribe, y entre 450mil y 1350 millones sufren de epilepsia causada por la enfermedad.

Caso clínico: Mujer de 78 años, nacida en Perú. Vive en Argentina. Consulta por mareos, cefalea y ataxia. Posteriormente agrega diplopía.

Fondo de ojo con edema de papila. Hipertensión endocraneana en TC. Se decide la excéresis quirúrgica de los quistes con ruptura de algunos ejemplares, con posterior vaciamiento completo.

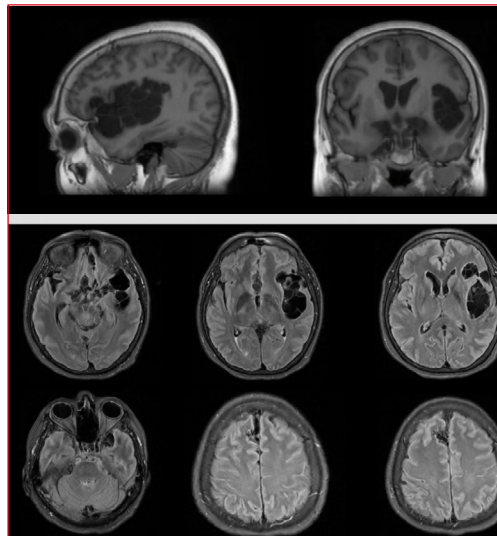
Pasa a terapia intensiva extubada. Se inicia corticoterapia y anti-epilépticos por sospecha de neurocisticercosis. Se espera inicio de antiparasitarios.

TAC de cerebro postquirúrgica sin presencia de hipertensión endocraneana. Se inicia albendazol a las 48 horas. Anatomía patológica que informa neurocisticercosis.

Discusión: El ser humano puede ser huésped tanto intermediario como definitivo de *Taenia solium*, que adquiere por ingestión de huevos del parásito mediante transmisión fecal-oral a partir de un portador de la tenia. Los quistes pueden tener varias localizaciones en el cuerpo. La infección por *T. solium* habitualmente es asintomática. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización. Las formas parenquimatosas provocan cefalea y convulsiones, mientras que las extraparenquimatosas suelen presentarse con hidrocefalia.

El déficit focal neurológico se presenta en el 20% de los pacientes, frecuentemente con síntomas motores asociados a lesiones piramidales. La presencia de imágenes significativas en TC o RM, con serologías negativas, no descartan el NCC. Los quistes nodulares sólidos en etapa degenerativa con escólex y los de estadio coloidal, muestran mejor respuesta antiparasitaria. Los quistes calcificados no requieren tratamiento antiinfeccioso. La corticoterapia debe acompañar el tratamiento antiparasitario. La resección quirúrgica de las lesiones parenquimatosas se indica en casos puntuales.

Conclusión: La TC y la RM constituyen una de las piedras angulares para el diagnóstico de NCC. En las personas con síntomas oculares, debe descartarse la presencia de quistes intraoculares y valorar la presencia de edema de papila.



Estudio	Resultado
complementario	
TAC	Extensa área de encefalomalacia tipo quística en región transparieto-temporal izquierda. Hipertensión endocraneana. Tórax, abdomen y pelvis sin alteraciones
RM	Se reconoce ampliación de cisternas de la base del cráneo y principalmente de la cisterna silviana izquierda con imágenes de aspecto quístico polilobuladas. No se asocian a refuerzo de contraste ni restricción de la difusión. MAV en cara medial del giro frontal superior derecho.
Fondo de ojo	borramiento de papila, sin hallazgos de quistes oculares

0195 ASIGNACIÓN DE PRIORIDADES DEL TRIAGE DE TRES COLORES EN EL NIVEL HOSPITALARIO: COMPARACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA CLÍNICA Y LA INFORMACIÓN BIBLIOGRÁFICA

IJE FIGUEROA(1), CE ESPINDOLA(1), MC OLIVERA(1)
 (1) Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramón Madariaga

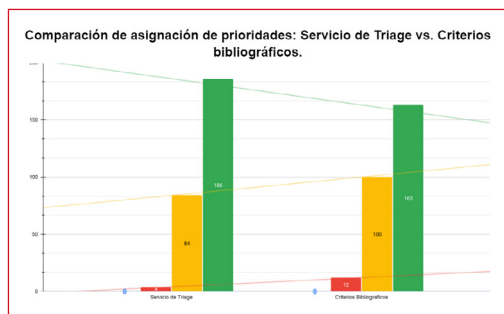
Introducción: Este estudio compara las diferencias en la asignación de prioridades del sistema de triage de tres colores del principal hospital de la Provincia de Misiones con la información bibliográfica. El triage de tres colores es ampliamente utilizado a nivel extrahos-

pitalario, pero en la atención hospitalaria la falta de protocolos y criterios específicos en la asignación de prioridades presenta desafíos. Con el objetivo de aumentar la calidad, es crucial comprender el estado actual del triage para proponer mejoras, asignar recursos de manera adecuada y reducir costos en la atención.

Objetivo: Comparar la asignación de colores de prioridades en el triage, según la información bibliográfica y la realizada por los responsables del triage en un hospital público de Posadas en 2023. **Metodología:** Cuantitativo, observacional y transversal con una población de 16 profesionales responsables del triage. Se realizó una búsqueda bibliográfica en fuentes académicas para obtener criterios de asignación de prioridades en el triage de tres colores, seleccionando cuatro artículos. La recolección de datos se realizó mediante observación directa durante el proceso de triage, utilizando una planilla para registrar el color asignado por el servicio y el color correspondiente según criterios seleccionados de la información bibliográfica.

Resultados: Se tomaron en cuenta un total de 549 casos para comparar la asignación de colores en el triage, con un nivel de confianza del 95% se encontró que existe relación entre la asignaciones de colores realizada por los responsables del triage y los criterios encontrados en la información bibliográfica, sin embargo resalta una diferencia significativa en la asignación del color rojo (4 vs 12), se evidencia que con la información bibliográfica se detectaron más casos que representan riesgo vital.

Conclusión: No hubo diferencias significativas entre la asignación de colores de casos estables, pero se evidencia la necesidad de mejorar la detección de los casos críticos. Se requieren más investigaciones en este ámbito. Se recomienda implementar propuestas de mejora incluyendo la evaluación de otros sistemas de triage hospitalarios, una estandarización de protocolos y criterios basados en consenso multidisciplinario donde se utilice un lenguaje común que reduzca barreras y garantice una asignación precisa.



0197 COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DE RESECCIÓN TRANSEPTOESFENOIDAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

MP ANTON LLADO(1), L BARRIOS(1), S NAPOLI(1), R CAMILLA(1), R CANDELA(1), M ALBARRACIN REINOSO(1), N RAMONDI(1)

(1) Fernandez

Introducción: Las resecciones transeptoefenoidales son procedimientos quirúrgicos que se realizan en la región del seno esfenoidal. Aunque son generalmente seguras, como cualquier procedimiento quirúrgico, pueden presentarse algunas complicaciones.

Caso Clínico: Paciente de 49 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial con mala adherencia al tratamiento y resección parcial de macroadenoma hipofisario gigante vía transfenoidal hace seis años. Ingreso al hospital en plan quirúrgico de resección de macroadenoma no funcionante recidivante que comprimía el quiasma óptico.

Ingresa a Unidad de Terapia Intensiva en contexto de postoperatorio de resección y evacuación transeptoefenoidal, evolucionando a las seis horas con amaurosis bilateral y midriasis arreactiva, con tomografía que evidenció hematoma selar y supraselar con com-

presión quiasma óptico, requiriendo evacuación del hematoma por vía transfenoidal de urgencia.

Progresó con shock séptico a foco meníngeo con aislamiento de Klebsiella pneumoniae en líquido cefalorraquídeo, refractario a tratamiento dirigido. Agregando neumoencefalo y neumoventrículo por presencia de fístula nasal posquirúrgica realizándose cierre de flap nasoseptal con accidente cerebrovascular de arteria cerebral anterior, sumando diabetes insípida de difícil manejo.

Evoluciona con shock séptico refractario y falla multiorgánica y fallece a los diez días de su ingreso.

Discusión: Es importante tener en cuenta que las complicaciones pueden variar según el paciente y la complejidad de la cirugía, debido a la ubicación de las lesiones y las estructuras que presentan cerca.

Conclusión: Si bien son infrecuentes las complicaciones hay que estar atentos para realizar el tratamiento oportuno y evitar sus consecuencias.

0198 ESTADO DE VOLUMEN PLASMÁTICO COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO SECUNDARIO A COVID 19: ESTUDIO COHORTE RETROSPECTIVO

L BUJAN MOLINS(1), J SINNER(1), E PRADO(1), IA HUESPE(1), C MUSSO(1), N CONTRERA(1), J CANTOS(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: El cálculo del Estado del Volumen Plasmático (EVP, del inglés Plasma Volume Status) es un parámetro de fácil estimación que mide el grado en que los pacientes se han desviado de su volumen plasmático ideal. Este puede ser un útil parámetro de reanimación en el Síndrome de Dificultad Respiratoria del Adulto (SDRA). En este estudio evaluamos la relación entre el EVP, al ingreso a UCI, con mortalidad en pacientes con neumonía severa por COVID-19.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron pacientes ingresados a UCI por COVID-19 entre marzo del 2020 y julio de 2022. El EVP se calculó en base al volumen plasmático real (VPA) y el volumen plasmático ideal (VPI) mediante la fórmula de Kaplan-Hakim:

$$EVP = (VPA - VPI) / VPI \times 100\%$$

donde:

$$VPA = 1 - hct \times a + b \times \text{peso corporal}$$

(Hombre a=1,530, b=41; mujeres a=864 b=47.9)

$$VPI = c \times \text{peso corporal}$$

(Hombre c=39; mujeres c=40)

El objetivo del estudio fue analizar la mortalidad intrahospitalaria relacionada con el EVP. Para ello primero realizamos un análisis gráfico de la relación entre de EVP con mortalidad con un gráfico LOWESS (locally estimated scatterplot smoothing). En base a la relación entre la variable continua y el log odds de probabilidad de muerte transformamos la variable en EVP en categorías.

Resultados: Se incluyeron 399 pacientes, con una edad media de 63,0 años (DE 13,8) (tabla 1). Se observó que los pacientes con valores de EVP inferiores a -3 (figura 1) tuvieron menor mortalidad que aquellos con valores de EVP superiores (33% [IC95% 28% - 40%] frente a 44% [IC95% 36% - 52%]; p=0,032). Los pacientes con EVP alta tuvieron APACHE 2 y Charlson significativamente mayores (tabla 1).

Discusión y conclusión: El EVP refleja el estado de hemostasia entre compartimentos corporales. Los métodos existentes como el EV-1000 de estimación de líquido pulmonar son costosos, pero el EPV es un parámetro de fácil estimación y puede ser un parámetro que oriente hacia la reanimación con fluidos en pacientes con SDRA.

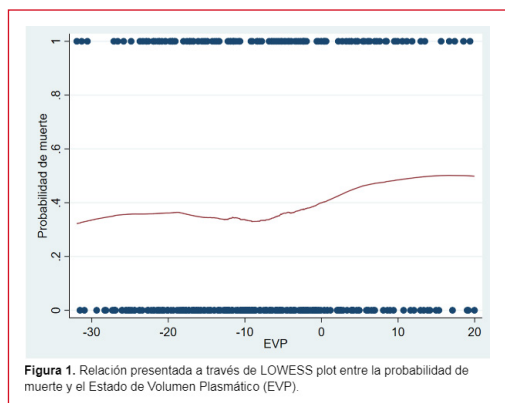


Tabla 1. Característica demográfica de los pacientes que sobrevivieron y los que fallecieron en UCI

	All (N=399)	EVP< Median (n=241)	EVP> Median (n=158)	p overall
Sexo femenino - n (%)	133 (33.3%)	75 (31.1%)	58 (36.7%)	0.294
Edad - media (DE)	63.0 (13.8)	62.9 (12.7)	63.2 (15.5)	0.826
APACHE - media (DE)	11.6 (6.85)	10.3 (6.14)	13.8 (7.40)	<0.001
CHARLSON- media (DE)	3.54 (2.62)	3.15 (2.21)	4.15 (3.07)	0.001
Frecuencia Cardíaca - media (DE)	81.4 (19.5)	81.2 (20.1)	81.8 (18.5)	0.798
Frecuencia respiratoria- media (DE)	22.2 (5.39)	21.9 (4.52)	22.7 (6.46)	0.288
Saturación de Oxígeno - media (DE)	95.3 (7.10)	95.0 (8.67)	95.0 (3.14)	0.343
Temperatura - media (DE)	37.7 (20.5)	38.7 (26.5)	36.2 (0.76)	0.28
Presión sistólica - media (DE)	127 (21.8)	128 (22.8)	127 (20.3)	0.695
Presión diastólica - media (DE)	71.4 (14.5)	72.6 (14.2)	69.5 (14.7)	0.098
Po2 - media (DE)	114 (58.8)	110 (62.0)	121 (52.4)	0.226
Hematócrito - media (DE)	38.0 (6.30)	40.7 (3.62)	33.4 (7.14)	<0.001
Leucocitos - media (DE)	10418 (6169)	10141 (4883)	10880 (7857)	0.31
Linfocitos - media (DE)	9.08 (7.73)	9.06 (6.63)	9.11 (9.34)	0.952
Neutrófilos - media (DE)	85.1 (9.50)	85.3 (8.18)	84.8 (11.5)	0.656
Sodio - media (DE)	136 (4.23)	136 (4.08)	136 (4.47)	0.431
Potasio - media (DE)	4.05 (0.58)	4.05 (0.53)	4.05 (0.65)	0.972
Cloro - media (DE)	103 (4.87)	103 (4.73)	103 (5.08)	0.248
Urea - media (DE)	57.7 (39.0)	51.0 (26.3)	68.9 (52.2)	<0.001
Creatinina - media (DE)	1.22 (1.29)	0.98 (0.76)	1.62 (1.80)	<0.001
Ph - media (DE)	7.39 (0.08)	7.39 (0.07)	7.38 (0.08)	0.423
Pco2 - media (DE)	41.5 (8.98)	41.7 (8.98)	41.1 (8.98)	0.478
Bicarbonato - media (DE)	24.5 (4.30)	24.7 (3.55)	24.3 (5.27)	0.408
Ácido Láctico - media (DE)	1.95 (1.32)	2.00 (1.37)	1.88 (1.23)	0.42
Total ingresos en primeras 24 horas (ml) - media (DE)	1744 (871)	1663 (766)	1867 (1000)	0.031

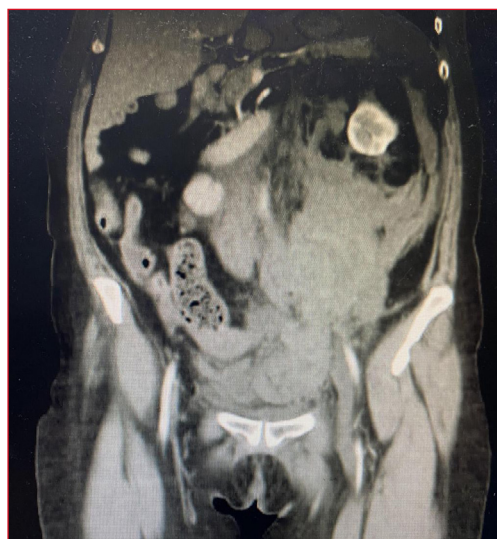
tica retroperitoneal izquierdo, a nivel perirrenal, espacio pararenal posterior y anterior, con extensión hacia FID de 256mm x 150mm. Ensanchamiento de 6mm de espesor de la arteria renal izquierda. Sin fugas agudas. Engrosamiento compatible con trombosis de la vena iliaca y femoral izquierdas, por debajo de la arteria iliaca izquierda (SMT).

Se realiza diagnóstico de shock hipovolémico por hematoma retroperitoneal (Índice de shock 1,7) requiriendo transfusiones de hemoderivados. Hemodinamia y cirugía vascular periférica esperan conducta. Evolucionan favorablemente. Hematología indica anticoagulación.

Discusión: La ecografía doppler es el estudio más usado para diagnosticar trombosis venosa profunda, pero la flebografía por TAC tiene sensibilidad del 95%.

La anticoagulación asociada a el tratamiento endovascular trata la compresión mecánica y permite la colocación de stent en la estrechez. La ruptura de la vena iliaca es una urgencia quirúrgica. El diagnóstico definitivo se alcanza con la laparotomía exploradora, permitiendo la sutura de la pared vascular y eventual trombectomía.

Conclusión: Si se omite el diagnóstico, las complicaciones graves conducirán a una morbimortalidad significativa, asociado a importantes costos para los sistemas de salud.



0200 SÍNDROME DE MAY-THURNER COMO CAUSA DE SHOCK HIPOVOLÉMICO REPORTE DE CASO

L BROILO(1), FI TELLO(2)

(1) Clínica Privada Vélez Sarsfield. (2) Clínica Privada Velez Sarsfield

Introducción: El Síndrome de May-Thurner (SMT) se describe como la compresión de la vena iliaca común izquierda (VICI) por la arteria iliaca derecha sobre el cuerpo de la quinta vértebra lumbar o el promontorio. La superposición de vasos es anatómicamente normal, en algunos casos la compresión induce obstrucción mecánica e hiperplasia intimal, originando congestión venosa, pudiendo presentar complicaciones graves. El 20-25% de la población normal tiene la condición anatómica de SMT y sólo el 1-5% desarrollará SMT sintomático.

Condición subvalorada, debe considerarse ante eventos no claros de trombosis.

Descripción del caso: Paciente femenina, 64 años, sin antecedentes, ingresa desde guardia con dolor en miembro inferior izquierdo irradiado a fosa iliaca izquierda y oliguria. Al examen hipotensión y taquicardia, dolor en fosa iliaca izquierda (FID), sin defensa ni rección peritoneal.

Laboratorio: Hb 4.2 Hto 13 Plaquetas 88000 Acidosis metabólica. TAC de abdomen y pelvis con contraste: colección de aspecto hemá-

0201 EL SCORE NAS FALLA EN DIMENSIONAR EL RECURSO HUMANO EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS

FJ GUTIERREZ(1), MA ARIAS(1), Y SEGOVIA(1), J LAZARTE(1), G GARAY(1), GE MURIAS(1)

(1) Hospital Británico De Buenos Aires

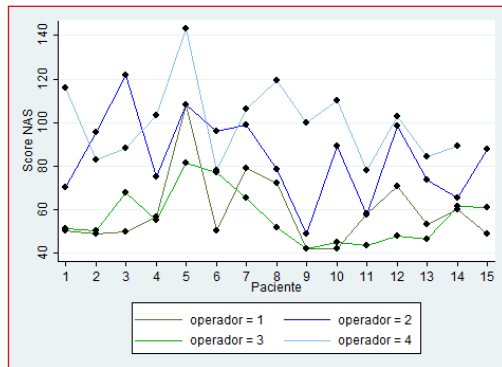
Introducción: El correcto dimensionamiento del recurso humano de enfermería es clave para brindar una atención de calidad sin incrementar innecesariamente los costos. Se han utilizado a lo lar-

go de la historia varios escores destinados a calcularlo. El Nursing Activities Score (NAS) se encuentra entre los más difundidos. Sin embargo, un importante componente subjetivo en algunos de sus ítems y la atribución de cargas de trabajo por tareas que usualmente no realiza enfermería en nuestro medio, plantean limitaciones potenciales en su uso. Nuestro objetivo, en una primera instancia, fue valorar la confiabilidad de la escala en función del impacto de su componente subjetivo.

Materiales y métodos: Cuatro observadores altamente entrenados evaluaron el NAS de 15 pacientes internados en la UTI de nuestro hospital en forma simultánea pero independiente. Comparamos los resultados obtenidos por cada uno de los observadores y analizamos el grado en el que las diferencias observadas dependían de los pacientes y de los observadores.

Resultados: Análisis interobservadores: La Tabla 1 muestra los puntos de NAS asignados por cada uno de los observadores y la cantidad de minutos de trabajo de enfermería necesarios estimados a partir de esos puntajes. El observador que asignó un mayor puntaje NAS a nuestra población de pacientes estimó un requerimiento de personal de enfermería 2,5 veces mayor que el que asignó a los mismos pacientes en el mismo momento un menor puntaje NAS. Análisis intra e interpacientes: El coeficiente de correlación intraclass fue de 0.17 (IC 95%: 0.00 a 0.45); $p=0.94$. La Figura 1 muestra que, a diferencia de lo que sucedía con los diferentes observadores, la varianza entre pacientes es baja.

Conclusiones: En nuestra población de pacientes, el NAS no es una herramienta fiable para determinar el requerimiento de recurso humano de enfermería.



Observador	Puntos NAS	Minutos asignados
1	287	4132.8
2	563	8107.2
3	257	3700.8
4	662	9532.8

0202 ENTEROCOLITIS DEL NEUTROPÉNICO Y NEUMATOSIS INTESTINAL: REPORTE DE CASO Y ESTRATEGIAS DE MANEJO EN TERAPIA INTENSIVA

G NAVIA(1), J HURTADO(1), M GRAJEDA(1), M MAJUL(1), S SARQUIS(1), C SOSA(1)

(1) Hospital De Clínicas José De San Martín

Introducción: La neumatosis intestinal y la enterocolitis neutropénica son complicaciones con alta morbimortalidad, en pacientes neutropénicos, especialmente en aquellos que reciben quimioterapia con citotóxicos. Este caso destaca la importancia de un enfoque multidisciplinario y una evaluación temprana para guiar las decisiones quirúrgicas en dichos pacientes.

Presentación del caso: Se presenta un varón de 55 años con antecedentes de un osteosarcoma maxilar, con gastrostomía y traqueostomía, que se encontraba cursando internación en día 11 post

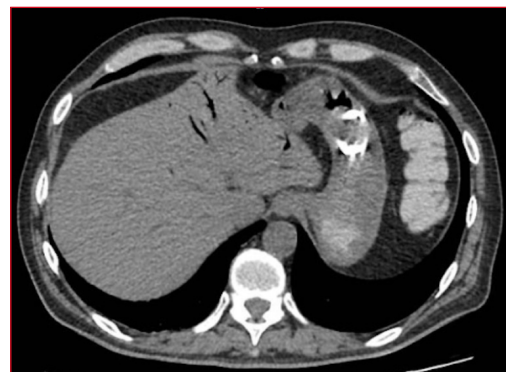
quimioterapia evolucionando con diarrea, dolor abdominal, fiebre, hipotensión y requerimiento de vasoactivos, por lo que se inicia antibioticoterapia empírica, se toman cultivos, y se decide su pase a terapia intensiva.

Ingresa con requerimientos de noradrenalina y vasopresina, mottling, relleno capilar enlentecido, y abdomen doloroso con defensa. Laboratorio que presenta hiperlactacidemia, caída del hematocrito, y neutropenia profunda. Se realiza tomografía de abdomen que evidencia gas en la vena porta, engrosamiento de asas de intestino delgado con neumatosis y líquido libre. Es valorado por servicio de cirugía y se realiza una laparotomía exploratoria con evidencia de líquido libre, realizándose lavado de cavidad. Presenta desarrollo en hemocultivos de Leuconostoc mesenteroides, por lo que culmina tratamiento antibiótico.

Se realiza monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo con patrón distributivo, evolucionando con suspensión de vasoactivos, afebril, desvinculado del ventilador, reiniciando alimentación por gastrostomía.

Discusión: La enterocolitis neutropénica es una enterocolitis necrotizante, causada por una mucositis por citotóxicos, e infección por bacterias y/o hongos. Cursa con fiebre y dolor abdominal y se diagnostica mediante hallazgos tomográficos característicos. La neumatosis intestinal es la presencia de gas dentro de la pared intestinal, pudiendo ser un hallazgo incidental o verse en condiciones asociadas con necrosis e indicar la necesidad de cirugía de emergencia. La misma está indicada cuando coexiste con signos de peritonitis, acidosis metabólica, hiperlactacidemia o gas en la vena porta. En el caso presentado, el paciente sufre un shock debido a enterocolitis neutropénica con neumatosis intestinal, y la laparotomía exploratoria descarta la presencia de isquemia intestinal.

Conclusiones: El tratamiento no quirúrgico con antibioticoterapia, sonda nasogástrica a descarga, fluidoterapia, soporte nutricional y soporte de hemoderivados son fundamentales, aunque es importante considerar los diagnósticos diferenciales, un enfoque multidisciplinario y una evaluación temprana para guiar las decisiones quirúrgicas.



0204 ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS CONTRA RECEPTOR NMDA, REPORTE DE CASO CLÍNICO

E GUAICHA(1), F MEDINA(1), V PAIS(1), V GARAÑA(1), L SANTORO(1), V PICOLLA(1), C COZZANI(1)
(1) Cosme Argerich

Introducción: Con una incidencia de 2 a 3 casos por millón, una asociación variable a tumores y el rápido avance en el conocimiento de anticuerpos, la encefalitis autoinmune ha ampliado el campo de neurología crítica.

Presentación de caso: Paciente femenina de 18 años presenta cuadro caracterizado por sialorrea, períodos de desorientación y alucinaciones de dos meses de evolución. Ingres a guardia externa al agregarse al cuadro convulsiones tónico clónicas generalizadas y registros febriles. Ingres a unidad cerrada bajo asistencia respiratoria mecánica por status epiléptico. Se inicia proceso diagnóstico por sospecha de encefalitis por lo que se realiza RMN, filmarray en LCR, cultivo de LCR, con resultados negativos. Se solicita panel de anticuerpos en LCR NMDA IgG con resultado positivo. Interpretándose cuadro como encefalitis autoinmune.

Por probable asociación a teratoma se realiza ecografía obstétrica y TC de cerebro, tórax, abdomen y pelvis los cuales no evidenciaron particularidades.

Durante su internación, evoluciona con múltiples intercurencias infecciosas (neumonía, ITU, bacteriemias) a gérmenes multi-resistentes, persistentemente febril, siempre con rescates microbiológicos, retrasándose el inicio de tratamiento inmunosupresor por encontrarse con una infección en curso. Por lo que tras completar tratamiento antibiótico y obtener cultivos negativos durante 72 horas se inicia tratamiento con metil prednisolona e inmunoglobulina. La paciente evoluciona sin mejoría de cuadro neurológico, por lo que se inicia tratamiento de segunda línea con rituximab tres semanas después. Intercuriendo con shock séptico y falla multiorgánica a las 48 horas posteriores a la primera infusión, finalmente falleciendo.

Discusión: El diagnóstico de encefalitis autoinmune se realiza en base a características clínicas y luego de haber excluido las causas infectológicas mediante cultivos y búsqueda agentes patógenos a través de PCR en LCR. Dado que los resultados inmunológicos tardan en llegar, no se pueden esperar los resultados para iniciar tratamiento. Finalmente, los grandes riesgos acerca del tratamiento inmunosupresor en pacientes infectados supone un reto al momento de decidir cuándo iniciar los mismos.

Conclusión: Se requiere mayor evidencia para establecer pautas acerca del inicio de tratamiento inmunosupresor para encefalitis autoinmune en contexto de paciente cursando infección activa.

0205 ENVENENAMIENTO POR MEDUSA EN MAR ARGENTINO

R LOBO HERRERA(1), M MONTENEGRO(1), AC DI NUZZO(1), A OJEDA(1), D TOLEDO(1), M CENTURION(1), J SERENO(1), C DEGASTALDI(1), A ORTIZ(1), E MIKULIC(1), K UGO(1)
(1) Hospital Militar Central

Introducción: Los envenenamientos por medusas vienen en ascenso a nivel mundial en los últimos 20 años, debido al aumento de su población, consecuencia del calentamiento global y pesca sin control que afecta a sus depredadores naturales. Hay 3 clases principales de medusas. En nuestro medio, Olindias Sambaquiensis es la principal involucrada en los envenenamientos graves. El envenenamiento se presenta de forma variada, desde eritema en el sitio de contacto, hasta posible muerte, causada principalmente por cardiotoxicidad.

Presentación del caso clínico: Paciente de 72 años con antecedentes de HTA, ACV y asma, que 5 días previos al ingreso hospitalario, presentó picadura de medusa en MI izquierdo en la costa atlántica argentina. Evolucionó con sepsis a foco de piel y partes blandas, rabdomiolisis e IRA. Cursó internación prolongada en UTI, con múltiples intercurencias: sepsis a foco endovascular con rescate de ABA y K. Pneumoniae, bacteriemia asociada a Alcaligenes faecalis y

enteritis por C. difficile. Evoluciona con distensión e intolerancia a nutrición enteral alternando episodios de íleo paralítico y diarrea, refractarios a tratamiento médico. Se realiza VCC, donde se evidencia abundante aire, con mucosas inflamatorias y friables. Evoluciona con abdomen agudo, shock, requerimiento de IOT-AVM. PCR 7 min. TC abdomen informa perforación a nivel del sigma. Se realiza cirugía de Hartmann de urgencia. Progres a falla renal, requerimiento de hemodiálisis. Intercurre con FAARV con descompensación hemodinámica, seguida de PCR, sin respuesta a maniobras de RCP avanzada.

Conclusión: El envenenamiento por contacto con medusas es de diagnóstico principalmente clínico basado: en las características de las lesiones, los síntomas de leves a potencialmente mortales y el antecedente de baños en regiones endémicas de dichos animales. Es importante conocer la forma de presentación y mantener un elevado índice de sospecha para hacer un diagnóstico precoz.



0206 COMPLICACIÓN TROMBÓTICA EN EXÉRESIS DE FEOCROMOCITOMA

LJ ANTONIOW(1), D SANCHEZ(1), M VAZQUEZ(1), C ARMOA(1)
(1) Hospital El Cruce

Introducción: La enfermedad veno-oclusiva es una complicación post operatoria potencialmente grave en la exéresis del feocromocitoma, de difícil manejo pero poco frecuente.

Presentación del caso: Paciente femenina de 36 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, diabetes (NIR). RMN 9/22: evidencia masa adrenal derecha hipertensa en T2 heterogénea con realce tras la administración de contraste endovenoso. Promedio los 77 x 60 mm. Se observa extensión a vena cava inferior. Ingres a UTI en POPI de exéresis de tumor suprarrenal más trombectomía total de vena cava inferior. Ingres con 2 drenajes, uno pericárdico tipo JP y otro abdominal abocado al lecho quirúrgico. Se realizó ecocardiograma transtorácico de control visualizándose imagen compatible con trombo a nivel de vena cava inferior de aproximadamente 4 cm.

Angiotomografía de tórax: informa imagen hipodensa en vena cava inferior sin realce tardío compatible con trombosis venosa.

Inicia trombotrombolisis de alto riesgo con heparina sódica 5.000 UI cada 8 hs. Intercurre con derrame pericárdico severo con colapso del VD, evidenciado por ecocardiografía, servicio de cirugía cardiovascular realiza pericardiocentesis guiada por ecografía a bolsa colectora con débito hemático de 300 cc.

Requiere soporte transfusional.

Evaluada por servicio de hematología se desescala a trombotrombolisis convencional.

Luego de 48 hs. se realiza seguimiento ecocardiográfico que no evidencia hemopericardio, se retira drenaje.

Inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular en plan de cabalgamiento con acenocumarol.

Otras intercurencias: bacteriemia a *Klebsiella pneumoniae*, realizó tratamiento con AMS.

Discusión: Actualmente la paciente se encuentra de alta hospitalaria luego de la resección de tumor suprarrenal derecho más resección del tumor dentro de VCI, en seguimiento por el servicio de hematología y oncología, en buen estado general, a pesar de intercurrido con una complicación poco frecuente.

Conclusión: La cirugía del feocromocitoma no siempre conduce a la curación de los pacientes. Las complicaciones trombotómicas y hemorrágicas condicionan a evolución y permanencia del paciente en UTI. En nuestro paciente se concatenaron complicaciones trombotómicas y hemorrágicas que requirieron la intervención de cirugía cardiovascular, hematología y UTI.

0207 RELEVANCIA DIAGNOSTICA ETIOLÓGICA DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO EN PACIENTES CON ACIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

MC PALACIO(1), JC MEDINA(1), N AGUILAR(1), V MURILLO(1), M BECK(1), FJ VILLALBA(1), M CHAMADOIRA(1)
(1) Sanatorio Anchorena Itoiz

Introducción: El Ecocardiograma transesofágico ETE es el instrumento más importante para el diagnóstico de cardioembolia con una superioridad diagnóstica en términos de sensibilidad y especificidad respecto al ecocardiograma transtorácico. La cardioembolia causa entre 20% y 50% de los ACV isquémicos, en algunos casos hay más de un mecanismo posible de ACV en un mismo paciente, llamada etiología indeterminada. Sin embargo, el rol del ETE en el estudio rutinario de pacientes con ACV isquémico es contradictorio, incluso en menores de 45 años, en quienes aumenta la probabilidad de encontrar una fuente cardioembólica como casos de prolapso de válvula mitral, foramen oval permeable, aneurisma del septum interauricular, comunicación interauricular, endocarditis no bacteriana y mixomas. Nos proponemos como objetivo primario explorar la relevancia clínica de la realización sistemática de ETE en pacientes con ACV isquémico y su importancia en el cambio terapéutico.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo de pacientes consecutivos ingresados en el Servicio de terapia intensiva por ACV isquémico, realizado desde noviembre del 2017 hasta abril del 2023. Un total de 45 pacientes fueron incluidos en el estudio. Después del resultado del ETE se evaluó si se cambió la indicación terapéutica. Se consideró un cambio de indicación terapéutica la indicación de nueva droga, una nueva meta terapéutica o una nueva intervención no farmacológica.

Resultados: Después del informe del ETE en 45 pacientes se cambió la indicación terapéutica en 11 pacientes 24,5%.

Los cambios terapéuticos fueron colocación de Amplatzer, anticoagulación, antiagregación plaquetaria y estatinas por hallazgos de foramen oval permeable y aneurisma del septum interauricular,

comunicación interauricular, aterosclerosis aórtica compleja, trombo de aurícula izquierda y contraste espontáneo en orejuela de aurícula izquierda.

Discusión: En nuestro estudio observamos que los 11 pacientes que se cambió la conducta terapéutica por el informe del ETE presentaron 9 pacientes mecanismo indeterminado definido por igual o más de 2 causas identificables, criptogénico o estudios incompletos y 2 pacientes de etiología cardioembólica.

Conclusión: Aportamos a favor la utilización de ETE como herramienta etiológica de los ACV, además de poder cambiar indicaciones terapéuticas en forma significativa considerando que es un estudio seguro, rentable y aporta información relevante.

0208 PARACOCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA EN MUJER ADULTA

C GARLISI(1), C GARLISI(2), F SALUM(2), N GOLDY(2), A BIANCHI(2), E SANCHEZ(2), N ORTIZ(2), G IZAGUIRRE(2), L TALAMONTI(2), S SANCHEZ(2), G ELIAS(2)

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

Introducción: La paracoccidiodomicosis es una de las micosis profundas más prevalentes en América Latina. En nuestro país el área endémica comprende las provincias del noreste y noroeste. La forma crónica constituye la presentación más frecuente. La presentación de compromiso pulmonar es la más común, la diseminación hematogena con compromiso de SNC no es de lo más frecuente y en mujeres la incidencia es 1/22.

Presentación del caso: Mujer de 65 años oriunda de Chaco, hipertensa, tabaquista, etilista, Chagas positiva, alergia a la penicilina y cursando 5° día post operatorio de exeresis MOE cerebelosa. Ingresa por insuficiencia respiratoria aguda. Se realizan ARM, vasoactivos y antibiocioterapia. Hemocultivos, urocultivo, cultivo de esputo, PCR para Covid e Influenza y HIV negativos. TAC de tórax: patrón micronodulillar bilateral difuso con árbol en brote, imágenes subsólidas subpleurales bilaterales, bronquiectasias e imágenes quísticas con consolidación biapical y engrosamiento de septos. RMI cráneo: hemisferio cerebeloso izquierdo lesión sólida, heterogénea, de márgenes irregulares con realce periférico tras la administración de contraste. Anatomía patológica: proceso inflamatorio crónico con elementos micóticos con morfología sugestiva de paracoccidiodoides. Se inicia tratamiento con Anfotericina B + Trimetropim sulfametoxazol.

Complica con sepsis intrahospitalaria, fallo multiorgánico y posterior óbito.

Discusión: La Paracoccidiodomicosis afecta a inmunocompetentes e inmunodeprimidos, se asocia a desnutrición, tabaquismo y alcoholismo. Es poco común en mujeres.

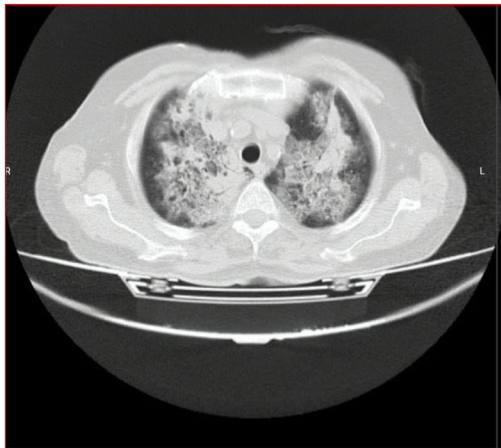
Su clínica inespecífica puede provocar un diagnóstico tardío con avance de la enfermedad.

La forma pulmonar ocurre en el 80% a 90%, la diseminación hematogena con compromiso del sistema nervioso central ocurre en el 9% - 25% generalmente de presentación pseudotumoral con ubicación en cerebelo como sitio preferencial.

Los métodos complementarios para el diagnóstico son TAC, RMI y detección de anticuerpos por inmunodifusión en suero. La confirmación del diagnóstico es a través de anatomía patológica.

El tratamiento médico consiste en Anfotericina B y Cotrimoxazol.

Conclusión: Motiva el reporte de caso la baja incidencia de esta patología en nuestro medio, el hecho de haberse presentado en paciente femenina y la forma peculiar de presentación como enfermedad diseminada con MOE cerebelosa a punto de partida pulmonar probablemente propiciada por su baja sospecha clínica inicial.



0209 REPORTE DE CASO: ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR DE CAUSA POCO FRECUENTE EN MUJER JÓVEN

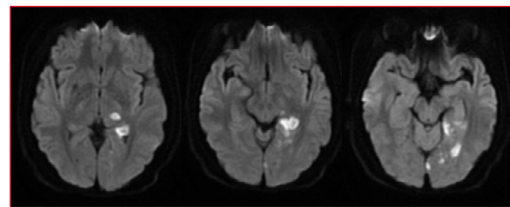
L SEQUEIRA(1)
(1) Dr. Louis Pasteur.

Introducción: El accidente cerebro vascular isquémico en personas menores de 50 años ocurre en un 10%, mereciendo especial mención por las variadas etiologías que difieren de los pacientes adultos, algunas de ellas de difícil diagnóstico, clasificándose en vasculares, hematológicas y misceláneas.

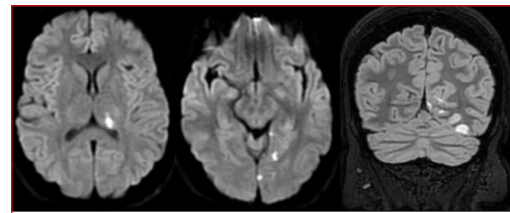
Presentación del caso: Paciente femenina de 30 años, tabaquista, con antecedente de celiaquismo, ingresa por sospecha de ACV isquémico, presentándose con vértigo, diplopía y cefalea occipital izquierda; en la TC se observa lesión hipodensa occipital izquierda; ECG y laboratorio normal; examen neurológico: síndrome del tercer par craneal. Se realizó angioRMN cerebral que muestra lesiones focales en sustancia blanca y corteza occipital izquierda que sugieren presencia de lesiones isquémicas o inflamatorias. Ecodoppler de vasos del cuello y cardíaco: normales. Por sospecha de vasculitis se realiza pulso de metilprednisolona de 1 gr/día por 3 días. Se solicitó perfil inmunológico y para SAF con resultados negativos. Evoluciona con parestesia crural derecha por lo que se realiza segunda RMN donde presenta nuevo foco occipital izquierdo, con angioRMN de vasos del cuello normal; se decide anticoagulación y se solicita perfil trombofílico y homocisteína basal y poscarga de metionina con aumento de los valores poscarga (40.2 $\mu\text{mol/L}$; valor de referencia hasta 29 $\mu\text{mol/L}$). Se decide suspender anticoagulación y comenzar tratamiento con ácido fólico y complejo vitamínico B. Es dada de alta con mejoría de la paresia crural, pupilas isocóricas, reactivas y ptosis palpebral izquierda.

Discusión: La sospecha inicial de ACV secundario a vasculitis y tratamiento inmediato se debe a hallazgos de focos múltiples en lugar de un territorio vascular completo, teniendo en cuenta la progresión clínica, se opta por suspender corticoides e iniciar anticoagulación por sospecha de enfermedad hematológica. Se solicitó dosaje de homocisteína basal y poscarga de metionina que da como resultado hiperhomocisteinemia poscarga, siendo ésta una causa poco frecuente de ACV, a su vez se encontraron escasos casos de la enfermedad asociados a celiaquismo.

Conclusión: Los casos de ACV en jóvenes con hiperhomocisteinemia poscarga identifica pacientes que pueden presentar deficiencias nutricionales o defectos enzimáticos, tales como deficiencia de cistitina beta sintasa o metilentetrahidrofolato reductasa, pudiendo provocar lesión endotelial de pequeños vasos.



RMN secuencia de difusión, cortes axiales: nuevas lesiones hiperintensas occipitales.



RMN secuencia de difusión: cortes axiales y coronal: lesiones hiperintensas multifocales.

0210 SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO: REPORTE DE CASO

CDR RAVA, L BARRIOS(1), P ANTÓN LLADÓ(1), S NAPOLI(1), C ROGGIERO(1), M REINOSO ALBARRACÍN(1), N RAIMONDI(1)
(1) Fernandez

Introducción: El síndrome urémico hemolítico atípico es una entidad caracterizada por una alteración en la vía alternativa del complemento. Presentándose con fallo renal asociado a microangiopatía trombótica.

Caso Clínico: Paciente de 49 años con antecedentes de internación previa en otra institución por bicitopenia e insuficiencia renal aguda, interpretado inicialmente como síndrome nefrítico con panel autoinmune positivo: FAN (1/640) patrón moteado grueso, ANA positivo, complemento normal, serologías negativas, ADAMS13 normal. Interpretado como probable Lupus Eritematoso Sistémico, recibió pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida sin respuesta mediata. Evolucionando con glomerulonefritis rápidamente progresiva y hallazgos tomográficos sugestivos de hemorragia alveolar por lo que se realiza nuevamente corticoterapia sin respuesta. Se deriva a nuestro hospital para realizar plasmaféresis por probable Síndrome de Goodpasture. Evolucionó con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y progresión de falla renal asociado a profundización de bicitopenia.

Se realizó lavado bronquioalveolar con evidencia de hemorragia alveolar; punción biopsia renal con evidencia de microangiopatía trombótica aguda. Bajo contexto de síndrome pulmón-riñón, se decidió iniciar ciclos alternos de plasmaféresis y hemodiálisis. Posteriormente, se obtuvieron resultados de panel para microangiopatías primarias, compatible con Síndrome Urémico Hemolítico Atípico. Progresando con sangrado digestivo, pulmonar y en sitios de venopunción sin respuesta a soporte hemodinámico. Se decide tratamiento de rescate con Rituximab, sin mejoría clínica falleciendo a los 45 días de internación.

Discusión: El tratamiento específico puede mejorar el pronóstico de la enfermedad, instaurado tempranamente. El difícil diagnóstico de esta enfermedad, dificulta el tratamiento oportuno.

Conclusión: Los cuadros autoinmunes son catastróficos sin un tratamiento oportuno y adecuado.

0211 ENFERMEDAD TROFOBLASTICA E HIPERTIROIDISMOS

C GARLISI(1), C GARLISI(2), F SALUM(2), N GOLDY(2), A BIANCHI(2), E SANCHEZ(2), N ORTIZ(2), G IZAGUIRRE(2), L TALAMONTI(2), S SANCHEZ(2), G ELIAS(2)

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

Introducción: La enfermedad trofoblástica gestacional se caracteriza por la proliferación anormal del epitelio trofoblástico. Tiene un potencial de invasión local o emisión de metástasis, dentro de ellas la mola hidatiforme. El trofoblasto genera la gonadotropina coriónica humana la cual presenta analogía con la tirotrópica, como también entre sus receptores, altos niveles de HCG pueden inducir a un cuadro de hipertiroidismo secundario.

Presentación del caso: Paciente de 21 años, G0, AB0, con diagnóstico de embarazo, consulta por cuadro caracterizado por ginecorragia y dolor abdominal hipogástrico de 12 hs de evolución asociado a vómitos.

Se solicita ecografía abdominal que informa útero con abundante cantidad de material eco génico de aspecto mixto a expensas de múltiples quistes y vesículas que ocupan cavidad endometrial. El dosaje de Sub B HCG 1.584.300. Se decide evacuación uterina y por presentar abundante sangrado intraprocedimiento y requerir transfusión de hemoderivados con inestabilidad hemodinámica posterior se decide su paso a UTI.

Al ingreso presenta palidez cutáneo mucosa generalizada, hipotensión y taquicardia. Debido a que la paciente persiste taquicárdica a pesar de la mejoría en la serie roja, se solicita dosaje de TSH menor a 0.01 T4 mayor a 30. Se mantiene conducta expectante respecto a tratamiento. Curso 48 hs de internación en UTI y fue dada de alta por servicio de ginecoobstetricia.

Discusión: Se estima un caso de mola hidatiforme para cada 2.000 gestaciones, es la enfermedad trofoblástica la más común. Las concentraciones séricas por encima de 400.000 mUI.L-1 HCG generan la estimulación tiroidea con la supresión de la liberación de TSH hipofisario en un 100% de los casos. La producción trofoblástica de HCG no sufre inhibición por el aumento de las hormonas tiroideas. En menos de un 10% de los casos, puede haber un hipertiroidismo clínico. La utilización de sustancias con yodo puede desencadenar la crisis tirotoxic.

Conclusión: Debido a que es poco frecuente que pacientes con enfermedad trofoblástica curse internación en unidad de cuidados críticos me pareció importante mencionar que puede cursar con una complicación severa como la tirotoxicosis por aumento persistente de producción de hormona tiroidea y ausencia de sistema de regulación.

0212 NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA, DESAFÍO INFRECUENTE EN UTI

A BIANCHI(1), C GARLISI(1), F SALUN(1), MN GOLDY(1), E GONZALEZ(1), N ORTIZ(1), P PAFUNDI(1), P ROSSO(1), G IZAGUIRRE(1), L TALAMONTI(1), S SANCHEZ ISLA(1), G ELIAS(1)
(1) Hospital Provincial De Rosario

Introducción: La necrólisis tóxica epidérmica es una reacción adversa cutánea severa usualmente relacionada con medicamentos que requiere cuidados críticos al comportarse como un gran quemado.

Presentación del caso: Paciente mujer de 54 años, testigo de Jehová, trastorno bipolar y depresión mayor, medicada con sertralina, fluoxetina y lamotrigina, este último instaurados días previos al inicio de síntomas. Consulta por edema facial y lesiones de piel en tronco, palmas y plantas tipo urticariforme asociado a fiebre que progresan a ampollas, extendiéndose posteriormente a un 45% de la superficie corporal total, con signo de nikolsky positivo compro-

metiendo también conjuntivas, cavidad oral y genitales. Se toman biopsia de lesiones, comienza tratamiento con dexametasona endovenosa. Se indica AMS cubriendo foco cutáneo. Requiere intubación orotraqueal para protección de vía aérea. Biopsia: epidermis con vacuolización de la capa basal, espongiosis, degeneración hidrópica y necrosis de queratinocitos. Separación dermoepidérmica con formación de ampollas asociado a edema dérmico y presencia de eosinófilos consistentes con Síndrome de Steven Johnson/ Necrolisis Epidérmica tóxica. Continúa con corticoides a altas dosis, curación de heridas y comienza tratamiento con Ciclosporina 200 MG c/12hs. Actualmente continua cursando internación vinculada a ARM con mejoría de las lesiones cutáneas.

Discusión: Las farmacodermias son entidades frecuentes y sus manifestaciones graves representan un bajo porcentaje.

Es consecuencia de una extensa muerte celular de los queratinocitos en la unión dermoepidérmica, que resulta en la separación de importantes áreas de la piel, con la producción resultante de ampollas, seguida de la erosión de la piel, progresando de forma rápida.

Clínicamente es indistinguible del Síndrome de Steven Johnson (SSJ), ambos constituyen un espectro de la misma enfermedad, solo diferenciable por la extensión de las lesiones.

Presenta una mortalidad entre 25 y 70 % y deja secuelas serias en los sobrevivientes. Tiene una incidencia de 1 a 2 casos por millón de habitantes.

El diagnóstico se realiza por biopsia y su tratamiento consiste en corticoides, plasmaferesis, inmunoglobulinas e inmunomoduladores.

Conclusión: El desafío implica inicialmente sospecharlo e identificar el potencial agente causal. Luego el manejo interdisciplinario de dicho cuadro, debido a alta mortalidad y a las secuelas graves. En este caso particular la limitación terapéutica en dicha paciente por no poder utilizarse compuestos biológicos.



0213 SCORE DE VISAGE COMO PREDICTOR DEL ÉXITO DE LA EXTUBACION EN PACIENTES NEUROCRITICOS REPORTE DE CASO

CME ZALAZAR(2), DE MIÑO(1), LM BRACCINI(2), AE PIACENZA, AE GARRIDO(2)

(1) Policlínico De Neuquen. (2) Instituto De Cardiología De Corrientes

Introducción: La decisión de extubar a pacientes neurocríticos tiene un alto grado de incertidumbre, estos se encuentran excluidos en los estudios de donde se basan las recomendaciones internacionales para la extubación debido a que en ellos no se contemplan características como la causa que lo llevo a la ventilación mecánica las cuales muchas veces no están resueltas completamente y al tener como variable la respuesta neurológica sabemos que la misma puede persistir alterada indeterminadamente.

El score de VISAGE es una herramienta más para predecir el éxito o el fracaso en la extubacion, el cual evalúa el seguimiento visual, el intento de deglución, la edad 10. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la probabilidad de éxito en la extubación.

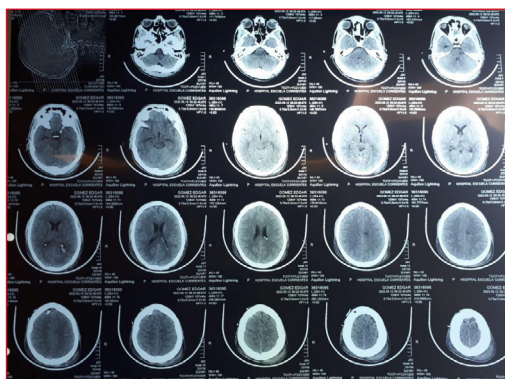
Caso clínico: Paciente masculino de 30 años que ingreso por TEC grave, se realizó tomografía de cerebro que evidencio lesiones compatibles con score de Marshall III y en tórax neumotórax grado II, siendo derivado a centro de mayor complejidad. Ingreso a UTI donde se realizo tomografía de control que evidencio empeoramiento de lesiones realizándose tratamiento escalonado de la hipertensión endocraneana y colocación de tubo de avenamiento pleural. Se realizo tomografía de control con mejoría imagenológica decidiéndose vacación de sedación y weaning. Se retiro tubo de avenamiento pleural. Se realizó RNM de cerebro que evidencio lesiones compatibles con daño axonal difuso. Presento intercurencia infecciosa por neumonía asociada a la ventilacion mecanica cumpliendo esquema antibiotico. Evolucionando con buenos parámetros de oxigenación y ventilatorios, P01 1, PiMax -50, Tobin 60, score de VISAGE resultado de 2 y 3 puntos, se decide extubacion lograndose desvinulacion de la ventilacion mecanica a los 7 días. Evoluciono con Glasgow 12/15 y paso a sala general.

Discusión: El proceso de extubacion en pacientes neurocriticos resulta un desafío ya que tanto el fracaso como el retraso en la misma aumentan la morbimortalidad y la estancia en UTI. Utilizamos el score de VISAGE con la hipótesis de predecir la extubación exitosa.

Conclusión: El empleo del score de VISAGE puede ser considerado como una herramienta más al momento de decidir la extubacion de los pacientes neurocriticos.

Extubation Success Score	Assigned Points According to Items
Age < 40 yr old (yes/no)	1/0
Visual pursuit (yes/no)	1/0
Swallowing attempts (yes/no)	1/0
Glasgow coma score > 10 (yes/no)	1/0

VISAGE = visual pursuit, swallowing, age, Glasgow for extubation.



0215 VALORACION DEL RIESGO NUTRICIONAL Y EL TIEMPO DE INICIO DEL SOPORTE ENTERAL EN PACIENTES CRITICOS POR COVID-19, EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA, INTERNADOS EN EL CENTRO REGIONAL HOSPITAL PAPA FRANCISCO

AR CAMPOS(1), MS FORSYTH, SM FERNANDEZ(1), EP LOPEZ (1) Papa Francisco

Introducción: Existen muchas herramientas para evaluar el RN. Pocas se han diseñado y validado específicamente para los pacientes críticos en ARM que se encuentran en las unidades de terapia intensiva (UTI). Se ha creado un instrumento específico para los pacientes de las UTI, la puntuación mNutric Score, que permite evaluar el RN en pacientes conectados ARM, durante las primeras 24 - 48 horas de su ingreso e iniciar el SE.

Objetivo: Conocer el RN y su relación con el tiempo de inicio del SE y otras variables de interés en pacientes críticos afectados por COVID-19 en ARM.

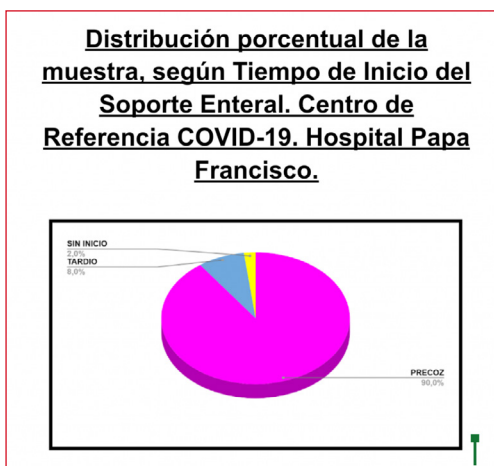
Método: Observacional. Descriptivo de corte Transversal retrospectivo.

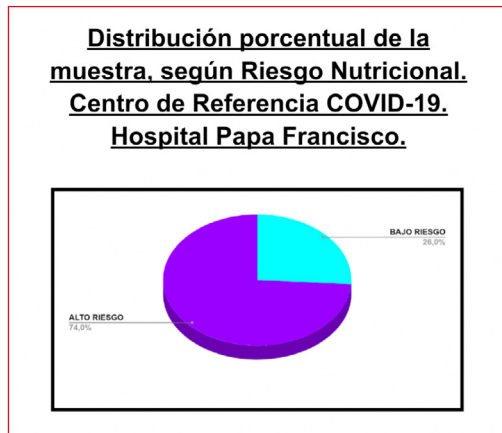
Muestra: Se analizaron 91 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de COVID-19.

Resultados: La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró al COVID-19 cómo pandemia. Las instituciones de salud, han diseñado e implementado diversos protocolos para la atención de éstos individuos. Fue factible la utilización del mNutric Score en los pacientes críticos. El sexo masculino predomino en la investigación en un 71%, presentando el mayor porcentaje Alto riesgo Nutricional (ARN) y a su vez una evolución desfavorable. La obesidad, como principal factor de riesgo se vio reflejada en el 53% de los pacientes. El 74% presentó ARN iniciando un 65% de éstos SE de forma precoz. Se logró estudiar la relación entre el Tiempo de Inicio del SE y RN no encontrando asociación entre ambas variables. El Sexo y la Edad influyeron en la determinación del RN; siendo los datos estadísticamente significativos solo para la variable edad al presentar un valor p (0,0431).

Conclusión: El nutricionista puede utilizar este instrumento de tamizaje para identificar a pacientes con ARN e implementar un abordaje nutricional individualizado a través de una estrategia precoz y oportuna.

Palabras claves: Riesgo Nutricional. Tiempo de Inicio. mNutric Score. COVID-19. Paciente Crítico.





0217 MONITOREO HEMODINÁMICO CON CATÉTER EN LA ARTERIA PULMONAR EN TRASPLANTE HEPÁTICO
 DG SANCHEZ(1), B KARINA(1), P NESTOR(1)
 (1) Hospital El Cruce

Introducción: El trasplante hepático (TH) es una opción de tratamiento instaurado para estadios terminales de la enfermedad hepática o para la falla hepática aguda. El receptor del trasplante se encuentra sometido a grandes cambios hemodinámicos en el intraoperatorio que repercuten en el posoperatorio inmediato.

Objetivos: Evaluar factores de riesgo asociados con mortalidad en el posoperatorio de trasplante hepático

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo realizado en un hospital de alta complejidad asociado con la universidad pública. Criterios de ingreso: pacientes adultos que cursan el postoperatorio de trasplante hepático. Criterios de exclusión: fallecidos dentro de las 24 horas. Procedimiento: Se analizaron variables clínicas, de laboratorio y hemodinámica dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio de trasplante hepático. El APACHE II fueron calculados con los peores valores del ingreso (24 horas). Se considero mortalidad al día 28 de la cirugía. Se realizó al menos una medición hemodinámica y gasométrica dentro de las 24 horas. Se definió el patrón hemodinámico durante el ingreso, éste fue clasificado como: hipovolémico, distributivo, cardiogénico, obstructivo y mixto (combinación de hipovolémico y distributivo). Los datos se presentan como mediana e IQ 25-75 o porcentaje según corresponda. Se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar la relación entre la muerte y las siguientes variables: 1) Edad >60 años, 2) Injuria renal renal, 3) tipo de shock, 4) tiempo de isquemia fría, 5) balance hidrosalino >2000 ml en 24 horas, 6) Volúmen sistólico >90 ml, 7) Volumen sistólico

Resultados: Se estudiaron 24 pacientes. La tabla adjunta resume los datos principales. El análisis de regresión multivariado determinó que la presencia de shock mixto ($p=0.006$) y la insuficiencia renal ($p=0.02$) están fuertemente asociadas con el riesgo de muerte en terapia intensiva.

Conclusiones: La insuficiencia renal y la asociación entre shock hipovolémico y distributivo resultaron ser factores independientes asociados con la muerte de pacientes que recibieron trasplante hepático.

	Vivos	Muertos
Presión venosa central	6.21±3.19 mmHg	5.66±2.87 mmHg
Presión sistólica arteria pulmonar	26±5 mmHg	32.41±11 mmHg
Presión diastólica arteria pulmonar	12±3 mmHg	12.91±6 mmHg
Presión media arteria pulmonar	17±4 mmHg	20.58±7 mmHg
Presión de oclusión de la arteria pulmonar	8±3.33 mmHg	8.58±1.9 mmHg
Gradiente transpulmonar	9.58±3.17 mmHg	11±7.82 mmHg
Gradiente diastólico-wedge	4±2 mmHg	4.41±7 mmHg
Presión arterial sistólica	119±15 mmHg	118.91±30 mmHg
Presión arterial diastólica	61±8 mmHg	57±12 mmHg
Presión arterial media	82±9 mmHg	76.91±18 mmHg
Resistencias vasculares sistémicas indexadas	1705±521 dyn*s*cm ⁻⁵ /m ²	1935±894 dyn*s*cm ⁻⁵ /m ²
Resistencias vasculares pulmonares indexadas	232±105 dyn*s*cm ⁻⁵ /m ²	289±266 dyn*s*cm ⁻⁵ /m ²
Volúmen sistólico	75±26 ml	71.61±23 ml
Frecuencia Cardiaca	88±25 lpm	84±13 lpm
Índice cardíaco	3.72±1.1 l/min/m ²	3.32±1.06 l/min/m ²
Trabajo cardíaco derecho	0.56±0.32 g/m/m ²	0.61±0.4 g/m/m ²
Poder cardíaco indexado	0.67±0.23 W/m ²	0.53±0.22 W/m ²

	Vivos	Muertos
Edad	46±18 años	59±14 años
MELD	30±5	27+3
APACHE	19±8	21±9
TIF	434±90 min	505±46 min
TIC	52±11 min	50±8 min
Hemoderivados	24±13 Unidades	21±14 Unidades
Falla renal	72%	83%
Diuresis 24h	2112±1016 ml	1900±1192 ml
Balance 24h	1866±2541 ml	3531±2447 ml
Lactato	2.75±1.71 mmol/l	3.65±1.51 mmol/l

0218 REPORTE DE UN CASO: TAPONAMIENTO CARDIACO POR NOCARDIOSIS SISTÉMICA
 A PEREZ(1), C PALACIO(1), J MEDINA(1), M CHAMADOIRA(1), E JIMENEZ(1), C QUINTANILLAS(1)
 (1) Sanatorio Itoiz Anchorena

Introducción: La infección por Nocardia es una entidad rara que suele presentarse en pacientes inmunodeprimidos. El compromiso cardíaco es poco frecuente y se manifiesta como endocarditis o pericarditis. La vía de contagio es inhalatoria y el pulmón es el principal órgano blanco, donde se presenta generalmente como bronconeumonía. En pacientes OMSB-24 son graves e infrecuentes. Su incidencia se estima entre 0.19 – 0.3%.

Presentación del caso: Paciente masculino de 49 años OMSB24, enlista severo, carga viral menor a 20 copias/ml y CD4 750 células/ml, en tratamiento antiretroviral, que ingresa derivado de otra institución con diagnóstico de neumonía grave de la comunidad. Ingresa con parámetros clínicos y hemodinámicos de shock, requiriendo conexión a ventilación mecánica.

Tomografía de tórax: múltiples imágenes bilaterales nodulares, derrame pericárdico de 24 mm de espesor, y adenomegalia axilar derecha de 26 mm de diámetro.

Ecocardiograma: movimiento anormal septal (interdependencia con leve hipocinesia global), función sistólica del ventrículo izquierdo del 50%. Derrame pericárdico circunferencial severo, predominantemente anterior (25 mm), sin colapso diastólico.

Pericardiocentesis con evacuación de 1500 ml de líquido purulento. Cultivo de punción ganglionar axilar y de líquido pericárdico positivo para nocardia farcinica.

Hemocultivos, lavado bronquioalveolar y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativos para nocardia.

Recibió tratamiento con imipenem y amikacina.

El paciente evoluciona con disfunción multiorgánica con requerimientos de hemodiálisis y fallece a los 20 días.

Discusión: La nocardiosis es una infección bacteriana causada por Gram positivos aeróbicos con capacidad de causar enfermedad supurativa localizada o sistémica. La tinción de Gram Es el método más sensible para visualizar e identificar las nocardias en las muestras clínicas.

Para la enfermedad sistémica grave se recomienda el tratamiento combinado de imipenem con amikacina.

Conclusión: Las características clínicas de las infecciones por nocardia son inespecíficas y la mayor parte de los pacientes se encuentran en situación avanzada de inmunosupresión. En nuestro caso, creemos, además que el estado de inmunosupresión que facilitó la infección por Nocardia fue el etilismo crónico, definido como el consumo de alcohol mayor a 40-60 mg/día.

0220 INTERVENCIONES FARMACÉUTICAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS: GENERANDO SINERGIAS

V SORIA(1), M MARQUES(1), G LEMONNIER(1)

(1) Hospital De Alta Complejidad En Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner

Introducción: La alta complejidad farmacoterapéutica del paciente trasplantado requiere realizar un abordaje multidisciplinario, en donde el farmacéutico contribuye mediante el seguimiento farmacoterapéutico a la mejora de los resultados.

Objetivos: Evaluar el aporte del farmacéutico a la mejora de la calidad asistencial del paciente trasplantado renal y hepático, mediante las intervenciones farmacéuticas (IF) realizadas.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo realizado en un hospital de alta complejidad del conurbano bonaerense. Se analizaron las IF registradas durante el período agosto/22 - abril/23, de los pacientes trasplantados renal y hepático.

Las variables consideradas fueron: interlocutor de la IF, etapa del proceso, clasificación y aceptación.

Se calculó el indicador: N° de Intervenciones aceptadas/ N° total de intervenciones.

Resultados: Se realizó seguimiento a 71 pacientes, 40 (56,3%) trasplantados renales y 31 (43,7%) hepáticos.

Se registraron 67 IF; 0,9 IF/paciente seguido, con una prevalencia de 0,85 renal y 0,97 hepático.

Respecto al indicador de aceptación obtuvimos que 64 (95,5%) de las IF fueron aceptadas. De las restantes, 1 no aceptada con justificación, 1 no aceptada sin justificación y una no evaluable.

Para las demás variables:

- Interlocutor: 50,7% Servicio Tx Renal; 44,8% Servicio Tx Hepático; 4,5% Enfermería.
- Etapa del proceso: 35,8% prescripción, 59,7% seguimiento, 4,5% administración.
- Clasificación: 26,8% omisión de prescripción en sistema; 19,4% relacionado con posología; 17,9% duración del tratamiento; 13,4% omisión de medicamento necesario; 6,0% preparación; 4,5% vía de administración, 4,5% prescripción confusa, 7,5% otras.

Conclusión: Se observó que las principales IF fueron por omisión de prescripción en sistema, detectando así, una oportunidad de mejora en busca de estrategias de prevención. Le siguen las relacionadas a posología, duración de tratamiento y medicamento necesario, de gran relevancia por la repercusión que hubieran podido tener en el paciente. El farmacéutico, como actor transversal, interactúa activamente no sólo con médicos, sino también con enfermeros interviniendo en las distintas etapas del proceso asistencial.

Tras analizar el % de IF aceptadas (95,5%), vemos que se generó sinergia con la integración del farmacéutico, lo que se traduce en una mejora a la calidad asistencial del paciente trasplantado.



0221 HALLAZGOS SONOGRÁFICOS CON DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MADARIAGA DE LA PROVINCIA DE MISIONES

I CRUZ MUÑOZ(1), AE CARRERA(2), SD RIBAK(2), NP BARRETO(2), C CORREIA DA SILVA(2), R OSTROWSKI(2), JP ROMERO(2)

(1) Hospital Dr. Ramon Madariaga. (2) Hospital Madariaga

Introducción: La muerte encefálica se define como el cese completo e irreversible de las funciones de los hemisferios cerebrales y del tronco encefálico. El doppler transcraneal (DTC) es una prueba instrumental utilizada para su diagnóstico que permite demostrar la parada circulatoria cerebral (PCC) que acompaña a la muerte encefálica. Mediante ultrasonografía Doppler transcraneal se pueden visualizar los patrones de flujo intracraneal específicos que indican un paro circulatorio cerebral.

Objetivo: Describir los hallazgos sonográficos más frecuentes del doppler transcraneal encontrado en pacientes con muerte encefálica.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, en el Hospital Escuela de Agudos Dr Ramón Madariaga en el período comprendido entre enero del 2021 y diciembre del 2022; se incluyeron 44 pacientes con diagnóstico clínico de ME en los que se utilizó el doppler transcraneal para confirmar el diagnóstico. Un flujo oscilante o reverberante y picos sistólicos se consideraron compatibles con PCC. Los que realizaron el DTC fueron 3 operadores expertos y con experiencia en el método.

Resultados: El estudio mostró predominio del sexo masculino con 72.72% sobre el femenino con 27.27%, el trauma craneoencefálico como primera causa de muerte encefálica con 52.27% superando al ACV con 34.09%. La ACM, ACA y la ACP fueron isonadas a través de la ventana temporal; mientras que la AB y las AV fueron isonadas a través de la ventana transforaminal, se encontraron patrones de parada circulatoria cerebral, compatibles con la primera evaluación clínica positiva para ME, explorados antes de cada examen de DTC realizado para apoyar dicho diagnóstico. Se encontró un patrón de espigas sistólicas aisladas (64%) como patrón de parada circulatoria cerebral predominante, seguido del patrón de flujo diastólico invertido o flujo reverberante en 33% de las arterias exploradas, mientras que el patrón de ausencia de flujo solo se encontró en un 3% de las mismas.

Conclusiones: En nuestra experiencia el patrón sonográfico con DTC encontrado con mayor frecuencia en el diagnóstico de la muerte encefálica fue el de espigas sistólicas aisladas, datos que no difieren a otros series publicadas.

0222 SINDROME DE LYELL, MANEJO EN UNA UNIDAD QUEMADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

LM FUENTES GODOY(1), GP REINOSO(1), C MONTERO(1), N TRAMONTI(1)

(1) Samic Dr. Juan Pedro Garrahan

Introducción: El síndrome de Lyell o necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una enfermedad grave, infrecuente, con elevada mortalidad. Compromete piel y mucosas producto de reacciones idiosincráticas tras la administración de fármacos o secundario a enfermedades infecciosas y no infecciosas. Se produce una necrosis de queratinocitos afectando a la epidermis, con severa exfoliación cutáneo-mucosa >30%. La disfunción sistémica junto a la rápida evolución de la afectación corporal origina lesiones ampollares diseminadas, afectación hidroelectrolítica, disregulación térmica, hemorragias gastrointestinales, insuficiencia respiratoria, siendo la sepsis la principal causa de mortalidad.

Caso clínico: Paciente de 12 años, con cuadro inicial de fiebre y odinofagia. A las 72 horas evoluciona con desmejoría de la curva febril, compromiso de mucosa yugal, eritrodermia y exfoliación epidérmica generalizada ingresando a unidad de quemados. Evolución con lesiones ampollares, nikolsky positivo, por sospecha clínica de NET recibió pulsos de metilprednisolona y Gammaglobulina. Para sostén y tratamiento de lesiones en piel ingresó en 3 oportunidades a quirófano. Se evaluó compromiso del 95% de superficie corporal, utilizando cobertura transitoria con membrana amniótica en zonas cruentas, piel cadavérica en mucosa labial. Se utilizaron protocolos hidroelectrolíticos y nutricionales recomendados en el paciente quemado.

No se obtuvo etiología certera.

El paciente evolucionó con reepitelización completa, egresando con controles ambulatorios a los 18 días desde su ingreso.

Discusión: En este tipo de patología las alternativas terapéuticas ninguna es concluyente, el tratamiento de sostén en una unidad de quemados es fundamental para optimizar el manejo cutáneo, hidratación, control del dolor, identificación y suspensión de noxa farmacológica probable.

El tratamiento con corticoterapia o Inmunoglobulina posee eficacia no determinada de manera significativa. por lo cual su uso continúa siendo controvertido.

Dentro del manejo cutáneo existe consenso en la importancia de requerir vendaje no adherente. En nuestro caso fue beneficioso el uso de amnios como piel temporal, ante la ventaja de aliviar dolor, prevenir infecciones y acelerar el proceso de curación.

Conclusión: La NET es una enfermedad con alta morbimortalidad que requiere para su tratamiento manejo en unidad de quemados que asegure temprano soporte clínico abordando al paciente con metas terapéuticas similares a un gran quemado, teniendo como recurso coberturas transitorias biológicas. Ello asegura disminución de días de internación, complicaciones y secuelas.

0223 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. REPORTE DE CASOS. DIFERENTES PRESENTACIONES CLINICAS DE UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

AC BOSQUIAZZO(1), F VALARÍN(1), H CONDE(1), L LOPEZ MACCAN(1)

(1) H.e.c.a.

Introducción: Enfermedad cerebrovascular grave pero potencialmente tratable. Poco frecuente, mayor frecuencia en mujeres jóvenes. Factores de riesgo: anticonceptivos orales, embarazo / puerperio, terapias hormonales, ciertas enfermedades autoinmunes.

Cuadro clínico altamente variable por ser un proceso dinámico y según seno venoso o venas afectadas. Su diagnóstico radica principalmente en la sospecha clínica a partir de datos epidemiológicos y clínicos.

Presentación de casos: Tabla 1: *Métodos diagnósticos:* Se realizaron TC, RNM con venografía. Tabla 2: *Tratamiento:* las cuatro pacientes recibieron HBPM, luego acenocumarol, además del tratamiento en relación a las complicaciones y necesidades en UTI.

Evolución: Se realizaron estudios inmunológicos. Las cuatro pacientes cursaron internación en UTI, tres requirieron AVIM, dos requirieron traqueostomía, las cuatro fueron dadas de alta de UTI con diferentes cuadros neurológicos secuales y/o complicaciones asociadas a internación prolongada en UTI.

Discusión: Cada paciente tenía al menos un factor de riesgo asociado, siendo las cuatro mujeres. El método diagnóstico más sensible y específico Resonancia Magnética con venorresonancia. La venografía por tomografía computarizada es una buena alternativa por resultados equiparables a los de la RNM. El tratamiento con heparina es en la actualidad el más aceptado. Tiene una mortalidad del 10% y la recurrencia se sitúa en 2,8 por cada 100 casos a pesar de terapia anticoagulante.

Conclusión: El diagnóstico de TVC se inicia con la sospecha a partir de datos epidemiológicos y clínicos; la confirmación mediante estudios por imágenes. La evolución puede ser favorable si la sospecha y por lo tanto el tratamiento se realizan de manera oportuna.

Tabla 1

	ANTECEDENTES	CUADRO CLINICO
CF 40 años (F)	Vitiligo. Raynaud.	Deterioro del sensorio, desviación conjugada de la mirada, convulsión tónico clónica, coma postictal prolongado
GP 30 años (F)	ACO	Tendencia la suseño, alteración del lenguaje, debilidad hemisierpo derecho
NVP 42 años (F)	Obesidad	Cefalea, vómito, afasia de expresión. Deterioro del sensorio
BP 32 años (F)	Tabaquista. ACO	
	Sobrepeso. G3/P3. ACO	Cefalea hemisierpina de intensidad moderada de 15 días de evolución, luego náuseas, vómitos y pérdida de tono postural. Deterioro del sensorio

Tabla 2:

	TC	RNM
CF	hiperdensidad de seno sagital superior y seno transversal derecho	trombosis seno sagital superior, venas cerebrales internas, de galeno, seno recto y seno lateral derecho, abundante circulación venosa colateral
GP	marcada hiperdensidad de venas cerebrales internas, vena de Galeno y seno recto (posible trombosis)	alteración de la intensidad de la señal en ambos tálamos: leve restricción. Escasa representación de vena yugal a nivel cervical y falta de representación de golfo lateral izquierdo, falta de representación de seno lateral izquierdo, venas cerebrales internas y vena de galeno
NVP	sin alteraciones (1° TC)	Flair y difusión: lesiones hiperintensas, lesiones edematosas (insula y frente parietal derecha corticocortical por edema. Venografía: no se representa seno transversal derecho, representación parcial seno recto en región posterior
BP	hiperdensidad parietotemporal izquierda	Flair: área hiperintensa temporal izquierda; hematoma intraparenquimatoso con leve efecto de masa, compresión ventrículo lateral. Venografía: falta de representación vena yugal izquierda

0225 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ESTANCIA PROLONGADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO DE UN CENTRO PRIVADO

JM STORANI(1), SB SOLI(1), GM GARELLI(1), FA ARANDA(1), KI DIAZ SAEZ(1), B DEMARCHI(1), DS DIAZ(1), DA ROVIRA(2)
(1) Hospital Italiano Rosario. (2) Hospital Italiano Rosario

Introducción: Los continuos avances médicos y tecnológicos en cuidados intensivos han resultado en una mejor supervivencia de los pacientes críticamente enfermos, aumentando la estancia en la UCI, las complicaciones y el consumo de recursos, constituyendo así, una preocupación actual.

Objetivos: Describir las características demográficas y la evolución de los pacientes con estancia prolongada en UCI.

Materiales y métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados a la UCI, mayores de 18 años, internados por un período igual o mayor a 14 días, de septiembre 2022 a abril 2023. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

Resultados: Durante el período del estudio, ingresaron 598 pacientes a la UCI, 40 (6,68%) requirieron internación prolongada, siendo la proporción femenino y masculino de 45% (18) y 55% (22) respectivamente. El promedio de edad fue de 65,7 ± 13,11

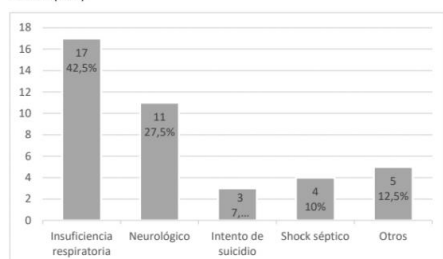
años. El Score de Charlson promedio fue $2,25 \pm 1,77$ (0-8). El 75% (30) procedieron del servicio de urgencia, 25% (10) de la sala de internación. El motivo de ingreso clínico fue el más frecuente, 33 pacientes (82,5%), siendo la insuficiencia respiratoria la primera causa de ingreso, en 42,5% (17), seguido de las causas neurológicas en 11 pacientes (27,5%). Gráfico 1. El APACHE y SOFA promedio fue de $22,9 \pm 8,38$ (7 a 44) y $7,25 \pm 2,75$ (1-12) respectivamente. El promedio de estancia en la terapia intensiva fue de 21.57 días $\pm 7,23$ (14 a 40 días, IQR 10,25) y hospitalario total $28,81 \pm 12,65$. El Score de TISS-28 promedio fue $39,94 \pm 7,18$. Las terapéuticas y complicaciones se resumen en la tabla 1. La mortalidad en UCI fue del 45% (18) y la mortalidad hospitalaria global fue del 50% (20).

Conclusión: El porcentaje de los pacientes que requirieron internación prolongada en nuestro trabajo y los hallazgos demográficos fueron similares a otros estudios. La estancia media fue ligeramente menor. Se observaron pacientes con APACHE y SOFA promedio altos, que requirieron alta intensidad de intervención terapéutica, lo que podría justificar una mortalidad en el límite alto de lo descripto.

Tabla 1. Requerimientos terapéuticos y complicaciones presentadas en los pacientes con estancia prolongada en UCI (n40)

Requerimientos terapéuticos	Total (n pacientes)	Frecuencia relativa (%)
Vasoactivos	35	87,5
ARM	34	85
Traqueostomía	19	47,5
Hemodiálisis	6	15
Transfusión de hemoderivados	21	52,5
Antimicrobiano de ingreso	30	75
Soporte Nutricional Parenteral	3	7,5
Complicaciones		
Infeciosas	35	87,5
Insuficiencia renal aguda	21	52,5
SDRAA	7	17,5
HDA	1	2,5
Cuadriparesia adquirida	30	75

Gráfico 1. Causas de ingreso de los pacientes con estancia prolongada en UTI (n40)



0226 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PREDICTORES DE MORTALIDAD DE PACIENTES CON COVID-19 GRAVE DURANTE LA PRIMERA OLA DE LA PANDEMIA

S DIODATI(1), DH BAGILET(1), NS ROCCHETTI(1), CJ SETTECASE(1), M RE(1), SP GATTINO(1)
 (1) Eva Peron

Introducción: La enfermedad por el coronavirus 2019 causada por el coronavirus 2 del síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA) tiene alta contagiosidad y severidad. El 80% de los pacientes desarrolla un cuadro oligosintomático, mientras que el 20% restante, neumonía bilateral y/o insuficiencia respiratoria. A nivel mundial, entre el 5 y el 32% requirió internación en UCI's (Unidades de cuidados intensivos). En Argentina se registraron cuatro olas de contagios.

Objetivos: Describir características clínicas y evolución de pacientes con COVID-19 en UCI y analizar predictores de mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo-analítico, observacional, de corte transversal; que incluyó pacientes mayores de 18 años del 15 de julio al 31 de diciembre del año 2020, con COVID-19 confirmado.

Resultados: Se incluyeron 182 pacientes. La mediana de edad fue 55 años y el 76,4% fueron hombres. La comorbilidad más frecuente fue sobrepeso/obesidad. La mediana de tiempo entre inicio de síntomas e ingreso a UCI fue 8 días y el 82,4% requirió asistencia ventilatoria mecánica (AVM) con mediana de PaO₂/FiO₂ al ingreso de 93. La mediana de días de AVM fue 10 y el 41,3% de los intubados requirió ventilación en decúbito prono. La traqueotomía percutánea se realizó en 14 pacientes. Las complicaciones más frecuentes fueron insuficiencia renal aguda, bacteriemia asociada a catéter y neumonía asociada a ventilador. La mortalidad global fue del 68% y la mediana de tiempo de internación de 11 días. Las variables independientes asociadas con mortalidad fueron: APACHE II, NEWS 2, PaO₂/FiO₂ al egreso de UCI e insuficiencia renal aguda.

Discusión: El porcentaje de pacientes con SDRA grave y requerimiento de AVM fue alto con elevada mortalidad. Los scores APACHE II y NEWS 2, PaO₂/FiO₂ final inferior a 100 e insuficiencia renal aguda presentan significancia estadística en modelos de regresión logística como factores predictivos de muerte.

Conclusiones: Nuestro estudio proporciona experiencias iniciales respecto a las características clínicas, evolución de pacientes críticos con COVID-19 y factores predictores de muerte.

Tabla 1. Características generales de los pacientes según su evolución en UCI.

	Fallecidos n = 124 (68,2%)	Sobrevivientes n = 58 (31,8%)	Valor p
Datos demográficos			
Sexo masculino, n (%)	93 (75)	46 (79,3)	0,578
Edad, mediana (RI)	57 (52-49)	51 (60-43)	0,001
Mediana de Scores (RI)			
APACHE II	12 (10-9,5)	8 (11-6)	<0,001
SOFA	5 (8-4)	3 (4-3)	<0,001
NEWS 2	10 (14,5-9)	8 (9-5)	<0,001
Comorbilidades, n (%)			
Sobrepeso/ Obesidad	87 (70,2)	35 (60,3)	0,236
Hipertensión Arterial	57 (46)	14 (24,1)	0,006
Diabetes mellitus	47 (37,9)	16 (27,5)	0,166
EPOC	4 (3,2)	2 (3,4)	1,000
Tabaquismo	18 (14,5)	6 (10,3)	0,491
Insuficiencia cardíaca	5 (4)	0 (0)	0,179
Cardiopatía isquémica	5 (4)	2 (3,4)	1,000
Inmunosupresión	12 (9,7)	1 (1,7)	0,065
Enfermedad renal crónica	6 (4,8)	1 (1,7)	0,433
Días síntomas-UCI, mediana (RI)			
Shock al ingreso, n (%)	8 (12,5)	6,5 (10,5-4)	0,001
SDRA grave, n (%)	39 (31,5)	7 (12,1)	0,006
	86 (69,4)	23 (39,7)	<0,001

Valor p: nivel de significación; RI: rango intercuartílico; APACHE II: Acute Physiology And Chronic Health Evaluation; SOFA: Sequential Organ Failure Assessment; NEWS 2: National Early Warning Score; EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; UCI: unidad de cuidados intensivos; SDRA: síndrome de distrés respiratorio agudo.

Tabla 3. Parámetros de ventilación mecánica, gasometría y terapias ventilatorias según la evolución de los pacientes en la UCI.

	Fallecidos n = 124 (68,2%)	Sobrevivientes n = 58 (31,8%)	Valor p
Mediana (RI)			
Gasometría al Ingreso			
PaO ₂ , mmHg	74 (93-58)	76,5 (95-67)	0,155
FO ₂ , %	100 (100-70)	70 (90-70)	<0,001
PaCO ₂ , mmHg	38 (40,5-33)	35 (39-30)	0,035
PH	7,38 (7,45-7,29)	7,41 (7,44-7,37)	0,016
PaO ₂ /FiO ₂	85,5 (111-88)	100 (140-85)	0,001
Gasometría al Egreso			
PaO ₂ , mmHg	80 (95-83,5)	92,5 (112-78)	0,004
FiO ₂ , %	80 (100-50)	40 (50-40)	<0,001
PaCO ₂ , mmHg	48 (82-40)	38,5 (45-34)	<0,001
PH	7,34 (7,40-7,24)	7,41 (7,44-7,39)	<0,001
PaO ₂ /FiO ₂	105 (169-88)	220,9 (260-188)	<0,001
Ventilación Mecánica			
AVM, n (%)	124 (100)	26 (44,8)	<0,001
Días AVM, mediana (RI)	10 (14-7)	9 (11-8)	0,530
CNAF, n (%)	11 (8,9)	5 (8,6)	1,000
VNI, n (%)	1 (0,8)	2 (3,4)	0,239
Terapias ventilatorias			
Decúbito prono, n (%)	53 (42,7)	9 (15,5)	<0,001
Traqueotomía, n (%)	10 (8,1)	4 (6,9)	1,000
Días hasta traqueotomía, mediana (RI)	10 (21-14)	20 (21-19)	0,390

Valor p: nivel de significación; RI: rango intercuartílico; PaO₂: presión parcial de oxígeno; FiO₂: fracción inspirada de oxígeno; PaCO₂: presión parcial de dióxido de carbono; AVM: asistencia ventilatoria mecánica; CNAF: cánula nasal de alto flujo de oxigenoterapia; VNI: ventilación no invasiva.

0227 COMA MIXEDEMATOSO EN CONTEXTO DE ARACNOIDOCELE SELAR POR SECUELA DE TOXOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE HIV.

V PAIS(1), E GUAICHA PULLA(1), F MEDINA(1), V GARAÑA(1), P BALMACEDA(1), L SANTORO(1), A NISHIOKA(1), C DIANO(1), V PICOLLA(1)
(1) Argerich

Presentación del caso: Femenino de 46 años con antecedentes de HIV en buen status inmunológico, con diagnóstico de toxoplasmosis cerebral hace 6 meses, que acude por guardia presentando convulsiones tónico-clónicas que cedieron espontáneamente. Ingres a postictal, Glasgow 8/15, resto del examen sin particularidades. TC de cerebro informa imágenes hipodensas en cápsula interna y corticosubcortical de lóbulos parietal izquierdo, temporal y frontal derecho. Profundización de los surcos no acorde a la edad. En laboratorio presenta hipocalcemia moderada.

Evoluciona con status epiléptico que requiere IOT/ARM e internación en unidad cerrada.

En UTI evoluciona bradicárdica (40 LPM) e hipotérmica (T: 34,3). Bajo sedoanalgesia profunda, pupilas mióticas, reactivas. Equimosis en puente nasal secundario a traumatismo durante periodo ictal. Edemas en rostro y miembros con fovea.

Se inicia isoprotenerol, sin respuesta y por encontrarse estable hemodinámicamente se tomó conducta expectante.

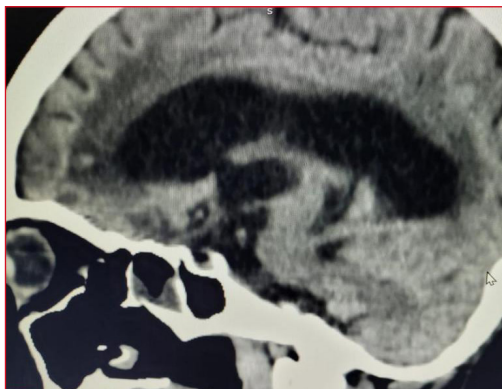
Se solicitan hormonas tiroideas: TSH 0,5 T3 \leq 0,4, T4 2,49.

Se interpreta cuadro como probable coma mixedematoso. Se realiza interconsulta con endocrinología e inicia tratamiento con levotiroxina 500 MCG por SNG por falta de medicación endovenosa y se solicita perfil hormonal. Se interconsulta con servicios de imágenes quienes realizan una nueva valoración de la TC inicial e informan presencia de aracnoidocele selar.

La paciente evoluciona con mejoría de los signos vitales. Se extuba con buena tolerancia a los 6 días del ingreso a UTI.

Discusión: El coma mixedematoso es la máxima expresión del hipotiroidismo no tratado siendo una entidad infrecuente, con una incidencia estimada en 0.22/millón/año. Las manifestaciones clínicas son variadas, siendo la hipotermia y la bradicardia los signos más frecuentes. El hipopituitarismo genera depleción de TSH y dentro de las causas, el "síndrome de silla turca vacía" es bastante infrecuente.

Conclusión: El coma mixedematoso provoca un compromiso sistémico grave que puede ser fatal de no llegarse a un diagnóstico precoz y un tratamiento intensivo. Es una emergencia médica cuya evolución depende de la sospecha e inicio temprano del tratamiento.



0228 SINDROME DE TAKOTSUBO EN PACIENTE JOVEN POLI-TRAUMATIZADO

M GARACHANA(1), MC GUARNACCIA(1), DA ROVIRA(1), PG URBINATI(1)
(1) Hospital Italiano Rosario

Introducción: El síndrome de Takotsubo se caracteriza por la morfología reversible que adopta el ventrículo izquierdo secundario a la hipocinesia de segmentos apicales e hipercontractilidad de basales asociado a elevación del segmento ST en derivaciones precordiales. Su forma de presentación es el dolor torácico o la disnea, pudiendo existir una moderada elevación de los biomarcadores cardíacos. A diferencia del SCA los pacientes no presentan enfermedad aterosclerótica ni factores de riesgo cardiovascular.

Caso clínico: Paciente de 28 años sin antecedentes ingresa a UTI derivado por SEM por politraumatismo secundario a AVP motocamión con uso de elementos de protección.

Al ingreso suficiente cardiovascular y respiratorio, estable hemodinámicamente, sin requerimiento de O₂, GCS 15/15 sin signos meníngeos, con heridas cortantes en rostro, con elementos de inmovilización, hematoma en región inguino-escrotal, herida cortante en muslo derecho con fractura expuesta de pierna, herida cortante en MMSS derecho y deformidad ósea en MMSS izquierdo. Resto sin particularidades.

TAC: contusiones frontales izquierdas. Lisis bilateral de L5. MMSS izquierdo fractura diafisaria radiocubital distal. Fx expuesta Gustillo 3B en pierna derecha.

Al segundo día intercorre con dolor precordial opresivo 7/10 de 30 minutos de duración, sin irradiación, asociado a náuseas e hipotensión. ECG: regular sinusal, FC 100 LPM, infradesnivel ST inferolateral en V4, punto J lateral alto. Laboratorio: aumento de CPK, LDH y troponina I resto conservado. Ecocardiograma: función del VI severamente disminuida, motilidad conservada apical, antero apical e ínfero apical. Resto de los segmentos con hipoquinesia severa. FEY 20%.

Servicio de cardiología inicia tratamiento para SCA y solicitan troponinas ECG y ecocardiogramas seriados mostrando mejoría. Se interpreta como Sdme de Takotsubo.

Discusión: Debido a que la presentación inicial suele ser similar a un IAM, lo primero es descartarlo. Estaremos probablemente ante un síndrome de Takotsubo si hubo antecedentes de evento estresante y ausencia de factores de riesgo cardiovascular.

Conclusión: El sdme de takotsubo se considera un trastorno benigno. Puede ocurrir en cualquiera donde haya descarga excesiva de Catecolaminas. Su presentación clínica, ECG y biomarcadores simula un SCA; aunque la diferencia radica en la ausencia de estenosis en las arterias coronarias y reversibilidad precoz del cuadro.

0229 PARADA CARDIACA SECUNDARIA A HIPOTERMIA, UNA RARA COMPLICACION DEL HIPOTIROIDISMO SEVERO

MG OLAVE AVILA(1), E ASINARI(1), A GARCIA(1), N BUZZI(1), I BOLLATI(1), A FURLOTTI(1)
(1) Misericordia Nuevo Siglo

Introducción: El coma mixedematoso es una afección clínica rara y potencialmente mortal en pacientes con hipotiroidismo grave. Su causa general es la descompensación del abandono del tratamiento con levotiroxina y las infecciones. La mayoría de los pacientes no están en coma y la entidad representa más bien una forma de hipotiroidismo descompensado grave. La hipotermia es una manifestación que lleva al colapso cardiovascular, provocando parada cardíaca.

Caso Clínico: Mujer de 57 años, ingresa a nuestro servicio con diagnóstico de parada cardíaca reanimada secundario a hipotermia (Temperatura 29°C), con necesidad de conexión a ventilación mecánica y de vasopresores. Destacaba facie abotagada, edema bipalpebral y estigmas de quemaduras en zona abdominal y muslos. Análisis TSH > 90mUI/l- T4 libre 1,07 ng/dl, leucocitosis e hiperca-

nia. Recibió calentamiento pasivo alcanzando solo 31°C. Evolucionó con fallo renal con requerimiento de hemodiálisis.

Recibió tratamiento con levotixona endovenosa dosis 200 mcg/día, por un periodo de 3 meses, con múltiples intentos fallidos de pasaje a vía oral, con profundizaciones de la crisis mixedematosa. Se realizó VEDA con toma de biopsia que descarta enfermedad celíaca asociada.

Proceso de weaning dificultoso, disfunción diafragmática e hipercapnia. Traqueostomía. Múltiples intercurencias infectológicas. Miopatía del paciente crítico.

Discusión: El coma mixedematoso es una emergencia endocrínica rara, con una mortalidad hasta del 50%; y uno de los predictores es la hipotermia, que si no es diagnosticada y tratada a tiempo termina en parada cardíaca, y en ocasiones el calentamiento pasivo provoca arritmias ventriculares, e infarto de miocardio. Se puede encontrar en el ECG la onda Osborn, característico de la hipotermia.

Conclusión: El coma mixedematoso a menudo se presenta con compromiso multisistémico, por lo que la sospecha diagnóstica temprana hacen que la manifestación cardíaca sea una rareza.

0230 VALOR PREDICTIVO DE MORTALIDAD DEL TIEMPO DE RELLENO CAPILAR EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCIÓN Y QUE REQUIEREN INTERNACIÓN EN UTI

DP ACOSTA(1), D VAZQUEZ(1), N FERMIN PAREDES(1), A SOLARTE(1), D MONTANO(1), G VALVERDE(1), JL SCAPELLATO(1), C BERNAL(1)

(1) Sanatorio Anchorena Recoleta

Objetivo: Evaluar el valor predictivo de parámetros de shock oculto como Tiempo de Relleno Capilar (TRC)>3 segundos, exceso de base (EB)12mEq/L, y Lactato>18mg/dL, para predecir mortalidad en pacientes ingresados a UTI con sospecha de infección.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte prospectiva. Población: adultos que ingresan a UTI con sospecha de infección definida por toma de hemocultivos y/o inicio de antibióticos entre 02/06/2022 al 03/05/2023.

Resultados: Ingresaron 65 pacientes de los cuales, 38(58%) evolucionaron a shock séptico.

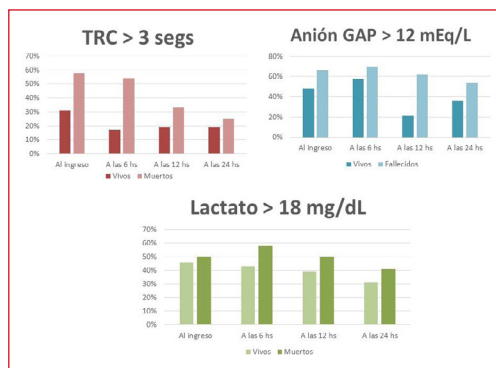
Al ingreso, 27(41%) presentaron TRC>3s, con un AGAP>12mEq/L en 37(56%), a razón de 15,4[13,20-17,3] y lactato>18 mg/dL en 32(49%) con valor de 31,3[23,7 - 39]. Los controles a las 6h fueron: 20(31%) pacientes con TRC>3s, 41(63%) pacientes con AGAP>12mEq/L (14,9[13,7-16,9]) y 32(49%) pacientes con lactato>18mg/dL (26,9[21,1-39,9]). A las 12 hs, 17(26%) presentaron TRC>3s, 25(38%) presentaron AGAP>12mEq/L (13,9[12,7-16,9]) y 29(44%) con lactato>18mg/dL (23[19,5-34,6]). A las 24 hs, 15(23%) presentaron TRC>3s, 28(43%) presentaron AGAP>12mEq/L (15,1[13,8 - 17,6]) y 24(36%) pacientes con lactato>18mg/dL (26,20[20,7-37,4]).

Recibieron cristaloides a razón de 1750[1125-2875]ml, 29(76%) requirieron vasoactivos, 27(71%) ARM y, hemodiálisis de urgencia en 5(38%). La mortalidad fue de 17(44%) pacientes.

En el análisis multivariado, el AGAP>12mEq/L al ingreso fue predictor independiente de mortalidad (OR 1,21[1,008-1,46] p 0.04), a las 6 hs lo fue el TRC>3s (OR 3.81 [1,11- 13.11] p 0.03), mientras que el lactato no lo fue en ningún análisis. Como outcome secundario, el TRC>3s al ingreso fue predictor independiente de shock séptico (OR 6.79 [1,76-26,14] p 0,003).

Conclusiones: De los tres parámetros de shock oculto evaluados en pacientes con sospecha de infección al ingreso a UTI, el TRC a las 6 hs fue predictor independiente de mortalidad, así como también de shock séptico al ingreso. El AGAP fue predictor independiente de mortalidad al ingreso. Nos parece de gran relevancia resaltar estos resultados, especialmente para el TRC, ya que es una evaluación sencilla de realizar en cualquier contexto, rápida, bedside y sin costo.

	Shock séptico	Valor p
N = 65	38 (58%)	
Varones	25 (65%)	0,94
ICU-LOS	16 (±17)	0,19
Edad	63 (±18)	0,34
SAPS II	48 [36-61]	0,03
Riesgo SAPS	43,8 [17,5-71,8]	0,004
Apache II	16 [11-22]	0,15
Riesgo Apache	26,2 [12,9-44]	0,1
SOFA 24	7 [4-10]	< 0,05
Nro de disfunciones	3 [2-4]	< 0,05
Al ingreso		
TRC > 3 segs	25 (65%)	0,08
AGAP > 12 mEq/L	21 (55%)	0,24
Lactato > 18 mg/dL	23 (60%)	< 0,05
A las 6 hs		
TRC > 3 segs	28 (73%)	0,03
AGAP > 12 mEq/L	22 (57%)	0,17
Lactato > 18 mg/dL	17 (44%)	0,004
A las 12 hs		
TRC > 3 segs	20 (55%)	0,002
AGAP > 12 mEq/L	19 (50%)	0,3
Lactato > 18 mg/dL	15 (39%)	0,004
A las 24 hs		
TRC > 3 segs	21 (55%)	0,019
AGAP > 12 mEq/L	20 (55%)	0,002
Lactato > 18 mg/dL	14 (36%)	0,002
Vasoactivos	29 (76%)	< 0,05
Resucitación	1750 [1125-2875]	0,37
Hemodiálisis de urgencia	5 (38%)	0,2
ARM	27 (71%)	0,02
Nro de defunciones	17 (44%)	< 0,05



0231 REPORTE DE CASO: TUMOR ENDOBRONQUIAL, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES T

AE LOPEZ LAPIRA(1)

(1) Humberto Notti.

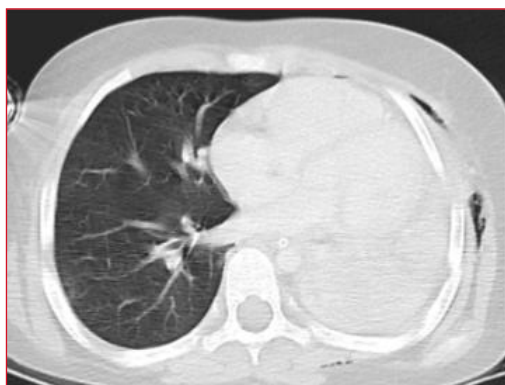
Introducción: El linfoma no Hodgkin representa la tercera causa de cáncer infantil. Dentro de este grupo el 10-15% corresponde al Linfoma anaplásico a células grandes T. La enfermedad se caracteriza por afectar a los ganglios, principalmente periféricos, mediastínicos y abdominales. Con menor frecuencia afecta tejidos extraganglionares, considerando la localización endobronquial muy rara, alrededor de 1%. Luego de realizar una revisión bibliográfica en Pubmed se observaron tan sólo 7 casos reportados desde 1998 hasta la actualidad con este tipo de presentación.

Presentación del caso: Paciente de 8 años de sexo masculino, que presentó síndrome febril prolongado con tumoración inguinal izquierda, que coincide inicialmente con un antecedente de traumatismo. Por agregar hemoptisis, dificultad respiratoria y descenso de peso se decide su internación hospitalaria. Evolucionó con compromiso respiratorio por un tumor endobronquial con oclusión del 100% de la luz del bronquio fuente de infección provocando atelectasia masiva del mismo pulmón con requerimiento de asistencia

ventilatoria mecánica. En las primeras biopsias no se logra arribar al diagnóstico, con múltiples intentos frustrados de permeabilizar el bronquio fuente izquierdo y con mayores dificultades en la ventilación se decidió finalmente realizar exéresis del tumor mediante endoscopia quirúrgica con conexión a bomba de circulación extracorpórea. Tras esta intervención se arribó al diagnóstico por anatomía patológica de linfoma anaplásico de células grandes T, consiguiendo extubar al paciente e iniciar tratamiento quimioterápico.

Discusión: El hallazgo de una masa endobronquial obliga al diagnóstico diferencial entre las lesiones benignas (hamartomas, hemangiomas, papilomas) y malignas (tumor carcinóide bronquial, adenoma bronquial). En los casos publicados se describe un crecimiento generalmente lento e insidioso, con sintomatología poco específica, por lo que el diagnóstico precoz resulta difícil.

Conclusión: Si bien una tumoración endobronquial puede diagnosticarse mediante exámenes complementarios de imagen, la fibrobroncoscopia permite localizar la masa, realizar toma de biopsia y facilitar el tratamiento local de la enfermedad permitiendo la mejoría de la capacidad ventilatoria del paciente. La circulación extracorpórea permite optimizar la tolerancia del paciente a los tiempos quirúrgicos y los resultados del procedimiento.



0232 FLEGMASIA CERÚLEA DOLENS EN PACIENTE CON AGENESIA DE VENA CAVA INFERIOR. REPORTE DE CASO

K VENCE(1), L MACAGNO(1), A LESCANO(1), N CARRIZO(1)
(1) José María Cullen

Introducción: La flegmasia cerúlea dolens constituye una complicación grave y poco frecuente de la trombosis venosa profunda. La agenesia de vena cava inferior es una malformación vascular congénita extremadamente infrecuente que da lugar a un drenaje venoso anómalo de las extremidades inferiores y es reportada como factor de riesgo para el desarrollo de trombosis venosa profunda.

Presentación del caso: Paciente de 34 años derivado a nuestra institución por dolor, edema y cianosis del miembro inferior izquierdo junto a estudio doppler confirmatorio de trombosis venosa profunda. En nuestro hospital ante el diagnóstico de flegmasia cerúlea dolens se realizó venografía en la cual no se visualizó vena cava inferior, lo que modificó el tratamiento que iba a instaurarse inicialmente (colocación de filtro de vena cava y trombectomía qui-

rúrgica). Se realizó flebotomografía de tórax, abdomen y pelvis objetivándose la agenesia de vena cava inferior. Se decidió iniciar entonces anticoagulación con heparina no fraccionada asociado a elevación a 45° del miembro afectado, con notable mejoría clínica.

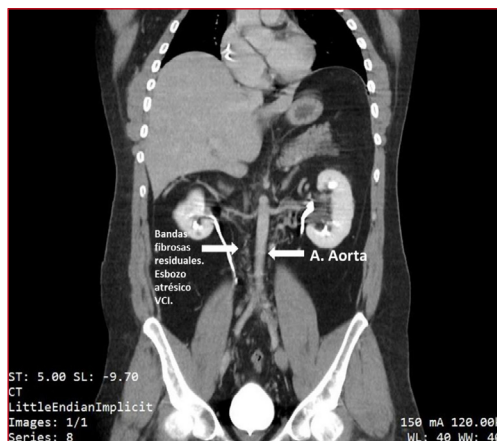
Discusión: No existe consenso en cuanto al tratamiento más efectivo, pero la anticoagulación con heparina, la fibrinólisis sistémica, la trombectomía percutánea con fibrinólisis local y la trombectomía quirúrgica con colocación de filtro de vena cava inferior son algunos de los tratamientos propuestos.

En nuestro caso al ingreso del paciente se planificó junto al equipo de cirugía vascular la trombectomía quirúrgica con colocación de filtro de vena cava, lo cual fue suspendido ante el hallazgo de una vena cava inferior agenesica. Se procedió entonces a anticoagular con heparina no fraccionada y elevar la extremidad afectada a 45°, bajo monitoreo estricto en la unidad de cuidados críticos con la disponibilidad inmediata de fibrinolíticos sistémicos ante la aparición de compromiso de la circulación arterial de la extremidad y/o embolia de pulmón. El paciente evolucionó favorablemente sin complicaciones y continuó el tratamiento con anticoagulación.

Conclusión: La flegmasia cerúlea dolens constituye una emergencia médica, cuyo reconocimiento precoz puede salvar el miembro e incluso la vida del paciente. El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinario. La agenesia de vena cava inferior es una causa infrecuente de trombosis venosa profunda en pacientes jóvenes (<5%) pero cuando se halla presente debe considerarse en la elección del tratamiento.



Figura 2: Miembro inferior izquierdo al ingreso y luego de 72 horas



0234 FRACCIÓN DE EYECCIÓN GLOBAL (GEF) ALTERADA EN PACIENTES CON VOLUMEN DIASTÓLICO FINAL GLOBAL INDEXADO (GEDVI) DETERIORADO

MC GONZALEZ(1), A TRAVERSO(1), A GIORDANA(1), D LATA-SA(1), J RODRIGUEZ LOUZAN(1), L CARLOS(1)
 (1) Sanatorio Parque

Introducción: Uno de los índices que aporta la termodilución transpulmonar es la fracción de eyección global (GEF) que proporciona información del funcionamiento cardíaco. El cálculo del GEF se realiza mediante la fórmula $(VS / GEDV) * 4$. En hipovolemia y baja GEDV podrían presentar valores de GEF alterados. De la misma manera valores de volumen sistólico (VS) bajos podrían generar GEF bajos por acoplamiento matemático sin que esto signifique un trastorno en la contractilidad cardíaca. Nuestro objetivo fue evaluar si el deterioro en GEDVI y en el VS pueden constituir un limitante para la interpretación del GEF y describir características de los pacientes que presentaban GEF deteriorado. En forma secundaria quisimos determinar factores asociados en forma independiente al desarrollo de GEF deteriorado.

Materiales y Metodos: Se realizó un estudio retrospectivo en una UCI de 24 camas. Se registraron las características basales, variables hemodinámicas de la medición de apertura. Los pacientes se clasificaron según GEF, GEDVI y VS.

El análisis estadístico se realizó mediante Mann Whitney, prueba t de Student y Chi² de Pearson. Para determinar los factores asociados de forma independiente con la presencia de FMAM deteriorado, se realizó regresión logística binaria.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes con shock. Las variables hemodinámicas se muestran en la Tabla 1. 47 (49%) pacientes habían disminuido GEDVI 534±82 ml/m², 26 (27%) pacientes habían aumentado GEDVI 901 ±73 ml/m² y 22 pacientes tenían GEDVI normal (23%). De los 47 pacientes con GEDVI disminuido, GEDVI bajo y GEF bajo coexistieron en 27 (57%) pacientes. De todos los pacientes con disminución del GEF, 36 (65%) tenían SV baja. Por otro lado, 47 pacientes presentaron VS baja, en 37 de ellos (79%) el GEDVI fue bajo. Los factores asociados independientemente con el deterioro en GEF fueron disminución de GEDVI, VS y gasto cardíaco.

Conclusiones: En un alto porcentaje de pacientes coexistió GEF bajo y VS o GEDVI bajos. Bajo GEDVI y gasto cardíaco bajo se asociaron de forma independiente con la alteración del GEF. Podría haber acoplamiento matemático entre GEDVI y GEF, por lo que en pacientes hipovolémicos con deterioro en el GEDVI, el GEF también podría verse alterado sin que esto implique trastornos en el inotropismo cardíaco.

	Todos(n=95)	Sobrevivientes(n=47)	No Sobrevivientes(n=48)	p
GEDVI(ml/m ²)	627[538-773]	605[515-784]	679[560-771]	0.11
VS (ml/lat)	55[36-72]	63[37-72]	51[36-72]	0.38
ELWI (ml/m ²)	10[8-15]	10[7.8-15]	10[8-15]	0.66
IPVP	2.2[1.6-3.1]	2.2[1.7-3.2]	1.8[1.7-3.2]	0.62
IC (L/min/m ²)	3.1[2.3-3.8]	3.3[2.3-4.1]	2.8[2.3-3.6]	0.21
GEF (%)	19[14-27]	21[16-28]	18[11-25]	0.01
IRVS(dinam-s-m ² /cm ²)	1697[1303-2312]	1610[1073-2312]	1826[1473-2544]	0.12
TAM (mmHg)	75[62-85]	77[67-98]	73[59-80]	0.01
FC (ppm)	103[82-119]	91[78-120]	105[82-116]	0.64
Elastancia arterial efectiva(mmHg mL-1)	1.3[0.87-1.81]	1.3[0.8-2.08]	1.3[0.8-1.65]	0.24

Tabla 1 Parámetros hemodinámicos en medición apertura de termodilución transpulmonar

	HR	IC	P
GEDVI disminuido	33.4	2.31 - 481.8	0.01
VS (ml/lat)	1.06	1.01 - 1.12	0.02
IC (L/min)	7.87	1.85 - 3.45	0.00
FEV VI deteriorado	6.49	0.81 - 5.26	0.07

Tabla 2. Regresión logística binaria con GEF DISMINUIDA como variable de resultado

0235 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD Y EVOLUCIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON TRAUMA CRÁNEO-ENCEFÁLICO GRAVE

F GARAVELLI(1), M RE(1), N ROCCHETTI(1), F DI PAOLO(1), B SANCHEZ(1), M LATIMORI(1), B MERES(1), F PIRCHIO(1), S GATTINO(1), C SETTECASE(1), D BAGILET(1)
 (1) Hospital Eva Peron

Introducción: Son escasos los estudios a nivel local que analizan modelos pronósticos de mortalidad y evolución funcional en pacientes con trauma craneoencefálico grave (TCEG).

Objetivos: Evaluar factores demográficos, clínicos, analíticos, imagenológicos, evolutivos y modelos pronósticos de mortalidad y evolución funcional en pacientes que ingresan con TCEG en un hospital de tercer nivel de complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio analítico, observacional, de cohortes prospectivas. Incluyó pacientes internados consecutivamente por TCEG en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de centro de tercer nivel de complejidad en Argentina, entre el 01/01/2022 y el 01/05/2023. Incluyó mayores de 18 años; ingreso primario a UCI con TCEG. Análisis estadístico: las variables cualitativas se expresaron como porcentajes, cuantitativas como medianas y rango intercuartilo (Q3-Q1). Se realizó análisis de regresión logística binaria univariada para expresar la fuerza de la asociación entre mortalidad y factores pronósticos. Se asumió significativa $p \leq 0,05$, se calculó Odds Ratio (OD) e intervalo de confianza 95% (IC).

Resultados: Durante el estudio se registraron 88 pacientes, 45 (50,5%) con TCEG; 39 (84,8%) hombres, mediana de edad 31,5 años (16-69). Mediana de estancia en UCI: 10 días (1-41). Fallecieron en UCI 7 (15,2%). Presentaron, solo TCEG 15 (32,6%). Se dividió en dos grupos: GRUPO 1= fallecidos 7 (15,4%) vs. GRUPO 2= sobrevivientes 39 (84,8%) encontrándose diferencia estadística: tabaquismo, moto-pavimento, moto-auto y auto-auto, SOFA, ISS, RETRASCORE, arreactividad pupilar y anisocoria. Se evaluó el estado funcional al alta, a través del Glasgow Outcome Score (GOS), con un punto de corte de 4, GRUPO 1= GOS mayor o igual 4: 17 (37%) vs. GRUPO 2= GOS menor a 4: 28 (60%) encontrándose significación estadística en las variables: arreactividad pupilar, hematoma subdural, colocación de catéter de medición de presión intracraneana, días de requerimiento de inotrópicos, complicaciones infecciosas intrahospitalarias en UCI y días totales de internación en UCI.

Conclusión: La mortalidad fue de 15,2%, menor a la reportadas en la bibliografía, pero con características demográficas similares. Las variables al ingreso mencionadas previamente se relacionaron con mortalidad en UCI y GOS <4 a la externación hospitalaria.

0236 CAMBIOS EN LOS VOLÚMENES PULMONARES DURANTE EL LAVADO BRONCOALVEOLAR SEGÚN LA POSICIÓN DEL PACIENTE EN LA CAMA. SERIE DE CASOS

LA NAVARRO REY(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), J GONZALEZ ANAYA(1), J EMS(1), E STEIMBERG(1), JM NUÑEZ SILVEIRA(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1), R CORNEJO(2)
 (1) Italiano. (2) Hospital Clínico Universidad De Chile

Introducción: El lavado broncoalveolar (BAL) se utiliza en el diagnóstico de neumonía en pacientes con ventilación mecánica invasiva. Consiste en la instilación de solución salina, lo cual se asocia con el colapso pulmonar y la posibilidad de empeorar la hipoxemia. Colocar la cabecera del paciente en posición de 0° podría aumentar la pérdida de volumen pulmonar y agravar la hipoxemia. Una opción terapéutica para mitigar este efecto podría ser realizar este procedimiento con la cabeza elevada a 30°.

Objetivos: Evaluar los cambios en los volúmenes pulmonares mediante la Tomografía de Impedancia Eléctrica (TIE) en relación con la posición de la cabeza del paciente antes y después del BAL.

Métodos: Serie de casos con 3 pacientes. Se realizaron mediciones de la impedancia pulmonar al final de la espiración (EELI) utilizando el equipo pulmóvita V500 en las siguientes situaciones: cabecera a 30° antes del BAL, 0° antes del BAL, 0° después del BAL y 30° después del BAL.

Resultados: En los pacientes 1 y 2, el cambio de la posición de la cabeza de 30° a 0° antes del BAL resultó en una disminución general de la EELI (Paciente 1: 83.1% - Paciente 2: 20.2%). Realizar el BAL aumentó la disminución general de la EELI, con una expresión mayor en las regiones donde se realizó el BAL. Después de completar el BAL, en ambos pacientes, el reposicionamiento de la cabeza a 30° produjo un aumento en la EELI global sin alcanzar los valores iniciales (Paciente 1: 80.5% - Paciente 2: 52.9%).

En el paciente 3, el cambio de posición de la cabeza de 30° a 0° antes del BAL mostró una disminución del 12.5% en la EELI. El BAL profundizó la caída de la EELI general (-44.4%), al igual que el reposicionamiento de la cabeza a 30° (-70%).

Conclusión: Los cambios en la posición de las cabeceras antes del BAL resultaron en una reducción de la EELI en los 3 pacientes. El reposicionamiento de la cabeza después del BAL tuvo un comportamiento heterogéneo, aumentando la EELI en los pacientes 1 y 2, y disminuyéndola en el paciente 3.

0237 TOMOGRAFÍA DE IMPEDANCIA ELÉCTRICA DURANTE LA TEST DE APNEA: CPAP VS DESCONEXIÓN TOTAL DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. REPORTE DE CASO

J GONZALEZ ANAYA(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), LA NAVARRO REY(1), MB HORNOS(1), N CIARROCCHI(1), M BERDIÑAS ANFUSO(1), JM NUÑEZ SILVERIA(1), CG VIDELA(1), I CARBONI BISSO(1), E STEIMBERG(1), M LAS HERAS(1)
(1) Italiano

Introducción: El test de apnea (TA) es una práctica común en el diagnóstico de muerte cerebral. Consiste en desconectar al paciente de la ventilación mecánica para demostrar la ausencia del drive respiratorio. Dado que esta maniobra puede inducir colapso pulmonar e hipoxemia, su realización en posibles donantes de pulmón es controvertida. Se ha demostrado que realizar la TA en modo CPAP mejora la oxigenación, pero su impacto en los volúmenes pulmonares sigue siendo incierto. Describimos un caso clínico donde se utilizó la Tomografía de Impedancia Eléctrica para monitorear los volúmenes pulmonares durante la AT.

Objetivos: El objetivo del estudio fue comparar los efectos de la impedancia pulmonar al final de la espiración (EELI) y la variación tidal (Vt) durante el TA en modo CPAP vs desconexión de la ventilación mecánica.

Métodos: Reporte de caso. Se utilizó el equipo de EIT Pulmóvita 500 para monitorear la variación de la impedancia pulmonar.

Resultados: Antes del TA, se implementó una estrategia ventilatoria con un volumen tidal de 8 ml/kg, PEEP de 10 cmH2O y una frecuencia respiratoria necesaria para obtener una PCO2 de 40 mmHg (+/- 2). El TA en modo CPAP (ATAcap) se realizó con PEEP de 10 cmH2O y FiO2 de 1, y tuvo una duración de 10 minutos.

La EIT mostró una variación tidal y EELI de acuerdo con el VT y PEEP establecidos durante el período previo a la ATcap. Una vez iniciada la ATcap, se documentó la ausencia de la impedancia tidal, evidenciando la ausencia de movimientos ventilatorios. El EELI se mantuvo sin cambios.

Cuando se realizó la AT con desconexión total de la VM, la variación de la impedancia tidal cesó y los valores de EELI se acercaron a 0. Posteriormente, se realizó una maniobra de reclutamiento alveolar, obteniendo valores de EELI más altos que los iniciales.

Conclusión: El uso de EIT en este paciente demostró el beneficio de realizar la ATcap, al prevenir el colapso pulmonar generado durante la desconexión total de la VM. La EIT también nos permitió documentar la ausencia de variación tidal durante ambos procedimientos.

0238 MENINGITIS POST NEUROQUIRÚRGICA POR OCHROBACTRUM ANTHROPI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO

D ROGGENSACK(1), L SOLIZ(1), CF CHAVEZ(1), F FERREIRA(1), J CARDOZO(1), R DOMINGUEZ(1), MB VAZQUEZ(1), C POZO(1), N GRUBISSICH(1), D PINA(1)
(1) Hospital Cesar Milstein

Introducción: Ochrobacterium anthropi (OA) es un microorganismo Gram negativo no fermentador, implicado en infecciones oportunistas nosocomiales. En una revisión en 2020, sólo encontraron 128 brotes de infecciones por Ochrobacterium spp, la mayoría en pacientes inmunosuprimidos, asociados a bacteriemias e infecciones por catéteres. Se presenta caso de paciente adulto mayor inmunocompetente con meningitis post neuroquirúrgica por OA.

Presentación del caso: Masculino de 76 años, ingresa a Terapia Intensiva por hematoma subdural izquierdo crónico reagudizado con requerimientos de asistencia respiratoria mecánica. Cursa postoperatorio inmediato siendo extubado a las 24 horas con alta FIO2 por evidencia de neumocéfalo en tomografía. A las 72 horas presenta Glasgow 13/15, disartria, somnolencia y delirio, se realiza tomografía de encéfalo sin lesiones agudas intra-extra axiales, evolucionando con fiebre, inestabilidad hemodinámica y por Glasgow 3/15 reintubación. Ante la evolución clínica se interpreta shock séptico foco probable endovascular vs sistema nervioso central (SNC), se realizan hemocultivos, punta de catéter y cultivo de LCR iniciando antibioticoterapia con vancomicina, meropenem- colistin por tratamiento empírico de la institución. Se detecta Ochrobacterium anthropi en LCR e inicia tratamiento dirigido. Fallece al 5to día postoperatorio.

Discusión: La infección por OA puede formar biopelículas sobre materiales estériles. Es rara su presentación en inmunocompetentes. Filogenéticamente similar a Brucella, requiere cultivo en MacKoney para diferenciarlos o métodos de identificación automatizados. La meningitis por OA es poco común y comparte con otros casos la presencia de trauma por instrumentación del SNC y asociado a catéter venoso. La identificación oportuna y tratamiento son claves en la resolución del cuadro, como también uso de tecnologías de identificación, dado que el antibiótico empírico para meningitis post neuroquirúrgicas no es efectivo contra este.

Conclusión: Las infecciones por OA son infrecuentes y se la relaciona a los cuidados de la salud. Los métodos microbiológicos avanzados deberían ser utilizados como estándar en los pacientes con sepsis o shock séptico, dado que este germen pertenece a los gram negativos, causal de en las meningitis post neuroquirúrgicas, pero con una amplia diferencia en su tratamiento y cultivo. En esta era microbiológica, debería protocolizarse el uso de sistemas automatizados para detección de gérmes no comunes intranosocomiales.

0239 SEDACIÓN INHALATORIA EN TERAPIA INTENSIVA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CASOS

C DISCEPOLA(1), I CARBONI BISSO(1), G VECCHIO(1), L NAVARRO(1), J GONZALEZ ANAYA(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), M LAS HERAS(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: Las pautas actuales de sedación se basan principalmente en el uso de agentes intravenosos. Sin embargo, los sedantes inhalatorios (SI) presentan características farmacocinéticas favorables, como una rápida eliminación a través de la ventilación pulmonar, un metabolismo hepático limitado y la ausencia de acumulación. Estas características podrían reducir los eventos adversos y mejorar los resultados en comparación con la sedación intravenosa. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas de los pacientes que recibieron SI y documentar las complicaciones clínicas y operativas asociadas con su uso.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico desarrollado en una unidad de cuidados intensivos de un hospital de

alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron todos los pacientes que requirieron SI entre junio de 2022 y junio de 2023.

Resultados: Durante el período de estudio, cinco pacientes recibieron sevoflurano mediante un dispositivo de inhalación. Cuatro de ellos eran hombres, con una mediana de edad de 40 años (RIC 36-46) y un puntaje APACHE II de 3 (RIC 4-17). En todos los casos, la indicación de SI fue sedación profunda o dificultad para lograr la sedación deseada. Todos los participantes alcanzaron el nivel de sedación objetivo sin necesidad de sedación intravenosa adicional. Asimismo, se observó una reducción entre el 50 y el 80% de los analgésicos opiáceos.

La complicación operativa más frecuente fue la obstrucción del dispositivo de inhalación (2 de 5). Un paciente tuvo que interrumpir prematuramente la infusión debido a esta complicación. No se observaron complicaciones clínicas relacionadas con el uso de SI, aunque ninguno de los pacientes recibió SI por un período mayor a 5 días.

Conclusiones: En base a nuestra experiencia, el uso de SI se presenta como una alternativa válida a los sedantes intravenosos, demostrando ser efectivo para alcanzar los objetivos deseados de sedación sin presentar complicaciones graves. Sin embargo, se requiere un adecuado entrenamiento del personal sanitario para garantizar un uso seguro de estos agentes. En nuestro conocimiento, esta es la primera serie que informa la experiencia de uso de SI en Argentina. Se necesitan más estudios para extraer conclusiones generalizables.

0241 BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR SECUNDARIO A ABSCESO ANULAR DE VÁLVULA PROTÉSICA AÓRTICA S GASPAROTTI(1), LM RODRIGUEZ(1), FP BERTOLETTI(1) (1) Clínica San Jorge

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) sobre válvula protésica constituye una enfermedad con una mortalidad entre el 23% y el 64%. El absceso periprotésico constituye una grave complicación, en donde el bloqueo auriculoventricular (BAV) podría indicar que el proceso infeccioso ha invadido la "cortina mitroaórtica". Los antibióticos suelen ser ineficaces, debiendo ser agresivo en el diagnóstico y en el tratamiento. La ecocardiografía transesofágica (ETE) ha permitido acortar el período diagnóstico y el inicio del tratamiento, siendo el recambio protésico precoz la terapia de elección.

Presentación del caso: Paciente masculino de 79 años con antecedentes de HTA, DLP, FAC, CRM 3 puentes y RVAo con prótesis biológica.

Derivado a nuestra institución para colocación de MCP definitivo por síncope secundario BAV 3° que requirió de MCP transitorio. Evolución con shock séptico, DMO, PCR recuperado, rescate de S. epidermidis en cultivos. Se retira MCP transitorio por sospecha de foco infeccioso, presentando signos de bajo gasto, requiriendo su recolocación.

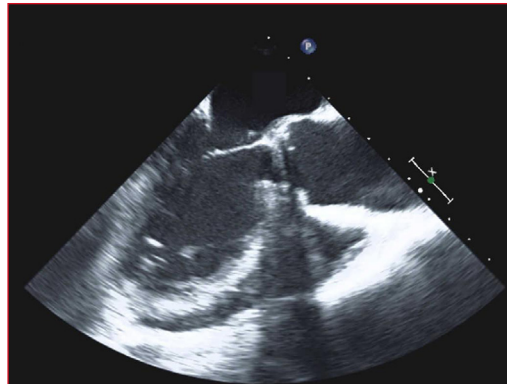
Se realiza ETE con diagnóstico de endocarditis de válvula protésica aórtica con absceso perivalvular y endocarditis de válvula mitral con vegetación y perforación de valva anterior. Insuficiencia mitral leve-moderada

Presenta deterioro de parámetros hemodinámicos, con posterior fallecimiento.

Discusión: Ante la evaluación de un paciente con BAV habiendo descartado etiologías comunes, y ante la sospecha clínica concomitante de una EI debemos descartar el absceso periprotésico. Alrededor del 20 % al 30% de las EI desarrollan esta complicación, siendo más común sobre válvulas protésicas y una de las causas más frecuentes de resolución quirúrgica. En el 48% de los pacientes es clara su etiología, siendo los estafilococos y estreptococos los más frecuentes. Su mortalidad se relaciona a la insuficiencia cardíaca congestiva, sepsis o ambas. La cirugía precoz conlleva alta mortalidad en comparación con la cirugía electiva, siendo un riesgo aceptable por reducir la mortalidad estimada para un abordaje conservador.

Conclusión: Los abscesos perivalvulares protésicos son complicaciones graves de la EI. Ante trastornos electrocardiográficos en un

paciente con fiebre sin foco claro, debemos sospecharlo. Se debe realizar tempranamente un ecocardiograma para su diagnóstico, siendo el trabajo conjunto multidisciplinario de vital importancia para su tratamiento precoz.



0244 A PROPOSITO DE UN CASO PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

D NUÑEZ(1), LM LUPATY(2), D SORUCO(2), C MERIDA(2), C SANCHEZ(2), R ALTAMIRANO(2), D BECERRA(2), K SIVILA(2)
(1) Regional San Juan De Dios. (2) Hospital San Juan De Dios

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una urgencia urológica, grave y de alta mortalidad, pero de baja frecuencia, que suele presentarse en población con factores de riesgo, dentro de los que destacan la diabetes mellitus tipo 2, la uropatía obstructiva, el etilismo y la inmunosupresión.

Caso clínico: Femenina de 64 años con antecedente de Diabetes Mellitus 2 e infecciones urinarias a repetición, cuadro clínico de 7 días alzas térmicas no cuantificadas, dolor abdominal en región lumbar izquierda, disuria, evoluciona con alteración del estado de sensorio falla multiorgánica. Examen físico estuporosa, pupilas isocóricas fotoreactivas, no foco motor, no signos meníngeos, inestable desde el punto de vista hemodinámico. Con antibiótico de amplio espectro.

EGO: Patológico, Hemocultivo x2: Negativos, Cultivo de Punción Lumbar Negativo, TC encéfalo y tórax s/c sin particularidades. TC tórax abdomen y pelvis s/c objetiva gas pararenal y destrucción del parénquima renal izquierdo, en contexto de pielonefritis enfisematosa, por inestabilidad hemodinámica y estado crítico, se realiza Nefrostomía izquierda percutánea guiada por Tomografía, se punciona y se extrae 160cc de débito purulento. Urocultivo E. Coli BLEE, Cultivo de Absceso E. Coli BLEE.

A los 8 días de su internación evoluciona sin soporte de vasodilatadores, con resolución de las fallas orgánicas, se inicia protocolo de desacople, weaning exitoso, con evolución favorable es dada de alta.

Discusión: En la pielonefritis enfisematosa se requiere de la acertada sospecha clínica y el uso adecuado de los exámenes complementarios, en particular la tomografía axial computarizada. La sospecha clínica acertada y las conductas intervencionistas tempranas son esenciales, para modificar el pronóstico y reducir la mortalidad

Conclusiones: La pielonefritis enfisematosa es una enfermedad renal necrotizante causada frecuentemente por Escherichia Coli, la diabetes mellitus y la obstrucción proporciona un nicho favorable para el desarrollo de la infección fulminante, a pesar de los esfuerzos sigue siendo una de las infecciones urológicas con mayor mortalidad, gracias a los avances en los métodos radiológicos y radiología intervencionista y la efectividad de la antibioticoterapia se ha logrado modificar la modalidad del manejo hacia la preservación renal.

CLASIFICACION TOMOGRAFICA COMPUTADA DE HUANG Y TSENG	
1	GAS EN EL SISTEMA COLECTOR
2	GAS UNICAMENTE EN EL PARENQUIMA RENAL
3A	EXTENSION DEL GAS AL ESPACIO PERINEFRICO
3B	EXTENSION DEL GAS AL ESPACIO PARANEFRICO
4	GAS EN RIÑON UNICO O BILATERAL



0245 A PROPOSITO DE UN CASO PERICARDITIS TUBERCULOSA
 D NUÑEZ(1), LM LUPATY(2), D SORUCO(2), C SANCHEZ(2), C MERIDA(2), R ALTAMIRANO(2), D BECERRA(2), K SIVILA(2), W OLGUIN(2), E ARANCIBIA(2), I NAVAJAS(2)
 (1) Regional San Juan De Dios. (2) Hospital San Juan De Dios

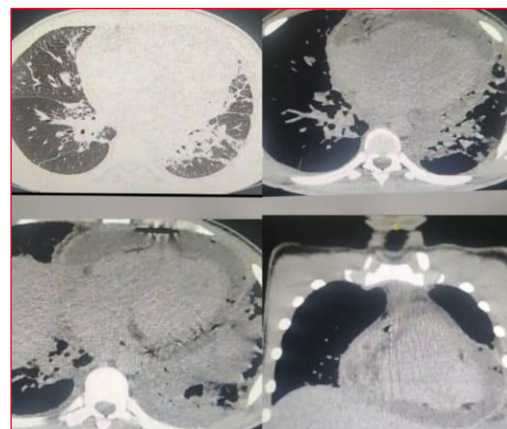
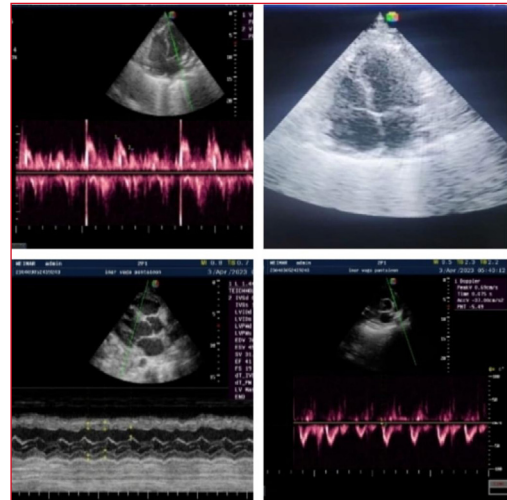
Introducción: La pericarditis tuberculosa es una manifestación extrapulmonar infrecuente de la tuberculosis (TB), con una incidencia de presentación menor al 4% de todos los casos de la enfermedad.

Caso clínico: Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes, cuadro clínico caracterizado por disnea de esfuerzo progresiva que llega a clase funcional IV y se asocia a precordialgia. Al examen físico presenta pulsos disminuidos, R1 y R2 hipofonéticos, ingurgitación yugular. Electrocardiograma con taquicardia supraventricular mas supradesnivel ST, DII, DIII, AVF, V4, V6, DI, que revierte espontáneamente. Troponinas Positivo. Ecocardiograma, función sistólica deprimida FEY 41%, cavidades derechas dilatadas TAPSE de VD deteriorada. Derrame pericardico severo, con colapso diastólico de cavidades derechas. Pericardiocentesis diagnostica se obtiene debito purulento. Se realiza ventana pleuro-pericárdico con toma de cultivo. Genexpert de líquido pericardio: Positivo para Mycobacterium tuberculosis. Se inició tratamiento con drogas de primera línea y corticoterapia. Mejoría clínica, estable hemodinámicamente, pasa a sala general.

Discusión: La pericarditis tuberculosa es una rara manifestación extrapulmonar que afecta a menos del 4% de los pacientes con tuberculosis (TB), con alta morbimortalidad ante diagnósticos tardíos, especialmente en aquellos pacientes inmunocomprometidos. Su presentación es inespecífica y la sintomatología deriva de la velocidad de instauración del derrame pericárdico, registrándose casos mortales debido a taponamiento cardiaco.

Conclusiones: La pericarditis tuberculosa, manifestación infrecuente, tiene morbi-mortalidad elevada; con un diagnóstico oportuno y tratamiento temprano podría obtenerse la resolución del cuadro.

Sin embargo, su diagnóstico es un desafío, dado que la presentación clínica es inespecífica. Deben combinarse estudios de imagen y microbiológicos asociados a factores epidemiológicos para su confirmación.



0246 A PROPOSITO DE UN CASO HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA AGUDA SECUNDARIA A QUISTE DE NEUROCISTICERCOSIS SINDROME DE BRUNS
 LM LUPATY(1), C MERIDA(2), D SORUCO(2), C SANCHEZ(2), D NUÑEZ(2), R ALTAMIRANO(2), D BECERRA(2)
 (1) Regional San Juan De Dios. (2) Hospital San Juan De Dios

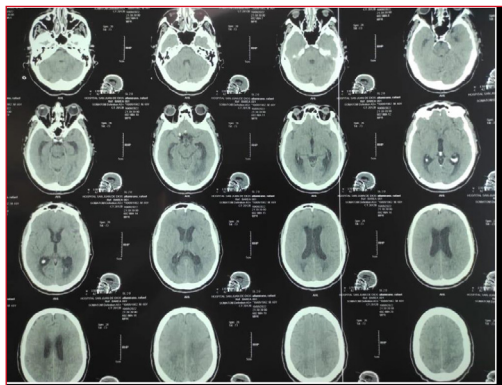
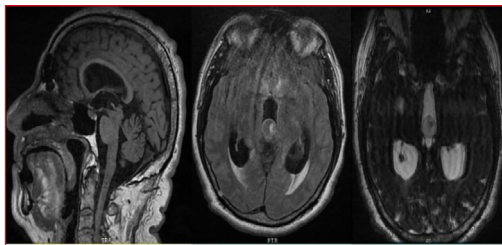
Introducción: La neurocisticercosis es una de las principales causas de epilepsia adquirida en todo el mundo y es endémica en las regiones subdesarrolladas y en desarrollo. Los síntomas neurológicos son múltiples, y a menudo, inespecíficos, por lo que la neurocisticercosis plantea un desafío diagnóstico.

Caso clínico: Masculino de 61 años, sin antecedentes patológicos, cuadro clínico súbito de 30 minutos de evolución caracterizado por deterioro del sensorio, con relajación de esfínteres, cefalea de moderada a gran intensidad durante el día, tratada con AINES. Al ingreso a la guardia con Glasgow 13/15, pupilas isocóricas sin foco motor. Glucemia dentro de parámetros, TC encéfalo s/c, no se evidencia lesiones isquémicas ni hemorrágicas, hidrocefalia leve, con caída de Glasgow de 10/15 (M:5 O:2 V:3).RMN de cerebro, se descarta ACV isquémico y hemorrágico en las diferentes secuencias, se evidencia lesión quística en III ventrículo hacia el Conducto Silvio. A las 3 horas con caída de Glasgow 4/15 (M: 2 V:1 O:1), se realiza manejo avanzado de la vía aérea, nueva TC encéfalo muestra dilatación ventricular, dilatación de astas occipitales y temporales más signos clínico de hipertensión endocraneana, índice de Evans de 0.40 que

no se evidenciaba en la tomografía previa se realiza colocación de válvula de derivación ventriculoperitoneal. Serología IgM Positiva para Neurocisticercosis, LCR; Negativo. Se inició tratamiento con albendazol y Corticoterapia. El paciente tuvo una resolución completa de sus síntomas y dado de alta.

Discusión: El caso que se presenta es un paciente con cefalea más alteración del estado de conciencia, enmarcado en cuadro neurológico, cuyo diagnóstico diferencial abarca: ACV, meningococcalitis, absceso cerebral piógeno o granuloma micótico, (TCE) y tumor cerebral primario o metastásico.

Conclusiones: La neurocisticercosis ha dejado de ser una infección excepcional. Al ser la enfermedad parasitaria más importante del sistema nervioso central y la causa más frecuente de epilepsia adquirida en los países en desarrollo, debemos familiarizarnos con los diferentes hallazgos radiológicos de la enfermedad y tenerla en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de lesiones intracraniales múltiples.



0247 A PROPÓSITO DE UN CASO: EMPIEMA SUBDURAL

C SANCHEZ(1), D NUÑEZ(2), C MERIDA(2), LM LUPATY(2), D SORUCO(2), R ALTAMIRANO(2), D BECERRA(2), K SIVILA(2), J RIVERA(2)

(1) Regional San Juan De Dios. (2) Hospital San Juan De Dios

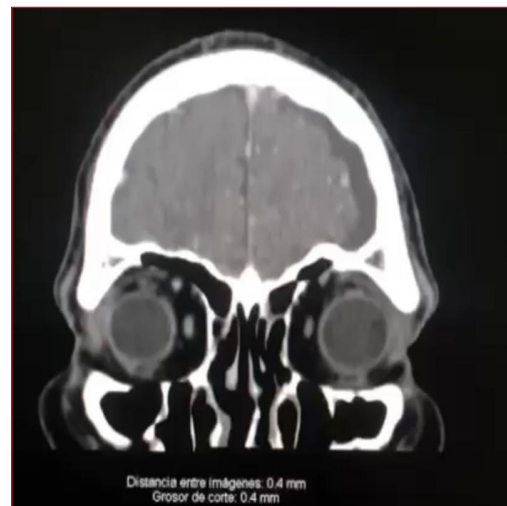
Introducción: El empiema subdural es una acumulación de material purulento entre la duramadre y la aracnoides. Es una complicación potencialmente mortal de la sinusitis paranasal, la otitis, o la mastoiditis.

Caso Clínico: Paciente masculino de 40 años, sin antecedentes patológicos, con cuadro clínico de más o menos un mes de evolución caracterizado por otalgia izquierda, diagnosticado como otitis media supurativa con tratamiento irregular con antibióticos y analgésicos, TC de encéfalo objetiva neumoencéfalo frontotemporal izquierdo. Ingresó a nuestro servicio con Glasgow 4/15 pupilas isocóricas, y rigidez de nuca, inestable desde el punto de vista hemodinámico. Se realiza cultivos correspondientes, PL con obtención de líquido francamente purulento, se inicia soporte con antibioticoterapia de amplio espectro; sometido a craniectomía frontoparietal izquierda para drenaje de absceso en dos oportunidades. Rescates de hemocultivo, LCR y absceso que reporta una KLEBSIELLA PNEUMONIAE: se dirige antibioticoterapia según esquema con meropenem. A sus 16 días de internación, con reso-

lución de falla de órganos, con weaning exitoso es dado de alta por nuestro servicio.

Discusión: El síndrome clínico clásico se caracteriza por una enfermedad febril aguda que está puntuada por un rápido deterioro neurológico progresivo, y si no se trata, eventualmente conducirá a un coma con un desenlace fatal. El tratamiento de pacientes con empiema subdural consiste en la evacuación quirúrgica inmediata y un tratamiento antibiótico por 4 a 6 semanas.

Conclusiones: El empiema subdural se asocia con una alta incidencia de morbilidad (es decir déficit neurológicos), porque los pacientes muy enfermos que habrían muerto en el pasado ahora sobreviven con déficits. El diagnóstico y tratamiento tempranos, la localización más precisa con TC de encéfalo, el drenaje sinusal temprano y el reconocimiento del papel destacado de los anaerobios en la enfermedad redujeron la tasa de mortalidad en Empiema Subdural.



0248 NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD CON COMPROMISO MULTISISTÉMICO POR LEGIONELLA. REPORTE DE CASO

M DURAND(2), M OUBIÑA(1), G MURA(2), A MARTINEZ(2)

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

Introducción: La legionella causa neumonía atípica de la comunidad en un 2-15% con mortalidad del 10-25%. Su reservorio es el agua

y se transmite mediante aerosolización. Su presentación extrapulmonar es infrecuente y afecta principalmente sistema nervioso, corazón, riñones y músculo.

Caso clínico: Mujer de 47 años con síndrome de Turner e hipotiroidismo consulta a la guardia por tos, disnea, fiebre y síncope precedido de mareo. Al examen físico paciente en insuficiencia respiratoria con signos de mala perfusión periférica y febril con hipoventilación en base derecha a la auscultación, requiriendo intubación, soporte vasopresor e inicio de antibioticoterapia empírica.

Laboratorio de ingreso con falla multiorgánica: leucocitosis con neutrofilia; insuficiencia renal aguda; hiponatremia; alteración del hepatograma tipo hepatocelular; trastorno mixto del estado ácido-base; rhabdomiolisis; aumento del péptido natriurético con curva de troponinas positiva y enzimas tiroideas indetectables. Monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo con parámetros de gasto cardíaco y resistencias periféricas adecuados.

Tomografía de tórax evidenció neumonía lobar derecha por lo que se realizó lavado broncoalveolar con rescate de Legionella en filmarray. Se rotó antibioticoterapia empírica a levofloxacina por diez días.

A pesar de antibioticoterapia dirigida la paciente se mantuvo febril persistente, con progresión de la falla renal con oliguria y acidosis refractaria con requerimiento dialítico y miocarditis con hipocinesia regional en ecocardiograma.

Evolucionó lentamente con mejoría de la curva febril y del ritmo diurético. Actualmente la paciente se encuentra extubada, sin requerimiento de diálisis. Persiste con miopatía severa y trastornos deglutorios en proceso de rehabilitación.

Discusión: En casos de neumonía grave de la comunidad en pacientes inmunocompetentes se debe sospechar de gérmenes atípicos como Legionella, aun en ausencia de brotes. La falla multiorgánica no explicada por el componente séptico o cardiogénico del shock debe hacernos pensar en compromiso extrapulmonar por su alta morbimortalidad.

Conclusión: Este caso expone la gravedad de la neumonía con compromiso multisistémico por Legionella. Sospechar de gérmenes atípicos, aun en ausencia de nexos epidemiológico, lleva a un tratamiento precoz y efectivo reduciendo la morbimortalidad en pacientes críticos.

0249 HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTE CON DENGUE GRAVE

MS CAPRILES(1), P SANCHEZ(1), A ALLER(1), R CARBALLO OROZCO(1), A BOBROVSKY(1), A LUGO(1), C BALASINI(1), M MOREYRA(1), W ARGANA(1), B VAZQUEZ(1)
(1) Pirovano

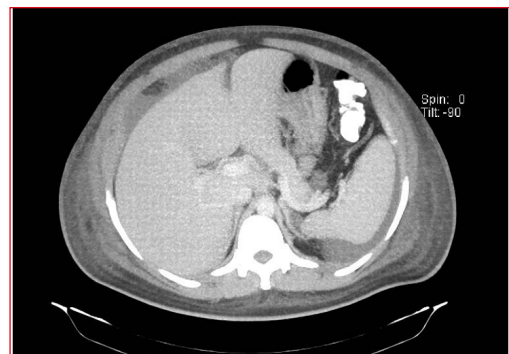
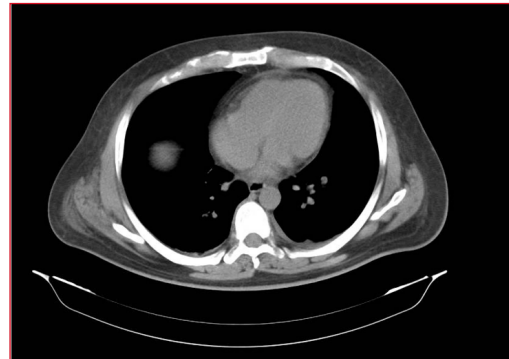
Introducción: Coincidiendo con el aumento de brotes de dengue según boletín epidemiológico (SE 14 con 41257 casos en Argentina), decidimos presentar un caso de dengue asociado a hepatitis autoinmune.

Presentación del caso: Paciente masculino de 31 años de edad con antecedentes de hiperglucemia. Consultó por 5 días de dolor abdominal, náuseas, cefalea retrocular y vómitos asociados a fiebre. Se acompañó de plaquetopenia (26000/pl), aumento de enzimas hepáticas (TGP 1062 UI/L y GOT 3103 UI/L LDH 4062); ecografía abdominal que evidenció esteatosis hepática leve. El diagnóstico se realizó por PCR; dado que presentaba antígeno negativo. Ingresó a terapia intensiva por fiebre persistente, hipotensión, epistaxis nasal y alteración del sensorio. Posteriormente agregó petequias generalizadas y falla hepática. Serologías negativas para hepatitis virales y nuevas tomografías donde se describe leve derrame pleural y pericárdico y líquido libre en cavidad abdominal. Se realizó paracentesis (500 ml con GASA 0.9). Nueva imagen que informó esteatosis moderada, hepatomegalia y esplenomegalia. Por cuadro de insuficiencia hepática se derivó a centro de trasplante donde evidenció mejoría del laboratorio pero no de las transaminasas. Se realizó biopsia hepática con resultado compatible con hepati-

tis autoinmune. Realizó tratamiento con corticoides y evolucionó favorablemente.

Discusión: Presentamos un caso de dengue grave con compromiso hemorrágico, falla hepática y poliserositis. Si bien la falla hepática podría ser interpretada en el contexto de una falla orgánica múltiple, no se puede descartar un fenómeno de autoinmunidad asociado. La hepatitis autoinmune es más frecuente en niños, aunque no se descarta la asociación en adultos.

Conclusión: El dengue es una enfermedad reemergente que puede cursar con formas graves. La persistencia de compromiso de órganos en el tiempo, debe alentarnos a considerar su asociación con fenómenos de autoinmunidad.



0251 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

D RODRIGUEZ(1), A LUZZI(1), J LESCANO(1), J GUTIERREZ(1)
(1) Sanatorio Dr. Julio Mendez

Introducción: La TVC es una forma poco frecuente de evento vascular cerebral que afecta el drenaje venoso del cerebro. Representa el 0.5% de casos con ACV y tiene una prevalencia de 5/1'000.000 de habitantes.

La TVC representa un reto diagnóstico así como terapéutico debido a la alta variabilidad de presentación clínica y a la falta de un consenso terapéutico claro.

Presentación del caso: Paciente masculino de 63 años, tabaquista de 25p/y, vacunado para SARS COV2. Medicación habitual clonazepam 0.5mg/noche. Ingresó por cuadro clínico de 72h de cefalea intensa, con respuesta parcial a analgésicos, su sintomatología aumenta a intensidad 10/10 agregando disartria. Se presenta vigil, con afasia nominal. TC encéfalo: hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo. AngioTC vasos intra-extracraneales: ausencia de opacificación del seno transversal y sigmoideo izquierdos. Angiografía digital intracerebral: trombosis del seno transversal y sigmoideo izquierdos, se somete a trombolectomía mecánica, tromboaspiración selectiva y colocación de stent autoexpandible. Evolucionó 5 días después, sin secuelas. TC de encéfalo de control 2 meses posteriores al evento con reducción franca del hematoma, sin nuevos signos de sangrado.

Discusión: Las causas y factores predisponentes de la TVC incluyen infecciones intracraneales o sistémicas, trastornos de la coagulación, trauma vascular, lesiones que ocupan espacio, factores hormonales, vasculitis y trastornos metabólicos. Sin embargo, hasta en un tercio de los casos es idiopático.

La presentación clínica depende de la extensión y el sitio de la oclusión venosa, su progresión y de las venas colaterales.

Estudios diagnósticos de neuroimagen:

-TC de encéfalo: signo de la cuerda, signo del triángulo denso y signo delta o del triángulo vacío.

- Resonancia magnética: el diagnóstico se confirma con RNM combinada con venorresonancia.

No está indicado administrar tratamiento anticonvulsivo como prevención. Técnicas mecánicas de extracción del coágulo reducen la dosis requerida de trombolíticos. En hipertensión intracraneal severa considerar craneotomía descompresiva.

Conclusión: La trombosis venosa cerebral es una entidad infrecuente, caracterizado por el polimorfismo de sus manifestaciones neurológicas, que representa un reto diagnóstico y terapéutico. A futuro, con el advenimiento de nuevas tecnologías se aspiran mayores oportunidades de diagnóstico certero para lograr un tratamiento temprano adecuado, disminuyendo secuelas y mejorando el pronóstico de los pacientes.

0254 GESTIÓN BASADA EN PROCESOS EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE ALTA COMPLEJIDAD

N PISTILLO(1), NK WUKITSEVITS(1), JML DÍAZ(1), MA HERMIDA(1), Z SEGUÍ(1), J SMILE(1), O FARIÑA(1), R MATANO(1)
(1) El Cruce

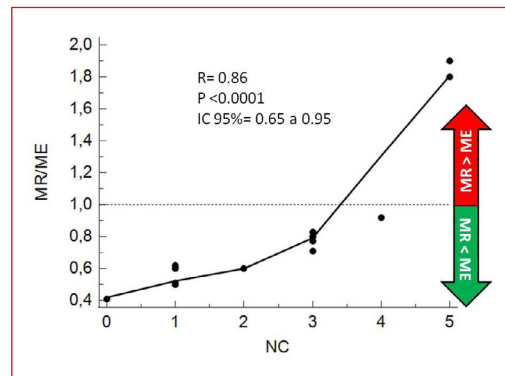
Introducción: La gestión basada en procesos en terapia intensiva busca mejorar la calidad y la seguridad de la atención del paciente.

Objetivos: Evaluar el uso de una lista de chequeo preventivo diario para mejorar la calidad y seguridad de la atención en terapia intensiva.

Materiales y métodos: Se creó un sistema de gestión basado en indicadores de procesos (certificación ISO 9001). Utilizamos diariamente una lista de chequeo electrónico orientada a la prevención de las siguientes complicaciones: infecciones hospitalarias, escaras, TEP, lesión ocular, hemorragia digestiva y riesgo de barotrauma y volutrauma asociado a la ventilación mecánica. También se analizó si era correcto el nivel de sedación, analgesia y dosis de antibióticos en relación a la función renal, la identificación del paciente y el balance nutricional. Al momento del egreso se enumeraron las complicaciones en una base de datos. Los resultados fueron informados trimestralmente al servicio de calidad de la institución. Las variables que no alcanzaron las metas preestablecidas se denunciaron como no conformidades (NC). Se analizaron 4 años (2019 a 2023), las NC se expresan en porcentaje del total de metas evaluadas (n: 18). Los datos se comparan con la prueba de Mann-Whitney y la correlación entre variables con el test de Pearson, significativo: $p < 0.05$.

Resultados: Durante los 4 años evaluados se incluyeron 2677 pacientes, la incidencia de NC fue relativamente baja (Total: 37, equivale al 12.8% de las metas). Las NC ocurrieron principalmente durante la pandemia (25/37) esto equivale a 17.4% de las metas evaluadas durante ese período. Las NC más frecuentes fueron: infección asociada a catéteres y escaras. Durante la pandemia también se denunciaron 5 NC por neumotórax. Se observó una relación exponencial entre el número de NC y muerte real/muerte esperada por APACHE II, ver figura.

Conclusiones: La implementación de una lista de chequeos preventivos es útil para limitar las complicaciones en terapia intensiva y evaluar el proceso de atención en todas sus etapas. Durante la pandemia aumentó significativamente el número de no conformidades, posiblemente por las restricciones epidemiológicas impuestas durante ese período.



0255 OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR HERNIA DEL BALÓN DE LA CÁNULA DE TRAQEOSTOMÍA

G CHIAPPERO(1), A FALDUTI(1), ME CATINI(1), D LITEWKA(1), F CHIAPPERO(2)

(1) Fernández. (2) Thompson.

Introducción: La traqueostomía (TQT) es un procedimiento que se realiza con frecuencia en UTI, que puede presentar complicaciones potencialmente mortales.

Presentación del caso: Paciente masculino de 70 años, que ingresa al hospital por deterioro del sensorio y vómitos secundarios a hematoma intraparenquimatoso tálamo capsular derecho con volcado ventricular e hidrocefalia, se decide su intubación endotraqueal para proteger la vía aérea, conexión a ARM y la colocación de un DVE. Evoluciona con ventilación prolongada por lo que al vigésimo día se decide realizar TQT percutánea sin complicaciones, tras lo cual se logra desvincular con éxito.

Cincuenta y tres días después de la colocación de la TQT (ya desvinculado) el paciente presenta un cuadro de insuficiencia ventilatoria aguda, que requiere ser ventilado, con presiones en la vía aérea elevadas. Se realiza endoscopia a través de la cánula y se observa el balón traqueal herniado que obstruye parcialmente la luz en su extremo distal (figura 1). El desinflado inmediato del manguito conduce a un aumento instantáneo del volumen corriente y la reducción de las presiones en la vía aérea. Se procede al recambio de la cánula, sin complicaciones.

Al evaluar las características de la cánula se observa el balón deformado con una marcada asimetría que obstruye su extremo distal. (figura 2).

Discusión: La hernia del balón de la cánula de traqueostomía es un evento raro que puede determinar la obstrucción de la vía aérea. En ocasiones la obstrucción no es muy evidente pero, si no se soluciona correctamente, conduce a hipoxia severa y la muerte del paciente. La causa de la hernia del balón en nuestro caso es desconocida y podría relacionarse con: un defecto de fabricación o laxitud intrínseca del material del balón, mal funcionamiento de la válvula del testigo con un inflado excesivo, daño inadvertido del manguito durante los cuidados o deterioro del material por uso prolongado. Dentro de los diagnósticos diferenciales se destacan, broncoespasmo, tapón mucoso, neumotórax y ubicación incorrecta de la cánula.

Conclusiones: Se debe tener en cuenta la hernia del manguito de traqueostomía como una causa potencial de obstrucción traqueal inexplicable.

El uso oportuno de un endoscopio permite identificar rápidamente el problema.



0257 SÍNDROME DE WEIL, A PROPÓSITO DE UN CASO

C LUENGO(1), E MATIJACEVICH(1), C LATTANZIO(1), V LEIVA(1), MS FACHINAT(1), J LASSAGA(1), R VISINTIN(1), J BAEZ(1), M FRANCO(1), M FUENTE(1), D VILLANI(1), M MARINO(1), R RODRIGUEZ(1), L LEIT(1)
(1) Higa San Jose

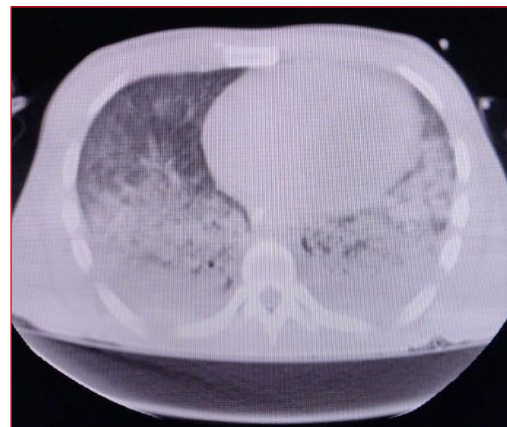
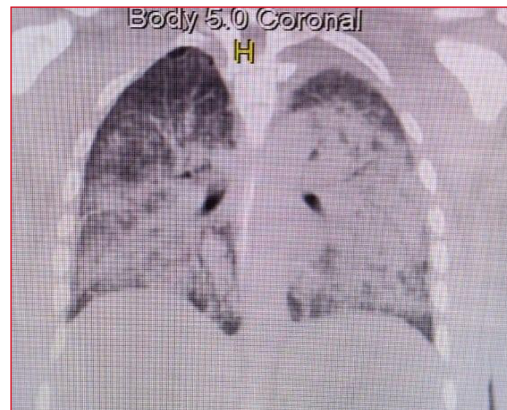
Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial, endémica en sitios con clima húmedo (sur de Asia y Latinoamérica). En Argentina se distribuye en Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires. El reservorio de la bacteria son los animales (roedores, perros y ganado) que contaminan el medio ambiente a través de la orina o por contacto directo de mucosas. El contagio se vincula con actividades recreativas o laborales en relación con animales, suelos o agua contaminados. La clínica varía de forma leve a grave.

Presentación de Caso clínico: Masculino de 31 años sin antecedentes de jerarquía que realiza actividades recreativas en espacio público en un arroyo. Ingres a UTI por insuficiencia respiratoria, mialgias y fiebre de 6 días de evolución, con requerimiento de ARM. Evoluciona con disfunción multiorgánica (SOFA: 18). Con falla renal, respiratoria, hemodinámica, hematológica y hepática. Se toman cultivos (hemocultivos, urocultivo, cultivo de LCR y aspirado traqueal) y serologías (hanta, dengue, leptospirosis) negativos, e inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, ampicilina y claritromicina. El 6to día intercorre con hemorragia alveolar (Figura 1 y 2) e insuficiencia renal anúrica con requerimiento de terapia de reemplazo renal.. Se recultiva y se envían nuevas muestras para serologías con seroconversión positiva para leptospirosis. Mejoría clínica al décimo día.

Discusión: La forma de presentación inespecífica nos obliga a jerarquizar el foco epidemiológico, y el inicio temprano de antibióticoterapia. Los diagnósticos diferenciales son dengue, influenza, hantavirus, psitacosis, fiebre hemorrágica argentina y HIV. Las for-

mas graves son las menos frecuentes y conllevan una mortalidad cercana al 50%.

Conclusión: La leptospirosis presenta una incidencia de casos de 10 a 100 cada 100.000 habitantes en lugares endémicos. La forma grave: enfermedad de Weil se caracteriza por falla renal y hepática con elevada mortalidad siendo las causas más frecuentes la hemorragia pulmonar, insuficiencia renal y miocarditis. La alta sospecha epidemiológica es fundamental para no retrasar el inicio terapéutico.



0259 PELAGRA EN PACIENTE VIH

R GREGORI SABELLI(1), V FERNANDEZ ABELLO(1), S PABLO(1), S CACERES(1), Y LAMBERTO(1), C DOMINGUEZ(1), L DOLDAN(1), M GALINDO(1), L GONZALEZ(1), N CHACON(1), C VARGAS(1), E CORTEZ(1), P VELAZQUEZ(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz

Introducción: El déficit de vitaminas y oligoelementos en el enfermo crítico es infravalorado. La pelagra es una enfermedad sistémica por deficiencia de vitamina B3 o de triptófano, que puede producirse por una dieta deficiente, trastornos metabólicos o de mal absorción. Se relaciona con el alcoholismo y la desnutrición. Se caracteriza por la tetrada dermatitis, diarrea, demencia y muerte.

Presentación del caso: Mujer, 26 años. HIV sin tratamiento antirretroviral. Múltiples internaciones durante el último año por diarrea crónica y dermatitis con escarificación (hallazgo de dermatofitos) y trastornos de la conducta con reiteradas altas voluntarias y abandonos de tratamientos. Ingres a terapia intensiva (TI) con hipotensión arterial, desnutrición, síndrome de impregnación, diarrea crónica sin aislamiento microbiológico y dermatosis de larga data no filiada: hiperqueratósica, hiperpigmentada, con descamación seca, agrietada, en cabeza, cuello, tórax y extremidades superiores. Tomografía de tórax (TC): árbol en brote opacidades en base

derecha. TC cerebro y líquido cefalorraquídeo (LCR) normales. Los directos y cultivos de sangre, orina, LCR y muestras respiratorias fueron todos negativos para BAAR, hongos y parásitos. Anemia ferropénica, hipoalbuminemia, hiponatremia e hipokalemia. Como antecedente en internación previa recibió tratamiento empírico antifúngico: rifampicina, isoniácida, etambutol y pirazinamida. Al ingreso y ante la sospecha clínica de pelagra se realizó reposición parenteral. Requirió ventilación mecánica, fallece por shock séptico refractario, 24 horas de ingreso a TI.

Discusión: El compromiso cutáneo suele ser inicial y se manifiesta como una dermatosis con piel eritematosa, áreas hiperpigmentadas y placas queratósicas y/o costrosas. Los síntomas neurológicos inespecíficos simulan trastornos neuropsiquiátricos, se observan en el 50%. La afectación gastrointestinal se manifiesta como anorexia y posteriormente por diarrea grave. El diagnóstico es clínico y por rápida respuesta al tratamiento. El VIH por sí no aumenta el riesgo de esta enfermedad, factores de riesgo como isoniazida y desnutrición están presentes en este caso. El diagnóstico tardío hace que aparezcan manifestaciones sistémicas graves de la enfermedad.

Conclusión: El interés del caso radica en la importancia de la sospecha clínica y la anamnesis dirigida a factores sociales y nutricionales sobre el déficit de vitaminas, para poder hacer diagnóstico de una enfermedad rara e infradiagnosticada que es potencialmente mortal de retrasarse el inicio del tratamiento.



0261 NUTRICM SCORE EN PACIENTES CRITICOS. COMPARACION DE GRUPOS: HIV REACTIVO Y NO REACTIVO

V FERNÁNDEZ ABELLO(1), R GREGORI(1), C DOMINGUEZ(1), P SAÚL(1), MB DELLA PAOLERA(1), M GALINDO(1), S CÁCERES(1), Y LAMBERTO(1), N CHACÓN(1), J FERNÁNDEZ(1), N CAMPAGNUCCI(1), G SANDEZ(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)

(1) F. J. Muñiz

Introducción: La desnutrición influye negativamente en la recuperación del paciente HIV/Sida críticamente enfermo. El NUTRICm score ha sido propuesto como índice pronóstico de mortalidad, sin embargo, han surgido controversias acerca de su efectividad como screening de riesgo nutricional (RN). Este score incluye 5 parámetros: edad, APACHE II, SOFA score, número de comorbilidades y días de hospitalización hasta el ingreso a terapia intensiva.

Objetivos: Primario: Evaluar la influencia del índice NUTRICm de RN sobre el pronóstico de muerte en pacientes HIV (HIV+) y no HIV (HIV-) internados en terapia intensiva (TI)

Secundarios: Clasificarlos según presencia de RN según NUTRICm score ≥ 5 puntos

Asociar ambos grupos con mortalidad.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo y caso-control. Se evaluaron 60 pacientes internados en TI durante marzo 2019 - diciembre 2022. Se realizó estadística descriptiva usando porcentaje (%), media (M), rango (mínimo-máximo). Se evaluó la relación entre RN según NUTRICm de pacientes con y sin infección por HIV con progresión a mortalidad mediante prueba de chi cuadrado. Se consideró significativo una $p \leq 0,05$, se evaluó odds ratio (OR) e IC95%.

Resultados: HIV+ 35%. Edad M 37,7 (21-67) años. APACHE II M 17,5. Varones 42,8%.

HIV- 65%. Edad M 51 (18-82) años. Varones 79,5%. APACHE II M 11,4. Mortalidad en el grupo HIV/Sida fue 33,3% y el RN fue del 19 %, de estos el 50% falleció.

En HIV- la mortalidad ascendió a 51,2% y el RN fue del 12,8 % de estos falleció el 60%

En ambos grupos el mayor porcentaje obtuvo un puntaje NUTRICm < 5 (sin RN).

No tuvo significancia estadística el NUTRICm y mortalidad ($p > 0,05$) en los dos grupos.

Conclusiones: En el grupo HIV-, la mayoría fue COVID-19 crítico, que podría justificar el mayor porcentaje de óbitos. En la casuística presentada, el score NUTRICm no fue de utilidad como indicador pronóstico de mortalidad. Proponemos aumentar el n y sumar la valoración global subjetiva, que agrega parámetros nutricionales específicos, para optimizar RN y pronóstico de mortalidad del paciente crítico.

Pacientes con Riesgo Nutricional	MORTALIDAD
HIV+ (n=4)	50%
HIV - (n=5)	60%

PACIENTE CRITICO (n=60)	MORTALIDAD	RIESGO NUTRICIONAL (NUTRICm)
HIV+ (n=21)	33.3%	19 %
HIV - (n=39)	51.2%	12.8 %

0262 SERIE DE CASOS EN UTI POR CLOSTRIDIUM PERFRINGENS SECUNDARIO A TRAUMATISMOS S QUINTANA(1), A TAMAYO(1) (1) Municipal Eva Perón De Merlo.

Introducción: Clostridium Perfringens (CP) bacilo grampositivo anaerobio forma esporas, gran distribución en el medio ambiente. Presentamos 4 pacientes en el lapso de 6 meses en UTI por traumatismos.

Introducción: Destacar una serie de casos de detección y manejo de infección por CP y su mortalidad

Casos clínicos: Se presentan 4 pacientes padeciendo accidentes en vía pública con diferentes tipos de trauma.

Caso 1 : masculino 22 años ingresa por herida en cara lateral de muslo izquierdo con compromiso vascular secundario por agresión con objeto punzo cortante con varias toilettes quirúrgicas y amputación supracondílea alta izquierda, secundario a fascitis necrotizante por CP entre los cultivos que se obtuvo de piel y partes blandas, con varios esquemas atb, se logra posterior externación.

Caso 2 : masculino 37 años accidente moto auto presenta fractura expuesta de tibia peroné sometido a amputación supracondílea por infección necrotizante de piel y partes blandas secundario a CP en cultivo de partes blandas, varias toilettes, múltiples esquemas atb, se logra externación.

Caso 3: masculino 21 años sufre accidente moto vs auto presentando fractura expuesta tibia, cara lateral de cadera derecha requiere toilette herida, antibióticos amplios por inestabilidad, amputación supracondílea, rescatándose CP en cultivos de piel y partes blandas, varias toilettes, externado a traumatología por buena evolución.

Caso 4: femenina 41 años accidente bicicleta camión, herida tipo scalp de 25 cm con exposición de gastrocnemios, con IOT y AVN, inestable hemodinámicamente, varias toilettes y amputación supracondílea, múltiples esquemas antibióticos, rescate de CP en partes blandas, posteriormente se desarticula miembro inferior derecho, evolución tórpida, obitó.

Discusión: En nuestra serie, los traumatismos como accidente de tránsito (75%) y por herida arma blanca (25%), infectados por CP tuvo una mortalidad del 25% (80 a 100% según la Literatura). El pronóstico de la infección, por el contrario, sí está claramente influido por la implantación de un debridamiento quirúrgico y tratamiento antimicrobiano temprano y adecuado

Conclusión: La bacteriemia por CP es infrecuente, relacionada con traumatismos, precisando un diagnóstico y tratamiento rápido y adecuado para disminuir su alta letalidad, tomando decisiones radicales para no comprometer la vida del paciente, tomas de cultivos, esquemas antibióticos amplios, extremada limpieza y protección por todo el personal de salud.

0263 MOLA HIDATIFORME COMPLETA EN GESTANTE DE 15 SEMANAS CON ECLAMPSIA

AK MARQUEZ(1), J CLAROS IBAÑEZ(2), MORON, AK MARQUEZ(4), MORON, N NAVARRO(4), MORON, A SALGUEIRO(4), MORON, D MARIANO DA SILVA(4), MORON, P GIL(4), MORON, E COAQUIRA(4), MORON, G MIGLIORETTI(4), MORON, E HUALPA(4), MORON, S KULLING(4), MORON, V PREGRINA(4), MORON

(1) Ostaciana B. Lavignole. Moron. (2) Ostaciana. B Lavignole. (3) Moron. (4) Ostaciana B. Lavignole. (5) Moron

Objetivo: Presentar un caso de mola hidatiforme completa (MHC) que comienza con un cuadro de eclampsia a las 15 semanas de gestación, y revisar los datos relativos al diagnóstico y manejo de esta patología.

Caso clínico: Paciente primigesta de 24 años consulto por Servicio de Urgencias de nuestro centro a las 15 semanas de embarazo por metrorragia en la exploración general se objetivo útero aumentado de tamaño que ingresa con cuadro de eclampsia. Presentamos un caso de gestación molar anembrionaria que co-

menció en el primer trimestre de embarazo con un cuadro de metrorragia. El estudio ecográfico compatible con MHC. Se interpretó cuadro de eclampsia de comienzo precoz y embarazo mola. Se realizó la evacuación uterina por vía vaginal y seguimiento posterior de la paciente.

Discusión: Existen pocos casos publicados en los que la primera manifestación clínica de mola completa sea la aparición de un cuadro de preeclampsia precoz grave, con comienzo antes de la semana 24 de gestación. Es considerada una enfermedad localizada que normalmente se resuelve con la evacuación uterina, sin embargo, en algunos casos da lugar a una enfermedad trofoblástica persistente.

Conclusión: El diagnóstico de la MHC debe ser tenido en cuenta en los cuadros de preeclampsia-eclampsia que comienzan precozmente.



0264 ENDOCARDITIS TROMBÓTICA NO BACTERIANA

A ALIAGA(1), J BUCAREY(1), A MAMANI(1), L ROCHA(1), F FREYLE(1), R SEGOVIA(1), N TANEL(1), M NELSON(1), A AYARDE(1), J GUILLERMINA(1), A LUQUETTI(1), J MORENO(1), J VOSS(1), M NAHRA(1)
(1) Español

Introducción: La ETNB (Endocarditis trombótica no bacteriana) se caracteriza por vegetaciones no infectadas en válvulas cardíacas izquierdas que producen émbolos a cerebro y otros órganos. La incidencia está 0,3 y el 9,3% en series necrópsicas afectando entre la cuarta y octava década, pudiendo afectar a cualquier edad. Presentamos un caso de ETNB con embolias diseminadas.

Presentación del caso: Femenino de 64 años, antecedentes: trastorno bipolar, depresión e hipotiroidismo, con cuadro de afasia de expresión, disartria.

Glasgow 12/15 (O4V2M5). Electroencefalograma sin datos epileptiformes. Presenta insuficiencia respiratoria, ventilatoria y deterioro del sensorio requiriendo intubación.

TC: Cerebral, defecto de relleno en seno venoso transversal izquierdo, hipodensidad frontoparietal derecha y parietotemporal izquierda isquémico agudo/subagudo probable origen venoso/cardiembólico. Neumonía Multilobar.

Presenta alteración en la coagulación, plaquetopenia severa e isquemia arterial en 4 extremidades.

ETE: Aorta tricúspide con gran vegetación de 15 mm adherida al borde libre de las tres valvas. Masa pequeña en borde libre de valva menor, insuficiencia aortica severa por perforación de valva no coronaria, vegetación mitral pequeña.

Requirió antibiótico a foco respiratorio con cultivos seriados sin rescate. Se estudió Brucelosis, Citomegalovirus, virus Epstein Barr, Coxsackie, Bartonella y VIH. También Endocarditis de Libman-Sacks, SAF, LES, AR y otras patologías con alteración de la microvasculatura como CID. Recibió tratamiento anticoagulante. Evoluciona sin estado de conciencia y sobreinfección falleciendo a los pocos días.

Discusión: ETNB se asocia a neoplasias, insuficiencia renal, LES, cardiopatía reumática o congénita, catéteres endovenosos, SIDA, SAF,

arteritis de células gigantes, sepsis, quemaduras, CID o enfermedad aguda autolimitada. Las serologías, perfil reumatológico y hematológico resultaron negativos, descartándose CID con Fibrinógeno y Factores de coagulación normales, sospechando también tumor cardiaco (fibroelastoma).

Como último recurso en estos pacientes se requiere la biopsia y anatomía patológica de la vegetación.

Conclusión: El diagnóstico no es fácil, la sospecha es baja pero se ha de pensar por cursar con alta morbimortalidad. Al tratamiento, es el control de la alteración subyacente. La anticoagulación con heparina puede prevenir los fenómenos embólicos, se debe instaurar sobre la base de la similitud patogénica y la asociación de esta entidad con el síndrome de Trousseau y CID.



0265 ROL DEL ESTUDIO ENDOSCÓPICO DE LA DEGLUCIÓN EN LA TERAPIA INTENSIVA

J GONZALEZ ANAYA(1), C LOCKHART(1), L NAVARRO REY(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1)

(1) Italiano

Introducción: La disfagia orofaríngea es una condición frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con una incidencia del 12% al 18% en pacientes sometidos a asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Se asocia con complicaciones como neumonía aspirativa, retraso en la alimentación oral, desnutrición, disminución de la calidad de vida, mayor estancia hospitalaria y morbimortalidad. La evaluación fibroscópica de la deglución (FEES) se ha establecido como una técnica objetiva y confiable para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea, con una sensibilidad del 88% y una concordancia del 90% con la videofluoroscopia (Gold Standard).

Materiales y Métodos: El objetivo fue describir las complicaciones asociadas con el FEES y determinar la prevalencia de la disfagia

orofaríngea en nuestra población. Se llevó a cabo en la UCI de un hospital de la Capital Federal, durante el período 2019 a 2023. Se utilizó el protocolo del servicio para realizarlo.

Resultados: Se incluyeron un total de 61 pacientes. El 20% de los pacientes requirió AVM, con una mediana de 20 días en ventilación mecánica (RIC 10-33). Además, el 40% de los pacientes requirió traqueostomía como parte del proceso de retirada de la ventilación mecánica. Las principales razones de ingreso a la UCI fueron enfermedades respiratorias (16%) y neurológicas (15%).

Se determinó que el 63% de la población evaluada presentaba aspiración con alimentos de diferentes consistencias. En cuanto a las complicaciones reportadas, solo un paciente presentó un episodio aislado de desaturación, lo que representa el 1.63% de la población evaluada.

Conclusiones: El FEES se mostró como una herramienta segura que puede ser realizada por médicos intensivistas al lado de la cama del paciente. La prevalencia en nuestra muestra fue alta, probablemente debido a la edad avanzada de los pacientes y a un puntaje APACHE elevado, asociado a enfermedades respiratorias o neurológicas que requirieron intervenciones en la vía aérea.

0267 SINDROME CARDIO PULMONAR POR HANTAVIRUS

F MARTIN(1), MA BETANCUR(1), MG NUCCIARONE(1), FV MORALES(1), MR GARDEAZABAL(1), A CUCCI(1), M CORDOBA(1), I PARODI(1), ML GUTIERREZ(1), F IGLESIAS(1), J VILCA(1), G SAENZ(1)

(1) Hospital San Martín De La Plata

Introducción: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) es un cuadro agudo grave con una letalidad alta (30-55%) y sin tratamiento específico. El período de incubación puede durar hasta 45 días. Los primeros síntomas son fiebre, mialgias, cefalea y ocasionalmente diarrea; posteriormente presenta compromiso respiratorio con disnea progresiva e insuficiencia respiratoria grave similar al síndrome de distrés respiratorio del adulto que se caracteriza por la rápida progresión a la insuficiencia cardiaca.

Caso clínico: Varón de 31 años, previamente sano, refiere trabajar en zona de quintas y contacto esporádico con roedores. Consulta en otra institución por fiebre repercusión general y vómitos interpretado como neumonía aguda, de la comunidad (NAC) inicia tratamiento con levofloxacina. Luego de 7 días continua con equivalentes febriles y dificultad respiratoria por lo que consulta en el servicio de emergencias de nuestra institución.

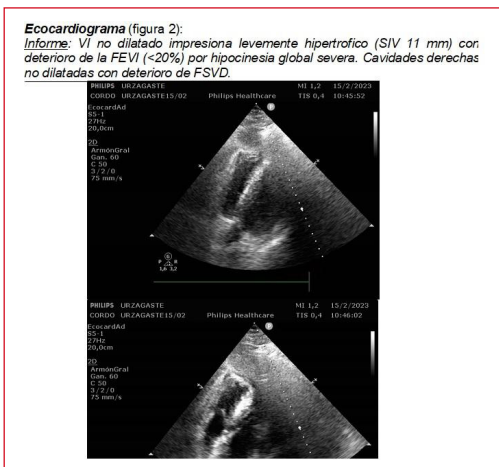
A su ingreso presenta somnoliento, hipotenso, taquipneico saturando a aire ambiente 95%, T° axilar 35°C y relleno capilar 4 segundos. Se solicita laboratorio (Tabla 1) y a continuación ingresa a terapia intensiva.

Se interpreta como Shock séptico / NAC grave se cultiva e inicia AMS, Claritromicina y Vancomicina.

Evoluciona rápidamente con mala mecánica ventilatoria y shock se progresa a intubación orotraqueal/ARM. En contexto clínico-epidemiológico se solicita serología para Hantavirus, Leptospirosis, Dengue. Dentro de las 24 hs evoluciona con SDRA SEVERO (PAFI 115) y shock refractario con 5 g/kg/min de NA y vasopresina 0,9 U/min, anúrico asociado a acidosis metabólica severa. Se realiza PAR AV con Delta CO₂ positivo (26) y SatVC 55%, se solicita Ecocardiograma (figura 2) que evidencia hipocinesia global con FEVI <20%. Se inicia Dobutamina a 10 g/kg/min, incrementando requerimientos de vasopresores; posteriormente entrando en asistolia sin respuesta a RCP avanzado.

Discusión: El caso clínico presentado demuestra la necesidad de considerar al SSCP dentro de los diagnósticos diferenciales de falla respiratoria aguda y SDRA de etiología no clara considerar la toma de exámenes de laboratorio que puedan descartar o confirmar una infección por Hantavirus.

Conclusiones: Es importante considerar el SCPH como diagnóstico diferencial ante insuficiencia respiratoria inexplicada y trombocitopenia.



	Ingreso 14/02/23	15/02/23
HTO	53,2%	57,1%
HB	17,6 g/dl	19,3 g/dl
Leucocitos	18.000/mm3	34.700/mm3 (N 42%, L 8%, M 14%, Mielocitos eosinofilos 32%)
Plaquetas	36.000/mm3	49.000/mm3 (presencia macroplaquetas)
Protrombina	Interferencia hemolisis	31%
Glucemia	1,95 g/dl	2,23 g/dl
Urea	1,00 g/dl	1,15 g/dl
Creatinina	1,78 mg%	4,23 mg%
TGO	Interferencia hemolisis	245
TGP	-	60
FAL	-	235
Troponinas	< 0,1	-
LDH	1942 Uj/l	-
CPK	758 Uj/l	-
Serologías	HIV no reactivo, Chlamydia (IFI) no reactivo, Micoplasma (IgM/IgG) no reactivo, VDRL no reactivo, HBV y HVC no reactivos, Leptospira negativo, IgM e IgG por Hantavirus POSITIVO (muestra derivada), IgM Dengue negativo.	

0268 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA DEL TRAUMATISMO ENCÉFALO CRANEANO GRAVE EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE 3ER NIVEL REFERENTE DE TUCUMÁN

L HUERTA(1), NA AYBAR(2), N FERNANDEZ(2), MV LEGUINA, MS OLIVIERI, JC PEDRAZA CORONEL
 (1) Del Niño Jesus Tucuman. (2) Hospital Del Niño Jesus Tucuman

Introducción: El traumatismo encéfalo craneano (TEC), es motivo de consulta frecuente en urgencias y causa significativa morbimortalidad. Pacientes con puntaje de Score de Glasgow (GSC) entre 3 y 8 puntos corresponden a TEC grave. Este trabajo tiene como objetivo principal realizar la caracterización clínica epidemiológica de los TEC graves asistidos en un hospital pediátrico referente de tercer nivel de Tucumán.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Población en estudio: pacientes con TEC grave de 0 a 14 años asistidos en UCIP del Hospital del Niño Jesús, desde septiembre/2019 a diciembre/2022. Se incluyeron aquellos que accedieron a participar mediante consentimiento escrito. Variables estudiadas: edad, sexo, lugar del traumatismo, mecanismo del trauma, vehículo involucrado, GSC ingreso, TAC, días de ARM, monitoreos, neurocirugía, días totales de internación (DTI), tasa de incidencia y mortalidad. Plan de análisis: se realizó mediante Software Stata.17 y Excel 2010.

Resultados: Durante el período ingresaron 37 pacientes, la media de edad fue 6 años (+/- 4,5 DE), 73% eran varones. Los lugares donde se presentaron los TEC fueron: vía pública 56%, hogar 25% y lugares públicos 12%. El 56% se produjeron por accidente de tránsito. Entre estos, la motocicleta fue el medio de transporte involucrado en 47%. Al ingreso se observó una mediana del GSC de 6 (min. 3 - max. 8), 96% requirieron ARM, con una media de 7 días (+/- 5 DE). La craneotomía descompresiva fue el procedimiento neuroquirúrgico registrado en 38%. La media de DTI fué 11 (+/- 10 DE).

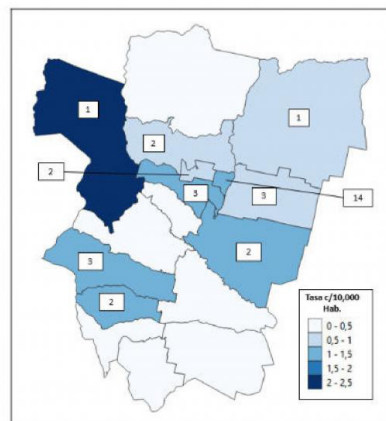
Se observó una Tasa de Incidencia en la población pediátrica de 1 c/10.000 habitantes y una Tasa de Mortalidad hospitalaria de 2,7%. **Conclusión:** El TEC grave presentó una media de edad de 6 años y afectó predominantemente a varones. El principal lugar donde se presentó fue en la vía pública, en mayor proporción por accidente de tránsito, involucrado a motocicleta como medio de movilización. A nivel hospitalario se registró una tasa de mortalidad de 2,7%. Como estrategias fundamentales para controlar esta patología se recomienda promover la educación vial, el cumplimiento de leyes y normas de tránsito.

Tabla 1 - Número de Casos y porcentaje de lesiones observadas en las Tomografías de cráneo inicial de los pacientes con TEC grave. Años de 2019 a 2022. HNJ. Tucumán.

TAC de cráneo	Nº de casos	Porcentaje
Compromiso de Cisternas Mesencefálicas	27	79,41 %
Fractura de Cráneo	26	76,47 %
Hematoma Intracraneal y/o Contusión	11	32,35 %
Hematoma Subdural	10	29,41 %
Signos de Hipertensión Endocraneana	10	29,41 %
Hematoma Extradural	9	26,47 %
Hemorragia Subaracnoidea	3	8,82 %
Compromiso de Tejidos Blandos y/o Hematomas Subgaleales	3	8,82 %
Hemorragia Intraventricular	2	5,88 %
Desplazamiento de la Línea Media	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Imagen 1 - Tasa de Incidencia en menores de 14 años cada 10.000 habitantes y Nº de casos de TEC grave, por departamento de ocurrencia del trauma. Años de 2019 a 2022. Tucumán



Fuente: Elaboración propia.

0269 HEMORRAGIA SUBARAGNOIDEA AGUDA PERIMESENCEFÁLICA, ENTIDAD POCO FRECUENTE A CONSIDERAR CON ESTUDIOS ANGIOGRÁFICOS NEGATIVOS

S GASPAROTTI(1), LM RODRIGUEZ(1), E MILLIOTO(1), FP BERTOLETTI(1)
 (1) Clinica San Jorge

Introducción: La causa más frecuente de Hemorragia Subaragnoidea (HSA) espontánea es la ruptura aneurismática. Sin embargo, en el 15% de los casos, la HSA ocurre en ausencia de otros factores etiológicos o de malformaciones vasculares demostrables, siendo la presentación más común la variante perimesencefálica (HPM). Los criterios diagnósticos son sangrado por delante del mesencefalo, con o sin extensión a cisterna Ambiens y/o la porción basal de cistura de Silvio uní o bilateralmente; ausencia de sangrado en cistura interhemisférica o cistura de Silvio lateral y ausencia de sangre interventricular.

Presentación del caso: Paciente masculino de 48 años, sin antecedentes.

Ingresó por cefalea 10/10, nuchalgia, y parestesia en mano izquierda. Se realiza TAC de cerebro donde se constata HSA en cisternas inter-

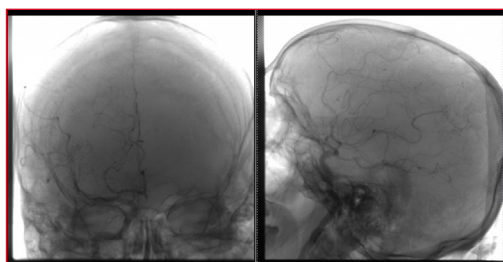
peduncular, prepontinas y medular, H/H II, FM 1, WFNS 1 y Angiografía cerebral que describe aneurisma micótico en rama temporal de cerebral media derecha. Se toman hemocultivos que resultaron negativos y ecocardiograma sin signos de endocarditis.

Evoluciona con Glasgow 15/15, persiste con nuchalgia sin rigidez. Se realiza profilaxis para vasoespasmo.

Se realiza control tomográfico con reabsorción de sangrado previo y angiografía cerebral sin aneurisma micótico. Se otorga alta sanatorial.

Discusión: La HPM es una entidad clínico-radiológica, de origen criptogénico, de presentación clínica y curso benigno, con una baja tasa de vasoespasmo y resangrado. En el 95% de los casos su fisiopatología se debe a anomalías estructurales de las venas de Rosenthal, y el 5% restante a anomalías arterias vertebrobasilar. Ante el diagnóstico de HSA de origen perimesencefálicos, habiendo cumplido todos los criterios clínicos e imagenológicos, sería discutible la realización de angiografía cerebral diagnóstica, dado los altos riesgos en relación al beneficio y los costos de la misma al sistema de salud. En nuestro caso y dada la presencia de un aneurisma micótico se decidió realizar la misma por dudas diagnósticas.

Conclusión: Ante una HSA se debe tener presente a la HPM ya que el diagnóstico se establece con criterios tomográficos y AngioTAC normal sin requerir mayores estudios, que aportan mayor riesgo de complicaciones al paciente; siempre valorando el juicio clínico.



Caso clínico: Paciente de 32 años, diabético, diagnóstico reciente de HIV-SIDA. Ingresa por síndrome febril de un mes de evolución, disuria y bicitopenia. Por ecografía se realiza diagnóstico de colección prostática que requirió drenaje transrectal.

Ingresa a UTI por shock séptico a foco abdominal con colección para rectal izquierda y suprapostática que requiere drenaje quirúrgico, requiriendo ARM y diálisis.

Urocultivo BAAR positivo y desarrollo de micobacterias en colección prostática.

Evoluciona con convulsiones tónico-clónicas y en la TAC se evidencia lesión sugestiva de toxoplasmosis vs. tuberculoma. LCR con tinta china negativa, neurovirus y micológico negativos. Cultivo para micobacterias negativo

Por bicitopenia crónica se realiza PAMO con hallazgo de micobacterias en MO

Discusión: La diseminación hematogena de la TBC puede cursar con shock séptico y falla orgánica múltiple. La patogenia puede estar relacionada con factores epidemiológicos y genéticos del huésped. La enfermedad diseminada en HIV se observa hasta un 38% y puede cursar con progresión rápida de infiltrados pulmonares difusos, insuficiencia respiratoria aguda y CID. Se han descrito linfadenopatías mediastínicas y abdominales; y abscesos en páncreas, próstata, bazo, SNC y otras localizaciones.

Conclusión: Es importante considerar la TBC como causa de shock séptico en inmunocomprometidos que refieren síntomas prolongados antes del ingreso, cultivos negativos y falta de respuesta a la terapia antibiótica estándar. A pesar de las mejoras en el diagnóstico, con frecuencia se diagnostica post mortem.

Estudio complementario	Diagnóstico	Tratamiento
Orina seriada	BAAR positivo; Cultivo con desarrollo de micobacterias sensibles a rifampicina	Antifímicos (HRZE)
Ecografía abdominal y TC de t. abd y pelvis	Colección prostática; Tírax sin infiltrados	Drenaje transrectal
Colección prostática	BAAR positivo	Antifímicos (hrze)
Tac de abdomen y pelvis	Desarrollo de micobacterias sensibles	
Colección prostática	Absceso periprostatico, colección pararectal izquierda	Drenaje
	BAAR positivo	hrze
TAC de cerebro	Desarrollo de E. faecium y micobacterias	Tigeciclina
	Lesión secundaria a sangrado de SNC, lesión compatible con toxoplasmosis o tuberculoma	Prímetamina
HMC por lisis	negativo	no
Antigenorraquia	negativo	no



0270 SHOCK SEPTICO POR TUBERCULOSIS DISEMINADA

AV LUGO(1), A SIRINO(1), R CARBALLO OROZCO(1), M CAPRILES(1), P SÁNCHEZ(1), A ALLER(1), L MACCHIAVELLO(1), W ARGANA MONTAN(1), JM MORALES(1), M BERMEO(1), MA TURINA(1), C GARBASZ(1), M GUTIERREZ(2), ML DEFORREL(1), C BALASINI(1)

(1) Pirovano. (2) Tornù

Introducción: La tuberculosis (TBC) generalmente tiene un curso crónico, pero puede presentarse de forma aguda, con shock séptico, especialmente en huéspedes inmunodeprimidos como los HIV.

0271 TERAPIA DE OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA COMO COADYUVANTE DE LESIÓN GRAVE DE PARTES BLANDAS: REPORTE DE CASO

CV DOMINGUEZ(1), N CHACON(2), P SAUL(2), Y LAMBERTO(2), S CACERES(2), MDLM NANO(2), E CORTEZ(2), Y HUARACHI(2), L DOLDAN(2), C VARGAS(1), JJ VIDELA(2), R GREGORI SABELLI(2), V CHEDIAK(2), E CUNTO(2)

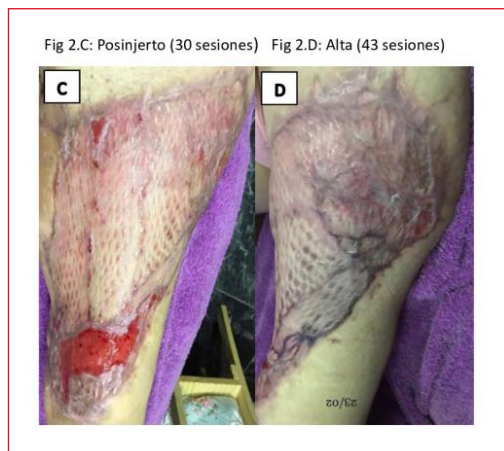
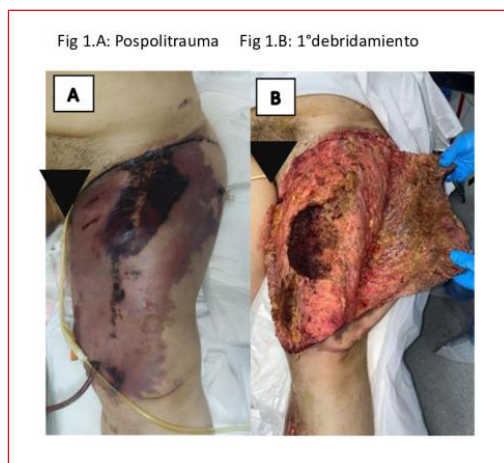
(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

La terapia de oxigenación hiperbárica (TOHB) combina hiperoxia e hiperbaria que aumenta el oxígeno disuelto en plasma, elevando su aporte en tejidos hipóxicos. Los efectos principales incluyen aceleración en la cicatrización de heridas, efecto antimicrobiano, angiogénesis, osteogénesis, aumento de síntesis de colágeno, regulación de respuesta inflamatoria e inmunomodulación. Su utilidad ha sido demostrada en infecciones graves de partes blandas, pie diabético, úlceras crónicas vasculares, injertos comprometidos, etc. Se presenta el caso por su complejidad, evolución prolongada y resultados favorables.

Caso: Mujer, 19 años. Obesidad grado 2. Politraumatismo de tránsito, con avulsión de piel y tejido celular subcutáneo en muslo izquierdo observándose separación de 2/3 de la circunferencia, desde región inguinal hasta región pedía, se realizó toilette lavado y cierre primario en región inguinal, observándose placa necrótica extendida, en cara anterior de muslo hasta rodilla con flictenas (Fig. 1 A y B). Tratamiento: ampicilina-sulbactam-clindamicina y TOHB a 1,45 atmósferas. Evolución a los 7 días séptica, secreción purulenta en lesión y febril persistente: se realiza resección de tejidos desvitalizados y cultivo con aislamiento de *Klebsiella pneumoniae* con carbapenemas, inició fosfomicina-meropenem, toiles cada 48 horas y diariamente con TOHB. Luego en la lesión se aísla *Acinetobacter baumannii*, sensible a colistín, intermedio a minociclina, completando tratamiento con colistín. Al día 50 se realiza autoinjerto de cara anterior de muslo (Fig. 2 C). Se completan 43 sesiones de TOHB a 1,45 atmósferas de 90 minutos cada una, con cierre completo de injerto (Fig. D). Evolución favorable y alta

Discusión: Se presenta un caso de lesión grave de partes blandas e infección por bacterias resistentes con TOHB como coadyuvante asociado a debridamiento quirúrgico con resultados favorables, con formación de tejido de granulación y potenciación del efecto antibacteriano. En la paciente descrita no se observaron complicaciones ni eventos adversos relacionados con el TOHB aplicada.

Conclusión: La TOHB ampliamente usada como terapia primaria y coadyuvante para lesiones graves de partes blandas, infecciones y complicación de injerto. Mejoran los resultados administrada tempranamente. Sugerimos su uso cuando esté accesible; su seguridad, disponibilidad en crecimiento y efectividad la transforman en una opción complementaria útil en heridas graves con compromiso vital, infecciones y defectos de cierre de injertos, como ocurrió en la paciente presentada.



0272 VALORACIÓN DE LA MEDICIÓN ECOGRÁFICA DE LA EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA COMO PREDICTOR DE RESULTADOS DE LA EXTUBACIÓN

KA CASTRO LEON(1), L URANGA(1), R LIGARDA(1), L GALLARDO(1), S ZIDARICH(1)
 (1) Hospital Italiano De Córdoba

Introducción: La desvinculación de la Ventilación Mecánica Invasiva constituye un desafío en las unidades de cuidados intensivos. En este contexto la medición de la excursión diafragmática puede ser útil como predictor del desenlace de este proceso.

Objetivos: Evaluar la capacidad de la medición ecográfica de la excursión diafragmática, para predecir el resultado de extubación de pacientes en ventilación mecánica.

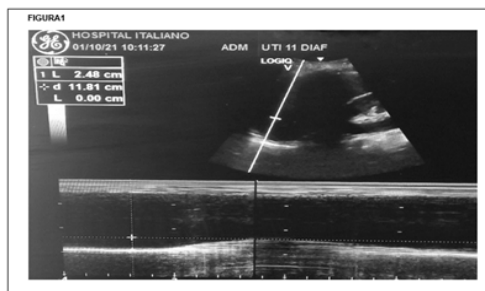
Materiales y Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, observacional, en una unidad de cuidados intensivos de alta complejidad de Córdoba entre 2021 y 2022. Se incluyó pacientes adultos en ventilación mecánica invasiva por más de 48 horas que cumplían criterios clínicos de desconexión. El comienzo de una prueba de ventilación espontánea (SBT) fue decidido por el equipo médico tratante. Un solo médico investigador realizó la medición ecográfica de la excursión diafragmática al finalizar los 30 minutos de la SBT con transductor convexo (FIGURA 1). Se evaluaron conjuntamente otros índices predictores como parte de la evaluación de rutina. Definimos como extubación fallida la necesidad de reintubación dentro de las 48 horas.

Resultados: Se analizaron datos de 30 pacientes (60% mujeres, 40% hombres). El promedio de días de ARM fue de $9,5 \pm 9$ y de días en UTI fue de 15 ± 11 . La tasa de falla en la extubación fue del 33%, al igual que la tasa de mortalidad general. El 47% de los pacientes ($n=14$) presentó una excursión diafragmática $\leq 1,5$ cm, en este grupo el 72% presentó fracaso en la extubación, lo cual tuvo una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,0001$), con una sensibilidad del 80% y una especificidad del 100%. Los pacientes con excursión diafragmática $> 1,5$ cm tuvieron menos días promedio en ventilación mecánica en comparación con aquellos con valores $< 1,5$ cm. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p = 0,0051$). (Tabla 1)

Conclusiones: Nuestro estudio presentó valores similares a los encontrados en la literatura. La ecografía de la excursión diafragmática es una herramienta prometedora, no invasiva y costo efectivo para predecir resultados de extubación. Tiene mayor capacidad predictiva que otros índices usados en la práctica diaria. Se recomienda combinar mediciones clínicas y ecográficas para detectar mejor a pacientes en riesgo de falla en la extubación.

TABLA 1

	Extubación		p-valor	Sensibilidad	Especificidad
	Éxito (n=20)	Fracaso (n=10)			
Excursión diafragmática	$> 1,5$ (n=16)	16 (100%)	0 (0%)	$< 0,0001$	80% (56% - 94%)
	$\leq 1,5$ (n=14)	4 (28%)	10 (72%)		100% (65% - 100%)
PIMAX	≤ -20 (n=20)	11 (55%)	9 (45%)	0,0552	55% (31% - 77%)
	> -20 (n=10)	9 (90%)	1 (10%)		10% (0% - 44%)
P0.1	0 a 2 (n=26)	16 (62%)	10 (38%)	0,1287	73% (50% - 89%)
	≥ 2 (n=4)	4 (100%)	0 (0%)		0%



0274 EXPERIENCIA DE 12 AÑOS DE LA TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) EN PACIENTES CRÍTICOS EN TERAPIA INTENSIVA

L BUJAN MOLINS(1), M DURAND(1), C LOCKHART(1), S VILLARROEL(1), J GONZÁLEZ ANAYA(1), L NAVARRO(1), I FERNÁNDEZ CEBALLOS(1), M LAS HERAS(1), I CARBONI BISSO(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires

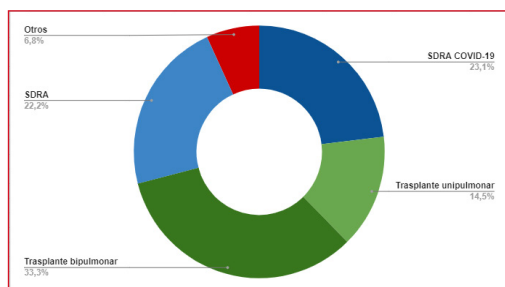
Introducción: La indicación de ECMO se ha utilizado en el soporte de pacientes con distintos escenarios críticos. El objetivo de este estudio fue analizar la experiencia de ECMO durante 12 años en Argentina, describiendo las características clínicas de los pacientes, indicaciones y mortalidad asociada.

Método: Análisis retrospectivo de 117 pacientes que recibieron ECMO en un hospital de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires entre 01-2011 y 06-2023. Se recopilaron datos demográficos, características clínicas, comorbilidades y causas de indicación de ECMO, duración del soporte y resultados clínicos. Se utilizó un enfoque estadístico descriptivo para resumir los hallazgos.

Resultados: Las principales causas de indicación de ECMO fueron trasplante bipulmonar (33,3%), trasplante unipulmonar (14,5%), SDRA (22,2%), SDRA por COVID-19 (23,1%) y otras causas (6,8%). Figura 1.

La mortalidad total fue del 39%, lo que representa 46 pacientes fallecidos. Se pueden observar dos principales indicaciones: el manejo postoperatorio de trasplante pulmonar y el tratamiento de casos refractarios de SDRA, siendo este último la indicación más frecuente. Al analizar la mortalidad en pacientes con SDRA, se encontró una tasa total del 51%, siendo más alta en el subgrupo de pacientes sin COVID-19 (58% versus 44%, respectivamente). En cuanto a los pacientes sometidos a trasplante pulmonar, la mortalidad fue del 30%, observándose una mayor tasa de mortalidad en los trasplantes unipulmonares en comparación con los trasplantes bipulmonares (41% versus 26%).

Conclusión: El desarrollo de un programa de ECMO en una unidad cuidados intensivos de adultos surge con el objetivo de garantizar un soporte adecuado en aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica refractaria a tratamiento convencional, tanto en SDRA como en el perioperatorio de trasplante pulmonar; a partir de nuestra experiencia hasta el momento hemos logrado valor de una sobrevida global del 61% similares e incluso superiores a los reportados en la literatura. Si bien este estudio tiene limitaciones inherentes, como su naturaleza retrospectiva, unicéntrica, el tamaño de la muestra, la heterogeneidad de los pacientes y las distintas patologías; resulta necesario destacar que es la primera serie de casos reportada de esta índole en terapia intensiva en Argentina.



0275 APACHE II COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN LA TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS DEL HOSPITAL REGIONAL VICTOR SANGUINETTI DE COMODORO RIVADAVIA DURANTE EL AÑO 2022

ML MORALES(1), L RUARTE(1), M GARCIA(1), P TABORDA(1), J ORTEGA(1), A QUINTEROS(1), S ROJAS(1), C FERREYRA(1), D CARRANZA(1), N BONETTO(1), S CARRIZO(1), J CELIA(1), M RUIZ(1), M BUENO(1)
 (1) Regional Victor Sanguinetti

Introducción: Reconocer los pacientes graves y predecir cuáles tienen mayores probabilidades de fallecer, es uno de los desafíos más difíciles de la atención médica, para ello se han creado y validado scores de valoración global del estado de gravedad; el APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) es utilizado internacionalmente en las unidades de Terapia Intensiva (UTI)1. La comparación entre la mortalidad observada y la esperada, es decir, razón de mortalidad estandarizada (RME), es un indicador de calidad de resultados de la atención médica.

Objetivo General: Determinar la mortalidad esperada según APACHE II y la observada durante el 2022.

Objetivos Específicos: Cuantificar ingresos y egresos en la UTI durante el año 2022. Determinar el APACHE II promedio de los ingresos y fallecidos. Medir sexo, edad, días de estadía hospitalaria y asistencia ventilatoria mecánica (AVM) de los fallecidos.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, los datos se obtuvieron del sistema SATIQ. Variables analizadas: edad, sexo, total de ingresos, motivo de ingreso, estadía en UTI, días AVM, mortalidad y APACHE II.

Criterios de inclusión: mayores 15 años con permanencia mayor de 24 horas en UTI.

Resultados: El total de ingresos fue 336, 242 fueron dados de alta y 94 fallecieron. El APACHE II promedio fue 18,79, con una mortalidad esperada de 28,72 y mortalidad observada de 24,53. Razón de mortalidad estandarizada 0,85.

De los fallecidos el promedio de días de internación fue 7 y de AVM 5. La edad media 63 años; 61 masculinos y 33 femeninos. El motivo de ingreso fue medico (71), neurológico (12), quirúrgico (7) y trauma (4). El APACHE II promedio fue de 26.

Conclusión: El APACHE II como predictor de mortalidad la sobreestimó, RME es menor a 1, indicando que el riesgo de morir fue inferior en la población observada que lo esperado.

La puntuación de dicho score se obtiene dentro de las primeras 24 horas de ingreso y no contempla posibles complicaciones que se desarrollan luego el ingreso y que pueden cambiar el pronóstico inicial.

Es necesario considerar que el estado clínico de un paciente crítico es altamente dinámico y difícilmente pronosticable.

MES	PACIENTES-MES	APACHE II	MORTALIDAD ESPERADA %	MORTALIDAD OBSERVADA %	RME
ENERO	41	20,63	30,4	29,26	0,96
FEBRERO	29	22,05	33,14	37,93	1,14
MARZO	31	20,54	41,57	35,48	0,85
ABRIL	33	18,46	26,69	21,21	0,79
MAYO	33	18,65	22,22	18,18	0,81
JUNIO	36	19,44	26,5	16,66	0,62
JULIO	29	16,52	23,8	24,13	1,01
AGOSTO	34	16,35	26,84	14,70	0,54
SEPTIEMBRE	40	17,7	22,15	17,50	0,79
OCTUBRE	36	19,36	29,15	22,22	0,76
NOVIEMBRE	28	19,45	36,2	32,14	0,88
DICIEMBRE	12	16,4	26	25	0,96
PROMEDIO	31,83	18,79	28,72	24,53	0,85

0276 ASOCIACIÓN ENTRE MORTALIDAD Y EL RATIO VENTILATORIO EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES VENTILADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

JA GARCIA URRUTIA INCHAUSTEGUI(1), F PUZZO(1), JP GÓMEZ(1), S CAGIDE(1), G POGGIOLI(1), L YETMAN(1), M PEREZ TEVEZ(1), L DIAZ-BALLVE(1)

(1) Hospital Cuenca Alta De Cañuelas

Objetivo: Analizar la asociación entre la mortalidad y el ratio ventilatorio en distintos días de ventilación mecánica en pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos de un hospital público.

Introducción: El ratio ventilatorio (RV), es un índice simple de evaluación a lado de la cama del deterioro de la eficiencia de la ventilación. Se ha demostrado que el RV se asocia positivamente con el espacio muerto, es un predictor independiente de mortalidad en la UCI en pacientes con SDRA, y en los últimos años es una herramienta clínicamente útil para evaluar la alteración de la ventilación.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio analítico transversal con datos de carácter retrospectivo de tipo serie de casos entre los meses de agosto de 2021 y septiembre de 2022.

Mediciones y principales resultados: Un total de 150 pacientes fueron incluidos. La media de edad de 50.3 años, siendo los hombres el género preponderante de esta muestra con un 69.9%. El motivo de ingreso del tipo neurológico predominó con un 40.7%. La mediana de días de AVM fue de 6 días. Respecto a los antecedentes patológicos, la hipertensión arterial y obesidad fueron los más frecuentes con un 35.3% y 24.7% respectivamente, con una mortalidad total en esta muestra de 54.7%.

La relación entre mortalidad y la media del VR en el día 1 fue mayor (1.70 ± 0.78) para los pacientes que fallecieron ($p = 0.05$). No se presentó significancia estadística para los demás días de VM.

Las características de la muestra se observan en la tabla 1 y la relación entre la mortalidad y el RV según el día de VM se presentan en la tabla 2.

Conclusión: El RV es un índice simple de evaluación a lado de la cama del deterioro de la eficiencia de la ventilación.

En esta serie de casos, un RV más elevado obtenido el día 1 de VM se asoció de manera significativa con la mortalidad en la UTI en este grupo de pacientes.

	Total (n = 150)
Edad, media (DE)	50,3 (19,3)
Género, n (%)	
Hombre	104 (69,9%)
Mujer	46 (3,7%)
APACHE, media (DE)	17,4 (8,5)
SAPS II, media (DE)	48,5 (16,8)
Score de Charlson, mediana [RIQ]	2 [0 - 6]
Motivo de ingreso n (%)	
Neurológico	61 (40,7%)
Respiratorio	40 (26,7%)
Shock	16 (10,7%)
Postoperatorio	15 (10%)
Trauma	6 (4%)
Otros	12 (8%)
COVID	129 (86%)
Días de AVM, mediana [RIQ]	6 [3 - 17,25]
Antecedentes patológicos n (%)	
Hipertensión arterial	53 (35,3%)
Obesidad	37 (24,7%)
Diabetes	35 (23,3%)
Tabaquismo	35 (23,3%)
Enfermedad pulmonar	25 (16,7%)
Enfermedad cardiovascular	25 (16,7%)
Mortalidad n (%)	82 (54,7%)

	Vivo		Muerto		valor p
	n	media (DE)	n	media (DE)	
VR día 1	66	1.50 ± 0.46	81	1.70 ± 0.78	0.05
VR día 3	53	1.63 ± 0.42	68	1.61 ± 0.55	0.83
VR día 7	32	1.64 ± 0.42	47	1.63 ± 0.49	0.92
VR día 14	13	1.73 ± 0.49	20	1.72 ± 0.53	0.99
VR día 28	3	1.70 ± 0.55	8	1.57 ± 0.69	0.74

0277 IMPACTO DE LA HUMIDIFICACIÓN PASIVA Y SU COMPENSACIÓN EN LA VENTILACIÓN Y ESPACIO MUERTO. SERIE DE CASOS.SERIE DE CASOS

I FERNANDEZ CEBALLOS(1), J GONZALEZ ANAYA(1), L NAVARRO REY(1), E STEINBERG(1), L BUJAN(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1), M MADORNO(2), G TUSMAN(3)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Mbmed. (3) Hospital Privado De La Comunidad

Introducción: La humidificación pasiva en pacientes en ventilación mecánica invasiva (VMI) tiene como objetivo otorgar un gas con una temperatura y humedad relativa de forma similar al generado durante la respiración normal.

Esto implica la utilización sistemas de humidificación (HME) que aumenta el espacio muerto (VD) instrumental, el cual podría generar hipoventilación alveolar. La compensación con volumen o frecuencia respiratoria (FR) del mismo es controversial.

Método: Serie de casos de 5 pacientes. Se realizaron mediciones de capnografía volumétrica (Vcap), mecánica ventilatoria y gasometría arterial en pacientes en VMI y sedación profunda. Se realizaron mediciones en 4 escenarios: Sin HME, con HME, compensado el VD con volumen, y compensación con FR.

Resultado: La utilización de HME (50 ml de VD instrumental) produjo una disminución del volumen tidal alveolar (VTalv) de 49,5 ml, secundario a un aumento de 34,6 ml del VD de la vía aérea (VDaw). Esto se tradujo en disminución del 8,6% de la eliminación de CO₂ (VCO₂min) y aumento de la PCO₂ arterial (2,62 mmhg), evidenciando hipoventilación alveolar. Al compensar el VD instrumental con volumen y frecuencia se tradujo en aumento del VTalv (55,1 y 29,5 ml respectivamente), VCO₂min (12,8 y 17,5% respectivamente) y disminución de la PCO₂ (2,3 y 1,1 mmhg respectivamente) como consecuencia de aumento de la ventilación alveolar, sin cambios relevantes en el VDaw.

La PO₂ disminuyó 4,76 mmhg al colocar el HME, mientras que el aumentar el VT y FR aumentó 5 y 10,8 mmhg la misma..

La estrategia de compensar el VD instrumental con VT aumentó 0,64 puntos el deltaP y 1,3 el mechanical power (MP), mientras que el incremento de la FR aumentó 0,52 puntos el DP y aumentó 1,4 el MP

Conclusión: La utilización de HME pasivo se traduce en una hipoventilación alveolar a expensas de aumento del espacio muerto instrumental, sin impacto relevante en la PCO₂ y PO₂ arterial. Su compensación con volumen o FR se asocia a un leve aumento del delta P y MP.

0278 MUCORMICOSIS RINO-ORBITO-CEREBRAL INFECCION OPORTUNISTA EN PACIENTES INMUNODEFICIENTES

FC CARRIZO(1), MADV RUIZ(1), M CORONA(1), CM SOTELLO(1), R RETAMBAY(1), G BOHUID(1), N SARAGUSTI(1), N LLANES(1), A VIDES(1), J MAIDANA(1), R REINOSO(1)

(1) Hospital San Bernardo

Introducción: La mucormicosis es una micosis oportunista infrecuente, potencialmente mortal que afecta generalmente a paciente con comorbilidades subyacentes que comprometen la función del sistema inmunitario. Con un enfoque multifacético, que incluye la elimi-

nación de los factores predisponentes, desbridamiento quirúrgico agresivo y la terapia antifúngica eficaz, fundamental para mejorar la supervivencia del paciente.

Caso clínico: Paciente Masculino de 37 años con antecedentes de Hepatopatía Crónica, HTA, obesidad mórbida y alcoholismo severo. Ingresó por "forúnculo" en mucosa nasal asociado a dolor urente ocular izquierdo y sensación febril de 48 hs de evolución, recibe tratamiento antibiótico vía oral, 24 horas posterior por mala evolución, se decide internación al examen físico lucido febril con edema periorbitario bupalpebral, lesión hiperpigmentada en paladar duro de rápida evolución, se realiza cultivos y por alta sospecha clínica de mucormicosis, inicia Anfotericina B.

Intercurre con crisis convulsivas y posterior alteración del sensorio, se vincula a ARM. Se realiza TAC de Cerebro infiltración de senos paranasales, esfenoidales y maxilar izquierdo, sin lesión parenquimatosa aguda. Complica con anisocoria, induración facial, edema y aumento temperatura local, valorado por cirugía de cabeza y cuello se realiza Toilette con enucleación de ojo izquierdo y toma de muestra, se observan hifas típicas de mucorales *Rizhopus* en directo. Paciente en shock séptico, falla multiorgánica, en Hemodiálisis, posterior PCR y óbito.

Discusión: La mucormicosis es una enfermedad aguda, se caracteriza por un curso rápidamente progresivo, angioinvasión y destrucción grave de tejidos, con presentación clínica variable que depende del estado inmunitario del paciente, si el índice de sospecha es elevado el inicio inmediato de antifúngicos tiene un impacto directo en la evolución.

Conclusión: Aun con el reconocimiento clínico temprano, diagnóstico rápido, conducta quirúrgica y tratamiento antifúngico inmediato. Es una enfermedad rara agresiva con alta mortalidad que requiere manejo multidisciplinaria en UCI.



0279 DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA EN DONANTES CON SOPORTE EXTRACORPÓREO (ECMO) DESAFÍO, EXPERIENCIA Y REPORTE DE CASOS

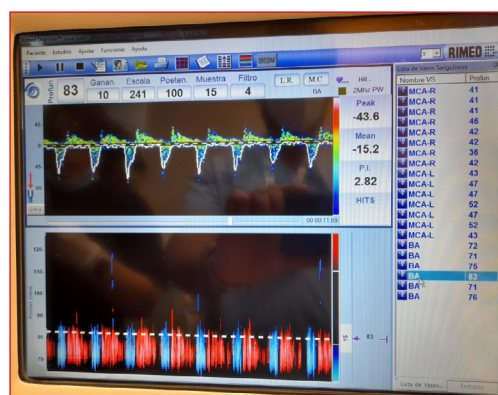
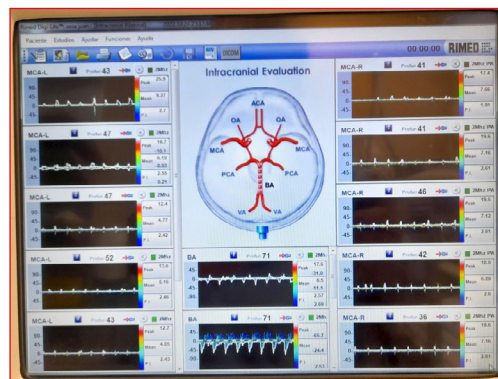
J VERGES(1), J JURÍ(1), A GOLDFAND(1), G SOUZA(1)
(1) Instituto De Trasplante De Caba

Introducción: Los pacientes que requieren ECMO y otras formas de soporte extracorpóreo tienen un alto riesgo de intercurrir con complicaciones encefálicas severas de tipo hemorrágico que en algunos casos pueden evolucionar a la muerte encefálica (ME). El diagnóstico de la misma puede resultar un desafío en la aplicación del protocolo para la certificación de muerte bajo criterios neurológicos y la correcta utilización de los métodos que estudian el flujo sanguíneo encefálico (Método instrumental) establecidos en el mismo.

Resultados: Se realiza revisión de los principios del ECMO, la fisiología del intercambio gaseoso y los cambios hemodinámicos que interfieren, de acuerdo con el tipo de ECMO, en el método instrumental utilizado para el diagnóstico de ME que demuestre el paro circulatorio cerebral (PCC) y sea a través del Doppler transcraneano (DTC) o el Doppler transcraneano codificado por colores (DTCC). Se evaluó la evidencia bibliográfica y experiencia en casos de operativos de procuración y trasplante de nuestra jurisdicción en donantes con ECMO.

Conclusión: El protocolo actual de muerte bajo criterios neurológicos no incluye el cumplimiento de principios específicos para la evalua-

ción y desarrollo de los métodos que estudian el flujo sanguíneo encefálico en casos de paciente/potencial donante que se encuentren con ECMO. La correcta evaluación del tipo de ECMO y la posibilidad de realizar modificaciones específicas de los parámetros hemodinámicos demostraron no generar un impedimento en la utilización de dicho método instrumental para la determinación del PCC.



0280 NIRS (ESPECTROSCOPÍA CERCANA DE INFRARROJO) EN SOLEO COMO PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

G GARCIA(1), P CENTENO(1), G OTERO(1), J ALDANA(1), N LEON(1), M PERDOMO(1), J GRATEROL(1), R BARREIRO(1), M ZEYTUNTSIAN(1), A MEZZA(1), M MENDOZA(1), M LEDEZMA(1), L SANABRIA(1), E DUARTE(1)

(1) Hospital Del Bicentenario Esteban Echeverría

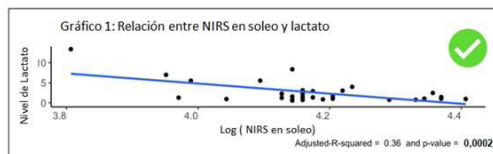
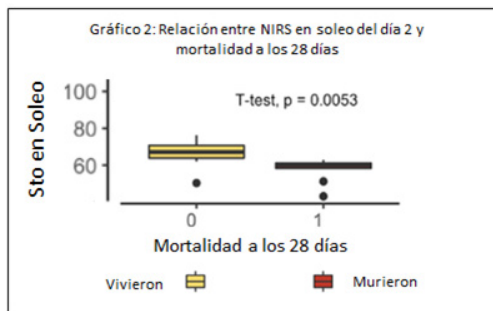
Introducción: El Shock Séptico es un estado de disoxia tisular. Existen diversos predictores de mortalidad en shock, por ejemplo, el SOFA, variables metabólicas como el lactato, entre otras. Además, existen un racional fisiológico entre la saturación en la musculatura esquelética distal y el estado de hipoxia tisular por alteración en la microcirculación. Esta tecnología (NIRS), es un método indirecto del transporte y consumo de oxígeno. Este trabajo correlacionará el NIRS en soleo con los predictores clásicos de mortalidad y el NIRS en soleo como predictor independiente de mortalidad.

Objetivo: Evaluar el NIRS en soleo como variable asociada a las variables existentes predictoras de mortalidad y como predictor de mortalidad independiente en pacientes con Shock Séptico.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, observacional, longitudinal analítico, realizado en el periodo enero-abril de 2023. Se incluyeron 21 pacientes adultos en shock séptico a los cuales se les realizaron mediciones dos veces al día durante 48 horas en la región del soleo y región cortical con la tecnología FORE-SIGHT ELITE, profundidad de penetración de 2.5 cm. Además, se obtuvieron mediciones de score SOFA, lactato, llenado capilar, pO₂, stO₂, hemoglobina, TAM y dosis de Noradrenalina.

Resultados: De 21 pacientes, 9 evolucionaron al óbito y 12 sobrevivieron a los 28 días. El segmento cortical al día 1 no se correlacionó con variables predictoras de mortalidad. Por otra parte el NIRS en soleo se correlacionó con el lactato tanto al día 1 como al día 2 mediante una regresión logística (p-value<0,0002). Aunque el lactato como predictor de mortalidad esté relacionado con el NIRS en soleo, este no dió significancias estadísticas como predictor de mortalidad al día 1, siendo este predictor de mortalidad al día 2 en adelante, T-test (p-value<0,0053).

Conclusiones: El NIRS en soleo tiene una correlación negativa con significancia estadística con los niveles de lactato independientemente del día de medición. El NIRS en soleo como variable independiente a partir del día 2 tiene una asociación con mortalidad a los 28 días con significancia estadística. Esta tecnología no invasiva, continua, podría ser un determinante precoz de hipoperfusión y mortalidad.



0281 TÉCNICA CON CIRCUITO CERRADO DE ASPIRACIÓN (TCCA) VS TÉCNICA CON CIRCUITO ABIERTO DE ASPIRACIÓN (TCAA) COMO TOMA DE MUESTRA PARA CULTIVOS DE MINI BAL

VP LOBO, D AMAYA(1), M ROTH(1), M ISA(1), J PÉREZ ROMERO(2), R DILACCIO
 (1) Clínica Regional Del Sud. (2) Clónica Regional Del Sud

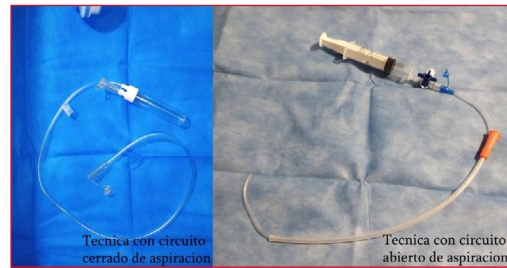
Introducción: El mini lavado bronco alveolar (mini BAL) es un procedimiento de obtención de muestras del tracto respiratorio inferior, sin broncoscópico, que emplea un catéter interno protegido, que se avanza hasta una posición de enclavamiento. Ahí, se instila un pequeño volumen de agua destilada estéril, el que posteriormente es aspirado y enviado para su análisis. Se puede realizar con técnica con circuito cerrado de aspiración (TCCA) o con técnica con circuito abierto de aspiración (TCAA) de introducción de catéter de lavado broncoalveolar.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo a pacientes ventilados en UTI de la Clínica Regional del Sud de Río Cuarto, Córdoba, Argentina, que se encontraban con criterio de NAVM, durante el periodo de enero a mayo del 2023.

Resultados: El número de pacientes evaluados fueron 42 a los cuales se realizaron toma de muestra de mini BAL, siendo en forma equitativa para ambos métodos: TCCA n:21 (50%) y TCAA n:21 (50%). Los resultados de los cultivos fueron tanto para TC como para TA de 7/21 (17%) negativo y 14/21 (33%) positivo respectivamente. Sobre el total de los pacientes las causas de ingreso fueron: NAC grave (38.1%) y gérmenes aislados E. Coli (11.9%) y St. aureus (11.9%).

Conclusión: La prevalencia de la toma de muestra de cultivos de minibal con ambas técnicas demuestra que son válidas a la hora de interpretar los resultados de cultivos. No podemos aportar una

sensibilidad y especificidad de relevancia, ya que la muestra tomada fue pequeña.



Resultados de Cultivos de mini BAL (n:42)	Técnica con circuito cerrado de aspiración (TCCA)	técnica con circuito abierto de aspiración (TCAA)
NEGATIVOS	7 (17%)	7 (17%)
POSITIVOS	14 (33%)	14 (33%)
	21 (50%)	21 (50%)

0282 ANÁLISIS AL AÑO DE RIÑONES IMPLANTADOS DE DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA CON CRITERIOS EXPANDIDOS EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES

LJ OJEDA FLORES(1), JE ALFONSO(2), C PISARELLO(2), H ÁLVAREZ(2), EA FERNANDEZ DA VEIGA(2), MR SANABRIA(2)
 (1) Hospital Escuela Gral. San Martín. (2) Cuaicor

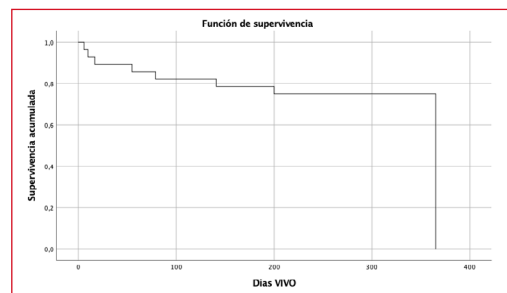
Introducción: El trasplante de riñones de donantes cadavéricos marginales ha demostrado su beneficio en comparación con los pacientes en diálisis. En nuestra provincia es una causa frecuente de descarte, lo cual conlleva a ser distribuidos a la lista regional, subregional y/o nacional prolongando los tiempos de isquemia.

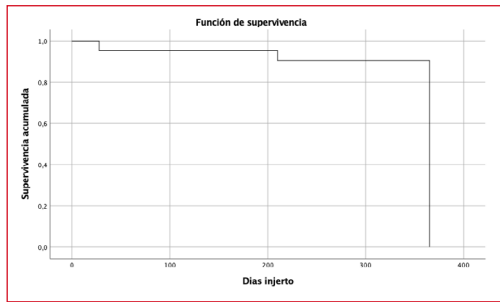
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, llevado a cabo de enero 2019 a 2022. Se incluyeron donantes >60 años o bien >50 años con los siguientes criterios: Historia previa de Hipertensión arterial, Creatinina >1.5 mg/dl, causa de muerte cardiovascular. Criterios de exclusión: riñones ablacionado y no implantado. El análisis estadístico se llevo a cabo con el programa SPSS 25.

Resultados: Se han analizado 28 trasplantes renales de donantes cadavéricos marginales. La mediana de edad del donante fue de 63 años. El sexo femenino representó el 56,3%. El 81,3% tenían hipertensión arterial. La causa más frecuente de muerte encefálica fue el ACV hemorrágico (68.8%). Mediana de creatinina de ingreso 1.10 mg/dL, mediana Score Remuzzi 2 puntos. Mediana de edad de 65 años para receptores de RI y de 62 años para receptores de RD. El TIF fue de 16 horas para el RI y 17 horas para el RD. El 27% se asignaron en la región, el 44% en la subregión y el 29% a nivel nacional. En el análisis por Kaplan-Meier la media de sobrevida al año del injerto renal fue de 341 días y la media de sobrevida de los pacientes trasplantado de 291 días.

Discusión: En nuestro primer análisis observamos que, el 93% de los injertos renales eran funcionantes al año, con una sobrevida del 79% para pacientes trasplantados.

Conclusiones: Nuestro estudio evidencia el beneficio del trasplante renal con donantes cadavéricos marginales.





0283 EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL USO DE PUNTAJES PARA MEDIR LA CARGA DE TRABAJO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

G YNSFRAN(1), N LEMOS(1), AL FERNÁNDEZ(2)
(1) Trinidad Ramos Mejía. (2) Sati

Objetivo: Evaluar el conocimiento de enfermería sobre los puntajes TISS28 (Simplified Therapeutic Intervention Score System) y NAS (Nursing Activities Score).

Introducción: La medición de carga de trabajo en enfermería es crucial para asignar adecuadamente los recursos y mejorar la calidad de atención en las UCIs. Los puntajes TISS28 y NAS se utilizan a nivel mundial con ese propósito. Sin embargo, no existen aún estudios nacionales multicéntricos que los evalúen. Considerando la importancia del rol de enfermería en el sistema de salud, es fundamental promover su conocimiento.

Métodos: Entrevistas personales estructuradas entre abril y mayo de 2023 al personal de una UCI Privada bonaerense. Se consultó sobre otros métodos de evaluación y el interés en capacitaciones adicionales. También sobre la formación profesional.

Resultados: Total 54 camas: 32 críticas, 16 UCO y 6 Hemodinamia. El equipo incluye 100 profesionales, contando supervisores y enfermeros jefes. Muestra no probabilística de 18 enfermeros de diferentes turnos. La mayoría son mujeres y la edad oscila entre 30 y 60 años. El 55.5% de la muestra tiene formación profesional, del cual el 60% cursó en SATI. Del total, 10 profesionales (44%) tenían conocimiento del TISS28, y sólo 2 (11%) del NAS. Se mencionaron otros métodos de evaluación como CPOT, Glasgow, RASS y EVA.

Discusión: Aunque TISS28 es reconocido por su eficacia en la medición de la carga de trabajo y la gravedad de los pacientes, los resultados revelan un conocimiento inadecuado incluso entre los profesionales con formación. Esto puede atribuirse a deficiencias en la educación, desconocimiento en los niveles ejecutivos y problemas en la asignación de recursos. Por otro lado, los profesionales mostraron buena disposición para aprender sobre los puntajes consultados.

Conclusión: Se observó bajo nivel de conocimiento sobre los puntajes utilizados para medir la gestión de recursos humanos en enfermería en la UCI. Se requiere una evaluación nacional y mejores estrategias de capacitación en todos los niveles de formación. Además, promover el uso de estos puntajes como parte de los procedimientos estándar en todas las instituciones de salud. Mejorar el conocimiento y uso de estos puntajes beneficiará la gestión eficiente de la enfermería y la salud de los pacientes.

0284 NEUMONÍA POR LEGIONELLA

P SANCHEZ(1), A LUGO(1), M TURINO(1), A ALLER(1), M CAPRILES(1), CARBALLO OROZCO, R (1), RAGAZZOLLI, M (1), W ARGANA(1), M PRIETO(2), C GARBASZ(1), F COSTA(1), L MACCHIAVELLO(1), C BARRIOS(1), F NITTO(1), A SIMINO(1), L FERNANDO(1), C BALASINI(1)
(1) Pirovano. (2) Malbran

Introducción: La neumonía grave de la comunidad por Legionella pneumophila es un diagnóstico pocas veces sospechado cuando se encuentra fuera de un brote.

Caso clínico: Paciente masculino de 37 años de edad, tabaquista, del partido de San Martín y trabajaba de repartidor.

Consulta 3 días de fiebre persistente, tos, disnea progresiva, vómitos y deterioro del sensorio. Por insuficiencia respiratoria e hipoxemia requiere ventilación mecánica y evoluciona con shock.

TAC consolidación multilobar hemitórax izquierdo con áreas en vidrio esmerilado. Se cubre empíricamente con ampicilina sulbactam + claritromicina.

Dengue, SARS CoV-2, panel viral y HIV negativo, hemocultivos negativos.

Aspirado traqueal por paneles sindrómicos PCR multiplex (filmaray) diagnóstico de L. pneumophila por lo que se rota esquema a levofloxacina. Paciente evoluciona con falla respiratoria, hemodinámica (NA 0.5 g/k/m), renal (diálisis) y hepática. Fallece al 6to día de internación. Posteriormente se recibe resultado de orina para Legionella positivo

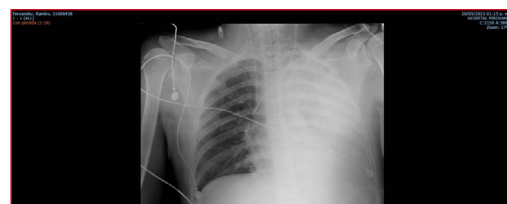
Discusión: La enfermedad de los legionarios es un importante problema de salud pública particularmente por su frecuente presentación en forma de brotes y por su letalidad. Son más frecuentes entre adultos >50 años, hombres, fumadores y huéspedes inmunocomprometidos o EPOC. Es una enfermedad transmitida por inhalación de aerosoles provenientes de fuentes de agua contaminada

La enfermedad del legionario se manifiesta como una neumonía y se caracteriza por fiebre, tos con o sin dolor torácico y dificultad respiratoria progresiva. Otros síntomas: escalofríos, cefalea, mialgias, manifestaciones gastrointestinales, compromiso del SNC (delirio y confusión) y manifestaciones renales. Sin tratamiento, los síntomas pueden empeorar rápidamente llevando a insuficiencia respiratoria, shock, daño multiorgánico y muerte. La tasa global de letalidad es del 10%, en los casos asociados al cuidado de la salud 25%.

El retraso en el diagnóstico y en la administración de un tratamiento antibiótico adecuado, la edad avanzada y la presencia de enfermedades concomitantes son factores pronósticos de mortalidad por legionelosis

Conclusión: Menos del 30% de las neumonías graves son por gérmenes atípicos.

El diagnóstico de Legionella por paneles sindrómicos permitió adecuar el tratamiento a las 24 hs de ingreso al hospital. A pesar de los cual, el paciente evolucionó con falla orgánica múltiple, falleciendo por hipoxemia refractaria.



0285 SEDACIÓN INHALATORIA EN TERAPIA INTENSIVA: COMPARACIÓN DE COSTOS CON SEDACIÓN TRADICIONAL
G VECCHIO(1), C DISCEPOLA(1), L NAVARRO(1), J GONZALEZ ANAYA(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), I CARBONI BISSO(1), M LAS HERAS(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: Las pautas actuales de sedación en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se basan principalmente en el uso de agentes intravenosos. Como opción más reciente en este ámbito, se cuenta con la opción en casos seleccionados de utilizar sedantes inhalatorios (SI). El objetivo de este estudio fue comparar los costos de medicación y materiales biomédicos de ambas modalidades de sedación.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de antes y después, unicéntrico desarrollado en la UCI adultos de un hospital de alta complejidad de la Ciudad de Buenos Aires. Se incluyeron todos los pacientes que recibieron SI entre junio de 2022 y junio de 2023 por al menos 24 horas. Se compararon los costos hospitalarios directos (sedantes, analgésicos, relajantes musculares, inotrópicos, y materiales biomédicos) de las últimas 24 horas (previo al cambio de modalidad) que el paciente recibió sedación intravenosa con los de las primeras 24 horas de sedación inhalatoria. Para tal fin se tomó información de la Historia Clínica Electrónica y el Sistema de Administración de Farmacia

Resultados: Durante el período de estudio, cuatro pacientes recibieron sevoflurano mediante un dispositivo de inhalación específico por al menos 24 horas. Los costos directos por día en esos pacientes se incrementaron en un promedio de un 35,65 % (tomando los precios de referencia del mercado argentino mayo 2023 de los medicamentos y materiales utilizados) al pasar de sedación EV a SI

Conclusiones: Los costos directos de implementar sedación inhalatoria muestran un incremento comparados con la sedación inhalatoria. Esto se debe principalmente a un costo mayor del sedante inhalatorio (sevoflurano) comparado con sedantes tradicionales (midazolam) y del material biomédico específico (filtro, jeringa, línea de monitorización, dispositivo Sedaconda®) necesario para administrar sedantes inhalatorios en una UCI. Son necesarios estudios de costos totales que comparen además los días libres de delirium, días de AVM y estancia en UCI para sacar más conclusiones.

0286 INGRESOS A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POR REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS E IMPORTANCIA DE SU RECONOCIMIENTO Y REPORTE
G VECCHIO(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) graves son las que amenazan la vida, provocan hospitalización, incapacidad o la muerte. El análisis de las RAM que ocasionan ingresos a UCI permite detectar eventos prevenibles. Su reporte al sistema nacional de farmacovigilancia permite caracterizar el perfil de seguridad, especialmente de nuevos fármacos

Objetivos: Cuantificar la proporción de ingresos a UCI interpretados como causados por una RAM.
Determinar su causalidad
Describir grupos terapéuticos implicados
Identificar factores prevenibles
Comparar el número de reportes de RAM a la autoridad sanitaria en mismo periodo del año anterior

Materiales y métodos: Durante 3 meses un farmacéutico clínico, relevó el motivo de ingreso a la UCI adultos, registrando todos aquellos casos en los que se consideró que el causante estaría relacionado con una RAM
Se aplicó el Algoritmo de Naranjo para asignar causalidad, clasificándolos como dudoso, posible, probable o definido.
Se clasificaron los fármacos involucrados según grupo terapéutico.

Resultados: En el período relevado, de 470 ingresos a la UCI, 12 (2,55%) estuvieron relacionados a RAM con causalidad clasificada como probable.

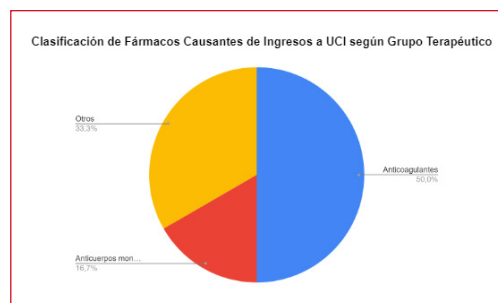
De los ingresos a UCI causados por RAM, un 50% estuvo relacionado al grupo terapéutico Anticoagulantes. Se identificó como factor prevenible la necesidad de mayores controles de RIN en los pacientes involucrados.

En 2do lugar se encuentran como causantes los anticuerpos monoclonales

Se realizaron 12 reportes a través del sistema de Farmacovigilancia de ANMAT, representando un incremento con respecto al año anterior que se había realizado solo 1.

Conclusiones: El relevamiento por parte de un farmacéutico clínico de los ingresos a UCI por RAM permite caracterizarlos, detectar factores prevenibles y tomar medidas proactivas al respecto, Los anticoagulantes son el grupo terapéutico con mayor incidencia de RAM graves que causan internación en UCI, y en muchos casos la severidad del evento podría haber sido menor con controles de laboratorio y ajuste de dosis.

Los anticuerpos monoclonales presentan una incidencia importante, y por tratarse de fármacos relativamente nuevos en el mercado, es fundamental su reporte a autoridades nacionales e internacionales para caracterizar su perfil de seguridad.



0287 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE BRONCOSCOPIA EXPERTOS VERSUS BRONCOSCOPISTAS EN FORMACIÓN
J GONZALEZ ANAYA(1), L NAVARRO REY(1), I FERNANDEZ CEBALLOS(1), I CARBONI BISSO(1), M RAICES(1), J MONTAGNE(1), A DIETRICH(1), D SMITH(1), M LAS HERAS(1)
(1) Italiano

Introducción: Se ha observado que la broncoscopia en pacientes críticos tiene una baja tasa de complicaciones cuando es realizada por personal entrenado. Sin embargo, la incidencia de complicaciones en médicos en formación aún no está claramente establecida.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo en el Hospital Italiano de Buenos Aires, durante el período de junio de 2018 a julio de 2023. El estudio incluyó bronoscopias realizadas en pacientes mayores de 18 años en la Unidad de Terapia Intensiva. Estos procedimientos fueron realizados por especialistas en neumología intervencionista o por médicos en formación bajo supervisión de un experto broncoscopista. Se compararon los resultados de estos dos grupos.

Resultados: Se llevaron a cabo un total de 884 bronoscopias, de las cuales 226 fueron realizadas por especialistas y 658 por médicos en formación. El 58% de los pacientes eran hombres, con una mediana de edad de 61 años y una puntuación APACHE II de 14. El 85% de los pacientes se encontraban bajo ventilación mecánica al momento del procedimiento.

El procedimiento más común fue la confección de traqueostomía, representando el 33% de los casos, seguido de la evaluación de la vía aérea con un 26%. Los especialistas tuvieron una tasa de complicaciones del 17%, siendo la hipoxemia la más frecuente. Los médicos en formación presentaron una tasa de complicaciones del 9.6% en un total de 658 procedimientos, y también la hipoxemia

fue la complicación más común en este grupo. La mortalidad asociada a los procedimientos fue de 0.11%.

Conclusión: En conclusión, la broncoscopia se utiliza principalmente para la confección de traqueostomías. La tasa de complicaciones fue baja, siendo la hipoxemia la más común, seguida de sangrado menor e hipotensión arterial, con una tasa de mortalidad similar a la reportada en la literatura. Se observaron más complicaciones en el grupo de especialistas, posiblemente debido a que realizan procedimientos de mayor riesgo.

0288 MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE EN EL SHOCK ROOM: ¿ES NECESARIA LA HOSPITALIZACIÓN Y REPETIR LA TOMOGRAFÍA DE CEREBRO?

L MORALES(1), P PAHNKE(1), J BRITO(1), M MONTENEGRO(1), G CAPEDEVILA(1), V BIGI(1), A RAMIREZ(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias

El traumatismo craneoencefálico (TCE) es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en el mundo, con una alta incidencia. En nuestra institución corresponde al 30% de los ingresos. Se define como una alteración en la función cerebral, o la evidencia de una patología cerebral, causada por una fuerza externa. Numerosas clasificaciones, como la Escala de Glasgow (GCS) o la Brain Injury Guidelines (BIG), buscan adecuar el tratamiento para evitar la lesión cerebral secundaria. Es rutinaria la realización de una neuroimagen de control y la interconsulta con el especialista en neurocirugía, a pesar de que el traumatismo sea leve sin alteraciones en el examen neurológico, por lo que surge la necesidad de evaluar si es realmente necesario.

El presente es un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo realizado en el Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba, provincia de Córdoba, Argentina, comprendiendo desde el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022, que incluye a todos aquellos pacientes mayores de 15 años, que ingresaron por TCE con hallazgos positivos en la tomografía de ingreso.

El sexo predominante fue el masculino (79.70%), en una relación 4:1, siendo más frecuente el mecanismo contuso (94.06%). En mayor cuantía los traumatismos fueron leves (40.10%), siendo la lesión más frecuente la fractura de cráneo (51.86%) y la hemorragia subaracnoidea (49.38%). Los pacientes del grupo BIG 1 no requirieron intervención quirúrgica. Todos los pacientes recibieron una tomografía cerebro control, no existiendo cambios significativos en aquellos pacientes pertenecientes al grupo BIG 1.

Nuestra población se ajusta a la epidemiología mundial en cuanto a sexo, edad y mecanismo lesional. La muestra analizada no refleja la relación estimada por la literatura entre TEC leve, moderado y grave, probablemente por ser una muestra sesgada al ser admisiones en un área crítica. El grupo BIG 1, al igual que en la bibliografía, no presentó complicaciones ni desmejoría en la neuroimagen de control.

El protocolo BIG, al menos en los casos leves analizados, podría haber sido implementado sin existir diferencia en el desenlace, pero disminuyendo costos, acortando tiempos de internación y disminuyendo la exposición del paciente a radiación.

Brain Injury Guidelines (BIG)			
Variables	BIG 1	BIG 2	BIG 3
Pérdida de conocimiento	Sí/No	Sí/No	Sí/No
Examen neurológico	Normal	Normal	Anormal
Intoxicación	No	No/Sí	No/Sí
Antitrombóticos/Anticoagulantes	No	No	Sí
Fractura de cráneo	No	No desplazada	Desplazada
Hematoma subdural	<4 mm	5 - 7 mm	>8 mm
Hematoma extradural	<4 mm	5 - 7 mm	>8 mm
Hemorragia intraparenquimatosa	<4 mm, x1	3 - 7 mm, x2	>8 mm, múltiples
Hemorragia subaracnoidea	Trazas	Localizada	Diseminada
Hemorragia intraventricular	No	No	Sí
Conducta			
Hospitalización	Observación 6 hs	Sí	Sí
Repetir tomografía	No	No	Sí
Interconsulta neurocirujano	No	No	Sí

0289 EXPERIENCIA EN DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES CAPITAL: REPORTE DE CASO

LSN GAMARRA(1), HJM ALVAREZ(1), JE ALFONSO(1), C PISARELLO(1), VD GIMENEZ DUARTE(1), JM MARTINEZ AQUINO(1), J BERNACHEA(1), EG MILELLA(1), M MOSQUEDA(1), LC SALINAS FIGUERERO(1), EY BENITEZ(1), LJ OJEDA FLORES(1), CS MIZDRAJI(1), S LAZZERI
(1) Hospital Escuela General Jose Francisco De San Martin

Introducción: La larga lista de receptores de órganos aguardando la oportunidad de mejorar su calidad de vida o incluso salvar la misma a través del trasplante es una problemática que tanto en nuestro país como a nivel mundial se busca solucionar. El modelo español de donación de órganos ha logrado una situación privilegiada logrando en el 2019 una tasa de 49 donantes PMH a través de la donación en asistolia controlada.

Objetivo: Reportar la experiencia del primer caso de donación en asistolia en la región del Nordeste Argentino.

Caso: Masculino de 68 años de edad con antecedentes cardiovasculares. Ingresó al servicio de Terapia Intensiva por herida de arma de fuego. Neurológicamente con Score de Glasgow 3/15, midriasis bilateral con reflejos de tronco encefálicos conservados. Se realiza TC de cerebro sin contraste, que evidencia lesión contuso hemorrágica intraparenquimatosa que se extiende desde región temporal izquierdo hasta parieto occipital derecho impresionando ser compatible con trayecto del proyectil, hemorragia ventricular, desvío de línea media y edema cerebral generalizado. Se realiza Doppler transcraneal (DTC) que evidencia flujo secundario a hipertensión endocraneana. Por daño neurológico devastador e irreversible, se inicia cuidados orientados a la donación. A las 72 horas se realiza DTC control sin cambios. Por no evolucionar a muerte bajo criterios neurológicos se decide aplicar protocolo de adecuación terapéutica, firmando consentimiento con los familiares. Se da aviso a la unidad de procuración como potencial donante de órganos. Se busca oposición a la donación siendo donante por Ley 27.447. Se comunica a la familia la posibilidad de donación en asistolia controlada, acompañando el proceso. Se realiza ablación monorganica, con posterior implante de riñón derecho.

Discusión: Considerar la donación en asistolia controlada (DAC) en aquellos pacientes con daño neurológico sin evolución a muerte encefálica y enfermedad terminal resolvería la problemática entre la necesidad y disponibilidad de órganos para trasplante.

Conclusión: La DAC es una técnica segura y eficaz para la obtención de órganos con fines de trasplante.

0290 TRAQUEOTOMÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

J PARDON(1), F MILORO(1), K CINQUEGRANI(1), F PODESTA(1), A DALZOTTO(1), L MENTA(1), A COCA SALAZAR(1), E PAZ(1), J FASSOLA(1), M LASSO(1)
(1) El Cruce

Introducción: Existen pocos estudios a nivel mundial sobre la traqueotomía en pacientes pediátricos, siendo incierto el momento adecuado para realizarla y su impacto en la morbimortalidad.

Objetivos: Evaluar indicaciones de traqueostomía en nuestra unidad.

Evaluar el tiempo de AVM previo a la traqueostomía. Analizar variables clínicas, comorbilidades y outcome.

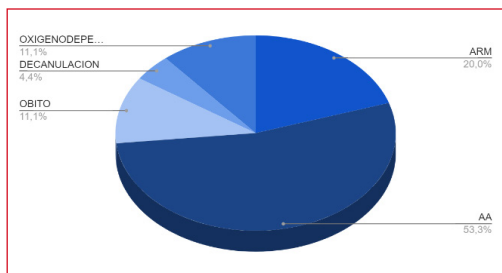
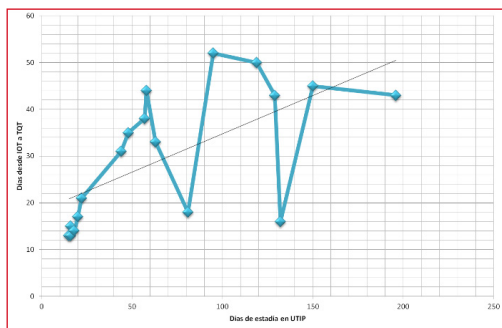
Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional en el cual se revisaron las historias clínicas de pacientes de 1 mes a 16 años, ingresados en unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP) desde enero del 2020 hasta mayo del 2023, que requirieron traqueostomía. Evaluamos las variables: edad, comorbilidades, causa de ingreso en AVM, causa de traqueotomía, días desde la intubación hasta la realización de traqueotomía y outcome.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes. La mayoría fueron lactantes

(48.9%). El 32.6% no presentó comorbilidades. La media de estadía en UTIP fue 81.5 días, y la media de días desde intubación hasta realización de traqueotomía (TIT) de 29.4 días, siendo las causas obstrucción de la vía aérea alta en 4.4%, debilidad muscular adquirida en 33.3% y causa neurológica en 51.1%. El 53.3% egresó sin soporte respiratorio, 20% AVM dependiente y 11.1% con oxigenoterapia domiciliaria. La mortalidad global fue de 11.1% (gráfico 1). En relación a los pacientes previamente sanos (18), se observa un promedio de TIT de 30 días, media de estadía hospitalaria de 71 días, con una mortalidad de 11% logrando alta sin soporte respiratorio 77.7% y decanulación previa al alta 11%.

Conclusiones: Relacionando en esta población el TIT con días de estadía en UTIP se observa una tendencia a mayor duración de la internación en los niños traqueostomizados más tardíamente (gráfico 2). Si bien esto no puede ser explicado únicamente por la traqueostomía tardía, consideramos que es un factor relevante a evaluar en próximas investigaciones.

Se plantea para investigaciones futuras la importancia de definir el momento oportuno de traqueotomía en niños críticos y el análisis de los efectos sobre la morbimortalidad y la calidad de vida.



0291 ENSAYO CLINICO: SEDACIÓN GUIADA POR BIS EN EL PACIENTE CRÍTICO, EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA PREVALENCIA DE DELIRIUM Y DOSIS DE SEDACIÓN

IA HUESPE(1), I HUESPE(1), S GIANNASI(1), K ACOSTA(1), D GIUNTA(1), D AVILA(1), C ROSELL(1), M COLOMBO(1), R MERCEDES ELENA(1), A RISSO(1), M WEIGNER(1), C CAJAL(1), I COLOMBO(1), I CARBONI BISSO(1), F CARINI(1)

(1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: El BIS es un estándar en la anestesia quirúrgica pero no hay evidencia clara de su utilidad en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Objetivos: Analizar si la sedación guiada por BIS reduce la duración del delirium y la dosis de sedantes.

Métodos: Este ensayo clínico aleatorizado ciego. Se incluyeron pacientes con sedación profunda que fueron asignados aleatoriamente a la rama sedación clínica (SC) o sedación guiada por BIS (objetivo BIS 40-60). Una vez finalizada la sedación profunda, se retiraba el sensor BIS y evaluadores ciegos evaluaron el delirio mediante CAM-ICU dos veces

al día durante 14 días. El resultado primario fue el número de días sin delirio ni coma en los 14 días posteriores a la sedación profunda, con un análisis de subgrupos para los pacientes que necesitaron más de 24 horas de sedación profunda. El outcome secundario fue la comparación de las dosis de sedantes en mg/kg por hora. Para el outcome primario se realizó T-test, para el secundario ecuación de estimación generalizada (EEG) debido a la presencia de datos correlacionados.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes a la rama BIS y 49 a la rama SC (Tabla 1). La rama BIS presentó una media de 7.58 (DE 5.8) días libres de delirium vs. 5.6 (DE 6.1) la rama SC (p=0.1). En el subgrupo de pacientes con más de 24 horas de sedación la rama BIS tuvo 6.9 (DE 5.8) días libres de delirium vs. 3.5 (DE 5.3) en la rama SC (p<0.01). La rama BIS recibió menos dosis de propofol (1.68 [IC 95% 1.65-1.71] coef. grupo BIS -0.3 [IC 95% -0.33/-0.26];p<0.01) y de midazolam (0.29 [IC 95% 0.28-0.3] coef. grupo BIS -0.09 [IC95% -0.095/-0.82];p<0.01), medidos en mg/kg/h (figura 1).

Conclusiones: El BIS no redujo los días libres de delirium en pacientes que requieren sedación profunda, pero sí la dosis de sedantes y el delirium en pacientes sedados más de 24 horas.

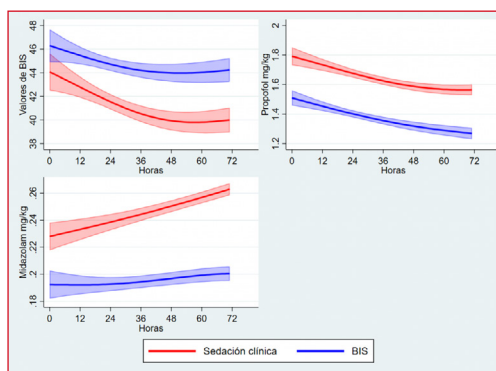


Tabla 1. Características demográficas

	Todos (N=99)	BIS (N=50)	Sedación clínica (N=49)	p.valor
Sexo femenino - n (%)	33 (36.3%)	19 (42.2%)	14 (30.4%)	0.341
Edad - media (DE)	60.5 (17.4)	61.1 (17.1)	59.9 (17.9)	0.734
APACHE 2 - media (DE)	17.2 (9.21)	17.4 (9.28)	17.0 (9.24)	0.818
Charlson - mediana (IQR)	4.00 [2.00;7.00]	4.00 [3.00;6.75]	4.00 [2.00;6.50]	0.465
Peso en KG - media (DE)	75.9 (21.6)	79.0 (23.4)	72.8 (19.5)	0.159
Altura en m - media (DE)	1.66 (0.11)	1.66 (0.13)	1.66 (0.10)	0.89
Índice de Masa Corporal - media (DE)	27.3 (6.67)	28.3 (7.39)	26.2 (5.73)	0.103
Consumo previo de benzodiazepinas - n(%)	26 (26.5%)	12 (24.5%)	14 (28.6%)	0.819
Consumo previo de alcohol - n(%)	5 (5.05%)	2 (4.00%)	3 (6.12%)	0.678
Consumo previo tabaco - n(%)	21 (21.4%)	11 (22.0%)	10 (20.8%)	0.99
Cirugía de urgencia previa ingreso UTI - n(%)	19 (19.4%)	11 (22.4%)	8 (16.3%)	0.609
Antecedente de deterioro cognitivo leve- n(%)	3 (3.06%)	2 (4.08%)	1 (2.04%)	0.99
Requerimiento de hemoderivados - n(%)	30 (30.6%)	17 (34.7%)	13 (26.5%)	0.511

0292 SINDROME DE LEMIERRE

VA ZEBALLOS(1)

(1) Ramon Carrillo

Introducción: Es una complicación poco frecuente de una infección orofaríngea; producida por *Fusobacterium Necrophorum*. Genera embolias sépticas a distancia (principalmente pulmón) y tromboflebitis de la vena yugular interna.

Caso clínico: Masculino de 19 años, previamente sano, consulta por fiebre, odinofagia, adenopatías laterocervicales y mialgias de 4 días

de evolución. Diagnóstico inicial: faringitis bacteriana. Tratamiento ambulatorio: azitromicina e ibuprofeno.

Presenta mala evolución clínica, taquicardia, hipotensión y oligoanuria. Neurologicamente: anisocoria izquierda y hemiparesia braquiocrural izquierda, insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica.

Ingresa a unidad de cuidados intensivos. Se realiza reanimación guiada por objetivos, antibioticoterapia empírica y al aislamiento del germen dirigida con ceftriaxona, metronidazol, anticoagulación con enoxaparina y traqueostomía percutánea.

Evoluciona con empiema tabicado requiriendo pleuroscopia con adhesiolisis pleuropulmonar.

Permaneció internado 21 días en el Servicio, presentando buena evolución clínica.

- Laboratorio: leucocitosis, coagulopatía, procalcitonina > 50 ng/ml, hiperlactacidemia, serología para VIH: negativa. Se aísla en hemocultivos *Fusobacterium Necrophorum*.

- Angiotomografía de cerebro

Trombosis del seno cavernoso izquierdo. Trombosis central de ambas venas yugulares internas. (figura 1)

- Tomografía de tórax:

Lesiones nodulares periféricas con cavitación central (impactos sépticos) (figura 2). Derrame pleural bilateral.

- Ecocardiograma transesofágico descarta vegetaciones.

Figura 1: Angiotomografía: Trombosis del seno cavernoso.

Figura 2: Tomografía computada de tórax: derrame pleural y lesiones nodulares con cavitaciones centrales.

Discusión: El síndrome de Lemierre es poco común, afecta a jóvenes sin patología preexistente con edad media de 20 años, como nuestro paciente.

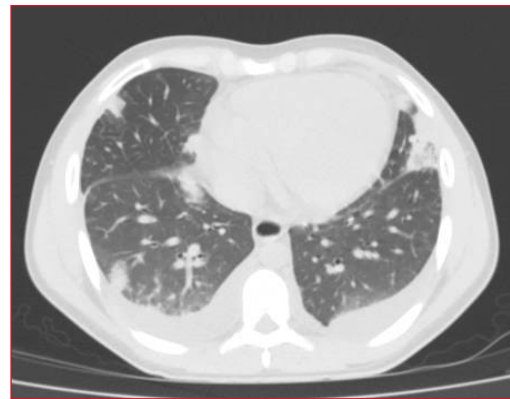
El cuadro clínico de faringitis y adenomegalias es la presentación más frecuente.

Para su diagnóstico es esencial la microbiología, y estudios de imágenes para detectar complicaciones, que como en nuestro paciente, requieren tratamiento quirúrgico.

La anticoagulación aún es controvertida. En nuestro paciente que presenta compromiso cerebral se decide aplicarla por la evidencia de embolias sépticas, trombosis del seno cavernoso y yugular interna bilateral.

Conclusión: Esta enfermedad debe ser considerada como posible diagnóstico ante un cuadro de faringoamigdalitis de evolución tórpida en pacientes inmunocompetentes, fundamentalmente jóvenes que cursan con trombosis de la/s vena/s yugular/es.

Para disminuir la morbimortalidad y mejorar el pronóstico, es crucial el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.



0293 SÍNDROME HEMATOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A HANTAVIRUS

M VALENTI BRUTTI(1), P AVILA(1), A GONZALEZ(1), L ROZZI(1), R GIMENEZ(1), M MALDONADO(1), O MODOTTI(1), N ARBELAIS(1), G TOCALI(1), U MONTESERIN(1), C CANTELI(1), S LUJAN(1)

(1) Hospital Privado De Rosario

Introducción: La linfocitosis hematofagocítica se produce por hiperactivación del sistema inmune, con activación aberrante y sostenida de linfocitos citotóxicos CD8 que resultan en una tormenta de citoquinas.

Presentación del caso: Mujer 23 años, antecedentes: viaje a Países Bajos y Uruguay, vulvoplastia, herpes genital, DIU hormonal 3 meses previos. Ingresa por 3 días de dolor abdominal en fosa ilíaca izquierda, fiebre, diarrea y flujo vaginal amarillado. Estudios complementarios: hepatoesplenomegalia, escaso líquido libre en FSD, leucopenia y plaquetopenia. Internación en sala general por sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria, realizo tratamiento con gentamicina y clindamicina. Evoluciona con tos seca y disnea con progresión a insuficiencia respiratoria, ingresando a UTI con requerimiento de ARM. TAC de torax: engrosamiento difuso de los septos interlobulillares y del intersticio peribronquial. Positividad para hantavirus. Realizo tratamiento empírico: vancomicina, doxiciclina, linezolid, piperacilina-tazobactam. Por profundización de citopenias se realiza frotis de sangre periférica que no demuestra formas inmaduras con requerimiento de múltiples transfusiones. Se realiza PAMO: emperipolesis, se objetiva haptoglobina consumida, aumento de ferritina e hipertrigliceridemia: se diagnostica síndrome hematofagocítico e inicia tratamiento con Etopósido y dexametasona con buena respuesta clínica.

Discusión: El síndrome hematofagocítico se clasifica como primario o secundario. Clínicamente: fiebre, síntomas en SNC, fragilidad capilar y/o palidez, linfa-adenopatías, hepatoesplenomegalia, ascitis, derrame pleural y en forma frecuente progresión hacia la falla multiorgánica fatal.

Conclusión: El síndrome hematofagocítico al ser una entidad poco frecuente en adultos, debe sospecharse en pacientes con escasa respuesta a la terapéutica, presentaciones atípicas de infecciones comunes o alteraciones hematológicas sostenidas.

INGRESO	72 HORAS	EGRESO
hto35	45	24.9
hb12	16	8.9
GB3110	9600	2000
plaquetas83000	52000	230000
tgo32	ferritina1601	505
tgp13	fibrinogeno84	310
Fal170	haptoglobina90	
ggt19		
tp12		16
kptt26		30
eab7.39/34/49/- 4/20/84		

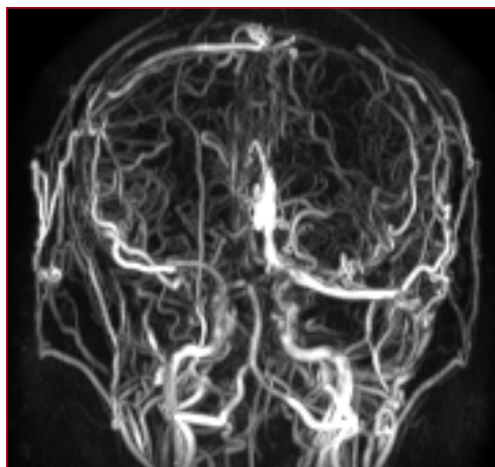
0294 TROMBOSIS DE SENOS TRANSVERSOS: RELATO DE CASO
V MILLÁN(2), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(1), M CRUZ(1),
NA GRASSI(1), M OTAMENDI(1), FE ESPINOZA(1), NI ZELAYA
DE LEON(1), P ZORZANO OSINALDE(1), M PETASNY(1), LG
DURAN(2)
(1) Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero. (2) Hospital Municipal De Agudos "Dr. Leónidas Lucero"

Introducción: Se entiende por trombosis venosa cerebral a la oclusión de algún componente del sistema venoso cerebral secundaria a trombos. Representa el 0.5-3% de todos los accidentes cerebrovasculares a nivel mundial, llegando a 9% de mortalidad. Afecta principalmente a mujeres adultas en edad fértil. Su localización más frecuente es el seno transversal y su síntoma más frecuente es la cefalea. El presente reporte busca describir el manejo de una trombosis de seno transversal en nuestro nosocomio.

Presentación del caso: Paciente femenina de 32 años, hipotiroidea, bajo tratamiento antimicrobiano de inicio reciente y consumo de anticonceptivos orales por sangrado uterino anormal, que consultó por cefalea hemisférica derecha de intensidad 10/10, asociada a vómitos y hemiparesia izquierda, de inicio súbito durante un esfuerzo físico. Ingresó hemodinámicamente estable, afebril, sin requerimientos de oxígeno, desorientada, con hemiparesia izquierda. Se realizó tomografía de cerebro, que evidenció hiperdensidad occipital derecha en relación con seno venoso transversal. Paso a Terapia Intensiva (TI). Se realizó ecodoppler de vasos de cuello, sin particularidades y angio-resonancia de cerebro, que informó la presencia de trombosis en seno venoso derecho. Ante la necesidad de iniciar anticoagulación, se decidió, en conjunto con el servicio de Ginecología, colocar un sistema intrauterino con liberación de levonorgestrel para manejo local de la metrorragia. Inició anticoagulación y presentó mejoría del foco motor, persistiendo con una paresia grado IV de miembro superior izquierdo, que resolvió al tercer día de internación. TC de encéfalo control no mostró cambios. Luego de 5 días en terapia intensiva y 3 días en Clínica, luego de lograr anticoagulación oral, se le otorgó el alta hospitalaria.

Discusión: Para el diagnóstico es imprescindible los estudios de imagen, que permiten identificar la localización de la trombosis y complicaciones que se pueden presentar. La resonancia magnética es una técnica muy efectiva que permite visualizar tanto la localización, extensión, lesiones asociadas en el parénquima y en ocasiones la causa subyacente.

Conclusión: Si bien se trata de una patología relativamente infrecuente, su dificultad diagnóstica conlleva graves consecuencias a nivel funcional. El trabajo orquestado entre distintas especialidades es lo que finalmente influirá en ellas.



0295 UTILIZACIÓN DE PLASMAFILTRACIÓN ACOPLADA CON ADSORCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS. REPORTE DE CASOS

R GREGORI SABELLI(1), S CACERES(2), Y LAMBERTO(2), N CAMPAGNUCCI(2), L DOLDAN(1), N CHACÓN(1), P SAÚL(1), C DOMÍNGUEZ(1), J VIDELA(1), P VELASQUEZ LOPEZ(1), L GONZALEZ(1), L MILAR(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz.

Introducción: La filtración de plasma acoplada con adsorción (CPFA) es una terapia extracorpórea que combina la separación de plasma y adsorción de mediadores inflamatorios y toxinas, hemofiltración para control de la sobrecarga de volumen y eliminación de mediadores hidrosolubles pequeños y medianos. Su rol clínico en pacientes críticos se describe en sepsis, disfunción hepática, intoxicaciones graves y rabdomiólisis. A continuación se presentan 3 casos que utilizan esta terapia extracorpórea.

Presentación de casos: Caso 1: Varón de 31 años VIH internado en terapia intensiva (TI) por falla hepática debido al tratamiento con antifímicos por tuberculosis diseminada. Intercurre con shock séptico y lesión renal aguda (LRA). Soporte ventilatorio y vasopresor. CPFA. Descenso de bilirrubina (4 puntos) ver tabla 1. Mejoría de fallos. Extubado al día 7 de internación.

Caso 2: Varón de 36 años ingresa a TI con malaria grave. Disfunción hepática con elevación (50%) de bilirrubina en 24 horas. Edema agudo de pulmón con nitroglicerina y LRA con oliguria y encefalopatía. CPFA. Descenso de bilirrubina. Lúcido y estabilidad hemodinámica. Buena respuesta a los antimalaria. Pase a sala el día 20.

Caso 3: Mujer de 69 años ingresa a TI por shock séptico. Fallo multiorgánico y rabdomiólisis. Soporte vasopresor y ventilatorio. CPFA. A pesar de la disminución del requerimiento de vasopresores. Fallece a las 24 horas.

Discusión: El sustento del uso de CPFA en los casos descriptos con shock séptico más disfunción renal y hepática grave, se basa en la remoción de bilirrubina y ácidos grasos tóxicos que generan nefrotoxicidad. El beneficio de la CPFA depende de alcanzar un determinado volumen de plasma tratado. La técnica se usa por la mejoría hemodinámica lo que permite brindar tiempo para que la suma total de las terapias instauradas contribuyan a la mejoría de los pacientes en estos casos.

Conclusión: La CPFA es eficiente en remover moléculas inflamatorias en sepsis aunque no demostró disminuir la mortalidad, frente a las terapias convectivas la mejoría hemodinámica es superior. La adsorción depura citoquinas y mediadores más grandes, asociados a causas de LRA no séptica, mioglobina, toxinas asociadas con insuficiencia hepática, permitiendo expandir las indicaciones de CPFA cuando se requiere controlar disfunciones orgánicas en forma simultánea.

Tabla 1: Analitos y su relación con CPFA

	Pre CPFA	Post CPFA	Pre CPFA	Post CPFA
	Bilirrubina Total (mg/dl)	Bilirrubina Total (mg/dl)	Lactatemia (mmol/L)	lactatemia (mmol/L)
caso 1	14,9	10,8	4,22	2,09
caso 2	17,6	13,4	6,8	2,4
caso 3	6,6	3,6	3,57	3,1

0296 STROKE MALIGNO POR EMBOLIA SÉPTICA SECUNDARIA A ENDOCARDITIS INFECCIOSA

Y JUCHANY(1), C COLQUE ESPADA(1), A JORA(1), ME BOAZZO(1), J GARCIA(1), D VIDAL(1), MC FARIAS(1)
 (1) Hrga Balestrini

Paciente de 64 años, múltiples factores de riesgo cardiovascular (edad, sexo, tabaquista, hipertensión arterial) concurre a guardia por síndrome febril asociado a deterioro neurológico de 48 hs de evolución, se interna en clínica médica.

Al interrogatorio agrega pérdida de la visión abrupta de ojo derecho, sin signos de rigidez de nuca.

Tomografía de encefalo sin particularidades, tórax enfisematoso, derrame pleural bilateral infiltrados algodonosos en ambos campos pulmonares, se realiza punción lumbar obteniéndose líquido turbio con hipoglucorraquia.

48 Hs a su ingreso, intercorre con paresia braquio crural izquierda, glasgow 10/15, shock, anisocoria derecha.

Pase a unidad cerrada donde se reitera TC cerebro: evidencia hipodensidad en territorio arteria cerebral media derecha. Conducta neuroquirúrgica de urgencia: craniectomía descompresiva amplia. Con mejoría de anisocoria, persiste con shock refractario a vasocativos, toracocentesis donde se evacuo aproximadamente 500 ml líquido seroso, posteriormente se recibe resultado de hemocultivos y líquido pleural: streptococcus grupo viridans - vancomicina sensible.

Ecocardiografía; se observa imagen móvil de 17 x 7 mm adherido a borde de valva anterior mitral.

Ecocardiograma trasesofagico, valvula mitral engrosada, presencia de imagen de bordes irregulares de aspecto móvil 15/12 mm protruye en sistole, valvula aortica con imagen filiforme de 12 mm de largo adherido a cuspe coronaria izquierda.

Con evolución torida, fallece a los 7 días de internación.

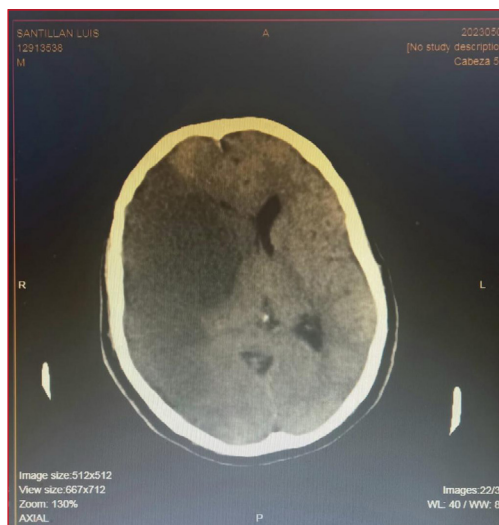
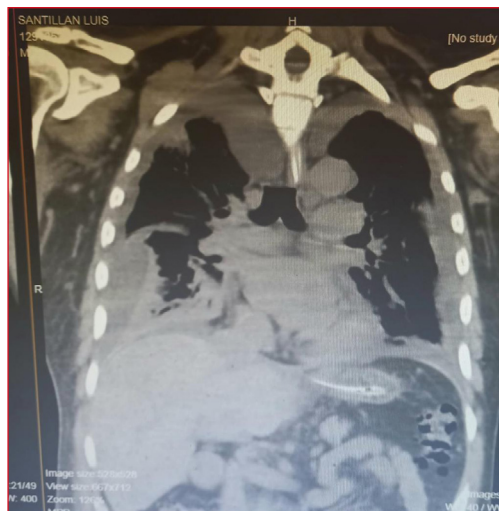
Discusión: Es una infección predominantemente valvular, secundaria a la colonización vía hematogena de microorganismos que producen daño endotelial con formación de trombos fibrinoplaquetarios.

Las complicaciones neurológicas se asocian en un 40%.

El manejo adecuado depende del diagnóstico temprano, la terapia antimicrobiana, y en algunos casos tratamiento quirúrgico.

Conclusión: En todo paciente con fiebre persistente y hemocultivos positivos se debe sospechar la endocarditis bacteriana, un ecocar-

diografía doppler transtorácico corrobora nuestra sospecha diagnóstica, con la sumatoria de criterios de Duke.



0297 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO EN PACIENTE MASCULINO JOVEN. REPORTE DE CASO

M CORONA(1), C SOTELO(1), A VIDES(1), N LLANES(1), G BOUHID(1), R RETAMBAY(1), N SARAGUSTI(1), J MAIDANA(1), C CARRIZO(1), MADV RUIZ(1), R REYNOSO(1)
 (1) San Bernardo

Introducción: El síndrome antifosfolipídico (SAF) se caracteriza por la asociación de los anticuerpos antifosfolipídicos (AAF) con trombosis a repetición, abortos o pérdidas fetales recurrentes y trombocitopenia. El SAF puede ser primario o asociado a otras enfermedades autoinmunes sistémicas.

Se denomina SAF catastrófico al desarrollo de múltiples trombosis en un corto tiempo, en general en vasos de pequeño calibre.

Caso clínico: Paciente masculino de 23 años con antecedente de obesidad mórbida, consulta por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho y vómitos de 3 días de evolución. Al examen físico: lúcido, taquicárdico, hipertenso, úlceras en mmii izquierdo asociado a linfedema; en ecografía abdominal se evidencia escaso líquido libre; en tomografía de abdomen se constata trombosis de vena porta; en eco doppler de miembro inferior informa TVP tibial posterior y soleo gemelar izquierdas, se inicia anticoagulación. Se sospecha de enfermedad autoinmune, se solicitan AAF.

A las 24 hs, intercorre con shock séptico foco abdominal, oligoanuria, mala mecánica ventilatoria, ingresa a terapia intensiva, se decide IOT, se policultiva e inicia imipenem. A las 72 hs, evoluciona con falla multiorgánica (SDRA + Coagulopatía + IRA [requiere Hemodiálisis] + Hiperbilirrubinemia + Plaquetopenia). Se solicita nueva tomografía, se evidencia líquido libre en cavidad y nivel hidroaéreo; se decide realizar laparotomía exploradora + ileostomía por peritonitis fecal + necrosis. Presenta mala evolución, intercorre con PCR y óbito. Informe póstumo de anticuerpo anticardioliopina IgM +.

Discusión: SAF es más frecuente en mujeres (4:1) y en jóvenes (20 y 40 años), se asocia a enfermedades crónicas. Existe una variante única e infrecuente denominado síndrome antifosfolípido catastrófico (SA-Fc) representa en menos del 1% con una alta mortalidad del 50%. Los criterios de SAFc: trombosis de tres o más órganos, oclusión de vasos pequeños en al menos un órgano, rápido desarrollo de manifestaciones clínicas y una confirmación de laboratorio de la presencia de AAF.

Conclusión: SAFc constituye elevada mortalidad a pesar de tratamiento se desencadena por infecciones, cirugías, traumatismo, fármacos; el 1% desarrolla microangiopatía trombótica afectando riñón, pulmón, corazón, piel, sistema nervioso central, intestino, hígado, suprarrenales y vasos periféricos de extremidades.

Es un cuadro grave que requiere tratamiento en terapia intensiva. Las complicaciones cardiacas, pulmonares y falla multiorgánica son las principales causas de muerte.

0298 BOTULISMO ALIMENTARIO

ME BOAZZO(1), A JORÁ(1), C COLQUE ESPADA(1), Y JU-
CHANY(1), J GARCIA(1), MC FARIAS(1)
(1) Hgza Balestrini

Paciente de 36 años que concurre a guardia por cuadro de dolor abdominal, vómitos de tipo alimenticio, explosivo, diplopía, disfa-
gia y debilidad muscular de cuatro días de evolución. Tiene como antecedente que toda su familia ingirió alimentos en conserva de producción casera previo a inicio de síntomas. Laboratorio de ingreso: leucocitosis y acidosis metabólica.

Al examen físico vigíl, diplopía binocular, disfa-
gia, debilidad muscular leve predominantemente en ambos miembros superiores, dolor abdominal severo, signos de deshidratación moderada.

Se informa a médico tratante que familiares que padecían sintomatología similar fallecieron en otra institución.

Previa toma de muestras de materia fecal y sangre para cultivos, se inicia tratamiento con antitoxina botulínica por alta sospecha de botulismo alimentario.

Informe Infectológico: Clostridium botulinum tipo A. luego de iniciar tratamiento con dicha antitoxina paciente hemodinámicamente estable, franca mejoría de diplopía, moviliza cuatro miembros, con fuerza muscular conservada, 72 hs iniciado tratamiento dirigido, tolerando dieta oral, se realiza pase a sala general, con egreso hospitalario cuatro días después.

Conclusiones: El Botulismo es una enfermedad neurológica grave potencialmente letal, poco frecuente, sin embargo, tratable a partir de un diagnóstico certero y precoz.

Marcando la mortalidad de la misma la instauración del tratamiento adecuado con antitoxina botulínica acompañada del soporte vital que requiera el paciente.

0300 TRASPLANTE DE ÓRGANOS DE DONANTE FALLECIDOS CON SEROLOGÍA POSITIVAS EN ARGENTINA

A ANTIK(1), G HIDALGO(1), M ANDERS(2), F PIÑERO(3), D HANSEN KROGH(1), V TAGLIAFICHI(1), M SILVA(4), L BISIGNIANO(1), M MENDIZABAL(4), C SORATTI(1)

(1) Incucai. (2) Hospital Alemán. (3) Hospital Austral. (4) Hospital Austral

Introducción: La escasez de órganos para trasplante de donantes fallecidos es un problema mundial. El trasplante de órganos prove-

nientes de donantes con serología positiva constituye una estrategia para aumentar el pool de donantes. El objetivo de este trabajo es presentar la incidencia de hepatitis B, Hepatitis C y Chagas en potenciales donantes de órganos y tejidos en Argentina, y analizar los resultados de trasplante.

Metodología: Se realizó un estudio de corte transversal de datos obtenidos del registro nacional del INCUCAI. Se describió la prevalencia de potenciales donantes con serología para hepatitis B, hepatitis C y Chagas. Los resultados de trasplante se analizaron mediante la sobrevida de los pacientes mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Durante el período 2006-2020 se procuraron 16.140 potenciales donantes de órganos y tejidos. La prevalencia de serología positiva fue: Hepatitis B, 0,3 %, Hepatitis C, 0,9 % y Chagas 3,2 %. Durante dicho período se realizaron 216 trasplantes hepáticos (Hepatitis B: 124, Hepatitis C: 5, Chagas: 87) y 477 trasplantes renales (Hepatitis B: 220, Hepatitis C: 23, Chagas: 234). Las curvas de sobrevida de los pacientes trasplantados hepáticos fue similar que los trasplantados con donantes serologías negativas y la sobrevida de pacientes con trasplantes renales fueron mayores que aquellos que permanecieron en diálisis.

Conclusión: Los donantes de órganos con serologías positivas para hepatitis B, hepatitis C y Chagas son aptos para trasplante. La Argentina tiene amplia experiencia en la utilización de estos donantes, por lo que no deben ser contraindicados para iniciar un proceso de procuración de órganos.

0302 PLEUROCENTESIS GUIADA POR ULTRASONOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA, EN PACIENTE CON SHOCK SÉPTICO POR NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD

M ISA(1)

(1) Clínica Regional Del Sud

La utilización de la Sonda transesofágica, es un procedimiento seguro, que nos permitió, realizar el monitoreo multisistémico del paciente, llegar al diagnóstico, adoptar la conducta terapéutica adecuada, y evaluar al pie de la cama del paciente los resultados del tratamiento implementado.

Caso clínico: Mujer 70 años, IMC 34 ingresa a UTI, por NGAC, derecha, shock séptico, con utilización de drogas vasoactivas, en asistencia respiratoria mecánica.

Debido a que se encontraba en shock refractario, con caída de satO₂, iniciamos valoración con ultrasonografía transesofágica, (ULTE).

Valoración cardiovascular: disfunción diastólica grado 3.

A nivel medio esofágico, con el multiplanar a 60° -70°, en 2 cámaras, ubicamos a la vena pulmonar superior izquierda, posteriormente escaneamos en sentido horario-antihorario pulmón derecho e izquierdo respectivamente.

Describimos en pulmón derecho imagen con patrón consolidativo con derrame pleural. Se realiza cuantificación del mismo.

Área de máxima superficie x Longitud axial.

foto 1 control área máxima superficie previa a la pleurocentesis.

foto 2 aguja de punción posicionada correctamente en espacio pleural.

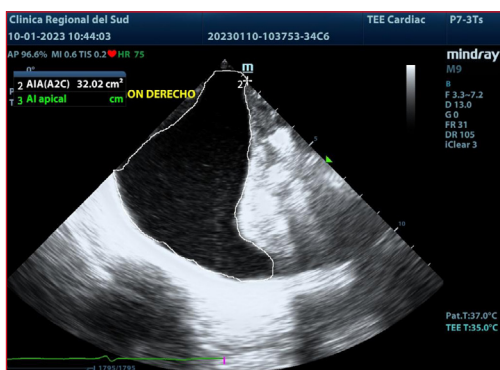
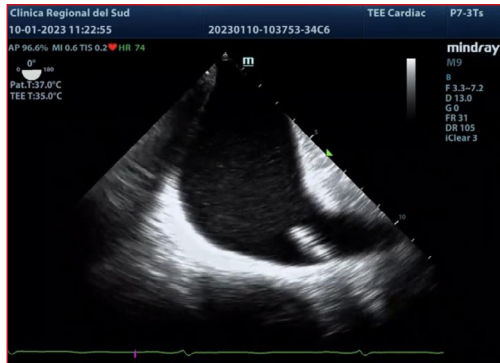
Con la sonda a nivel de esófago medio, ubicamos la zona de máxima superficie del derrame en el pulmón derecho. Para determinar la zona donde punzar, digitalmente palpamos en línea axilar media, desde el vértice, hasta ver en nuestra pantalla el movimiento oscilante del líquido de derrame pleural en la zona de máxima superficie, siendo este el 5 EID (espacio intercostal derecho).

Luego vemos la colocación de aguja, la evacuación del derrame pleural y si aparecen complicaciones, tales como hemotorax, neumotorax, punción del hígado.

Utilizamos la STE, con el objetivo de realizar el monitoreo multisistémico del paciente crítico, llegando al diagnóstico, realizar tratamiento, evaluar la respuesta a este en forma dinámica al pie de la cama del paciente.

De esta forma podemos decir que la paracentesis guiada por ULTE

(ultrasonografía transesofágica), fue un procedimiento seguro, mínimamente invasivo, sin complicaciones.



0307 HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS QUE INGRESAN A TERAPIA INTENSIVA

DV GARZON(1), L PEREZ ILLIDGE(1), G URRUTIA(1), F YOCO(1), M ACEVO ACHA(1), FA MOLINA(1), L AGUIRRE(1), F KLEIN(1)

(1) Fundación Favaloro

Introducción: El trasplante de médula ósea (TMO) haploidénticos es una terapia para una gran variedad de trastornos hematológicos; que se da entre dos individuos de diferencias genéticas, con la mayor identidad posible en los antígenos leucocitarios. La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una complicación pulmonar no infecciosa del TMO con patogenia y tratamiento no establecido. La incidencia informada es del 3 -7% en receptores de TMO alogénicos. La mayoría de los pacientes con HAD desarrollan insuficiencia respiratoria grave con una mortalidad del 70% o más.

Métodos: Este trabajo es un reporte de casos sobre pacientes TMO haploidénticos complicados con HAD en Unidad de terapia Intensiva(UTI) de Hospital Universitario Fundación Favaloro; durante el periodo de enero del 2018 hasta marzo de 2023.

Resultados: Siete pacientes con hemoptisis e insuficiencia respiratoria fueron internados en UTI en enero del 2018 a marzo de 2023. Las variables demográficas y clínicas son presentadas en la tabla 1. En cuanto al soporte ventilatorio 3/7(42%) requirió ventilación mecánica no invasiva (CAFO/VNI) y el 100% asistencia respiratoria mecánica con una media de 17.7(DE+/-22.3) días en ARM, 14(DE+/- 8.3) puntos de APACHE, 11(DE+/-4.7) puntos mayor SOFA. Cuatro de siete pacientes (57%) evolucionaron con Insuficiencia renal aguda de los cuales 1/4(25%) requirió Terapia Reemplazo Renal. El 100% de los pacientes presentaron coinfecciones: bacterianas(42%), virales(28%) y fúngicas (14%). Los patrones radiológicos fueron vidrio esmerilado (71%) y árbol en brote (29%); y se reportó 4/7 (57%) pacientes más del 20% de macrófagos con hemosiderina en estudio anatomopatológico. En cuanto al tra-

tamiento el 5/7 (71%) recibió corticoides, de los cuales 3/5 (60%) dentro las 48hs del diagnóstico.

Discusión: En nuestro análisis hallamos una probable relación entre inicio de corticoides temprano y la mortalidad de nuestros pacientes. Actualmente en la literatura no existe una relación entre tiempo de administración de corticoides y mortalidad, por lo que se sugiere realizar estudios con mayor poder estadístico.

Conclusión: Pacientes con TMO haploidénticos complicados con HAD presentaron alta mortalidad en UTI. No objetivamos diferencias entre los métodos de soporte ventilatorio (invasivo y no invasivo), mientras el inicio temprano de corticoides podría mejorar la mortalidad de estos pacientes.

Variables	N° de paciente	Porcentajes(%)	Medida
DEMOGRAFICAS			
Edad	7		Media 39.2 (23-66)
Sexo			
Femenino	4	57	
Masculino	3	42	
ANTECEDENTES			
Enfermedad de base			
LLA B	3	42	
Sme Mielodisplásico	1	14	
Aplasia medular	1	14	
Leucemia Neutrofilica Cronica	1	14	
Anemia refractaria	1	14	
CLINICAS			
Soporte respiratorio			
Cánula de alto flujo	3	42	
Ventilación No invasiva	3	42	
Ventilación Invasiva	7	100	
Injuria renal aguda	4	57	
Terapia de reemplazo renal	1	25	
Coinfección			
Virus	3	42	
Bacteriana	2	28	
Micótica	1	14	
Corticoides			
Temprano < 48hs	3	42	
Tardío > 48hs	2	28	
No recibieron	2	28	



0308 USO DE DISPOSITIVO DIVERSOR DE FLUJO (FSD) PIPELINE PARA TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMA INTRACRANEAL GIGANTE

AE GARRIDO(1), CME ZALAZAR(2)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes. (2) Instituto De Cardiología De Corrientes Juana Francisca Cabral

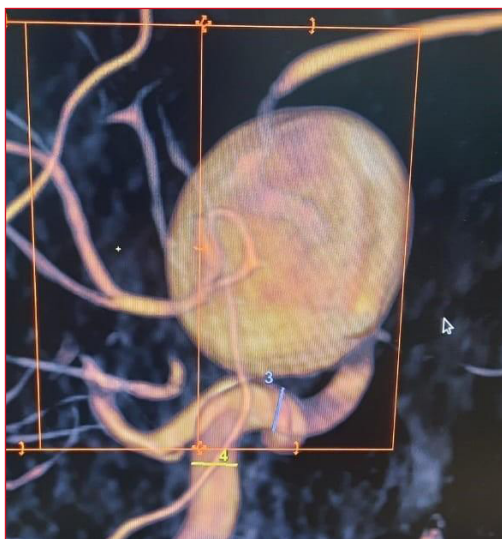
Introducción: Los aneurismas intracraneales gigantes > 25 mm, siguen siendo un abordaje desafiante. Los stents diversores de flujo (FSD), promueven oclusión de aneurisma con alta eficacia y un perfil de complicaciones similar al de otros stents intracraneales. Las instrucciones de uso se limitaban con aneurismas grandes o gigantes de arteria carótida interna.

Objetivo: Reporte de caso clínico de uso de FSD pipeline para tratamiento endovascular de aneurisma intracraneal gigante, uso de agente antiplaquetario y seguimiento a un año.

Presentación del caso: Paciente de 61 años, hipertensa, ex tabaquista, evoluciona desde junio del 2021 con cefalea agregándose disminución progresiva de la agudeza visual del ojo derecho, comprometiendo el ojo izquierdo. En agosto del mismo año consulto con el médico de cabecera solicitó arteriografía cerebral que informó aneurisma gigante paraclinoideo derecho de 25 mm, saco aneurismático carotídeo oftálmico izquierdo 4 mm, variante trigeminal de la arteria cerebral posterior derecho se programa embolización. El 12/4/2022 se realiza embolización supraselectiva de aneurisma carotídeo derecho gigante con FDS, recibe tratamiento antiplaquetario dual (DAPT) con Ácido acetilsalicílico 100 mg más clopidogrel 75 mg diarios. Evoluciona favorablemente y se otorga alta institucional. El 20/10/2022 se realiza arteriografía diagnóstica de vasos de cuello y cerebral donde se constata curación del saco aneurismático de la arteria carótida interna derecha sin cambios morfológicos del pequeño saco aneurismático carotídeo izquierdo.

Discusión: La tecnología de FDS esta arraigada firmemente, en direcciones futuras la atención a DAPT previo y posterior al procedimiento, el tiempo de interrupción de los mismos y la detección cuantitativa de los no respondedores y las pruebas de función plaquetaria sería un complemento significativo. La planificación cuidadosa el seguimiento personalizados e individualizados para combatir complicaciones isquémicas.

Conclusión: Los FDS son herramientas claves para el tratamiento de aneurismas difíciles y el uso se amplió en los territorios de la ACI, teniendo como resultado gran mejoría clínica de la paciente sin complicaciones al año de seguimiento.



0309 IMPLANTE TRANSCATER DE VÁLVULA AORTICA COMPLICADO CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO AE GARRIDO(1), CME ZALAZAR(2), ML BRACCINI(2), F FALCON(2), AE PIACENZA(2)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes. (2) Instituto De Cardiología De Corrientes Juana Francisca Cabral

Introducción: Se ha avanzado en el diseño de los dispositivos y en la prevención y tratamiento de las complicaciones, por lo que es preciso conocer las mejores estrategias de prevención y tratamiento.

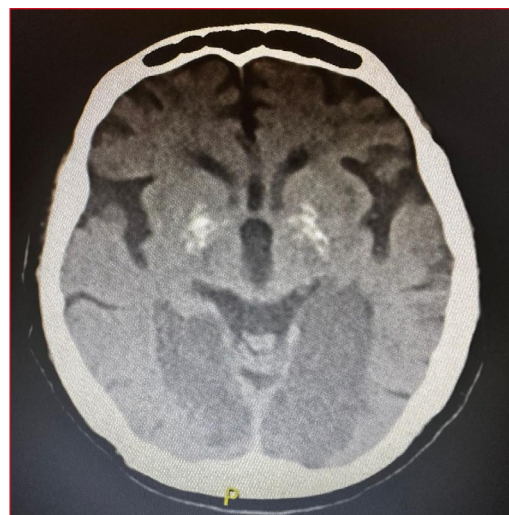
Objetivo: Reporte de caso clínico de TAVI complicado con ACVI, y terapia antitrombótica.

Presentación del caso: Paciente de 68 años, antecedente de artritis reumatoidea, ex tabaquista. En enero del 2023 curso internación por insuficiencia cardiaca descompensada, se realizó ecografía Doppler cardiaca que informó estenosis aortica severa, por alto riesgo quirúrgico se desestimó conducta quirúrgica, sugiriéndose (TAVI). Evoluciono con fibrilación auricular (FA) revirtiendo farmacológicamente iniciándose anticoagulación. Evoluciono con excitación psicomotriz por lo que se realizó RNM de cerebro que evidencio focos isquémicos lacunares múltiples, confluyente, subcortical frontoparietal bilateral, evoluciona con mejoría del cuadro sin evidencia de foco motor.

El 11/4/2023 se realizó TAVI (MERIL MYVALE 275) por vía femoral, se realiza control angiográfico satisfactorio, Ingresa posteriormente al servicio de UCI, evolucionando con bloqueo auriculoventricular completo requiriendo marcapaso transitorio, posteriormente se realiza implante del dispositivo definitivo sin complicaciones. Evoluciono con amaurosis bilateral por lo que se realiza TAC de cerebro sin contraste que evidencio imágenes hipodensas cortico-subcortical y profunda a parietooccipital parasagital bilateral, sin lesiones hemorrágicas, compatible con lesión vascular isquémica. El 13/4/23 se realiza ecografía Doppler cardiaca que informa Ao 33, Ai 41, VIDD 51, VIDS 32, Fey 71 % S16, PP14, dilatación de raíz aortica 46 mm, TAPSE 25, Fuga periprotésica leve, válvula aortica normofuncionante. Con respecto al reinicio de anticoagulación se adopta conducta expectante, indicándose doble antiagregación plaquetaria con Ácido Acetilsalicílico y clopidogrel. Por buena evolución se otorga alta institucional.

Discusión: La prevención en el TAVI se basa en la combinación de terapia antitrombótica y minimizar la agresión vascular y valvular periprocedimiento, también el uso de dispositivos percutáneos de protección embólica seguros y mejorar el diseño para prevenir la complicación vascular isquémica más temida.

Conclusión: Las complicaciones del TAVI son frecuentes y a menudo graves por lo que es fundamental conocer los factores predisponentes. Determinar las mejores estrategias de prevención y tratamiento de las complicaciones.





0310 REPORTE DE CASO TUMOR DE FRANTZ

M VILLALOBOS(1), S PÉREZ(2), Á VÉLEZ(2), L VALENCIA(2), P SILISQUE(2), E QUISPE(2), J CONDORI(2), A PEDRAZAS(2), J CAMPOS(2), J QUISPE(2), P VILLALOBOS(2), W SOSA(2)
(1) Sdo. (2) Sanatorio Oeste Merlo

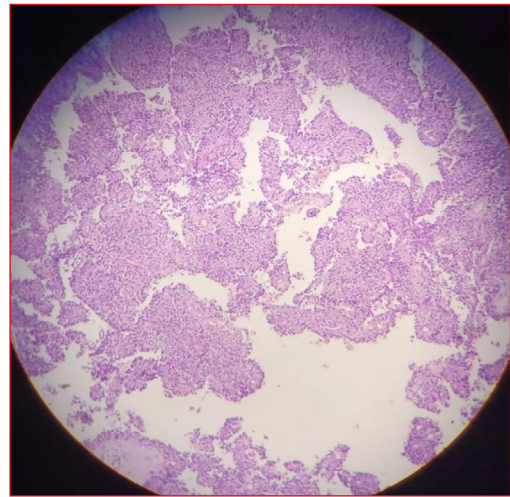
Introducción: El tumor sólido pseudopapilar de páncreas (STP), neoplasia infrecuente entre los tumores exocrinos de páncreas. Descrito por Virginia K Frantz (1959), como tumor papilar del páncreas benigno o maligno con varias denominaciones (Tumor sólido y quístico, tumor quístico papilar, neoplasia epitelial sólida y papilar y tumor de Frantz). En 1996, la OMS renombró esta patología como SPT para la clasificación histológica internacional de tumores.

Presentación de Caso: Paciente de 22 años, sin antecedentes clínicos, cursó internación en UCI por 40 días, con múltiples intervenciones quirúrgicas. Pancreatectomía corpocaudal con conservación de bazo por "quiste pancreático", Necrosectomía de páncreas, perforación intestinal en ángulo esplénico con resección segmentaria de colon. Anastomosis colónica con signos de sufrimiento, por lo que se decide abocar ambos cabos (colostomía proximal y fistula mucosa distal), fistula pancreática, y drenaje parietocólico izquierdo. Drenaje Percutáneo de absceso eco dirigido.

Informe de anatomía patológica Tumor pseudopapilar sólido (Tumor de Frantz) de 5 x 3,5 cm. Margen de lesión libre de lesión.

Discusión: Tumor de Frantz, incidencia menor 3 %, entreel (0.2 a 2.7 %), de todos los tumores del páncreas, etiología desconocida, mujeres jóvenes (18- 35 años), media de 24 años, 6:1, el tamaño tumoral promedia 10 centímetros, localización más frecuente cabeza de páncreas. La clínica es una masa abdominal de crecimiento lento con o sin dolor abdominal. Bajo potencial maligno, localmente agresivos e infiltrativos, con metástasis en el hígado, pulmón y piel. El factor clínico asociado a mal pronóstico es el sexo masculino y la edad avanzada La histología masa sólida con estructuras pseudopapilares y pseudoquísticas con microvasculatura rica en diversas proporciones. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, buen pronóstico, tasa de supervivencia a cinco años tan alta entre 94-97 %. Diagnóstico diferencial adenoma seroso microquístico, las neoplasias quísticas mucinosas, los tumores de islotes celulares quísticos, los pancreatoblastomas, los carcinomas de células acinares, los tumores mucosecretorios, el hemangioma vascular «tumorlike» y los pseudoquistes hemorrágicos calcificados.

Conclusión: En nuestro caso paciente evoluciona satisfactoriamente, siendo dada de alta, requirió nutrición parenteral total, antibióticos de amplio espectro, uso de azul de metileno para evaluar las fistulas.



0311 ESTUDIO PRM: PREDICTOR RÁPIDO DE MARCHA EN PACIENTES POST-STROKE

N QUESTA(1), LN SANABRIA(1), LM PASCHETTA(1), M PETRE(1), I TORCIDA(1)
(1) Htal Del Bicentenario De Esteban Echeverria

Introducción: El Accidente Cerebro Vascular (ACV) es una de las principales causas de discapacidad. Un número significativo de pacientes con este diagnóstico requieren internación y monitoreo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La rehabilitación de la marcha es un objetivo clave en la rehabilitación. Varios estudios intentan predecir la capacidad de marcha independiente en los pacientes post-ACV, pero son heterogéneos. Además, la falta de especificidad al momento de realizar la evaluación puede sesgar los resultados. El objetivo es identificar un predictor rápido (3 semanas) de marcha independiente en pacientes post-ACV en pacientes internados en Emergencias y UCI.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte. Se realizaron valoraciones, en Emergencias y en UCI, a las 48 horas del inicio de los síntomas y en los días 9 y 15 posteriores al ACV para detectar cambios y evaluar su valor predictivo. Se incluyeron pacientes que cumplieran ciertos criterios, como haber sufrido un ACV, tener hemiparesia dentro de las 48 horas, y ser incapaz de caminar de forma independiente (FAC <4) dentro de las 48 horas del evento. La variable dependiente fue la marcha independiente, medida mediante la FAC, y las variables

independientes incluyeron la edad, el sexo, el hemisferio afectado, la fuerza de dorsiflexores evaluada con el MRC, entre otras.

Resultados: Se obtuvo una N de 28 pacientes. Al comparar los pacientes con un MRC de dorsiflexores ≥ 3 evaluado a las 48 horas con aquellos con un MRC < 3 , se encontró diferencia significativa a través de la prueba de Mann Whitney hasta la recuperación de la marcha independiente ($p < 0,040$), con una mediana de 8 días en el primer grupo y 87,5 días en el segundo grupo. En las evaluaciones posteriores, el primer grupo, conservó la significancia estadística. Para la performance diagnóstica se realizó una curva ROC, que arrojó un área bajo la curva de 0,75, una sensibilidad de 100%, y una especificidad del 50%.

Conclusión: La evaluación clínica de la fuerza de dorsiflexión de tobillo a las 48 horas del ACV puede ser una variable de predicción para la marcha independiente en tres semanas en Emergencias y en UTI.

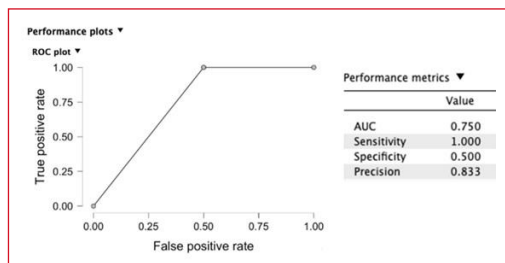


Tabla 3. Diferencia estadística entre grupos de acuerdo al resultado de seropositivo o negativo en relación a que para un caso independiente

Variable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	
...

0313 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES EN ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA ADMITIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD. ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL

DA RODRIGUEZ(1), G AQUINO(1), I DEVEIKIS(2), LD PEREZ(3), NB LEALES(3), M PETRE(3), A SANTANA MACKINLAY(3)
 (1) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario Esteban Echeverría. (2) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario De Esteban Echeverría. (3) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario De Esteban Echeverría

Introducción: Para poder brindar una atención efectiva, en cuanto a calidad y costos, es fundamental conocer la población en estudio para así poder estandarizar procedimientos en busca de optimizar resultados durante la estancia del paciente en la unidad de terapia intensiva (UTI).

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer el perfil epidemiológico, la tasa de desvinculación de la ventilación mecánica invasiva (VMI) y la tasa de mortalidad de los pacientes adultos que recibieron VMI en el Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario Esteban Echeverría (HBEE) ya que es indispensable para abrir camino a nuevos trabajos científicos y con ello mejorar las decisiones clínicas y estrategias terapéuticas.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Fueron incluidos los pacientes ingresados a la UTI del HBEE, en el periodo comprendido entre 1 de junio al 31 de diciembre de 2022, que requirieron VMI durante al menos 12 horas desde su ingreso. Se excluyeron a los pacientes con adecuación del esfuerzo terapéutico y aquellos que desarrollaron muerte encefálica dentro de las 24 hs desde el ingreso.

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes. La mediana de edad fue de 47 años (33-64). El 63,7% eran de género masculino. El score SAPS II obtuvo una media de 45,79 (DE 17,94) puntos. La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial con 55 pacientes (37,7%). El diagnóstico prevalente fue el de origen neurológico con el 32,9%. De los pacientes incluidos, 57 (39%) pudieron ser extubados, y de estos, 16 (28%) requirieron reintubación. Asimismo, 43 pacientes (29,5%) necesitaron una traqueostomía. Un total de 77 pacientes (52,7%) pudieron ser desvinculados de la VMI. En la figura 1 se relaciona el tipo de destete según WIND Study en relación a la mortalidad. La mediana de días de VM fue de 9 (3-20). La estancia en la UTI fue de 13 días (5-25). La mayoría de los pacientes fueron ventilados con una estrategia protectora (Figura 2). La tasa de mortalidad fue de 47,3%.

Conclusión: Se ha descrito el perfil epidemiológico de los pacientes que recibieron VMI. La tasa de desvinculación fue del 52,7% y la mortalidad fue del 47,4%.

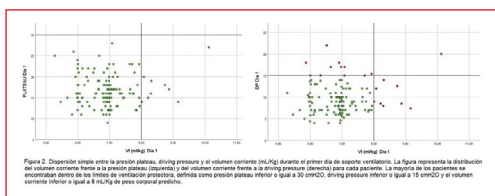


Figura 2. Dispersión simple entre la presión positiva, driving pressure y el volumen corriente (mL) durante el primer día de soporte ventilatorio. La figura representa la distribución de valores corriente frente a la presión positiva (dispersión) y del volumen corriente frente a la driving pressure (relación) para cada paciente. La mayoría de los pacientes se encuentran dentro de los límites de ventilación protectora, definida como presión positiva inferior a igual a 30 cmH2O, driving pressure inferior a igual a 18 cmH2O y el volumen corriente inferior a igual a 700 mL en un caso controlado.

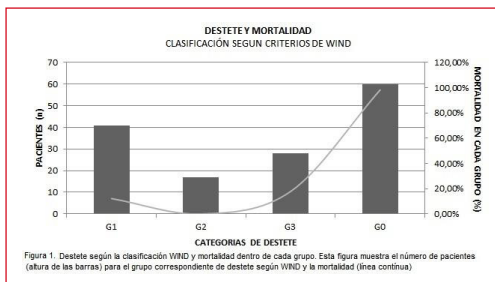


Figura 1. Destete según la clasificación WIND y mortalidad dentro de cada grupo. Esta figura muestra el número de pacientes (altura de las barras) para el grupo correspondiente de destete según WIND y la mortalidad (línea continua).

0314 FACTORES ASOCIADOS A LIMITACIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES DE UNA TERAPIA INTENSIVA ARGENTINA.

A FERRERO(1), J GONZALEZ ANAYA(1), A MASSO(1), L VALENCEIA(1), I HUESPE(1), NG GONZALEZ(1), S VENUTI(1), F CARINI(1)
 (1) Italiano

Introducción: Las definiciones futilidad y limitación del esfuerzo terapéutico tiene importante carga cultural, reportes europeos informan que la mortalidad en pacientes con y sin adecuación es similar, sin embargo la idiosincrasia latinoamericana puede implicar cambios en los criterios de limitación.

Objetivos: Describir la proporción de pacientes con adecuación del esfuerzo terapéutico y la mortalidad de dichos pacientes.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, se incluyeron pacientes mayores de 18 años, entre Abril y Junio de 2019 en un Centro de Alta Complejidad de la Capital Federal. Se evaluó el tipo de adecuación terapéutica, clasificada como no escalar tratamiento, detención del tratamiento, retiro del tratamiento, y a su vez se subdividió de acuerdo a consenso entre el equipo médico y la familia (consensuado, no consensuado, acuerdo interno).

Se describieron la limitación del esfuerzo terapéutico como proporción y número absoluto y se reportó el riesgo absoluto y relativo de mortalidad en pacientes con y sin adecuación terapéutica.

Resultados: Se incluyeron 307 pacientes, de los cuales el 9.7% (30) recibieron adecuación terapéutica, con una mortalidad del 66.6% (n=20), contra una mortalidad del 4.3% (n=12) en paciente sin adecuación (p<0.01). Las características demográficas se presentan en la tabla 1. Se observa que la limitación más frecuente fue la consensuada con la familia en un 63% (n=19), seguido del acuerdo pero no expresado abiertamente 22% (n=7), y por último en el 9% (n=3) se adecuó internamente desde el equipo médico.

Con respecto a las variables más asociadas a la limitación terapéutica, observamos que los pacientes con adecuación tuvieron significativamente mayores valores de APACHE, Charlson y la principal causa de admisión fue la médica.

Conclusión: El 10% de los pacientes que ingresaron a la UTI se limitaron terapéuticamente, en los mismos se observó una mortalidad significativamente más elevada. A su vez el principal tipo de adecuación terapéutica fue el acuerdo consensuado.

Tabla 1. Variables demográficas

	Todos (N=307)	Sin adecuación (N=277)	Adecuación (N=30)	p.valor
Sexo femenino - n(%)	155 (50.7%)	139 (50.4%)	16 (53.3%)	0.907
Edad en años - media (DE)	61.5 (17.1)	60.2 (16.7)	73.9 (16.2)	<0.001
APACHE II - media (DE)	11.6 (8.25)	10.7 (7.65)	18.8 (9.52)	<0.001
Charlson - media (DE)	4.53 (2.82)	4.29 (2.72)	6.83 (2.74)	<0.001
BMI - media (DE)	27.0 (6.78)	27.6 (6.46)	22.4 (7.80)	0.008
Motivo de ingreso UCI - n (%)				<0.001
Médico	102 (33.2%)	75 (27.1%)	27 (90.0%)	
Quirúrgico	190 (61.9%)	189 (68.2%)	1 (3.33%)	
Trauma	9 (2.93%)	7 (2.53%)	2 (6.67%)	

0315 EXPERIENCIA EN EL USO DE LA VASOPRESINA EN SHOCK SÉPTICO

A COCA SALAZAR(1), K CINQUEGRANI(1), L MENTA(1), A DALZOTTO(1), F MILORO(1), J PARDON(1), F PODESTA(1)
 (1) El Cruce

Introducción: La vasopresina (VP) es un agente atractivo para el manejo del shock, observándose una tendencia a su uso más precoz, sin haber datos precisos sobre la dosis óptima en pediatría.

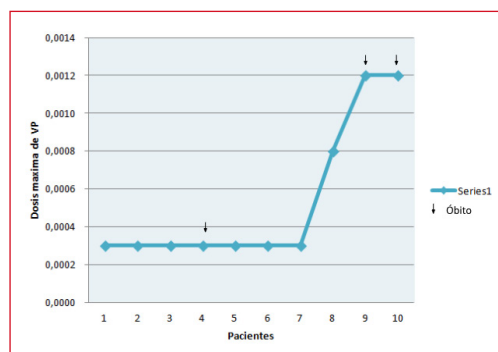
Objetivos: Describir el uso de vasopresina en pacientes pediátricos con shock séptico, evaluar la dosis utilizada, respuesta clínica a los 60 minutos y mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional con recogida de datos prospectiva, incluyó pacientes de 1 mes a

14 años 11 meses ingresados a UTIP que presentaron shock séptico sin respuesta a catecolaminas y requirieron infusión de VP. Se recolectaron datos en planillas que se volcaron en base de datos para análisis: edad, sexo, causa del shock, signos clínicos previos y a los 60 minutos de la infusión, días de inotrópicos y outcome.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes. La mediana de edad fue 35 meses, 8 de sexo femenino. La patología asociada fue IRAB (80%), 3 presentaban comorbilidades. El PIM3 de ingreso fue 0.46 a 28.6. El tiempo desde el diagnóstico de shock al uso de VP fue una media de 9 hs. La dosis de noradrenalina utilizada previo a la infusión de VP osciló entre 0.3 y 1 mcg/kg/min. El tiempo medio de uso de VP fue 19 hs con dosis de 0.0003 a 0.0012 UI/kg/min. 2 de los 3 pacientes fallecidos fueron los que recibieron la mayor dosis (0.0012 U/kg/min). La media de días de uso de inotrópicos/vasopresores fue de 3. 8 pacientes mejoraron los signos vitales a los 60 minutos alcanzando percentil 50 de tensión arterial sistólica y frecuencia cardiaca. 6 pacientes lograron alta hospitalaria, 3 fallecieron y 1 continúa internado.

Conclusiones: Si bien el tamaño de la muestra es pequeño se observó mejoría clínica en la mayoría de los pacientes a los 60 minutos y mayor mortalidad en el grupo que requirió mayor dosis. Esto puede interpretarse como refractariedad por estado crítico o fenotipo no respondedor. La dosis con mejor outcome fue 0.0003 U/kg/min. Es necesario realizar estudios prospectivos que aporten mayor evidencia.



0316 SATI-Q: 20 AÑOS DE HISTORIA, EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS HACIA EL FUTURO

MDP ARIAS LOPEZ(1), AL FERNANDEZ(1), ME RATTO(1), A GALLESIO(1)
 (1) Sati

Introducción: El Programa SATI-Q es un registro voluntario de monitoreo de indicadores de Calidad que se originó con el objetivo de optimizar el desempeño de las Unidades de Cuidados Intensivos en Argentina. El primer informe fue presentado en 2003 para Unidades de Adultos y, desde 2005, para Unidades Pediátricas. Desde entonces, se han mantenido los informes anuales y las actualizaciones periódicas del software sin interrupciones hasta lograr en 2022 la creación de un recurso FHIR HL7 para participar de forma interoperable.

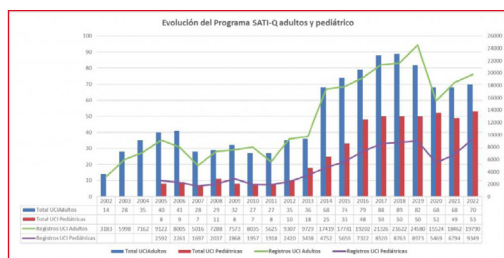
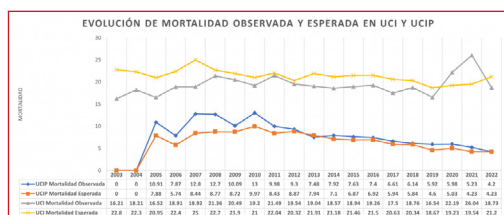
Resultados: Con más de 150 Unidades reportando datos, más de 250 mil registros analizables entre internaciones de adultos y pediátricos, y la progresiva incorporación de nuevas funcionalidades para adaptarse a las necesidades de las UCI participantes, el programa ha permitido monitorizar la evolución de los indicadores de calidad a lo largo del tiempo. En Fig 1 se muestra la evolución de registros y unidades y en Fig 2 la mortalidad observada y esperada

Discusión: Durante los primeros años del Programa SATI-Q, los desafíos se centraron en motivar a las unidades participantes para presentar los datos de manera voluntaria. Con el tiempo, el Programa ha logrado obtener una participación más activa, incluso manteniéndose durante la pandemia de COVID-19, lo que ha permitido una mayor cantidad de datos disponibles para analizar y mejorar el desempeño de las Unidades.

Actualmente, el Programa SATI-Q tiene una visión para el futuro, incluyendo interoperabilidad a través de recursos estándar con Historias Clínicas Electrónicas (HCE) existentes y el uso de datos para Inteligencia Artificial (IA). Esta presentación es una oportunidad para mostrar la evolución de esos indicadores estándar que mide el programa además de compartir la historia y la visión a futuro.

Conclusión: La revisión de los resultados y evolución de estos 20 primeros años de historia permitirá una mejor comprensión de los datos y una mejora continua en la calidad del cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos en Argentina.

Agradecimientos: A los integrantes del Programa SATI-Q, al Comité de Gestión, Calidad y Datos de SATI, la CD de SATI y a todos los profesionales de la salud que estuvieron en la primera línea de batalla durante esta pandemia.



0317 HANG TIME: PROYECTO DE MEJORA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIMICROBIANOS EN SEPSIS

S PRATESI(1), P PRATESI(1), W CORNISTEIN(1), V POUZA(1), MJ DIAZ(1), M SALAS(1), G MAST(1), M CARDONATTI(2)
 (1) Hospital Austral. (2) Hospital Austra

Introducción: La administración de antibióticos empíricos dentro de la primera hora en pacientes con sepsis o shock séptico (SS) es uno de los principales determinantes de la evolución del paciente. Se ha reportado que en pacientes hospitalizados el 30-50% de los antibióticos administrados es inapropiado. Por otro lado, la demora en el inicio del tratamiento aumenta la mortalidad. En este contexto desarrollo de programas de optimización del uso de antimicrobianos (PROA) es imprescindible.

En el marco de un proyecto de investigación multicéntrico, participamos del proyecto Hang Time cuyo objetivo fue optimizar los tiempos de administración de antimicrobianos a partir de intervenciones educativas.

Métodos: Estudio cuasiexperimental de intervención sobre personal involucrado en la administración de antimicrobianos en pacientes en terapia intensiva (UTI). Periodo estudiado mayo 2022 - Marzo 2023.

En la fase de recolección de datos se evaluó el proceso desde la indicación médica hasta la administración de antimicrobianos en pacientes con SS.

Durante la fase de intervención (2 meses) se realizó un programa de capacitación para personal médico y enfermería. Estos fueron puestos en práctica por la farmacéutica designada junto con servicio de control de infecciones.

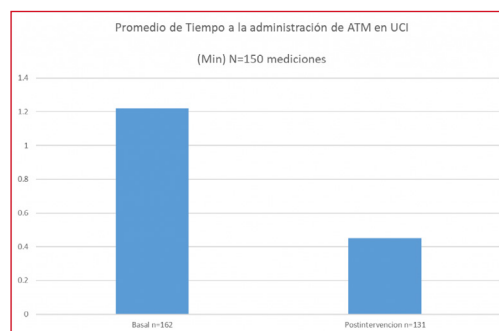
Fase postintervención: se recolectaron nuevamente datos. Finalmente se compararon los tiempos de administración pre y post-intervención. Se analizaron los motivos que determinaron la demora en la administración.

Resultados: Se evaluaron 162 indicaciones de antimicrobianos en UTI en el período de mayo a diciembre del 2022. El tiempo promedio fue de 1hr 22min. Se identificaron como causas de demora problemas en la comunicación entre servicios y dificultades relacionadas con el sistema informático.

Se realizaron 3 reuniones de capacitación para enfermería, médicos y farmacéuticos para analizar los aspectos y las mejoras al proceso. Los datos obtenidos post intervención demostraron una reducción del tiempo de administración antimicrobiana con un promedio de 45min.

Conclusión: En America Latina existe poca evidencia sobre el tiempo de demora en la administración de antimicrobianos. El "proyecto Hang Time" permitió obtener mayores datos al respecto y desarrollar proyectos de mejora destinados a optimizar los tiempos.

En nuestra experiencia mediante las intervenciones educativas se redujo el tiempo promedio de administración con potencial impacto favorable sobre el paciente.



0318 ¿DE QUÉ FALLECEN NUESTROS PACIENTES? CAUSAS DE MUERTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. PARTE II.

M CYUNEL, MA FRANCAVILLA(1), S MAGEE(2)
 (1) Gutiérrez. (2) Bahl

Objetivo: Caracterizar las causas de muerte de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y comparar la mortalidad total con el trabajo previo.

Antecedentes: Se presentó un trabajo similar del período comprendido entre abril 2017 y abril 2019.

Método: Estudio retrospectivo, de centro único con recolección de datos del SATI Q y SINTRA. Período abril 2019-diciembre 2022. Las variables se expresan como mediana y rango intercuartil (RIC) o cantidad y porcentaje.

Resultado: Durante el período de estudio ingresaron 1.371 pacientes, de los cuales 126 fallecieron. Dentro de este grupo se encontró que el 57,1% eran de sexo masculino con una edad mediana de 7 años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron las causas respiratorias (31 %), seguidas de causas neurológicas (17,5 %), postquirúrgicas (7,9 %) y cardiovasculares (5,6 %).

En cuanto a las condiciones crónicas complejas (CCC), 99 pacientes tenían al menos una CCC. Las más comunes fueron malignidad 45 (35,7 %), genética o congénita 27 (21,4 %), neurológicas o neuromusculares 15 (11,9 %) y metabólicas 9 (7,1 %).

En un 102 pacientes la muerte se produjo por paro cardiorespiratorio (PCR), en segundo lugar por muerte bajo criterios neurológicos (MBCN) en 13 pacientes, y 11 pacientes luego de la limitación del soporte vital (LSV) constatada en la historia clínica.

Conclusión: La causa principal de muerte fue el PCR, situación similar a la reportada en el trabajo previo. De los pacientes fallecidos, un 78% tenían CCC, siendo la más frecuente la malignidad y coincidiendo con el trabajo anterior.

0320 PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN E INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASA Y METALO-B-LACTAMASA EN UNA UCI DE HOSPITAL UNIVERSITARIO.

F MORALES, MR GARDEAZABAL(1), I PARODI(1), M CORDOBA(1), A CUCCI(1), F MARTIN(1), MA BETANCUR(1), MG NUCCIARONE(1), ML GUTIERREZ(1), J VILCA(1), F IGLESIAS(1), JJM CONDE(1), G SAENZ(1), L TUMINO(1), C LOUDET(1)
 (1) San Martín De La Plata

Introducción: Los microorganismos multirresistentes son causa importante de infecciones asociadas al cuidado de salud teniendo impacto en la morbimortalidad de los pacientes. La emergencia de cepas de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) y metalo-b-lactamasa (MBL) constituye un problema de difícil abordaje.

Objetivos: Determinar la prevalencia de colonización por EPC y MBL y la incidencia de infecciones en pacientes colonizados, y comparar características de pacientes colonizados y no colonizados.

Material y métodos: Cohorte prospectiva en UCI médico-quirúrgica de 21 camas desde enero a mayo-2023. Todos los pacientes consecutivos que estuvieran internados en la UCI >48 hs fueron estudiados con hisopados rectales mediante medios cromogénicos diferenciando entre KPC y MBL. Los hisopados se realizaron en forma semanal hasta la presencia de colonización o alta del paciente. Se registraron características epidemiológicas, scores de severidad y evolución considerando colonizados, no colonizados e infectados entre los colonizados. Para las comparaciones se utilizó el test Chi-cuadrado/Fisher o TTest y Wilcoxon según naturaleza de los datos (p significativa <0.05). Programa STATA-14.

Resultados: En el periodo de estudio se hisoparon un total de 70 pacientes. De ellos 32 (45.71%) fueron positivos: 31 (97%) para MBL y sólo 1 (3%) para EPC. El 50% de los hisopados positivos se obtuvieron en la primera muestra del ingreso a UCI. La mediana de días a la colonización desde el ingreso fue de 8 [4.5-16]. En la Tabla 1 se encuentran características y evolución de pacientes colonizados y no colonizados.

De los 32 pacientes colonizados, seis (19%) presentaron infecciones por el mismo patógeno. En la tabla 2 se muestran las características epidemiológicas respectivas.

Conclusiones: La prevalencia de colonización por EPC y MBL en la UCI fue mayor que la encontrada en la bibliografía, con la cepa de MBL con gran predominio. Los pacientes con mayor severidad de ingreso y en ventilación mecánica presentaron mayor riesgo de colonización. Los pacientes colonizados presentaron más días de VM y de internación, y los que contrajeron la infección, mayor mortalidad, debiéndose evaluar la contribución de esta condición para ello. El conocimiento de estos datos nos permitirá tomar medidas de adecuación-prevenición y evaluar mejoras en el tiempo.

	INFECTADOS
Edad	65.5 ±14.51
Sexo (Masculino)	4 (66.67%)
APACHE II	15 ±4.8
SOFA 24 hrs	6 [5 - 7]
Charlson	0 [0 - 2]
ARM	6 (100%)
Días VM	19 [3 - 30]
Días UTI	30 [23 - 37]
Días hospital	37 [36 - 59]
Mortalidad UTI	2 (33.33%)

Datos presentados como mediana [p25-75]

	TODOS N = 70	COLONIZADOS	NO COLONIZADOS	P value
Edad	47.7 ± 17.5	48.40 ±	47.16 ±18.33	
Sexo (Masculino)	44 (63.8%)	21 (65.6%)	23 (62.1%)	
APACHE II	15.65 ± 6.52	17.56 ±6.70	14 ±5.97	0.022
SOFA 24 hrs	5 [2 - 8]	7 [5 - 10]	3 [2-8]	0.0016
Charlson	1 [0 - 2]	1 [0 - 2]	2 [0 - 2]	0.47
ARM	39 (56.5%)	25 (78.1%)	14 (37.8%)	0.001
Días VM	13 [4 - 26]	13 [7 - 30]	14 [4 - 23]	0.55
Días UTI	9.5 [5 - 22.5]	16.5 [10 - 33]	6 [4 - 10]	0.0001
Días hospital	20.5 [10 - 34]	25 [15 - 46.5]	12.5 [8 - 24]	0.0016
Mortalidad UTI	14 (20.9%)	8 (26.67%)	6 (16.22%)	0.29
DIAGNOSTICO DE INGRESO				
Médico	25 (36.23%)	15 (46.88%)	10 (27.03%)	
Quirúrgico	23 (33.33%)	12 (37.56%)	11 (29.73%)	0.039
Quirúrgica urgencia	21 (30.43%)	5 (15.63%)	16 (43.24%)	

Datos presentados como mediana [p25-75]

0321 FALLA HEPATICA AGUDA FULMINANTE POR DENGUE

MG NUCCIARONE(1), F MARTÍN(1), MA BETANCUR(1), F MORALES(1), MR GARDEAZABAL(1), I PARODI(1), A CUCCI(1), M CORDOBA(1), C LOGIÓDICE(1), JJM CONDE(1), J VILCA(1), F IGLESIAS(1), G SAENZ(1)
 (1) Hospital San Martín

Introducción: El dengue es una enfermedad febril aguda resultante de la infección por un flavivirus transmitido por el mosquito Aedes. Se caracteriza por manifestaciones hemorrágicas y un síndrome de fuga de plasma. Se sabe que las infecciones virales por dengue presentan un espectro clínico diverso, desde la enfermedad asintomática hasta el síndrome de choque fatal por dengue. Sin embargo, su presentación como insuficiencia hepática aguda fulminante (IHAF) es inusual incluso a nivel mundial.

Caso clínico: Paciente femenina de 37 años, sin antecedentes patológicos, ingresa por guardia presentando cuadro de 6 días de evolución con dolor abdominal de moderada intensidad, fiebre, vómitos y diarrea sanguinolenta; asociado a plaquetopenia, coagulopatía, aumento de transaminasas, hiperbilirrubinemia y acidosis hiperlactacidémica. Se realiza tomografía donde se evidencia líquido libre abdominal multicompartimental. Se interpreta como abdomen agudo en primer término por lo que se realiza laparoscopia evidenciándose solo líquido ascítico.

Ingresa a UTI en el POP inmediato, en ARM con 0.24 gammas de noradrenalina, acidemia, coagulopatía evidenciada por tromboelastograma alterado con requerimiento transfusional de crioprecipitados. Frotis de dedo: poiquilocitosis, acantocitos y neutrófilos vacuolados, sin esquistocitos, plaquetas de 10.000/mm³

Por antecedente epidemiológico se solicita serologías para leptospirosis, hantavirus, paludismo, dengue, HIV y virus hepatotropos. Evolución a shock refractario con alta dosis de vasopresores, acidemia, coagulopatía y falla multiorgánica falleciendo a las 7 horas posteriores a su ingreso.

Se obtiene resultado de serologías post mortem, IgM positivo para Dengue.

Discusión: La presentación clínica del dengue puede variar desde asintomática hasta IHAF. Aunque el dengue comúnmente resulta en daño hepático, rara vez se desarrolla IHAF. Asimismo, los cuatro serotipos de dengue se han asociado con IHAF. La IHAF a menudo resulta en disfunción multiorgánica y muerte.

Conclusiones: Debido al gran espectro de presentación clínica del dengue es importante considerarlo como diagnóstico diferencial de toda hepatitis aguda e IHAF el dengue; más aún dentro de áreas endémicas o epidémicas.

	7/03/23 Guardia	08/03/23 UTI
Hto	47.2	44.7
Hb	15.6	15.1
Leucocitos	8.1	7.1
Plaquetas	20.000	20.000
Urea	0.48	0.53
Creatinina	1.18	0.97
TGO	2240	2300
TGP	1330	2000
Bilirrubina T	2.78	5.58
Bilirrubina D	1.75	3.57
LDH	5240	
Protrombina	51%	54%
KPTT	47.2	
Amilasa	51	



0322 SINDROME DE RHUPUS ASOCIADO A DISFUNCION MULTIORGANICA: EL DESAFIO DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL, USO DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

M COZZI(1), S MARTINEZ(1), MA BARRIENTOS(1), IH PETEL(1), DE VERA(1)
(1) Naval

Introducción: Las enfermedades autoinmunes sistémicas pueden manifestarse clínicamente con una amplia heterogeneidad, mu-

chas evolucionan a formas graves de la enfermedad. El lupus eritematoso sistémico (LES) es más frecuente en mujeres, pero muchos estudios describen mayor severidad de la enfermedad en pacientes varones.

Caso clínico: Paciente varón de 43 años con antecedentes de LES en tratamiento con hidroxiquina y mepredisona (previo tratamiento con metotrexate), con anemia crónica, Artritis reumatoidea con dolor articular crónico, síndrome de Raynaud, HTA, hipotiroidismo.

Se interna en el Hospital por presentar síndrome nefrótico y síndrome de impregnación para realizar pulsos de metilpredisona. Evoluciona con shock séptico en contexto de bacteremia por *Sthaphylococcus aureus*, requiriendo intubación orotraqueal, inotrópicos y tratamiento antibiótico. Presento disfunción multiorgánica con depresión miocárdica, distrés respiratorio y disfunción renal con necesidad de hemodiálisis. Se realizó ETE donde se constata endocarditis infecciosa. Evolucionó con episodios de edema agudo de pulmón de difícil manejo, lo que prolonga el requerimiento de ventilación mecánica. La internación prolongada exacerbó los dolores articulares y con ello la miopatía.

Presenta mala evolución, a pesar del tratamiento antibiótico completo, y la resolución del cuadro de endocarditis; lo que se interpretó como posible manifestación de compromiso multisistémico debido a Síndrome de Rhus, descrito como un síndrome de superposición.

En conjunto con el Servicio de Reumatología se decide iniciar primero tratamiento con gammaglobulina en intento de mejorar el status inmunológico, lo que muestra mejoría parcial de los síntomas; esto nos lleva a realizar tratamiento con ciclofosfamida, luego de lo cual presenta franca recuperación.

Discusión: Presentamos este caso para destacar el rol de los intensivistas como nexo en el manejo interdisciplinario. Los dogmas en las UTI han evolucionado y la apertura multimodal debe constituir un pilar fundamental sobre el abordaje de estos pacientes. Los avances en el manejo del fallo multiorgánico en las unidades de cuidados intensivos, sumado a la revolución en el arsenal terapéutico quimioterápico.

Conclusión: Los síndromes de superposición constituyen un desafío para los médicos. El objetivo del tratamiento de los pacientes se debe centrar en mejorar su expectativa de vida, sin que las medidas que se adopten impliquen una disminución significativa de su calidad de vida tras el alta hospitalaria.

0323 SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO

J VOSS(1), AV LUQUETTI(1), JI MORENO(1), J BUCAREY(1), F FREILE(1), A AYARDE(1), D ULUNQUE(1), M NAHRA(1), G JACOB(1)
(1) Español

Introducción: El síndrome neuroleptico maligno es un evento poco frecuente, pero potencialmente mortal, que puede ocurrir como consecuencia del uso de medicamentos antipsicóticos. Se caracteriza por delirio, rigidez muscular, fiebre y desregulación del sistema nervioso autónomo y está relacionado con el bloqueo de receptores dopaminérgicos y efecto tóxico de los compuestos farmacológicos sobre las fibras musculoesqueléticas.

Tiene una incidencia del 0.01 al 0.02% de los pacientes bajo tratamiento antipsicótico. El diagnóstico es clínico.

Presentación del caso: Masculino de 53 años.

Antecedentes: esquizofrenia, residente de institución geriátrica, Hipotiroidismo.

Medicación habitual: clorpromazina, haloperidol, quetiapina, sertralina, ácido valproico, biperideno.

Ingresa derivado por cuadro de 48 hs caracterizado por registros febriles de 40°C, hipotensión, disnea CF IV, hipoxemia, mal patrón ventilatorio, deterioro del sensorio (ECG 7/15 O1V1M5) por lo que requiere ARM.

Examen físico rigidez generalizada con rueda dentada en MMSS, mioclonías, discinesias faciales.

Estudios complementarios: Laboratorio ingreso: CPK de 5805 mgr/l, LDH de 1214, Urea: 179 mg/dl, creatinina: 4.82 mg/dl, serologías negativas, perfil tiroideo normal, TGO: 949 TGP:506 Policultivos negativos, PL no inflamatorio.

TAC encéfalo, aspecto involutivo, sin lesiones agudas, aisladas imágenes focales hipodensas subcorticales frontal izquierda de aspecto crónico; TAC tórax: sin imágenes patológicas.

Electroencefalograma: Sin actividad epileptiforme, con características de coma alfa.

Se realizan medidas de soporte, suspensión de medicación de base, y tratamiento farmacológico con dantróleno.

Evoluciona afebril, GSC 14/15 (M6 V4 O4) con normalización de parámetros de laboratorio previamente alterados se realiza extubación simple, pasa a sala de cuidados intermedios donde fallece por complicación infectológica.

El cuadro clínico requirió exclusión de diferentes diagnósticos diferenciales, entre ellos síndrome inflamatorio sistémico de origen séptico, infección primaria del sistema nervioso central, lesión estructural del SNC actividad eléctrica anormal (EEG) y alteraciones metabólicas.

Frente al antecedente de polimedicación con psicofármacos, con la exclusión de las causas previamente mencionadas, los parámetros de laboratorios, criterios clínicos compatibles y la mejoría ante la suspensión de las drogas presuntamente responsables, se concluyó como diagnóstico síndrome neuroléptico maligno. El SNM es una emergencia médica y requiere atención inmediata. Es de importancia conocer este síndrome e identificar a la brevedad las complicaciones graves para que los profesionales de la salud puedan proporcionar el tratamiento adecuado minimizando los riesgos de complicaciones y mejorando el pronóstico del paciente.

0325 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE MILLER FISHER. A PROPÓSITO DE UN CASO

S MARTINEZ(1), M COZZI(1), G ROLANDELLI(1), IH PETEL(1), DE VERA(1)
(1) Naval

Introducción: El Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una polineuropatía inmunomediada aguda, que puede presentarse de forma típica o con diferentes variantes clínicas.

Es la causa más común de parálisis flácida aguda, y presenta una incidencia de aproximadamente 1-2 en 100.000 personas al año. Encontramos diferentes subtipos, entre los cuales se encuentra la variante Miller Fisher manifestada por oftalmoplejía, ataxia y arreflexia.

Presentación del caso: Varón de 17 años de edad, sin antecedentes de relevancia, es derivado desde otro centro por presentar cuadro de insuficiencia ventilatoria con requerimiento de intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica de 15 días de evolución. Al ingreso a nuestro servicio el paciente presenta sedado y con NAVM. Al interrogatorio dirigido a los familiares, en su domicilio presentó debilidad, cuadriplejía, arreflexia y oftalmoplejía. Por sospecha de SGB se realiza tratamiento con gammaglobulina 0.4 gr/kg/día por 5 días. Se solicitaron serologías anti gangliósidos, siendo positivos los anti sulfátidos en líquido cefalorraquídeo.

El paciente fue derivado a un centro de rehabilitación, actualmente se encuentra decanulado, deambulando con dispositivos de asistencia.

Discusión: Presentamos un caso de SGB variante Miller Fisher superpuesto con la variante sensitivo motor clásica ya que no es la presentación típica del mismo, esto sólo ocurre en el 15% de los casos. Nuestro paciente presentó de forma sincrónica parálisis flácida ascendente, ataxia, oftalmoplejía y trastornos deglutorios que evolucionan en menos de 48 hrs con insuficiencia ventilatoria requiriendo intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica. Su diagnóstico clínico y los estudios complementarios, en este caso los anticuerpos Anti GQ1b fueron negativos (solo son positivos en el 90% de los casos) y anticuerpos anti sulfátidos positivos.

Conclusión: Una evaluación clínica precoz en un Síndrome de Guillain Barre constituye uno de los pilares fundamentales para iniciar

un rápido tratamiento médico y disminuir el avance progresivo y las comorbilidades de su evolución. Este caso presentó un desafío para nuestro servicio por la imposibilidad de interrogar a nuestro paciente, resultando decisivo el interrogatorio a los familiares para arribar a una sospecha diagnóstica, e iniciar un rápido tratamiento. Cabe destacar la buena respuesta al tratamiento con gammaglobulina teniendo en cuenta el inicio tardío del mismo.

0326 SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO SECUNDARIO A MICOSIS SISTÉMICA: PARACOCIDIOMICOSIS

M RESSIA(1), E BARONE(1), G ROLANDELLI(1), IH PETEL(1), DE VERA(1)
(1) Naval

Introducción: La Paracoccidioidomycosis es una de las micosis sistémicas endémicas exclusivas de América Latina, siendo las provincias del Noreste (Corrientes, Misiones, Formosa y Chaco) las áreas endémicas en nuestro país.

Se presenta con mayor incidencia en población adulta de sexo masculino en edades comprendidas de 30-60 años, estrechamente relacionada con la actividad laboral.

La forma de presentación crónica es la más frecuente y requiere un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, para evitar secuelas graves.

Presentación de Caso Clínico: Se trata de un paciente masculino de 67 años oriundo de Corrientes, con antecedentes de tabaquismo severo, infección leve por SARS COV2 en 2021, que comienza con cuadro de tos seca y disnea 6 meses antes del ingreso a la Terapia Intensiva. Se encontraba en seguimiento por neumonolgia con sospecha de síndrome post COVID. Evoluciona con exantema maculopapular generalizado confluentes no pruriginosas, tomografía de tórax con gran compromiso pulmonar por presencia de infiltrados aógonodosos bilaterales difusos.

Evoluciona con IVA/SDRA por lo requiere de intubación orotraqueal y 2 ciclos de decúbito prono. Presenta en muestra respiratorio de lavado broncoalveolar tomada por fibroscopia levaduras tipo rueda de timón. Durante la internación evoluciona con shock séptico con disfunción orgánica múltiple con requerimiento de vasopresores, tratamiento antibiótico y fúngico. Presentó mala evolución clínica.

Discusión: Presentamos este caso de micosis diseminada por Paracoccidioidomycosis por ser una enfermedad de lenta evolución, endémica de nuestro país. Si bien la infección por SARS COV2 grave constituyó la mayor prevalencia en las Terapias Intensivas, este caso presentó un desafío diagnóstico por ser un cuadro clínico de síndrome de impregnación con patología respiratoria progresiva en un paciente oriundo del noreste argentino y con actividad laboral relacionada altamente prevalente.

Conclusión: La Paracoccidioidomycosis sistémica es una enfermedad que debería pensarse en personas con cuadros de impregnación, oriundas de zonas endémicas y actividades laborales relacionadas. Se destaca la importancia en los diagnósticos diferenciales que evolucionan con síndrome de distrés respiratorio, para optimizar el tratamiento y mejorar los resultados.

0327 IMPACTO DE LAS DISNATREMIAS AL INGRESO EN LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

M GONZALEZ(1), LF SOLIS(1), LJ FLORES OJEDA(1), KV VELAZCO VELAZQUEZ(1), JE ALFONSO(1), C PISARELLO(1), EY BENITEZ(1), EG MILELLA(1), M MOSQUEDA(1), LC FIGUERO SALINAS(1), S LAZZERI(1), CS MIZDRAJI(1), VD GIMENEZ DUARTE(1), J BERNACHEA(1), G SEBASTIAN LUCAS NATHANAEL
(1) Hospital Escuela Jose Francisco De San Martin

Introducción: Las disnatremias son alteraciones hidroelectrolíticas más comúnmente evidenciadas en los pacientes críticamente enfermos, con un impacto significativo en la mortalidad.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico, llevado a cabo durante el período comprendido de septiembre del 2022 a mayo del 2023. Se incluyeron pacientes > 18 años. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS. Se determinó un valor $p \leq 0.05$ para significancia estadística.

Resultados: En el período de estudio ingresaron 380 pacientes, de los cuales se incluyeron 320. El sexo masculino representó el 67.5% del total de los ingresos. La media de edad fue de 48 ± 17 años; el APACHE II al ingreso fue de 14 ± 8 días; el SOFA score fue 4 ± 3 ; días de VM fue de $5,6 \pm 8$; la medida de días de internación fue de $7,9 \pm 8$, la media de sodio al ingreso fue de $140,7 \pm 7$. La hiponatremia ($Na < 134$) representó el 15.53% de los casos, la hipernatremia ($Na > 145$) representó el 18.63% de los casos. La mortalidad general fue de 41,19%. La hiponatremia al ingreso no se asoció con aumento de la mortalidad (OR 0,68 IC95% 0.3-1.2, $p=0,58$). La hipernatremia al ingreso no se asoció con aumento de la mortalidad (OR 0.94 IC 95% 0.5-1.6, $p=0,59$).

Discusión: Nuestro estudio evidenció que las disnatremias no tuvieron impacto en la mortalidad, en los días de internación y de ventilación mecánica.

Conclusión: Durante el período estudiado el 24% de los ingresos presentaron alguna disnatremia, sin asociarse a aumento del riesgo de mortalidad.

0328 VALIDACIÓN DEL SCORE DE APACHE Y CHARLSON PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN ADULTOS MAYORES EN UCI

C DISCEPOLA DUET(1), I HUESPE(1), A MARTINEZ(1)
 (1) Hospital Italiano De Buenos Aires

Introducción: La falta de criterios validados para identificar con precisión qué pacientes se beneficiarían de la unidad de cuidados intensivos (UCI) adaptada a los ancianos da como resultado una gran variabilidad en el proceso de triaje entre los médicos. Los scores APACHE y Charlson son ampliamente utilizados con este propósito tienen en cuenta la edad, pero no están adaptados a las características específicas de las personas mayores.

Objetivos: Evaluar la validez predictiva de los scores APACHE y Charlson en pacientes menores y mayores de 80 años en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio de cohorte retrospectiva que incluyó a adultos internados en UCI entre 1/2011 y 7/2021 en dos hospitales de alta complejidad (Hospital Italiano de Buenos Aires [HIBA] y Hospital Italiano de San Justo [HIJ]). Se evaluó la calibración y discriminación de los scores APACHE y Charlson en ambos grupos de edad. La discriminación se evaluó mediante el Área Bajo la Curva ROC (AUROC) y la calibración mediante gráfico de supuestos y predichos y con la calibración de COX.

Resultados: Se incluyeron 25,112 pacientes, de los cuales 4,243 (17%) eran mayores de 80 años. El ingreso posquirúrgico fue el principal motivo en pacientes jóvenes (40.3%), mientras que en mayores de 80 años fue de origen médico (25.1%) (Tabla 1). El score APACHE 2 mostró buena discriminación en ambos grupos (AUROC 0.82 vs. 0.73; $p < 0.01$), aunque en términos de calibración subestimó la mortalidad en pacientes menores de 80 años y la sobreestimó en los mayores (relación esperado según APACHE/esperado en la población real: 1.43 vs. 0.89 en adultos mayores). El score de Charlson presentó mala discriminación (AUC 0.62 en < 80 y 0.54 en ≥ 80) y falta de calibración (Figura 1).

Conclusión: El score APACHE 2 demostró adecuada capacidad predictiva, aunque subestimó ligeramente la mortalidad en pacientes menores de 80 años y la sobreestimó en mayores de 80 años. Por otro lado, el score de Charlson presentó muy mala capacidad predictiva en pacientes mayores de 80 años.

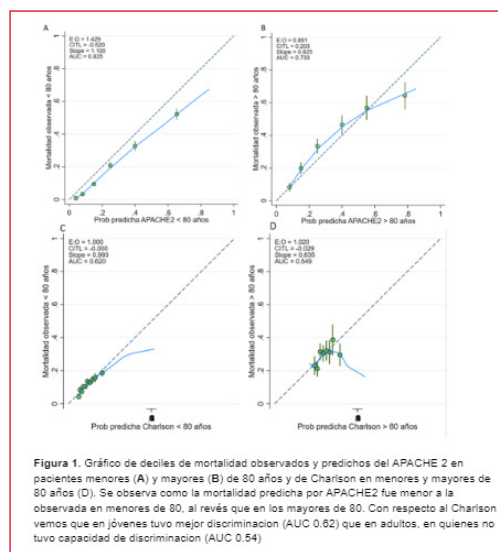


Figura 1. Gráfico de deciles de mortalidad observados y predichos del APACHE 2 en pacientes menores (A) y mayores (B) de 80 años y de Charlson en menores y mayores de 80 años (D). Se observa como la mortalidad predicha por APACHE2 fue menor a la observada en menores de 80, al revés que en los mayores de 80. Con respecto al Charlson vemos que en jóvenes tuvo mejor discriminación (AUC 0.62) que en adultos, en quienes no tuvo capacidad de discriminación (AUC 0.54)

	Total (N=25112)	Menores 80 (N=20869)	Mayores de 80 (N=4243)	p.valor
Sexo Femenino - n(%)	11579 (46.1%)	9200 (44.1%)	2379 (56.1%)	<0.001
Edad - media (SD)	62.2 (18.1)	57.4 (16.0)	85.7 (3.61)	<0.001
Motivo de ingreso				<0.001
Médico	5296 (21.1%)	4229 (20.3%)	1067 (25.1%)	
Quirúrgico	9145 (36.4%)	8404 (40.3%)	741 (17.5%)	
Trauma	429 (1.71%)	357 (1.71%)	72 (1.70%)	
VALOR APACHE	11.7 (8.13)	11.0 (7.97)	16.3 (7.63)	<0.001
VALOR CHARLSON	4.58 (3.11)	4.22 (3.04)	7.14 (2.35)	<0.001
Tipo de alta				<0.001
Obito	3231 (13.0%)	2263 (10.9%)	968 (22.9%)	<0.001
Alta ID / Otro centro	3275 (13.1%)	2256 (10.9%)	1019 (24.1%)	<0.001
Alta domicilio	18402 (73.9%)	16155 (78.1%)	2247 (53.1%)	<0.001

Tabla 1. Variables demográficas entre menores y mayores de 80 años

0329 DETECCIÓN DE ESTATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO (SENC) COMO CAUSA DE COMA EN PACIENTE CON TRAUMA DE CRÁNEO MODERADO

JM MARTINEZ AQUINO(1), HJM ALVAREZ(1), E ALFONSO(1), C PISARELLO, SE LAZZERI(2), J BERNACHEA, VD GIMENEZ DUARTE, LSN GAMARRA, EGA MILELLA, M MOSQUEDA, EY BENITEZ, LC FIGUERERO SALINAS, LB COSTA, L OJEDA FLORES

(1) Hospital Escuela General Jose Francisco De San Martin. (2) Hospital Escuela General Jose Fco De San Martin

Introducción: El status epiléptico no convulsivo (SENC), es una entidad heterogénea que agrupa diferentes síndromes electroclínicos. Abarca 20% de los casos de status epiléptico. Caracterizada por distintas modalidades de compromiso de conciencia llegando hasta coma u otra manifestación "no convulsiva" asociada a anomalías electroencefalográficas específicas.

Caso: Paciente masculino de 55 años sufre politraumatismo con TEC moderado, ingresa a UTI, SCG 12/15, pupilas intermedias isocóricas reflectivas, afasia de expresión sin déficit motor, TAC cerebral evidencia contusión frontotemporal izquierda, permanece 48 hs internado con evolución favorable y egresa a sala general.

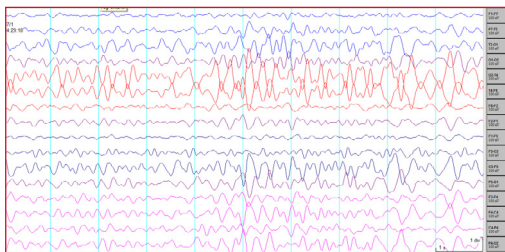
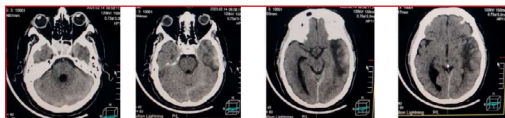
Durante la internación evolucionó con cambios conductuales progresivos, desorientación temporal, bradipsiquia y como rasgo más llamativo "períodos de agresividad", diagnosticándose Delirium por CAM-ICU, se inicia haloperidol, sin respuesta.

En 10 días deteriora estado de conciencia SCG 10/15, reingresa a UTI, TAC de cerebro, sin cambios. A las 24 hs sufre nuevo deterioro

del sensorio consistente en SCG 3/15, cambio pupilar con midriasis bilateral, requiriendo intubación orotraqueal. Se repite nueva TAC sin cambios, se realiza PL con informe no patológico, ecodoppler transcraneal con flujos normales, RNM de cerebro informa áreas de hiperintensidad en región temporal izquierda compatible con contusiones. Se realiza electroencefalograma (EEG) constatándose ondas polimorfas, de puntas lentas, compatibles con SENC, se inicia Levetiracetam y Fenitoína endovenosa, con evidencia de control de focos epileptógenos se agrega Lacosamida 600 mg como tercer anticonvulsivante mejorando en días posteriores el trazado EEG. Con estas medidas se logró mejorar su estado de conciencia. Internación completa en la UTI de 30 días intercurriendo con NAVM. Egresos con SCG de 15/15, paresia braquiocrural izquierda en tratamiento con Levetiracetam y Lacosamida

Discusión: Se plantea este caso por la dificultad en el estudio de estado de coma con midriasis en paciente con TEC sin evidencia de cambios estructurales, metabólicos ni intercurencias infectológicas que justifiquen, llegándose a la hipótesis de SENC como diagnóstico de exclusión.

Conclusión: El EEG es una herramienta fundamental en el neuro-monitoreo en pacientes con TEC para el diagnóstico precoz de SENC previo al alta de UTI, a modo requisito dentro de las posibilidades institucionales.



0331 REPORTE DE CASO INFARTO ISQUÉMICO BILATERAL A PROPÓSITO DE 2 CASOS

M VILLALOBOS, S PÉREZ(1), Á VÉLEZ(1), P SILISQUE(1), L VALENCIA(1), E QUISPE(1), J CONDORI(1), A PEDRAZAS(1), J CAMPOS(1), P VILLALOBOS(1), J QUISPE(1), W SOSA(1)
(1) Sanatorio Oeste Merlo

Introducción: Los eventos cerebro vasculares isquémicos bilaterales son una entidad rara, se describen solo reportes de casos como secundarios a hipoplasia de la cerebral anterior o agenesia del segmento A1, como variante anatómica, otro evento se relaciona con el moyamoya que es una enfermedad progresiva.

Presentamos 2 casos clínicos en donde se puede observar un compromiso bilateral.

Presentación de caso: Caso 1: 60 años, diabético no insulino-requiriente, hipertenso, parálisis facial, medicación habitual metformina y atenolol. Ingresos con foco motor crural izquierdo, Tc. Cerebro al ingreso normal. RMN informa enfermedad cerebrovascular isquémica bilateral, Doppler de vasos de cuello normal.

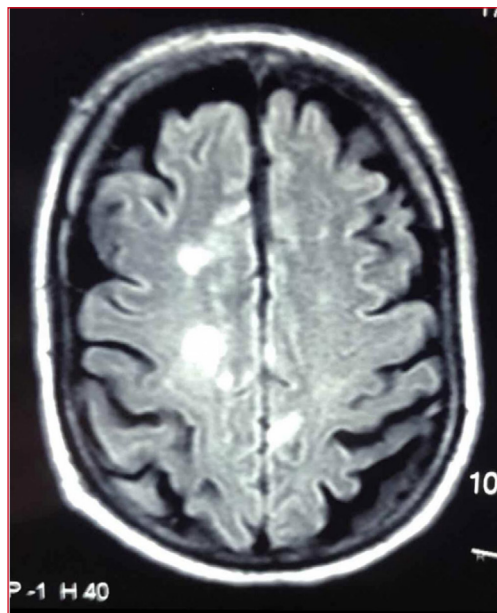
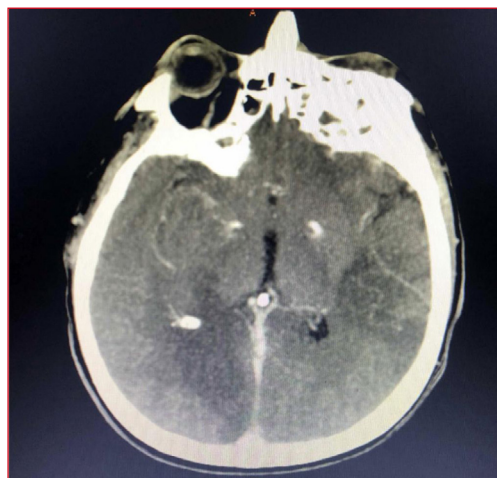
Caso 2: 55 años, tabaquista severo 40, enolista, consumo de cocaína, síndrome depresivo, dispepsia. Sedentario, hipotiroidismo, plaquetopenia (47.000), injuria renal leve.

Ingresos inconsciente, movimientos espásticos, febril 39 grados, se realiza Tc de cerebro normal. Tc. De cerebro a 24 h. Se observa infarto isquémico bilateral.

Discusión: La oclusión bilateral aguda de ACM, suele ser secundaria a fibrilación auricular, disección, embolia cardíaca, ateromatosis. La evolución clínica paresia bilateral, coma, rigidez de descebración, reflejos tronco encefálicos conservados. Tiene una alta

tasa de. Mortalidad, es nuestro paciente ingreso con tomografía normal para después intercurrir con el cuadro. La trombectomía es considerada la primera línea de tratamiento con respecto a trombolíticos.

Conclusión: Infarto isquémico bilateral es una entidad rara, los estudios por imágenes son fundamentales aunque pueden ser tardíos, requiere de una alta sospecha clínica, empeoran de forma aguda, la trombectomía debe ser rápida.



0332 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE DOS SCORE DE MORBILIDAD Y FRAGILIDAD EN EL PACIENTE ANCIANO AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA EN EL HOSPITAL DR. CESAR MILSTEIN (PAMI)

MB VAZQUEZ(1), CN POZO(1), RO DOMINGUEZ(1), CF CHAVEZ(1), OF FERREIRA ABAN(1), L SOLIZ(2), MD ROGGENSACK(1), N GRUBISSICH(1), D PINA(1), J CARDOZO(1)
(1) Dr Cesar Milstein. (2) Drcesar Milstein

Introducción: Fragilidad es un estado de vulnerabilidad debido a la disminución de reserva y función del sistema fisiológico, ocurriendo en más del 25% en mayores de 65 años¹. Se describieron herramientas validadas para detectar y cuantificar la fragilidad, el Clinical Frailty Scale (CFS) y Adult Comorbidity Evaluation 27 (ACE-27). Existe un incremento de ancianos que requieren tratamiento

en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y cierta percepción que estos pacientes presentan una tasa de supervivencia menor en UTI.2 3

Objetivos: Describir la relación entre el score de CFS y ACE-27 con la mortalidad de los pacientes ingresados a UTI.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de una cohorte. Se analizaron registros de 391 pacientes ingresados a UTI desde el 1° enero al 31 diciembre del 2019, en el Hospital Dr. Cesar Milstein. Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados, criterios de exclusión: pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico (33 pacientes). Variables analizadas: Edad, sexo, APACHE II, CFS, ACE-27, mortalidad, días de internación, de ventilación mecánica y patología de ingreso. Los datos cualitativos se expresan en frecuencia (porcentaje), los cuantitativos se expresan como media y/o mediana con rango según distribución Gaussiana. Se analizó mediante Epi Info™, y Statistix 7.0, empleando Test Student, Wilcoxon Rank sum test y Chi cuadrado. Se consideró significativa $p < 0.05$.

Resultados: Los resultados demográficos son expresados en la Tabla 1, observándose diferencias respecto de mortalidad en edad 77 vs 71 ($p < 0.00$), APACHE II 24 vs 13 ($p < 0.00$), CFS categorizado (1-2-3-4 como sin fragilidad) Grupo A y (5-6-7-8-9 con fragilidad) Grupo B 68 vs 27 ($p < 0.01$), tipo de ingreso quirúrgico y no quirúrgico 14 vs 84 ($p < 0.00$).

Se observó en la subpoblación de ingresos no quirúrgicos diferencias en categoría como shock séptico, trauma, días de internación, de ventilación mecánica y APACHE II. Sin diferencias en CFS y ACE-27 respecto de mortalidad.

Conclusión: No observamos relación entre la mortalidad en UTI de la población global y no quirúrgica y un CFS o ACE-27 de mayor fragilidad y morbilidad.

Población (N 358)	Muerto (N 98)	Vivo (N260)	P
Edad	77 (48-97)	71(39-88)	0.00
Sexo			
Femenino	50(27%)	133 (73%)	1
Masculino	48 (27%)	127 (73%)	
APACHE II	24 (8-44)	13 (3-39)	0.00
CSF			
Grupo A	68 (24%)	217 (76%)	0.01
Grupo B	27 (39%)	43(61%)	
ACE-27			
Grupo 1	33 (23%)	113(77%)	0.14
Grupo 2	23 (27%)	63(73%)	
Grupo 3	42 (33%)	84 (67%)	
Patología de ingreso			
Quirúrgico (N189)	14 (7%)	175(93%)	0.00
No Quirúrgico (N169)	84(49%)	85 (51%)	
Edad	77 (48-93)	74 (50-88)	0.005
Paro cardio respiratorio (PCR) N 8	2	6	0.27
Injuria renal Aguda N 19	11	8	0.47
Deterioro del sensorio N 16	5	11	0.18
Trauma N 12	0	12	0.00
Sepsis N 43	23	20	0.59
Shock Séptico N 71	43	28	0.01
Días de internación	14 (0-42)	8 (0-61)	0.00
Días de ventilación	13 (1-50)	7,5 (1-45)	0.005

CFS (N 166)	Muertos	Vivos	P
Grupo A	56 (49%)	59 (51%)	1
Grupo B	25 (49%)	26 (51%)	
ACE-27 (N169)			
Grupo 1 N 51	27(53%)	24 (47%)	0.6
Grupo 2 N 43	23 (53%)	20 (47%)	
Grupo 3 N 75	34 (45%)	41 (55%)	
APACHE II	25 (8-44)	19 (6-39)	0.0002

0333 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO

FE ESPINOZA(1), MOTAMENDI(1), M CRUZ(1), NA GRASSI(1), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(1), AV MILLAN(1), NI ZELAYA DE LEON(1), P ZORZANO OSINALDE(1), LG DURAN(1), M PETASNY(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero

Introducción: La miocardiopatía periparto (MCP) se define como una miocardiopatía idiopática con falla cardíaca asociada, secundaria a una disfunción ventricular izquierda dentro del último mes del embarazo y los cinco meses posparto. Es un diagnóstico de exclusión, donde el ventrículo izquierdo puede no estar dilatado pero

la fracción de eyección (Fey) se encuentra por debajo del 45%. Se presenta a continuación un caso clínico de insuficiencia cardíaca secundaria a miocardiopatía periparto.

Presentación del caso: Paciente femenino de 29 años con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico, tabaquista, tres gestas, dos partos, un aborto espontáneo hace 4 años. Cursaba puerperio alejado en día 16 cuando intercorre con disnea clase funcional IV, asociada a dolor precordial, opresivo y ortopnea por lo que consulta al hospital. Evolucionó con insuficiencia respiratoria que requirió intubación orotraqueal. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que informó hipocinesia global, disfunción sistólica con deterioro moderado de la Fey del 40% e insuficiencia de válvula tricúspide leve. Se realizó una angiografía de tórax donde no se observaron imágenes compatibles con tromboembolismo pulmonar, con hiperdensidades bilaterales, áreas de consolidación, broncograma aéreo, derrame pleural bilateral escaso a predominio derecho. Se descartó síndrome antifosfolípido y enfermedades de origen autoinmune. Se implementó un tratamiento multidisciplinario. Después de optimizar el tratamiento con dobutamina, enalapril, espironolactona y anticoagulación presentó mejoría clínica, logrando el destete del respirador y pase a sala de clínica médica.

Discusión: La forma de presentación más común es con síntomas y signos de insuficiencia cardíaca. A pesar de que la incidencia general sea de 1 cada 2300 embarazos en todo el mundo, se debería considerar esta patología lo más precozmente posible e instaurar rápidamente su tratamiento. De las pacientes que sobreviven, se han observado tasas de recuperación de la función ventricular en un 54% de los casos.

Conclusiones: Es importante que este tratamiento sea intensivo y multidisciplinario, en ello radica el hecho de lograr disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

0334 ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO A (SGA): REPORTE DE CASO CLINICO

L RUARTE(1), L MORALES(1), M GARCIA(1), P TABORDA(1), J ORTEGA(1), A QUINTEROS(1), S ROJAS(1), C FERREYRA(1), D CARRANZA(1), N BONETTO(1), S CARRIZO(1), J CELIA(1), M RUIZ(1), M BUENO(1), S SOSA(1), G MAMY(1), M BERNALDO DE QUIROS(1), N NICKELS(1), S ORTIZ(1)

(1) Regional Victor Sanguinetti

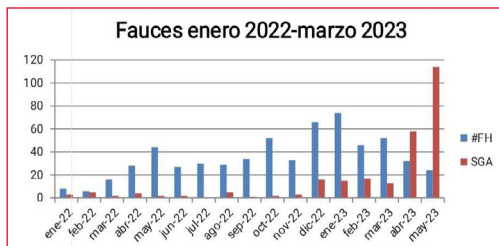
Introducción: Los estreptococos del grupo A, comúnmente causan enfermedades leves como amigdalitis, faringitis, impétigo, celulitis y escarlatina. En raras ocasiones, puede conducir a enfermedad invasiva, causando condiciones potencialmente mortales, responsables de más de 500.000 muertes anuales a nivel mundial.

Caso clínico: Paciente masculino de 30 años, obeso; consulta en guardia por trauma cerrado de miembro inferior derecho y realiza tratamiento sintomático ambulatorio. En 48hs consulta nuevamente por edema local, flogosis y dolor intenso. Mediante ecografía evidencian colección subcutánea que impresiona absceso y se realiza obteniendo muestra purulenta. Ingresa a quirófano para desbridamiento por fascitis necrotizante e intercorre con hipotensión, requerimiento de vasoactivos, taquicardia, fiebre, oliguria; por lo que pasa a UTI para soporte hemodinámico y tratamiento médico. En las primeras 36hs del shock séptico presenta fallo multiorgánico; se cultiva e inicio esquema antibiótico con vancomicina + piperacilina-tazobactam; agregando clindamicina cuando se informa rescate de estreptococo pyogenes en hemocultivos y en líquido de punción. Permanece en terapia intensiva 6 días, se realizaron 2 toiletes quirúrgicas con buena evolución y pasa a sala de traumatología donde luego de descalonar antibioterapia evoluciona febril persistente con progresión de la lesión inicial reingresando a quirófano en dos oportunidades más, continuando actualmente antibióticos en sala general.

Discusión: Se realizó un relevamiento de hisopados de fauces retrospectivo a enero 2022 hasta mayo 2023 realizado en el centro de bacteriología del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia. En-

tre los casos confirmados de infecciones por estreptococos del grupo A vs flora habitual, se evidenció un importante incremento de la incidencia de infecciones por SGA; en correlación con la situación epidemiológica nacional. Así mismo se pudo evidenciar la baja incidencia de casos invasivos con evolución desfavorable.

Conclusión: La intervención quirúrgica oportuna junto al tratamiento antibiótico permitió la evolución favorable del paciente, recuperando las funciones que se vieron alteradas con el shock séptico inicial. Tener conocimiento de la situación epidemiológica local, nos permite tomar conductas oportunas en favor de una mejor evolución clínica del paciente.



0335 COMPORTAMIENTO DEL ÍNDICE DE ENGROSAMIENTO DIAFRAGMÁTICO ANTE DIFERENTES NIVELES DE ASISTENCIA Y SU RELACION CON OTRAS MEDICIONES NO INVASIVAS EN MODO PC-CSV. ESTUDIO FISIOLÓGICO. DATOS PRELIMINARES

NB LEALES(1), DA RODRIGUEZ(1), A SANTANA MACKINLAY(1), M PETRE(1), L SANABRIA(1)
 (1) Hospital De Alta Complejidad Del Bicentenario Esteban Echeverría

Introducción: El modo Ventilación Espontánea Continua Controlada por Presión (PC-CSV) es ampliamente utilizado en pacientes críticos durante la fase de soporte parcial. Uno de sus objetivos es que el paciente realice parte del esfuerzo ventilatorio y, de esta manera, disminuir la presencia de debilidad diafragmática. El nivel de presión de soporte (PS) es un factor determinante para prevenir o predisponer la aparición de debilidad diafragmática.

Las herramientas de medición no invasivas como la P0.1, Índice de presión muscular (PMI) y Presión de oclusión (Pocc), toman relevancia para estimar el esfuerzo muscular (WOB) del paciente. El índice de fracción de engrosamiento diafragmático (IFE) medido por ecografía podría ser una herramienta adicional para estimar el WOB y titulación de PS.

El objetivo de este estudio fue evaluar el comportamiento del IFE en diferentes niveles de PS, en relación a otros métodos no invasivos de titulación de PS como lo son la P0.1, el PMI, la Pocc, el volumen corriente (Vt) y la frecuencia respiratoria (FR).

Materiales y Métodos: En este estudio fisiológico y prospectivo se incluyeron pacientes consecutivos ingresados en la UCI del Hospital Bicentenario Esteban Echeverría (HBEE) en fase de soporte parcial de la Asistencia Ventilatoria Mecánica, que cumplan criterios de estabilidad clínica y hemodinámica. Se excluyeron pacientes con excitación psicomotriz, obstrucción severa al flujo aéreo, obesos mórbidos y con alteración severa del drive ventilatorio. A los pacientes incluidos se los evaluó en 3 niveles de PS: 2, 8 y 15 cmH2O en forma aleatoria y se registraron las variables: P0.1, PMI, Pocc, Vt y FR. El nivel de PEEP se fijó en 8 cmH2O.

Resultados: Se evaluaron 7 pacientes. En la tabla 1 se detallan las características clínico demográficas. La mediana de IFE en 2, 8 y 15 cmH2O de PS fue de 0,42 (RIQ 0,41-0,53), 0,30 (RIQ 0,20-0,35) y 0,17 (RIQ 0,14-0,24) respectivamente. En la figura 1 se observa la relación entre las variables.

Conclusión: Se describió el comportamiento del IFE en diferentes niveles de PS y se comparó su relación con otras herramientas no invasivas.

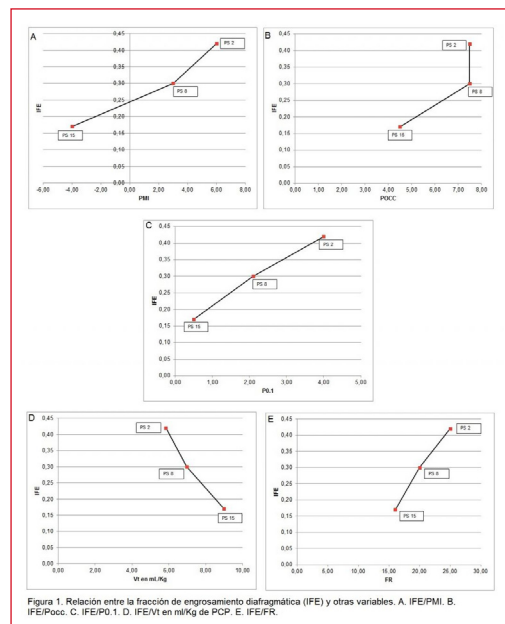


Figura 1. Relación entre la fracción de engrosamiento diafrágico (IFE) y otras variables. A. IFE/PMI. B. IFE/Pocc. C. IFE/Vt. D. IFE/FR. E. IFE/P0.1.

Tabla 1. Características clínico demográficas	
	n= 7
Sexo masculino, n (%)	6 (85%)
Edad, mediana (RIQ)	71 (60-74)
APACHE II, mediana (RIQ)	18 (15-22)
SAPS II, mediana (RIQ)	42 (41-58,5)
Causa de AVM, n (%)	
Coma	3 (43%)
IRA	5 (57%)
Comorbilidades, n (%)	
Ant. Respiratorios	3 (43%)
Ant. Cardiológicos	1 (14%)
Obesidad	1 (14%)
Tabaquista/Ex	3 (43%)
Hipertenso	6 (86%)
Diabetes	2 (28%)

Referencias. N (muestra); RIQ (Rango intercuartílico), APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II); SAPS II (Simplified Acute Physiology Score II); AVM (Asistencia Ventilatoria Mecánica); IRA (Insuficiencia Respiratoria Aguda).

0336 VIDEOFIBROBRONCOSCOPIA EN TERAPIA INTENSIVA EXPERIENCIA EN CLÍNICA DEL VALLE MA SABBATINI(1) (1) Clínica Del Valle

Introducción: La videofibrobroncoscopia (FBC), se ha convertido en el procedimiento de elección para la exploración de la vía aérea y es un medio importante para el diagnóstico y tratamiento de varias enfermedades pulmonares en pacientes críticos.

Objetivos: Determinar las principales indicaciones de FBC en nuestra unidad de terapia intensiva.

Materiales y métodos: Diseño: Estudios de Corte Transversal. La población estudiada fueron un total de 283 pacientes a los cuales se les realizó procedimiento videofibrobroncoscópico, en el periodo 1° de Enero de 2019 hasta el 15 de Mayo de 2023 en la unidad de terapia intensiva de adultos de Clínica del Valle. Los datos se recolectaron del protocolo de FBC de historias clínicas electrónicas institucionales. Se confeccionó una planilla en Excel y se registraron los siguientes variables, sexo, edad, lavado broncoalveolar, toma de biopsia, guía de traqueostomía.

El equipo estuvo conformado por un médico intensivista especialista en FBC, acompañado por residente de terapia intensiva. Todas las intervenciones se realizaron en la cabecera del paciente, en la unidad de terapia intensiva.

Análisis estadístico: descriptivo de las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes; las variables cuantitativas en medias.

Resultados: Se analizaron 283 fibrobronoscopias obteniendo los siguientes resultados. La media de edad fue 61, mayor frecuencia en hombres 68% vs 32%. APACHE promedio 16. El 100% de las FBC se realizaron en paciente en ventilación mecánica.

Las principales indicaciones de la videofibrobroncoscopia están expuestas en la tabla 1, la más frecuente fue toma de muestra microbiológica 48%, seguido de la guía fbc para traqueostomía 37%, evaluación de la vía aérea con evidencia de lesiones 7%, resolución de atelectasias 6% y por último toma de biopsia 4%.

En 10 pacientes (4%) se detectaron complicaciones menores. Las complicaciones descritas son hipoxemia transitoria y sangrado leve de la mucosa bronquial. No se ha producido ningún neumotórax en relación con el procedimiento.

Conclusión: La fibrobroncoscopia en el enfermo crítico ha demostrado ser útil tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. Se trata de un procedimiento seguro, las complicaciones relacionadas con el mismo son menores y se presentan en un porcentaje bajo de casos.

n= 283	
Muestra microbiológica (BAL)	135 (48%)
Guía para realización de traqueostomía	102 (36%)
Evaluación de vía aérea	20 (7%)
Resolución de atelectasia	16 (6%)
Toma de biopsia	10 (4%)

Datos presentados con frecuencias absolutas y relativas (porcentajes)

0338 TROMBOSIS SÉPTICA DE LA VENA PORTA COMO RARA COMPLICACIÓN DE APENDICITIS AGUDA L PESCE BROCHERO(1), E ASINARI(1), IBOLLATI(1), A FURLOTTI(1), M OLAVE(1), A GARCIA(1), AL NISNIK(1) (1) Hospital Misericordia

Introducción: La pyleflebitis (trombosis séptica portal) es una complicación grave de diversas infecciones abdominales que se produce por la diseminación bacteriana desde un foco infeccioso intraabdominal hacia la vena porta, lo que ocasiona inflamación y trombosis. El curso clínico típico incluye fiebre, dolor abdominal y náuseas. Las causas más frecuentes son apendicitis, diverticulitis, colangitis

y enfermedad de Crohn y los agentes bacterianos más comunes la E. Coli y B. Fragilis.

Presentación del caso: Paciente previamente sano, de 31 años comienza con epigastralgia y fiebre que progresa a con abdomen agudo por apendicitis retrocecal gangrenosa perforada con absceso subfrénico, que recibió tratamiento quirúrgico en asociación con con Piperacilina Tazobactam empírico. El paciente desarrolla sepsis grave, ictericia, colestasis, fallo renal y plaquetopenia por lo que ingresa a UTI, donde por TAC se evidencia trombosis de la vena porta por lo que se inició anticoagulación con enoxaparina. Evoluciona con Hipertensión Portal con ascitis constatada por drenaje y con múltiples abscesos hepáticos que requirieron drenajes percutáneos con aislamiento de E. Coli MR y K, Pneumoniae productora de Carbapenemasas que recibieron tratamiento con ceftriaxona, Amikacina y Tigeciclina.

Discusión: Aunque se ha sugerido que la anticoagulación temprana puede reducir el riesgo de embolia pulmonar y mejorar la supervivencia, las pautas sobre el momento adecuado para iniciarla en pacientes con pyleflebitis complicada aún no están claras. No se aconseja la anticoagulación para todos los pacientes, sin embargo, en los casos de progresión del trombo en los controles imagenológicos fiebre continua o bacteriemia persistente a pesar del tratamiento antibiótico se sugiere la anticoagulación.

Conclusión: Podemos concluir que la pyleflebitis es una infrecuente complicación de diversos cuadros infecciosos abdominales que requiere la resolución quirúrgica del foco infeccioso inicial, el cultivo del mismo, así como la toma de hemocultivos, el inicio temprano de la antibioticoterapia de amplio espectro, el manejo percutáneo de las colecciones y el uso de anticoagulantes en pacientes seleccionados considerando el costo y beneficio no suplantando el uso de antibióticos.

0339 SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES): REPORTE DE UN CASO JI MACEIRA SPINELLI(1) (1) H.i.g.a. Guemes De Haedo

Introducción: Es una entidad poco frecuente que cursa con cefalea, alteración del sensorio, convulsiones o déficit focales sumado a estudios imagenológicos característicos que revierten cuando se trata la causa desencadenante. Se ha asociado entre otras a Hipertensión, enfermedad renal, Lupus eritematoso sistémico, enfermedades relacionadas con el embarazo.

Presentación del caso: Masculino de 62 años con antecedentes de enfermedad renal crónica secundaria a glomerulopatía membranosa en terapia de reemplazo renal, tabaquista, nefrectomizado; presentó posterior a sesión de hemodiálisis cefalea y deterioro del sensorio asociado a foco motor braquio-crujal izquierdo e hipertensión (220/160) se agrega convulsión tónico-clónica- postictal prolongado requiriendo intubación orotraqueal.

TC encéfalo sin lesiones hipo/hiperdensas, línea media centrada y ventrículos libres; Punción lumbar: negativa; laboratorio Urea:102, Creatinina: 6, Ionograma: 137/5.9/102.

A las 72 hs RMN de encéfalo: múltiples lesiones de señal hiperintensa en secuencias que ponderan en T2, siendo sutilmente hipointensas en T1 cortico subcorticales bilaterales en territorio occipito parietal bilateral y bifrontales.

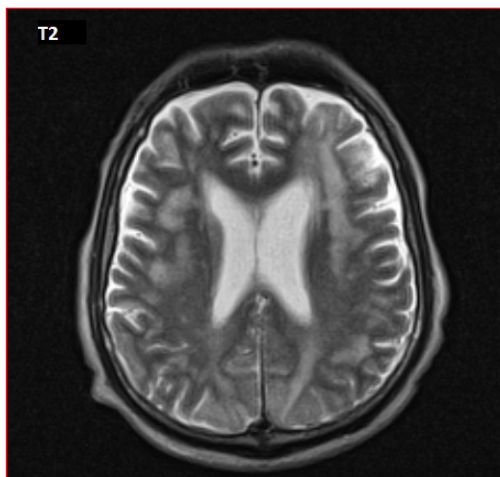
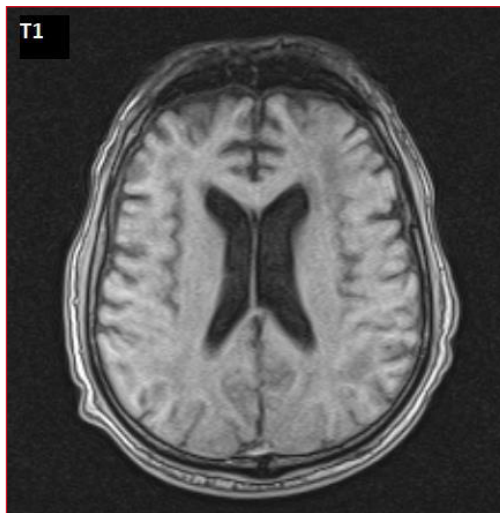
Al cabo del día 10 de internación el paciente evoluciona con remisión de foco motor y sin nuevos episodios convulsivos.

Durante el resto de su internación paciente con múltiples intercurencias infectológicas por lo que óbito al cabo de 2 meses de internación.

Discusión: Ante un paciente con síndrome neurológico agudo (descartado las causas más frecuentes) y sumando la reversión del cuadro e imágenes sugestivas el síndrome de PRES deberá de ser un diagnóstico a pensar.

Conclusión: Como bien conocemos el Síndrome de PRES es más frecuente en patologías como la eclampsia y la preeclampsia y el Lupus

Eritematoso Sistémico pero ante pacientes con síntomas neurológicos asociados a hipertensión arterial e insuficiencia renal es importante tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial/exclusión.



0340 EVALUACIÓN DEL USO DE LA VIDEOBRONCOSCOPÍA EN LA TERAPIA INTENSIVA

Jl MACEIRA SPINELLI(1), KBM DIAZ CARRO(1), MC LUGARRO(1)

(1) H.i.g.a. Guemes De Haedo

Introducción: Desde el 1 de Abril 2023 al 17 de mayo de 2023 se realizó un registro sobre la utilización de la videobroncoscopia en la Terapia Intensiva del Htal. Guemes de Haedo.

Objetivo: Analizar y describir las principales indicaciones, resultados, cambios en la conducta y complicaciones de la videobroncoscopia, realizadas por médicos residentes y especialistas en Terapia Intensiva.

Resumen: Estudio realizado en una unidad de Terapia Intensiva médico-quirúrgica de ámbito público, dotada de una unidad polivalente de 16 camas. Se incluyeron pacientes consecutivos a los que se le realizó una videobroncoscopia (AMBU®) durante su internación en el servicio. Se analizaron las siguientes variables: Edad, APACHE II, indicaciones, cambios en la conducta medica/resultados, complicaciones y rol del operador.

Durante el procedimiento se utilizó monitoreo multiparamétrico continuo del paciente.

Se realizaron 18 videobroncoscopias en 12 pacientes diferentes, de los cuales, el 83,3% se encontraban en ventilación mecánica. La edad media de los pacientes fue de 43 años (Maximo 67; Minimo 20) y el APACHE II fue de 20 (Maximo 36; Minimo 6). Las indicaciones fueron: neumonía (33,3%), evaluación de vía aérea (22,2%), como guía de traqueostomía (16,6%), FEES (16,6%), y por falla en el weaning (11,1%). Las mismas fueron realizadas por médicos especialistas (44,5%) y por residentes (55,5%). Se presentaron solamente complicaciones menores como episodios de desaturación, taquicardia y hemorragias leves con reversión luego de finalizado el procedimiento. En un 50% se realizaron cambios en la conducta medica(55% cambios del esquema antibiótico)

Conclusión: El procedimiento fue realizado tanto por residentes como por médicos formados en videobroncoscopia sin complicaciones graves. Es un estudio con una utilidad en múltiples patologías y que gracias al mismo se logro cambio en la conducta medica en gran porcentaje de paciente.

N	Especialistas	Residente	Cambios en conducta Medica
Neumonía (6)	83%	17%	100%
Destete (2)	50%	50%	100%
Guía TQT (3)	66%	33%	No corresponde
FEES (3)	66%	33%	66%

0341 ENCEFALOPATÍA POR PRIONES

V SAKURAI(1), A VARGAS(2), D POQUECHOQUE(2), O BALDERRAMA(2), W PAREDES(3), S LLERENA(2), R GUILLEN(2), E VELA(2), A HERNANDEZ(2)

(1) Profesor Alejandro Posadas. (2) Hospital Posadas. (3) Hospital Posadas

Introducción: La encefalopatía por priones, conocida como enfermedad de Creutzfeldt-Jacob es una enfermedad que asocia la misma al consumo de alimentos contaminados con el prion la cual se disemina por la falta de control para la producción, distribución y consumo de productos carnicos.

Presentación del caso: Paciente de 39 años, sexo masculino, sin antecedentes de imortancia.

Cuadro clínico que empieza 06/03/23 caracterizado por lo que se interpreta brote psicótico y que 10/03 agrega signos menígeos. Ingresa en nuestro centro donde se estudia de forma global la relación de algún cuadro infeccioso vs toxicológico, habiéndose descartado los mismos con estudios complementarios.

RMN 17/03 T2/Flair con alteración difusa simétrica en ganglios de la base y restricción de secuencias DWI, sugestivo de encefalopatía. 21/03 estatus epileptico refractario a anticomociales de 3era generación, dosis máximas y barbitúricos, que no se pudieron disminuir en contexto de EEG que reflejaban status.

Respecto a los estudios de LCR: con negatividad de cualquier microorganismo, oncogenes negativos y por último proteína 14-3-3 positiva. Dando diagnóstico de encefalopatía por priones.

Por complicaciones propias del paciente crítico, evoluciona con distress e hipoxia refractaria, bajo todos los sedantes a dosis máximas y finalmente fallece en fecha 28/04/23

Discusión y conclusión: El caso presentado de un paciente de 32 años con una clínica típica de la enfermedad por priones y fallecimiento en un mes, es una ejemplo del curso agresivo y fulminante de la enfermedad, la variante más común, la cual es la esporádica (en el 85%) representado como una enfermedad neurodegenerativa manifestada como demencia, pérdida de capacidad motora y que llega a producir la muerte por otro de sus síntomas neurológicos, en este caso el status epileptico, se relaciona con la evolución tórpida de la enfermedad, más allá de los estudios; imagenológico y laboratorio, proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo, es de importancia clinica poder identificar un cuadro clínico grave y guiarlo a estudios complementarios que definen el diagnóstico.

0342 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO BRONQUITIS PLÁSTICA

MB BEJARANO(1), L IRAZOQUI(1), E BAEZA(1), M ENRIQUEZ(1), L MARTINEZ RIGO(1), P MEDICI(1), C MENA(1), J GONZALEZ RAPANA(1)
(1) Hiemi Don Tetamanti

Introducción: Afección rara y grave caracterizada por aparición de moldes bronquiales de material fibromucoide, descrito como complicación de diversas enfermedades: asma, FQ, malformaciones linfáticas pulmonares, posoperatorio cardiovascular.

Presentación del caso: Varón 5 años, asmático, comienza con fiebre, tos y dificultad respiratoria que progresa a claudicación, con hipoventilación pulmonar derecho y radiografía con atelectasia masiva; se cultiva e inicia antibióticoterapia, ingresa ventilación mecánica, se realiza Fibrobroncoscopia rígida: material blanquecino viscoelástico (bronquio fuente derecho): molde bronquial. Viroológico: Influenza A. Por sospecha de Bronquitis Plástica inició tratamiento corticoideo, mucolítico con Dornasa alfa nebulizado y N Acetyl Cisteina y broncodilatador. Mejoría clínica y radiológica progresiva, extubación al sexto día a Canula de alto flujo.

Discusión: La bronquitis plástica es una afección rara y grave que se caracteriza por la formación de moldes bronquiales de un tejido mucoso, se asocia a afecciones pulmonares como asma, Fibrosis Quística, malformaciones linfáticas pulmonares, postoperatorio cardiovascular. se presenta con disnea abrupta, hipoxemia, atelectasia masiva o bilaterales que se observan en imágenes de tórax, siendo su principal diagnóstico diferencial la presencia de cuerpo extraño en vía aérea; el diagnóstico de determina mediante fibrobroncoscopia rígida directa con la extracción del molde bronquial mucoso; su tratamiento consiste en mucolíticos, broncodilatadores, kinesioterapia y corticoides.

Conclusión: En época invernal, cuando las infecciones por influenza prevalecen, ante un niño con cuadro de dificultad respiratoria severa y súbita, hipoxemia y atelectasia masiva en la radiografía de tórax se debe descartar Bronquitis Plástica ya que su pronto diagnóstico y tratamiento disminuye el daño por hipoxia y mejora la sobrevida.



0343 ENFERMEDAD CARDIOPULMONAR SECUNDARIO A HIPERACTIVIDAD SIMPATICOMIMÉTICA - A PROPOSITO DE UN CASO

FD VASILE(1), JJ CÁCERES(1), MA VEGA(1), DA SITTONI(1), RJ BAGNASCO(1), VN LUNA(1)
(1) Hospital Domingo Funes

Introducción: La Isquemia Cerebral Tardía en la Hemorragia Subaracnoidea (HSA) no solo se debe al vasoespasmo sino a mecanismos multifactoriales en estadios tempranos, denominando así una nueva entidad como "Daño Cerebral Temprano" (EBI), destacándose el aumento de la actividad simpática (hiperactividad simpaticomimética).

El concepto de EBI se establece durante las primeras 72hs de producida la hemorragia. Su diagnóstico puede establecerse con una medición indirecta del lactato sérico sumado a características clínicas puntuales.

Presentación del caso: Masculino de 49 años de edad sin APP conocidos al momento de la fecha ingresa al servicio por depresión del sensorio y caída de su propia altura sin recuperación de conciencia. Al ingreso paciente GSC < 8/15.

TC de cerebro HSA FISHER III. Fig 1.

ECG: Taquicardia Paroxística Supraventricular, Fig 2.

RxTx: Infiltrados Algodonosos bilaterales, sin broncograma aéreo. Fig 1.

LBT: GB13580 N90% glu216 urea75 creat1.55 BT1.89 gsa 7.20/47.4/115.3/18.1/-9.7/98% PAF130. lactato4.27.

Diagnóstico: DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA PROGRESIVA, edema pulmonar cardiogénico secundario a HSA HH4 F3.

Se asegura vía aérea AVm: PEEP6/VT450/CE63/CD29. Se inicia tratamiento con Dexmedetomidina en infusión continua a bajas dosis. Día 3: Se objetiva mejoría en la radiografía. Ecopulmonar: líneas A en los cuatro cuadrantes y disminución de líneas B.

Día 8: mínimos reflejos neurológicos. Four3/TC2/R1. Paciente febril, se realizan hemocultivo y cultivo de aspirado traqueal.

Día 13: paciente evoluciona con Isquemia Cerebral Difusa Tardía secundaria a HSA (vasoespasmo) e hipernatremia hiperosmolar. Paciente con Deterioro rostrocaudal, nuevo diagnóstico: potencial donante. Electroencefalograma plano.

Discusión: La HSA conduce al aumento de la PICy, consecuentemente, disminución de la PPC. La actividad tóxica resulta en constricción de microcirculación, apoptosis de células endoteliales, alteración de barrera hematoencefálica, edema cerebral y cascada tromboinfla-



matoria. El aumento agudo de catecolaminas producido después de la hemorragia, provoca complicaciones cardiopulmonares como miocárdico neurogénico aturrido y edema pulmonar neurogénico. Ambos eventos se relacionan con mal resultado neurológico. La infusión continua de dexmedetomidina (A2adrenérgico), ha demostrado resultados favorables, disminuyendo complicaciones asociadas.

Conclusión: Es importante tener en cuenta que, aunque la causa del fallecimiento es dependiente de la propia patología cerebral, la disfunción cardiopulmonar reversible puede contribuir al aumento de la mortalidad. Por ende, la instauración rápida del tratamiento alfa2adrenérgico y la exclusión aneurismática, disminuye las complicaciones durante la internación.

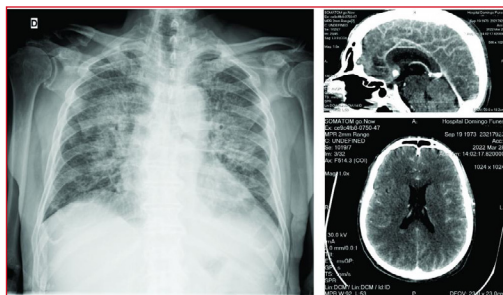


Fig 1: 1a: Rx de Tx; 1b TC de cerebro.

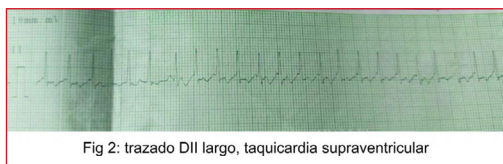


Fig 2: trazado DII largo, taquicardia supraventricular

0344 CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN EL ABORDAJE DE UN PACIENTE CON SÍNDROME HEPATOPULMONAR: REPORTE DE UN CASO

M DI GRAZIA(1), J SALTOS(1), P BEBER(1), M ESCOBAR(1), E STEINBERG(1), S VILLAREL(1), S GIANNASI(1)
 (1) Hospital Italiano

Introducción: Llevar a cabo la extubación (EOT) en el momento oportuno, es un desafío continuo en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se recomienda la implementación de Cánula de Alto Flujo (CAF) en pacientes con alto riesgo de falla de EOT. Los pacientes con Síndrome Hepatopulmonar (SHP) se caracterizan por presentar alteración en la oxigenación inducida por modificaciones vasculares pulmonares en el contexto de la patología hepática. Presentamos el siguiente caso clínico de un paciente cursando el POP de un TH por un SHP, que logró tener una EOT dentro de las primeras 12 horas en la UCI que fue exitosa, gracias al uso de CAF, a pesar de presentar hipoxemia severa postoperatoria de manera sostenida en el tiempo.

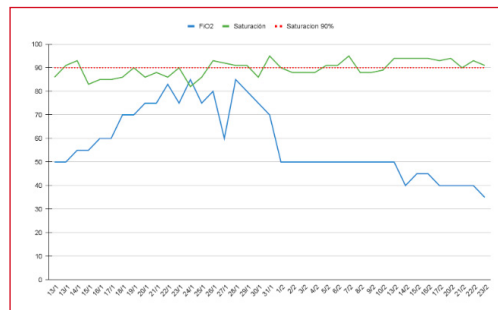
Caso: Paciente de 67 años de edad, de sexo masculino, con antecedentes de cirrosis alcohólica CHILD C con SHP, ingresó a la UCI proveniente del quirófano tras una cirugía sin complicaciones, pero con altos requerimiento de FIO2 por hipoxemia. Considerando sus antecedentes de SHP, y tras descartar otras causas de hipoxemia, se llevó a cabo la EOT. Se implementó CAF como soporte no invasivo post EOT.

A pesar de la hipoxemia, el paciente no refirió disnea en reposo, ni durante la rehabilitación, momento en el cuál era necesario incrementar los niveles de FIO2, sin embargo pudo llevarla adelante sin mayores complicaciones.

La progresión de la saturación y la FIO2 se muestran en la tabla 1. Al día 52 postoperatorio fue dado de alta al domicilio.

Conclusión: En este reporte de caso mostramos el uso exitoso de la CAF en un paciente con hipoxemia sostenida en el POP de un TH

por SHP. Logramos mostrar que en un escenario de estricto control de los signos clínicos y vitales, la CAF podría ser una alternativa terapéutica en el período post EOT.



0345 UNA CAUSA DE ACIDOSIS METABÓLICA SEVERA: REPORTE DE CASOS

L ZELADA(1), J GARCIA(1)
 (1) Central

Introducción: El etilenglicol es una sustancia incolora, Ph neutro y de sabor dulce, usado como disolvente, fluido de frenos y refrigerante; su ingesta accidental o intencional produce metabolitos tóxicos como glicolaldehído y ácidos glioxílico, fórmico y oxálico, responsables de su toxicidad. La sospecha diagnóstica se basa en la detección de acidosis metabólica severa con GAP elevado, hipocalcemia y oxalato de calcio en orina. Reconocer la importancia del análisis del estado base para el diagnóstico y tratamiento precoz de una patología severa.

Presentación del caso: En el lapso de un año se reciben en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Central de Mendoza dos casos con sospecha de ingesta de etilenglicol. El primero se trata de un femenino de 65 años obesa, hipertensa y tabaquista con trastorno de conciencia, refiriendo el familiar ingesta intencional de etilenglicol. En el segundo caso, se trata de un masculino de 64 años con antecedentes de hipertensión arterial y Chagas serológico, que ingresa con trastorno de conciencia, sin acompañantes. En ambos pacientes la tomografía de cerebro y punción de líquido cefalorraquídeo son normales y laboratorio con acidosis metabólica severa con hiperlactacidemia, hipocalcemia y cristales de oxalato en orina. Ambos evolucionan con necesidad de hemodiálisis de urgencia, iniciándose en el segundo caso al ingreso y en el primer caso a las 48 hs. Reciben antes de las primeras 24 hrs post-ingesta etiliterapia con carga y dosis de mantenimiento. Permanecen en Terapia Intensiva el primer caso 43 días, el segundo caso continuó solo por 10 días.

Discusión: Si bien en el primer caso se llega al diagnóstico por el interrogatorio, La experiencia del mismo simplifica llegar a la sospecha diagnóstica en un segundo paciente donde se desconocía la historia y sin posibilidad de interrogatorio, siendo el laboratorio y la sospecha clínica, claves para el diagnóstico precoz.

Conclusión: Es importante reconocer la acidosis metabólica severa y tener en cuenta diagnósticos diferenciales poco frecuentes a fin de realizar tratamientos fundamentales para modificar la morbimortalidad.

	PH	PCO2	PO2	HCO3	EB	NA	K	CL	SAT	LAC
Ingreso	7,05	33	75,8	10,4	-21,3	151	4,6	113	93,2%	29
ARM	6,97	34,8	127	8,2	-23,5	152	4,60	121	97,9%	30
Etiliterapia inicio	7,04	58,9	92,7	16,3	-14,2	160	4,4	11	95,3%	24
Post-hemodiálisis	7,19	48,6	85,8	18,6	-9,6	149	4,7	113	96,6%	19
Etiliterapia finalizada	7,35	38,3	75,6	21,4	-4,1	146	4	110	96,2%	5,3
Alta	7,38	55,4	63,8	30,8	8,4	145	3,5	5	91,6%	0,9

Tabla 2: Evolución EAB 2DO CASO

	PH	PCO2	PO2	HCO3	EB	NA	K	CL	SAT	LAC
Ingreso	--	12.2	174	--	--	148	3.90	--	97,1%	--
ARM	6.81	23.1	175	3.7	--	152	4.50	12 5	98,2%	>37
Post- hemodiálisis	7.14	28.4	126	9.7	-19.3	150	3.60	116	98,2%	30
Etiterapia inicio	7.26	36.5	108	16.6	-10.4	152	3.20	10 9	96,4%	>31
Etiterapia finalizada	7.46	39.7	67.7	28.7	5	143	3.90	10 0	95,9%	6.5
Alta	7.51	29.3	63.5	23.9	1	137	4.60	10 4	92,9%	0.9

0346 ESTADO PROTROMBÓTICO POR INTOXICACIÓN POR COCAÍNA: REPORTE DE CASO

L ZELADA(1), J GARCIA(1)
 (1) Central

Introducción: El consumo de cocaína provoca un estado protrombótico por vasoconstricción a nivel esplénico produciendo eritrocitosis transitoria, a nivel coronario, estimula la liberación de factor Von-Willebrand promoviendo la agregación plaquetaria y genera respuesta inflamatoria, finalmente terminado en trombosis. La incidencia de consumo de cocaína en Argentina es del 7,8% en el último año; siendo más frecuente en hombres. Con aumento del mismo en los últimos años. El objetivo de la siguiente presentación, es considerar el tromboembolismo pulmonar como posibilidad diagnóstica en este tipo de paciente y actualización del tema.

Presentación: Paciente masculino. 46 años, privado de la libertad, antecedentes de tabaquismo y EPOC, ingresa por Status convulsivo e intoxicación aguda con cocaína. En tomografía de abdomen se evidencian imágenes radiolúcidas localizadas en yeyuno. Intercurre con Trastorno de oxigenación severo. Se realizó Angiotomografía de tórax que muestra falta de relleno en arteria pulmonar izquierda, arterias de lóbulo medio, inferior y segmento anterior de lóbulo superior derecho. Ecocardiograma con aurícula derecha dilatada e hipertensión pulmonar moderada (PSP 48mmHg), PESI score elevado. Se procede a trombolisis con infusión de rTPA y permanece anticoagulado.

Se confirma trombosis venosa profunda de femoral superficial hasta gemelares internas. Ecocardiogramas evolutivos con mejoría significativa de hipertensión pulmonar (tabla 1). Evoluciona favorablemente. Se extuba al día 19 de ARM.

Discusión: En el caso descrito la confirmación de intoxicación por cocaína por ruptura de cápsulas a nivel digestivo, dando como consecuencia la persistencia de niveles elevados de tóxico en orina (imagen 1), nos obliga a pensar que es el motivo causal del estado protrombótico el cual generó tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda femoral. La trombolisis con rTPA fue efectiva en este caso.

Conclusión: El consumo de cocaína puede generar estados protrombóticos, lo cual debe ser considerado al momento de los diagnósticos diferenciales de insuficiencia respiratoria en paciente con este antecedente. La trombosis como causa de insuficiencia respiratoria es poco frecuente en relaciones a otras etiologías probables (infecciosa, hemorrágica, etc), por lo tanto el nivel de sospecha para su detección debe ser elevado.

TABLA 1 (Ecocardiogramas evolutivos)

	Inicio	Pos rTPA (24hrs)	Pos rTPA (7 días)
Área AD	17cm ²	36cm ²	16cm ²
Diam Basal VD	53mm	54mm	44mm
PSP	48mmHg	32mmHg	Sin poder estimar



0347 REPORTE DE CASO: SHOCK SÉPTICO CON FOCO EN ABSCESO DE PSOAS ILIACO IZQUIERDO POR STREPTOCOCCUS PYOGENES

JL SANZ(1)
 (1) Humberto Notti

Introducción: El absceso del músculo psoas es una piomiositis infrecuente en la población pediátrica, convirtiéndose en un gran reto diagnóstico. Debe sospecharse en todo niño con fiebre, malestar general o dolor abdominal o lumbar o cadera con evolución mayor a una semana. Suele confundirse con artritis séptica u otras enfermedades osteomusculares.

Presentación del caso: Paciente de 7 años, sin antecedentes previos, ingresó al hospital por dolor lumbar, impotencia funcional de miembros inferiores, fiebre y rash escarlatiniforme de 6 días de evolución; evolucionó en sala tórpidamente, a las 36 horas ingresó a Terapia Intensiva. Permaneció inestable hemodinamicamente con requerimiento de Asistencia Ventilatoria Mecánica, antibioticoterapia y altas dosis de inotrópicos los primeros 3 días. Ante sospecha de artritis séptica de rodilla derecha se realizó artrocentesis con cultivo negativo; por distensión abdominal se realizó ecografía abdominal que informó liquido libre y leve alteración de ecoestructura del musculo iliaco izquierdo sin signos de abscedación. Al 4to día se realizó Resonancia de abdomen-pelvis-rodilla derecha donde se observó compromiso infeccioso del músculo iliaco izquierdo con colección parcialmente abscedada y compromiso del músculo iliopsoas distal homolateral. Al 6to día se drenó quirúrgicamente el absceso, aislando S. pyogenes en cultivo.

Discusión: El absceso de psoas se clasifica como primario (diseminación hematogena) o secundario (propagación desde foco contiguo). Factores de riesgo para su desarrollo: traumatismos previos procesos infecciosos, anemia, desnutrición, abuso de drogas por vía parenteral, enfermedades crónicas, inmunodeficiencias primarias o secundarias.

La ecografía suele ser el examen inicial; las técnicas con mayor rendimiento diagnóstico son la Tomografía y la Resonancia. El tratamiento incluye manejo antibiótico y drenaje de la colección por vía percutánea con guía ecográfica o por TC o quirúrgico con lumbotomía.

Conclusiones: El absceso de Psoas es una infrecuente causa de shock séptico, con pocos datos disponibles sobre su prevalencia e incidencia en nuestro país, siendo una entidad rara y de difícil abordaje. Su diagnóstico representa un gran reto.



0348 REPORTE DE CASO: TROMBOSIS DE VENA CAVA INFERIOR Y ARTERIA PULMONAR EN PACIENTE CON SÍNDROME NEFRÓTICO CORTICORRESISTENTE

JL SANZ(1), S TORRES(2), A SIABA SERRATE(2), A EXENI(2), B CHIOSTRI(2), T IOLSTER(2)
 (1) Humberto Notti. (2) Universitario Austral

Introducción: El síndrome nefrótico es la glomerulopatía primaria más frecuente en Pediatría. Una característica es la hipercoagulabilidad, describiéndose fenómenos tromboembólicos en miembros inferiores, renales, seno longitudinal o pulmonar (incidencia 2-8%) La literatura sobre presentación de casos clínicos pediátricos con

trombosis venosa y arteriales es escasa, refiriendo en muchos casos a población adulta.

Presentación del Caso: Paciente de sexo femenino de 2 años, con antecedente de síndrome nefrótico corticorresistente ingresa para realización de biopsia renal y revaloración de patología de base. En Ecocardiograma se observa trombo en desembocadura de Vena Cava Inferior en Aurícula Derecha por lo cual ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) para monitoreo e inicio de goteo de Heparina. Presenta tórpida evolución con falla multiorgánica asociada a Síndrome de Distrés Respiratorio Severo (SDRA), presentando un paro cardiorrespiratorio < 5 minutos de duración. Estuvo ventilada 7 días con soporte vasoactivo. Se evidenció en ecocardiograma imagen compatible con trombo en rama pulmonar, confirmándose diagnóstico con AngioTAC. Tras reunión multidisciplinaria se decide realizar Endarterectomía de Arteria Pulmonar y Trombectomía de Vena Cava Inferior. Evoluciona favorablemente posterior a cirugía, estando actualmente en tratamiento de patología de base con Diálisis Peritoneal, antihipertensivos y anticoagulación con Enoxaparina, con objetivos de trasplante renal en breve tiempo.

Discusión: El curso clínico del Síndrome Nefrótico es altamente variable, difícil de predecir en el momento de la primera manifestación y precisa un seguimiento prolongado. Las variables congénitas y atípicas del Síndrome tienen mala evolución, con alta mortalidad en la etapa pretrasplante.

Entre los diagnósticos del caso se evaluaron shock séptico, evolución de la enfermedad de base y falla hemodinámica asociada a SDRA. En este caso el colapso hemodinámico asociados a PCR y SDRA agregaron alta morbilidad, lo que llevó al concurso de las especialidades responsables (UCIP, Nefrología, Cirugía Cardiovascular, Cardiología) a debatir sobre la costo/efectividad y asunciones del peor y mejor escenario respecto a la decisión quirúrgica debido a la alta mortalidad que presenta esta patología y la posibilidad de óbito durante el acto quirúrgico.

Conclusión: El Tromboembolismo pulmonar en pediatría presenta una alta mortalidad. Es importante en el análisis de los diagnósticos principales evaluar esta posibilidad para poder actuar con celeridad.

0350 CORRELACIÓN ENTRE ELECTROENCEFALOGRAMA Y FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL EN EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G SOUZA(1), J VERGES(1), M CYUNEL(2), J JURI(1)

(1) Instituto De Trasplante De Caba. (2) Dr. Ricardo Gutierrez

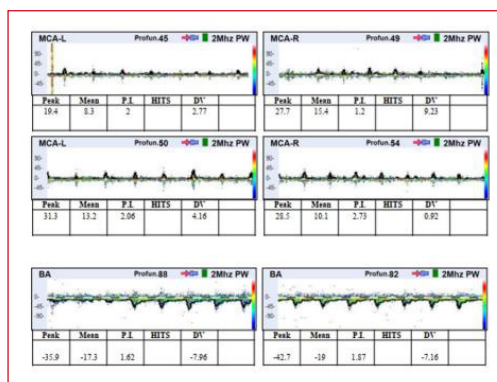
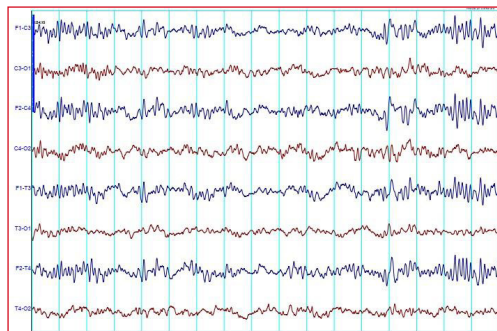
Introducción: Cuando se desencadena la Muerte Encefálica, existe una serie de procesos fisiológicos-patológicos que inician con la pérdida de funcionalidad y concluyen en el paro circulatorio cerebral. En el protocolo actual de diagnóstico de Muerte Encefálica (ME), tanto el Electroencefalograma (EEG) como el Doppler transcraneal (DTC) son considerados métodos instrumentales auxiliares de diagnóstico.

Resultados: Se evaluó un paciente que evoluciono con clínica de ME, secundario a una lesión isquémica de cerebelo; en el primer estudio y por falta de imagen de magnitud suficiente que justificara dicha evolución, se realizó un DTC que evidenció paro circulatorio en territorio anterior bilateral y flujo crítico en territorio posterior. Horas más tarde y con un nuevo estudio imagenológico, se realizó EEG que mostró actividad eléctrica cortical en todos los canales de ambos hemisferios. Este hallazgo se mantuvo las siguientes 24hs, así también, el patrón sonográfico, apareciendo silencio bioeléctrico cortical a las 48hs de la evaluación inicial.

Discusión: La discordancia entre la presencia de actividad eléctrica cerebral y el paro circulatorio cerebral es un evento que se presenta en muy raras ocasiones, relacionado a la particular fisiopatología de la ME. Aun cuando no todos los países contemplan la evaluación de estructuras hemisféricas y troncales para la determinación de la ME.

Conclusión: Estas excepciones que pueden surgir en la evolución a ME, no debe alterar la aplicación del protocolo vigente para arribar

al diagnóstico, sino todo lo contrario, ya que nos permite adecuar los métodos auxiliares a cada potencial donante evaluado.



0351 OXIGENOTERAPIA CON CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO PARA LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (FPI), COMO ESTRATEGIA VENTILATORIA AL FINAL DE LA VIDA

J BERNACHEA(1), C MIZDRAJI(1), L COSTA(1), P CAMILA(1), J MARTINEZ(1), V GIMENEZ(1), L GAMARRA(1), L OJEDA(1), E ALFONSO(1), L FIGUERERO(1), G MILELLA(1), M MOSQUEDA(1), E BENITEZ(1)

(1) Hospital Escuela General Jose Francisco De San Martin

Introducción: El pronóstico es extremadamente pobre en pacientes con FPI que presentan insuficiencia respiratoria aguda (IRA), alcanzando la mortalidad hospitalaria casi el 85%. Además, la ventilación mecánica (VM) no tiene un efecto terapéutico significativo sobre la supervivencia. La oxigenoterapia con cánula nasal de alto flujo (HFNC) puede proporcionar un tratamiento respiratorio eficaz de la insuficiencia respiratoria hipoxémica en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

Caso: Paciente femenina de 42 años con diagnóstico de Dermatomiositis y fibrosis pulmonar intersticial con CVF 35%, FEV1/CVF 70% con mala respuesta a corticoterapia y Rituximab que evoluciono con insuficiencia respiratoria progresiva con requerimiento de oxigenoterapia. Por aumento del requerimiento de oxígeno y mala mecánica respiratoria ingresa a Terapia intensiva saturando 80 % FR 32, uso de músculos accesorios, Po2 45, por lo que se inicia CANAF con buena respuesta, con control a la 1 hs Sat 90%, FR 26 Fio2 80% índice de Rox : 4.35, 3hs 40 l/m Sat 96 FR 27, Fio2 50% índice Rox : 7.38, 5hs 40ltrs, Fio2 50% FR 34 Sat 90%, índice de Rox: 5.29 por lo que se mantuvo la estrategia ventilatoria durante 10 días con buena adaptación y confort de la paciente intercurriendo con Neumonía intranosocomial, disfunción multiorgánica y posterior abito.

Discusión: Al no poder revertir el curso de la enfermedad, la elección de la VM podría causar molestias al paciente, mayor requerimiento de sedación y neumonía asociada al ventilador. Se uso CANAF como estrategia ventilatoria como parte de la atención al final de la vida.

Conclusión: La CNFA es bien tolerada por los pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica asociada a EPI. HFNC permitió a los pacientes comer y conversar hasta justo antes de la muerte, lo que sugiere que HFNC en estos pacientes es un tratamiento paliativo razonable.

0352 DEMORAS EN EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DAÑO EXTENSO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ¿CORRESPONDE LA ADECUACIÓN TERAPÉUTICA?

M CYUNEL(1), G SOUZA(1), J VERGES(1)
 (1) Instituto De Trasplante

Introducción: La evolución a muerte encefálica (ME) y su diagnóstico es, en muchos casos, la única alternativa para finalizar las medidas de soporte vital en pacientes con daños extensos e irreversibles del SNC. En algunas ocasiones este proceso demora días, semanas o meses, siendo una espera angustiosa tanto para la familia como para el equipo médico tratante.

Presentación de caso: Paciente sexo masculino de 12 años, que ingresa el 13/01 derivado a la UTI por hematoma talámico derecho con volcado ventricular, que requirió colocación de DVE por sangrado de malformación arterio-venosa (MAV). Evolucionó con múltiples complicaciones infecciosas (pioventriculitis, sepsis a S. Aureus, falla renal y hepática secundaria a antibióticos, requerimiento de vasopresores en múltiples ocasiones, disturbios hidroelectrolíticos y úlceras de córneas). Presentó midriasis el 18/01, se suspendió sedoanalgesia el 27/01 y persistían los reflejos de tronco hasta el 03/02. Se realizó una primera evaluación el 09/02 con Doppler transcraneal (DTC) que evidenció flujo crítico en territorio de ACM izquierda y reverberante en AB y ACM izquierda. Fue seguido con DTC por una semana, obteniéndose iguales resultados. El 09/03 fue reevaluado por métodos convencionales y se arribó al diagnóstico de ME, pudiendo desconectarse del soporte vital.

Conclusión: Resulta controversial la espera de un mes para completar un diagnóstico de ME, siendo que el paciente presentaba en la primer evaluación paro circulatorio en 2/3 territorios evaluados. Si bien la normativa legal actual no contempla el retiro de medidas de alta complejidad, las mismas pueden adecuarse según el cuadro y el pronóstico, permitiendo un desenlace temprano, a fin no incurrir en un sostenimiento fútil de parámetros vitales. Esta situación excede a la terapia intensiva pediátrica, y debería ser un tema a plantear cuando luego de varios intentos no se puede completar el diagnóstico de ME en presencia de lesiones extensas e irreversibles.

0353 EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA EN SUJETOS SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN LA UNIDAD CORONARIA DE LA CLÍNICA PASTEUR EN LA CIUDAD DE NEUQUÉN. ESTUDIO PILOTO

L BEZZI(1), M FREDES(1), F LEZCANO(1), G FERRO(1)
 (1) Clínica Pasteur

Introducción: El 40% de los pacientes en Unidad Coronaria (UCO) posterior a una cirugía cardíaca presenta alguna complicación pulmonar. La ecografía diafragmática resulta útil en la evaluación pre y posoperatoria en estos pacientes La medición de la fracción de engrosamiento diafragmático (FDE) en el preoperatorio puede ayudar a detectar aquellos sujetos con mayor riesgo de complicaciones postoperatorias.

Objetivos: Identificar si se desarrollaron mayor cantidad de complicaciones respiratorias en aquellos sujetos que presentaron una FDE prequirúrgica por debajo del 36% en comparación con los que presentaban una FDE normal. Secundariamente, describir si la excursión diafragmática (ED) posterior a la cirugía es inferior a la observada en el preoperatorio.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo comprendido entre Febrero a Junio de 2023. Se incluyeron

sujetos mayores de 18 años que ingresaron a cirugía cardiovascular en la UCO de la Clínica Pasteur en Neuquén. Se eliminaron aquellos que requirieron ventilación mecánica invasiva posterior a la cirugía por más de 24 hs. Las mediciones fueron tomadas en el pre y postoperatorio inmediatos, registradas por dos operadores, en posición semisentado y se utilizó el ecógrafo Philips HD11xe. En todos los pacientes se registraron ED y FDE. Las variables categóricas se reportaron como frecuencias y porcentaje. Las variables continuas se reportaron con media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico, según distribución. Para el supuesto de normalidad se utilizó el test Shapiro-Wilk. Significancia: $p < 0.05$. El software utilizado fue IBM SPSS Statistics Visor 25.

Resultados: Se enrolaron 14 sujetos, 12 de los cuales completaron el estudio. La FDE previa a la cirugía presentó una media de 0.37 (DE 0.03) y la mediana en el postquirúrgico fue 0.2 (RIQ 0.16-0.43). La ED previa a la cirugía reporta una media de 1.68 (0.16), mientras que en la post quirúrgica la media fue 1.70 (0.23).

Conclusión: Preliminarmente no se encontró un aumento de complicaciones respiratorias estadísticamente significativo en aquellos pacientes que presentaban una FDE inferior al 36% previo a la cirugía ($p = 0.44$). La ED no tuvo una variación estadísticamente significativa entre las mediciones previas a la cirugía y en el postquirúrgico ($p = 0.71$).

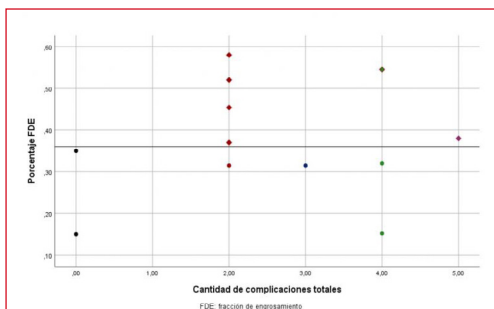


Fig. N° 1. Relación entre las complicaciones respiratorias totales y el porcentaje de la fracción de engrosamiento diafragmática.

Tabla N° 1. Características quirúrgicas	
Variables	
Tipo de cirugía n (%)	
CRM	11 (78.6)
Doble RV	2 (14.3)
RVAo	1 (7.1)
Bomba extracorpórea n (%)	4 (28.6)
Reclutamiento en quirófano n (%)	12 (85.7)
VMNI post cirugía n (%)	4 (28.6)
VMI prolongada n (%)	1 (7.1)
Complicaciones Respiratorias n (%)	
Desaturación	10 (71.4)
Neumonía	3 (21.4)
Derrame pleural	5 (35.7)
Edema pulmonar	11 (78.6)
Atelectasia	3 (21.4)
Sedoanalgesia n (%)	
Remifentanilo	2 (14.3)
Propofol	10 (71.4)
Fentanilo	12 (85.7)
Midazolam	7 (50)
BNM n (%)	5 (35.7)

Referencias: CRM (cirugía de revascularización miocárdica); RV (reemplazo valvular); RVAo (reemplazo valvular aórtico); VMNI (ventilación mecánica no invasiva); VMI (ventilación mecánica invasiva); BNM (bloqueantes neuromusculares).

0354 PERICARDITIS CONSTRICTIVA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE UN CASO

J GARCIA VALDEZ(1), A BUSTOS(2), MDLA ISLAS(2), MG AVILA BENAVIDES(2), M COLOMBO(2), LA GUTIÉRREZ ORTUÑO(2), M SARLI(2)

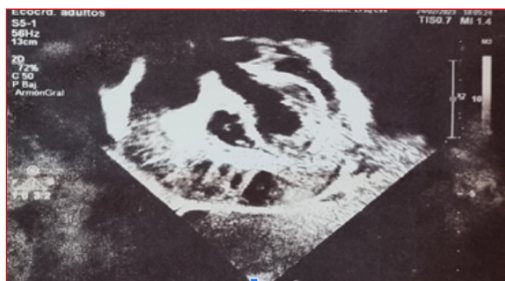
(1) Hospital Nacional Alejandro Posadas. (2) Nacional Alejandro Posadas

Introducción: La pericarditis constrictiva es una patología poco frecuente en pediatría, se debe a un proceso fibrótico que abarca ambas hojas pericárdicas y puede ser de etiología bacteriana o por Mycobacterium tuberculosis. Representa un reto diagnóstico ya que puede presentarse de forma oligosintomática.

Presentación del caso: Presentamos el caso de una niña de 2 años con antecedentes de haber cursado un cuadro de Neumonía. Durante la anamnesis refiere dolor abdominal, edema bipalpebral y pérdida del apetito de 48 horas de evolución. Al examen físico se evidencia ruidos cardíacos hipofonéticos e hipoventilación en base derecha. Se realiza radiografía de tórax donde se evidencia cardiomegalia y en el ecocardiograma imágenes compatibles con tabicaciones en el espacio pericárdico, llegando al diagnóstico de Pericarditis constrictiva. Inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro con Vancomicina y Ceftazidima posterior a la toma de cultivos y cultivo de líquido pericárdico donde aisló SAMR. El paciente se somete a una pericardiocentesis evacuadora más pericardiectomía y colocación de drenaje pleuro-mediastinal en 2 oportunidades. Evolucionación con bajo gasto cardíaco post quirúrgico, requiere hemodiafiltración, pulsos de corticoides, tratamiento antibiótico y evolución favorablemente. El diagnóstico y tratamiento oportuno en esta patología son las bases para obtener resultados positivos.

Discusión: Son escasos los casos reportados sobre esta patología en pediatría, encontramos 1 caso en Taiwan, New York, Portugal, Alemania y Argentina, en todos los reportes se concluye que esta patología es de diagnóstico desafiante.

Conclusiones: Los pacientes con pericarditis constrictiva presentan un cuadro clínico muy signo sintomatológico variado, por lo tanto el examen físico es esencial en la evaluación inicial, para solicitar los exámenes complementarios acordes para establecer el diagnóstico y brindar un tratamiento específico y oportuno.



0355 MIELITIS TRANSVERSA POR SÍNDROME DE SJÖGREN

MA BETANCUR(1), AL PIÑAS(1), J VILCA BECERRA(1), F MARTIN(1), MG NUCCIARONE(1), MR GARDEAZABAL(1), IM PARODI(1), F MORALES(1), M CORDOBA(1), A CUCCI(1), JJM CONDE(1), F IGLESIAS(1), C LOUDET(1), S TAL(1)

(1) Hospital San Martin De La Plata

Introducción: La mielitis transversa aguda (MTA) es un cuadro neurológico inflamatorio focal de la médula espinal de diferentes etiologías. La presentación clínica del Síndrome de Sjögren (SjS) es bastante heterogénea y afecta predominantemente a mujeres de mediana edad. Identificar la etiología de ambas patologías es desafiante, y en muchas circunstancias la causa sigue siendo desconocida.

Presentación del caso: Masculino de 23 años sin antecedentes patológicos, ingresa derivado para estudio de síndrome medular agudo. Paciente que sufre trauma torácico laboral, presenta dolor torácico con irradiación a hombro izquierdo y posteriormente irradia a miembros inferiores, evolucionando con paraplejía inferior y paraparesia de miembros superiores.

Se realiza RMN donde se evidencia cambios de señal de C3 a D3, incremento de diámetro de médula espinal, hiperintensidad que compromete cordones anteriores y sector central, a nivel D3-4 dilatación del conducto del epéndimo. Evoluciona en 48 horas con insuficiencia ventilatoria requerimiento de ARM y plejía de miembros inferiores y miembro superior izquierdo. Se interpreta mielitis transversa vs isquemia medular traumática; descartándose indicación quirúrgica o causas infectológicas.

Dentro laboratorio de ingreso se obtiene resultado de FAN + 1/640 granular fino, RO-60 + asociado a hipergammaglobulinemia desestimando la etiología traumática, por lo que se decide tratamiento con pulsos de Metilprednisolona 500mg IV por 3 días; por falta de mejoría clínica a los 15 días se decide administrar gammaglobulina 2mg/kg en 5 días. Cuadro autoinmune compatible con Síndrome de Sjögren.

Paciente evoluciona con mejoría motriz notable, Daniels 2/5 de MMII y MSI, con MSD 3/5 hasta el momento del alta del nosocomio.

Discusión: La forma de presentación de compromiso motor asociado al antecedente de trauma torácico obligó a descartar la etiología traumática; a pesar de ello la sospecha de enfermedad autoinmune nos permitió otorgar tratamiento y llegar a un diagnóstico poco frecuente.

Conclusión: El SjS en adultos jóvenes varones es muy poco frecuente; más aún las complicaciones neurológicas graves como la mielitis transversa. En toda mielopatía debe descartarse un trastorno autoinmune y ante la sospecha se debe otorgar tratamiento temprano para detener la inflamación autoinmune sospechada.

Estudios:	Resultados
Angio-TC	Sin particularidades
Punción lumbar	Cristal de roca 5 células, 115 hematíes, proteinorraquia 0.16g/l glucorraquia 79, relación 0.79 Cultivo de LCR: negativo
Serologías (VIH, VDRL, VHB y VHC). Filmarray	Negativos
Doppler transcraneano	IP aumentada bilateral
Perfil inmunológico	FAN + 1/640 granular fino, RO-60 +, resto negativo
Proteinograma electroforético e IgG sérica	Normales



0356 SINDROME COLINÉRGICO AGUDO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS. REPORTE DE CASO

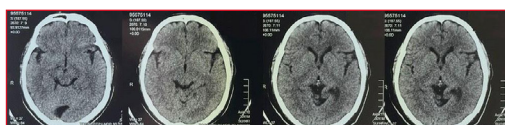
EGA MILELLA(1), EY BENITEZ(1), LC FIGUERERO SALINAS(1), M MOSQUEDA(1), LSN GAMARRA(1), JM MARTINEZ(1), J BERNACHEA(1), V GIMENEZ DUARTE(1), LB COSTA(1), C PISARELLO(1), HJM ALVAREZ(1), JE ALFONSO
(1) Hospital Escuela General Jose Francisco De San Martin Corrientes

Introducción: Los compuestos organofosforados son pesticidas ampliamente utilizados que anualmente causan numerosos episodios de intoxicaciones, y muertes cuando es deficiente el abordaje diagnóstico y terapéutico. En intoxicaciones agudas se produce un síndrome colinérgico por aumento de acetilcolina a nivel sináptico, secundario a inhibición irreversible de las colinesterasas. Se manifiestan tres entidades clínicas en función del tiempo de exposición: a) Crisis colinérgica aguda, minutos a horas post exposición; b) Síndrome intermedio 48-72 horas posteriores; y c) Polineuropatía tardía. Abordamos en este caso una crisis colinérgica aguda.

Caso: Paciente masculino de 36 años, antecedentes desconocidos, hallado inconsciente en domicilio, ingresó a nuestro hospital con Glasgow 9/15 (O4V2M3), hipotensión, bradicardia, sudoración profusa, sialorrea, abundante secreción lacrimal, sin control de esfínteres, fasciculaciones musculares en miembros, pupilas mióticas. tomografía de cerebro sin cambios estructurales. Evolucionó con episodios convulsivos, deterioro consistente en Glasgow 3/15 con uso deficiente de musculatura respiratoria y mala defensa de vía aérea con evidencia de broncoaspiración, ingresando a Terapia Intensiva recibiendo intubación orotraqueal, ventilación mecánica y soporte vasoactivo por inestabilidad hemodinámica. Aislándose dato de que el paciente ingirió agroquímicos previo al inicio sintomático Se realizó lavado gastrointestinal con carbón activado, asumiéndose como crisis colinérgica secundaria a intoxicación por organofosforados se inició infusión continua de atropina revirtiendo paulatinamente las fasciculaciones a las 24 horas de iniciada la terapia, y a las 72 horas el paciente evolucionó alerta y respondiendo órdenes verbales, cumpliendo criterios de destete se procedió a la extubación.

Discusión: En el caso mencionado el deterioro neurológico por sospecha de crisis colinérgica asociada a intoxicación por organofosforados se orientó descartando patología cerebral estructural mediante estudio tomográfico, también encefalopatía secundaria a alteraciones metabólicas, basando la hipótesis en manifestaciones colinérgicas muscarínicas y nicotínicas, cobrando notable fuerza gracias a la referencia de consumo previo, que orientó el diagnóstico y dirigió el tratamiento anticolinérgico.

Conclusión: Observándose evolución favorable del paciente presentado, se podría plantar como evidencia la necesidad de instaurar rápidamente un abordaje diagnóstico y terapéutico, frente a la sospecha de intoxicaciones agudas, desviándose la necesidad de confirmación diagnóstica por dosaje de colinesterasas, cuando la sospecha diagnóstica es sustentable.



0357 A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMONÍA ATÍPICA GRAVE POR CHLAMYDIA PSITTACI

MB GONZALEZ(1), G GABRIELA(2), M ANA KARINA(2), A ARIEL ALEJANDRO(2), PD CORONADO LUJÁN(2), O LUCIA(2), AM BANEGAS(2), GE NUÑEZ LLOVERA(2), D NOGALES(2)
(1) Durand. (2) Hospital General De Agudos Carlos G. Durand

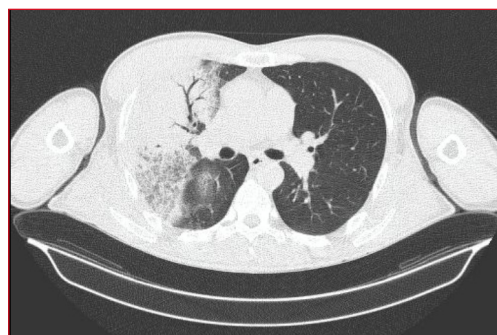
Introducción: La psitacosis es una enfermedad infecciosa sistémica causada por la bacteria Chlamydia Psittaci. La presentación clínica

es variable y el principal factor de riesgo es la exposición a las aves, su reservorio zoonótico.

Caso clínico: Paciente masculino de 46 años, que ingresó a UTI por disnea CF III, cefalea y fiebre. TC de tórax con block neumónico a nivel del lóbulo superior derecho. Evolucionó tórpida, febril persistente, progresión de la insuficiencia respiratoria y shock con requerimiento de vasopresores y ARM. Al interrogatorio: contacto con dos loros, recientemente fallecidos, y pareja cursando infección por Chikungunya. Por sospecha de neumonía por Psitacosis, se agrega Claritromicina al esquema antibiótico. Cultivo de muestras respiratorias: negativos para gérmenes comunes. Panel viral: negativo. Dosaje de IgG por técnica de IFI para Chlamydia Psittaci: 1/1024. Luego de 17 días el paciente es extubado, cumplió 21 días de tratamiento antibiótico. Obtuvo el alta hospitalaria.

Discusión: La infección por Chlamydia Psittaci no es parte del diagnóstico microbiológico tradicional y debemos sospecharla en el contexto de un paciente con fiebre, foco pulmonar, disociación clínico-imagenológica y epidemiología positiva. Su diagnóstico se realiza a través del aislamiento del germen o dosaje de anticuerpos. El tratamiento de primera línea es la doxiciclina, y los macrólidos son de segunda elección.

Conclusiones: Considerando que la resistencia a los antimicrobianos supone una amenaza cada vez mayor para la salud pública, debemos destacar que una correcta anamnesis permite sospechar el diagnóstico y guiar la selección del tratamiento antibiótico.



0358 UNA VEZ MÁS... EVALUACIÓN DESCRIPTIVA DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN UN HOSPITAL DE AGUDOS.

CSA CIERI(1), G VELAZCO(1), S ÁLVAREZ(1)
(1) Hospital Central

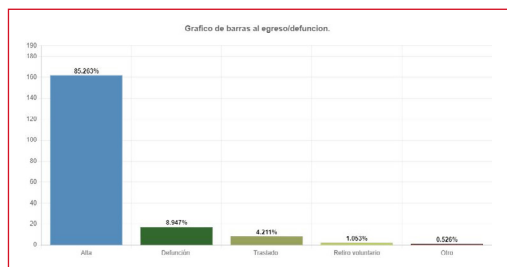
Objetivo: Estudiar epidemiología y mortalidad de pacientes adultos egresados o fallecidos con diagnóstico de ACV (accidente cerebrovascular) isquémico desde enero 2021 a noviembre 2022 en el Hospital Central de Mendoza. Evaluar pacientes trombolizados o no y causas. Evaluar los factores de riesgo en población trombolizada. Analizar correlación entre variables (escala NIHSS, Tensión arterial sistólica, leucocitos y lactato).

Materiales y métodos: Estudio analítico, observacional, transversal, retrospectivo. Se analizaron 190 historias clínicas con diagnóstico de ACV isquémico. Se confeccionó base de datos sometida a evaluación por juicio de expertos. Se analizaron datos con el programa SPSS 22.

Resultados: Sexo masculino: 69.5% (132); edad promedio: 57.5 (rango 23-87). 85.2% del total de la muestra fueron dados de alta (162), mortalidad total: 8.9% (17). 88.4% no fueron trombolizados (168) el motivo predominante fue: "fuera del periodo ventana" (55,8%). Factor de riesgo predominante en trombolizados: tabaquismo 55% (12) seguido por Hipertensión Arterial: 40.8%, Obesidad 36.4%, Diabetes 22.7%. Se estudio relación entre variables con método de Pearson: sin correlación.

Conclusión: En nuestra población el ACV isquémico prevalece en género masculino sin embargo la media de edad de nuestra población es menor a los hallazgos en la literatura revisada. El tabaquismo es el factor de riesgo más frecuente en nuestra muestra a diferencia de la mayoría de los trabajos que establecen que es la hipertensión arterial. La mortalidad de nuestra serie es similar a otras fuentes. Es importante destacar el gran porcentaje de sujetos no trombolizados por encontrarse fuera del periodo de ventana, que tienen que ver con la prevención primaria y secundaria en nuestra población. Indagar la cantidad en la que se desconoce el motivo de la no trombólisis para mejorar el registro e incrementar al máximo las posibilidades terapéuticas. Este análisis de nuestra población nos permite identificar posibilidades de mejoría e idear estrategias para mejorar nuestra eficacia terapéutica.

Causa de no trombólisis	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	22	11,6	11,6	11,6
Edad	2	1,1	1,1	12,6
Fuera de periodo ventana	106	55,8	55,8	68,4
Otros	18	9,5	9,5	77,9
Se desconoce	42	22,1	22,1	100,0
Total	190	100,0	100,0	



0359 HIPOGLUCEMIA RECURRENTE POR HIPERINSULINISMO ENDÓGENO, UN DIAGNOSTICO INFRECUENTE
 DP ACOSTA(1), E SORAIDE(2)
 (1) Sanatorio Anchorena Recoleta. (2) Sanatorio Anchorena

La hipoglucemia recurrente por hiperinsulinismo endógeno es un cuadro infrecuente. Daremos a conocer un caso de nuestro servicio. Mujer de 51 años con antecedentes de obesidad, diabetes tipol diagnosticada en 2018. Inicio tratamiento con metformina/glibenclamida, requiriendo insulino terapia hasta 02/2023. Internación en 02/23 por hipoglucemias sintomáticas interpretadas secundarias a interacción con antibióticos, externándose con metformina/vildagliptina. Consulta el 20/4 por hipoglucemia sintomática recurrente postprandial. Niega uso de insulina. Ingreso a UTI donde se estudió con TC/RNM abdomen: páncreas sin alteraciones, dosaje de péptido C/ insulina/glucemia en episodios de hipoglucemia: glucemia 47 insulina 629 péptido c 4,33. B-hidroxibutirato (-), dosaje de sulfonilureas (-). Se interpreto hiperinsulinismo endógeno. Se obtuvo diagnóstico de hiperparatiroidismo primario. Recibió vitaminaD,

pamidronato(23/05). Ecoendoscopia: páncreas sin lesiones. Cateterismo selectivo con gluconato de calcio en páncreas: no patológico. PET-TC18FDOPA: pendientes resultados.

Se interpreta hipoglucemia recurrente secundaria hiperinsulinismo endógeno, por insulinoma vs nesidioblastosis vs NEM I. Se colocó sensor de glucemia intersticial y aguarda recibir diazoxidio para externación.

Discusión: La hipoglucemia recurrente por hiperinsulinismo endógeno es un síndrome poco común, especialmente en adultos sin diabetes. Las causas más probables suelen ser el insulinoma, trastornos funcionales del páncreas como la nesidioblastosis(SHPNI) o hipoglucemia post bypass gástrico, y trastornos autoinmunes. Otra posible causa es la neoplasia endocrina múltiple tipo I(MEN I). Los síntomas corresponden a la triada de Whipple(hipoglucemia confirmada, síntomas asociados y mejora al aumentar la glucemia). El algoritmo diagnóstico abarca desde métodos no invasivos, descartando causas exógenas de hipoglucemia/hiperinsulinismo, buscando descartar insulinoma, hasta estudios complejos e invasivos como procedimientos de hemodinamia. El tratamiento depende de la causa, en caso de encontrar un insulinoma, especialmente si es único, se prefiere la resección quirúrgica. Suelen ser benignos y existe la posibilidad de curación mediante esta vía. En caso de nesidioblastosis y dependiendo de la gravedad de los síntomas, se puede comenzar con tratamiento médico como diazoxidio, octreotide, verapamilo o acarbosa, recurriendo a cirugía en casos graves. En el caso de MEN I, se tratan los órganos afectados. En conclusión, se trata de una patología poco frecuente que debe considerarse si es recurrente, luego de descartar las causas más comunes de hipoglucemia en adultos con comorbilidades.

0360 REPORTE DE CASOS: CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES INGRESADOS LUEGO DE PACKING HEPATICO A UTI DEL HOSPITAL SIMPLEMENTE EVITA DE GONZÁLEZ CATÁN
 EM RODAS MONTERO, E SOLARTE(1), G IZZO(1), C ARELLANO(1), J ANGULO(1), A RODRIGUEZ(1), L GONZALES(1), A VERA(1), E RODRIGUEZ(1), K ROBERTO(1)
 (1) Simplemente Evita Gonzalez Catan

Introducción: La patología traumática es la principal causa de muerte dentro de las primeras cuatro décadas de la vida, en el trauma abdominal el hígado es la principal víscera solida afectada hasta en un 25% y una mortalidad del 16%. Se clasifica la lesión hepática en 6 grados, de acuerdo a la Asociación Americana para la Cirugía del Trauma (AAST) y en 4 grados según la World Society of Emergency Surgery (WSES). El tratamiento incluye desde el manejo no operatorio en pacientes estables que no presentan signos de abdomen agudo, manejo quirúrgico en pacientes inestables y manejo por hemodinamia.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes que presentaron trauma abdominal con requerimiento packing hepático e ingreso a UTI del Hospital Simplemente Evita de González Catán durante el periodo de 01/01/2017 hasta 12/12/2022. Los datos se obtuvieron de la base de datos de historias clínicas.

Objetivo primario: Describir las características epidemiológicas de pacientes con trauma hepático que requirieron packing admitidos a UTI.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes con trauma de abdomen que presentaron compromiso hepático y requirieron packing, los 16 pacientes (100%) eran de sexo masculino, edad promedio de 26 años. En 12 pacientes (75%) presento trauma abierto, 4 (25%) cerrado y en 4 (25%) asocio trauma extra abdominal. Al ingreso hospitalario 15 pacientes (93,8%) requirió soporte vasopresor por shock, 13 pacientes (81,3%) transfusión de más de 3 UGR. La clasificación según WSES se distribuyó en grado I 2 pacientes (12,3%), grado II 1 (6,3%), grado III 4 (25%) y grado IV 9 (56,3%). Presentaron trauma hepático grado IV la cantidad de 9 pacientes, y de estos, el 55% tuvo como hallazgo intraoperatorio >2000 ml

de hemoperitoneo y una mortalidad del 80%. La mortalidad global fue del 56,3%, APACHE promedio 18 puntos.

Conclusiones: En nuestra población estudiada se observa una alta incidencia de patología traumática abdominal con compromiso hepático y requerimiento de packing en pacientes jóvenes y alta mortalidad. La principal indicación de intervención quirúrgica fue shock, con una alta tasa de transfusión de hemoderivados, soporte vasopresor y ventilación mecánica. La lesión hepática grado IV fue la más observada.

Característica	N (%)
Edad promedio	26 años
Sexo masculino	16 (100%)
Estancia en UCI promedio	6,2 días
APACHE ingreso promedio	18 puntos
Tipo de trauma	
Cerrado	4 (25%)
Abierto	12 (75%)
Clasificación trauma hepático	
Grado I	2 (12,5%)
Grado II	1 (6,3%)
Grado III	4 (25%)
Grado IV	9 (56,3%)
Trauma extra abdominal asociado	4 (25%)
Requerimiento vasopresor al ingreso	15 (93,8%)
Requerimiento ventilación mecánica	14 (85%)
Requerimiento de > 3 unidades globulos rojos	13 (81,3%)
Hemoperitoneo	
<1000 ml	4 (25%)
1000 a 2000ml	7 (43,8%)
>2000 ml	5 (31,2%)

0361 REPORTE DE CASO DE ENFERMEDAD DE GOODPASTURE

KMB DIAZ CARRO(1)

(1) H.i.g.a Güemes De Haedo.

Introducción: La enfermedad de Goodpasture es una entidad clínica poco frecuente, cuya incidencia es de alrededor de 2 casos por millón de personas. Se observó que su evolución varía según la edad en la que se presenta, en pacientes jóvenes (menores a 30 años) suele haber mayor presencia de hemorragia alveolar mientras que en los mayores (mas de 50 años) suele asociarse a mayor incidencia de glomerulonefritis.

Presentación de caso: Masculino de 25 años sin antecedentes, presenta disnea, hemoptisis y disuria. TC tórax: Infiltrados intersticios-alveolares generalizados + sedimento urinario: acantocitos. Ingresó a UTI con hipoxemia requiriendo IOT/ARM, decúbito prono, presenta neumomediastino, se realiza BAL evidenciándose macrófagos con hemosiderina. Desarrolla fallo renal con requerimiento de terapia de reemplazo renal, insuficiencia hepática con hiperbilirrubinemia. Colagenograma positivo para anticuerpos anti-membrana basal con ANCA negativo. Se indicaron 3 pulsos de solumedrol, 1gr de ciclofosfamida y 4 sesiones de plasmaféresis, persistió con hipoxemia severa refractaria intercurriendo con paro cardiorrespiratorio.

Discusión: Se realizó diagnóstico diferencial con glomerulopatías extracapilares mediante colagenograma negativo. Durante su evolución desarrollo hiperbilirrubinemia sin encontrar relación de la misma con el Síndrome de Goodpasture.

Conclusión: Siendo esta enfermedad poco frecuente, la triada de insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal y infiltrado intersticio-alveolar en la tomografía, debería alertarnos en esta patología como diagnóstico diferencial.

0362 ECOGRAFIA DIAFRAGMATICA COMO PREDICTOR DE FALLA DEL DESTETE EN VENTILACION MECANICA

EE COLDANI(1), RM GONZALEZ(1), L GLADYS(1), D LOURDES(1), R ROCIO(1), B RODRIGO ANIBAL(1), Z ANGELES CELESTE(1), R ORNELLA(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

Objetivos: Evaluar la excursión, grosor y fracción de engrosamiento diafragmático mediante ultrasonografía como predictor de fallo del destete.

Métodos: Se estudiaron 54 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular central electiva que requirieron ventilación mecánica invasiva por al menos 12 horas y que se encontraban en condiciones de iniciar una prueba de ventilación espontánea (PVE). Las mediciones ecográficas se obtuvieron a los diez minutos de iniciada la PVE. La excursión diafragmática se evaluó con un transductor de 3,5-5 MHz por debajo del margen subcostal derecho en la línea media clavicular en modo M; mientras que el grosor muscular del diafragma, en inspiración y espiración, se visualizó mediante un traductor de 7-10 MHz, en la zona de aposición perpendicular a la parrilla costal en el octavo o noveno espacio intercostal, en modo B. La fracción de engrosamiento fue calculada en porcentaje con la siguiente fórmula (grosor al final de la inspiración - grosor al final de la espiración/grosor al final de la espiración). Ambas imágenes fueron capturadas durante una respiración tranquila.

Resultados: De los pacientes incluidos, el 29.6% falló al primer intento de ventilación espontánea. Los valores ecográficos obtenidos de excursión, grosor inspiratorio, grosor espiratorio y fracción de engrosamiento fueron de: 1.22 cm (0.71 a 1.96) vs. 0.93 cm (0.45-1.40), p 0.001; 0.36cm (0.21 a 1.12) vs 0.34 cm (0.18 a 0.80), p=0.59; 0.22cm (0.12 a 0.77) vs. 0.21cm (0.11 a 0.48), p=0.73; 71.5% (17 a 155) vs. 39.9% (10 a 81), p< 0.0001 respectivamente, en el grupo de éxito comparado con el de fallo. El punto de corte de excursión diafragmática que se asoció con un destete no exitoso fue de $\leq 1,05$ cm, con 68.7% de sensibilidad y 76.3% de especificidad. La fracción de engrosamiento $\leq 57\%$ se asoció al fallo, con una sensibilidad del 87.5% y especificidad del 68.4%.

Conclusión: Las variables de excursión y fracción de engrosamiento medidas a través de ultrasonografía demostraron ser predictores independientes de falla al destete, no así el grosor diafragmático.

Tabla 2. Análisis univariado de los predictores de destete

	Éxito (n= 38)	Fallo (n=16)	Valor de P
Excursión cm, media (DS)	1.22±0.26	0.93 ± 0.26	0,001
Grosor inspiratorio	0.36±0.15	0.34 ± 0.14	0.59
Grosor espiratorio	0,22±0.12	0.21 ± 0.09	0.73
Fracción de acortamiento	71.5±29.5	39.9 ± 18.8	< 0.000
Índice fr/vt	44.3±19	66.2±23.3	0.001

Tabla 3. Análisis multivariado de factores relacionados con fallo del destete

	OR	IC 95%	Valor de P
Excursión	0.007	0.000 - 0.198	0.004
Fracción de engrosamiento	0.849	0.768 - 0.939	0.001
Índice FR/VT	1.051	1.015 - 1.089	0.005
Horas de VM	1.091	1.012 - 1.175	0.023

VM: ventilación mecánica

0363 REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE WEIL

L GONZALES, E RODAS(1), C ARELLANO(1), G IZZO(1), E SOLARTE(1), A VERA(1), A RODRIGUEZ(1), J ANGULO(1), G FIGUEROA(1), Y TALAMAS(1), V MARTINEZ(1)

(1) Simplemente Evita Gonzalez Catan

Introducción: La leptospirosis es una de las zoonosis de mayor distribución mundial. Es causada por espiroquetas del género *Leptospira*. De la cual hay 64 especies reconocidas. Los roedores son el reservorio más importante. Estos pueden eliminar el organismo en la orina durante toda la vida, lo que resulta en la contaminación particularmente el agua.

La infección humana generalmente resulta de la exposición ambiental. Las puertas de entrada incluyen cortes o raspaduras en la piel, las membranas mucosas o las conjuntivas. La patología cursa con mortalidad elevada. Las manifestaciones clínicas van desde un síndrome febril inespecífico hasta el shock séptico.

Presentación de caso: Paciente masculino de 41 años consulta a la guardia por fiebre, ictericia y disminución del ritmo diurético. Al examen físico: ictericia generalizada. TC abdomen informa cálculo de vía biliar en bacinete. Cirugía general interpreta cuadro como colangitis/síndrome icterico obstructivo. Presento además episodio convulsivo. Ingres a terapia intensiva por Shock séptico con SOFA 10 y síndrome convulsión tónico-clónico, requiere IOT y conexión a ARM. Realizan colecistectomía, coledocotomía, con colocación de Kehr. A las 24hs presenta hemorragia alveolar, continua con episodios convulsivos, se reinterroga familiares, el paciente trabajaba en mantenimiento de alcantarillas, se reinterpreta cuadro como probable leptospirosis. Inicia antibióticoterapia con ceftriaxona y ampicilina/sulbactam, terapia de reemplazo renal trisemanal. Al séptimo día de la internación obtuvimos resultados positivos para leptospirosis. Eventualmente el paciente resuelve sus fallas orgánicas, recibiendo alta hospitalaria.

Discusión: El presente caso presentó la forma severa de la leptospirosis, cursando con falla hepática, shock séptico, insuficiencia respiratoria, alteraciones neurológicas, falla renal aguda. El diagnóstico requiere la sospecha epidemiológica, ya que se puede confundir con otras patologías y no suele ser frecuente.

Conclusión: Se realizó el diagnóstico definitivo mediante la microaglutinación. El pronóstico es bueno cuando la antibióticoterapia es instaurada de manera precoz. La importancia del caso radica en considerar a la leptospirosis dentro de los diagnósticos etiológicos diferenciales de sepsis asociada a síndrome icterico y hemorragia alveolar.

0364 SERIE DE CASOS: NEUMONÍA ATÍPICA POR CHLAMYDIA PSITTACI

A RODRIGUEZ, C ARELLANO(1), L GONZALES(1), A VERA(1), G IZZO(1), J ANGULO(1), E RODAS(1), E SOLARTE(1), E RODRIGUEZ(1)

(1) Simplemente Evita Gonzalez Catan

Introducción: La psitacosis es una zoonosis transmitida por aves, que son reservorio de la *Chlamydia psittaci*, bacteria intracelular

obligada. *Chlamydia psittaci* infecta a los humanos por inhalación de microorganismos procedentes de heces desecadas de aves infectadas. El periodo de incubación es de 5-14 días. Un 10% de las personas expuestas desarrollan enfermedad respiratoria aguda.

La clínica típica es fiebre, sudoración, cefalea, fotofobia, tos seca y mialgias. Menos común insuficiencia respiratoria grave que requiere soporte ventilatorio. Un incremento moderado de las transaminasas hepáticas se observa en la mitad de los casos. Infiltrados intersticiales atípicos, predominantemente en lóbulos inferiores, son hallazgos radiológicos comunes. El tratamiento es con Doxiciclina, recomendándose un tratamiento de 14 días.

Caso clínico 1: Paciente femenina de 25 años de edad, con una semana de evolución de tos, fiebre y disnea progresiva. TC de Tórax: muestra infiltrados alveolares bilaterales difusos. Se interpreta como neumonía atípica. Familiares refieren contacto con loros, por lo que se solicita serología para microorganismos atípicos.

Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda y shock, con requerimiento de ARM, dos ciclos de decúbito prono. Inicia tratamiento con Doxiciclina empírico, Serología y PCR en muestra respiratoria, eventualmente Positivo para *Chlamydia Psittaci*. Intercurre con NAR por *Pseudomonas*, tratamiento completo. Requiere traqueostomía percutánea, con buena evolución.

Caso clínico 2: Paciente femenina de 21 años ingresa con mala mecánica ventilatoria, hipoxémica, con requerimiento de CAFO durante 5 días. Tc de tórax: parénquima pulmonar muestra infiltrados alveolares bilaterales difusos. Por antecedente familiar y ambiental, inicia tratamiento con Doxiciclina, con mejoría clínica. Serología para *C. Psittaci* negativa. Por nexa epidemiológico directo, se consideró positivo.

Discusión: La anamnesis más los hallazgos clínicos y radiológicos pueden hacer sospechar la etiología del cuadro. Generando así un inicio temprano de un esquema antibiótico adecuado. El contacto con palomas hizo sospechar una infección por *C. Psittaci*, confirmándose por serología el diagnóstico. Eventualmente ambas pacientes tuvieron alta hospitalaria.

Conclusiones: Con estos casos se pretende destacar que *Chlamydia psittaci* es un agente causal de neumonía y debe ser sospechada cuando existe el antecedente epidemiológico.

0365 PROPOSITO DE CASO: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE QUE DESARROLLA SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO, SECUNDARIO A INFECCIÓN POR COVID19 CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA LA MISMA

GE NUÑEZ LLOVERA(1), L OLLE(1), A ANTIK(1), LV LAN(1), MB GONZALEZ(1), AM BANEGAS(1), D NOGALES(1)

(1) Carlos G. Durand.

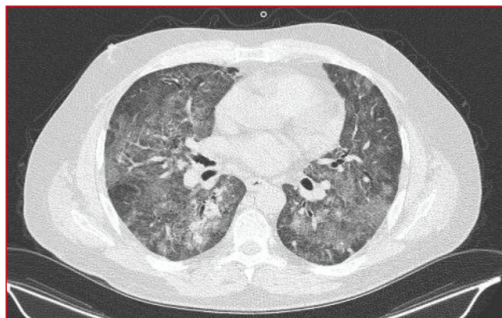
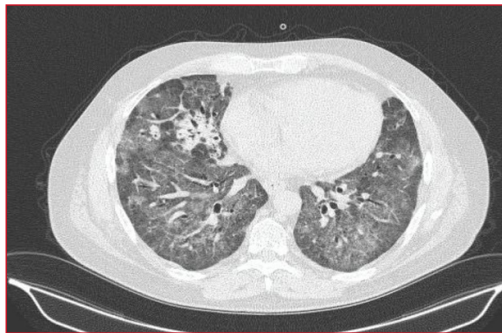
Introducción: La inmunodeficiencia común variable resulta de una alteración no definida de las células linfoides con fracaso de la diferenciación de células B y déficit de inmunoglobulinas, aunque el recuento de linfocitos B sea normal, llevando a infecciones a repetición.

Caso Clínico: Paciente Masculino de 49 años, con antecedentes de inmunodeficiencia común variable e internación previa por COVID 19 con requerimiento de oxígeno a bajo flujo y buena evolución con administración de corticoides (vacunado previamente con 3 dosis: 2 dosis SPUTNIK-V y 1 dosis Moderna), reingresa 1 mes después en insuficiencia respiratoria con requerimiento de ventilación mecánica. Se decidió iniciar tratamiento antibiótico y antifúngico empírico, con poca respuesta y cultivos negativos. Progresa con distrés respiratorio, ameritando ciclos de pronosupinación. Ante la sospecha de long COVID 19, se realizó PCR-CT para el mismo con resultado de 25. Se interpretó como neumonía grave por COVID 19, que llevó al paciente a su muerte.

Discusión: La inmunodeficiencia común variable cursa con falta de respuesta de inmunoglobulinas a vacunas de proteínas. Se incluyó al paciente en un estudio argentino que evaluaba LA RESPUESTA

INMUNE FRENTE A PLAN DE VACUNACIÓN EMPLEADO EN ARGENTINA CONTRA INFECCIÓN SARS-COV2 EN PACIENTES CON ERRORES INNATOS DE LA INMUNIDAD. (cohorte, prospectivo, descriptivo, observacional, multicéntrico) cuyo objetivo fue evaluar la seguridad, tolerabilidad e inmunogenicidad de las distintas vacunas utilizadas en nuestro país frente SARS-CoV-2 en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de error innato de la inmunidad que deberán haber recibido al menos un esquema de vacunación contra SARS-CoV-2 de dos dosis. Se determinó que el paciente fue el único con inmunodeficiencia común variable que no desarrolló inmunidad celular, ni humoral.

Conclusión: Debe considerarse al paciente con inmunodeficiencia común variable con esquema de vacunación completa para COVID19 con neumonía por COVID como paciente de riesgo de desarrollar neumonía grave, debido a la escasa respuesta que estos pacientes pueden presentar a las vacunas actuales. Para el diagnóstico diferencial la realización de PCR-CT constituye una herramienta para confirmar la causa del distres.



0366 VENTILACIÓN PULMONAR DIFERENCIAL EN UN PACIENTE CON FÍSTULA TRAQUEO PLEURAL. REPORTE DE CASO

LF SOLÍS, MD GONZALEZ(1), KV VELÁZQUEZ VELAZCO(1), LJ OJEDA FLORES(1), C PISARELLO(1), JF ALFONSO(1), LB COSTA(1), CS MIZDRAJI(1), L HUESPE(1), H ALVAREZ(1), S LAZZERI(1), J BERNACHEA(1), JM MARTINEZ AQUINO(1), LS GAMARRA

(1) Hospital Escuela General José Francisco De San Martín

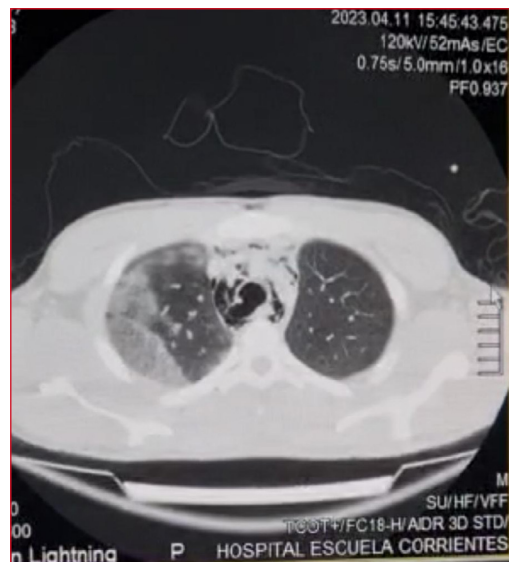
Introducción: La ventilación pulmonar diferencial (VPD) es una estrategia poco común, pero útil para patologías de la vía aérea y pleuropulmonares de difícil manejo.

Desarrollo: Paciente masculino de 21 años, tabaquista, que sufrió traumatismo cerrado de tórax secundario a siniestro laboral por caída de poste de luz el 11/04/2023, ingresando con glasgow 15/15, ventilando espontáneamente con mal patrón y saturando 83% por oximetría de pulso, respirando aire ambiente, corrigiendo a 98% con oxigenoterapia por máscara a 6 L. Refería dolor en la región del hemitórax derecho, con enfisema subcutáneo. Se realizó TC de tórax donde se observó contusión pulmonar derecha, neumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo. Ingreso a quirófano, donde se realizó fibrobroncoscopia y se visualizó lesión en tráquea

en región posterior mayor a 5 cm por lo que se realizó videotoroscopia anterior lateral derecha y pleuroplastia para cierre parcial de tráquea, colocación de tubo de avenamiento pleural derecho (TAD). Egresó intubado a UTI con tubo simple, presentaba intercambio gaseoso con PAFI de 263 mmHg, con fuga del 10% por TAD. Durante las primeras 24 hs presentó deterioro del intercambio gaseoso con PAFI < 100 mmHg, aumento de las presiones de la vía aérea, caída de las complacencias estáticas, y aumento de la fuga por el TAD más de 60%, por lo que reingresa a quirófano para plástica traqueal, a su egreso se decidió realización de VPD sincrónica, con tubo doble lumen n° 35 acoplado a un ventilador para cada pulmón. Se adoptó la estrategia con un VT de 3 mL/kg para el derecho y 5 mL/kg para el izquierdo, con PEEP de 3 para el derecho y el izquierdo de 9 cmH2O. No pudiendo sostener un intercambio gaseoso mayor a 100 mmHg, el paciente deteriora y los 5 días de su ingreso obita por hipoxemia severa.

Discusión: La VPD es un maniobra útil para ventilar a pacientes con fístula pleuropulmonar u otras patologías de difícil manejo, no obstante, no modifica la mortalidad de dichos pacientes.

Conclusión: Pese al resultado de nuestro paciente, consideramos desafiante la implementación de la VPD, pudiendo ser un mejor sostén hasta la resolución definitiva de la patología.



0367 DENGUE EN PEDIATRÍA: EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE LOS CASOS REPORTADOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, TUCUMÁN

MAI BAI S ARJONA(1), L HUERTA(1), XL ALURRALDE DIGAN(1), NA AYBAR(1), JC PEDRAZA CORONEL(1)

(1) Del Niño Jesús

Introducción: El dengue es una enfermedad emergente transmitida por el mosquito aedes aegypti, considerado endémico en varios países con casos en aumento exponencial en América Latina.

Existen 3 formas de presentación clínica: dengue sin signos de alarma, con signos de alarma y dengue grave. Este último representa especial interés para los médicos intensivistas ya que el 5% de los

afectados requieren internación en cuidados intensivos con una mortalidad del 30 al 50% sin un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Objetivos: Caracterizar el perfil clínico-epidemiológico de dengue en la población pediátrica internada en cuidados intensivos del Hospital del Niño Jesús, Tucumán.

Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal basado en el análisis de historias clínicas de pacientes internados en Terapia Intensiva con diagnóstico confirmado de dengue, en el Hospital del Niño Jesús de Tucumán entre las semanas epidemiológicas 1-21, año 2023.

Resultados: Se incluyeron un total de 1116 pacientes de 0 a 15 años, con diagnóstico confirmado de dengue, sin diferencia relevante en cuanto al género, con una media de edad de 9 años. El 67,42 % se manejaron en forma ambulatoria y el 32,58% requirieron internación. El 4% de los pacientes necesitaron internación en cuidados intensivos, excluyendo 3 pacientes que no cumplieron con criterios de dengue grave (n=9). Se observó un promedio de estadía en UCI de 19 días, media de edad de 4,5 años y mortalidad del 11%. El 78% con requerimiento de ARM invasiva con un promedio de 14 días. En cuanto a las características clínicas, el 67% presentaron síndrome hemorrágico, el 67% necesidad de transfusión de hemoderivados y el 78% soporte inotrópico.

Conclusión: Si bien el porcentaje de pacientes que ingresaron en unidad de cuidados intensivos fue bajo, esto coincide con el 5% reportado por la OPS. Llama la atención el alto requerimiento de hemoderivados y soporte inotrópico, lo que prolongó su estadía en terapia intensiva, generando costos elevados en Salud. Dado que no existe una terapéutica específica, los elementos determinantes de la morbimortalidad de esta enfermedad son un adecuado tratamiento de sostén y estrecho monitoreo de la evolución.

Gráfico 2: Requerimiento de drogas vasoactivas (Adrenalina, Noradrenalina y milrinona), en pacientes con Dengue Grave en UCIP.

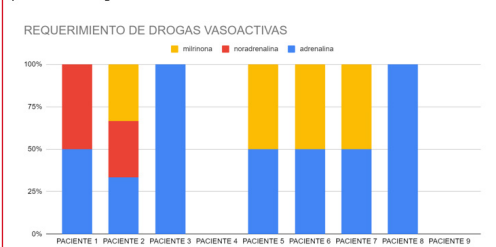
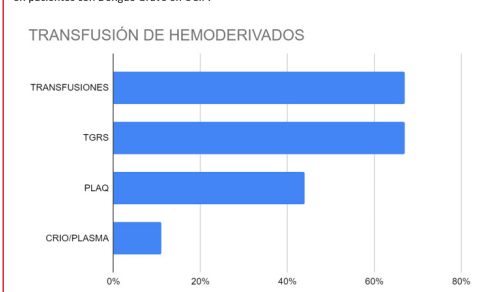


Gráfico 1: Transfusión de hemoderivados (Glóbulos rojos, Plaquetas, Crioprecipitados/plasma), en pacientes con Dengue Grave en UCIP.



0368 LOXOSCELISMO CUTÁNEO NECRÓTICO

L IRAZOQUI(1), MB BEJARANO(2), E BAEZA JORQUERA(2)
 (1) Hiemi Mar Del Plata. (2) Hiemi

Paciente masculino, de 3 años, sin antecedentes previos, ingresa por guardia, como celulitis secundaria a picadura de insecto, en cara anterior de antebrazo derecho. Se toma muestra de laboratorio, HMC x 2, se medica con ceftriaxona y clindamicina, y se decide su internación.

Presenta FR 175 lpm, FR 18 rpm, SatO2 96% AA, temperatura de 38,3°C, vigil y reactivo. En antebrazo derecho lesión violácea de

4 cm por 5 cm, de bordes bien definidos con flictenas centrales y edema indurado del miembro afectado

Laboratorio: Hto 30, Hb 10, GB 16000 (NC 4/NS 84 L 4), VSG 3, TP 42,9 seg 23%, KPTT 60, EAB: 7,20/17/132/6,3/-19,9/97/2,9 ionograma: 139/1,8/125/0,80.

Horas posteriores a su ingreso presenta tendencia al sueño, febril, relleno capilar 3 segundos, mucosas semihúmedas, taquicardico (180 lpm), taquipneico (50 rpm) con tendencia a la hipotensión y SatO2 100% con máscara de reservorio.

Reinterpretándose el cuadro como: 1: loxocelismo cutáneo necrótico 2: loxocelismo cutáneo visceral 3: shock séptico con fallo multiorgánico.

Recibe expansiones con SF a 20 ml/kg, corrección con cloruro de sodio al 3%, ceftriaxona y vancomicina, antídoto para loxosceles a dosis habitual, difenhidramina pre antídoto, hidrocortisona, analgesia, plasma e interconsulta con hematología, cardiología, toxicología y cirugía plástica.

Valoración cardiológica: Normal.

Evolución tórpida, mala perfusión, pulsos débiles, relleno capilar < a 2 seg, taquicardico, taquipneico, con tendencia a la hipotensión, se inicia con droga vasoactiva (NAD) e ingresa a ARM.

Laboratorio en UTIP: fibrinógeno 344, DD 3, Hto 35, Hb 12, GB 20700 (NC 2 NS86 L4 M8) plq 155000 TP 42,2 seg 23% KPTT 57, glucemia 51, urea 0,83, creatinina 0,73 (FG 72), TGO 144, TGP 75, FAL 305, BT 3 (2/1), LDH 569, CPK 168 CPK mb 23, Ca 7,2 P 4,2 Mg 2,2 EAB 7,36/20/122/10,9/-12,3/98/3 ionograma 124/3,2/95/1,56.

Ante hipotensión persistente se adiciona adrenalina y vasopresina, con corrección de sodio y bicarbonato. Pasaje de suero antídoto y plasma sin complicaciones, diuresis conservada.

Se rescata Streptococo pyogenes, se suspende vancomicina, se desciende inotrópicos hasta suspenderlos, se revierte acidosis metabólica y normalización de ácido láctico, se descienden parámetros de respirador, se logra PRE exitosa y extubación del paciente. Y franca mejoría de la lesión.



0369 INTOXICACION POR ISONIACIDA

M RICARDO(1), L BENITO MORI, P SHOON(2), J VOSS, D LAURA, R SALAS, C POZO, J TORRES, MD MONTERO, M BARON, A CASTILLO

(1) Profesor Luis Güemes Haedo. (2) Profesor Luis Guemes Hedo

Resumen: La intoxicación por isoniácida genera un cuadro convulsivo que no responde a tratamiento habitual. El mecanismo de mismo es la reducción de los depósitos de piridoxina, necesarios para la síntesis de GABA. El tratamiento de las convulsiones es la administración de piridoxina por cada gramo de isoniácida.

Caso Clínico: Masculino de 23 años consulta por epigastralgia e ingesta de isoniazida 6000mg en contexto de intento autolítico. Presenta en guardia 2 episodios convulsivos tónico clónico generalizado por lo que se realiza IOT/ARM, carga y mantenimiento de fenitoína y se inicia protocolo de Piridoxina.

Ingres a terapia intensiva con acidosis metabólica a gap aumentado e hiperlactacidemia, evoluciona con insuficiencia renal secundaria a rabdomiólisis requiriendo 5 sesiones de terapia de reemplazo renal. Se monitorizo con electroencefalograma con patrón desorganizado por lo que se indica Fenobarbital con resolución de las mismas. El paciente presentó buena evolución realizándose el pase a sala general al 7º día de internación.

Discusión: La refractariedad al tratamiento inicial con piridoxina es infrecuente. Teniendo en cuenta las guías terapéuticas de status convulsivo, debemos reemplazarnos el uso del fenobarbital como terapia complementaria a la piridoxina en pacientes con status convulsivo en contexto de Intoxicación Aguda por Isoniacida.

Referencias: Howland MA. Piridoxina. En: Emergencias toxicológicas de Goldfrank, 11e, Nelson LS, Howland MA, Lewin NA, Smith SW, Goldfrank LR, Hoffman RS (Eds.), McGraw Hill, Nueva York, NY 2019. p.862.

0370 TRAQUEOSTOMÍA DEFINITIVA POR LESIÓN GRANULOMATOSA

E ARTIGAS(1), F LAMAS(1), G ARANCIBIA(1), D CORTEZ(1), R DURÉ(1), L CAMARGO(1), M PERALTA(1), N DE GRAZIA(1), O ORTUÑO(1), A BRAVO(1), L MENDEZ(1), A LARA(1), L SIBERT(1), E BAUTISTA(1)

(1) Htal Dr Prof Francisco J. Muñiz

Introducción: La estenosis traqueal se divide típicamente en dos categorías: congénitas y adquiridas. Las adquiridas se deben principalmente a intubación prolongada, pero se puede deber a necrosis isquémica inducida por presión, granuloma, enfermedades inflamatorias o infecciosas, trauma cerrado o penetrante, lesión por inhalación, neoplasias, etc.

Tras el diagnóstico de estenosis, es importante clasificarla: lesiones de segmento largo o de segmento corto. Saber si el segmento estenótico es intratorácico o extratorácico. Además, debe cuantificarse el calibre de la estenosis luminal, por la escala de clasificación de Cotton-Meyer.

Estos pacientes tienen tres opciones de tratamiento: observación y manejo conservador, reparación quirúrgica endoscópica y reparación quirúrgica abierta.

Presentación del caso: Paciente masculino de 33 años, con antecedentes de Leishmaniasis Visceral hace 2 años sin tratamiento, oriundo de Santiago del Estero, consulta a guardia por disnea progresiva que se exacerba a la ingesta de sólidos y líquidos, asociada a estridor laríngeo.

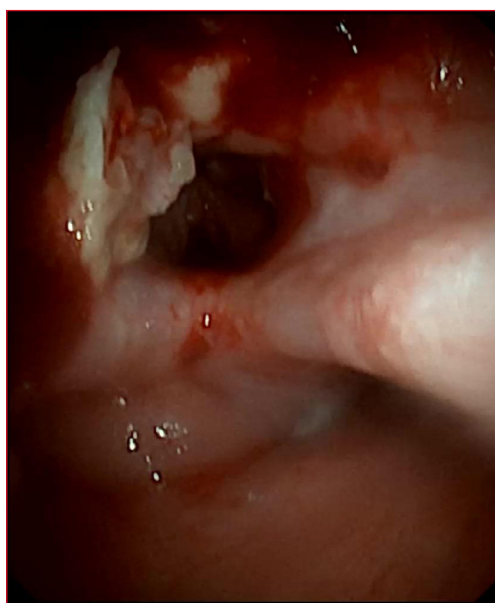
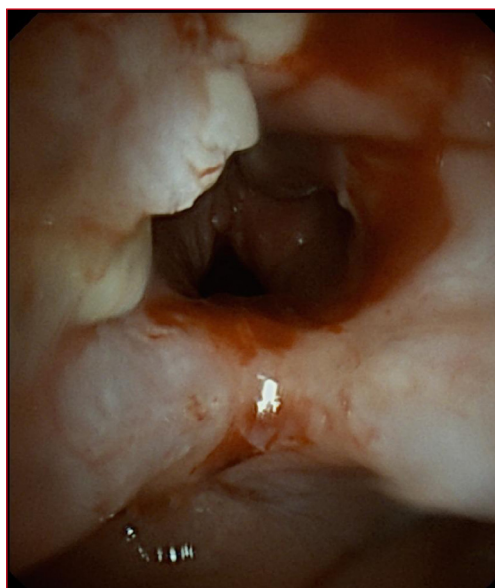
Endoscopia respiratoria informa: supraglotis con alteración de arquitectura, mucosa irregular aspecto granulomatoso, ausencia de senos piriformes, evidenciándose directamente esófago sin esfínter esofágico superior. Glotis: Aritenoides fusionados ausencia de CV de

aspecto granulomatoso. Subglotis: estenosis Cotton 4; tráquea: aspecto granulomatoso. Esófago. Mucosa de aspecto granulomatoso. En un segundo tiempo se procede a realizar traqueostomía guiada por endoscopia, y en un tercer tiempo biopsia para diagnóstico, sin aislamientos.

Discusión: Hay muchas contraindicaciones relativas a la instrumentación de la vía aérea. Los objetivos del paciente, la familia y el equipo quirúrgico deben estar alineados, y las expectativas postquirúrgicas deben comunicarse claramente.

Antes de instrumentar la vía aérea es preciso descartar una disfunción pulmonar grave, y abordar la inflamación de las vías respiratorias de causa neumológicas o gastroenterológicas subyacentes para garantizar un entorno favorable para la curación. Y evaluar la presencia de condiciones que lleven a una cicatrización deficiente que pueden contraindicar la intervención.

Conclusión: Debido a los antecedentes se interpreta cuadro como estenosis granulomatosa de posible origen infeccioso.



0371 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES Y SU IMPACTO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

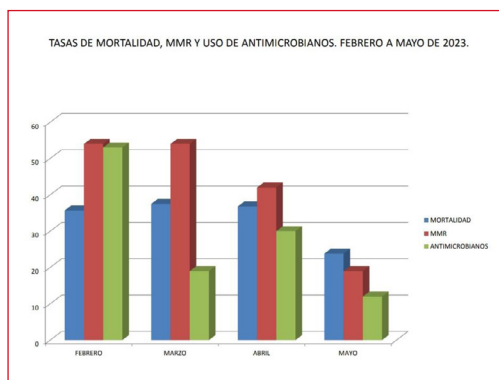
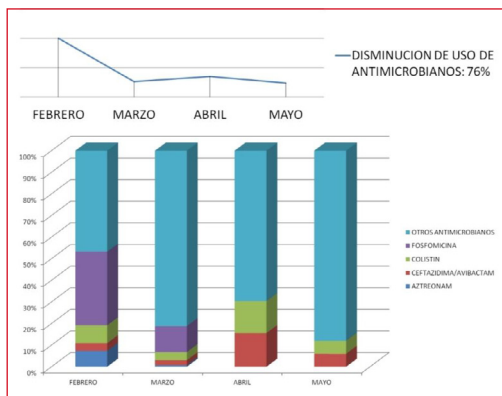
MA MELLINO(1), E WARLEY(1), N VARRENTI(1), P GIL(1), G MIGLIORETTI(1), AK MÁRQUEZ(1), S KÜLLING(1), M ROMERO(1), C ALDERETE(1), I GOROSITO(1), G MONJES(1)
(1) Municipal De Morón

Introducción: Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) constituyen un importante problema de salud pública por la morbimortalidad que ocasionan, y por el costo económico y social que producen. Las IACS son un indicador fundamental para evaluar la calidad de la atención de los hospitales, y el programa de prevención y control de las mismas es un componente esencial. Por otro lado, la emergencia de microorganismos multirresistentes (MMR) es considerada como uno de los principales problemas de salud pública mundial, lo cual ha motivado el diseño de estrategias dirigidas a racionalizar y optimizar el uso de antimicrobianos.

Materiales y Método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y observacional de los cultivos de pacientes internados en la UTI con sospecha de IACS, a partir del mes de febrero de 2023 debido a un brote de MMR en la unidad, mediante la conformación de un equipo de trabajo que desarrolló un programa integral de prevención y control de las IACS con la implementación de dos subprogramas: Programa de prevención y control de infecciones (PPCI) y Programa de uso racional de antimicrobianos (PROA), basado en una estrategia secuencial de 4 pasos (indicación, reevaluación a las 72 hs, fin de tratamiento, prevención).

Resultados: En febrero el 40% de los cultivos de la UTI resultaron positivos, correspondiendo el 54% de ellos a MMR (K. pneumoniae MBL+). En marzo también el 54% fueron MMR. En abril ese porcentaje disminuyó al 42%, y en mayo solo el 19% fueron MMR. Asimismo se evidenció una disminución en la tasa de mortalidad del 35,7% en febrero al 23,8% en mayo.

Conclusión: Una estrategia basada en la articulación de PPCI y de PROA, permitió reducir las IACS y la incidencia de MMR, mediante la implementación y vigilancia de normas hospitalarias consistentes en la higiene de manos, medidas aislamiento de contacto, limpieza del entorno del paciente, y optimización del uso de los antimicrobianos, logrando mejorar la evolución clínica de los pacientes, minimizando los eventos adversos y limitando la presión de selección para el desarrollo de resistencia, y al mismo tiempo disminuyendo la tasa de mortalidad de la unidad.



0372 USO DEL ECÓGRAFO EN LA COLOCACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SONDA NASOGÁSTRICA

G SANDOVAL(1), K RIGONATTO(1)
(1) Hospital Escuela General José Francisco De San Martín

Introducción: La colocación precisa de la sonda nasogástrica es esencial en el cuidado de los pacientes que requieren alimentación enteral o descompresión gástrica. En este reporte de caso, presentaremos la utilización del ecógrafo como herramienta de apoyo en la colocación y seguimiento de una sonda nasogástrica en un paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos.

Caso: Paciente masculino de 35 años de edad, admitido en la unidad de cuidados intensivos debido a un Tec grave y trauma maxilofacial. Se decidió realizar la colocación de una sonda nasogástrica asistida por ecografía.

Durante el procedimiento, se utilizó un ecógrafo con una sonda lineal de alta frecuencia. La sonda se colocó en la región del cuello, y se obtuvo una visualización en tiempo real de las estructuras anatómicas relevantes, las fosas nasales, la nasofaringe y el esófago. Mediante la guía ecográfica, se avanzó la sonda nasogástrica con cuidado, verificando continuamente su ubicación en el monitor del ecógrafo. Se observó una correcta progresión de la sonda hacia el estómago, evitando la inserción en la vía respiratoria.

Discusión: La colocación de la sonda nasogástrica asistida por ecografía ofrece ventajas significativas en términos de precisión y seguridad. Al permitir una visualización en tiempo real de las estructuras anatómicas, el ecógrafo ayuda a evitar complicaciones asociadas con una colocación incorrecta, la aspiración pulmonar. Además, reduce la dependencia de las radiografías de confirmación, ahorrando tiempo y recursos.

El uso del ecógrafo proporcionó una colocación precisa y segura de la sonda nasogástrica en el paciente con traumatismo craneoencefálico. La visualización en tiempo real permitió una guía precisa durante el procedimiento, evitando la necesidad de radiografías posteriores para confirmar la ubicación de la sonda.

Conclusión: En este caso, la guía ecográfica proporcionó una colocación precisa y segura, evitando complicaciones potenciales. Además, redujo la necesidad de radiografías adicionales para confirmar la ubicación de la sonda.

Si bien se requiere más investigación y experiencia clínica, el uso del ecógrafo en este contexto muestra un gran potencial para mejorar el cuidado de los pacientes y optimizar los resultados clínicos.

0374 MONITORIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA MEDIANTE PRESIÓN ESOFÁGICA EN LA FUGA AÉREA PERSISTENTE. REPORTE DE UN CASO

DA OTÁLORA LOZANO(1), C BALLESTEROS(1), LC PÉREZ ILLIDGE(1), N PEÑA(1), J VICENTE(1), F KLEIN(1)
 (1) Fundación Favoloro Hospital Universitario.

Introducción: La fuga aérea persistente se define como la aerografía por más de 5 - 7 días a través de un tubo de avenamiento pleural. La ventilación mecánica convencional tiene como objetivo disminuir la fuga, mejorar el intercambio gaseoso y disminuir la mortalidad.

Presentación del caso: Hombre de 76 años con antecedente de EPOC y tabaquismo. Ingresó derivado por disección de aorta ascendente que requirió cirugía de reemplazo aórtico. A las 72 horas del postoperatorio, desarrolló enfisema subcutáneo en tórax anterior, asociado a aerografía a través de tubo de avenamiento pleural (TAP) izquierdo que se dejó como drenaje. Al sexto día del postoperatorio, evolucionó con hipoxemia progresiva acompañado de elevados porcentajes de fuga aérea (40-50%); una tomografía computada (TC) de tórax demostró neumotórax extenso bilateral con atelectasias de ambos lóbulos inferiores (Fig. 1). A pesar de distintas modalidades ventilatorias, continuó con deterioro de la oxigenación y persistencia de fuga aérea. Se optó por colocación de balón esofágico para monitorizar la ventilación mecánica por presión esofágica, titulando los niveles de PEEP por este método. Luego de 3 semanas, se observó mejoría de la oxigenación y disminución progresiva del porcentaje de fuga; una TC tórax demostró reexpansión de ambos pulmones y resolución de los neumotórax, lo que permitió posteriormente el retiro del drenaje (Fig. 2).

Discusión: La fuga aérea persistente tiene alta tasa de morbimortalidad, prolonga la estancia hospitalaria y demanda alto consumo de recursos. La ventilación mecánica como manejo conservador se basa en disminuir la presión media de la vía aérea con el uso de bajos volúmenes corriente, bajos niveles de PEEP e hipercapnia permisiva. En casos refractarios, las opciones de tratamiento están limitadas a centros de referencia. En este reporte de caso, la monitorización de la ventilación mecánica mediante presión esofágica que incluyó titulación de PEEP para tratamiento de la hipoxemia por mecanismo mixto (colapso alveolar y fuga aérea), permitió la reexpansión pulmonar y resolver la fuga aérea persistente.

Conclusión: La monitorización individualizada de la ventilación mecánica mediante presión esofágica en la fuga aérea persistente parece una alternativa razonable cuando las estrategias y monitorización convencionales no resulten efectivas.

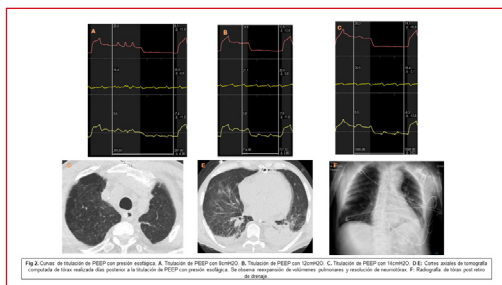


Fig. 2. Control de titulación de PEEP con presión esofágica. A. Tracing de PEEP con FiO2. B. Tracing de PEEP con FiO2. C. Tracing de PEEP con FiO2. Como análisis de tomografía comparada de tórax realizada días previos a la titulación de PEEP con presión esofágica. Se observa resolución de neumotórax y reexpansión de pulmones. D. Radiografía de tórax postoperatorio.

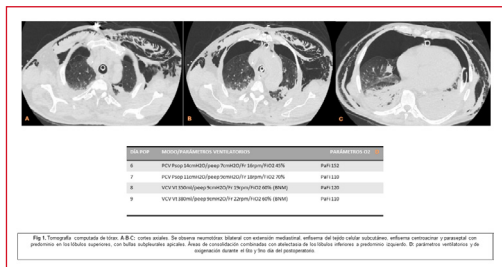


Fig. 1. Tomografía, comparada de tórax. A, B, C, como análisis. Se observa neumotórax bilateral con extensión mediastinal, enfisema del tórax anterior subcutáneo, enfisema cutáneo y presencia de neumotórax anterior bilateral espontáneo. Fase de resolución controlada con anestesia de tórax. Se observa reexpansión de pulmones y resolución de neumotórax. D. Radiografía de tórax postoperatorio.

0375 SÍNDROME DE ABSORCIÓN INTRAVASCULAR COMO COMPLICACIÓN DE HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA POR SINEQUIAS UTERINAS

M ALCOBA QUIROGA(1)
 (1) Sanatorio Finochietto

Introducción: La incidencia del síndrome de absorción intravascular en histeroscopia quirúrgica clásica es menor al 1%. La histeroscopia es un procedimiento de rutina empleado en la ablación endometrial, resección de septum, miomectomía y polipectomía.

La absorción de fluidos depende de la extensión de la sección del lecho vascular, presión de distensión uterina, duración del procedimiento.

Presentación del caso: Mujer de 36 años con antecedentes de hipercolesterolemia familiar, ovario poliquístico y G1 C1, ingresa para histeroscopia programada para resección de sinequias uterinas. Luego expansión de cavidad uterina con 10L de solución fisiológica 0,9%, intercorre de forma súbita con desaturación y mala mecánica ventilatoria por lo que se decide intubación endotraqueal y se suspende histeroscopia.

Ingresa a UTI bajo sedoanalgesia con requerimiento de asistencia mecánica ventilatoria, hipertensa, con edemas bipalpebral y cervical, doppler cardíaco con FEY preservada y signos de congestión (vena cava dilatada y líneas B). Se realiza tomografía de tórax, evidenciando patrón de vidrio esmerilado difuso, bilateral, compatible con sobrecarga hídrica.

Se realiza tratamiento con vasodilatadores y balance negativo con diuréticos de asas, con buena respuesta. Luego de 24 hs se procede a extubación, sin complicaciones. Egresada tolerando vía oral y deambulando por sus medios.

Discusión: El síndrome de absorción intravascular incluye un conjunto de signos y síntomas, secundario a la sobrecarga de fluidos durante la histeroscopia. Puede cursar con bradicardia, desaturación, alteraciones hidroelectrolíticas, coagulopatía, edema pulmonar y cerebral.

Se asocia frecuentemente al uso de Glicina y con menor incidencia a la utilización de solución salina al 0.9%. Si bien el uso de solución salina disminuye el riesgo de presentación no excluye su aparición. El tratamiento incluye manejo restrictivo de fluidos más balance negativo, con rápida resolución del cuadro clínico.

Conclusión: La histeroscopia está asociada a la extravasación y sobrecarga de líquidos, llevando a una complicación potencialmente mortal, por lo que se aconseja realizar un control preciso de líquidos infundidos y ritmo diurético.

Vigilar los cambios hemodinámicos y realizar una intervención oportuna es fundamental para disminuir la mortalidad.

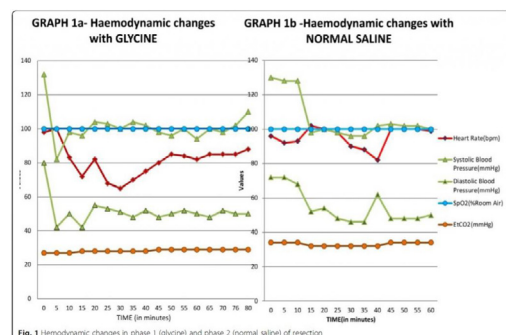


Fig. 1. Hemodynamic changes in phase 1 (glycine) and phase 2 (normal saline) of reaction



0377 IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE ABSTINENCIA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

MI NICASTRO(1), MV LEGUINA(1), X ALURRALDE(1), A REARTE(1), MF JEREZ(1), PD JUAREZ(1), MS OLIVIERI(1), JC PEDRAZA CORONEL(1)

(1) Hospital Del Niño Jesus

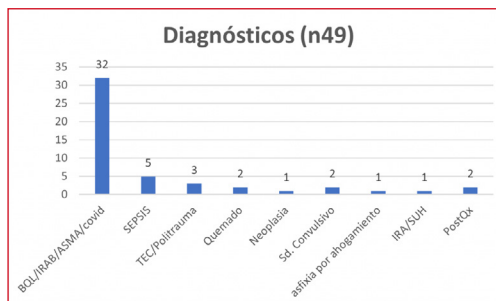
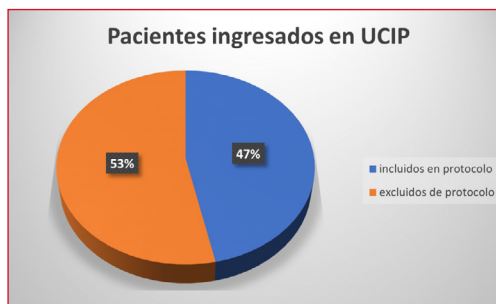
Introducción: Una adecuada sedoanalgesia es fundamental en el tratamiento del niño en la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos (UCIP), pero conlleva a efectos secundarios, incluido el síndrome de abstinencia iatrogénico (SAI).

Objetivos: Analizar resultados de la implementación de un protocolo de prevención de SAI en la UCIP.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con patología aguda que ingresaron en la UCIP durante los meses de diciembre 2022 a mayo 2023 y permanecieron más de 48 horas con infusión continua de benzodiazepina (BZD) y opioides (OP). La herramienta para evaluar la presencia de SAI fue la escala SOPHIA. previamente se entrenó al personal para el uso de esta. Se excluyeron pacientes con patología neuromuscular, secular neurológico, infusión continua menor de 48 horas, destete dificultoso, fallecidos y sin requerimiento de ARM. Se establecieron los descensos de sedoanalgesia, según los días con infusión continua, con un intervalo de descenso entre BZD y OP de 12 horas, el tratamiento sustitutivo y sus descensos según requerimiento de rescates.

Discusión: Ingresaron a UCIP 104 pacientes. Se incluyeron 49 (47%) en protocolo, 53% correspondieron al sexo masculino, 55% menores de 1 año, 65% ingresaron por patología respiratoria. El promedio de días entre el inicio del protocolo y la suspensión de sedoanalgesia fue 2.36, con bloqueantes neuromusculares 5.79 e infusión de sedoanalgesia 10.61. En 38 pacientes se indicó tratamiento sustitutivo. El tiempo promedio de ventilación mecánica fue 14,32 días y no hubo falla en la extubación por SAI. Se excluyeron 55 (53%) pacientes: 18 por fallecimiento, 13 por permanecer menos de 48 horas con sedoanalgesia, 4 por no requerir ARM, 7 por destete dificultoso, 6 con patología neurológica y/o debilidad muscular, en 3 no se lo realizó y 4 pacientes que continuaban en protocolo en ese momento.

Conclusión: Surge la necesidad de establecer protocolos para los pacientes que por su patología de base o por presentar destete dificultoso no pudimos aplicar el actual. Es importante continuar capacitando al personal en la implementación de escalas para valorar SAI con proyecto a futuro, de realizar nuevos estudios sobre resultados en la implementación de este protocolo.



0378 UTILIDAD DEL FILMARRAY EN BACTERIEMIAS EN PACIENTES CRÍTICOS

C BALASINI(1), AV LUGO(2), A SIRINO(2), G IRIBARREN(2), P RODRÍGUEZ(2), MA TURINA(2), C GARBASZ(2), F LUNA(2), F COSTA(2), C BARRIOS(2), F NITTO(2), M CAPRILES(2), W ARGANA MONTAN(3), R CARBALLO OROZCO(2), P SÁNCHEZ(2), A ALLER(2), C BALASINI(2)

(1) San Martín- Pirovano. (2) Pirovano. (3) Pirovano

Introducción: El tratamiento ATB temprano y adecuado disminuye la mortalidad en los pacientes críticos.

Objetivos: Evaluar el uso del panel BCID de FilmArray para adecuación de ATB en el paciente crítico, correlación con los métodos de cultivos tradicionales y evaluación de los costos.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de bacteriemias en pacientes críticos con shock séptico, internados en la Unidad de Terapia Intensiva desde julio de 2021 hasta abril 2023. Luego del diagnóstico de hemocultivo positivo por métodos automatizados, se realizó prueba de PCR multiplex evaluando: germen y resistencia, adecuación ATB (mantener tratamiento, desescalar o ampliar esquema) y costos comparando métodos rápidos con un tiempo promedio de 8 hs vs cultivo convencional (48 hs).

Resultados: Estudiamos 32 bacteriemias en 29 pacientes: 20 masculinos (60%), edad 55±20 años, Apache 19±7, Risk 36±20, SOFA 7±3, SOFA ON 7±3.

De las 32 muestras detectadas:

- 16 (50%) fueron polimicrobianas, aislándose BGN (81%) de los cuales se encontraron: 8 (25%) ABA, 8 (25%), BGN KPC, 5 (16%), BGN MBL y 18 (56%) CGP: 11(34%) S. epidermidis y 2 (6%) EVR.
- El tratamiento empírico fue adecuado en 72% pacientes.
- En el 10 (31%) se realizó escalamiento, 13 (41%) desescalamiento y 9 (28%) permanecieron sin cambios.
- Cuando se comparó resultados de FilmArray Vs. cultivos convencionales se observó resultados concordantes. En 2 (6%) muestras la PCR multiplex detectó cocos positivos que no fueron observados en el cultivo, sin embargo, no requirió ajustar ATB.

• El gasto de ATB si hubiéramos esperado las 48 hs. del diagnóstico mediante cultivos, hubiera sido de \$25.200.435 (USD 99.804), mientras que el gasto por utilizar métodos rápidos fue de \$23.303.243 (USD 92290). El ahorro fue de \$1.897.192 (USD 7513,63).

Conclusiones: El diagnóstico microbiológico temprano en el paciente con sepsis grave nos permite adecuar los ATB, disminuir la resistencia y los costos.

0379 SINDROME DE RENDU OSLER WEBER Y TRASPLANTE HEPATICO. REPORTE DE CASO

A PEREZ FLORES(1), S VILLARROEL(1), S GIANASSI(1), S BAUQUE(1), V ARDILES(1), M SERRA(1)
(1) Italiano

Introducción: La telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) es un raro trastorno genético caracterizado por malformaciones arteriovenosas en diferentes órganos y sistemas. Las manifestaciones clínicas relacionadas al compromiso hepático más graves son hipertensión portal, insuficiencia cardíaca por alto gasto y la isquemia biliar. El trasplante hepático es la única alternativa de curación frente a estas complicaciones graves.

Caso clínico: Paciente femenina de 62 años con compromiso hepático de HHT, insuficiencia cardíaca sintomática de tres años de evolución y biliomas asintomáticos. Ingresó al hospital por colangitis aguda que evoluciona a shock séptico y falla renal aguda. Ingresó a terapia intensiva, (APACHE: 33, SOFA: 10) se realiza soporte general y drenajes hepático percutáneos. Evoluciona tópidamente con requerimiento de ventilación mecánica y altas dosis de drogas vasoactivas. Luego de varios episodios sépticos y una vez lograda la estabilidad clínica y sin signos de infección activa ingresa a lista de trasplante con MELD 27. Dos meses después del ingreso se realiza el trasplante hepático. Presentó síndrome de reperfusión en quirófano y múltiples complicaciones POP: shock mixto (vasopléjico y bajo gasto cardíaco), falla renal aguda oligúrica con requerimiento de terapia de reemplazo renal, polineuropatía severa y VM prolongada.

A los 2 meses de la cirugía la paciente recuperó todas las actividades de la vida diaria y sin manifestaciones clínicas de enfermedad.

Discusión: El trasplante hepático en HHT con compromiso hepático, necrosis biliar, insuficiencia cardíaca e hipertensión portal ha demostrado éxito como tratamiento en este tipo de pacientes con una sobrevivencia de 82–92% a los 5 años. Si bien se ha reportado una alta tasa de complicaciones en el intra y posoperatorio inmediato. La recurrencia pos trasplante es baja.

Conclusión: La HHT es una enfermedad rara, siendo las complicaciones biliares e infectológicas las presentaciones menos frecuentes. A pesar de las múltiples interurrencias infectológicas el trasplante hepático es la única opción terapéutica curativa. Si bien este tratamiento es un desafío de envergadura, si se logra encontrar una ventana clínica adecuada, el trasplante puede ser exitoso y la recuperación del paciente, completa.



0382 TASA DE INFECCIONES URINARIAS CAUSADAS POR ENTEROBACTERIALES PRODUCTORES DE CARBAPENEMASAS EN UROCULTIVOS DE PACIENTES DE UNIDADES CRÍTICAS DEL HOSPITAL CENTRO DE SALUD. PERIODO ENERO-ABRIL 2023

C LORCA(1), C ALFARO(1), R ROMERO(1), L AVILA(1), H TARCHINI BERARDUCCI(1)

(1) Hospital Centro De Salud Zenon Santillan

Introducción: Durante la pandemia emergieron microorganismos multirresistentes y se produjo aumento de la resistencia a carbapenémicos, relacionado al uso de antibióticos de amplio espectro sobre todo en las Unidades Críticas. La vigilancia y determinación de las Tasas de Infecciones causadas por estos microorganismos constituye una herramienta fundamental en el control de infecciones.

Objetivo: Establecer la Tasa de infecciones urinarias causadas por *Enterobacterales* productores de carbapenemasas (EPC) de Unidades Críticas. Determinar los porcentajes de sensibilidad antibiótica. Correlacionar los hallazgos con portación de carbapenemasas.

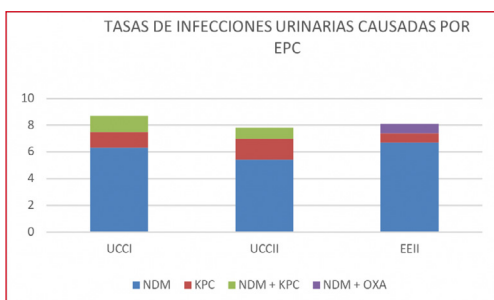
Materiales y métodos: Se realizó un estudio estadístico retrospectivo analizando un total de 347 urocultivos en el periodo Enero-Abril 2023 de pacientes de Unidades Críticas (UCCI, UCCII, EEII). Se determinó la Tasa de Infecciones Urinarias causadas por EPC y sensibilidades antimicrobianas. Se analizó además la portación de carbapenemasas.

Resultados: La tasa de Infecciones urinarias causadas por EPC en UCCI fue de 8,7 episodios cada 1000 pacientes días; en UCCII de 7,8; y en EEII de 8,1 respectivamente. En la Grafica N°1 se detallan las Tasas y según el tipo de Carbapenemasa. En el cuadro N°1 se detallan los microorganismos encontrados.

La sensibilidad a Colistina fue un 57% en UTIM, un 60% UCCII y un 82% en EEII; para Fosfomicina fue un 86%, 70% y 100% respectivamente; para Amicacina fue 10% en las tres unidades y para Ceftazidima-avivactam (CZA) fue 10% en UCCI y EEII; y un 30% en UCCII. En el análisis de portación de carbapenemasas, se determinó que el 57%, 60% y 18% de los pacientes de las salas estudiadas se encontraban colonizados por EPC.

Conclusión: De este trabajo podemos concluir que hay una elevada Tasa de infecciones urinarias causadas por EPC. El microorganismo prevalente en las tres unidades es *Klebsiella pneumoniae*, siendo el principal mecanismo asociado NDM; por lo cual detectamos baja sensibilidad a ceftazidima-avivactam. Por otro lado observamos alta correlación entre las infecciones estudiadas y portación sobre todo en UCCI y UCCII.

UCCI	UCCII	EEII
<i>Klebsiella pneumoniae</i> 80%	<i>Klebsiella pneumoniae</i> 80%	<i>Klebsiella pneumoniae</i> 84%
<i>Proteus mirabilis</i> 10%	<i>Proteus mirabilis</i> 10%	<i>Proteus mirabilis</i> 8%
<i>Serratia marcescens</i> 10%	<i>Providencia stuartii</i> 10%	<i>Klebsiella aerogenes</i> 8%



0383 LA DEUDA DE SANGRE SE PAGA CON SANGRE

GL CAPDEVILA VICENTE(1), PB PAHNKE(1), C VIGNETTA(1),
 A RAMIREZ JUNCOS(1), V BIGI(1), L MORALES(1), M MONTE-
 NEGRO(1), C PETTOROSSO(1), L TRINCHERO(1)
 (1) Hospital Municipal De Urgencias

Introducción: El shock es una emergencia que se expresa con signos de insuficiencia circulatoria e inadecuada perfusión celular, requiriendo un enfrentamiento sistematizado y tratamiento optimizado. En pacientes con shock y amputaciones traumáticas, el mismo es hemorrágico hasta demostrar lo contrario, pero todos los tipos de shock pueden coexistir. Es clave detener el sangrado.

La deuda de oxígeno (dO2) se produce cuando existe desbalance entre oferta y demanda del mismo. La severidad de la dO2 se relaciona con falla multiorgánica (FMO) y morbimortalidad. Un retardo o manejo inadecuado produce hipoperfusión, hipoxia, y "fallo sanguíneo". Para un manejo correcto se requieren índices adecuados, aunque discutidos, para detectar y cuantificar la dO2: lactato, déficit de base, nivel de extracción de O2. El objetivo de la reanimación es restablecer el metabolismo aeróbico para tratar la dO2.

Presentamos 5 casos con shock y amputaciones traumáticas del Hospital Municipal de Urgencias 2022/2023, cuyo desafío fue el pago de la dO2 durante la reanimación.

Casos: (cuadro)

Discusión: En el shock hemorrágico hay: deficiencia de oxígeno y acumulación de dO2, el pago temprano se realiza mediante control del sangrado y reanimación inicial, aumentando el suministro de oxígeno hasta un punto suficiente para soportar el consumo inicial. Argumentamos que el pago de la deuda o, según Convertino "déficit de O2", debe ocurrir lo antes posible. Según Bjerkgvig, al vínculo entre dO2 y la FMO tradicional, debemos considerar el fracaso en dos sistemas de órganos adicionales, vinculados y dinámicos: el endotelio y la sangre ("fallo de la sangre") factor que aumenta drásticamente la mortalidad

Una de las medidas más controversiales es el empleo del torniquete, cuyo uso precoz en el ámbito militar mejora la supervivencia, disminuyendo morbimortalidad, consumo de hemoderivados y costos económicos en el tratamiento.

Conclusión: El sangrado postraumático y la coagulopatía traumática asociada siguen siendo las principales causas de FMO y muerte potencialmente prevenibles si no se "optimiza pagar la dO2". En las amputaciones traumáticas el uso temprano apropiado de torniquetes, detiene el sangrado y evita el crecimiento de la dO2 hasta el tratamiento definitivo. La "falta de pago de dO2" afecta los resultados de nuestros pacientes.



ID	PACI	Sexo	Edad	TIPO DE LESIÓN	TIPO DE LESIÓN	T	Tendinitis	FR	LACT	BA	PBL	PLAC	PLC	PLC	PLC	PLC	PLC	PLC
M30	M	masculino	30	Amputación traumática de miembro superior izquierdo	AMPUTACIÓN TRAU MÁTICA	1,31	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
M33	M	masculino	33	Amputación traumática de miembro inferior izquierdo	AMPUTACIÓN TRAU MÁTICA	1,31	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
M48	M	masculino	48	Amputación traumática de miembro superior izquierdo	AMPUTACIÓN TRAU MÁTICA	1,31	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
M48	M	masculino	48	Amputación traumática de miembro superior izquierdo	AMPUTACIÓN TRAU MÁTICA	1,31	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
M33	M	masculino	33	Amputación traumática de miembro inferior izquierdo	AMPUTACIÓN TRAU MÁTICA	1,31	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

0384 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A COVID-19. REPORTE DE CASOS

A BANEGAS(1), AM BANEGAS(1), MB GONZALEZ(1), GE NU-
 ÑEZ LLOVERA(1), D NOGALES(1), L OLLE(1), A ANTIK(1), P
 CORONADO LUJÁN(1), V CANTEROS(1), M CIFUENTES(1),
 MM RICHELME(1)
 (1) Carlos G. Durand

Introducción: El síndrome hemofagocítico constituye un estado de hiperinflamación severo producido por la activación aberrante de macrófagos y células T citotóxicas. Se trata de un trastorno infrecuente asociado a elevada mortalidad. Debido a la poca especificidad de los síntomas, el diagnóstico usualmente se realiza de manera tardía.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial y accidente cerebrovascular, cursando internación por status epiléptico desarrolla infección por virus SARS-COV2. Evoluciona a shock séptico con requerimiento de drogas vasoactivas y conexión a asistencia respiratoria mecánica. En dicho momento presenta laboratorio con alteración del coagulograma asociado a bicitopenia, hipofibrinogenemia, hiperferritinemia e hipertrigliceridemia. Se realizó punción aspiración de médula ósea que informa presencia de células reticulares con fenómenos hemofagocíticos. Se decidió tratamiento dirigido con bloque de dexametasona. Evolución con progresión de falla multiorgánica que conduce a su deceso.

Discusión: Existe una forma primaria de síndrome hemofagocítico vinculada con mutaciones genéticas, frecuente de observar en población pediátrica, y una forma secundaria más frecuente en población adulta. Esta última puede ser desencadenada por infecciones virales, neoplasias y patologías autoinmunes. La primera impresión diagnóstica fue la de coagulación intravascular diseminada de acuerdo a parámetros de laboratorio iniciales, sin embargo, la presencia de fenómenos hemofagocíticos asociados a bicitopenia, hiperferritinemia e hipertrigliceridemia condujeron al diagnóstico definitivo de síndrome hemofagocítico.

Conclusión: La sospecha diagnóstica temprana resulta esencial debido a que el retraso en el inicio del tratamiento se ha asociado a un aumento de la mortalidad.

Criterios clínicos y de laboratorio (deben reunirse al menos 5)

- Fiebre
- Esplenomegalia
- Citopenias (>2 series)
 - Hemoglobina <9 g/dl
 - Plaquetas <100.000 elementos/mm³
 - Neutrófilos <1.000 elementos/mm³
- Triglicéridos > 265 mg/dl y/o fibrinógeno < 150 mg/dl
- Ferritina > 500 µg/l
- Hemofagocitos en MO
- Disminución o ausencia de actividad celular NK
- CD25 soluble (>2.400 UI/ml)

MO: médula ósea; NK: actividad celular natural killer; CD25: cluster de diferenciación 25.



0385 DIALISIS PERITONEAL EN PACIENTES CRITICOS A PROPOSITO DE UN CASO

N ILLESCAS(1), P PRATESI(1), A GIRA(1), A FIGUEROA(1), G FRAGALE(1), F LEVERATTO(1), S CORNEJO(1)
(1) Hospital Austral

Introducción: La injuria renal aguda (IRA) es una complicación frecuente en pacientes hospitalizados en áreas de cuidados intensivos y es un predictor independiente de mortalidad.

Aproximadamente 2/3 de los pacientes críticos desarrollan algún grado de IRA y 4-5% requerirán terapia de reemplazo renal (TRR). El método de elección es la hemodiálisis.

La diálisis peritoneal (DP) es poco habitual en estos casos. Sin embargo, podría ser una opción eficaz y segura en pacientes seleccionados.

Caso clínico: Paciente de 28 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica (IRC) desde la infancia. Requirió TRR y trasplante. Evolucionó con pérdida del injerto por rechazo. En contexto de agotamiento de accesos venosos inició diálisis peritoneal como puente a trasplante.

Ingresó a UCI por deterioro del estado de conciencia con inadecuada protección de la vía aérea (urea 377mg/dl) en contexto de IRC reagudizada asociado a acidosis metabólica severa. Requirió intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica invasiva. Por sospecha de infección se tomaron cultivos e inicio tratamiento antibiótico empírico.

Realizó múltiples ciclos cortos de diálisis peritoneal automatizada logrando el aclaramiento de la urea y mejoría de la acidosis metabólica.

Evolucionó desde lo neurológico con recuperación ad integrum y se logró desvincular de la ventilación mecánica.

A los 10 días de internación se otorgó egreso hospitalario.

Discusión: Actualmente la hemodiálisis es el método de elección para el manejo del paciente crítico con requerimiento de TRR.

Sin embargo, guías actuales de DP en IRA, recomiendan considerar a la DP como una opción en pacientes con IRA y requerimiento de TRR (indicación clase IB).

En el caso presentado las dificultades vasculares del paciente y la presencia previa de catéter peritoneal fueron considerados al momento de definir la conducta. La DP permitió el adecuado aclaramiento de urea y mejoría del medio interno.

Conclusión: Consideramos que debe tenerse en cuenta la DP como una estrategia de TRR para determinados pacientes críticos. En pacientes adecuadamente seleccionados no se ha demostrado una diferencia representativa en términos de supervivencia entre las dos modalidades (hemodiálisis vs. DP).

0386 VARIABLES DE MECÁNICA RESPIRATORIA EN SUJETOS CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR COVID-19

M BEZZI(1), S BORELLO(1), M BERTOZZI(1), R MATTEI(1), A PILIPEC(1), A SABRA(1)
(1) Santojanni

Introducción: El poder mecánico (PM) es uno de los conceptos de relevancia para monitorear la mecánica respiratoria ya que se refiere a la energía transferida desde el ventilador al sistema respiratorio. Se ha evidenciado que sus componentes (resistivo, estático y dinámico) podrían tener influencia en el resultado clínico de los sujetos con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA).

En nuestro país, durante la pandemia de COVID-19, se reportó que la mortalidad de los sujetos que recibieron ventilación mecánica (VM) debido a SDRA por COVID-19 fue del 57,7%, pero hay escasa evidencia que establezca si existe una relación entre la mecánica respiratoria y el desenlace de estos sujetos.

Objetivo: Evaluar la asociación entre las variables ventilatorias que conforman el PM y las variables de intercambio gaseoso de los sujetos en términos de mortalidad.

Materiales y Método: Se realizó un estudio analítico, retrospectivo y observacional. Se incluyeron a los sujetos registrados en la base de datos de la Unidad de Cuidados Intensivos 2 del Hospital Donación Francisco Santojanni de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que recibieron VM debido a SDRA por COVID-19 entre abril de 2020 y agosto de 2021. La comparación entre grupos vivos y muertos se realizó mediante T-test para varianzas similares o diferentes según corresponda o mediante el test de Mann-Whitney, según la distribución de las variables.

Resultados: Fueron analizados 184 sujetos, discriminando a los egresados vivos de los que fallecieron. En cuanto a las variables asociadas al PM, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ya sea al día 1, 3 o 7 de VM. Por su parte, en función a las variables de intercambio gaseoso se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con variaciones según el día de registro.

Conclusión: En nuestra muestra de sujetos con VM debido a SDRA por COVID-19, no se encontró asociación entre las variables que componen el PM y el desenlace. Sin embargo, se observó una asociación significativa entre las variables de intercambio gaseoso y la mortalidad.

Tabla 1. Características generales

Variables	Total (n= 184)	Vivos (n=47)	Muertos (n= 137)	valor p
Sexo Masculino, n (%)	122 (66.3)	23 (49)	99 (72.3)	0.004
Edad, media (DE), años	58.6 (13.8)	49.7 (15)	62.1 (12)	<0.001
Antecedentes, n (%)				
Diabetes	53 (28.8)	6 (12.8)	47 (34.3)	0.005
Hipertensión Arterial	82 (44.6)	15 (31.9)	67 (48.9)	0.061
Tabaquista	19 (10.3)	1 (2.1)	18 (13.1)	0.048
Peso Real, mediana (RIQ), Kgs	92 (81 - 107)	93 (80.3 - 103)	92 (84 - 110)	0.574
Peso Predicho, mediana (RIQ), Kgs	63 (54 - 70)	57 (52 - 70)	64 (54 - 70)	0.489
IMC, mediana (RIQ), valor	31.3 (27.7 - 35.9)	31.3 (27.7 - 35.1)	31.2 (27.7 - 36.7)	0.499
APACHE II, mediana (RIQ), puntaje	21 (17 - 25)	19 (14.5 - 24)	22 (17 - 26)	0.039
SOFA, mediana (RIQ), valor	7 (5 - 10)	7 (5 - 8)	7 (5 - 10)	0.243
SAPS II, mediana (RIQ), valor	51 (17 - 25)	49 (34 - 58)	54 (34.5 - 65)	0.044
Días de Ventilación Mecánica, mediana (RIQ)	21 (11 - 37)	21 (11 - 38)	21 (11 - 21)	0.790
Estadía en UCI, mediana (RIQ), días	15 (9 - 27)	27 (16.7 - 48)	12 (7 - 21)	<0.001

Referencias: DC (Desvio Estándar); RIQ (Rango intercuantílico); IMC (Índice de masa corporal); UCI (Unidad de cuidados intensivos).

Tabla 2. Mecánica ventilatoria e intercambio gaseoso				
Variabiles	Total (n= 184)	Vivos (n= 47)	Muertos (n= 137)	valor p
Día 1, Media (DE)				
PME S/PP	0.18 (0.07)	0.21 (0.05)	0.2 (0.06)	0.930
PMD S/PP	0.84 (0.03)	0.09 (0.02)	0.08 (0.02)	0.809
PMR S/PP	0.16 (0.08)	0.19 (0.08)	0.17 (0.07)	0.903
4XDP + FR	68.4 (13.6)	71.7 (9.53)	70.1 (12.5)	0.491
DP/VT	1.71 (0.62)	1.76 (0.41)	1.83 (0.73)	0.579
Pco2, mmHg	50.5 (14.1)	44.5 (8.7)	52.8 (15.1)	0.002
Cociente respiratorio, valor	1.67 (0.88)	1.33 (0.67)	1.76 (0.89)	0.002
PaFio2, valor	167.2 (80.6)	183.6 (84.4)	161.4 (79.9)	0.153
Día 3, Media (DE)				
PME S/PP	0.2 (0.09)	0.19 (0.07)	0.2 (0.10)	0.399
PMD S/PP	0.09 (0.04)	0.09 (0.03)	0.09 (0.05)	0.215
PMR S/PP	0.55 (2.5)	1.01 (3.9)	0.35 (1.66)	0.278
4XDP + FR	70.5 (16.7)	69.1 (11.8)	71.4 (18.5)	0.399
DP/VT	1.63 (0.74)	1.69 (0.5)	1.62 (0.8)	0.559
Pco2, mmHg	46.7 (12.7)	41.9 (6.7)	47.7 (10.3)	0.004
Cociente respiratorio, valor	1.69 (0.87)	1.4 (0.63)	1.8 (0.86)	0.003
PaFio2, valor	194.7 (79)	224 (74.3)	183.3 (77.6)	0.004
Día 7, Media (DE)				
PME S/PP	0.19 (0.09)	.17 (0.07)	0.2 (0.1)	0.144
PMD S/PP	0.09 (0.04)	0.09 (0.03)	0.09 (0.04)	0.371
PMR S/PP	0.36 (1.74)	0.18 (0.16)	0.47 (2.19)	0.342
4XDP + FR	70.9 (16.4)	68.7 (11.5)	72 (18.7)	0.393
DP/VT	1.74 (0.93)	1.6 (0.61)	1.8 (1.1)	0.209
Pco2, mmHg	54.5 (53)	40.6 (7.7)	52.6 (8.8)	<0.001
Cociente respiratorio, valor	1.81 (2.1)	1.36 (0.79)	1.75 (1.1)	0.054
PaFio2, valor	188.6 (83.4)	203.5 (81.9)	183 (84.5)	0.254

Referencias: DE (Desvío Estandar) S/PP (Según peso predicho), PM (Poder Mecánico), PMD (Poder Mecánico Dinámico), PMR (Poder Mecánico Resistivo), PME (Poder Mecánico Elástico), DP (Driving Pressure), VT (Volumen Tidal).

0387 AYUNO CORTO VS. PROLOGANDO EN TRAQUEOSTOMÍAS EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

LG DURAN(1), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR, ME BEILMAN(1), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR, AN QUIROGA(3), M CRUZ(3), MJ OJEDA(3), F CICCIO(3), M PETASNY(3), VT MALISIA(3), WE MONRRROY MIRO(3), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(3), AV MILLAN(3),
 (1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero Y Dcs.
 (2) Universidad Nacional Del Sur. (3) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero De Bahía Blanca.

Introducción: La traqueostomía es uno de los procedimientos invasivos más frecuentes en terapia intensiva (TI). Una variable a tener en cuenta en estos pacientes es el tiempo de ayuno previo ya que son pacientes con una alta demanda metabólica y por ende, mayor riesgo de desnutrición.

Objetivo: Analizar el grado de asociación entre el tiempo de ayuno previo a la traqueostomía de los pacientes bajo asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y la aparición de neumonía.

Métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo, de cohortes desde el 1 de octubre de 2018 hasta el 31 de agosto de 2022 en la TI del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (HMALL). Se incluyeron únicamente los pacientes que durante su internación se han realizado una traqueostomía y no tenía antecedentes de neumonía previa. Se establecieron dos cohortes caracterizadas por un ayuno corto (menor a 3hs), vs. prolongado (mayor a 3hs). Se utilizaron las pruebas de Chi-cuadrado. Se utilizó un modelo de regresión logística para analizar los factores asociados a la presencia de neumonía post traqueostomía. Se consideró como significativo un p>0.05 y se utilizó el SPSS 23.

Resultados: 141 pacientes estuvieron internados con traqueostomía durante dicho periodo de tiempo, se excluyeron 9, quedando 132

pacientes. La cohorte con ayuno 3hs de 117. La cohorte >3hs presentó un ayuno promedio 2.33hs (DS 0.87), días de AVM previo al procedimiento de 13.8 días (DS 5.4) y PAFI previa al procedimiento de 261.33 (DS 78.45), mientras que la otra cohorte presentó un ayuno promedio 6.94hs (DS 3.82), días de AVM previo al procedimiento de 12.62 días (DS 4.07) y PAFI previa al procedimiento de 213 (DS 62.21). Al analizar la asociación el tipo de ayuno y entre neumonías y indicado en los pacientes se obtuvo un valor p de 0,743. OR 0.958 (IC 95%: 0.32-2.87). El análisis multivariado mostró la misma tendencia.

Conclusiones: No se encontraron diferencias significativas con respecto al riesgo de neumonía brocoaspirativa respecto al tiempo de ayuno. Esto se condice con los escasos resultados obtenidos en otros países lo cual adaptado a nuestro contexto permite evitar la postergación del procedimiento.

0388 HIPERTENSION PULMONAR SIN CARDIOPATIA ESTRUCTURAL EN PEDIATRIA E IMPORTANCIA DEL POCUS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA. REPORTE DE UN CASO

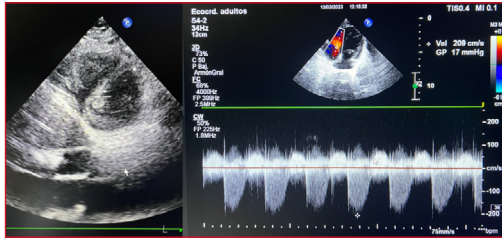
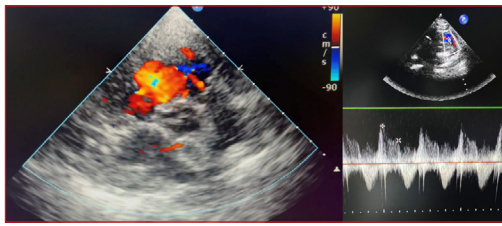
C HAJDINJAK(1), A AVILA(1), S PALLETTI(1), L MOROS(1)
 (1) Durand

Introducción: La Hipertensión Pulmonar (HTP) es una condición hemodinámica producida por múltiples causas y difiere en presentación, incidencia y pronóstico en comparación con los adultos. Debido a su baja frecuencia, requiere una sospecha clínica alta y un diagnóstico rápido para un tratamiento oportuno.

Presentación del caso: Paciente de 1 año con antecedentes de RNPT/PAEG, Taquicardia Supraventricular tratada. Episodios broncoobstructivos. Recibiendo Budesonide. Es derivado a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica por Bronquiolitis con Cánula de Alto Flujo. Al ingreso requiere Asistencia Respiratoria Mecánica, aislandose Virus Sincicial Respiratorio y Haemophilus Influenzae B. Cursa Síndrome Distress Respiratorio Agudo con episodios de desaturación e hipotensión. Primera ecografía Pocus: Presión Arteria Pulmonar Media 28 mmHg, Presión Arteria Pulmonar Sistólica 41mmHg, Tabique Intraventricular rectificado, se agrega milrinona y sildenafil. Requirió 4 ciclos de prono-supino. Evolucionaba favorablemente, extubación (día 15) a VNI por polineuropatía del paciente crítico. Por weaning dificultoso realiza Tomografía de Tórax: atelectasia del lóbulo medio, áreas parcheadas de hipo-hiperatenuación, bronquiectasias apicales, quistes aéreos; y ecocardiograma control (día 26): dilatación leve de cavidades derechas, IT 40 mmHg, HTP moderada. Se aumenta Sildenafil dosis máxima e inicia tratamiento combinado con Bosentan (día 26). Ecocardiograma post 30 días de Bosentan: buena función Ventrículo Izquierdo, Fracción Acortamiento 36%, Flujos transvalvulares adecuados, IT normal, Sin dilatación de cavidades, Velocidad Pulmonar 0,95 m/seg, Vena Cava Superior normal. Se realiza traqueostomía (día 98). Cumple tres meses de tratamiento con Bosentan continuando con Sildenafil. Evolución favorable, en weaning por secuela pulmonar post viral, se deriva a centro de rehabilitación.

Discusión: HTP en pediatría se asocia con diversas enfermedades. La sospecha clínica es esencial y la ecocardiografía fundamental en el diagnóstico a través de la estimación de la presión arterial pulmonar y detecta patologías relacionadas. Además, es una herramienta pronóstica y de monitoreo de la progresión de la enfermedad.

Conclusión: El ecocardiograma es un excelente método para evaluar, pronosticar y seguir la evolución de la hipertensión pulmonar en pediatría. La aplicación del POCUS en las unidades de cuidados intensivos pediátricos brinda información diagnóstica en tiempo real, que permite un tratamiento precoz y mejora el pronóstico de los pacientes.



0389 EFICACIA DE LA CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO EN PACIENTES ADULTOS COVID POSITIVO EN EL HOSPITAL DR. RAMÓN CARRILLO DE MENDOZA

M SPOLIANSKY(1), C REYES(1), N SÁNCHEZ(1)
(1) Hospital Dr Ramón Carrillo

Introducción: El objetivo de esta investigación es determinar la eficacia y el impacto positivo del uso de la cánula nasal de alto flujo (CNAF) para los pacientes contagiados con el virus SARS-CoV-2 al evitar la intubación orotraqueal, entendida esta como un factor de mayor complejidad si se tienen en cuenta las enfermedades de base que posee cada uno.

Métodos: Para recolectar la información de la investigación se utilizó la base de datos del Servicio de Kinesiología, con datos registrados en las Historias Clínicas durante la aplicación del tratamiento con CNAF a la población analizada. Tasa de intubación, prevalencia de enfermedades preexistentes, escalas utilizadas como punto de corte para éxito y fracaso, edad y género son aspectos centrales en este trabajo.

Muestra: No probabilística por conveniencia, según criterios de inclusión y exclusión. El estudio se realiza sobre una muestra (n) = 60, con una población (N) = 66, compuesta por 23 individuos femeninos y 38 masculinos. El promedio de edad es de 48,6 años, con una desviación estándar de aproximadamente 11,65 años, y con una máxima de 77 años y una mínima de 27 años.

Otro dato a tener en cuenta fueron las enfermedades preexistentes, teniendo mayor prevalencia obesidad, seguida por hipertensión arterial y diabetes.

Resultados: El 73,8% de los pacientes que recibieron tratamiento con CNAF no fueron intubados, y el 26,2% restante fue intubado. Los resultados muestran que la aplicación de CNAF evitó la intubación en más del 50% de los pacientes, entre otras conclusiones. Se detectó que el IROX (SpO₂/FiO₂/FR) de inicio promedio en la población analizada fue de 6,49.

Discusión: Los resultados de esta investigación pueden verse favorecidos debido a que la población estudiada contaba con una o más dosis de vacuna contra el SARS-COV-2

Conclusión: Como conclusión podemos determinar la eficacia de la CNAF en pacientes COVID-19 positivo para prevenir la intubación. Obesidad, hipertensión arterial y diabetes son las enfermedades más prevalentes.

0390 INSUFICIENCIA VENTILATORIA POR MIOPATIA NECROTIZANTE A PROPOSITO DE UN CASO

E BELLONE(1), P PRATESI(1), D CZERWONKO(1), C STEER(1), L BRANCO(1), A PEREZ DE ANDES(1), V BRIZUELA(1)
(1) Hospital Austral

Introducción: La miopatía necrotizante inmunomediada (IMNM) es una entidad poco frecuente. Se caracteriza por la necrosis de fibras musculares de rápida evolución que lleva a un deterioro progresivo de la fuerza muscular.

El manejo de estos pacientes es un desafío. Su ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCI) en casos graves está determinado por el requerimiento de soporte ventilatorio.

Caso clínico: Paciente mujer de 75 años con debilidad muscular progresiva de 5 meses de evolución previo a ingreso a internación. Ingresó a clínica médica por progresión de la debilidad asociado a disnea y disfagia severa. Se descartaron causas metabólicas y oncológicas. Se tomó biopsia muscular con hallazgos compatibles con IMNM y se solicitaron serologías específicas (Ant-HMGCR, Anti-SRP) con resultado negativo.

Se interpretó como IMNM seronegativa. Inició tratamiento inmunosupresor con corticoides en altas dosis, metotrexate, gammaglobulina y plasmáferesis.

Ingresó a UCI al mes de internación por mala evolución. Requirió intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica por insuficiencia ventilatoria.

Al momento continúa con soporte ventilatorio recibiendo tratamiento.

Discusión: Las miopatías inflamatorias idiopáticas son entidades poco frecuentes dentro de las cuales el 5% corresponden a IMNM. La necrosis de fibras musculares característica puede estar mediada por autoanticuerpos o ser secundaria a otras enfermedades (ej. Síndromes paraneoplásicos).

Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas. La debilidad muscular es difícil de distinguir de otras enfermedades neuromusculares por lo que el diagnóstico depende en primera instancia de la sospecha clínica. El dosaje de anticuerpos específicos en sangre puede confirmar el diagnóstico, aunque existen casos seronegativos por lo que la biopsia muscular es mandatoria.

El tratamiento debe ser inmunosupresor. Se ha descrito el uso de corticoides, inmunoglobulina, metotrexate, ciclofosfamida y rituximab. Sin embargo, no existe suficiente evidencia del beneficio de uno respecto a otro fármaco.

El soporte ventilatorio de manera invasiva es necesario en pacientes graves con insuficiencia ventilatoria e inadecuada protección de la vía aérea.

Conclusión: El manejo de pacientes con IMNM es un desafío debido a su baja prevalencia y la escasa bibliografía disponible. En sus formas graves el ingreso a UCI es mandatorio para soporte vital. El tratamiento es inmunosupresor aunque su eficacia es variable.

0392 SÍNDROME SIMILAR A LA ACTIVACIÓN DE MACRÓFAGOS: UN DESAFÍO EN LA SEPSIS

SS BENAVIDES MARIÑO(1), SS BENAVIDES MARIÑO(2), G RAMOS(2), G HORNUS(2), C COZZANI(2), V PICOLLA(2), C TONELLI(2), B LUCAS(2), A COUSO(2), M ORTIZ(2), SG PELLO(2), A CANEDO(3)

(1) General De Agudos Cosme Argerich. (2) General De Agudos Dr. Cosme Argerich. (3) General De Agudos Dr. Cosme

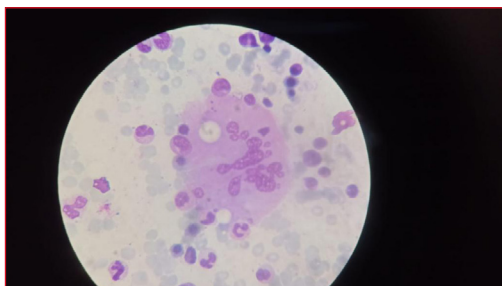
Introducción: El síndrome similar a la activación macrofagica (MALS) conocida antes como linfocitosis hemofagocítica, es un estado de inflamación fulminante caracterizada por hiperactivación de macrófagos y células NK. Se clasifica en primario o familiar y secundario a neoplasias malignas principalmente hematológicas, trastornos autoinmunes e infecciones.

Presentación del caso: Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 44 años, con antecedentes de Artritis Reumatoidea en

tratamiento prolongado con glucocorticoides, metotrexato y leflunomida. Ingres a UTI por sepsis de herida con necrosis cutánea en cara anterior de muslo izquierdo, compatible con síndrome Morel Lavallée, Se realiza escarectomía a fascia y tratamiento antibiótico. Requirió colgajo de autoinjerto lipo dérmico, para cierre total de herida quirúrgica, evolucionando con infección del mismo. Se retiró el autoinjerto e inicia terapia con Meropenem, Amikacina y Tigeciclina ajustado a rescates(PAE, KPN y Proteus MBL Blee). Evolucionó a los catorce días de tratamiento con hipertrigliceridemia severa requiriendo plasmaféresis, asociándose hiperferritinemia, alteración del hepatograma y pancitopenia. El puntaje HScore fue de 228 puntos. Evolucionó con Shock séptico y ARM. Se realiza aspiración medular a nivel esternal. Se produce óbito 26 días del inicio de la infección. Se recibe informe de AP con diagnóstico de hemofagocitosis en médula ósea.

Discusión: La respuesta inmune durante la cascada de la sepsis puede presentar variedad de expresiones, abarcando estados proinflamatorios (MALS) y en otro extremo, inmuno parálisis. El MALS, se caracteriza por un cuadro hiperinflamatorio con falla multiorgánica, caracterizado por fiebre, disfunción hepatobiliar, hepatoesplenomegalia, citopenias, coagulopatía, hipertrigliceridemia. Un biomarcador diagnóstico es la ferritina $>4,420$ ng/ml. Otros criterios incluyen la puntuación de HScore >151 . El tratamiento ATB no asegura la mejoría del mismo, pero podría indicar un pronóstico favorable el descenso de la ferritina del 15% en las primeras 48 horas.

Conclusión: La incidencia de MALS en pacientes con sepsis ha sido poco estudiada. El fracaso del tratamiento antimicrobiano y la progresión temprana a disfunción multiorgánica nos obliga a investigar en terapias inmunomoduladoras. Ensayos con el antagonista del receptor IL-1 β resulta prometedor y desafiante.



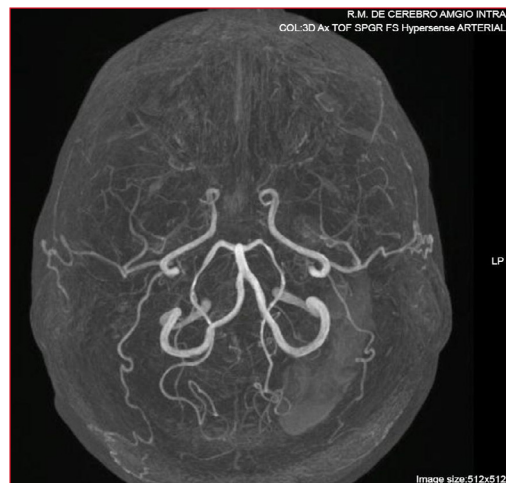
0393 FENÓMENO DE MOYA-MOYA: REPORTE DE UN CASO
C ROGGIERO(1), L BARRIOS(1), P ANTON LLADO(1), S NAPO-
LI(1), C RAVA(1), M ALBARRACIN REINOSO(1), N RAIMON-
DI(1)
(1) Fernandez

Introducción: El fenómeno de Moya-Moya es una enfermedad infrecuente que afecta la circulación. Se caracteriza por la estenosis progresiva de la porción distal de la arteria carótida interna y de las arterias cerebral anterior y media.

Caso Clínico: Paciente de fememina de 46 años ingresa por presentar deterioro del sensorio súbito en contexto de ejercicio. Ingresó con Score de Glasgow 4/15. Se realiza tomografía de encéfalo que evidencia hemorragia subaracnoidea en cisternas peritroncales y fosa posterior con ventriculomegalia supra e infratentorial con volcado ventricular y desviación de línea media de 5mm. Se coloca drenaje ventricular externo. Presenta mejoría neurológica con apertura ocular. Se realizan potenciales evocados somatosensitivos de arribo cortical y resonancia magnética que informa depósitos de hemisiderina en cuerpo calloso con restricción en difusión sin signos de isquemia asociados, angiorresonancia que evidencia disminución de flujo en ambas arterias carótidas internas en segmentos supraclinoideos, arterias cerebrales medias de aspecto filiforme, sin flujo en arterias cerebrales anteriores, asociado a extensa circulación colateral, flujo conservado en circulación posterior.

Discusión: La enfermedad de Moya-Moya es una vasculopatía progresiva que resulta en la reducción del flujo sanguíneo de la circulación cerebral anterior. La etiología es desconocida, aunque existe un componente genético. El diagnóstico se realiza principalmente mediante angiorresonancia o angiografía digital, en pacientes con síntomas de stroke.

Conclusión: Es importante considerar el fenómeno de Moya-Moya en pacientes con síntomas de stroke isquémico o hemorrágico, sin factores de riesgo ni otra causa probable, a fin de realizar los estudios necesarios y así poder realizar el tratamiento adecuado.



0394 SÍNDROME DE LEMIERRE: PRESENTACIÓN DE UN CASO
JJ CÁCERES(1), FD VASILE(1), MA VEGA(1), DA SITTONI(1), RJ
BAGNASCO(1), NV LUNA(1)
(1) Domingo Funes

Introducción: El síndrome Lemierre es una complicación poco frecuente de infecciones orofaríngeas, que se caracteriza por tromboflebitis de vena yugular interna con focos embólicos en distintos órganos y signos de sepsis, habitualmente producida por *Fusobacterium necrophorum*.

Presentación: Paciente femenina de 17 años, APP Diabetes tipo I, tabaquista. Consulta en guardia central por cuadro de disnea CF III, asociado a fiebre y dolor cervical izquierdo, refiere que hace 3 semanas realizó tratamiento 10 días con claritromicina por cuadro de faringoamigdalitis.

EF: Taquipnea, crépitos a nivel basal derecho, murmullo vesicular vibraciones vocales abolidas a nivel bibasal, a predominio izquierdo, edema, aumento temperatura local en región cervical izquierda extendiéndose hacia mandíbula.

CSV: TA 95/56mmHg FC 109 LPM - SO₂ 96% C/O₂ - T39.3°C - FR 24. Laboratorio: Hematocrito 37% Hemoglobina 12.3 Leucocitos 16040 NS 89% Plaquetas 194000 Urea 48 Creatinina 1.12 Glucemia 419 Procalcitonina 1.16 PCR 183 Gasometría Arterial 7,47/32,9/96,6/23,1/-0,2/98%(FIO₂ 0,5- PAFI 193)-LACTATO 2.05.

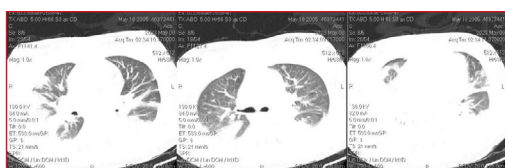
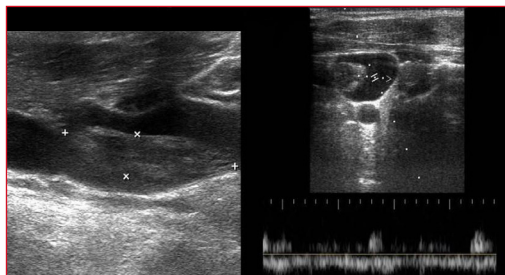
TAC: Derrame pleural moderado, bilateral, a predominio izquierdo; condensaciones bilaterales con broncograma, centrales y periféricas. Ingres a UTI, inicia oxigenoterapia con CNAF IROX inicial 17,7 y antibiotioterapia con PTZ + Vancomicina previa toma HC x2 + urocultivo. Solicitamos Ecodoppler de Vasos del cuello.

Paciente evoluciona clínica y hemodinámicamente estable, diuresis conservada, subfebril. Eco Doppler de vasos del cuello objetiva trombosis de vena yugular interna izquierda con oclusión parcial y subclavia izquierda con oclusión severa. Ecocardiograma descarta vegetaciones. Tercer día de internación paciente mejora clínicamente, se retira CNAF y recibimos resultados de HC: aislamiento de *Fusobacterium necrophorum*, sensible a PTZ.

Quinto día evoluciona favorablemente, agrega a sala general continuando tratamiento antibiótico.

Discusión: El Síndrome Lemierre es una entidad clínica con alta morbi-mortalidad de no ser diagnosticada a tiempo. El pronóstico es favorable de existir diagnóstico y tratamiento oportuno. La mortalidad se redujo de 90% en sus inicios al 4-18% actualmente. Embolias sépticas afectan pulmón 80-90% de los casos. La rareza de esta entidad en la era antibiótica favorecen olvidarla como causa de sepsis en jóvenes

Conclusión: El uso creciente de antibióticos, principalmente macrólidos, para el tratamiento de infecciones de vías aéreas y el aumento de resistencias, hacen reaparecer esta entidad clínica entre los pacientes. La sospecha siempre debe existir en faringoamigdalitis de evolución tórpida.



0395 FALLA HEPÁTICA FULMINANTE POR HERPES SIMPLE
J PAUCAR(1), S VILLARROEL(1), S GIANNASI(2)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires. (2) Hospital Italiano

Introducción: La hepatitis por HSV es una causa rara de insuficiencia hepática aguda que resulta en una alta tasa morbilidad y mortalidad en un 74%. El diagnóstico a menudo se retrasa debido a síntomas inespecíficos, y con ello el inicio del tratamiento antiviral, la infección por el virus puede prevalecer y la indicación de trasplante hepático se debe evaluar.

Caso clínico: Paciente femenina de 24 años, presenta cuadro clínico de 10 días de evolución, con signos de dolor abdominal difuso, tratada en otro centro como ITU persiste con dolor abdominal se estudia con ecografía abdominal con dilatación pielocalicial se interpreta cuadro como EPI, al examen ginecológico evidencias probable lesiones en cuello uterino se toman muestra, evoluciona con acolia, coluria y alteración del hepatograma por lo que es deriva. Ingres a nuestro centro a la área de UTI con encefalopatía grado II, acidosis metabólica, hiperamonemia, falla renal, falla hepática, evoluciona a pocas hora con convulsiones tónica-clónica requiere IOT/ARM, se realiza TAC de cerebro, cultivos, inicia aciclovir, antibiotioterapia, soporte renal, Doppler transcranial: Aumento de IP DE ACM, vaina de nervio óptico mayor 5.7 mm (Signos HTE) inicia medidas anti-edema y anticonvulsivantes a las 24hs se realiza trasplante hepático. Intercurró al 5to día post trasplante con taquicardia ventricular, mayor dosis de vasopresores, falla multiorgánica, se realiza ecocardiograma deterioro severo FSVI, aquinesia de todos los segmentos (previo al ingreso ecocardiograma normal), presenta paro cardiaco, se reanima por 30 minutos se constata óbito. Se toman biopsia de Corazón, LCR, riñón, hígado todas las muestras con necrosis masiva sugestivo de infección HSV.

Conclusión: Debido a la alta tasa de mortalidad se debe considerar inicio empírico de aciclovir endovenoso en todos los pacientes con FHA de etiología desconocida, hasta que se excluya HSV. La infección, reinfección o recurrencias de HSV se desencadena por cambios en la inmunidad celular. El trasplante Hepático por HSV se acompaña de un mayor riesgo de insuficiencia y muerte debido a una infección viral generalizada.

0396 EVALUACIÓN DEL USO DEL AZUL DE METILENO EN EL SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

MB GARCIA GONZALEZ(1), JC MONTERROZA(1), H HUERTA(1), A MATARRESE(1), I DANIEL(1)
(1) Aleman

Objetivo: Evaluar si la respuesta hemodinámica temprana al azul de metileno en el shock séptico refractario es un factor pronóstico de un outcome clínico favorable. Además se valorará qué factores están asociados a una respuesta hemodinámica favorable posterior a la infusión de azul de metileno en el mismo escenario.

Diseño del estudio: Cohorte retrospectiva unicéntrica desde Noviembre 2018 hasta Mayo 2023. Se clasificó a los pacientes en función de la respuesta hemodinámica al AM, definiendo respuesta como la reducción del requerimiento de noradrenalina un 10% en las primeras 3 horas.

Se evaluó la asociación entre dicha respuesta y desenlaces clínicos relevantes. Se registraron variables demográficas como scores de CHARLSON, SOFA, APACHE II y valores de laboratorio como los niveles séricos de lactato y PH. Se registraron días de internación en UCI y hospitalaria, y la mortalidad hospitalaria.

Lugar: Estudio unicéntrico en unidad de cuidados críticos
Intervención: ninguna

Población de estudio: 27 pacientes con diagnóstico de shock séptico refractario, a los cuales se le administró dosis de carga y mantenimiento con azul de metileno (AM).

Resultados: 51% de los pacientes respondieron favorablemente a la administración de AM, de los cuales se encontró una supervivencia

del 38%. La mortalidad en UCI fue significativamente mayor en los pacientes no respondedores al AM (100% vs 62%, p= 0,016). TABLA 2.

La única variable que presentó diferencias significativas entre respondedores y no respondedores fue el ácido láctico previo a la infusión del AM (4,91 (2,6) vs 7,54 (3,3); p = 0,032) TABLA 1

Conclusión: La respuesta hemodinámica al AM fue limitada. Solo un 51% de los pacientes respondieron a la infusión de AM. Además, se observó un beneficio de supervivencia en aquellos pacientes que respondieron al tratamiento con azul de metileno, en comparación con los no respondedores. Es importante tener en cuenta que este estudio tiene limitaciones, incluyendo su diseño retrospectivo y un tamaño de muestra pequeño. Se requieren ensayos controlados aleatorizados adicionales para comprender mejor el papel del AM en el shock refractario.

Tabla 1. Características demográficas de pacientes incluidos

	Total (n = 27)	Respondedores (n = 13)	No respondedores (n = 14)	p
Edad, media (DE)	62,1 (7)	60,3 (9)	64,1 (12)	0,492
Hombre, n (%)	21 (78)	10 (77)	11 (79)	0,999
Apéndice Media (DE)	19,6 (7)	20,3 (10)	18,9 (9)	0,371
SOP, Media (DE)	8,4 (3,2)	8,9 (2,8)	7,36 (4,6)	0,209
Charlson Score, Media (DE)	5,09 (3,3)	5,15 (4,0)	4,96 (3,3)	0,381
Ácido Láctico, Media (DE)	6,23 (3,3)	4,91 (2,6)	7,54 (3,3)	0,032
Pt por cada 10 ml de AM, Mediana (RIC)	7,23 (7,08 - 7,40)	7,25 (7,08 - 7,27)	7,21 (7,13 - 7,40)	0,596
Características Infecciosas				
Tipo de infección				
Intestinal, n (%)	-	-	-	
Síto de infección				0,782
Intrabdominal, n (%)	18 (67)	8 (62)	10 (71)	
Respiratorio, n (%)	5 (19)	3 (23)	2 (14)	
Tufo Urinario, n (%)	4 (15)	0 (0)	4 (29)	
Otras, n (%)	3 (11)	2 (15)	1 (7)	
Días hasta tratamiento efectivo				
Horas sin tos efectivo, Mediana (RIC)	0 (0 - 75)	0 (0 - 75)	0 (0 - 36)	0,323

APACHE II: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation; For: Fracción de Ejección; V2: ventrículo izquierdo; CFV2: Caudal transversal del seno del V2 (en cm); parámetros); MAPD: Frecuencia cardíaca del análisis control; LC: medida de estudios retrospectivos; n: número; DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartil.

Tabla 2. Resultados

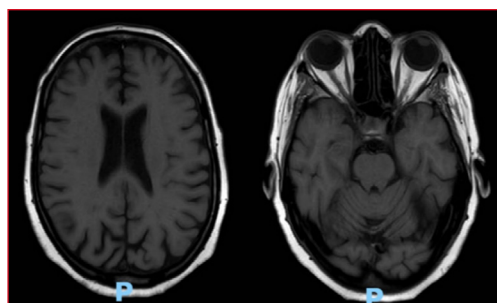
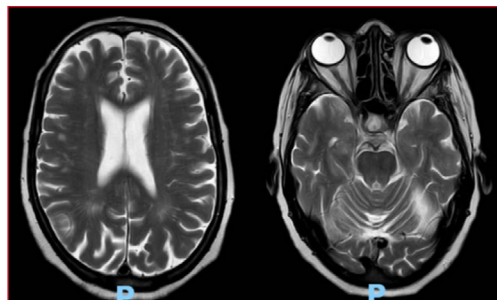
	Total (n = 27)	Respondedores (n = 13)	No respondedores (n = 14)	p
Días UCI, Mediana (RIC)	3 (1 - 38)	4 (1 - 38)	1 (1 - 14)	0,006
Días AHU, Mediana (RIC)	2 (1 - 24)	3 (1 - 24)	1 (1 - 14)	0,002
Días HUS, Mediana (RIC)	0 (0 - 13)	1 (0 - 13)	0 (0 - 12)	0,166
Mortalidad UCI	22 (82)	8 (62)	14 (100)	0,016

UCI: Unidad de cuidados intensivos; n: número; DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartil.

solicitaron anticuerpos antitiroideo peroxidasa (aTPO), antitiroglobulina (aTG) y Anticuerpos Anti Receptor de TSH (TRABS), que resultaron positivos. Recibió tratamiento con levotiroxina endovenosa e hidrocortisona. Normaliza valores. Por fallo en el weaning, se realizó traqueostomía. Se realiza resonancia de encefalo con contraste sin hallazgos relevantes. Luego de 21 días de internación en Terapia Intensiva pasó a clínica con posterior alta hospitalaria.

Discusión: La EH se puede considerar como diagnóstico, solo después de descartar otras causas. En el caso expuesto se llegó al diagnóstico luego de descartar otras causas posibles, con anticuerpos antitiroideos positivos en altas concentraciones y respuesta al tratamiento con corticoides.

Conclusión: Se destaca la necesidad de ampliar el conocimiento de esta patología con el fin de disminuir el subdiagnóstico y promover un inicio precoz del tratamiento, mejorando así su progresión y calidad de vida de los pacientes.



0397 ENCEFALITIS DE HASHIMOTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

JB DE TAPIA(1), DA DEZURKO(2), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR, M OTAMENDI(1), FE ESPINOZA(1), AV MILLAN(1), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(1), M CRUZ(1), NA GRASSI(1), NI ZELAYA DE LEON(1), P ZORZANO OSINALDE(1), M PETASNY(1), LG DURAN(4), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero. (2) Dcs. (3) Universidad Nacional Del Sur. (4) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero Y Dcs. (5) Universidad Nacional Del Sur

Introducción: La Encefalitis de Hashimoto (EH) es una encefalopatía de naturaleza autoinmune, con buena respuesta al tratamiento con corticoides, títulos séricos elevados de anticuerpos antitiroideos y de curso subagudo con recaídas-remisiones. Es una enfermedad poco frecuente, con una presentación clínica variable y fisiopatología aún desconocida.

Presentación del caso: Paciente femenina de 76 años con antecedentes de hipotiroidismo primario. Ingresó con un síndrome confusional agudo. Al examen físico vigil, Glasgow 13/15, subfebril (37,8°C) desorientada temporoespacialmente, ecolalia, pupilas isocóricas y reactivas, sin focalidad neurológica. Signos meníngeos negativos. Laboratorio: Hipocalcemia leve (7.8mg/dl), hipopotasemia (K 3,2 mmol/l), PCR 221.9 mg/L. Test rápido para VIH negativo. TC de encéfalo sin alteraciones. Punción lumbar líquido cristal de roca, proteínas 1 g/l, glucosa 0.67 g/l, AL 1.3, leucocitos 77 células/microl (100% mononucleares). Se interpretó inicialmente como Encefalitis de etiología viral y se le indicó aciclovir. Presentó sensorio alternante, excitación psicomotriz y convulsión tónica clónica generalizada. Debido a deterioro súbito del sensorio, se realizó intubación orotraqueal y se trasladó a Terapia Intensiva. Permaneció bajo asistencia mecánica ventilatoria y con vasopresores. Laboratorio: VDRL, p24 y anticuerpos HIV negativos, TSH 27,82, T4 0,41. PCR de LCR: Virus herpes simple 1 y 2, citomegalovirus y JC negativos. Hemocultivos negativos. Ante sospecha clínica de Encefalitis de Hashimoto, se

0398 SOPORTE VENTILATORIO EN ADULTOS JÓVENES CON NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD CAUSADA POR CHLAMYDIA PSITTACI: REPORTE DE CASOS

RA PRATTO(1), CM QUIROGA(1), RS GOMEZ(1), G ANTONINI(1), M LOUSTAU(1), DN VASQUEZ(1), J NUÑEZ(1), N ESCALIER(1), E WILHELM(1), A ZURRA(1), C QUIROGA(1), E PEREIRA(1), V GOMEZ(1), F BIANCHINI(1)

(1) Sanatorio Anchorena Recoleta

Introducción: La psitacosis es una enfermedad sistémica poco frecuente, transmitida por pájaros infectados con Chlamydia Psittaci (C.Psittaci) y causa de neumonía aguda de la comunidad (NAC) atípica.

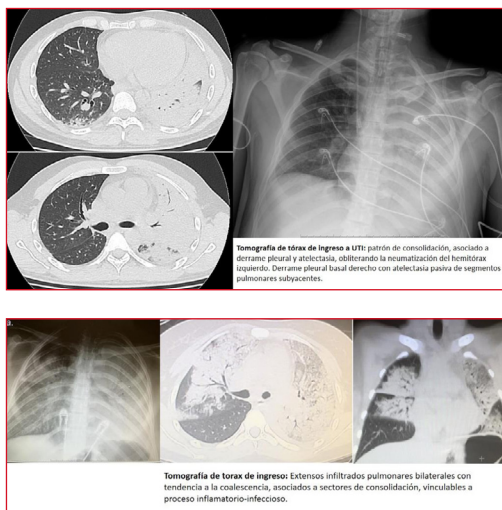
Presentación del caso: Caso1. Femenina, 30 años, vacunación incompleta para COVID19, viaje reciente a Paraguay. 10 días de fiebre, tos seca y astenia que no respondió a antibioticoterapia. Se diagnóstica neumonía (Imagen1).

Ingres a UTI con oxigenoterapia, recibe medidas de sostén y antibióticos empírico. Permanece con cánula nasal(CN), saturando 98%, frecuencia respiratoria (FR) 25 con buena mecánica ventilatoria y disnea de esfuerzo. A las 48hs se coloca cánula nasal de alto flujo (CNAF) 30L/55%O2 por taquipnea y desaturación. Evoluciona favorablemente, se retira CNAF en 4 días. Es dada de alta con pautas de alarma, control por infectología y tratamiento antibiótico. Se recibe resultado de IgG + para C.Psittaci, sin nexa epidemiológico. Caso2. Masculino, 33 años, COVID leve, vacunas completas. 5 días

de fiebre, cefalea, astenia y mialgias, antibioticoterapia ambulatoria sin respuesta, se interna a las 48hs. con oxígeno suplementario. Tomografía: extensa consolidación izquierda (Imagen2). Pasa a UTI por progresión de síntomas, se coloca CAFO 50L/55%O₂, mejoría inicial pero a las 6hs requiere intubación y ventilación mecánica(VM) por mala mecánica ventilatoria y desaturación. Tuvo 48hs iniciales de VM, se extuba y requiere reintubación en 24hs por hipoxemia. 48hs más tarde es extubado exitosamente. Pasa a sala y luego obtiene alta con antibioticoterapia. IgG + para C.Psittaci, sin nexo epidemiológico.

Discusión: No existen reportes sobre soporte ventilatorio en pacientes adultos con NAC atípica causada por C.Psittaci. En nuestro reporte de casos un paciente pudo cursar la enfermedad con soporte no invasivo y el otro requirió intubación. El soporte no invasivo mejoró el patrón rápido y superficial, la desaturación y la disnea. Con el soporte invasivo también mejoró el intercambio gaseoso y la mecánica ventilatoria, sin generar complicaciones.

Conclusión: En NAC grave atípica causada por C.Psittaci el soporte ventilatorio invasivo y no invasivo permitió mejorar el intercambio gaseoso y disminuir el trabajo respiratorio mientras se realizó un tratamiento dirigido de la enfermedad.



0399 MIELINOLISIS PONTINA CENTRAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO. REPORTE DE CASOS

GY SANTEYANA CEREZO(1), K BOTANA(1), BS DORFMAN(1), DG SANCHEZ(1), MC CERVANTES C.(1), L ANTONIOW(1), R AREVILLCA(1), I PEÑA C.(1)
(1) El Cruce Nestor Kirchner

Introducción: La mielínolisis pontina central es una enfermedad neurológica infrecuente, produce secuelas neurológicas graves, permanentes o muerte. Es causada por variaciones rápidas del Sodio plasmático, provocando desmielinización a nivel de la protuberancia y un 10% en zonas extrapontinas, se expresa como un síndrome motor agudo, que daña al largo haz cortico-espinal a nivel protuberancial, generando paresia o plejía de las extremidades, convulsiones, alteraciones del sensorio eventualmente enclaustramiento. La cirugía de trasplante hepático reúne muchos factores de riesgo para el desarrollo de esta patología.

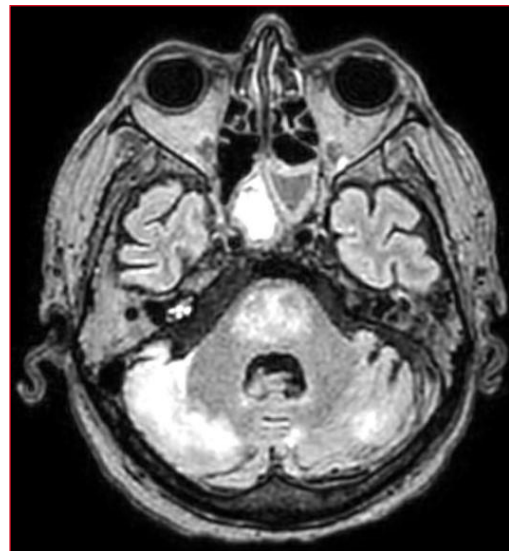
Presentación de casos: Masculino 53 años. Antecedentes: Cirrosis alcohólica, síndrome hepatorenal, trasplante hepático agosto 2019. Dos semanas posteriores a la cirugía presenta deterioro agudo del sensorio, RMN: Signos de desmielinización pontina y extrapontina, se evidencio de forma retrospectiva un ascenso de 10 mEq/L de

sodio en el intraoperatorio. Continua con mala evolución clínica sin mejoría neurológica, weaning prolongado, múltiples intercurencias infectológicas, Shock séptico y óbito.

Masculino 63 años. Antecedentes: hipertensión arterial, cirrosis alcohólica, Trasplante hepático febrero 2023. En el post operatorio inmediato intercurrió con shock hemorrágico requiriendo reintervención quirúrgica. Evoluciona con deterioro del sensorio progresivo, convulsiones tónicas clónicas generalizadas, RMN: desmielinización osmótica pontina. Se evidencio un ascenso de 22 mEq/L de sodio intraoperatorio. RMN control una semana después evidencia lesiones extrapontinas. Paciente con evolución tórpida, presenta miopatía flácida, weaning prolongado, multiples intercurencias infectológicas. Shock séptico y óbito.

Discusión: El diagnóstico de esta patología en pacientes con trasplante hepático resulta dificultoso. Las manifestaciones clínicas pueden pasar inadvertidas por la enfermedad de base y el estado clínico del paciente previo al trasplante. El diagnóstico requiere RMN. Se debe realizar diagnóstico diferencial con el Síndrome de Wernicke, enfermedad de Marchiafava-Bignami.

Conclusión: Pacientes que presenten deterioro del sensorio se debe identificar minuciosamente factores de riesgo predisponentes, como también realizar un estrecho monitoreo del medio interno evitando correcciones rápidas del Sodio plasmático en el perioperatorio. Al no existir tratamiento específico se debe trabajar arduamente en la prevención de la misma.



0400 CONCORDANCIA DE LA P0.1 CUASI DINÁMICA ENTRE UN RESPIRADOR Y UN SIMULADOR. ESTUDIO PRELIMINAR
 D VIOLI(1), C POZO(1), JA VACA(2), SL VAGO ROMERO(2), C PASCHETTA(2)
 (1) Higa Prof Dr Luis Guemes. (2) Leistung

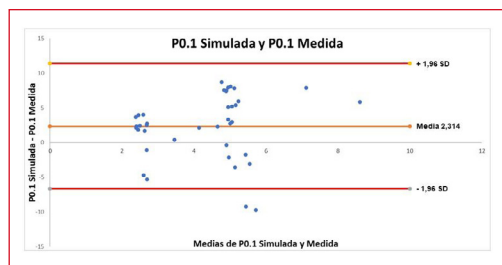
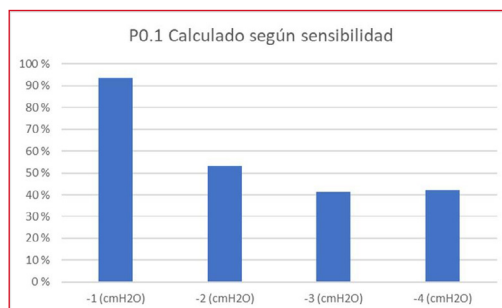
La P0.1 mide la presión de las vías respiratorias 100 ms después del inicio de un esfuerzo inspiratorio durante una oclusión de las vías respiratorias y se adopta frecuentemente como índice sustituto del impulso respiratorio.

Objetivo: Determinar: 1- La concordancia entre P0.1 de un simulador vs el desarrollado como monitoreo ciclo a ciclo en el respirador Leistung Luft 5. 2- El porcentaje de presencia de P0.1 calculado y medido en diferentes sensibilidades de disparo en el respirador. 3-Presencia de mediciones de P0.1 en 3 escenarios debilidad (2 cmH2O), adecuado (8 cmH2O) y excesivo (15 cmH2O) de esfuerzo inspiratorio simulados.

Método: Este es un estudio observacional prospectivo desarrollado en el laboratorio de I*D de la empresa Leistung Argentina se llevó a cabo la captura de datos correspondientes al parámetro P0.1. Se utilizó un equipo de ventilación mecánica, el modelo Luft 5 (Leistung Ing SRL). Se empleó el simulador ASL 5000 Active Servo Lung de la empresa IngMar Medical. Se definió una P0.1 calculada (menor de los 100ms de disparo), y P0.1 medida cuando es superiores En relación a las características de complacencia y resistencia pulmonar establecidas en el equipo de simulación, así como los valores de Fio2, presión de soporte, tiempo inspiratorio máximo y PEEP configurados en el ventilador mecánico, se tomaron como referencia los valores publicados en la norma ISO 80601-2-12 (2011) Analisis estadístico de concordancia con Bland y Altman.

Resultados: Se obtuvieron 72 casos de ensayos. De esto se obtuvieron datos para análisis en 39, 2 condiciones fueron eliminadas por valores extremos, en 31 casos no se obtuvieron datos. Promedio de las diferencias de las medias: 2,31. La P01 del ventilador infraestima la P01 real del simulador en 2,314 cmH2O (IC limite inferior -6,65 limite superior + 11,4). El porcentaje de P0.1 calculado/medido según la sensibilidad fue para -1 cmH2O 94%/6%, -2 cmH2O 53%/47%, -3 cmH2O 41%/59% y -4 cmH2O 42%/58%. Con respecto a la P0.1 y el esfuerzo inspiratorio, no se observó mediciones en el escenario simulado de debilidad y proporciones iguales en adecuado y excesivo.

Conclusiones: Existe concordancia entre la P0.1 del simulador y el respirador. A sensibilidades bajas mayor porcentaje de P0.1 calculadas.



0401 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO DEMOGRÁFICAS Y VENTILATORIAS DE LOS PACIENTES QUE CURSARON CON DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO Y FUERON VENTILADOS A MENOS DE 6 ML/KG

GE BLANCO(1), C MIRANDA(2), E BRIZUELA(2), G BRUENTI(2), J VILLAGRASA(2), D SALAS(2), D RODRIGUEZ(2), M PETRE(2)
 (1) Hospital Alta Complejidad Bicentenario Esteban Echeverría. (2) Hbee

Describir las variables ventilatorias y características clínico demográficas de pacientes que cursaron con síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) y fueron ventilados a menos de 6 ml/kg según el peso predicho (PPD) en un hospital de alta complejidad de la provincia de Buenos Aires.

Estudio retrospectivo y observacional. Pacientes con diagnóstico de SDRA internados en el Hospital Nacional de Alta Complejidad Bicentenario de Esteban Echeverría dentro el primer semestre del 2020, mayores de 15 años con diagnóstico de SDRA por COVID19, ARM mayor a 48hs, que recibieron al menos 1 día valores inferiores a 6 ml/kg. Las variables con distribución normal y anormal se reportaron en valores de media con desvío estándar (DE); y mediana con rango intercuartílico respectivamente (RIQ). Las variables clínico demográficas analizadas fueron edad; sexo; antecedentes; mortalidad y las de mecánica ventilatoria volumen tidal (vt) en ml/kg; driving pressure (DP); fracción inspirada de oxígeno (FIO2); relación presión arterial de oxígeno / fracción inspirada de oxígeno (PaO2/Fio2).

Se incluyeron 68 (n) pacientes, de los cuales un 67.6% (n=46) se corresponden con sexo masculino, la media de edad fue de 57 años (DE;59,98), el antecedente frecuente fue diabetes que represento un 61.8% y la mortalidad fue del 76.5%, el resto de los resultados se reportan en la tabla 1. Con respecto a las variables relacionadas con la ventilación mecánica se observó un vt al día 1 de 5.9 ml/kg (RIQ 5.5-6), una mediana de DP de 14 (RIQ 11-15), el resto de las variables en tabla 2. Se describieron las características clínico demográficas y ventilatorias de los pacientes con SDRA ventilados al menos un día a menos de 6 ml/kg. Se observó que a pesar de las estrategias ventilatorias a bajos vt la tasa de mortalidad hospitalaria fue del 76,5%. La mecánica ventilatoria de los pacientes arrojó una media de 5.87 ml/kg (RIQ;4.71-6.59) con un DP 14.61 ml/kg/cmH2O (RIQ;9.7-24.5), que se encuentra dentro de los valores límites. En conclusión al ser una población de alto riesgo por cursar su internación a causa de COVID19, las estrategias ventilatorias utilizadas fueron las recomendadas para prevenir la VILI dando así los resultados descritos.

Tabla 1. Características clínico demográficas

Sexo, frecuencia (%)	n	DE-m
Femenino	22	(32.4)
Masculino	46	(67.6)
Edad (años) media (DE)	57	(54,19-59,98)
Grupo etario, edad (años) frecuencia (%)		
<40	5	(8.8)
45-60	35	(51.5)
>60	27	(39.7)
Antecedentes frecuencia al (%)		
HTA	13	(19.1)
DBT	26	(38.2)
Obesidad	21	(30.9)
TBC	9	(13.2)
Respiratorias	14	(20.6)
Cardiovasculares	10	(14.7)
Apache II media (DE)	12	(8,85-15,21)
SAPS II mediana (RIQ)	31.5	(23.5-42)
Días de interacción mediana (RIQ)	17.5	(10-32.5)
Días de UTI mediana (RIQ)	17	(9.5-26.5)
Días de FIO2 hasta IOT media (DE)	14	(12,33-15,86)
Días de ingreso UTI hasta alta mediana (RIQ)	13	(11-24)
Días de ARM mediana (RIQ)	12	(7-20)
Días de TQT media (DE)	32.5	(15.5-49.5)
Obito frecuencia (%)	52	(76.5)
Prono frecuencia (%)	62	(91.2)
TQT frecuencia (%)	7	(10.3)
Rto de weaning frecuencia (%)		
No desiste	50	(73.5)
Desiste corto	9	(13.2)
Desiste prolongado	2	(2.9)
Desiste prolongado Exitoso	7	(10.3)
Desiste prolongado Fallido	0	(0)

HTA: Hipertensión arterial / DBT: diabetes / TBC: tuberculosis / UTI: unidad de terapia intensiva / FIO2: Fracción de oxígeno inspirado / IOT: intubación orotraqueal / ARM: asistencia respiratoria mecánica / TQT: tiempo de ventilación / DE: desvío estándar / RIQ: rango intercuartílico / n: cantidad muestra total

Tabla 2. Variables relacionadas con la ventilación mecánica

	Día 1	Día 3	Día 5	Día 7	Día 14	Día 21	Día 28
Ml/Rg	5,9	5,95	5,89	6,08	6,01	5,98	5,33
mediana (RIQ)	(5,5-6)	(5,58-6,25)	(5,32-6,25)	(5,61-6,5)	(5,34-6,44)	(5,18-6,59)	(4,71-6,33)
FR	24	24	24	24	26	26	26
mediana (RIQ)	(22-25)	(21-26)	(22-26)	(21-26)	(22-28)	(22-28)	(21-28)
PEEP	12	13	12	12	10	8	8
mediana (RIQ)	(10-15)	(10-13)	(10-15)	(10-14)	(8-14)	(6-10)	(6,5-11)
Plateau	28	27	27	27	28	26	30
mediana (RIQ)	(24-30)	(24-30)	(23-29)	(24-29)	(25-32)	(23,5-30)	(26,5-33)
Pico	37	36	36	36	37	37,5	37,5
mediana (RIQ)	(32-40)	(31-40)	36 (31-41)	36 (30-39)	36 (32-39)	37 (29,5-36,5)	37,5 (30,5-42)
DP	14	12	13	13	15,3	14	21
mediana (RIQ)	(11-15)	(9,7-15)	(10-17)	(10-17)	(12-18,3)	(11,5-20,5)	(14,5-24,5)
CRs	38,6	30	38	38	25	23,1	16,2
mediana (RIQ)	(22,7-34,4)	(22,4-40,9)	(22,7-41,1)	(19,7-43)	(16-35,3)	(16,45-36,3)	(12,25-26,4)
RI	14,07	13,04	13,33	13,4	14,15	14,56	18,8
mediana (RIQ)	(11,58-18,07)	(10,71-16)	(10-18,46)	(11,2-18,89)	(10,91-16,74)	(11,22-24,43)	(17,14-20,63)
PaO2	85,7	81,25	82	84,5	81	81	78,5
mediana (RIQ)	(78-102)	(73,85-95,1)	(74-95)	(76-97,3)	(72,4-92,3)	(78-96)	(72,5-91,75)
PaCO2	54	53,5	58	57,25	56	49	55
mediana (RIQ)	(46,8-62,8)	(48,2-65,25)	(49-65)	(47,25-70,25)	(47-65,8)	(42-55,5)	(45,2-65,3)
PAFI	117,5	166	185	163,55	172	182,9	169,85
mediana (RIQ)	(81-166,5)	(115,25-212,4)	(121-222,5)	(132,28-194,5)	172	(155-231)	(107,05-239)

Ml/Rg: volumen tidal en mililitros/kilogramo / FR: frecuencia respiratoria / PEEP: presión positiva al final de la espiración / Pico: presión pico / DP: driving pressure / CRs: compliance estática RI: Resistencia inspiratoria / PaO2: presión arterial de oxígeno PaCO2: presión arterial de dióxido de carbono / Pao2/Fio2 relación entre la presión arterial de oxígeno y la fracción inspirada de oxígeno Resistencia Inspiratoria

0402 ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTE CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO POR SARS-COV-2

L MAIDANA(1), AN GUTIERREZ(2), JJ NAVOTKA(2), AM OJEDA(2), A COCERES(2), MF MENDIETA(2), M OCHOA(2), L MAIDANA(2), S GUERRERO(2), A LARROZA(2), A DA CRUZ(2), G GARAU(2), M AUDIZZIO(2), G CORIA(2), L ANDRADES(2)
 (1) De Campaña Escuela Hogar. (2) Htal De Campaña Escuela Hogar

Introducción: Entre un 5-30% de los pacientes con covid-19 precisan del ingreso a UTI, con alto riesgo de desarrollar infecciones secundarias, incluyendo infecciones fúngicas invasivas como aspergilosis pulmonar invasiva, la terapia con corticoides es un factor inmunosupresor relacionado, habiéndose usado hasta en un 46% de los pacientes covid-19 críticos.

Caso clínico: Paciente masculino de 43 años, de Corrientes Capital, sin antecedentes patológicos, no inmunizado para SARS-COV-2, inicia cuadro con mialgias, artralgias, cefalea, disnea CFII-III, tos seca realizándose PCR COVID-19 DETECTABLE internándose en el servicio de clínica médica. TAC ingreso infiltrados en vidrio esmerilado en 50% campos pulmonares, 48 hs posteriores evoluciona en insuficiencia respiratoria severa ingresando al servicio de UTI conectándose ARM con ventilación protectora para SDRA severo. Al ingreso procalcitonina 0.50, interluquina 6 valor de 94pg/ml, dimero D 2mg/ml, triglicéridos 300mg/dl, proteína C reactiva 45mg/L asumiendo cuadro como síndrome de tormenta de citoquinas asociado a SARS-COV-2 iniciando pulsos de glucocorticoides por 5 días.

Se realiza maniobras de reclutamiento alveolar en posición PRONO por 48 hs en 3 sesiones con buena respuesta gasométrica, PAFI mayor a 200 iniciando weaning.

En su internación presenta weaning prolongado, traqueos tomizado, infecciones intrahospitalarias por pseudomona aeruginosa, klebsiella pneumoniae, TAC torax se observa imagen cavitada de paredes gruesas, galactomanano en BAL 1.47 y en suero 0.17. Se asume cuadro como aspergilosis pulmonar invasiva, se inicia voriconazol 400mg/día.

Con buena evolución se realiza decanulación y alta hospitalaria a los 90 días de internación.

Discusión: Encontramos en la literatura series de casos que describen la asociación de API y COVID-19, pasando a formar una nueva entidad conocida como COVID-19 associated pulmonary aspergillosis (CAPA). La falta de uniformidad en los criterios diagnósticos no permite conocer la prevalencia exacta de la enfermedad y de

su mortalidad. Sin embargo, datos de la revisión podría tener hasta 59,1% de mortalidad y podría justificar la realización de screening en pacientes covid-19 críticos, con muestras del tracto respiratorio inferior e incluso iniciar tratamiento empírico antes del diagnóstico definitivo.

Conclusión: Los pacientes con SDRA por covid-19 son susceptibles a sobreinfectarse por aspergilosis pulmonar, incluso en ausencia de inmunodeficiencia establecida. Ante la sospecha clínica o por imágenes de sobreinfección se debe considerar este diagnóstico y buscar la presencia de aspergillus por medio de BAL concomitantemente, determinar galactomanano tanto en BAL como en muestras de sangre, idealmente estas últimas de modo consecutivo.



0403 ESTIMACIÓN QUASI-ESTÁTICA DEL DELTA DE PRESIÓN TRANSPULMONAR A TRAVÉS EL DELTA DE PRESIÓN EN VÍA AÉREA EN SUJETOS CON SDRA VENTILADOS INVASIVAMENTE EN PRESIÓN SOPORTE. ENSAYO CLÍNICO CRUZADO

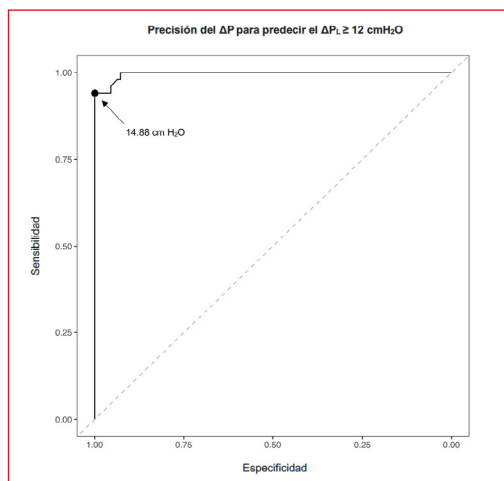
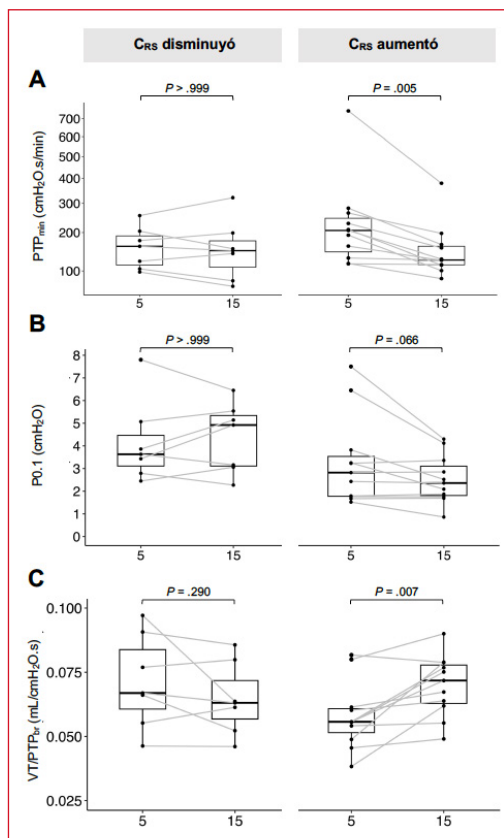
J DORADO(1), J PEREZ(1), D GILGADO(1), G CARDOSO(1), A GARCIA(1), C MORAN(1), R BRAGAGNOLO(1), A VITALE(1), M BERTOZZI(1), M ACCOCE(1)
 (1) Sanatorio Anchorena San Martin

Introducción: El delta de presión en vía aérea (ΔP) puede ser medido en presión soporte (PSV) mediante pausas teleinspiratorias. No obstante, su utilidad como subrogado del delta de presión transpulmonar (ΔP_L) es controvertida, ya que la actividad muscular frecuentemente altera la legibilidad de las maniobras. En este estudio, utilizamos criterios de legibilidad estrictos para descartar actividad muscular excesiva durante pausas teleinspiratorias y analizamos la precisión del ΔP para predecir el ΔP_L en PSV. Además, utilizando el ΔP obtenido en PSV, calculamos los cambios de complacencia del sistema respiratorio (ΔCSR) ante incrementos de PEEP y exploramos si los efectos fisiológicos de la PEEP difieren dependiendo de la respuesta de la CSR.

Métodos: Incluimos adultos con síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA) ventilados en PSV. El estrés pulmonar dinámico se calculó a través del ΔP_L . El ΔP y ΔP_L se evaluaron en PSV con PEEP 5, 10 y 15cmH2O mediante pausas teleinspiratorias. La CSR se calculó como volumen corriente (VT)/ ΔP . Los efectos de la PEEP fueron evaluados sobre el producto presión-tiempo minuto (PTPmin), la presión en la vía aérea a 100ms (P0,1) y el VT sobre el PTP por respiración (VT/PTPbr) en quienes aumentaron versus disminuyeron la CSR a PEEP alta (15cmH2O) comparado con PEEP baja (5cmH2O).

Resultados: Se analizaron 18 sujetos con 162 pausas teleinspiratorias, de las cuales 51 (31,5%) tuvieron $\Delta PL \geq 12 \text{ cmH}_2\text{O}$. El ΔP tuvo excelente precisión para predecir el ΔPL , identificándose a $14,88 \text{ cmH}_2\text{O}$ como el mejor punto de corte para detectar $\Delta PL \geq 12 \text{ cmH}_2\text{O}$ (AUROC: 0,99 [IC95%, 0,98-1,00]) (Figura 1). El ΔCSR se correspondió de manera excelente con los cambios de complacencia pulmonar (R_2 : 0,91; $p < 0,0001$). Cuando la CSR aumentó a PEEP alta, se observó una mejora significativa del PTPmin ($p = 0,005$) y VT/PTPbr ($p = 0,007$), sin cambios en $P_{0,1}$ ($p = 0,066$). No se observaron beneficios cuando la CSR disminuyó (Figura 2).

Conclusión: En sujetos con SDRA ventilados invasivamente, el ΔP evaluado mediante pausas legibles teleinspiratorias en PSV detectó con excelente precisión umbrales riesgosos de ΔPL . Usar el ΔP para evaluar los cambios de CSR ante modificaciones de PEEP podría dar información útil para detectar potenciales beneficios de utilizar PEEP alta.



0404 COVID-19 EN CUIDADOS INTENSIVOS: DESAFIOS Y SOLUCIONES

E CUNTO(1), C DOMINGUEZ(2), A RODRIGUEZ(2), EN LISTA(2), Y LAMBERTO(2), N CHACON(2), E DE VIRGILIO(2), A RESGUARDO(2), M FLORES MONTES(2), R GREGORI SABELLI(2), P SAUL(2), V CHEDIACK(2), L DE VEDIA(2), GDCT GRUPO DE TRABAJO COVID-19(2)

(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

Introducción: Tres años transcurrieron desde la identificación del SARS-CoV-2, más de 676 millones de diagnósticos y más de 6,8 millones de personas murieron. La pandemia puso a prueba al sistema sanitario. Se recomendó aumentar la capacidad de cuidados intensivos y del personal de salud, para dar respuesta a las olas de COVID-19. Se presenta la experiencia transcurrida y transdisciplinaria de un hospital, en respuesta a la pandemia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Período marzo 2020-abril 2023, pacientes ≥ 18 años admitidos en cuidados intensivos (CI). Se realizó estadística descriptiva: media(M), mediana (Me), porcentaje, Chi2 y Odds Ratio (OR); se considera p estadísticamente significativa $\leq 0,05$.

Objetivos: 1) Describir las características clínicas de pacientes admitidos en cuidados intensivos (CI), durante la pandemia. 2) Comparación de pacientes COVID-19 positivos [C19(+)] versus COVID-19 negativos [C19(-)].

Resultados: Ingresaron a CI 2747 pacientes (p), C19(+):1099 p [40%] y C19(-):1648 p [60%]. Las mujeres C19(+) fueron 32.74% y C19(-) 37.43%. La edad media para C19(+) fue 54.74 y C19(-) 45.98 años ($p < 0,0000001$).

La incidencia de comorbilidades en C19(+) fue obesidad 0.40, hipertensión arterial 0.37 y diabetes 0.30.

La estadía-CI media fue de C19(+) 7.40 y C19(-) 6.13 días, la estadía-CI media en ventilación mecánica (VM) aumentó a 16.89 y 14.84 días respectivamente ($p < 0,0000001$).

Mediana de ingreso SOFA 4 y Me APACHE II 15 puntos.

Tuvieron lesión renal aguda 303 p/2747 p (incidencia 0.11). Eran C19(+) 71 p/303 p. Requirieron soporte renal continuo 64 p/303p. Las horas de terapia de reemplazo renal continuas fueron 42 horas por paciente. Se calculó una letalidad del 58%.

Requirieron VM 1249 p/2747 p = 45%. Se compararon variables entre C19(+) que presentó tasas mayores de VM y pronación respecto C19(-) [Ver Tabla 1]. Se usó CAFO en 11% y ventilación no invasiva en 5%. Requirieron traqueostomía C19(+) 16.91% y C19(-) 16.1%. Letalidad C19(+) 37.76% y C19(-) 30.70% ($p < 0,00006$).

Se evaluaron subgrupos: • Coinfectados C19(+) con tuberculosis y/o HIV-sida se observó aumento de % de letalidad [Ver Tabla 2].

• Se comparó letalidad C19(+) con/sin coinfecciones, resultó valor de $p = 0,00009$. • En pacientes C19(+), 50 p vacunados versus 36 p no vacunados (considerada cualquier vacuna y ≥ 2 dosis) se observó menor necesidad de VM ($p = 0,02$).

Se aumentó la disponibilidad de camas en 107%, kinesiólogos 500% y médicos 50%

Conclusión: En nuestra casuística -coincide con la literatura mundial-, COVID-19 aumentó el uso de VM, soporte extracorpóreo, pronación y mortalidad. Las sindemias (HIV/sida y tuberculosis) determinaron aumento de los fallecidos. Las vacunas mostraron menor uso de VM y alentamos su uso. COVID-19 fue un desafío para el sistema de salud, particularmente en cuidados intensivos. A pesar de muchas incógnitas, especialmente al comienzo de la pandemia, mejoramos rápidamente nuestra capacidad de respuesta rápida. Centramos el objetivo en la reorganización del personal, equipo e infraestructura que incluyó planificación, trabajo interdisciplinario y capacitación.

Tabla 1. C19(+) versus C19(-): VM, pronación y letalidad

	C19(+)	C19(-)	p (X ²)	OR
VM	52.50% (557/1099)	40.77% (672/1648)	0.0000001	1.605 (1.376,1.872)
PRONACION	50.74% (293/557)	4.57% (31/672)	0.0000001	21.33 (14.36,31,69)
LETALIDAD	37.76% (415/1099)	30.70% (506/1648)	0.0006	1.369 (1.166,1.608)

Tabla 2. Subgrupos coinfectados y letalidad

Subgrupos coinfectados	N° de pacientes	Letalidad %
C19(+)/HIV-sida	85	49.41
C19(+)/TBC	9	66.66
C19(+)/TBC/HIV-sida	14	78.57
TOTAL	108	

0405 CAUSA POCO USUAL DE HIPONATREMIA SEVER. A PROPOSITO DE UN CASO

D RIVEROS(1), L ZELADA(1), M MARTIN(1), G CHIAROLLA(1), M VERA(1), S ALVAREZ(1), G SORIA(1)
 (1) Hospital Central De Mendoza

Introducción: La Terlipresina es la droga de elección para el tratamiento de la hemorragia digestiva alta en pacientes con cirrosis hepática y várices esofágicas. Actúa sobre receptores V1 (vasoconstricción esplácnica), reduciendo la presión portal y aumentando la perfusión renal. Ocasionalmente, sobre receptores V2 aumenta las acuaporinas-2, mejorando la reabsorción de agua y desarrollando hiponatremia dilucional.

Objetivos: Actualizar una causa poco frecuente de hiponatremia y presentación de caso clínico.

Presentación: Mujer de 23 años con antecedentes de cirrosis hepática de reciente diagnóstico, insuficiencia hepática Child B de etiología desconocida. Ingresa a UTI en el postoperatorio inmediato de CPRE donde se evidencia compresión de vía biliar intra y extrahepática por quiste hidatídico y colangitis. Presenta además hemorragia digestiva alta realizándose VEDA que evidencia varices esofágicas y gastropatía erosiva, se coloca banding. Inicia Terlipresina. Desarrolla hiponatremia severa que no responde a tratamiento convencional y cede al suspender (tabla 1).

Discusión: La incidencia en la reducción de sodio sérico por terlipresina varía entre el 2.8 al 62.3% en diferentes series; 33% de estos pacientes desarrollaron hiponatremia severa. La concentración inicial de sodio, la edad, la puntuación de Child -Pugh más baja, dosis y duración del tratamiento son factores de riesgo independientes para su desarrollo. El sodio sérico debe controlarse de cerca en pacientes con una función hepática conservada y/o más jóvenes, ya que pueden ser ocupados más receptores V2 por la droga y en forma persistente. La hiponatremia por terlipresina se recupera rápidamente después de suspender su administración.

Conclusión: Poner relevancia en la sospecha diagnóstica de hiponatremia secundaria al uso de terlipresina en paciente con insuficiencia hepática que cursan hemorragia digestiva aguda. La concentración inicial de sodio y la duración del tratamiento son factores de riesgo importantes para esta condición que aumenta la morbilidad de la patología.

FECHA	Na PLASMÁTICO
11/03/23	138 mmol/l.
12/03/23 (comienza terlipresina)	126 mmol/l - 120 mmol/l - 134 mmol/l.
13/03/23	132 mmol/l.
14/03/23	118 mmol/l - 119 mmol/l.
15/03/23 (se suspende terlipresina)	136 mmol/l.
16/03/23	135 mmol/l.

0406 PLASMAFERESIS Y HELLP

E OLOBARDI(1), N MOSCILLO(1), L IWANCYNA(1), L RISSO(1), V COGO(1), A MAZZOLA(1), D PETRONI(1), A FERNANDEZ(1)
 (1) San Felipe

Introducción: El síndrome HELLP es una complicación grave del embarazo. El tratamiento consiste en la estabilización inmediata de la embarazada, tratamiento con sulfato de magnesio, interrupción del embarazo entre otros. En los casos que no responden, la plasmaféresis podría ser considerada una opción terapéutica.

Caso clínico: Paciente de 17 años de edad primigesta de 34,5 semanas de gestación, derivada de otra institución por presentar Síndrome de HELLP, deterioro neurológico con leuco encefalopatía posterior, requiere ventilación mecánica invasiva, se realiza de urgencia interrupción del embarazo, tratamiento con sulfato de magnesio, transfusiones múltiples con glóbulos rojos y plaquetas. Se realiza tratamiento con Plasmaféresis con buena respuesta.

Discusión: El síndrome HELLP se presenta entre el 0.5-0.9% de todas las gestaciones y hasta en un 20% en pacientes con preeclampsia. La mortalidad es entre el 1 al 25%, asociada a complicaciones con daño orgánico adicional, nivel de severidad de la lesión de órgano o sobreinfecciones. La plasmaféresis es una estrategia terapéutica indicada en pacientes con síndrome HELLP que no responden al tratamiento habitual dentro de las 24 a 72 horas posteriores al diagnóstico o que presentan insuficiencia orgánica, por lo general se recomienda en pacientes con un aumento progresivo de los niveles de bilirrubina, creatinina sérica y trombocitopenia grave.

Discusión: El diagnóstico presuntivo de nuestra paciente fue purpura trombocitopenia trombotica por mutación del gen ADAMTS 13 secundaria a síndrome de HELLP. La plasmaféresis es una opción de tratamiento útil que mejora los desenlaces de morbilidad materna y perinatal

0407 IMPACTO DEL SOSTEN EXTRACORPOREO EN SEPSIS

R GREGORI SABELLI(1), V FERNANDEZ ABELLO(1), C DOMINGUEZ, P SAUL(1), M GALINDO(1), N CAMPAGNUCCI(1), F GIL ZBINDEN(1), S CACERES(1), L GONZALEZ(1), N CHACON(1), Y LAMBERTO(1), Y HUARACHI(1), V CHEDIACK(1), E CUNTO(1)
 (1) Muñiz.

Introducción: La sepsis es una de las causas de mortalidad en pacientes en terapia intensiva (TI). Las terapias extracorpóreas (TE) que depuran niveles excesivos de mediadores inflamatorios buscan equilibrar el sistema inmune alterado. La lesión renal aguda (LRA) ocurre en la mitad de los pacientes siendo fundamento de terapia de sosten renal (TSR) en shock séptico (SS). La TE permite tratar la LRA y podría mejorar la tormenta de citoquinas en SS.

Objetivos: Primario: Evaluar eficacia de la TE en SS mediante la medición de parámetros clínicos (requerimiento de vasopresores) y de perfusión (lactatemia).

Secundarios: Clasificar los pacientes con SS y LRA (según KDIGO) según requerimiento de TE (hemodiafiltración venovenosa continua) Asociar ambos grupos con mortalidad.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo retrospectivo y caso-control. N=52: SS y LRA en TI (enero 2021 - abril 2023). Estadística descriptiva: porcentaje (%), media (M), rango (mínimo-máximo). Se evaluó la respuesta hemodinámica (descenso de vasopresores en 72 horas) y descenso de lactatemia en dos grupos SS y LRA con TE y sin TE y la progresión a mortalidad mediante prueba de chi cuadrado. Fue significativa p ≤ 0.05, se evaluó odds ratio (OR) e IC95%.

Resultados: SS con TE: n=25 (48 %) edad M 47 (27-78) varones 22 (88%) ARM 100%. Estada en TI: M 13 días. Óbitos 17 68%. Se evidenció mejoría hemodinámica: 14 (56%).OR=2.4 IC (0.8-8) p 0.1. Con respecto al descenso de la lactatemia : 9 (36%) OR 0.9 IC (0.3-3) p 1.

SS sin TE: n=27 (51%) edad M 50 (26-79) varones 21 (77%) ARM 77%. Estada en TI: M 12.5 días. Óbitos:19 (70%). Se evidenció mejo-

ría hemodinámica: 9 (33%). Y descenso de la lactatemia: 10 (37 %). La mortalidad entre los dos grupos con y sin TE no evidenció diferencia significativa. OR 0.8 (0.2-2.9) p 0.5.

Conclusiones: Considerando nuestra experiencia la TE no demostró beneficio sobre el componente hemodinámico ni mortalidad pero si permite realizar TSR a pacientes con grave compromiso hemodinámico otorgando tiempo necesario para que las terapias instauradas contribuyan a la mejoría del paciente. No obstante es necesario estudios con un mayor n para sacar conclusiones sobre mortalidad en este grupo de pacientes.

SS + LRA (n=52)	MORTALIDAD	SOBREVIDA
TE (n=25)	17	8
SIN TE (n=27)	19	8

SS + LRA (n=52)	Descenso de vasopresores	Descenso de lactato
TE (n=25)	14	9
SIN TE (n=27)	9	10

0408 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y SEGUIMIENTO A 90 DÍAS DE SUJETOS TRAQUEOSTOMIZADOS EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES. RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO TRABAR

F CHELLI(1), A GARCÍA(1), P BELLÓN(2), S BENÍTEZ(1), S BARRERO(3), I GIACOBBE(4), MN SOSAYA(5), C MORAN(6), S GALLO(7), MC PERRONE(8), M RETAMAR(9), J PITTONI(10), B SAGARIA(11), S CAGIDE(12), S RICO(13), L LAURENS(14), GL LANDA(15), G MAZAL(16), ME BODNER(17), M EZCURRA(18), N BARREIRA AGUIAR(19), MF BLANCO(20), P FALCÓN (1) Higa P V De Cordero. (2) Hga Dr. Ignacio Pirovano. (3) Hza M Y L De La Vega. (4) Higa Eva Perón. (5) Hga Dr. Teodoro Álvarez. (6) Hospital De Alta Complejidad En Red “el Cruce”. Dr N. C. Kirchner. (7) Hga Dr. Juan Antonio Fernández. (8) Higa Evita. (9) Higa Gral. San Martín. (10) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. (11) Hga Dr. Cosme Argerich. (12) Hospital Cuenca Alta Nestor Kirchner. (13) Hga Parmenio Piñero. (14) Hga Donación Francisco Santojanni. (15) Higa Vicente López Y Planes. (16) Hza Dr. Alberto Edgardo Balestrini. (17) Hospital Municipal De Morón. (18) Higa Pedro Fiorito. (19) Hza Dr. Arturo Oñativia. (20) Hospital De Clínicas José De San Martín. (21) Hospital Municipal Diego E. Thompson

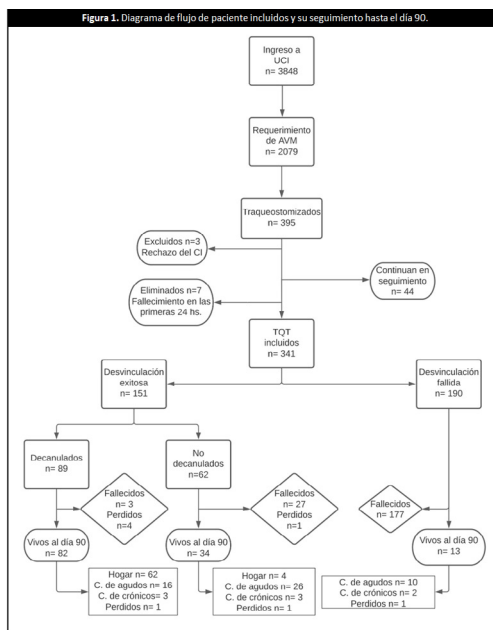
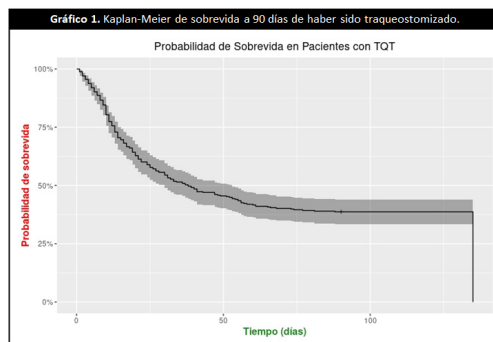
Introducción: La traqueostomía (TQT) es una de las intervenciones más frecuentemente realizadas en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) bajo asistencia ventilatoria mecánica (AVM), optimizando su manejo terapéutico. Hasta nuestro conocimiento, no contamos con datos epidemiológicos ni la evolución de los pacientes con TQT en UCI de hospitales públicos de agudos del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y el seguimiento a 90 días de los sujetos traqueostomizados en terapias intensivas de hospitales públicos del AMBA, analizar los factores asociados a la mortalidad hospitalaria y determinar la incidencia de decanulación en el sistema público de salud.

Materiales y método: Estudio observacional, analítico, prospectivo, longitudinal y multicéntrico. Se incluyeron consecutivamente pacientes mayores de 18 años cursando internación en UCI, con requerimiento de AVM a los cuales se les haya realizado una TQT entre el 01 de octubre de 2022 y el 31 de marzo de 2023. Se recolectaron las características clínicas al ingreso, evolución durante la internación y variables de resultado a 90 días.

Resultados: Veinte hospitales públicos del AMBA aportaron pacientes. Se incluyeron al análisis 341 sujetos, cuya evolución puede observarse en el diagrama de flujo (figura1). La media de edad fue 54,3 años (DE 16,8), la mayoría hombres (65,8%). Al cabo de 90 días, presentaron una mortalidad de 60,3% y una incidencia de decanulación del 26,7%. En el análisis multivariado de regresión de Cox para la sobrevida, la edad (HR 1,07; IC 95% 1,02-1,14), los días de intubación orotraqueal (HR 1,12; IC 95% 1,01-1,24) y la decanulación (HR 0,01; IC 95% 0,001-0,15) mostraron resultados significativos. La probabilidad de que la mitad de los pacientes falleciera se observó al día 38 desde que fueron traqueostomizados (IC 95% 30-53 días) (gráfico1).

Conclusión: La evolución de los pacientes de la UCI que se traqueostomizan en los hospitales públicos del AMBA presentó una menor incidencia de decanulación y mayor mortalidad, comparado con la literatura. El riesgo de muerte de los que logran decanularse es del 1% comparado con aquellos que no.





0409 EVOLUCIÓN DE CONSUMOS Y COSTOS DE ANTIBIÓTICOS ACCESS, WATCH Y RESERVE EN UNA UCI DE ADULTOS

M GARCIA SARUBBIO(1), CI LOUDET(1), MJ MESCHINI(1), MA MAZZOLENI(1), C COLAVITA(1), V ARAMENDI(1), A BARBIERI(1), C PAEZ(1), V PAZOS(1), MC MARCHENA(1), MG SÁENZ(1), S TAL BENZECRY(1), J VILCA(1), D NOR(2), E FERRARI(2)
 (1) Higa Gral San Martín (2) UNLP

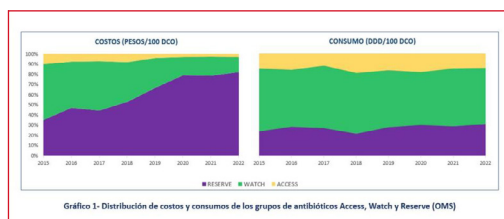
Introducción: El uso cuidadoso de antibióticos (ATB) en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde existe alta prevalencia de infección por gérmenes multirresistentes (MOR), es necesario para mantener su efectividad. El análisis periódico del patrón de consumo y costos de ATB, especialmente de aquellos de uso restringido, es determinante para la definición de conductas de mejora.

Objetivos: Comparar consumo y costos de ATB según clasificación en grupos ACCESS, WATCH y RESERVE (AWARE) propuesta por la OMS, a lo largo de 8 años. Determinar la distribución de consumo y costos por antibiótico (ATB).

Métodos: Cohorte retrospectiva en UCI de adultos de un hospital universitario. Los consumos de ATB de uso endovenoso entre 2015-2022 se recolectaron del sistema de dispensación automatizada de medicamentos y prescripción electrónica y se expresaron en dosis diaria definida (DDD)/100 días cama ocupada (DCO). Los costos se expresaron en pesos/100 DCO al precio de compra de mayo 2023. Se realizaron comparaciones múltiples del consumo y costos anuales/100 DCO, dentro de grupos, con Tests ANOVA o Kruskal-Wallis con ajuste Bonferroni. Se consideró significativa $p < 0.05$

Resultados: El consumo dentro de cada grupo se mantuvo sin diferencias en el tiempo, excepto para el grupo RESERVE (2018 < 2015, $p < 0.012$) (Gráfico 1). Dentro del RESERVE se observó tendencia ascendente del consumo de Tigeciclina, Aztreonam y Ceftazidima-avibactam en los últimos años (Panel A, Gráfico 2). Los costos del grupo ACCESS y WATCH no mostraron diferencias significativas a lo largo de 8 años. En el grupo RESERVE se observó un ascenso significativo desde 2020: 2020 > 2015 al 2018, $p < 0,05$; 2022 > 2015 al 2018, $p < 0,01$; 2021 > 2015 $p < 0,05$. Los costos aumentados del grupo RESERVE coinciden con el precio de ceftazidima-avibactam, de la cual hubo aumento del consumo (Panel B, Gráfico 2).

Conclusión: La distribución de consumo entre los 3 grupos AWARE se mantuvo a lo largo de los ocho años, aunque dentro del grupo RESERVE en los últimos tres años se observa un incremento de consumo de Tigeciclina, Ceftazidima-avibactam y Aztreonam que pone en evidencia la emergencia de MOR. El costo del grupo RESERVE se incrementó a partir fundamentalmente de la incorporación y uso de ceftazidima-avibactam.



0411 CARACTERÍSTICAS DEL USO DE BLOQUEANTES NEUROMUSCULARES EN INFUSIÓN CONTINUA EN UNA UCI DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

MR GARDEAZABAL ROSPILLOSO(1), M CÓRDOBA(2), F MORALES(2), A CUCCI(2), I PARODI(2), F MARTIN(2), MA BETANCUR(2), M NUCCIARONE(2), J VILCA(2), AL PIÑAS(2), C LOGIODICE(2), C LOUDET(2), C MARCHENA(2), M GARCIA(2), F IGLESIAS(2), J CONDE(2)
 (1) Higa San Martín. (2) San Martín

Introducción: El uso de bloqueantes neuromusculares (BNM) puede generar efectos deletéreos en pacientes críticos con probable impacto en la morbimortalidad. Por ello se debe restringir su uso a situaciones imprescindibles. En nuestra UCI se implementó un protocolo de sedoanalgesia(SA)/BNM desde 2016. El objetivo de este trabajo fue describir indicaciones y prácticas de uso de BNM en infusión continua.

Material y métodos: Serie de casos retrospectiva en UCI médico-quirúrgica de 21 camas, octubre-2022/abril-2023. Se incluyeron pacientes consecutivos que requirieron infusión continua de BNM. Se determinaron prescripciones "adecuadas" aquellas indicadas para manejo del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), de hipertensión endocraneana (HTE) severa, y de hipertensión abdominal(HIA) \geq grado 2; y prescripciones "inadecuadas/dudosas" cualquiera por fuera de ellas. Se registraron características epidemiológicas, de severidad y evolución; tipo y dosis de SA/BNM al momento de recibir los BNM. Las características relacionadas al SDRA, HTE e HIA se consideraron al inicio de la indicación de BNM y a las 48hs. Las variables se presentan como media \pm DS, mediana [p25-75], N(%), de acuerdo a su naturaleza.

Resultados: En el periodo ingresaron 89 pacientes con VM; 28 (31%) utilizaron BNM en infusión continua, 15 (54%) sólo un día, 6 (21%) durante dos días, y el resto \geq 3 días, mediana de 1 [1-2.5] días. Según la indicación en 18 (64%) fue adecuada: 13 (72%) por SDRA, 3 (17%) HEC y 2 (11%) HIA. Diez pacientes (36%) tuvieron indicación dudosa/inadecuada. Solo 14% utilizó bolos previo a la infusión continua. Los pacientes con SDRA requirieron corticoides 7 (54%) y pronó 3 (23%). En la Tabla 1 se encuentran características epidemiológicas, de severidad y evolución; tipo y dosis de SA al inicio de BNM. En la Tabla 2 se muestran características relacionadas al SDRA, HTE e HIA iniciales y 48hs del BNM.

Conclusiones: Si bien la pauta de SA estuvo acorde a nuestro protocolo, la alta tasa de utilización de BNM de causas inadecuadas presenta una oportunidad de mejora. Las dosis de BNM fueron intermedias según el protocolo. Entre las causas adecuadas, el SDRA fue el motivo de mayor prescripción. El conocimiento de estos datos nos permitirá tomar medidas de adecuación- monitorización para mejoras en el tiempo.

VARIABLE	TOTAL (28 pacientes)	Sedo-Analgesia*	TOTAL
Edad	53.17 \pm 15.62	Fentanilo	25 (89,29%)
Sexo (Masculino)	22 (78,57%)	Remifentanilo	3 (10,7%)
APACHE II	23.42 \pm 8.53	Propofol	15 (53,57%)
SOFA 24 hrs	8 [6 - 12]	Midazolam	13 (46,43%)
Glasgow	12.21 \pm 4.88	Dosis	
Charlson	[0 - 2]	Fentanilo mcg/k/h	3 [2-5]
Días VM	16 [7-32]	Midazolam mg/k/h	0.2 [0.17-0.2]
Motivo de Ingreso		Propofol mg/k/h	2.5 [2-3]
Médico	20 (71,43%)	Remifentanilo mcg/k/h	12 [10-15]
Quirúrgico Programado	6 (21,43%)	Atracurio mcg/k/h	11 [7,5-14]
Quirúrgico Urgencia	2 (7,14%)		
Días UTI	21 [9-40]	Días total BNM	1 [1 - 2,5]
Mortalidad Hospital	17 (60,71%)	Dosis día BNM	10 [8,5 - 13]

Datos presentados como media \pm DS, N(%) o mediana [p25-75]
 * Al momento de iniciar el bloqueo

Tabla 2

VARIABLES		INICIO	48 HORAS
SDRA	PEEP mmHg	10 ± 2	9 ± 3
	P. Plateau mmHg	21 ± 4	21 ± 5
	Driving Pressure	10 ± 3	11 ± 5
	PAFI	143 ± 58	192 ± 96
HTE	PIC mmHg	36,5 ± 10	22 ± 3,6
HIA	PIA mmHg	14,3 ± 0,57	15 ± 0

Datos presentados como media ±DS

0412 SOBREVIDA DEL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE NORWOOD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL. ANALISIS DE UN PAQUETE DE MEDIDAS

R FRAIRE(1), R FRAIRE(2), S TORRES(2), A SIABA(2), A GUTIERREZ(2), M LOPEZ DANERI(2), C KREUTZER(2), B CHIOSTRI(2), D KLINGER(2), A MAYANS(2), P REYES(2), A LUGRIN(2), H FERNANDEZ(2), T IOLSTER(2)

(1) Austral University Hospital. (2) Hospital Austral

Introducción: La hipoplasia del ventrículo izquierdo (HVI) es una anomalía cardíaca donde las estructuras del corazón izquierdo no están desarrolladas. A pesar de las mejoras en el campo diagnóstico tratamiento del postoperatorio (PO) y de los avances de la cirugía pediátrica, la cirugía de Norwood (NW) es una de las más desafiantes y su mortalidad se mantiene aún estancada.

Objetivo: Medir la mortalidad intrahospitalaria a los 28 días. El objetivo secundario es comparar la mortalidad antes y después de la implementación de un paquete de medidas.

Método: Se analiza corte transversal mediante un estudio antes-después implementando un paquete de medidas sobre 38 pacientes PO Norwood desde junio del 2009 hasta noviembre del 2022. Los criterios de inclusión son todos los pacientes nacidos con diagnóstico de HVI.

Los pacientes fueron separados en dos etapas con el fin de trabajar con un grupo focal. Del 2009 al 2014 y del 2015 al 2022. En esta última etapa se implementó como bundle: reducir el uso de adrenalina.

Resultados: Sobre 38 PO cirugía Norwood, en la etapa 1 de 18 pacientes 9 fallecen (53%) y en la segunda etapa muere un solo paciente (4.7%) de un total de 21 operados ($p=0.002$). La media de EG fue de 38s (36.5-40), 13% prematuros, la media de edad 10.7 días (3-62 días), la media peso fue de 3.2 (rango 2-3.7 Kg) y de tamaño aorta ascendente la media fue de 3.25 mm (1.7-6.8mm). La cantidad de pacientes con VM en etapa 1 fue de 11 pacientes (muere el 60%) contra 1 solo en la segunda etapa ($p=0.001$). De 8 sobre el total de pacientes que requirieron ECMO PO, en el segundo grupo se observó una supervivencia del 66%. El resto de las variables en la tabla 1.

Conclusión: La supervivencia en nuestra institución se pudo reducir mediante la instauración de un paquete de medida.

0414 PERICARDITIS CONSTRICTIVA COMO COMPLICACIÓN DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ASINTOMÁTICA, REPORTE DE UN CASO

FR MENDEZ(1), J CACCIAGUERRA(1), A BOAGLIO(1), L OROS(1), C HERNANDEZ(1), BG FAREZ(1)

(1) Clínica Cerhu.

Introducción: La pericarditis constrictiva (PC), es un trastorno poco frecuente, el cual se produce mayormente por causa idiopática, y por cirugía cardíaca. Se caracteriza por una disfunción diastólica grave, secundaria a un pericardio poco elástico, el cual genera una

limitación del llenado del VI.

En este trabajo presentaremos el caso de un paciente, previamente sano, el cual consulta por cuadro sincopal, y se llega al diagnóstico de neumonía bacteriana intercurrida con pericarditis constrictiva, la cual remite al tratamiento antibiótico.

Presentación de caso: Paciente masculino de 64 años, sin app, que consulta por síndrome sincopal, presentando un nuevo cuadro en guardia, con 60/30 de TA, y FC de 47, del cual revierte espontáneamente sintomatología. Se decide internación en UTI por hipotensión mantenida que no responde a fluidoterapia.

En UTI, se le realiza ECG que muestra BCRD, laboratorio con enzimas cardíacas en límite superior, 20900 GB (88%N) urea 46 creatinina 1,99 Bil indirecta de 2,1, kptt de 37, resto normal, y rx de torax la cual presenta leve infiltrado en bases.

Al examen físico, se encuentran roncus leves, aislados en ambas bases. El paciente no refiere síntomas. Por baja perfusión distal la saturometría no fue fiable.

Por mantener TA entre 70/50 y 90/60, se solicita ecocardiograma doppler, con motilidad paradójica del septum IV, Fisiología restrictiva del VI sugerente de pericarditis, y leve dilatación derecha, se decide solicitar angioTAC para descartar TEP.

Se realiza TAC la cual muestra infiltrado neumónico en lóbulo medio e inferior derecho, y en lóbulo inferior izquierdo, y realce pericárdico diagnóstico de pericarditis. El paciente mejora con tratamiento antibiótico.

Discusión: La pericarditis constrictiva muchas veces se encuentra subdiagnosticada. No hay mucha bibliografía sobre este cuadro, exceptuando las antiguas pericarditis secundarias a neumonía por tuberculosis. Consideramos como equipo otros diagnósticos diferenciales como sepsis, o TEP, pero la falta de síntomas por parte del paciente limitaba estos diagnósticos.

Conclusiones: Es importante conocer esta rara complicación de una neumonía, y prestar especial atención a la funcionalidad cardíaca cuando el grado de hipotensión no coincide con el cuadro para pensar en un shock séptico.



0415 FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PERSONAS CON CÁNCER HOSPITALIZADAS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD

V RODRÍGUEZ(1), L DIAZ-BALLVE(1), L PERALTA(1), F LOIACONO(1), L MAGNÍFICO(1), S LLERENA(1), J SAGARDIA(1)
 (1) Htal Nac Prof A Posadas

Introducción: En los últimos años, la supervivencia de los pacientes oncológicos en la unidad de cuidados intensivos (UCI) ha mejorado notablemente. En nuestro país existen pocos estudios difundidos que hayan evaluado las características de estos pacientes.

Objetivos: Evaluar y analizar las características y los resultados de los pacientes con cáncer en UCI, el soporte vital que reciben y los factores que se asocian a mayor mortalidad.

Pacientes y Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se registraron variables demográficas, tipo de tumor y tratamientos recibidos de los pacientes con cáncer ingresados a UCI. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística para determinar los predictores de mortalidad.

Resultados: Se analizaron 204 pacientes, 48% diagnosticados en la internación (Tabla 1). La neoplasia más frecuente fue el linfoma seguido por los tumores de recto-colon y las leucemias agudas. La mortalidad global al egreso de la UCI fue de 41.67% y la mortalidad hospitalaria fue de 52,94%.

Los pacientes hematológicos fueron más jóvenes y en su mayoría hombres, con motivo de ingreso médico. En los tumores sólidos predominó la patología quirúrgica.

En el análisis univariado los factores asociados a mortalidad fueron: ventilación mecánica invasiva, días previos de internación, Nutric score, ingreso médico, neoplasia hematológica, SOFA, SAPS II, APACHE II, soporte vasopresor, infecciones intrahospitalarias y shock séptico. Luego del análisis multivariado, los factores que se asociaron a mayor mortalidad fueron: ventilación mecánica invasiva, shock séptico y el valor del SAPS II, teniendo un valor protector el ingreso quirúrgico de urgencia (Tabla 2).

Conclusiones: La muestra analizada representa una población joven, con enfermedad activa, de reciente diagnóstico y buen performance status. La mortalidad obtenida fue similar a la reportada en la literatura. Los predictores de muerte pueden interpretarse relacionados a la calidad de los cuidados y en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Factor	Muerto	Vivo	p
	85	119	
Edad	56.94 (14.61)	55.37 (17.48)	0.499
Score de Charlson CI	3.00 [2.00, 6.00]	2.00 [2.00, 5.00]	0.076
Índice de Masa Corporal	26.73 [24.08, 31.41]	27.43 [24.22, 31.08]	0.924
TIPO DE NEOPLASIA (%)			
T. Hematológico	46 (54.1)	22 (18.5)	<0.001
T. sólido	39 (45.9)	97 (81.5)	
Estadio Activa (%)	58 (69.9)	93 (78.8)	0.185
Estadio Recidiva (%)	16 (19.5)	20 (17.1)	0.710
Estadio Remisión (%)	8 (9.6)	5 (4.3)	0.152
Presencia de metástasis (%)	26 (40.6)	44 (41.5)	1.000
ECOG-PS 0y1 (%)	49 (59.8)	85 (75.2)	0.028
Ingreso CX. PROGRAMADA (%)	12 (14.3)	41 (35.0)	0.001
Ingreso CX. URGENCIA (%)	16 (19.0)	47 (40.2)	0.002
Ingreso MÉDICO (%)	56 (66.7)	30 (25.4)	<0.001
INGRESO POR COVID19	19 (22.35)	2 (1.68)	<0.001
APACHE II	19.78 (7.43)	14.09 (7.07)	<0.001
SAPS	49.63 (16.28)	34.22 (16.86)	<0.001
SOFA a las 24hs	7.39 (4.11)	4.69 (3.42)	<0.001
Nutric Score	4.00 [3.00, 6.00]	3.00 [2.00, 4.00]	<0.001
SOPORTE VM (%)	73 (92.4)	72 (61.5)	<0.001
SOPORTE VASOPRESOR (%)	70 (89.7)	57 (49.1)	<0.001
SOPORTE HEMODIÁLISIS (%)	10 (13.7)	2 (1.8)	0.002
Complic. IACS (%)	36 (46.2)	27 (23.5)	0.002
Complic. SHOCK SÉPTICO (%)	42 (57.5)	11 (9.9)	<0.001
Adecuación de medidas (%)	30 (7.5)	6 (5.4)	<0.001

RESULTADO DEL ANÁLISIS MULTIVARIADO				
	OR	IC 95%		p
		Lim inf	Lim sup	
VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA	5.654	1.776	18.003	0.003
COMPLICACIÓN CON SHOCK SÉPTICO	9.522	3.396	26.698	0.000
INGRESO POR CIRUGÍA DE URGENCIA	0.199	0.065	0.606	0.004
PUNTAJE SAPS	1.063	1.034	1.094	0.000

0416 CATETERISMO CARDIACO EN ECMO, ¿ES POSIBLE?

R FRAIRE(1), A SIABA(2), S TORRES(2), C KREUTZER(2), B CHIOSTRI(2), D KLINGER(2), M LOPEZ DANERI(2), A GUTIERREZ(2), T IOLSTER(2)

(1) Austral University Hospital. (2) Hospital Austral

Introducción: El ECMO (circulación de membrana extracorpórea) ha generado un cambio de paradigma en la mortalidad del postoperatorio cardiovascular infantil como medida de rescate ante imposibilidad de destete en quirófano.

Objetivos: Describir la evolución de pacientes postquirúrgicos cardiovasculares a los que se le realizó cateterismo intra ECMO.

Material y Metodo: Caso 1: Paciente de 9 meses de edad con Atresia pulmonar con septum intacto a quien se le realiza cirugía paliativa con tubo de goretex del ventrículo derecho a arteria pulmonar.

En el intra operatorio presentó hipoxemia severa. Se decidió colocar en ECMO VA. A las 48 horas se realiza primer intento de weaning imposibilitando destete. Se realiza cateterismo constatándose estrechez en ramas distales de arteria pulmonar, se colocan stents en ramas pulmonares y a las 108 se retira de ECMO.

Caso 2: Paciente PO de cirugía de Glenn que a las 72 horas se constata dificultad respiratoria e hipoxemia por lo que se realiza TAC cardiaca y cateterismo. Con trombos en Glenn y colaterales disfuncionantes se decide colocar stent en rama pulmonar derecha y desembocadura del Glenn. Con imposibilidad de destete y el agregado de shock séptico y distress respiratorio, a las pocas horas de forzar desconexión, el paciente fallece.

Caso 3: Niña de 5 meses con diagnóstico de DSVD con hipoplasia de cavidades izquierdas, a quien se le realiza DKS más cirugía de Glenn. Con shock cardiogénico refractario a altas dosis de inotrópicos, se coloca en ECMO VA.

A las 49 horas se realiza cateterismo donde se constata insuficiencia neo aórtica moderada e IT moderada. No se define cirugía y continúa en ECMO con estabilidad hematológica y cardiovascular. Con mayor compromiso respiratorio, a los 9 días de ECMO, se realiza como MR el uso de Peep escalonada y HIFO, para que luego de 275 hs de ECMO VA se decida el destete sin complicaciones.

Conclusión: Solo el 17% del defecto residual postquirúrgico se detecta por ecocardiograma. El cateterismo temprano brinda información y tratamiento adicional. Dicha terapéutica realizada en forma temprana estimula el correcto destete de los pacientes en ECMO.

0417 PERCEPCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN Y LA VIOLENCIA LABORAL EN EL ÁMBITO DE LAS RESIDENCIAS DE LAS DIFERENTES CARRERAS Y ESPECIALIDADES EN UN HOSPITAL PÚBLICO NACIONAL

J SAGARDIA(1), MADLM SAENZ VALIENTE(1), MF GOMEZ(2), EL MALDONADO(1), SB SOLIS(1)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2) Simplemente Evita

Introducción: El sistema de Residencias como parte de la formación médica, es una estructura verticalista que no escapa a la lógica de la discriminación y violencia laboral y de género. Si bien es el lugar

de formación académica de posgrado por excelencia en donde se da el proceso de mayor contacto con los pacientes y con equipos de trabajo interdisciplinarios, puede constituirse en un ámbito de reproducción de desigualdades e inequidades sociales, convirtiéndose también en un escenario donde se reproduce el modelo de las violencias existentes.

Métodos: Se utilizó una encuesta, adaptada de dos instrumentos validados previos. La población de estudio quedó constituida por los residentes y becarios adscriptos al régimen de residencias del Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (HNPAP).

Objetivos: Conocer la percepción sobre la discriminación y la violencia laboral institucional, cuáles son y cómo se manifiestan los tipos de discriminación más frecuentes y cuál es el grado de conocimiento que tienen sobre protocolos institucionales y qué factores se relacionan a la discriminación y violencia percibidas.

Resultados: Se obtuvieron 149 encuestas. El 64.4% de los participantes fueron mujeres. El 92.6% eran heterosexuales, 61.1% solteros, 34.9% casados o convivientes y un 20.1% tenían hijos. El 41% de los encuestados eran extranjeros.

La frecuencia de los distintos tipos de violencia se describe en la Tabla 1. La discriminación por maternidad, embarazo, paternidad o cuidado de los hijos fue catalogada como muy grave y grave en la mayoría de las respuestas. La percepción de la violencia física, psicológica e incluso sexual fue percibida con mayor frecuencia como no grave. En la misma frecuencia se evidencia la violencia de género por orientación sexual. Hay un alto desconocimiento sobre protocolos institucionales y sobre cómo actuar en caso de violencia.

Conclusiones: La violencia es una experiencia frecuente para los residentes y becarios del HNPAP. Es indispensable promover un cambio cultural dentro del sistema de formación orientado a crear espacios de trabajo más saludables.

Tabla 1: Frecuencia de Violencias y Discriminación entre los residentes y becarios del HNPAP

	Total de Respuestas	NO n (%)	SI n (%)
Violencia física	149	140 (94%)	9 (6%)
Violencia verbal o psicológica	149	66 (44.3%)	83 (55.7%)
Violencia sexual	149	139 (93.3%)	10 (6.7%)
Toda discriminación por motivos de género, raza, o estado de embarazo o cuidado de niño			
Discriminación basada en maternidad, embarazo, paternidad o el cuidado de los hijos	145 [†]	135 (93%)	10 (7%)
Discriminación por apariencia física o discapacidad física		128 (90.8%)	13 (9.2%)
Discriminación por ser descendiente de pueblo originario		132 (93.6%)	9 (6.4%)
Discriminación por ser inmigrante		123 (87.2%)	18 (12.8%)
Discriminación por edad		130 (92.2%)	11 (7.8%)
Discriminación por orientación sexual	141 [†]	134 (95%)	7 (5%)
Discriminación por Género		127 (90%)	14 (10%)

† 44 personas no contestaron (2.7%)
 ‡ 8 personas no respondieron (5.4%)

0418 CUIDADOS INTENSIVOS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA

J CASTRO MENDEZ(1), A LUGRIN BELLOMO(1), L FICOSECO(1), P REYES(1), E SELZER(1), M FAUDA(1), S TORRES(1), A SIABA SERRATE(1), T IOLSTER(1)
 (1) Hospital Universitario Austral

Introducción: La dificultad obtener un órgano adecuado y los métodos para la asignación de los injertos prolongan los tiempos en lista de espera y algunos pacientes fallecen antes de realizarse el trasplante. Esto ha cambiado en las últimas décadas con la creciente disponibilidad de donantes vivos (THDV) y de equipos quirúrgicos y de cuidados intensivos experimentados en el cuidado tanto de los

receptores y los donante.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analizó las historias clínicas de pacientes menores de 16 años trasplantes de hígado en nuestro centro entre 2010 y 2023.

Resultados: De los 165 trasplantes realizados: 128 (77%) fueron con donantes vivos, todos relacionados al paciente. La etiología más frecuente fue la Atresia de Vías Biliares (96 casos), de los cuales más del 90% se realizaron THDV. Esto a su vez se relaciona con que la mediana de edad en los THDV fue un año y en los trasplantes con donante cadavérico (THDC) fue 9 años.

En cuanto al soporte en la UCIP: el 75% de los pacientes ha ingresado intubado desde el quirófano, de los cuales entre 25-45% se han extubado en el postoperatorio inmediato. El requerimiento de inotrópicos postquirúrgicos es aun menor, en menos del 30% de los pacientes y mas infrecuente la necesidad de terapia de reemplazo renal (3%). Sabemos que casi la mitad de los pacientes que se trasplantan se encuentran desnutridos al momento del procedimiento, por lo cual es fundamental priorizar la adecuada nutrición: la mediana de ayuno ha sido de 3 días y 20% de los pacientes ha requerido nutrición parenteral. Cabe destacar, que estos números son similares para el THDV y THDC.

La incidencia de complicaciones al mes del procedimiento ha sido similar en ambos grupos, siendo las más frecuentes las asociadas a la vía biliar. El rechazo también ha sido similar en ambos grupos, sin embargo, la necesidad de retrasplante y la mortalidad al mes ha sido mayores en los THDC (retrasplante THDV 5% vs THDC 10%, mortalidad THDV 1.5% vs THDC 5%).

Conclusión: Es perentorio la precoz derivación a un centro especializado ante un niño con enfermedad hepática potencialmente candidato a trasplante.

Complicaciones al mes del trasplante	Donantes CADAVERICOS (n= 37)	Donantes VIVOS (n= 128)	TOTAL (n= 165)
Trombosis de VP	0 0.0%	4 3.1%	4 2.4%
Estenosis de VP/AH	1 2.7%	2 1.5%	3 1.8%
Trombosis de VSH	0 0.0%	5 3.9%	5 3.0%
Trombosis de AH	2 5.4%	6 4.6%	8 4.8%
Fistula biliar	4 10.8%	21 16.4%	25 15.0%
Bilioma	6 16.2%	25 19.5%	31 18.7%
Dilatación o Estenosis de VB	7 18.9%	4 3.1%	11 6.6%
Colangitis	2 5.4%	4 3.1%	6 3.6%
Ascitis	5 13.5%	9 7.0%	14 8.4%
Rechazo	8 21.6%	34 26.5%	42 25.4%
Retrasplante	4 10.8%	7 5.4%	11 6.6%
Muerte	2 5.4%	2 1.5%	4 2.4%
Retrasplante al año	5 13.5%	7 5.4%	12 7.2%
Muerte al año	2 5.4%	8 6.2%	10 6.0%

VP: Vena Porta
 AH: Arteria Hepática
 VSH: Venas Suprahepáticas
 VB: Vía biliar

	Donantes FALLECIDOS (n= 37)	Donantes VIVOS (n=128)	TOTAL (n= 165)
Sexo masculino	15 (40%)	49 (38%)	64
Edad, mediana (meses)	9.2	1.1	1.3
Desnutrición	17 (45%)	85 (66%)	102
Días de internación total (Mediana, rango)	27 (9 - 145)	23 (7 - 83)	23
Días de internación en UCIP (Mediana, rango)	6 (1 - 70)	6 (2 - 47)	6
Patología:			
- Atresia de vías biliares sin Kasai	8	52	60
- AVB con Kasai	0	36	36
- Sme Alagille	0	8	8
- Falta Hepática Fulminante	3	5	8
- Cavernoma de Porta	0	2	2
- Quiste de coledoco	0	6	6
- Retrasplante	14	2	16
- Fibrosis quística	4	0	4
- Hepatitis inmune	7	4	11
- Hepatocarcinoma/ Hepatoblastoma	1	5	6
- Congénita	0	4	4
- Metabólica	0	2	2
- Criptogénica	0	2	2

0419 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LESIONES MÚLTIPLES EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DE FOSA POSTERIOR A PROPOSITO DE UN CASO

S PRATESI(1), P PRATESI(1), P FALVO(1), F MONSALVE(1), R ALMANZA(1), MI CAZZENAVE(1), A VELEZ ROMAN(1)
 (1) Hospital Austral

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es la primera causa de discapacidad y la cuarta causa de muerte a nivel mundial. Los eventos isquémicos producen el 80% de los ACV, con una tasa de incidencia anual en Argentina de 868/100.000 habitantes.

El 20% de los ACV isquémicos corresponden a obstrucción de la circulación posterior y representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Las lesiones en tándem del circuito vertebro-basilar son menos frecuentes y existe escasos reportes en la literatura sobre la estrategia terapéutica.

Caso clínico: Paciente de 45 años sin antecedentes. Ingresó por cefalea e inestabilidad en la marcha de 3hs de evolución. Al examen físico presenta escala de coma de Glasgow 15/15, nistagmo vertical con fase rápida descendente, disartria moderada y ataxia de miembros superiores (NIHSS 2).

Se realizó tomografía de cerebro y angiogramografía de vasos intra y extracraneales sin hallazgos agudos (ASPECTS 10/10). Por sospecha de ACV isquémico inició tratamiento endovenoso con rTPA, sin respuesta.

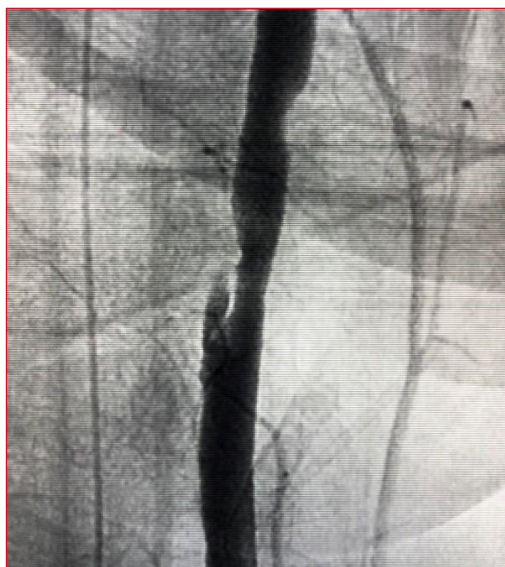
Completó estudios con resonancia magnética que evidenció infartos múltiples en territorio posterior. Angiografía digital con evidencia de disección total de arteria vertebral izquierda en V2 y V3 (imagen 1). Se realizó trombectomía y angioplastia colocación de 2 stents de manera exitosa e inició doble antiagregación.

Permaneció en unidad de cuidados intensivos por 72 horas. Presentó evolución con NIHSS de 1 y resolución de la disartria.

Discusión: Las lesiones en tándem del circuito vertebro-basilar son una entidad poco frecuente por lo que existe poca evidencia sobre el adecuado tratamiento de las mismas.

El tratamiento endovascular está bien caracterizado en el manejo de pacientes con obstrucciones aisladas en distintos territorios de la circulación cerebral. Sin embargo, hay poca evidencia sobre los resultados en pacientes con lesiones múltiples. Algunos estudios actuales que compararon resultados de pacientes con lesiones únicas del circuito posterior vs. Lesiones en tándem sugieren que no hay diferencias entre ambos.

Conclusión: Las lesiones en tándem del circuito posterior están escasamente descritas en la bibliografía por que el manejo de las mismas es un desafío. El tratamiento endovascular parece ser una opción segura y efectiva.



0420 USO DE BICARBONATO EN PACIENTES CON SHOCK Y FALLA RENAL

K LOPEZ PALACIOS(1), A TRAVERSO(1), E QUINTEROS(1), C GONZALEZ(1), D MASEVICIUS(2), L CARLOS(1)
 (1) Sanatorio Parque. (2) Sanatorio Otamendi

Introducción: El uso de bicarbonato en pacientes con acidosis metabólica es controvertido. Ha sido descripto, que pacientes acidóticos dependientes de vasopresores podrían beneficiarse particularmente. Además no es claro si en diferentes grados de falla renal podría tener un beneficio diferente. El uso de bicarbonato en esta población podría contribuir a mejorar la acidosis metabólica, particularmente en pacientes en quienes la diálisis podría ser riesgosa debido a la inestabilidad hemodinámica.

Nuestro objetivo fue evaluar la repercusión del uso de bicarbonato en el EAB, y los resultados en términos en pacientes con shock refractario y falla renal.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo en una UTI de 33 camas. Se registró: sexo, edad, antecedentes, diagnóstico, creatinina y urea al ingreso, EAB basal y después de la infusión, ionograma, hipercapnia, hipercloremia y GAP corregido-albúmina. Se registró también uso diuréticos, balance 24 horas, diálisis, días de UTI, mortalidad. Se clasificaron los pacientes según el grado de falla renal y severidad de la acidosis metabólica y se compararon los grupos. Se utilizó test de wilcoxon rank para muestras apareadas para evaluar los efectos del bicarbonato, test de Mann-Whitney para variables no paramétricas y Chi2 para variables cualitativas. Se realizó regresión logística binaria para determinar factores independientes asociados a mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 135 pacientes que recibieron bicarbonato según criterio del médico tratante. La edad media fue de 63 [46-73] años. 36 pacientes (27%) tenían diabetes, 9 (6%) cirrosis, 8 (5%) EPOC. Los diagnósticos de ingreso fueron sepsis en 38 pacientes (40%), 19 (14%) posoperatorios, 26 (19%) insuficiencia respiratoria, 15 (11%) insuficiencia renal, y 13 (10%) otros diagnósticos. La creatinina al ingreso fue de 2 [1,1-4,7] Y UREA al ingreso 90 [45-132]. Se observaron diferencias entre sobrevivientes y no sobrevivientes en la presencia de hipertensión arterial 50 (37%) versus 5 (p=0.04), scores Apache II Y SOFA 12 [8-15] vs 17 [12-22] (p=0.00) y 4 [2-6] vs 6 [4-8] (p=0.01)

Los efectos del bicarbonato en el EAB se muestran en la tabla 1. La regresión logística se muestra en la tabla 2.

Conclusiones: El bicarbonato logra corregir la acidosis metabólica; sin embargo su utilización en pacientes sin acidosis o con acidosis leve podría aumentar la mortalidad.

Tabla 1. Efectos del bicarbonato en el estado acido base, ionograma y aniones no medibles.

	BASAL	POST INFUSION	P
PH	7.26 [7.16-7.32]	7.36 [7.29-7.42]	
CO2	30[24-39]	33 [28-40]	0.03
PO2	89 [77-115]	85 [72-104]	0.00
HCO3	14 [10-17]	19 [16-21]	0.07
Cl-	101 [8-115]	113 [9-9]	0.00
GAP corregido Albúmina	24 [18-29]	31 [24-39]	0.00
Sodio	136 [132-140]	138 [135-143]	0.00
Potasio	4.6 [4.5-5.25]	4.4 [3.9-5]	0.00
Cloro	104 [103-108]	105 [100-109]	0.00
Cloro corregido al sodio	103 [103-107]	106 [103-109]	0.00
CO2 corregido al bicarbonato	30 [23-35]	36 [32-40]	0.00

	HR	IC	P
Apache II	1.33	1.10 - 1.60	0.00
Balance primeras 24 horas	1.00	0.00 - 0.01	0.01
IRA severa	7.5	0.57 - 1.97	0.04
Acidosis leve o sin acidosis	9.1	2 - 41.4	0.00

Tabla 2. Regresión logística binaria con mortalidad como variable de resultado

0421 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA VS QUIRÚRGICA, EXPERIENCIA HOSPITALARIA EN CORRIENTES

JJ NAVOTKA(1), JJ NAVOTKA(2), AN GUTIERREZ(2), AM OJEDA(2), J RUIZ DIAZ(2), A COCERES(2), L MAIDANA(2), AF NAVARRO(2), A AQUINO(2), MF MENDIETA(2), S GUERRERO(2), G VALLEJOS PEREIRA(2)

(1) De Campaña Escuela Hogar. (2) Htal De Campaña Escuela Hogar

Objetivos: Comparar la técnica percutánea y convencional de traqueostomía en un hospital general de la Ciudad de Corrientes.

Materiales y Métodos: Diseño del estudio: retrospectivo, descriptivo, analítico transversal en un lapso de tiempo comprendido entre diciembre del 2020 a mayo 2023 de pacientes sometidos a traqueostomía. Se compararon ambas técnicas en cuanto a complicaciones y estancia hospitalaria, como desenlace los mismos. Los Terapeutas plantean que la traqueostomía quirúrgica es más traumática, generaría más complicaciones al momento de canular el paciente, tardaría más tiempo de cicatrización

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes, 145 con técnica percutánea y 60 técnica convencional, que representan el 71% y 29% de la muestra, respectivamente. La edad en el grupo de pacientes que recibió el tratamiento TQ fue de $59,27 \pm 13,77$ años. Mientras que en el caso de los pacientes que recibieron TP, la edad fue de $61 \pm 14,25$ años.

En cuanto a las complicaciones, el 18% de los que se realizaron TQ presentaron complicaciones inmediatas, sangrados en su totalidad, mientras que el 5% presentó complicaciones tardías (sangrado mas infección del osteoma). En contraste, de las TP llas complicaciones inmediatas fueron 0,7% (sangrado) vs tardías 0.7% (infeccion ostoma). La media de días de estancia hospitalaria fue de $31,6 \pm 22,8$ días del grupo TQ contra del grupo TPC de $31,05 \pm 18,8$ días

Conclusión: La tendencia actual hacia técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas y el desarrollo de servicios intervencionistas en especialidades no quirúrgicas estimula un interés considerable hacia la traqueostomía percutánea que se realiza en la unidad de terapia intensiva. La TPC presenta complicaciones similares a las de la TQ; sin embargo, es una técnica que se puede realizar en la cama del paciente en la UCI sin necesidad de uso de quirófano, de forma segura y rápida. Encontramos diferencias entre ambas técnicas en favor de la técnica percutánea, y a una menor incidencia de hemorragia e infección postoperatoria, no obstante, no podemos descartar que esto sea atribuible a las patologías de base de cada paciente.



0422 PRESENTACION ATIPICA DE INJURIA HEPATICA POR L-ASPARAGINASA EN LEUCEMIA LINFOBLASTICA AGUDA (LLA) TIPO T

DM LAIME QUISPE(1), N LOPEZ MAMANI(1), G SANTEYANA CEREZO(1), L ANTONIOW(1), F MENDEZ ARRIETA(1), D SANCHEZ(1), K BOTANA(1), M VAZQUEZ(1), N PISTILLO(1)

(1) El Cruce

Introducción: La L-asparaginasa se suele utilizar en el tratamiento de LLA, sus efectos adversos iniciales más frecuentes son fiebre, náuseas, vómitos, hipersensibilidad, neurotoxicidad, con una incidencia del 30%. La injuria hepática suele ser poco frecuente y leve.

Presentamos el caso de un paciente que consulta por disnea, y se diagnostica LLA con compromiso mediastinal. Intercurre con hepatitis aguda con patrón colestásico sin causa clara aparente, y luego de descartar etiologías frecuentes, se llega al diagnóstico.

Caso clínico: Paciente de 46 años, sin antecedentes patológicos relevantes, consulta por disnea progresiva de un mes de evolución y adenomegalias, en contexto de estudio se diagnostica LLA tipo T con compromiso mediastinal. Inicia quimioterapia protocolo GATLA y se administra L-ASPARAGINASA los días 12 y 26 de la terapia (3750 UI cada dosis). Presenta varias interurrencias durante su internación que complican su evolución: insuficiencia ventilatoria, signos y síntomas neurológicos, e infecciones.

Una de las complicaciones se presentó como injuria hepática. Inicia con aumento de bilirrubina predominio directa al 6to día y aumento de transaminasas al 14to día de administración del fármaco en forma progresiva, evolucionando con patrón colestásico sin causa clara aparente con signos y síntomas gastrointestinales. La ultrasonografía evidenció esteatosis GII. La evolución general finalmente es tórpida, con progresión de la injuria hepática con elevaciones abruptas de niveles de bilirrubina directa (10,48 mg/dl), FAL (3900U/L) y transaminasas (TGP 614 U/L), que luego de descartar etiologías frecuentes, y sin poder realizar biopsia transyugular, se llega al diagnóstico probable de daño hepático inducido por medicamentos por L Asparaginasa (DILI). Falleció al día 58 posiblemente por hepatitis inducida por L Asparaginasa asociado a falla múltiple de órganos.

Conclusión: Es interesante nuestro caso por la forma de presentación de la toxicidad. Llegar al diagnóstico fue difícil por la presentación atípica. Primero se descartaron otras etiologías más prevalentes.

La frecuencia estimada de lesión hepática clínicamente aparente después de la terapia con asparaginasa es del 15%-20%. Es raro el informe de muertes por insuficiencia hepática debido a este fármaco.

La tasa de lesión hepática grave ha sido menos frecuente en los últimos años, quizás debido a regímenes de dosificación más seguros.

0423 CARACTERÍSTICAS DE LA HEMODINAMIA CEREBRAL EVALUADA POR DOPPLER TRANSCRANEAL EN LOS TRASTORNOS HIPERTENSIVOS GRAVES DEL EMBARAZO

R GIANNONI(2), E MARTINEZ(1), IS GONZALEZ POMPILIO(2), AM ANTÓN(2), AG MARIA GABRIELA(2), S HERRERA(2), FF GIANNONI(2), IJ PREVIGLIANO

(1) Juan A. Fernández. (2) Regional Ramón Carrillo.

Introducción: Las alteraciones de la circulación cerebral fueron reportadas previamente en pacientes con preeclampsia y eclampsia. Sin embargo, poca información existe sobre alteraciones a nivel de la arteria basilar.

Objetivos: 1. Evaluar con doppler transcraneano (DTC) la circulación cerebral anterior y posterior incluyendo arteria basilar en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo graves (THE) y embarazadas normales.

2. Determinar la asociación entre las variables de perfusión cerebral derivadas del DTC con la presencia de eclampsia en pacientes con

THE.

Material y método: Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de preeclampsia grave o eclampsia ingresadas en forma consecutiva en la UTI entre el 12/2021 y 04/2023. Se evaluaron también un grupo control de embarazadas sanas luego de 20 semanas de gestación. El DTC se realizó durante las primeras 24 horas de la admisión. Se midieron velocidades de flujo sanguíneo cerebral en circulación anterior y posterior (cerebral posterior y basilar). Se evaluó autorregulación estática. La comparación entre grupos se realizó con Test estadísticos apropiados. Se evaluó la asociación independiente entre las variables derivadas del DTC y la presencia de eclampsia, se construyó un modelo de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes con THE graves y 15 pacientes con embarazo normal. Comparado con las embarazadas sanas, las pacientes con THE presentaron aumento significativo en la presión de perfusión cerebral, velocidades de flujo en circulación anterior y posterior con alteración de la autorregulación cerebral (Tabla 1). Las pacientes con eclampsia presentaron diferencias en la edad, edad gestacional, y un aumento significativo de las velocidades de flujo en arterias cerebrales media y basilar comparado con pacientes con preeclampsia (Tabla 2). Ajustado por edad, las velocidades diastólicas de la arteria basilar se asociaron a la presencia de eclampsia (OR ajustado: 1.14 (IC 95%:1.001-1.29, P: 0.04); y presentaron una buena discriminación (ROC: 0.79 (IC 95%: 0.95-0.63)).

Conclusiones: Las pacientes con THE graves presentaron un aumento generalizado de las velocidades de flujo sanguíneo cerebral comparado con embarazadas normales. En nuestro estudio, un aumento de las velocidades diastólicas en la arteria basilar se asoció independientemente a la presencia de eclampsia.

Tabla 2. Características de los trastornos hipertensivos del embarazo

	Preeclampsia Severa	Eclampsia	p
n (%)	13 (25)	23 (25)	-
Edad (años)	29,6 ± 7,5	27,3 ± 5,8	0,001
IMC (kg/m ²)	31 ± 3,3	31 ± 6	0,99
Edad Gestacional (Sem)	29 ± 4,7	32 ± 4,8	0,006
Laboratorio			
LDH	351 (382-525)	632 (482-822)	0,037
Ac Úrico	3,11 ± 0,6	5,15 ± 2,3	0,0003
Proteinuria	637 (178-582)	434 (210-604)	0,72
pCO ₂	42 ± 19	37,5 ± 8,7	0,36
Albumina	3 ± 0,16	3 ± 0,4	0,0001
Scores y Gravedad			
Apache II	8,69 ± 3,77	8,2 ± 3,7	0,57
SOFA	3,7 ± 1,65	3,6 ± 1,8	0,95
Charlson	0,3 (0,2-0,4)	0,3 (0,2-0,8)	0,06
Shock (%)	5 (48)	3 (11)	0,38
AVM (%)	7 (54)	11 (48)	0,48
Variables de la Hemodinamia Cerebral			
TAM	97,3 ± 17	96,8 ± 13	0,9
PPC Cerebela	84 ± 16	87 ± 10	0,43
PPC Belfort	71 ± 13	72 ± 17	0,7
Área de Resistencia Arterial	1,61 ± 0,4	1,63 ± 0,7	0,89
Autorregulación Cerebral n (%)	10(76)	14 (60)	0,32
Índice Flujo Sanguíneo Cerebral	50 ± 15	64 ± 23	0,057
Arteria Cerebral Media Derecha			
Velocidad Sistólica	87 ± 24	100 ± 23	0,17
Velocidad Diastólica	38 ± 14	57 ± 18	0,005
Velocidad Media	56 ± 17	70 ± 20	0,03
Índice de Pulsatilidad	0,85 ± 0,25	0,68 ± 0,22	0,052
Arteria Cerebral Anterior Derecha			
Velocidad Sistólica	-68 ± 20	-73 ± 21	0,02
Velocidad Diastólica	-35 ± 15	-42 ± 14	0,13
Velocidad Media	-43 ± 18	-52 ± 17	0,18
Índice de Pulsatilidad	0,86 ± 0,28	0,65 ± 0,14	0,0053
Arteria Cerebral Posterior Derecha			
Velocidad Sistólica	62 ± 17	80 ± 23	0,02
Velocidad Diastólica	31 ± 11	43 ± 14	0,01
Velocidad Media	41 ± 17	54 ± 16	0,02
Índice de Pulsatilidad	0,78 ± 0,36	0,69 ± 0,23	0,39
Arteria Cerebral Media Izquierda			
Velocidad Sistólica	92 ± 21	105 ± 26	0,17
Velocidad Diastólica	42 ± 14	58 ± 23	0,03
Velocidad Media	59 ± 16	73 ± 20	0,055
Índice de Pulsatilidad	0,83 ± 0,33	0,70 ± 0,18	0,13
Arteria Cerebral Anterior Izquierda			
Velocidad Sistólica	-64 ± 18	-68 ± 15	0,53
Velocidad Diastólica	-31 ± 8	-36 ± 12	0,24
Velocidad Media	-44 ± 12	-45 ± 12	0,73
Índice de Pulsatilidad	0,78 ± 0,23	0,72 ± 0,24	0,45
Arteria Cerebral Posterior Izquierda			
Velocidad Sistólica	67 ± 23	75 ± 23	0,36
Velocidad Diastólica	33 ± 16	39 ± 16	0,31
Velocidad Media	44 ± 18	49 ± 16	0,44
Índice de Pulsatilidad	0,80 ± 0,28	0,77 ± 0,27	0,76
Arteria Basilar			
Velocidad Sistólica	-52,8 ± 13,6	-64,6 ± 15,1	0,02
Velocidad Diastólica	-21,8 ± 15,7	-29,4 ± 13,8	0,004
Velocidad Media	-35 ± 10	-44 ± 9,4	0,11
Índice de Pulsatilidad	0,88 ± 0,32	0,69 ± 0,18	0,03

Tabla 1. Características de las pacientes.

	Embarazo normal	THE graves	p
n (%)	15 (29,4)	36 (71,6)	-
Edad (años)	29,6 ± 7,5	27,3 ± 5,8	0,1
IMC (kg/m ²)	31 ± 3,3	31 ± 6	0,99
Edad Gestacional (Sem)	29 ± 4,7	32 ± 4,8	0,007
Laboratorio			
LDH	351 (382-525)	632 (482-822)	0,037
Ac Úrico	3,11 ± 0,6	5,15 ± 2,3	0,0003
Proteinuria	-	233 (132-425)	-
Albumina	3,4 ± 0,16	3 ± 0,4	0,0001
Scores y Gravedad			
Apache II		8,2 ± 3,7	-
SOFA		3,6 ± 1,8	-
Charlson		0,3 (0,2-0,8)	-
Shock (%)		8 (22)	-
AVM (%)		17 (47)	-
Variables de la Hemodinamia Cerebral			
TAM	77 ± 9,4	91 ± 14	0,00001
PPC Crysniika	71 ± 8	87 ± 13	0,00008
PPC Belfort	54 ± 12	67 ± 15	0,0094
Área de Resistencia Arterial	1,63 ± 0,4	1,63 ± 0,7	0,89
Autorregulación Cerebral n (%)	15(100)	23 (63,8)	0,001
Índice Flujo Sanguíneo Cerebral	32 ± 12	52 ± 22	0,00003
Arteria Cerebral Media Derecha			
Velocidad Sistólica	76 ± 18	89 ± 23	0,007
Velocidad Diastólica	38 ± 9	46 ± 19	0,015
Velocidad Media	51 ± 11	62 ± 20	0,008
Índice de Pulsatilidad	0,80 ± 0,16	0,76 ± 0,24	0,39
Arteria Cerebral Anterior Derecha			
Velocidad Sistólica	-47 ± 28	-64 ± 21	0,002
Velocidad Diastólica	-27±8,8	-36 ± 15	0,006
Velocidad Media	-36 ± 8	-45 ± 18	0,018
Índice de Pulsatilidad	0,80 ± 0,24	0,75 ± 0,21	0,39
Arteria Cerebral Posterior Derecha			
Velocidad Sistólica	58 ± 22	68 ± 22	0,07
Velocidad Diastólica	32 ± 18	37 ± 14	0,17
Velocidad Media	40 ± 17	46,5 ± 16	0,07
Índice de Pulsatilidad	0,71 ± 0,27	0,70 ± 0,25	0,46
Arteria Cerebral Media Izquierda			
Velocidad Sistólica	82 ± 15	94 ± 24	0,015
Velocidad Diastólica	38 ± 9	48 ± 21	0,022
Velocidad Media	53 ± 10	63 ± 19	0,011
Índice de Pulsatilidad	0,80 ± 0,20	0,71 ± 0,25	0,53
Arteria Cerebral Anterior Izquierda			
Velocidad Sistólica	-65 ± 14	-66 ± 14	0,75
Velocidad Diastólica	-30 ± 6,2	-33 ± 11	0,1
Velocidad Media	41 ± 7,7	44 ± 12	0,29
Índice de Pulsatilidad	0,75 ± 0,24	0,74 ± 0,24	0,09
Arteria Cerebral Posterior			
Velocidad Sistólica	55 ± 13	68 ± 23,3	0,03
Velocidad Diastólica	25,5 ± 6,7	34 ± 16	0,03
Velocidad Media	36 ± 8,3	45 ± 17	0,03
Índice de Pulsatilidad	0,84 ± 0,26	0,80 ± 0,26	0,48
Arteria Basilar			
Velocidad Sistólica	-46 ± 7,6	-56,3 ± 15,6	0,0017
Velocidad Diastólica	-24,2 ± 6,9	-29,4 ± 13,8	0,07
Velocidad Media	-32 ± 7,2	-38 ± 10,5	0,003
Índice de Pulsatilidad	0,73 ± 0,18	0,75 ± 0,25	0,79

0424 REPORTE DE CASO: REACTIVACION ENCEFALITIS POR ESPECTRO NMO EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB A CASTILLO(1)
(1) Higa Güemes De Haedo

La neuromielitis óptica (NMO) es una enfermedad desmielinizante autoinmune e inflamatoria crónica del sistema nervioso central, las presentaciones comunes incluyen mielitis longitudinalmente extensa, neuritis óptica grave y síndrome del área postrema que sigue un curso brotes y remisiones.

Caso clínico: Femenina de 35 años con antecedentes de NMO diagnosticada hace 15 años realizó tratamiento con corticoides + azatioprina se suspende por necrosis de cadera. En tratamiento actual con rituximab: 2000mg semestral (última dosis hace 6 meses previo a cuadro clínico). Presenta secuela neurológica: parestesias y rigidez en miembros inferiores con dificultad en la deambulacion; amaurosis izquierda.

Presento convulsiones tónicas clónicas generalizadas en domicilio, en guardia presenta nuevo evento comicial. Sin respuesta a benzodiazepinas se decide intubación orotraqueal. Cultivos: LCR por punción lumbar, hemocultivos x2 y aspirado traqueal con posterior resultado negativo. Electroencefalograma: sin presencia de estatus convulsivo. RMN encefalo: Lesiones subcorticales bifrontales de sustancia blanca impresionan Leucoencefalopatía multifocal progresiva. Se decide suspensión de sedación a las 48 hs se procede a extubación simple.

PCR para virus JC en LCR: negativo.

Conclusión: El trastorno del espectro de la neuromielitis óptica NMO-SD incluye: anticuerpos anti AQP-4 o antiMOG o doble negativo.

El tratamiento rápido y agresivo de las recaídas con dosis altas de esteroides y/o plasmaféresis mejora los resultados.

Todos los pacientes con anticuerpos contra acuaporina-4 deben ser inmunosuprimidos indefinidamente para prevenir nuevos ataques. No olvidarnos que provocan lesiones altamente discapacitantes. El diagnóstico y el tratamiento temprano son importantes para reducir el riesgo de discapacidad a largo plazo y muerte, además de mejorar la calidad de vida del paciente

Discusión: El uso de rituximab en pacientes con neuromielitis óptica puede considerarse una alternativa terapéutica interesante, ya que no existen tratamientos autorizados para esta enfermedad. Son necesarios más estudios con rituximab para establecer el lugar de este fármaco en la terapéutica de la neuromielitis óptica.

0426 LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES QUE REQUIEREN TRAQUEOSTOMÍA DURANTE SU ESTADÍA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

JJ SIMONASSI(1), MT CANZOBRE(1), VE LOPEZ FIORITO(1)
(1) Garrahan

Introducción: Los motivos de traqueostomía (TQT) en la terapia intensiva pediátrica (UCIP) están relacionados mayormente con trastornos estructurales de la vía aérea, daño neurológico y ventilación mecánica prolongada. Sin embargo, poco sabemos sobre los tiempos de liberación de cada grupo y si existe relación con los motivos de TQT.

Objetivos: Determinar el tiempo de liberación de la ventilación mecánica (VM) en los pacientes que requieren traqueostomía en la UCIP. Secundariamente buscaremos identificar los motivos de traqueostomía y relacionarlos con los tiempos de liberación.

Métodos: Se realizó un estudio de observacional retrospectivo, en el período enero del 2018 y marzo del 2023, en una UCIP polivalente del Hospital Nacional de Pediatría Juan P. Garrahan. Se incluyeron todos los pacientes con requerimiento de VM que se les realizó una TQT durante su internación. Llevamos registro de variables demográficas, relacionadas con la TQT y del proceso de liberación de la VM.

Resultados: Durante el período de estudio 927 sujetos recibieron VM, de los cuales el 6,4% (59) requirió una TQT y se realizó el siguiente análisis. Presentaron una mediana de edad de 19 (RIQ 4-77) meses y 10 (RIQ 5-28) kilos. El 88% tenía condición crónica compleja y los motivos más frecuentes de ingreso fueron infección respiratoria aguda y postquirúrgicos. No hubo fallecidos. Las características de la población y los aspectos relacionados con la TQT se desarrollan en la tabla 1. Los mayores motivos de TQT fueron la obstrucción de la VA por diferentes razones, en 24 (40%) sujetos, la ventilación mecánica prolongada en 18 (30,5%) y en el resto trastornos neurológicos. La mediana del día de la realización de la TQT fue 17 (RIQ 9 – 28) y la liberación de la VM duró una mediana de 11 (RIQ 1 – 43) días. En la tabla 2 se desarrolla los tiempos de traqueostomía y aspectos de la liberación de la VM.

Conclusión: La liberación de la ventilación mecánica en pacientes traqueostomizados es un proceso largo y que insume muchos recursos. El motivo de la traqueostomía es un factor que influye tanto en el tiempo de la traqueostomía y de la liberación de la ventilación mecánica

TABLA 1. Características generales de la población y aspectos relacionados con la traqueostomía

VARIABLES	n(%)
Genero femenino, n(%)	28 (47,5)
Edad, mediana (RIQ), meses	19 (4 – 77)
Peso, mediana (RIQ), kilogramos	10 (5 – 28)
PIM3, mediana (RIQ)	1,5 (0,79 – 3,54)
Días en UCIP, mediana (RIQ)	37 (21 – 78)
Días en el hospital, mediana (RIQ)	66 (37 – 113)
Diagnóstico al ingreso n(%)	
- IRAB	19 (32,2)
- Quirúrgico	17 (28,8)
- Trauma	4 (6,8)
- Evento neurológico	8 (13,6)
- Neuromuscular	3 (5,1)
- Otro	8 (13,6)
Condición crónica compleja, n(%)	
- Sin CCC	7 (11,9)
- Respiratorio	7 (11,9)
- Neurológico	23 (39)
- Cardiológico	3 (5,1)
- Trastornos en vía aérea	15 (25,4)
- Otros	4 (6,8)
Trastorno neurológico n(%)	
- Ninguno	22 (37,3)
- ACV hemorrágico	2 (3,4)
- Sme convulsivo	2 (3,4)
- APNEA-PAUSA3	3 (5,1)
- Tumor del SNC	8 (13,6)
- Enf neuromuscular Aguda	3 (5,1)
- Enf neuromuscular Crónica	4 (6,8)
- ECNE	3 (5,1)
- Otro	12 (20,3)
Dímetro interno de TQT, mediana (RIQ)	4 (3,5 – 5)
Balón si, n(%)	47 (79,3)
Motivo de TQT, n(%)	
- VM	18 (30,5)
- Laringo-Traqueomalacia	4 (6,8)
- Estenosis subglótica	5 (8,5)
- Parálisis coral	4 (6,8)
- Obstrucción por masa en cuello	2 (3,4)
- Obstrucción por masa en cuello	7 (11,9)
- Evento neurológico agudo	3 (5,1)
- Trastorno neurológico crónico	4 (6,8)
- Trastorno deglutorio severo	6 (10,2)
- Otro	5 (8,5)

Referencias: VMP: ventilación mecánica prolongada; VM: ventilación mecánica; TQT: traqueostomía; RIQ: rango intercuartil; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos; ACV: accidente cerebro vascular; SNC: sistema nervioso central; ECNE: encefalopatía crónica no evolutiva; CCC: condición crónica compleja; PIM3: score de mortalidad pediátrico

TABLA 2. Tiempo de traqueostomía y liberación de la VM

VARIABLES	Todos n=69	VMP n=18	OVA= 30
Días de VM previa a la TQT, md (RIQ)	15 (7 – 24)	27,5 (18,5 – 48,2)	9,5 (4,75 – 18,5)
Días de VM post TQT, md (RIQ)	4 (2 – 37)	33 (14 – 84)	3,5 (1-22,5)
Días totales de VM, md (RIQ)	36 (15 – 76)	71 (39-114)	19 (9-36)
Día de realización de la TQT, md (RIQ)	17 (9-28)	28 (19,75 – 48,25)	11 (5,75-20,5)
Motivos de falla de la PVE, n(%)			
- No falla	17 (28,8)	1 (5,6)	14 (46,7)
- Hipoventilación	9 (15,3)	5 (27,8)	3 (10)
- Fatiga	20 (33,9)	10 (55,6)	8 (26,7)
- Alteración del centro respiratorio	8 (13,6)	1 (5,6)	2 (6,7)
- Otro	5 (8,5)	1 (5,6)	2 (6,7)
Tiempo total de weaning, md (RIQ)	11 (1 – 43)	25,5 (8 – 87,5)	1,5 (1-22,2)
Liberación de la VM (WIND modificado), n(%)			
- No logra iniciar weaning: nunca cumple un intento de separación (30 min en T-T)	5 (8,5)	2 (11,1)	2 (6,7)
- Simple: Primer intento y sale	17 (28,8)	1 (5,6)	14 (46,7)
- Difícil: < 7 días y sale	4 (6,8)	1 (5,6)	3 (10)
- Prolongada tipo A: > 7 días y exitosa	14 (23,7)	8 (44,4)	6 (20)
- Prolongada tipo B: > 7 días y fracasada	11 (18,6)	3 (16,7)	2 (6,7)
- Prolongada tipo C: > 7 días y con VM < 18hrs	8 (13,6)	3 (16,7)	3 (10)
Debilidad adquirida en UCIP, si n(%)	23 (39)	11 (61,1)	10 (33,3)
Trastorno de la función diafrágica, si n(%)	25 (42,4)	11 (61,1)	7 (23,3)
PIMAX al inicio del weaning, md (RIQ)	-16 (-11,5-44)	-14 (-8-22)	-29 (-12,5-50)

Referencias: VMP: ventilación mecánica prolongada; OVA: Obstrucción de la vía aérea; VM: ventilación mecánica; TQT: traqueostomía; RIQ: rango intercuartil; PVE: prueba de ventilación espontánea; T-T: tubo en T; UCIP: unidad de cuidados intensivos pediátricos; PIMAX: presión inspiratoria máxima

0427 SINDROME CORONARIO AGUDO EN POP INMEDIATO EN CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA (CRM); REPORTE DE UN CASO

R GARRIDO FUNES(1), F FAJARDO(1), L EBBEKE(1), D MAURO(1)
(1) Hospital Español

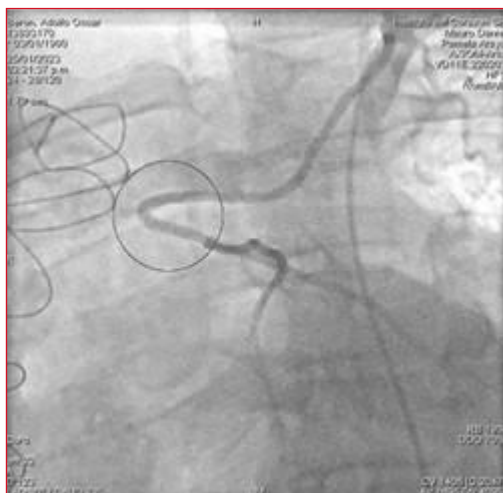
Introducción: La CRM se recomienda generalmente cuando la extensión y severidad de las lesiones coronarias no admiten otra terapia menos invasiva. Entre las complicaciones más temidas se

cuentan las hemorragias, sepsis, arritmias e insuficiencia cardiaca. Los eventos isquémicos coronarios no son frecuentes pero el infarto post- operatorio puede tener consecuencias graves dependiendo la extensión y manifestaciones clínicas del mismo.

Caso clínico: Varón de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II. SCASEST reciente que motiva CCG: Enfermedad coronaria de múltiples vasos, programandose CRM. Triple by pass coronario con: LIMA-DA, secuencial (libre) RIMA CX, puente venoso a rama Diagonal de DA. En pop inmediato ingresa a sala de recuperación cardiovascular en Uti con weannnig exitoso, a las 48 horas intercorre con episodio disnea, bradicardia e hipertension arterial, con requerimiento de vasoactivos y VNI .Se realizo exámenes complementarios ;enzimas cardiacas; cpk : 460 u/L , cpk- mb 1200 UI/L, toponinas I > 2 ng/ml y electrocardiograma que evidencio fibrilación auricular con alta respuesta ventricular. Se realizo CV farmacológica y traslado a hemodinamica para evaluacion de novo tratamiento.

Discusión: El infarto del miocardio agudo postoperatorio es un evento mayor con una gran morbimortalidad con poca frecuencia con escasa evidencia científica demostrada, por lo que cobra gran importancia su identificación, así como su diagnóstico precoz y tratamiento energético.

Conclusión: En nuestro caso, se realizó CCG que evidencio imagen de KingKing (angulación extrema 21°) por redundancia, cerca de la anastomosis con posterior imagen de trombo endoluminal en el segmento de división secuencial a Circunfleja y descendente anterior . Se realizo angioplastia de urgencia en puente mamaria interna izquierda. Dicho paciente evoluciona de favorablemente con alta a los 20 dias.



0428 RIÑÓN HIPERFILTRANTE: UNA PATOLOGÍA FRECUENTE E IMPREDECIBLE

A ONTIVEROS(1), C DIMARCO(1)
(1) Hospital Central

Introducción: El aumento del aclaramiento renal puede conducir a concentraciones inadecuadas de fármacos de eliminación renal. Se define RHF como un aclaramiento de creatinina sérica mayor a 130 ml/min/1.73m³.

Objetivos: Determinar incidencia de RHF en nuestra unidad. Estimar sensibilidad y especificidad de los Scores predictivos disponibles (ARC/ARTIC) y su valor predictivo en pacientes críticos.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo, en una UTI polivalente durante 4 meses. Criterios de inclusión: Edad > 17 años, sin insuficiencia renal aguda o crónica al ingreso (creatinina 5-9 mg/l: mujeres y 7-12 mg/l: varones)

Se registraron variables demográficas (edad, género, peso, talla), antecedentes clínicos, diagnóstico de ingreso. Se calculó SOFA al ingreso, y determinación de Clearance de creatinina a las 24 - 48 hs y posteriormente a las 72 - 96 hs.

La determinación "Clearance de creatinina" se realizó bajo pruebas de cinética colorimétrica. El tiempo de recolección fue de 24 hrs. Se calculó Score ARC en todos los pacientes, y ARTIC unicamente en aquellos con diagnóstico de Politraumatismo. Se evaluó el rendimiento de los mismos mediante tabla de contingencia y análisis de sensibilidad y especificidad.

Resultados: Se analizaron 56 pacientes. 24 se excluyeron por pase a sala común, fallecimiento, inadecuada recolección de muestra. Se realizó diagnóstico de RHF en 22 pacientes (68,75%). Edad promedio: 42,31 años (17 a 69); SOFA promedio: 6,59 (1 a 13). Se registró 1 fallecido con diagnóstico de RHF (Mortalidad 4,54%) La sensibilidad y especificidad del Score ARC fue 27% y 70% respectivamente. El valor predictivo positivo de 66% y negativo de 30%. Del Score ARTIC se logró estimar una sensibilidad del 77%.

Conclusión: El RHF es una entidad relativamente frecuente en nuestra unidad de cuidados críticos (68,75%), sin embargo aún no contamos con Scores que permitan predecir su aparición. Si bien pareciera que ARTIC tiene una sensibilidad aceptable en politraumatizados (77%), es necesario un predictor aplicable a otras patologías. Además, consideramos que analizar un mayor número de pacientes podría contribuir a establecer la fiabilidad de estos predictores.

	Enfermos	Sanos	
Prueba positiva	VP 6	FP 3	VPP = 0,66
Prueba negativa	FN 16	VN 7	VPN = 0,30
	S = 0,27	E = 0,70	

0429 MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO

MM ECHARRI(1), F RODRÍGUEZ LUCCI(1), V PUJOL LEREIS(1), C GONZALEZ, A HLAVNICKA(1), N WAINSTEIN(1), S AMERISO.(1)
(1) Fleni

El presente estudio retrospectivo analizó la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico (ACVi), accidente cerebrovascular hemorrágico (ACVh) y hemorragia subaracnoidea aneurismática (HSA) en el Instituto FLENI, Argentina, durante el período comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2019. Se evaluaron un total de 1,651 pacientes, de los cuales 1,482 tenían ACVi (89%), 95 tenían ACVh (6%) y 74 tenían HSA (5%).

Se observó que la mortalidad intrahospitalaria fue del 1.8% para ACVi, 12% para ACVh y 11% para HSA. Estas tasas fueron inferiores a las reportadas en otros estudios tanto a nivel nacional como internacional. El análisis de factores de riesgo reveló que no hubo

diferencias significativas en la prevalencia de los factores evaluados entre los pacientes fallecidos y los no fallecidos. Sin embargo, se observó que la edad avanzada, la gravedad de los síntomas neurológicos medida por la escala NIHSS y los niveles bajos de hemoglobina se asociaron significativamente con la mortalidad. En cuanto al tratamiento, se destacó que el 9% de los pacientes con ACVi recibieron terapia trombolítica con rt-PA y/o trombectomía, mientras que en el caso de HSA, todos los casos fueron tratados mediante clipaje o embolización con coils. Estas tasas superaron el promedio reportado en otros estudios.

En resumen, este estudio mostró tasas de mortalidad intrahospitalaria más bajas que las reportadas en la literatura para ACVi, ACVh y HSA. Además, se destacó la importancia de la edad avanzada, la gravedad de los síntomas neurológicos y los niveles de hemoglobina como factores de riesgo significativos para la mortalidad en estos pacientes. Se resaltó la necesidad de mejorar el acceso a opciones terapéuticas como la terapia trombolítica y la trombectomía para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas al accidente cerebrovascular.

0430 COMPLICACIONES DE GASTROSTOMÍAS PARA ALIMENTACIÓN EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

C PETTOROSSO(1), MC VIGNETTA(1), DJR RODRIGUEZ(1), PB PAHNKE(1), S PAVAN(1), MA MONTENEGRO(1), AD BUJEDO(1), ME BLESSIO(1), L MORALES(1), GL CAPDEVILA(1), A JUNCOS(1), V BIGI(1), LM TRINCHERO(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias

La gastrostomía es un procedimiento habitual en pacientes con ingesta oral nula o insuficiente y un tracto gastrointestinal funcional cuyo propósito es proveer soporte nutricional a largo plazo, de manera transitoria o definitiva.

Se define como gastrostomía para alimentación a la fístula creada entre la luz del estómago y la pared abdominal anterior con el objetivo de obtener acceso gástrico desde el exterior y a través del cual se coloca una sonda, o set de gastrostomía con el fin de mantener la ostomía permeable y administrar alimentación. Las vías de abordaje pueden ser quirúrgicas o mínimamente invasivas.

En el presente estudio retrospectivo, observacional y analítico de los pacientes internados en el del Hospital Municipal de Urgencias de la Ciudad de Córdoba, se incluyeron a todos aquellos que requirieron soporte nutricional por gastrostomía, que sean mayores de 15 años. En nuestra institución, en el periodo comprendido entre 01 de Enero 2020 hasta 01 de Enero 2023, se registró un ingreso de 1950 pacientes, de los cuales 2% (n 39) de ellos, se le realizó gastrostomía de alimentación

De los pacientes intervenidos, el 35% tuvieron complicaciones, siendo la más frecuente, el desprendimiento de la sonda ya sea accidental o por auto extracción, considerada complicación menor, que no pone en riesgo la vida. Este evento pudo asociarse a un estado neurológico alterado del paciente.

Varias de las complicaciones menores, al no trascender en la evolución del paciente, no quedaron registradas por lo que fue posible cuantificarlas.

Los pacientes complejizados con gastrostomías fueron en su mayoría hombres y con una edad media de 39, coincidiendo con el material investigado

La bibliografía consultada evidencio que las gastrostomías quirúrgicas están relacionadas con mayor fuga del contenido gástrico. Dentro estas la técnica laparoscópica, ofrece ventajas en comparación a la laparotomía, siendo menor la estancia hospitalaria y post-operatoria, junto al inicio precoz de la alimentación enteral. Ante la complicación de extracción de sonda en nuestra institución, se implementó el uso de fajas a todos los pacientes gastrostomizados para poder disminuirla.

0432 VALIDACIÓN DEL “RFI SCORE” PARA PREDECIR EL RETRASO EN LA FUNCIÓN DEL INJERTO EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTES RENALES CON DONANTE CADAVERICO.

MA VARGAS(1), FE KULIK(2), FN FALCON(2), RV GIUDICCE(2), IA ROSSI(2)

(1) Instituto De Cardiología. (2) Instituto De Cardiología

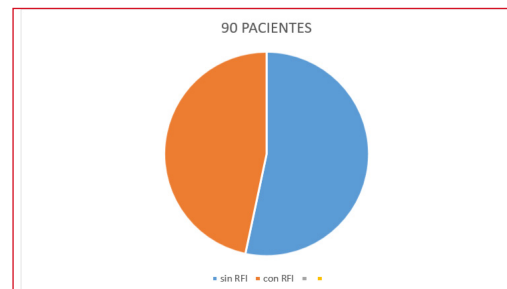
Introducción: El retraso en la función del injerto es definido como la necesidad de diálisis dentro de los primeros 7 días del trasplante. Los eventos tempranos posteriores al trasplante son determinantes importantes de la supervivencia y función del injerto. La lesión por isquemia-reperusión (IRI) es un insulto universal en el trasplante renal de donante fallecido, y se manifiesta inicialmente por una mejoría lenta en la función o, cuando es más grave, función retardada del injerto (DGF).

Objetivos: Validar el “RFI SCORE” como método para predecir la probabilidad de desarrollo de retraso en la función del injerto en pacientes receptores de trasplante renal con donante cadavérico.

Materiales: Realizamos un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de trasplantes renales del Intituto de Cardiología de Corrientes. Se incluyeron 90 pacientes con enfermedad renal crónica KDOQI 5, con trasplante renal de donador cadavérico, mayores de 18 años desde julio de 2019 a marzo del 2023. Se cargaron en una base de datos y se analizaron factores del donante, del receptor, y del procedimiento del trasplante para elaborar un SCORE para predecir retraso en la función del injerto.

Resultados: La incidencia del retraso en la función del injerto fue del 46.6% (42 pacientes). Las variables relacionados a la misma que formaron parte del Score fueron el sexo masculino (p 0.024), Apache II (p 0.02), hipertensión arterial en el donante (0.013), creatinina (p 0.023) y la diuresis en 24 hs (p 0.009).

Conclusiones: En el trasplante renal, se desconoce la contribución relativa de varios factores relacionados con el donante, el procedimiento y el receptor en los resultados clínicos, por lo que este trabajo es útil para investigar el valor de este Score para predecir el retraso en la función del injerto en pacientes receptores de trasplantes renales con donante cadavérico admitidos en la Unidad de Terapia Intensiva.



B	p
SEXO masc	0,024
APACHE II	0,002
HTAd	0,013
CREATININAp	0,023
DIURESIS (24HS)	0,009

0433 HIPERPOTASEMIA: ¿DE QUÉ NOS OLVIDAMOS?

PL BUREU(1), M SUBIRA(2)

(1) Hospital Regional "Victor Sanguinetti". (2) Ospital Regional "Victor Sanguinetti"

Introducción: El síndrome urémico hemolítico es una enfermedad prevalente y su forma de presentación es variada, con oliguria o anuria, hiperpotasemia, acidosis metabólica e hiponatremia. Los pacientes que no responden a tratamiento médico inician diálisis peritoneal

Caso clínico: Paciente de 4 años cursando cuarto día de internación con diagnóstico de Síndrome Urémico Hemolítico con 5 días de anuria ingresa a UTIP para manejo de medio interno. A las 24 hs presenta hiperkalemia de 6.4 mmol/l, hiponatremia de 125 mmol/l, se inicia tratamiento médico y diálisis peritoneal. Durante dicho tratamiento se solicita laboratorio donde se evidencia K de 7.5 mmol/l, por lo que continua con diálisis y tratamiento médico. Finalizada la diálisis el potasio desciende a 6.6 mmol/l por lo que reinicia diálisis y el tratamiento médico. Durante el segundo día se realizan 7 baños a 25 ml/kg lográndose un balance negativo de 600 ml y un K 5.3 mmol/l por lo que se descienden hasta suspender las medidas farmacológicas. Al día siguiente, inicia diálisis y a la mitad se realiza laboratorio hallándose un valor de potasio 9,2 mmol/l, continua la diálisis y se reinician las medidas farmacológicas se sugiere diagnóstico de pseudohipoadosteronismo hiporeninémico por lo que se administra hidrocortisona 20 mg/m2, logrando descenso del potasio a 5,3 mmol/l.

Discusión: Múltiples mecanismos mantienen la homeostasis del potasio. La ingesta dietética, el movimiento transcelular y la eliminación urinaria son los principales factores que influyen. Existen casos reportado de pseudohipoadosteronismo hiporeninémico asociado a anomalías del tracto urinario, infecciones urinarias, y nefritis.

Conclusión: Al comenzar la diálisis se esperaba un descenso del potasio que no solo no se logró, sino que la potasemia subió a niveles extremos en, debiendo continuar con las medidas farmacológicas además de la diálisis. En la discusión del tratamiento se descartaron los factores que mantienen la potasemia elevada y se planteó la posibilidad de que se tratara de un pseudo hipoadosteronismo hiporeninémico, por lo cual comenzó tratamiento con hidrocortisona. El paciente normalizó sus niveles de potasio. No encontramos reportes de casos similares, y no pudimos determinar la causa del brusco y elevado aumento del potasio en nuestro paciente.

0434 FRACASO DE LA EXTUBACIÓN: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN LA UNIDAD DE TERAPIA PEDIÁTRICA POLIVALENTE DEL HOSPITAL PÚBLICO MATERNO INFANTIL DE SALTA

G MENDEZ(1), C SANCHEZ

(1) Hospital Publico Materno Infantil

Introducción: La ventilación mecánica (VM) es un soporte vital y la extubación no siempre es exitosa. La reintubación se asocia a un aumento de la morbi-mortalidad.

Objetivos: Determinar la prevalencia del fracaso de extubación (FE). Identificar los factores de riesgo de los pacientes. Conocer las complicaciones de los pacientes con FE.

Materiales y Métodos: Estudio de Corte transversal, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron los pacientes que ingresaron al Área Crítica Pediátrica entre 1/04 al 30/06/2022. Edad: 1 mes y 15 años con necesidad de VM y se excluyeron los pacientes sin VM; con TQT y que fallecieron.

Población: Ingresaron 336 pacientes, se excluyeron 166. Población 170.

Se definió FE: la necesidad de re-intubación luego de 48 hs de la extubación. Se analizó: sexo; edad; diagnóstico de ingreso; presencia de anomalías crónicas complejas (ACC); SDRA; pronóstico; analgesia; sedación; usos de bloqueantes neuromusculares (BNM); causas de FE;

complicaciones durante la internación; días de internación.

Análisis estadístico: Se realizó tablas comparativas y porcentajes y se aplicó un análisis de correlación de Spearman para la identificación de asociaciones.

Resultados: 141 extubaciones y 29 (17%) FE; 69% femenino y el 31% masculino. Mediana de edad: 10 meses. El motivo de ingreso del 89% Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Asociación significativa con cardiología ($r=0,41;p=0,026$); prematuridad ($r=0,51;p=0,0051$); patologías neurológicas ($r=0,42;p=0,025$), el uso de BNM > de 24 hs y complicaciones en la internación ($r=0,37;p=0,0477$). El 100% de los pacientes con BNM presentó FE. Causa de FE: mixtas 13 (45%) y OVAS 10 (34,5%). El 62 % presentaron complicaciones: 44,4% síndrome de abstinencia, 39% infecciones, 2 fallecieron y en 2 se realizó TQT. Los pacientes con 3 FE presentaron una media de días de internación en la TP 39,33 +/- 5,93 y de días de internación en el hospital 50 +/- 16,09.

Conclusión: La prevalencia del FE fue del 17%. Se encontraron como factores de riesgo: las IRAG; los antecedentes de prematuridad, patología respiratoria y cardiológica y el uso de BNM. El 62% presentó complicaciones en la internación. El FE es una entidad con claro impacto en la morbimortalidad de los pacientes.

0436 SINDROME DE BOERHAAVE REPORTE DE UN CASO

A FLORES SEMPETEGUI(1)

(1) Sanatorio Anchorena Itoiz

Introducción: Entre el 10 y 20 % del total de perforaciones esofágicas, no superan el 3.1 / 1 millón de habitantes al año, constituye una forma de presentación inusual de la enfermedad.

Presentación del caso: Paciente masculino de 40 años, Antecedentes patológicos consumidor de marihuana

Ingresó a nuestro servicio en su POP toracotomía y decorticación izquierda drenaje mediastinal más rafia esofágica y mediastinitis grave con dos tubos de avenamiento pleural bilateral. Ingresó a Unidad cerrada sin asistencia ventilatoria mecánica por toracotomía y esofagografía fallida, deciden esofagostomía cervical izquierda con cervicotomía lateral izquierda más yeyunostomía iniciándose alimentación por la misma. Evoluciona en forma tórpida con requerimiento de ventilación mecánica.

Se instaura antibiótico terapia de amplio espectro, desarrolla en cultivo de pleura pseudomona auriginosa y candida glabrata tratamiento antibiótico dirigido. El paciente se mantuvo ventilado se logra extubar con dos intentos fallido, evoluciona en forma tórpida a los 31 días fallece.

Discusión: El tratamiento inicial es fundamental reposición de volumen, cobertura antibiótica de amplio espectro y la evolución quirúrgica. Los objetivos son eliminar y controlar la infección, mantener el estado nutricional desde lo quirúrgico detener la filtración.

Conclusión: Se observó que su rareza hace que constituya un desafío desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. El médico debe sospecharlo en un paciente que se presenta con dolor torácico retroesternal con o sin enfisema subcutáneo sobre todo cuando se asocia con vómitos graves a repetición.

0437 LA ESPECIALIDAD TERAPIA INTENSIVA COMO ELECCIÓN DE PROFESIÓN. ENCUESTA DE OPINIÓN A ESTUDIANTES DE GRADO EN UNA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL PAÍS

C LOUDET(1), UNLP, A DUBÍN(1), UNLP, E ESTENSORO(1), UNLP, R REINA(1), UNLP, F CAMINOS(1), UNLP, MG SÁENZ(1), UNLP, AL GONZÁLEZ(1), UNLP, S TAL BENZECRY(1), UNLP, L TUMINO(1), UNLP, F IGLESIAS(1), UNLP, L MILANESIO(1), UNLP, J MONTEFIORE(1), UNLP, A MACHADO(1), UNLP, GDD CÁTEDRA(3)

(1) Cátedra Terapia Intensiva. (2) Unlp. (3) Terapia Intensiva

Introducción: La especialidad Terapia Intensiva se encuentra en crisis tanto a nivel mundial como regional. Varios son los factores

que se han vinculado a la escasez de profesionales que eligen la especialidad, siendo multifactoriales con variabilidad entre países y regiones. La Universidad Nacional de La Plata incorporó en su diseño curricular a la materia Terapia Intensiva como asignatura optativa en el quinto año de la carrera. El objetivo del presente trabajo fue reportar las opiniones de estudiantes de grado acerca de la experiencia de haber cursado la materia y sus perspectivas de la especialidad como opción de profesión.

Métodos: Estudio de corte transversal con un cuestionario semiestructurado generado a medida compuesto por 17 preguntas semiestructuradas y una abierta.; validez de construcción por especialistas referentes en el área. La encuesta anónima se realizó al finalizar la cursada 2022 por la plataforma virtual de la cátedra. Los resultados se reportan como n (%).

Resultados: De 150 estudiantes que realizaron la cursada, se obtuvieron 132 respuestas (tasa de respuesta 88%). En las preguntas referidas a contenidos generales de la cursada 127(96%) refirieron contenidos interesantes/muy interesantes (73%-actividades teóricas, 90%-prácticas buenas/muy buenas). Un 80% refirió un cambio positivo en la visión de la especialidad. Al escorificar los factores más adversos vinculados a la especialidad, más del 40% los atribuyeron a la probable remuneración percibida, la situación de hacer guardias y el estrés vinculado a la especialidad, y menos del 40% al tener contacto con la muerte, el conocimiento de la especialidad o el atractivo de la misma.

En la pregunta de cierre referida a si elegiría la especialidad, 73 (55%) refirió que la consideraría entre sus alternativas, 50 (38%) refirió que probablemente la elegiría, 8(6%) nunca la elegiría, y 1 (<1%) seguro la elegiría.

Conclusiones: Las opiniones de la experiencia de realizar la cursada resultaron favorables, expresando mejor visión de la especialidad luego de haberla cursado. Los factores más adversos fueron los vinculados a remuneración y estilo de vida relacionados al estrés y regímenes de guardias. Esta información resulta de alto valor al provenir de una fuente de información directa y vinculante.

0438 ENFERMEDAD POR PRIONES

P SANCHEZ(1), C BARRIOS(1), A LUGO(1), E FULGENZI(1), W ARGANA MONTAN(1), M CAPRILES(1), R CARBALLO OROZCO(1), A ALLER(1), M RAGAZOLLI(1), A SIRINO(1), F LUNA(1), F NITTO(1), C GRACIELA(1), F RIOS(1), ML DEFOREL(1), C BALASINI(1)
(1) Pirovano

Introducción: La Enfermedad por Priones es un trastorno degenerativo progresivo, que se presentan con un deterioro cognitivo y/o conductual de instalación aguda o subaguda que incapacita a las personas en pocas semanas a meses.

Presentación del caso: Paciente de 73 años, con antecedentes de Diabetes tipo II y dislipemia. C consulta por alteración en el comportamiento, desorientación, dificultad para la marcha de 15 días de evolución. Se realiza laboratorio y una TC de cerebro, con signos involutivos, leucoaraiosis, sin imágenes sugestivas de patología aguda. Evolucionó con GCS 13/15 (O4 M6 V3), sin foco motor ni sensitivo aparente, sin rigidez nuca, y con episodios febriles. Se realizan cultivos y nueva TC de cerebro sin cambios, una punción lumbar con líquido cefalorraquídeo normal y tinta china negativo. Sedimento urinario patológico. Se interpreta el cuadro como un síndrome confusional asociado a infección urinaria, iniciando ceftriaxona. A la semana presenta deterioro del sensorio por lo cual se realiza intubación orotraqueal y conexión a asistencia ventilatoria mecánica. TC cerebro sin cambios a la previa y nuevo líquido cefalorraquídeo con leve proteinorraquia. Inicia tratamiento empírico con Aciclovir. Desarrolla episodio de convulsiones tónico clónicas que ceden con benzodiazepinas. En el electroencefalograma se evidencian descargas con diagnóstico de Status Epiléptico Refractorio con requerimiento de dosis máximas de benzodiazepinas, propofol y Tiopental. Fallece a los 40 días de internación.

Posteriormente, se recibe Western Blot Proteína 14.3.3 detectable.

Discusión: Los pacientes con deterioro neurológico severo y rápidamente progresivo tiene múltiples diagnósticos diferenciales: lesiones parenquimatosas cerebrales, infecciosas, autoinmunes, vasculares, neoplásicas, neurodegenerativas, metabólicas, tóxicas. El diagnóstico es por la clínica, el laboratorio, y la anatomía patológica con evidencia de proteína priónica anormal siendo el gold standard.

Conclusión: La Enfermedad por Priones es una patología poco prevalente, pero con elevada mortalidad (80%), por lo cual debe ser sospechada y estudiada tempranamente. No hay tratamiento curativo en la actualidad, por lo cual las medidas de aislamiento tempranas son fundamentales.

0439 NOCARDIOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

R RETAMBAY LIENDRO(1)
(1) Hospital San Bernardo

Introducción: Nocardia es un género de bacterias que puede ocasionar infecciones tanto en seres humanos como en animales. Es típica de pacientes inmunodeprimidos, aunque también afecta a sujetos inmunocompetentes. La presentación clínica más frecuente en nuestro medio es pulmonar, pero existen también formas cutáneas y diseminadas, con predilección por el sistema nervioso central (SNC), que conlleva una elevada mortalidad.

Caso clínico: Paciente masculino de 42 años, maquinista en una mina, etilista, tabaquista, presenta cefalea de 3 meses de evolución. A su ingreso se evidencia hemiparesia braquiocrural izquierda. Se realiza tomografía de cerebro donde se observan múltiples imágenes hipodensas en ganglios de la base a predominio derecho con edema perilesional. Se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol, se solicitan serologías virales y de micosis profundas: negativas. Neurocirugía decide tomar biopsia de pared tumoral con evacuación de contenido quístico, en posoperatorio inmediato presenta episodio de convulsiones tónico clónicas generalizadas, post ictal, sin protección de vía aérea asociado a insuficiencia ventilatoria, se IOT y se vincula ARM, posteriormente se realiza craniectomía, mas evacuación de hematoma intraparenquimatoso y colocación de sensor de PIC con DVE. Se reciben resultados de microbiología, coloración de GRAM bacilos G+, coloración de Kinyoun bacilos filamentosos parcialmente ácido resistentes, se rota: trimetoprima sulfametoxazol (TMP-SMX), meropenem y amikacina. Se envía muestra a laboratorio Malbran, MALDITOF-MS: Nocardia abscessus, con sensibilidad para TMP-SMX, se decide alta con internación domiciliaria, y antibióticos por vía oral durante 6 meses.

Discusión: La infección por Nocardia son infrecuentes, para el diagnóstico es fundamental la sospecha clínica y realizar un estudio microbiológico dirigido. TMX-SMX continúa siendo el fármaco de primera línea; sin embargo, en formas graves y/o diseminadas el tratamiento debe incluir al menos dos antimicrobianos con actividad frente a Nocardia. El tratamiento debe ser prolongado para evitar la aparición de recidivas.

Conclusión: La afectación de SNC por Nocardia, continúa teniendo alta morbi-mortalidad, pero con alta sospecha clínica, una conducta quirúrgica diagnóstica y terapéutica temprana asociada a antibioterapia guiada por susceptibilidad, y el abordaje multidisciplinario nos llevan a una resolución favorable.

0440 ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR ENFERMEDAD TRAUMA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS

M MONTENEGRO(1), ZI GALLARDO(1), PB PAHNKE(1), MC VIGNETTA(1), AD BUJEDO(1), ME BLESSIO(1), C PETTOROSSO(1), L MORALES(1), A RAMIREZ JUNCOS(1), GL CAPDEVILA(1), V BIGI(1), L TRINCHERO(1)
(1) Hospital Municipal De Urgencias

Introducción: El trauma es un problema de gran importancia en

nuestro país, con escasa estadística a nivel nacional. En el Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba, Argentina, se realiza desde el año 2018 un análisis estadístico anual de mortalidad por enfermedad trauma a fin de implementar mejores y cada vez más personalizadas estrategias para optimizar la calidad de atención hospitalaria.

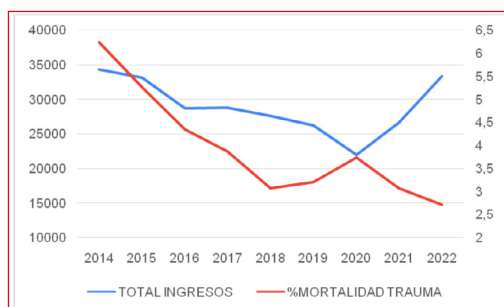
Objetivos: Determinar la mortalidad por enfermedad trauma en el Departamento de Emergencias del Hospital Municipal de Urgencias en el año 2022.

Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo de diseño descriptivo, retrospectivo, observacional. Se incluyeron todos los pacientes ingresados a Shock Room con enfermedad trauma como motivo de ingreso, y que se encontraran con signos de vida al momento del mismo.

Resultados: Se describe una mortalidad por todas las causas de 0.24% de los pacientes ingresados en el año 2022. La tasa de mortalidad por enfermedad trauma es de 2.74%.

Discusión: La mortalidad 2022 fue menor que 2021, sin diferencia significativa. El sexo masculino y la edad menor a 40 años sigue siendo predominante.

Conclusión: Los objetivos planteados en el presente trabajo se han cumplido.



0441 REPORTE DE CASO: SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO QUE PENSAR?

G LÓPEZ(1), R SALATINO(1), S ALVAREZ(1)
 (1) Central De Mendoza

Introducción: Reportamos un caso relacionado a síndrome antifosfolipídico (SAF) y valvulopatías. Denotaremos la importancia de tener en cuenta diferentes diagnósticos posibles, debido al compromiso multisistémico del SAF.

Presentación del caso: Femenino 31 años, antecedentes: SAF primario, ACV isquémico no secular (anticoagulada con acenocumarol desde 2007). Ingreso por Insuficiencia respiratoria severa. Tomografía de tórax: patrón empedrado y consolidación. Inicia bolos de metilprednisolona. BAL: bajo porcentaje de hemodierogefagos, descartando hemorragia alveolar. Intercurre con fallo renal que requirió hemodiálisis. Ecocardiograma: Enfermedad mitral, estenosis moderada a severa e insuficiencia leve. Score de Wilkins: 8. Ventriculo izquierdo, hipoquinesia generalizada. FEY 55%. Aurícula izquierda dilatada. Insuficiencia tricuspídea leve. Hipertensión pulmonar leve. Se reinterpreta cuadro como Edema agudo de pulmón cardiogénico. Se realiza Valvuloplastia mitral con balón. Ecocardiograma control FEY conservada (70%), estenosis e insuficiencia mitral moderadas. Evolución favorable. Reingreso por edema agudo de pulmón interpretándose como Insuficiencia cardiaca descompensada Stevenson B, mala respuesta al balance negativo. Se realizó reemplazo valvular mitral. Es dada de alta con controles por consultorio externo.

Discusión: Estudios transversales han mostrado alta prevalencia de valvulopatía en pacientes con SAF, por lo tanto ante la presencia de insuficiencia respiratoria, fallo multiorgánico asociado a SAF, no solo debemos descartar síndrome pulmón riñón inmunológico o hemorragia alveolar, neumonía o sepsis, sino también debemos

tener presente este diagnóstico.

Conclusión: El presente caso fue un desafío ya que imágenes y manifestaciones clínicas se superponen con múltiples diagnósticos diferenciales y tuvimos certeza diagnóstica cuando evidenciamos la buena evolución posterior a la valvuloplastia mitral.

	25/02/2023 INGRESO	03/03/2023	17/03/2023 VALVULOPLASTIA MITRAL	27/03/2023	15/04/2023 REINGRESO	03/05/2023 REEMPLAZO DE VÁLVULA MITRAL
Hto.	25%	23%	29%	29%	22%	28%
Hb	6.9g/dl	6.7g/dl	10.5g/dl	9.5g/dl	6.9g/dl	9.3g/dl
Leucocitos	18000/mm	13130/mm	11370/mm	12060/mm	11730/mm	8350/mm
Uremia	0.73g/l	0.83g/l	0.28g/l	0.78g/l	0.42g/l	0.43g/l
Creatinina	21.1mg/l	27.6mg/l	8.28mg/l	10.3mg/l	9.71mg/l	11.9mg/l



0442 CARBONATO DE LITIO, ¿ES POSIBLE PREVENIR LA HIPER-NATREMIA DEBIDA A ESTE FARMACO?

N PUMARI(1), E VELA(1), I ARANDIA(1), J SAGARDIA(1), F LOIACONO(1), O BALDERRAMA(1), C ARIAS(1), M LLORIA(1)
 (1) Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas

Introducción: La Diabetes Insípida es un trastorno metabólico, se presenta en dos variantes, diabetes insípida central, cuando la arginina vasopresina (AVP), llamada también hormona antidiurética, se encuentra ausente o en bajas concentraciones y la diabetes insípida nefrogénica cuando existe una incapacidad total o parcial del riñón de responder a la misma. La etiología de la Diabetes Insípida nefrogénica se divide en dos tipos: idiopática, frecuente en niños, causada por trastornos genéticos mutación del Gen AVPR2 y Gen AQP2 y adquirida frecuente en adultos, causada por alteraciones hidroelectrolíticas, uropatía obstructiva, alteraciones del parénquima renal (Poliquistosis, necrosis tubular, pielonefritis), enfermedades sistémicas (sarcoidosis, amiloidosis, Lupus eritematoso sistémico) y fármacos (litio, aminoglucósidos, cisplatino, colchicina).

El carbonato de litio se usa como tratamiento del trastorno bipolar cuya dosis debe ser titulada hasta obtener niveles plasmáticos de litio entre 0.6-1.0 mEq/L.

El litio afecta la capacidad concentración urinaria debido a alteraciones en la regulación de la acuaporina-2 el canal epitelial de sodio, y los transportadores de urea (UT-A1 y UT-B), con lesión y pérdida de las células principales del túbulo colector. Así, se produce una lesión irreversible del mecanismo de concentración urinaria y deshidratación por depleción de volumen que puede llegar a ser mortal.

Objetivos: Reportar dos casos de pacientes con Intoxicación por Carbonato de Litio que desarrollaron Diabetes Insípida Nefrogénica.

Conclusiones: La Diabetes insípida nefrogénica secundaria a toxicidad por carbonato de litio se caracteriza por presencia de poliuria, polidipsia, baja osmolaridad urinaria y osmolaridad sérica aumentada. En pacientes que reciben tratamiento con carbonato litio, el mecanismo de la sed se mantiene, la osmolaridad plasmática es normal, en pacientes críticos bajo sedación, el médico intensivista debe

estar atento a variaciones del sodio para prevenir su desarrollo. Debido a la poca frecuencia y forma de presentación del cuadro, su manejo requiere: suspensión del fármaco, tratamiento hídrico oportuno, corrección lenta de la hipernatremia, y de ser necesario, uso de tiazidas, en las formas sintomáticas graves la hemodiálisis estaría indicada.

Tabla 2 Registro de Hipernatremia durante la internación	
Paciente 1	Paciente 2
Na: 149 Osm Plas 305 (Día 6 de internación)	Na: 156 Osm Plas 312 (Día 5 de internación)

Tabla 1. Características de los pacientes		
	PACIENTE 1	PACIENTE 2
Edad (años)	70	66
Antecedentes Patológico	Trastorno Bipolar	Trastorno Bipolar
Cuadro clínico de ingreso	Intoxicación por Litio Insuficiencia respiratoria aguda Neumonía supurativa	Intoxicación por Litio Insuficiencia respiratoria aguda Neumonía supurativa
AVM	SI	SI
Litemia	2.1	1.6
Tratamiento	Agua libre Tiazidas (hidroclorotiazida) Escitalopram Quetiapina	Agua libre Tiazidas (hidroclorotiazida) Sertralina Quetiapina
Prueba con Desmopresina	Sin respuesta	No realizada
Estado de Evolución	VIVO	VIVO

Litemia VN 0.6-1.0 mEq/L
AVM: Asistencia Ventilatoria Mecánica

0443 CALIDAD DE VIDA POST TERAPIA INTENSIVA: CUAL ES LA PERSPECTIVA EN PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

L PERALTA(1), W PAREDES ORTEGA(2), V RODRIGUEZ(2), F LOIACONO(2), L MAGNIFICO(2), R CORELLA CARDENAS(2), K CUESTA RIOS, S LLERENA CONCARI(2), J FLEITAS(2), R PEDEVILLA(2), L DIAZ BALVE(2), J SAGARDIA(2)

(1) Nacional Profesor Alejandro Posadas. (2) Nacional Profesor Posadas

Introducción: La estancia hospitalaria, sobre todo en la unidad de cuidados críticos, tiene impacto sobre el estado físico, psíquico y mental de las personas. Sobrevivir a la enfermedad crítica no es sinónimo de recuperación.

Métodos: Estudio prospectivo. Mediante la autopercepción determinada por el European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D. ID 44438) se determinó la calidad de vida a los 3 meses del egreso hospitalario en personas con cáncer internadas en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El estudio fue financiado por el Instituto Nacional del Cáncer, Msal (Convocatoria Cáncer de Origen Nacional, Investigación epidemiológica)

Resultados: Se analizaron de manera prospectiva 203 pacientes. El 45.8% (n=93) egresó del hospital. A los 3 meses, 17,4 % habían fallecido y 12% no pudieron ser contactados por lo que 65 pacientes respondieron el EQ-5D. La movilidad y la capacidad de cuidado personal se modificaron a los 3 meses: al alta el 60% tenía problemas para moverse y el 67% alguna incapacidad para el autocuidado mientras que a los 3 meses el 70% no presentaba inconvenientes en la movilidad y el 68% en el cuidado personal. No hubo cambios significativos en cuanto a la presencia de dolor, ansiedad o depresión. La incapacidad para desarrollar actividades de la vida cotidiana disminuyó pero afectó a un porcentaje elevado de pacientes (85% al egreso y 78% a los 3 meses). De los 65 pacientes vivos a los 3 meses del egreso hospitalario, 37 de ellos presentaban enfermedad activa. Sólo 18 se encontraban recibiendo tratamiento. El resto se encontraban a la espera del inicio de tratamiento oncológico, o presentaban un pobre performance status para poder iniciarlo.

Conclusiones: En el seguimiento post alta un porcentaje considerable de pacientes tuvo dificultades para continuar con su tratamiento oncológico. En esta población vulnerable, por su enfermedad, contexto social e internación en UCI, el seguimiento post internación podría tener un impacto significativo como se ha demostrado en otras poblaciones.

0445 MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA POR SHOCK SÉPTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE SALTA EN EL PERIODO 2021-2022

CM SOTELO(1), AN VIDES(1)
(1) San Bernardo

Introducción: El shock séptico se define como sepsis con hipotensión refractaria a la infusión de fluidos, que requiere vasopresores y presenta un lactato sérico ≥ 2 mmol/L; representa una causa importante de morbilidad en la UTI y los datos en América Latina son insuficientes.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con diagnóstico de shock séptico al momento de admisión al Servicio de Terapia Intensiva del Hospital San Bernardo en el periodo comprendido entre abril 2021 a mayo 2022.

Métodos: Se trata de un trabajo retrospectivo, de corte transversal, observacional. Se recabaron datos de historia clínica física. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de shock séptico al ingreso a UTI.

Resultados: La mayoría de los pacientes era de sexo masculino (56.2%), la edad media fue de 51,6 años.

Los antibióticos más frecuentes fueron Vancomicina (59,6%) y Piperacilina-Tazobactam (41,6%). El foco infeccioso más sospechado al ingreso fue abdominal (41,65) seguido de respiratorio (33.7%). En el 64% de los pacientes, el resultado del cultivo fue positivo. Los microorganismos más frecuentes fueron: Pseudomona Aeruginosa, E. Coli y Klebsiella pneumoniae. El 56,2% de los pacientes fueron internados 48 horas o antes al ingreso a UTI, mientras que el 80,9% requirió ARM en las primeras 24 horas de internación en UTI. El valor promedio de ácido láctico al ingreso a UTI y a las 24 horas de internación, fue igual a 2,6 mmol/L. A un 73,6% de los pacientes se les realizó la terapia de reemplazo renal, y en el 73% se les realizó traqueostomía. La cantidad de días promedio de ARM fue de 8 días; los días promedios con vasoactivos fue de 7,8. Los días de internación en UTI y en total en el Hospital, fueron de 9,2 y 23,3. El 58,4% de los pacientes fallecieron.

Conclusión: La edad promedio mayor, el Score de SOFA y el ácido láctico fueron estadísticamente significativos. El porcentaje de pacientes a quienes no se les tomo cultivo fue superior entre los fallecidos.

0446 TEP CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA EN TRAUMA

A RAMIREZ JUNCOS(1), P PAHNKE(1), V BIGI(1), G CAPDEVILA(1), M MONTENEGRO(1), L MORALES(1), C PETTOROSSO(1), L TRINCHERO(1)

(1) Hospital Municipal De Urgencias

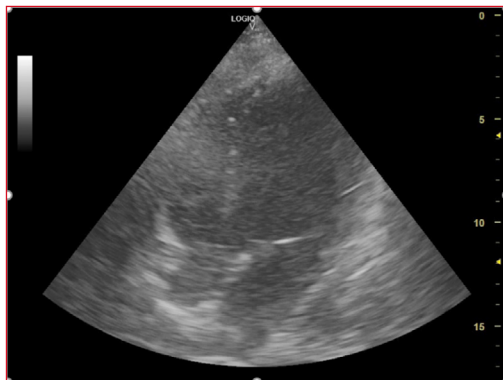
Introducción: La mortalidad de TEP de riesgo alto es mayor del 15%, y superior al 60% en casos de PCR o shock. La sobrecarga aguda de presión del VD con o sin hipertensión pulmonar confirma la sospecha de TEP de riesgo alto. La decisión de realizar fibrinolíticos en pacientes con contraindicación en su uso es difícil.

Presentación del caso: Masculino, 31 años, colisión moto vs auto. Fractura de fémur derecha cerrada, fractura de muñeca derecha cerrada. Osteosíntesis a programar. A 48hs, mala mecánica ventilatoria, PAFI 50%, FR 35, FC 120, TAS70mmHg, Glasgow 3/15. Shock Room, ARM. Requerimiento de vasopresores. CPK 1502 - Dímero D 1005 - Troponina I 852.8 - ProBNP 3487. EcoDoppler MMII sin TVP. PCR a la hora, AESP, ecografía POCUS bedside Signo de McConnell e hipertensión pulmonar. Vena cava distendida. Wells: 6; Ginebra: 7y PESEI riesgo muy alto. PCR múltiples, AESP. Persiste inestabilidad con alta sospecha de TEPA: administra estreptoquinasa, sin complicaciones. Mejoría clínica, estabilidad hemodinámica. TAC: broncoaspiración bilateral, Angiotomografía normal. Lipiduria negativa. Cuidados posparo. Síndrome Febril. Resonancia Magnética cerebral: Lesiones isquémicas hiperintensas en centro oval, subcortical bilateral y en cuerpo estriado bilateral. Múltiples inter-

currencias infecciosas, miopatía del paciente crítico. Mejoría del estado neurológico progresivamente. Alta a 108 días. Ambulatorio cardiopulmonar.

Discusión: El uso de fibrinolíticos en contexto de trauma reciente es una contraindicación relativa, por lo que su uso en pacientes con riesgo alto de TEP asociado a Shock y PCR junto con signos de sobrecarga del VD sigue siendo una decisión clínica dificultosa. La falta de hemodinamia disponible junto con la inestabilidad hemodinámica lo hacen tratamiento de primera línea y a pesar de ello, la mortalidad en estos pacientes es mayor al 60%.

Conclusión: La alta sospecha de TEP con Shock e inestabilidad hemodinámica en contexto de trauma reciente hace necesario una evaluación de los parámetros clínicos disponibles junto con el análisis de las posibles complicaciones ante el uso de fibrinolíticos.



0447 INCIDENCIA DE RIÑÓN HIPERFILTRANTE EN PACIENTES POST PROCEDIMIENTO NEUROQUIRÚRGICOS

JM BERNASCONI, E CORNÚ(1), EA MANRIQUE(1), JB RECHENE(1), RA ÁVILA(1)

(1) Hospital Privado De Córdoba

La incidencia de riñón hiperfiltrante (clearance de creatinina mayor a 120 ml/min/m²) en ciertas poblaciones como embarazadas, politraumatizados o quemados es conocida, sin embargo en pacientes posterior a procedimientos neuroquirúrgicos programados se desconoce dado a que es un subgrupo poco estudiado. Su descripción es de relevancia dado que estos pacientes se encuentran bajo tratamientos farmacológicos cuya eliminación es renal.

Métodos: Se analizaron Pacientes intervenidos neuroquirúrgicamente de manera programada y consecutiva que ingresaron a una terapia intensiva médico-quirúrgica desde abril 2022 a febrero de 2023. Se calculó el clearance de creatinina, dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio a través de la recolección de orina de 2hs. Se excluyeron pacientes con edad menor a 14 años; Enfermedad de renal crónica conocida o valores de creatinina >1.4 mg/dl al ingreso, monorrenos o trasplantados renales; Ausencia de sonda vesical; Embarazadas; o pacientes que presenten patologías relacionadas

a riñón hiperfiltrante, quemados, politraumatismo.

Los pacientes se dividieron según presentaron o no aclaramiento de creatinina mayor a 120 ml/min/1,73 m². Se analizaron los grupos con chi² o test t de fisher según corresponda para las variables categóricas y test t no pareado para variables continuas.

Resultados: En esta cohorte de 64 pacientes, el 56% (36) presentó síndrome de riñón hiperfiltrante. El desarrollo del mismo se asoció significativamente a presencia de creatinina sérica al ingreso menor <0,7 mg/dl; p: 0.017. Las variables edad, sexo y creatinina urinaria del ingreso se dicotomizaron según menor de 55 años, femenino y masculino y mayor o menos de 45 mg/dl, respectivamente, no se observaron como factores independientes para el desarrollo de SRH, p:0,46; p:0,35; p:0,47 respectivamente.

Conclusión: La incidencia de síndrome de riñón hiperfiltrante en esta cohorte de pacientes neuroquirúrgicos fue frecuente, en la cual encontramos como único factor relacionado la creatinina al ingreso no así el resto de los factores frecuentemente descritos. Asimismo, no podemos establecer si el acto quirúrgico funciona como un fenómeno desencadenante.

Variable	Filtrado >120 ml/min/1,73m ²	Filtrado <120 ml/min/1,73m ²	p
N %	36(56%)	28 (44%)	NS
Edad (DS)	46,27 (+15,7)	53,6 (+ 13,5)	NS
Creatinina <0,7 mg/dl N, (%)	26 (41%)	12 (19%)	0,017
Edad <55 años N, (%)	25 (39%)	16 (25%)	NS
Creatinina Urinaria >45 mg/dl N, (%)	24 (38%)	21 (33%)	NS
Sexo femenino N, (%)	27 (42%)	18 (28%)	NS

Tabla 1 con datos demográficos y variables relacionadas con riñón hiperfiltrante. DS, desvío estándar. NS, no significativo

0449 SINDROME INTERMEDIO SECUNDARIO A INTOXICACION POR ORGANOFOSFORADO

CL HUAYTA VASQUEZ(2), P MARTINEZ MENDEZ(1), P ZULETA CHAMBI(2), A BONILLA ROMERO(2), L KUMAR(2)

(1) Hospital Del Trauma Dr Fecerico Abete. (2) Hospital Del Trauma Dr Federico Abete

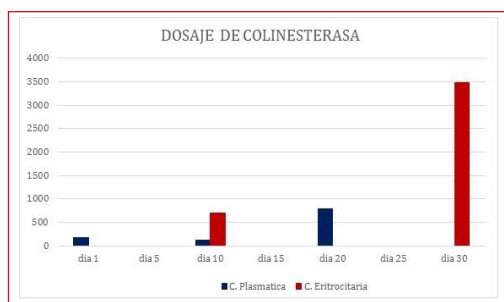
Introducción: La Organización Mundial de la Salud estima que cada año en el mundo ocurren 3 millones de casos de intoxicaciones por órganos fosforados debido a su amplia disponibilidad, 1 millón por exposiciones accidentales y 2 millones por intentos de suicidios. La intoxicación por órganos fosforados generan compromiso neuromuscular por inhibición de la enzima acetilcolinesterasa, llevando a la acumulación de acetilcolina en las sinapsis colinérgicas, lo que provoca un exceso de actividad colinérgica a nivel del sistema nervioso central, periférico y autónomo, presenta distintas etapas: síndrome colinérgico, síndrome intermedio y neuropatía retardada, alrededor del 10-30% de los casos evoluciona con síndrome intermedio siendo poco frecuente en adultos con 25.8%.

Introducción: Femenina de 51 años con antecedentes de neuralgia del trigémino, intentos autolíticos previos, ingresa con cuadro de 24 horas de evolución por ingesta de organofosforados tipo rodréndica (Cipermetrina 2%, Clorpirifos 8%) con fin autolítico, ingresa somnolienta con síntomas muscarínicos (hipersecreción bronquial, sialorrea) y nicotínicos (hipertensión, taquicardia, mioclonías) se administra carbón activado, atropina, con evolución tórpida presenta deterioro del sensorio requiriendo soporte ventilatoria, 1er dosaje de colinesterasa plasmática 181 UI/L, a las 96 horas evoluciona con síndrome intermedio presenta fasciculaciones, reflejos osteotendinosos abolidos, debilidad muscular proximal de extremidades, sin sostén cefálico, abundante sialorrea, el día 7 de internación inicia tratamiento con pralidoxima con posterior mejoría del cuadro clínico, con dosaje de colinesterasa eritrocitaria inicial de 710 que mejora a 3485 UI/L, electromiograma evidenció signos de denervación proximal, con polineuropatía requirió Traqueostomía percutánea a los 16 días por ARM, con posterior decanulación derivada a centro de rehabilitación.

Discusión: Los temas de discusión síndrome intermedio, neuropatía

retardada y tratamiento dirigido.

Conclusión: Con tratamiento adecuado en la intoxicación por órganos fosforados son pocos los casos que evolucionan a síndrome intermedio y neuropatía retardada, se concluye que a pesar de haber iniciado tratamiento con pralidoxima fuera de tiempo demostró resultados favorables en la clínica del paciente.



0450 INFARTO TALAMICO BILATERAL POR OBSTRUCCIÓN DE ARTERIA DE PERCHERÓN: REPORTE DE CASO LF MENDEZ ARRIETA(1) (1) Hospital Del Cruce

Introducción: El infarto talámico paramediano bilateral, asociado a trombosis de la arteria de Percheron es considerada una entidad infrecuente. El complejo sistema de irrigación talámica asociado a la variabilidad individual hace que las lesiones isquémicas puedan presentarse en forma de lesiones bilaterales, tomando gran relevancia y teniendo como gold standard la realización de resonancia magnética para su correcto diagnóstico.

Presentación de caso: Paciente femenina de 55 años con antecedentes de Síndrome de rigidez del adulto en tratamiento con baclofeno, benzodiazepinas y gammaglobulina endovenosa, diabetes mellitus tipo 2 insulino requiriente, hipertensión arterial, fractura de cadera derecha.

Derivada desde otra institución, donde ingresó con deterioro del sensorio que inició con visión borrosa, diplopía y coma. Allí se realizó intubación orotraqueal con asistencia respiratoria mecánica y tomografía de encéfalo simple donde no se describen lesiones.

Al ingreso a nuestra institución, se constata coma, sin respuesta al llamado ni al estímulo doloroso, midriasis bilateral con pupila derecha arreactiva, rigidez de hemicuerpo derecho ante estimulación y movimientos de flexión-extensión de miembro inferior izquierdo. En reevaluación de imagen tomográfica simple de encéfalo en nuestra institución, se logra evidenciar imágenes hipodensas fo-

cales bilaterales en ambos tálamos, que podrían corresponder a isquemia compatibles con infarto talámico bilateral y rostral del mesencéfalo anteriormente no evidenciadas. Por encontrarse fuera de ventana terapéutica para trombolisis, se indica medicación de base, AAS, atorvastatina y enoxaparina.

Se realiza posteriormente Resonancia magnética, angiografía cerebral para confirmación diagnóstica y estudios pertinentes sin poder determinar causas tromboembólicas. Único dato positivo asociado la utilización de gammaglobulina.

Evolución posterior de la paciente con sensorio alternante, crisis recurrentes de distonias por enfermedad de base, weaning dificultoso con posterior traqueostomía y gastrostomizada con requerimiento de nutrición enteral. Internada a la fecha esperando derivación a tercer nivel de complejidad.

Discusión y conclusión: Presentación del caso de paciente con infarto talámico bilateral, debido a la trombosis de una variante de la arteria talámica paramediana (tipo 2B), que evoluciona con severas secuelas.

Esta variable anatómica debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales ante infartos talámicos bilaterales, a pesar de su baja incidencia.

0452 EVALUACIÓN DEL COSTO INCREMENTAL POR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES PRODUCIDAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS

A BAQUERIZO(2), P CENTENO(1), C STREITENBERGER(2), M BIANCO(2), G CERVANTES(2), C SERRA(2), M LEDESMA(2), N MORVILLO(2), Y LARRARTE(2), M SANCHEZ CUNTO(2), B CARDOZO(2), J SARANITTE(2), J FARINA(2), C OSUNA(2)
(1) Bicentenario. (2) Bicentenario

Introducción: Las Enterobacterias Productoras de Carbapenemasas (EPC) han aumentado su prevalencia luego de la pandemia por COVID-19 en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), siendo responsables de un importante número de las infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS). Se relacionan con mayores costos de internación por el aumento de la estancia hospitalaria, y las terapias antimicrobianas de alto costo disponibles.

Objetivos: Comparar los costos de tratamiento en aquellos pacientes que presentaron Infecciones Primarias de la Sangre IPS (Bacteriemias Primarias [BP] y Asociadas a catéteres centrales IPS-CVC) en nuestra UTI durante el 2022 ocasionados por EPC y Enterobacterias no productoras de carbapenemasas (EnPC), junto con el índice de letalidad de dichos eventos.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes hospitalizados en la UTI de un hospital público de tercer nivel durante el año 2022 con BP e IPS-CVC producidas por EPC y EnPC. Se registró la terapia empírica y dirigida de cada paciente, con sus respectivos costos empleando valores de mayo del 2023. Además se emplearon métodos estadísticos para otras variables como cultivos previos y letalidad.

Resultados: Analizamos 69 episodios de infecciones asociadas a catéteres por enterobacterias, 36 EPC y 33 EnPC. Los pacientes con EPC presentaron una tasa de letalidad asociada del 38% y presentaron costos de tratamientos más altos (\$15.852.926) con respecto a las EnPC (\$1.887.154). A su vez el 19,4% (7 de 36) de los pacientes con EPC recibió tratamiento con Ceftazidima/Avibactam/Aztreonam, de los cuales 21,4% fallecieron con respecto al total de EPC. En cuanto a colonizaciones previas al evento de IACS, el 58,3 % (21 de 36) presentaba algún registro de EPC.

Conclusiones: El impacto económico de las infecciones por EPC es objeto de constante investigación por su elevado costo y tasa de letalidad. La importancia de la vigilancia de portación de EPC y el aislamiento oportuno de pacientes tiene alta eficacia como medida de prevención de IACS logrando una mejora en la calidad y seguridad de la atención de los pacientes.

0453 NEUMONÍA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE COMPLICADA POR SÍNDROME DE AGLUTININAS FRÍAS

A BONILLA ROMERO(2), P ZULETA CHAMBI(1), CL HUAYTA VASQUEZ(2), P MARTINEZ MENDEZ(2), L KUMAR(2)
 (1) Hospital Del Trauma Dr Fecerico Abete. (2) Hospital Del Trauma Dr Federico Abete

Introducción: Paciente con Neumonía por Mycoplasma pneumoniae intercorre con manifestaciones extrapulmonares, en ellas, con anemia hemolítica asociada con aglutininas frías. El interés de este caso radica en el propósito de aportar conocimiento a su identificación temprana y contribuir a mejorar el abordaje en base a prioridades de evaluación y tratamiento

Presentación del caso: Masculino de 61 años con de hipertensión arterial, triple bypass coronario, extabaquista, ingresa por fiebre tos y dificultad respiratoria, con diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad, intercorre con Taquicardia Supra Ventricular Paroxística con descompensación hemodinámica, requiere cardioversión eléctrica y farmacológica, pasa a Terapia Intensiva, posterior ventilación mecánica invasiva y shock, con complicación de anemia hemolítica por crioaglutininas frías, que hace sospechar infección neumónica por Mycoplasma pneumoniae, con prueba de coombs directa y fraccionada positiva para C3D,títulos de crioaglutininas a 4°C fueron de 1:1.024, anticuerpos contra Mycoplasma pneumoniae positivos,resultados negativos de anticuerpos antinucleares, anticuerpos anticardiolipinas, anticoagulante lúpico y factor reumatoide, proteinograma alfa-beta-gamma glucoproteínas, posterior falla multiorgánica y deceso del paciente

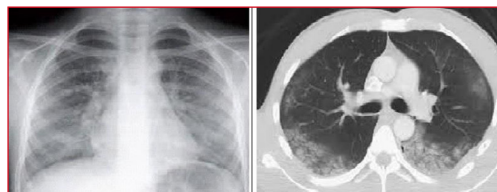
Discusión: A partir de los hallazgos de laboratorio y la clínica del paciente, se abordó el caso como un síndrome de aglutininas frías. Que pertenece al grupo de anemias hemolíticas autoinmunes por anticuerpo fríos, corresponden al 16-32%.

El término deriva de la capacidad que presentan para producir hemaglutinación a 4°C, pero no a 37°C porque actúa como gatillo para la activación del complemento (C3b y/o C4b), produciendo lisis intravascular.

El fallecimiento precoz del paciente impide toda valoración sobre la eficacia terapéutica del rituximab en este caso.

Conclusión: Se resalta la importancia de realizar un adecuado abordaje de la anemia hemolítica, identificando el tipo de anticuerpo involucrado en la hemólisis del eritrocito, tomando en cuenta que las muestras de sangre recolectadas se coagularán después de la exposición a la temperatura del ambiente, es vital mantener caliente el tubo durante la extracción y el transporte al laboratorio para una mejor precisión de las pruebas.

Paraclínicos	Día 1	Día 4	Día 5	Día 10	Día 31
Hemoglobina	10	7.1	9.4	6.9	8.2
Hematocrito	30	15	28	19	13
Leucocitos	13300	17800	14200	20100	1900
Neutrofilos	85	95		74	84
Linfocitos	6.8	3.2		7.1	5
Plaquetas	275000	172000	210000	15600	120000
Creatinina	1.06	2.48	3.15	4.75	3.75
Creatinfosfoquinasa	39	9025	15964	18138	30567
Fosfatasa Alcalina	49	67	431	600	853
Bilirrubina Total	0.70	1.25	1.78		
Bilirrubina Directa	0.17	0.22	0.74	1.0	



0455 MIOCARDITIS EN PACIENTE CON MIOSITIS NECROTIZANTE INMUNOMEDIADA

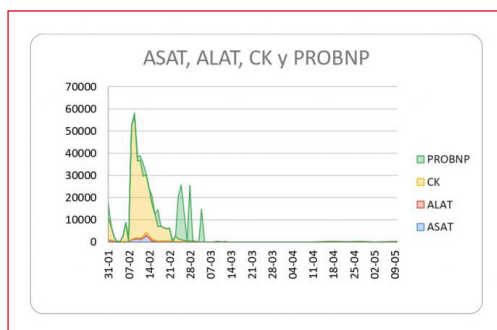
DM LINO ANDRADE(1), D LINO(1), E MOREIRA(1), R VITELLO(1), V IGLESIAS(1), O BALDERRAMA(1), P KLEIN(1), J SARGARDIA(1), F LOAICONO(1), MJ GAMBA(1), A BENITEZ(1)
 (1) Hospital Nacional Alejandro Posadas.

Introducción: El daño cardiaco se describe en las IIM por primera vez en 1899. Su prevalencia está todavía por determinarse, pero se considera que es una manifestación clínica mayor y una de las principales causas de muerte. La expresión clínica del daño cardiaco es relativamente infrecuente (3-6%); la miocarditis es la manifestación más común (40%).

Presentación del caso: Paciente femenina de 26 años de edad con embarazo de 37,5 SG antecedentes de Miopatía necrotizante inmunomediada en contexto de infección por COVID en 2021, cesárea segmentaria el 31/01, CPK 8000 (24/01), evoluciona con deterioro del sensorio e hipoglucemia el 01/02 por lo que es ingresada a Unidad cerrada donde evoluciona con cuadro de shock cardiogénico con ETT: FEY 35%, dilatación de 4 cavidades por lo que recibe Inmunoglobulina 2gr/kg (5 días) y Pulsos de Corticoides, evoluciona sin mejoría cardiológica seguida por FEY por lo que recibe 2 pulsos de levosimendán y 5 sesiones de plasmaféresis iniciadas el 17/02, con ETT del 27/02 con FEY 65%, VI levemente dilatado. Por no recuperación de fuerza muscular recibe ciclofosfamida a partir del 30/03 en plan de recibir 4 dosis.

Discusión: Debido a que el cuadro de insuficiencia cardiaca se dio a las 24 hs post parto se manejó el diagnostico alternativo de miocardiopatía periparto (PPCM), el cual se desestimó debido a la recuperación de la función sistólica dentro del mes y la concordancia con la disminución de la CK y la respuesta clínica favorable a la plasmaféresis, siendo que en la PPCM se evidencia recuperación de la función sistólica después de los 4 meses en promedio.

Conclusión: La miocarditis en las miopatías inflamatorias es poco frecuente, en este caso no se puede afirmar con certeza esta asociación debido a que el diagnostico se realiza con cardioresonancia con la cual no contamos en nuestro hospital, se realizó estudio de anticuerpo anti-SRP el cual fue negativo, pero la mejoría de la función sistólica evidenciada después de la plasmaféresis y el descenso de enzimas nos acerca a pensar que su miocarditis estuvo asociada a su enfermedad de base.



0456 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA PRIMERA Y SEGUNDA OLA DE LA PANDEMIA SARS-COV 2 DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA

LG DURAN(5), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR, LG DURAN(1), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR, M PETASNY(3), NI ZELAYA DE LEON(4), P ZORZANO OSINALDE(4), MG MONTENEGRO FERNANDEZ(4), AV MILLAN(4), NA GRASSI(4), M CRUZ(4), M OTAMENDI(4), FE ESPINOZA(4), AM QUISPE LAIMA(5), UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

(1) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero De Bahía Blanca Y Dcs. (2) Universidad Nacional Del Sur. (3) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero De Bahía Blanca. (4) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero. (5) Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero Y Dcs. (6) Universidad Nacional Del Sur

Introducción: Durante la pandemia de COVID-19, el recurso humano en salud se enfrentó a una admisión masiva sin precedentes de pacientes con distrés respiratorio agudo de etiología viral. El objetivo del estudio fue comparar las características clínicas de la primera y segunda ola de la pandemia.

Metodología: Se realizó un estudio observacional analítico de los pacientes con neumonía COVID-19 que ingresaron al Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de Bahía Blanca. Se determinaron 2 periodos de estudio, el grupo uno caracterizado por pacientes internados durante la primera ola y el grupo 2, caracterizado por pacientes internados durante la segunda ola. Se utilizó la prueba de Chi-cuadro para comparar las características clínicas nominales y la prueba de Kruskal Wallis. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar el modelo que mejor se ajuste a los datos observados. Se consideró como significativo un $p > 0.05$ y se utilizó el SPSS 23.

Resultados: Se incluyeron 131 pacientes con COVID-19, la mediana de la edad fue 62 años en la primera ola y 59 años en la segunda ola, mientras que el sexo masculino fue más frecuente en ambos 76% (34/45) y 62% (53/86). Se identificó que el 71% (32/45) presentaba obesidad en la primera ola (valor $P < 0.02$). Por otro lado, el porcentaje del uso de antibióticos, oseltamivir e colchicina fue más elevado en la primera ola con un 100%, 30% y 15.6% (45/45, 14/45, 7/45) respectivamente. Al analizar la mortalidad se obtuvo un 44.4% (20/45) y 65% (56/86) respectivamente. (Valor $P < 0.012$). Se obtuvo un peor deltaP para la segunda ola 17.12 vs 15.38.

Discusión/Conclusión: Los pacientes durante la segunda ola fueron más jóvenes y predominó el sexo masculino, aunque sin diferencias estadísticamente significativa. En cuanto al análisis de mortalidad se identificó una diferencia estadísticamente significativa durante la segunda ola que se condice con lo reportado en bibliografía nacional e internacional.

0457 ESTATUS EPILÉPTICO EN PACIENTE CELÍACO: RELATO DE CASO

C BEROIZA(1), V MILLAN(1), J HAIDAR(1), E BALEANI(1), K MIRALLES(1)

(1) Hospital Municipal De Bahía Blanca

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una patología inmuno-mediada y sistémica, caracterizada por atrofia vellositaria intestinal, precipitada por la ingestión de gluten. Afecta al 1% de la población mundial. Dentro de las afectaciones extraintestinales se encuentran las del sistema nervioso central (SNC), habiéndose demostrado que el 22% de personas con EC sufren de trastornos psiquiátricos o neurológicos. Además, se conoce un síndrome que asocia EC, epilepsia y calcificaciones cerebrales.

Desarrollo: Paciente de 55 años, con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico hace 1 año (secuela: paresia braquial izquierda, amaurosis de ojo izquierdo), extabaquista, consumidor de marihuana, que ingresó por presentar episodios de convulsio-

nes tónico-clónica generalizadas, sin recuperación ad intregrum. El último episodio cedió parcialmente con diazepam en el prehospitalario, pero evolucionó con nueva crisis comicial refractaria a tratamiento, por lo que se decide intubación orotraqueal e inicio de sedoanalgesia continua. Se administró carga y mantenimiento de fenitoína.

Se realiza tomografía de encéfalo: mostraba hipodensidad a nivel parieto-occipital bilateral (secuela previa), hiperdensidad (Cálcica) a nivel occipital bilateral.

Al ingreso a terapia intensiva repite episodio convulsivo, por lo que se realiza carga de levetiracetam, y agrega propofol, con lo que finalmente cede. Al examen físico, se observa paciente adelgazado, sin otras particularidades. No se registran alteraciones metabólicas en el laboratorio, HIV negativo. Electroencefalograma sin actividad comicial. Ante sospecha de patología celíaca, se solicitan anticuerpos antitransglutaminasa Inmunoglobulina A (IgA) e IgA total, ambos elevados, por lo que se infiere que podría ser la causante de las calcificaciones observadas en la tomografía. Inició dieta libre de gluten, observándose progresiva mejoría clínica.

Tras 26 días de internación, en condiciones de estabilidad neurológica y hemodinámica, se decide continuidad de tratamiento en sala de clínica médica.

Discusión: En los últimos años, han aumentado los casos de EC silente, con manifestaciones primariamente extraintestinales, siendo las calcificaciones en SNC las más infrecuentes de ellas, y, a su vez, las más incapacitantes.

Conclusión: Si bien las calcificaciones en SNC son una infrecuente manifestación de la enfermedad celíaca, el trabajo interdisciplinario entre médicos y nutricionistas puede lograr mejorar el pronóstico de la enfermedad y, en algunos casos, revertir el daño ya ocasionado.



0458 SINDROME NEUROLEPTICO MALIGNO SECUNDARIO A INTOXICACION POR CARBAMAZEPINA

P MATINEZ MENDEZ(2), CL HUAYTA VASQUEZ(1), P ZULETA CHAMBI(2), A BONILLA ROMERO(2), L KUMAR(2)

(1) Hospital Del Trauma Dr Fecerico Abete. (2) Hospital Del Trauma Dr Federico Abete

Introducción: El Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM) es un trastorno poco frecuente en pacientes tratados con antipsicóticos, su incidencia es alrededor 0.2-0.4% en mayor proporción en varones 2:1 caracterizado por un cuadro hipermetabólico, potencialmente letal de hipertermia inducida por fármacos, resulta del bloqueo agudo del receptor central de dopamina, reduce la inhibición de la estimulación de la serotonina y contribuye a la hipertermia. La carbamazepina disminuye la somatostatina, el AMP cíclico, la acumulación de ácido homovanílico inducida por probenecid en el líquido cefalorraquídeo. Si bien las complicaciones son raras se deben sospechar en cuadros muy prolongados y severos: falla renal secundaria a rhabdomiólisis, dificultad respiratoria y cuadro febril.

Presentación del caso: Masculino de 47 años, con antecedentes diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular isquémico con secuela hemiparesia izquierda leve más disartria, intentos autolíticos, ingresa por ingesta medicamentosa de bisoprolol 15mg, alprazolam 4mg, omeprazol 120mg y carbamazepinas, de tiempo indeterminado, ingresa somnoliento, el dosaje para tóxicos reporta positivo para carbamazepina con valor inicial 46,1 (rango: 4-12) se realizó lavado gástrico y carbón activado por 48 hrs, evoluciona con deterioro del sensorio requiriendo soporte ventilatorio, presenta síndrome neuroléptico maligno con criterios de mayores de Levenson (febril persistente 40°, rigidez muscular) y criterios menores (taquicardia, diaforesis, deterioro del estado de conciencia y leucocitosis) descartándose infecciones oportunistas, con mejoría del cuadro clínico con ultimo dosaje de carbamazepina de 4.7, siendo extubado a los 14 días, actualmente en centro de rehabilitación.

Discusión: El Síndrome neuroléptico es más frecuente en los pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia y trastornos afectivos bipolares. Aunque los neurolépticos llamados de mínima potencia (haloperidol, flufenazina) han sido los más frecuentemente asociados al SNM, otras drogas como la levodopa, cocaína, carbamazepina, amexapina se han relacionado con la aparición del síndrome neuroléptico maligno.

Conclusión: Se destaca la evolución rápida, con un diagnóstico precoz y tratamiento clínico de esta entidad y disminuye la mortalidad

DOSAJES DE CARBAMAZEPINAS			
1ER DOSAJE	2DO DOSAJE	3ER DOSAJE	4TO DOSAJE
46,1	46,8	11,8	4,7

0459 ULTRASONOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA: ENFOQUE MULTISISTÉMICO DEL PACIENTE CRÍTICO

M ISA(1)

(1) Clinica Regional Del Sud

Utilización de la sonda transesofágica para realizar la evaluación multisistémica del paciente crítico.

El objetivo es optimizar la microcirculación para mejorar la microcirculación, para no dañar el intersticio.

Para esto debemos obtener respuestas simples a preguntas puntuales, para llegar de esa forma al diagnóstico etiológico, tomar la conducta terapéutica adecuada, con la ventaja poder evaluar en forma dinámica la respuesta al tratamiento implementado al lado de la cama del paciente.

Se encuentra nuestro paciente en shock?

Con la sonda en transgástrico profundo 40-50 cm de la arcada dentaria, en máxima anteversoflexión. Medimos VTI tracto de salida de ventrículo izquierdo.

Determinamos el Gasto Cardíaco: Volumen Sistólico x Frecuencia

Cardíaca.

En caso de encontrarse en shock, ¿responderá a la administración de fluidos? mejorará el volumen sistólico con fluidos?. Realizamos test de elevación pasiva de miembros inferiores(> 13%) o Mini desafío de fluidos (>10%), con la sonda en la misma posición.

Tolerará el paciente fluidos?, está sobrecargado de fluidos? dañaremos el intersticio?

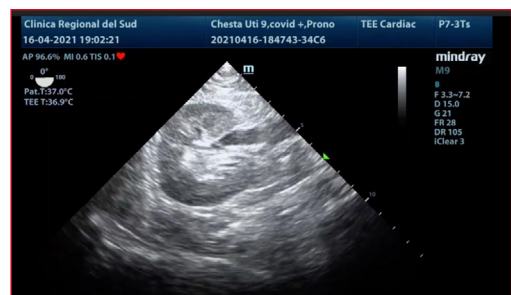
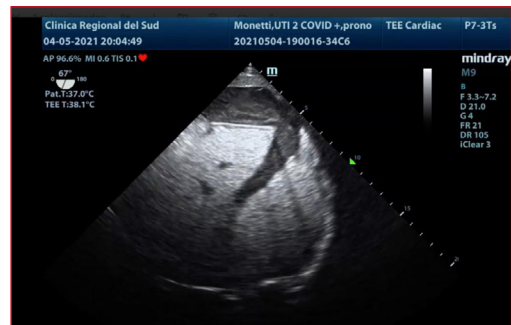
En este momento, con la sonda siempre a 40-50 cm de profundidad, a nivel de los músculos papilares, giramos en sentido horario, nos posicionamos en hígado, visualizamos a la vena cava inferior, vena porta y suprahepática, con doppler color y pulsado obtendremos datos para establecer el score VExUS. el cual nos informa el estado de congestión venosa sistémica.

Hígado con vena cava inferior y vena suprahepática. Luego tomando como punto de referencia a los músculos papilares, giramos en sentido antihorario, pasando por el polo inferior del bazo, introducimos 3-5 cm la sonda, y visualizamos al riñón izquierdo, con doppler color y pulsado ubicamos venas arcuatas o interlobares, de esta forma determinamos el flujo venoso, y completamos el score VExUS.

Riñón izquierdo.

Al finalizar el estudio y retirar la sonda, giramos en sentido horario y antihorario,(a nivel de esófago bajo-medio-alto) y escaneamos pulmón, definimos el tipo de patrón presente, (A - B, consolidación, derrame o neumotórax).

Realizamos este procedimiento desde hace 3 años, es un procedimiento seguro, confiable, y hasta el momento sin complicaciones.



0460 DISFAGIA SEVERA ASOCIADA SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO POR COVID 19

M SINGH(1), E CUGAT JUAREZ(1), N MARTINEZ(1)

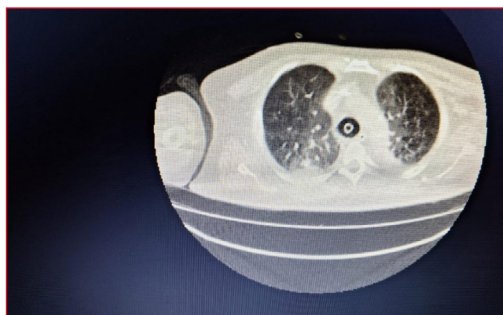
(1) Hospital Del Carmen

Introducción: La disfagia es una patología grave asociada a covid, el 53,1% de las personas ingresadas por Síndrome de distres respiratorio por SARS-COV2 padece disfagia, llegando a un 75% en personas mayores de 75 años. Su prevalencia aumenta considerablemente en aquellos pacientes que han recibido intubación orotraqueal, frecuente en el 56% de los pacientes en los primeros días posteriores a la intubación.

Caso Clínico: Paciente sexo masculino 50 años, antecedente de tabaquista severo (40 cigarrillos/día), serología positiva para HIV en tratamiento, EPOC reagudizado, vacunado para COVID-19 (2) con

diagnóstico de NAC por SARS-COV2 cursando SDRA severo PAFI de ingreso 68 con requerimiento de Intubación orotraqueal, inicia tratamiento con corticoides. Intercurre con Neumonía asociada ventilación por SAMS inicia tratamiento antibiótico dirigido. Bajo seguimiento de kinesiología se inicia rehabilitación motora y respiratoria temprana. Al 14 día se realiza traqueotomía programada, evoluciona con mejoría analítica por lo que el día 23 se desvincula de ARM, continua con oxigenoterapia. Evoluciona con Disfagia Severa con Blue test positivo. Continúa con alimentación enteral. Se inician técnicas kinésicas con movimientos orales y deglutorios, se trabaja musculatura intra y extra oral, se estimula reflejo intra oral con resultados negativos para rehabilitación. Diagnóstico de disfagia severa, al día 30 de internación se desvincula de oxigenoterapia persistiendo patología deglutoria severa. Al día 90 se realiza decanulación programada, se continúa con rehabilitación por 95 días posterior a internación.

Conclusión: La disfagia asociada a COVID-19 es patología frecuente, en pacientes con requerimiento de intubación prolongada, la fisiopatología probablemente puedan relacionarse con la alteración de la función respiratoria pulmonar y la actividad lesiva neuronal viral directa. La base del tratamiento se encuentra en las técnicas kinésicas adecuadas, persistencia del tratamiento, rehabilitación oral continua, hasta la mejoría del paciente.



0461 ENCEFALITIS AUTOINMUNE CONTRA RECEPTORES N-METIL-D-ASPARTATO: LA CLÍNICA SIGUE SIENDO SOBERRANA: CASO CLINICO

N PUMARI(1), N TEDONE(2), N BALDERRAMA(3), S JUAREZ(3), O BALDERRAMA(3), E VELA(3), I ARANDA(3), H BONGIOANI(3), J SAGARDIA(3), F LOIACONO(3), A SAENZ(3)
 (1) Nacional Prof Alejandro Posadas. (2) Nacional Alejandro Posadas. (3) Hospital Alejandro Posadas

Introducción: La encefalitis por anticuerpos anti-receptor de NMDA afecta principalmente a personas jóvenes y suele requerir una alta sospecha clínica para su diagnóstico. Su forma de presentación típica se caracteriza por síntomas psiquiátricos, alteraciones del movimiento, crisis epilépticas y disautonomía. Con una incidencia aproximadamente 2-3 casos por millón es más prevalente en mujeres jóvenes.

Caso clínico: Femenina de 28 años sin antecedentes patologicos

quien consulta por cuadro clínico de episodio de convulsión asociado a psicosis de inicio sub-agudo, trastornos conductuales con TAC de encéfalo y Punción Lumbar sin alteración. Valorada por servicio de Psiquiatría tratado con antipsicóticos sin mejoría clínica evolucionando con fiebre, rigidez y distonias musculares. Ante la sospecha de síndrome neuroléptico maligno tratado con benzodiacepinas + dantrolene sin mejoría. Evoluciona con crisis epilépticas focales (bucolinguales), mutismo y disautonomías y por deterioro del sensorio se decide IOT/AVM. Revalorada por neurología ante alta sospecha de encefalitis autoinmune se solicita anticuerpos anti-receptor NMDA en suero y LCR. RMN de encéfalo sin particularidad, EEG con trazado con lentificación y puntas en región temporo-frontal. Se decide inicio de 5 pulsos de metilprednisolona + 7 sesiones de plasmáferesis, con mejoría de cuadro. Culminando el tratamiento se recibe informe positivo de anticuerpos anti NMDAR en LCR y suero con lo cual se confirma el diagnóstico.

Discusión: Es un síndrome autoinmune que puede ser reconocido y tratado adecuadamente. Representa un diagnóstico de importancia clínica al ser una condición relativamente reversible y tratable con un abordaje oportuno y temprano. Si bien existe un examen de laboratorio con alta sensibilidad y especificidad, la disponibilidad del mismo aun es limitada. La espera de la confirmación de las pruebas no debería demorar el inicio del tratamiento inmunosupresor ya que de esto depende la recuperación sin secuelas.

Conclusiones: El diagnóstico actualmente sigue siendo un reto debido a la variabilidad clínica de presentación, el patrón temporal subagudo y la baja tasa de sospecha clínica al ingreso; siendo muchos de los pacientes internados en centros de salud mental, con diagnósticos errados de enfermedades psiquiátricas primarias. Por lo que es importante conocer acerca de esta enfermedad, para realizar un tratamiento temprano ya que esto influirá en el pronóstico.

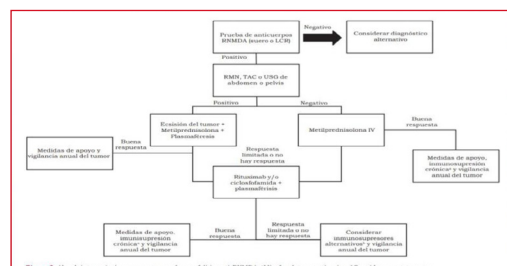


Figura 2. Algoritmo terapéutico propuesto para la encefalitis anti-NMDAR. *Metilprednisolona intravenosa. **Considerar tratamiento.

ESTUDIOS INMUNOLÓGICOS			
NEURONAL NEUROINMUNOLOGÍA			
ENCEFALITIS AUTOINMUNE, PERFIL SUERO			
Método: inmunofluorescencia indirecta (IF-Ind)			
Muestra: suero (100% normal)			
NMDAR-5 (receptor glutámico) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	POSITIVO		NEGATIVO
TÍTULO 1/1000			
CADPS2 (contacting associated protein 2) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
AMPA 1-2 G (receptor glutámico) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
LCG 1-5 (Ligandine-1, glutamate-inactivated protein 1) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
CRPV 5 (Disintegrin and metalloprotease-like protein 5) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
GABA-B-RECEPTOR 5 ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
PERFIL ENCEFALITIS AUTOINMUNE, PERFIL LCR			
Método: inmunofluorescencia indirecta (IF-Ind)			
Muestra: LCR (100% normal)			
NMDAR-5 LCR (receptor glutámico) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	POSITIVO		NEGATIVO
TÍTULO 1/1000			
CADPS2 LCR (contacting associated protein 2) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
AMPA 1-2 G LCR (receptor glutámico) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
LCG 1 LCR (Ligandine-1, glutamate-inactivated protein 1) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
CRPV LCR (Disintegrin and metalloprotease-like protein 5) ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO
GABA-B-RECEPTOR LCR ANTICUERPOS IgG, ANTI-	NEGATIVO		NEGATIVO

0463 TRATAMIENTO CON ANTIFIBROLITICO DE TROMBO EN TRANSITO EN PACIENTE CON SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO (SAF):CASO CLINICO

N PUMARI(1), L ARGUEYES(2), J LAPADULA(3), N BALDERRAMA(3), W PAREDES(3), F ACOSTA(3), P KLEIN(3)
 (1) Nacional Prof Alejandro Posadas. (2) Nacional Alejandro Posadas. (3) Hospital Alejandro Posadas

Introducción: La enfermedad trombo embolica es una condición frecuente, con una alta morbi- mortalidad en especial si se complica con un Tromboembolismo Pulmonar (TEP) con colapso hemodinámico

mico y parada cardiaca.

La presencia de un trombo en las cavidades derechas o la vena cava es conocida en la literatura como un trombo en tránsito, el cual en la mayoría de los casos es un hallazgo incidental, que trae aparejado una alta mortalidad.

Caso clínico: Paciente de 40 años de edad con antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome Antifosfolipídico (SAF). Cuadro de 5 días de evolución de disnea, astenia, adinamia con TAC de tórax que evidencia imágenes consolidativas bilaterales con broncograma aéreo internada con diagnóstico de Neumonía Grave. Progresó el cuadro con insuficiencia respiratoria ameritando asistencia ventilatoria mecánica.

Ecocardiograma transtorácico (ETT): insuficiencia mitral y aorta severa (secundaria prolapso de la valva no coronaria) confirmado por ecocardiograma transesofágico (ETE) con FEV del 43% con una vena cava inferior (VCI) dilatada.

A los cuatro (4) días de estancia en UTI, se realiza ETT donde se observa trombo cabalgando en la VCI con alto riesgo emboligénico, la cual abarca desde el origen de la vena renal izquierda hasta la desembocadura de la VCI en la aurícula derecha de aproximadamente 10 cm de extensión.

Ante paciente con reserva cardiaca reducida se decide realizar terapia fibrinolítica (rtPA) alteplasa, con desaparición de imagen móvil, coincidiendo con la culminación de la infusión de dicho fármaco sin complicaciones. Se realiza ETT control donde se confirma eficacia terapéutica quedando con tratamiento anticoagulante con HBPM (Enoxaparina).

Discusión: Desde el punto de vista ecocardiográfico pueden distinguirse dos tipos fundamentales de trombos en la aurícula derecha: aquellos con morfología de serpiente o gusano, muy móviles y los no móviles, más inespecíficos, semejantes a los observados en la aurícula izquierda. Esta distinción es importante, ya que conlleva aspectos que sugieren su diferente etiología, su curso evolutivo, pronóstico y probablemente condicionan su tratamiento.

Conclusiones: La descripción de nuestro caso anima al empleo de trombolíticos en el contexto de trombo en tránsito en aurícula derecha detectado ecocardiográficamente para evitar complicaciones como (TEP).



0464 IMPLEMENTACIÓN DE LISTAS DE VERIFICACIÓN DE CUIDADO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES Y PERIFÉRICOS EN UNA UCI DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

SL FERNÁNDEZ(1), S BOTTAIA(1), V ROMERO(1), D MURILLO(1), L ORTIZ(1), L VARGAS(1), S RIOS(1), R RONCHI(1), V ARCEAU(1), J BORGETH(1), M RUIZ(1), M VILLACORTA(1), A CAMIO(1), I HERRERA(1), F VALDERRAMA(1), J VILCA(1), C LOUDET(1)

(1) San Martín De La Plata

Introducción: Los pacientes críticos requieren con frecuencias accesos venosos centrales (AVC) y dado el riesgo de complicaciones mecánicas e infecciosas graves cuidados de vigilancia. En nuestra UCI bajo un programa de mejora se implementó el retiro precoz de AVC, y reemplazo por accesos venosos periféricos (AVP) y uso de vía enteral para hidratación, medicación y nutrición. Asimismo se re-implementaron listados de verificación (LV) para control de AVC y AVP. El objetivo del presente trabajo es reportar los errores más frecuentes encontrados en los LV de AVC y AVP.

Material y métodos: Serie de casos prospectiva. Se analizaron 90 AVC y 104 AVP entre febrero-abril 2023. Los LV de los AVC incluyeron 12 variables de cuidado diario en relación al sitio de inserción, lúmenes del catéter y guías/conexiones; los de AVP 5 variables en relación a estado de piel, fijación; guías, rótulos. Se registraron localizaciones de los accesos. Se realizó análisis de las fallas identificadas en el cuidado en ambos accesos venosos como n (%) con programa Excel.

Resultados: Se analizaron 90 AVC y 104 AVP. Los sitios de inserción de AVC fueron: yugular 47%, femoral 43% y subclavio 9%. Sólo 13% se encontraron sin ninguna falla de verificación. Se identificaron 220 fallas en total distribuidas en: sitio de inserción 44%, lúmenes 7%, guías y conexiones 49%. Se obtuvo una relación de 2.5 fallas por catéter venoso central. Los principales problemas fueron la falla de rótulos de fecha de curación, del inicio de uso de guía de infusión, y el estado del Tegaderm o apósito que cubre a la AVC. En la Tabla 1 se detallan todas las variables verificadas. Los sitios de inserción de AVP fueron: miembro superior 90%, miembros inferiores 10%. Se identificaron 95 fallas. En la Tabla 2 se detallan las fallas según las variables referidas, siendo la más importante la falta de rotulado de fecha de colocación del AVP.

Conclusiones: Los LV de cuidados diarios de AVC y AVP resultaron un sistema de control y registro útil para la identificación de fallas en los cuidados. Considerar todas estas variables nos permitirá vincularlas a complicaciones infecciosas/mecánicas e iniciar distintos ciclos de mejora.

FALLAS IDENTIFICADAS POR VARIABLES DE CUIDADO DE ACCESOS VENOSOS PERIFERICOS		
	N	%
1.1 El sitio del acceso periférico presenta eritema, exudado.	4	4,21
1.2 El Tegaderm de fijación se encuentra húmedo, despegado, o no cubre correctamente el punto de inserción.	23	24,21
1.3. El sistema de administración (guías y conexiones) se encuentran con rotura, oclusión o presencia de sangre dentro o fuera.	14	14,74
1.4. Las conexiones se encuentran con sus respectivas tapas.	14	14,74
1.5. El acceso periférico se encuentra rotulado con la fecha de colocación.	40	42,11

FALLAS IDENTIFICADAS POR VARIABLES DE CUIDADO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES		
1. SITIO DE INSERCIÓN	N	% TOTAL DE FALLAS
1.1. Presenta eritema, exudado o lesión de piel en el sitio del AVC.	3	1,35
1.2. El Tegaderm de fijación se encuentra húmedo, despegado, o no cubre correctamente el punto de inserción.	36	16,14
1.3. Se tiene presencia de sondas u otro sistema atravesando por encima del sitio de colocación del acceso.	13	5,83
1.4. Se encuentra rotulado de la fecha de cuando se realizó el último cuidado.	38	17,04
1.5. Presenta puntos de fijación en buen estado y completos.	7	3,14
2. CVC		
2.1. Todos los lúmenes se encuentran funcionales, con buen retorno.	3	1,35
2.2. Los lúmenes se encuentran con rotura, o presencia de sangre dentro o fuera.	13	5,83
3. GUIAS Y CONEXIONES		
3.1. Las conexiones se encuentran con sus respectivas tapas.	3	1,35
3.2. Las guías y las conexiones se encuentran sin presencia de sangre dentro o fuera.	30	13,45
3.3. Las guías de administración cuentan rotulo en el macro gotero con la fecha inicio de uso.	48	21,52
3.4. Las preparaciones cuentan con rotulo de fecha/hora de preparación del fármaco administrado.	16	7,17
3.5. Se realiza cambio del sistema de administración en promedio ≤ 5 días.	5	2,24
3.6. Las guías y conexiones se encuentran en mismo lado que bombas de infusión; no se encuentran entrelazadas.	8	3,59

0465 ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN SISTÉMICA MEDIA POR TÉCNICA DE OCLUSIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR Y ANÁLISIS DE SUS DETERMINANTES

S RODRIGUEZ CALIX(1), JC PENDINO(1), JI IBARZABAL(1), F FIORILLI(1), WD SACCHI(1), LR BETTINI(1), V TORRES(1)
 (1) Provincial Centenario

La presión sistémica media (PSM) es un determinante del retorno venoso con desconocido valor en pacientes críticos. Se realizó un estudio prospectivo en 55 pacientes que ingresaron por shock, postoperatorio y otros diagnósticos monitorizados con catéter arterial radial y en posición supina.

Objetivos: Identificar los determinantes clínicos de la PSM medida a los 55" (PSM 55"), describir una técnica de medición y evaluar si existe diferencia en la medición de la PSM a los 35" y 55".

Resultados: Se registraron 55 pacientes (137 mediciones de PSM) de 267 internados entre enero y mayo de 2023. Los valores promedio de PSM 55" (mmHg) de cada motivo de ingreso fueron: shock 23,8, post operatorio 23,2, otros 27,3 ($p=0,63$). El APACHE fue de 15,3 +/- 8,7. Los valores promedios basales de PSM 35" y 55" presentaron correlación de 0,98 ($p < 0,001$), al igual que los valores de PSM en las mediciones repetidas (Correlación= 0,96; $p < 0,001$). La variable PSM 55" presentó distribución anormal. Se aplicó test estadístico para normalización y se obtuvo la variable modificada PSM 55"* ($p=0,065$). Se consideraron variables relacionadas significativas con valores $\alpha \leq 0,20$. Las variables determinantes del valor de PSM 55"* fueron: presión diastólica (PAD) ($p=0,026$) y presión venosa central (PVC) ($p=0,003$).

Conclusiones: La técnica resultó reproducible. Los valores de PSM35" y PSM55" se correlacionaron entre los diferentes tiempos de medición ($p < 0,001$). Los valores promedio de PSM en los grupos categorizados como APACHE ≥ 15 , PVC ≥ 5 mmHg, Noradrenalina $\geq 0,3$ gammas y Protocolo Vexus positivo presentaron tendencia

de valores más altos cuando dichas variables resultaron mayores sin significancia estadística. PVC y PAD resultaron determinantes de la PSM 55. La primera podría reflejar parcialmente el estado de la volemia y la PAD puede reflejar el tono simpático o efecto de vasoconstrictores. La dinámica de la PSM es compleja y multivariable. Representa un estudio de cohorte reducido, unicéntrico y con motivos de internación distintos. Se necesitan mayores estudios para analizar determinantes de la PSM.

0466 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS EN VARÓN JOVEN SECUNDARIO A TRAUMA ENCEFALOCRANEANO

CA EHLICH ISRAILEV(1), MDLA MORENO(1), HM PAZ(1), ME DE HARO(1), PS LAZARTE(1)
 (1) Angel Cruz Padilla

Introducción: El síndrome de Takotsubo se presenta en la mayoría de los casos en mujeres perimenopáusicas, aunque se destaca en un reciente estudio internacional multicéntrico que en los hombres tiene mayor morbilidad.

Presentación del caso: Paciente de 22 años con antecedentes de consumo de drogas ilícitas, ingresa cursando TEC leve potencialmente grave Score Marshall II / LOE en TC Encéfalo (Hematoma subdural fronto-temporal derecho y HSA postraumática). Evoluciona con deterioro del sensorio, anisocoria derecha y control imagenológico con aumento de HSD y desviación de línea media por lo que se realiza evacuación más craneotomía descompresiva. Se deriva a UCI en postoperatorio inmediato con inestabilidad hemodinámica por lo que se instaure reanimación guiada por metas asociadas a medidas de neuroprotección. Progresa a shock refractario (requerimiento de asociación de vasopresores en altas dosis y escasa respuesta a expansión plasmática) por lo que se coloca monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo (EV1000 con sensores VolumeView / Presep) constatando patrón de shock mixto cardiogénico y vasopléjico. Se objetiva en ETT deterioro severo de la función sistólica con bajo gasto asociado a hiperquinesia de segmentos basales y aquinesia apical, hallazgos compatibles con miocardiopatía por stress debido a neurocardiodisfunción; por lo que se inicia tratamiento inotrópico con discreta mejoría inicial pero posterior disminución de vasopresores los días subsiguientes. Control ecocardiográfico ocho días post ingreso con recuperación de función sistólica, por lo que suspende drogas inotrópicas requiriendo bajas dosis de vasopresores por lo que se retira monitoreo invasivo. Intercurrencias evolutivas: diabetes insípida, fiebre persistente de origen central, crisis disautonómicas; resultando en daño neuronal extenso incapacitante a su egreso de cuidados críticos (mejor GCS=7/15 con necesidad de traqueostomía y gastrostomía).

Discusión: La miocardiopatía por stress es una disfunción apical transitoria con descripción en la literatura por primera vez en el decenio de 1990. Es infrecuente pero potencialmente mortal en pacientes jóvenes post injuria física o psíquica súbita e intensa, especialmente orgánica.

Conclusión: En los reportes bibliográficos de Takotsubo Secundario aparecen causas neuroquirúrgicas en contexto de eventos cerebrovasculares y trauma raquímedular, por lo cuál debe ser considerado en los pacientes críticos de un hospital de elevada complejidad, en especial referentes de neurointensivismo y neurotrauma.

0467 REQUERIMIENTO DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES CON INTERRUPCION VOLUNTARIA DE EMBARAZO INTRAHOSPITALARIA

M SINGH(1), A BALBUENA(1), S GRAMAJO(1), ML DILASCIO(1)
 (1) Hospital Del Carmen

Introducción: La interrupción voluntaria del embarazo es el derecho a decidir y acceder a la interrupción del embarazo hasta la semana catorce inclusive, después de ese plazo. Para acceder es necesario la sola expresión de voluntad y la firma del consentimiento informado

donde se manifiesta haber decidido en forma independiente, conociendo todas las posibilidades y riesgos, interrumpir el embarazo. No todas las provincias tienen la posibilidad de facilitar el acceso a IVE.

Objetivos: Determinar la incidencia de ingreso a terapia intensiva en pacientes que solicitaron IVE en el Hospital del Carmen, en San Jose de Metan en los periodos de abril del 2021 a mayo 2023.

Materiales y Metodos: Estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal. Se revisaron 186 historias clínicas, se evaluó la necesidad de internación en terapia intensiva, y la edad gestacional según ecografía. Resultados: se atendieron un total de (n=186), con edades entre 14 y 44 años, media de edad de 26,93 años. La edad mas frecuente de solicitud de IVE fue rango entre 21-30 años con 57.01%. La causa mas frecuente de la solicitud fue la económica en 47%. La media de edad gestacional fue 7.88 semanas. La mortalidad de los pacientes con IVE intrahospitalaria fue del 0% así como la internación en terapia intensiva fue del 0% (p 0.00001).

Conclusión: La interrupción del embarazo es un procedimiento seguro que cuando se realiza de forma intrahospitalaria y asociada a controles no implica mayores complicaciones.



0468 SINDROME DE PERCHERON - INFARTO TALAMICO BILATERAL SINCRONICO

P ZULETA CHAMBI(2), A BONILLA ROMERO(1), CL HUAYTA VASQUEZ(2), P MARTINEZ MENDEZ(2), L KUMAR(2), E QUIPE(3)

(1) Hospital Del Trauma Dr Fecerico Abete. (2) Hospital Del Trauma Dr Federico Abete. (3) Tapia

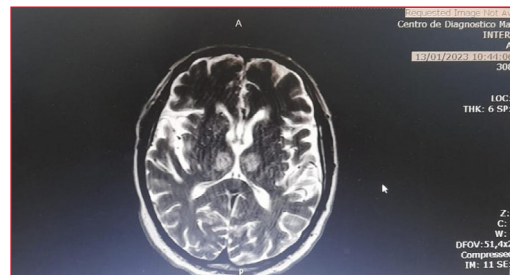
Introducción: El síndrome de Percheron o infarto talámico bilateral sincrónico se considera una entidad infrecuente, representando sólo el 0.6% de los primeros episodios de accidente cerebrovascular. Los trastornos del nivel de conciencia, oculomotores y cognitivo-conductuales constituyen la tríada de presentación típica.

Presentación del caso: Paciente masculino de 69 años, antecedentes de hipertensión arterial, tabaquista severo, prostatectomía por cáncer de próstata, presenta clínica de 48 hrs caracterizado por desorientación y alteración visual que evoluciona a las 24 hrs con mayor deterioro neurológico, anisocoria, midriasis derecha miosis izquierda, presenta a su ingreso vómitos y no protección de vía aérea, evolución torpida Glasgow 3/15, requiere de asistencia ventilatoria invasiva, se realizan imágenes, TC de encéfalo: imagen hipodensas en ambos núcleos talámicos que generan signos de edema, TC de tórax: leve consolidación asociado a broncograma aéreo posible broncoaspiración, intercurrido con hipertensión arterial, requiriendo de drogas titulables, evoluciona con pupilas intermedias, reversión de anisocoria, se realiza resonancia magnética de encefalo RMN: imagen en T2 y FLAIR imagen hiperdensa talámica bilateral, Doppler de vasos de cuello: con flujos y velocidades conservadas, descartando causa cardioembólica con ECG ritmo sinusal, con buena evolución al tratamiento desde lo neurológico Glasgow 13/15 siendo extubado con cambio de interfaz, presento secuela de afasia de expresión, sin foco motor.

Discusión: Los criterios para su diagnóstico son fundamentalmente imagenológicos y se documentan en la RMN de encéfalo, evidenciándose restricción de la difusión en ambos tálamos con o sin afectación meníngea.

Conclusión: Las manifestaciones del síndrome de Percheron son

variadas, la triada clásica consiste en parálisis de la mirada, alteraciones de la memoria y coma. La etiología más común es cardioembólica. La presentación poscinecorangiografía es rara y hay pocos casos descritos en la literatura. La Resonancia magnética es fundamental para caracterizar el cuadro. Ello explica la dificultad diagnóstica y la probable infraestimación de su frecuencia.



0469 ACV POR VASCULITIS

AY BRAÑEZ TORO(1), J GUTIERREZ(1), AL LUZZI(1), J LESCANO(1)

(1) Sanatorio Mendez.

Introducción: La Vasculitis de Células Gigantes, es un trastorno inflamatorio crónico de vasos de mediano y grande calibre. Su incidencia aumenta a partir de 50 años, más en mujeres y raza blanca. La inflamación arterial provoca hiperplasia intimal que conlleva estenosis y oclusión vascular, la incidencia de ictus por vasculitis de CG es de 1/ 100.000 hab. Lo que representa un diagnóstico infrecuente entre los infartos de etiología inhabitual. Para el diagnóstico de la arteritis de CG es necesario la combinación de datos clínicos y estudios complementarios, como ecografía Doppler y la resonancia magnética, así como la biopsia de arteria. El tratamiento inicial son corticoides a dosis altas. En este reporte de caso describimos ictus por vasculitis de CG y revisamos las manifestaciones clínicas, los criterios diagnósticos y tratamiento.

Caso clínico: Paciente femenina 52 años con antecedentes de B14, cardiopatía. Presenta visión borrosa, hemiplejía izquierda 36 horas de evolución. Ingres a GE con deterioro del sensorio Glasgow 7/15 requiere AVM. Se realiza RM DWI positiva y caída en ADC cápsula interna y frontoparietal derecho. Examen físico, hemiplejía izquierda FBC derecho.

Ingres a UCI con diagnóstico ACV isquémico fuera de ventana. Pesquisa, Laboratorio relevante VSG aumentado. Evolucion a 48 horas con convulsión, se realiza Tomografía que evidencia micro-sangrado temporal, EEG sin actividad epiléptica, AngioResonancia informa engrosamiento-refuerzo de pared vascular sugestivo de vasculitis.

En decisión conjunta con Reumatología se indica Deltisona 1 mg/kg/día.

Evolucionó con mejoría clínica, se decide su pase a sala de Rehabilitación.

Discusión: El ACV por Vasculitis de CG es infrecuente.

Su patogenia no se conoce por completo, involucran respuesta in-

natas y adaptativas, infiltración vascular y lesión de fibras elásticas en capa muscular arterial. Generando remodelación, hiperplasia íntima y oclusión vascular.

El Diagnóstico es combinación de datos clínicos; laboratorio parámetros inflamatorios elevados (PCR-VSG), Ecodoppler, Angioresonancia, PET-CT; Biopsia arterial. El tratamiento está recomendado por American College of Rheumatology con corticoides dosis altas. En pacientes con mayor riesgo de efectos adversos a glucocorticoides, se sugiere agregar tocilizumab. El Metotrexato se puede usar como alternativo para pacientes que no pueden usar tocilizumab.

0470 TROMBOSIS DEL SENO CARVENOSO BILATERAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. REPORTE DE CASO

S CACERES(1), L GONZALEZ(2), MDLM NANO(2), E VELASQUEZ LOPEZ(2), ME IBARRA(2), C VARGAS(2), L DOLDAN(2), J VIDELA(2), N CHACON(2), Y LAMBERTO(2), C DOMINGUEZ(2), R GREGORI SABELLI(2), P SAUL(2), E CUNTO(2)
(1) Muñiz. (2) Hospital Muñiz

Introducción: La trombosis séptica del seno cavernoso (TSSC) es una complicación muy rara de las infecciones faciales comunes, sobre todo por forúnculos nasales (50%), sinusitis esfenoidal o etmoidal (30%) e infecciones dentales (10%). Los patógenos más habituales son Staphylococcus aureus (70%), seguido por especies de Streptococcus. El diagnóstico se confirma mediante tomografía axial computada (TAC) o resonancia nuclear magnética y cultivos. El tratamiento consiste en antibióticos endovenosos y anticoagulación.

Presentación del caso: Hombre de 22 años que consulta por fiebre, cefalea holocraneana 10/10, disminución de la audición de oído derecho, vómitos, diplopía y proptosis ocular de 48 horas de evolución. Antecedente reciente: forunculosis en mejilla derecha. Ingresó a cuidados intensivos con diagnóstico reciente de HIV, deterioro del sensorio (Glasgow 9/15), celulitis en región malar derecha que compromete ambas orbita. Se realizó análisis clínicos (tabla N°1). Se aísla en hemocultivos 2/2 y líquido cefalorraquídeo (LCR) Staphylococcus aureus metilicilino resistente. Requiere ventilación mecánica (VM) desde su ingreso.

Se realizó doppler de vasos de cuello y angioTAC de cerebro y macizo facial (Fig N°1): trombosis suboclusiva del seno cavernoso izquierdo, senos sigmoideos y segmento adyacente de la vena yugular derecha e izquierdos con trombosis oclusiva total. Distensión de las venas oftálmicas en ambas órbitas secundaria a aumento de la presión venosa. Tratamiento: meropenem, vancomicina, rifampicina y enoxaparina. Continúa en estado crítico al 8° día de internación.

Discusión: La TSSC describe un proceso tromboflebitico de venas intracraneales de etiología infecciosa. Los nervios craneales III, IV, VI y ramas del V, discurren adyacentes al seno cavernoso y se afectan a menudo en la trombosis del seno cavernoso. Puede presentar complicaciones como meningoencefalitis, absceso cerebral, accidente cerebrovascular, ceguera e insuficiencia hipofisaria. En el caso se descartó etiología micótica

Conclusión: La TSSC tiene elevada mortalidad y de difícil abordaje terapéutico. El seno cavernoso es el que con mayor frecuencia se infecta y se trombosa. La importancia de este caso radica en alertar sobre esta enfermedad poco frecuente dado que se necesitan métodos de mayor complejidad para su diagnóstico y tratamiento.

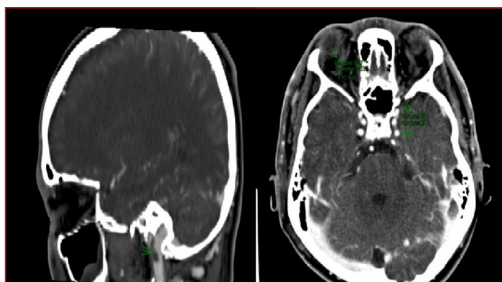


Tabla 1. Análisis clínicos del paciente con TSSC (ingreso)

Análisis	Valores hallados	Valores de referencia
HEMATOCRITO	36	40,7-50,3%
HEMOGLOBINA	12,4	12,3-17,5 g/l
PLAQUETAS	139	150-409/ μ l
G.BLANCOS	14200	6000-10000/ μ l
LINFOCITOS	2,1	20,5-46%
T.PROTROMPINA	62	70-120%
RIN	1,30	0,8-1,2
KPTT	16 segundos	20-40 segundos
GLUCEMIA	140	70-110 mg/dl
UREA	17	10-50 mg/dl
CREATININA	0,62	0,70-1,40 mg/dl
SODIO	132	135-145 mEq/dl
POTASIO	3,5	3,5-5 mEq/dl
CLORO	97	98-108 mEq/dl
TGO	52	0-38 UI/L
TGP	12	0-41 UI/L
CPK	653	26-308 UI/L
LDH	433	Hasta 250 UI/L
LIQUIDO CEFALORRAQUIIDEO		
COLOR	Incoloro	Incoloro/cristal de roca
GLUCORRAQUIA	49 mg/dl	50-80 mg/dl
PROTEINORRAQUIA	254 mg/dl	15-40 mg/dl
CELULARIDAD	1 célula	0-5 células/mm ³

0471 ASPERGILOSIS CUTANEA SECUNDARIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE REPORTE DE UN CASO

S ABALOS(2), D PANTOJA(1), R BURGOS PRATX(1), C NIEVA(1), F MARTINEZ(2)

(1) Hospital Materno Infantil Dr. Hector Quintana. (2) Hospital Materno Infantil Dr. Hector Quintana

Introducción: La aspergilosis es una enfermedad infecciosa producida por hongos del género Aspergillus. Las especies que comúnmente producen enfermedad son A. fumigatus, A. flavus. Se desarrollan en el suelo, el agua y los vegetales en descomposición. Pueden colonizar las vías respiratorias, tracto gastrointestinal y conducto auditivo en personas sanas. Las formas cutáneas de aspergilosis primaria o secundaria son infrecuentes y se presentan por lo general en individuos inmunodeprimidos de cualquier edad. En los niños, las patologías asociadas son las leucemias y los linfomas.

Caso clínico: Paciente de 1 año de edad con enfermedad de Prader Willi, se interna en clínica médica por enfermedad de 5 días con fiebre y diarrea, al tercer día de internación presenta PCR con RCP de 20 min. Ingresó a UCIP grave, en shock séptico, FOM, con disfunción cardiovascular severa requiriendo levosimendan con FA de 15, SDRA con necesidad de VAFO y ventilación con PEEP alta, CID con lesiones de purpura fulminans en región fronto parietal, zona anterior del cuello, parte posterior de torax y en miembros inferiores. Evolución tórpida con fiebre persistente, cumpliendo múltiples esquemas antibióticos sin recate de gérmenes, Corticoides prolongado, persistencia de cuadro respiratorio requiriendo TQT por ventilación invasiva prolongada. Las lesiones purpúricas evolucionaron a úlceras profundas con bordes violáceo y centro necrótico. Requiriendo desbridamiento quirúrgico, biopsia con cultivo positivo para Aspergillus, se inicia tratamiento combinado con Anfotericina B, Boriconazol, TAC pulmonar infiltrado algeodono bilateral. Fondo de ojo normal. Galactomanano negativo. Buena evolución clínica, se realiza destete respiratorio, las lesiones cutáneas mejoran progresivamente con tratamiento médico quirúrgico local.

Discusión: La aspergilosis cutánea puede ser primaria o secundaria. La primaria ocurre por inoculación directa en la piel, asociada a lesión local (inserción de catéteres intravenosos contaminados, quemaduras, heridas quirúrgicas o piel macerada bajo apósitos), la forma secundaria se produce por diseminación hematogena de la piel desde un foco a distancia, generalmente pulmonar. En pediatría es más frecuente en inmunosuprimidos, aunque puede presentarse en inmunocompetentes, En este caso se destaca la corticoterapia prolongada.

Conclusión: Las lesiones cutáneas intrahospitalarias de evolución tórpida pueden deberse a infecciones por Aspergillus en condiciones

que puedan comprometer la inmunidad



0472 SINDROME HEMOFAGOCITICO SECUNDARIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. REPORTE DE CASOS

S ABALOS(1)

(1) Hospital Materno Infantil Dr Hector Quintana

Introducción: El síndrome hemofagocítico o linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH) es inducido por la activación aberrante y prolongada de macrófagos o células T citotóxicas, es un síndrome derivados de un estado de inflamación severo. Los principales criterios diagnósticos son: fiebre, esplenomegalia, citopenias, hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia, ferritina aumentada, presencia de fenómenos de hemofagocitosis en médula ósea u otros tejidos. Puede clasificarse en LHH primaria o familiar (aparición en la primera infancia) y LHH secundaria, que puede aparecer en el curso de enfermedades infecciosas, virus de Epstein Barr (VEB) como agente más frecuente, neoplasias y autoinmunidad. La incidencia es desconocida, y la supervivencia depende del diagnóstico en la primera semana de evolución y del inicio precoz del tratamiento. El tratamiento debe frenar la respuesta inmunológica descontrolada.

Análisis Casos: Se analizaron 5 pacientes desde diciembre de 2021 a Diciembre 2022 de 3 años a 12 años de edad internados en UCIP hospital Quintana, 4 mujeres, 1 varón. 3 pacientes con antecedentes de trastorno General del Desarrollo, todos eutróficos, vacunas completas incluyendo SARSCOV-2. Todos ingresaron grave a UCIP con shock séptico FOM, foco respiratorio en 4 niños, Fallo hepático en 1. En la evolución cumplieron criterios para Síndrome Hemofagocítico: Fiebre 100%, Ferritina (> 500 ng/mL) aumentada 100%, citopenia con compromiso de dos series todos los pacientes, Hipertrigliceridemia (> 265 mg/dL) 80%, Hipofibrinogenemia 60%, Esplenomegalia 30% hemofagositos en Medula ósea todos los pacientes, En 3 niños la LHH fue secundaria a infecciones: VEB, SARS COV 2, Pneumococo, 1 niña secundaria a Lupus debut, no se pudo determinar etiología de Neumonía en 1 paciente. Mortalidad en 3 pacientes, dos por disfunción ventricular y arritmia. 1 por SDRA con Neumotorax. Todos los pacientes recibieron tratamiento específico, Gammaglobulina y Dexametasona, 1 paciente recibió además Etoposido. Se realizó tratamiento soporte y de las causas Los sobrevivientes en seguimiento con Hematología.

Discusión: Coincidiendo con la literatura, los casos de LLH reportado fueron secundario a causas virales mayormente, sintomatología de instauración progresiva. Se destaca la alta prevalencia de casos, como también la letalidad de la enfermedad pese al diagnóstico oportuno.

Conclusiones: Se requiere alta sospecha diagnóstica para ofrecer tratamiento oportuno.

0473 BROTE DE DENGUE 2023 EN PEDIATRIA, POLISEROSITIS UNA DE SUS PRESENTACIONES MAS GRAVE EN ORAN - SALTA

LC ZABALA(1), X REYNOSO(1), F CAMPOS(1), J CORBALAN(1), J ENRIQUEZ(1), P GASPAR(1), V OLIVERA(1), R QUIROGA(1), S TAPIA(1)

(1) H.p.san Vicente De Paul

Introducción: La presentación de dicho reporte, se debe a que todos los años en Oran tenemos brote de DENGUE en los periodos febrero-mayo, pero este año fue muy elevada la incidencia de casos con POLISEROSITIS, los cuales requirieron internación por tiempo prolongado, con diferentes complicaciones en su estadía, lo que genero un colapso en el sistema de salud.

Presentación: Los pacientes analizados, fueron 15, el criterio de internación fue DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA, la mayoría fueron varones de diferentes edades (1mes-13años), Los síntomas más frecuentes, fiebre, dolor abdominal, vómitos, diarrea, dificultad respiratoria, melena, epistaxis, y edemas. Los métodos complementarios laboratorio: leucopenia<2000, trombocitopenia<5000, GOT>1000, GPT>800, LDH>5000, serologías NS1, IgM, PCR, serotipo D2, cultivos en pacientes que se sospechaba cuadro bacteriano, RX de tórax normal, ecografías donde se confirma la SEROSITIS (derrame pleural bilateral, liquido en cavidad abdominal, y derrame pericárdico). En el tratamiento recibieron medidas de sostén respiratorio: ARM, oxígeno por mascara y cánula nasal, hidratación, protector gástrico, antieméticos, nutrición parenteral y antibióticos solo en 2 pacientes. En cuanto a la evolución, solo 1 falleció, y el resto tuvieron lenta recuperación, varios días de internación sin ninguna complicación.

Conclusión: El DENGUE es una patología endémica en nuestra zona, a la que estamos habituados a tratar, pero este año se presentaron varios casos de DENGUE CON SIGNO DE ALARMA, con un aumento en la incidencia de casos con POLISEROSITIS, lo que nos obligo a reformular nuevos protocolos de tratamiento y seguimiento. Implementado controles ecográficos al ingreso y cada 48hs.



0474 TERAPIA NUTRICIONAL AVANZADA EN PACIENTE CON HIPOGLUCEMIA REFRACTARIA Y POSTOPERATORIO COMPLICADO DE PANCREATECTOMÍA TOTAL

E BETTANCOURTH(1), A FUENTES(1)
(1) Hospital Dr. Arturo Oñativía

Los tumores neuroendocrinos pancreáticos tienen una incidencia baja de 1 a 5 por cada millón de personas/año y una prevalencia del 0,5% al 1,5%. El tratamiento de estos tumores puede incluir diazóxido, octreotida o glucagón, y en algunos casos resección quirúrgica parcial o total del páncreas.

Se describe el caso de una paciente mujer de 45 años de Bolivia con antecedentes de obesidad y enfermedad de Chagas. La paciente consultó debido a hipoglucemia sintomática, cefalea, mareos y sudoración fría. Inicialmente fue valorada por endocrinología, se estableció la sospecha diagnóstica de insulinoma vs nesidioblastosis. La paciente requirió cirugía pancreática en dos tiempos, primero una pancreatometomía subtotal y luego una duodenopancreatometomía total. El diagnóstico definitivo fue un tumor neuroendocrino pancreático grado I / insulinoma asociado a hiperplasia ductal insular tipo nesidioblastosis.

Durante su internación, la paciente experimentó varias complicaciones, incluyendo hipoglucemias persistentes, una colección intrabdominal e infección en el sitio quirúrgico. Estas complicaciones requirieron una hospitalización prolongada y un tratamiento agresivo con antibióticos y manejo de drenajes.

Debido a estas complicaciones, la paciente tuvo dificultades para tolerar la alimentación oral, por lo que se inició un soporte nutricional especializado. Se le realizó una evaluación nutricional completa y se le prescribió una fórmula parenteral, seguida de nutrición enteral específica para sus necesidades y condición de salud. Además, se realizaron ajustes periódicos en la fórmula y en la velocidad de infusión para optimizar la tolerancia y la ingesta.

Finalmente, la paciente fue dada de alta en condición de salud estable y se estableció un control regular con el equipo médico y nutricional. Su tratamiento nutricional actual incluye un plan alimentario para diabetes gastroprotector con terapia de reemplazo con enzimas pancreáticas, suplementación proteica y insulino terapia en múltiples dosis.

En conclusión, desde el punto de vista nutricional se recomienda mantener la vía oral para alimentación cuando esto no sea posible se deben combinar diferentes estrategias para realizar el aporte calórico proteico correspondiente a fin de evitar la deuda calórica y la desnutrición hospitalaria.

Este caso ilustra la complejidad de abordar las dificultades alimentarias en pacientes con condiciones de salud complicadas, requiriendo la intervención de un equipo multidisciplinario para lograrlo.

0475 ESCALA MRC DE CUATRO PUNTOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEBILIDAD ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO

M GUTIERREZ CLAS(1), J MARTINEZ GUARNIERI(1), B MARIA FLORENCIA(1), C MARIANA ALEJANDRA(1)
(1) Argerich

Introducción: La debilidad adquirida en la unidad de cuidados intensivos (DAUCI) es un problema clínico muy importante, siendo su diagnóstico un desafío para el equipo de salud. La valoración de la fuerza de los músculos esqueléticos (VFME) a través de la escala Medical Research Council (MRC) de 6 ítems (MRC-6) es la prueba diagnóstica más utilizada. Sin embargo presenta limitaciones, particularmente en su fiabilidad. La fuerza de presión manual medida con dinamometría (HGD) también ha demostrado ser una herramienta válida. Estudios anteriores generaron un nuevo sistema que se basa en una clasificación de 4 grados (MRC-4) y, posteriormente, se estableció un punto de corte para el diagnóstico, presentando

propiedades psicométricas alentadoras.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio es comparar la escala MRC-4 en forma prospectiva con la MRC-6, utilizando la técnica de medición isométrica en pacientes internados en unidades de cuidados intensivos (UCI).

Materiales y método: Estudio de cohorte prospectivo desarrollado en 2 UCI en un hospital metropolitano polivalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Realizado entre los meses de febrero y abril de 2023.

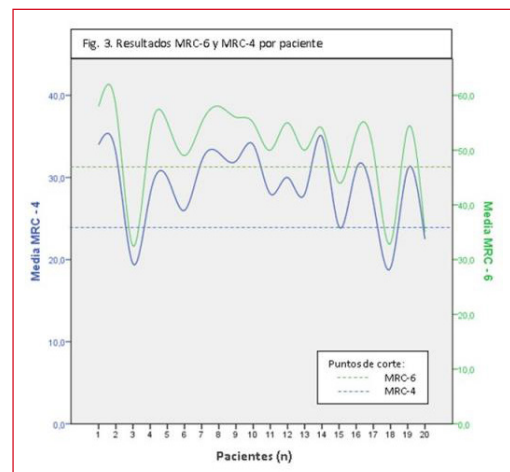
Resultados: Se incluyeron un total de 20 pacientes. En la MRC-6 se obtuvo una mediana de 54.5 (51.5-55.5) para los negativos (n= 16) y de 34.0 (32.7-39.5) para los positivos (n= 4). La MRC-4 expresó una mediana de 31.0 (28-33) y de 19.5 (19.2-21) para los negativos (n= 17) y positivos (n= 3) respectivamente. Comparando con la MRC-6 la exactitud diagnóstica de la MRC-4 arrojó una sensibilidad de 0.75 y una especificidad de 1.0. La HGD obtuvo una media de 20.3 (8.6) correspondiente a los negativos (n= 16) para DAUCI y de 6.3 (3.2) para los positivos (n= 3) con una p= 0.01 y p= 0.001, respectivamente al compararlo con la MRC-4, expresando tanto la sensibilidad como la especificidad un valor de 1.0.

Conclusión: En este estudio preliminar la nueva escala MRC-4 fue efectiva para el diagnóstico de DAUCI, comparable con la escala MRC-6 y la HGD. El análisis de la cohorte completa, determinada por cálculo del tamaño muestral, permitiría validar la escala para nuestra población.

TABLA 1 - Características de los pacientes (n: 20)

Características	Total
Masculino, n (%)	13 (65%)
Edad, media (DE)	48,1 (14,6)
Motivo de ARM, n (%)	
Insuficiencia respiratoria	8 (40%)
Deterioro del sensorio	7 (35%)
Post operatorio	3 (15%)
Paro cardiorrespiratorio	2 (10%)
Días de ARM, mediana (RIQ)	9 (7 - 16)
Días de sedación, mediana (RIQ)	7 (4 - 12)
Uso de BNM, n (%)	1 (5%)
SOFA, media (DE)	9,3 (2,6)
APACHE II, media (DE)	17 (3,3)
CHARLSON, mediana (RIQ)	2,5 (0 - 4)

DE = desviación estándar - RIQ = rango intercuartil (25-75) - ARM = asistencia respiratoria mecánica - BNM = bloqueantes neuromusculares - SOFA = Sepsis related Organ Failure Assessment - APACHE II = Acute Physiology and Chronic Health disease Classification System II



0476 NEUMOPERITONEO POR RUPTURA GÁSTRICA SECUNDARIO A REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

W MONRROY MIRO(1), M OJEDA(1), E BEILMAN(1), V MALISIA(1), F CICCIO(1)

(1) Hospital Municipal De Agudos "dr. Leonidas Lucero" De Bahía Blanca

Introducción: Las maniobras de RCP o intubación endotraqueal salvan vidas. Sin embargo pueden tener complicaciones que si bien son poco frecuentes, pueden ser graves. Mencionamos un caso de complicación de las maniobras de RCP o de la intubación endotraqueal.

Presentación del caso: Mujer de 34 años que ingresa a la unidad de emergencias por intento de autoeliminación (ahorcamiento), fue reanimada por su pareja durante 5 minutos hasta la llegada de la ambulancia. Ingresó con un Glasgow de 5/15 (M3O1V1), mala mecánica ventilatoria, y un llamativo abdomen globoso. Los familiares niegan el embarazo. Se decide SIR (secuencia de intubación rápida) con 2 intentos fallidos de intubación esofágica por vía aérea dificultosa. Se realiza E-FAST el cual presenta interposición gaseosa impidiendo la visualización. Luego de laboratorios y test de embarazo negativo, se realiza TAC de cerebro y cervicales la cual da normal y la de tórax evidencia un neumoperitoneo de gran tamaño. Se decide intervención quirúrgica rápida por inestabilidad hemodinámica, encontrándose perforación en la curvatura menor del estómago. Se realiza cirugía reparadora.

Discusión: Se plantean distintas hipótesis sobre la causa de la lesión. Se realiza búsqueda bibliográfica donde se reportan otros casos producidos por malas maniobras de RCP, o por intubación esofágica y mal uso de la bolsa de resucitación.

Conclusión: Aunque el Neumoperitoneo masivo secundario a maniobras de RCP y/o IOT es una complicación rara de esta técnica, dada su gravedad y mala evolución clínica, es necesario educar y formar tanto al personal sanitario, como al no sanitario en el correcto desarrollo de este procedimiento para prevenir su aparición.

0477 COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL USO DEXAMETASONA VERSUS PULSOS DE METILPREDNISOLONA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE POR COVID-19

M OLMOS(2), HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, M ESPERATTI(1), A MIRANDA TIRADO(2), HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, ME GONZÁLEZ(1), H KAKISU(2), HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, J SUAREZ DÍAZ(2), HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, L STEIN(2), HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, I SANTOMIL(2), HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD, N FUENTES(1)

(1) Escuela Superior De Medicina. (2) Servicio De Cuidados Intensivos. (3) Hospital Privado De Comunidad

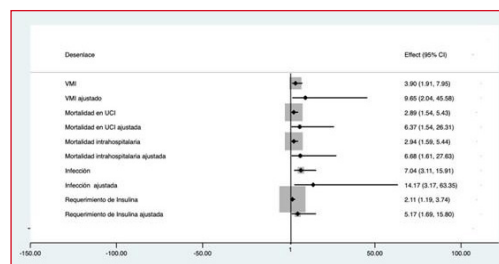
Introducción: El uso de dexametasona (6 mg/día) es un tratamiento estándar para la insuficiencia respiratoria asociada a Covid-19. El

uso de pulsos de metilprednisolona (MPDN) fue considerada como opción de tratamiento durante la pandemia aunque su efectividad no fue evaluada rigurosamente. El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de los MPDN comparado con el uso de dexametasona en pacientes con insuficiencia respiratoria grave (IRG) por Covid-19.

Métodos: En un estudio de cohorte prospectivo fueron incluidos pacientes adultos no ventilados con COVID-19 e IRG (PaO₂/FiO₂ <200mmHg., o FR>30 más la utilización de músculos accesorios), tratados con O₂ terapia mediante cánula de alto flujo. Se compararon los grupos expuestos a dexametasona versus MPDN (250mg/d, 3d, seguidos del uso de dexametasona) durante el período julio 2020-septiembre 2021 en el ámbito de Unidades Cerradas de un Hospital Privado. Se evaluaron desenlaces clínicos relevantes: a) Primario, requerimiento de VMI; b) Secundarios, mortalidad en Unidad de Cuidados Intensivos, hospitalaria y al día 28; c) Desenlaces de seguridad (metabólicos, infecciones nosocomiales y sangrado digestivo). Se utilizó un enfoque de ponderación de probabilidad inversa (IPW-propensity score) para controlar el sesgo por indicación. Adicionalmente se realizó un ajuste por potenciales confundidores que quedaron desbalanceados (enfoque doble robusto).

Resultados: Durante el período del estudio se incluyeron 328 pacientes, 100 fueron expuestos a dosis estándar de dexametasona y 228 a pulsos de MPDN. Las características basales de la población se muestran en la tabla 1. La mayoría de las características quedaron balanceadas luego del IPW. Luego del IPW y del ajuste adicional por otras variables, la exposición a MPDN en pulsos se asoció a un aumento del riesgo de requerimiento de ventilación mecánica (OR 9.65, IC95=2.04-45.58), mortalidad en UCI (OR 6.37, IC95=1.54-26.31), mortalidad intrahospitalaria (OR=6.68, IC95=1.61-27.63), infección intrahospitalaria (OR 14.17, IC95=3.17-63.35) y de requerimiento de insulina (OR 5.17, IC95=1.69-15.80) (fig.1).

Conclusión: En pacientes no ventilados con Covid-19 e insuficiencia respiratoria grave el uso de metilprednisolona se asoció a un aumento del riesgo de eventos adversos clínicos relevantes.



	Tratamiento estándar (n=100)	Pulsos de Metilprednisolona (n=228)	Valor de p
Edad, mediana (p25-75)	61 (48-73,5)	63 (51-72)	0,92
Sexo femenino, n(%)	35 (35)	64 (28,07)	0,21
Comorbilidad respiratoria, n(%)	17 (17)	55 (24)	0,15
Tabaquismo, n(%)	15 (15)	13 (6)	<0,001
Comorbilidad cardiovascular, n(%)	36 (36)	146 (64)	<0,001
Comorbilidad renal, n(%)	6 (6)	11 (4,2)	0,66
Comorbilidad Hepática, n(%)	3 (3)	11 (4,2)	0,45
Comorbilidad neurológica, n(%)	2 (2)	14 (6,14)	0,11
Diabetes, n(%)	36 (36)	51 (22,4)	0,01
Hipertensión, n(%)	45 (45)	112 (49,1)	0,49
Inmunosupresión *, n(%)	6 (6)	9 (4)	0,41
BMI, mediana (pp25-75)	30 (27-35)	30 (28-34)	0,94
APACHE, mediana (p25-75)	11,5 (8-17)	17 (14-20)	<0,001
SOFA, mediana (p25-75)	4 (3-4)	4 (3-5)	0,28
TC SCORE, mediana (p25-75)	12 (9-17)	16 (11-20)	<0,001
PaO2/FiO2 basal, mediana (p25-75)	159 (116-201)	106 (88-157)	<0,001
PCR mg/dl, mediana (p25-75)	12 (6-19)	11 (6-20,5)	0,96
SpO2/FiO2 basal, mediana (p25-75)	141 (106-305)	136 (130-141)	<0,001
ROX basal mediana (pp25-75)	7 (5-14)	6 (5-7)	<0,001
Días desde inicio de síntomas, mediana (p25-75)	7 (4,5-10)	10 (7-12)	<0,001
Días de O2 terapia previa, mediana (p25-75)	1 (0-2)	1 (0-2)	0,64
Ola, n(%)	1ra	87 (87)	51 (22) <0,001
	2da	13 (13)	177 (77)
Posición prona vigil >6h/día, n(%)	63 (63)	145 (64,5)	0,490
Tratamiento antibiótico, n(%)	51 (51)	14 (6)	<0,001
Vacunación, n(%)	5 (5)	53 (28)	<0,001

ÍNDICE DE AUTORES

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
A					
Abalos, S	471	Cáceres, JJ	394	Feldman, A	37
Abalos, S	472	Caceres, S	470	Feldman, A	141
Abbate, MM	144	Campos, AR	215	Fernandez Abello, V	261
Acosta, DP	230	Canchila De La Espriella, AE	96	Fernandez Ceballos, I	184
Acosta, DP	359	Canedo Bermudez, AB	9	Fernández Ceballos, I	277
Acosta, P	97	Capdevila Vicente, GL	383	Fernandez, MO	67
Acosta, P	98	Capriles, M	193	Fernández, SL	464
Acosta, P	100	Capriles, MS	249	Ferrero, A	314
Alcoba Quiroga, M	375	Carballo Orozco, R	154	Figuerola, IJE	195
Aliscioni, A	79	Carboni Bisso, I	143	Flores Sempertegui, A	436
Alvarez, J	64	Cardonatti, MG	17	Flores Trusso, L	187
Antelo, A	45	Carrizo, FC	278	Fraire, R	412
Antik, A	300	Castillo, A	424	Fraire, R	416
Anton Llado, MP	197	Castillo, LI	109	Fuentes Godoy, LM	222
Antoniow, LJ	206	Castro Leon, KA	272	Funes Nelson, N	42
Arancibia, F	147	Castro Mangui, FA	174	Funes Nelson, N	53
Arch, A	27	Cattaneo, T	3	Funes Nelson, N	55
Argana Montan, W	270	Cervantes Contreras, MC	75	Furlotti, A	107
Arias Lopez, MDP	316	Cervantes, HF	182	Furlotti, A	131
Armándola, HA	29	Chauque, MH	77	G	
Artigas, E	157	Chediack, V	156	Gamarra, LSN	289
Artigas, E	370	Chelli, F	408	Garachana, M	228
Artigas, ME	78	Chiappero, G	255	Garaña, MV	115
Astrada, P	66	Cieri, CSA	358	Garavelli, F	235
Ayala, M	31	Cittadini, J	130	Garay, G	68
B					
Bais Arjona, MAI	367	Coca Salazar, A	315	Garcia Gonzalez, MB	396
Baladini, C	378	Cocomello, BV	58	García Sarubbio, M	409
Banegas, A	384	Coldani, EE	362	García Urrutia Inchaustegui, JA	276
Baquerizo, A	452	Corona, M	297	García Valdez, J	354
Bargagna, M	36	Cozzi, M	322	García, G	280
Bautista, D	82	Cruz Muñoz, I	221	Gardeazabal Rospilloso, MR	411
Beilman, ME	387	Cruz, M	92	Garlisi, C	208
Bejarano, MB	342	Cunto, E	404	Garlisi, C	211
Bellone, E	390	Cyunel, M	318	Garrido Funes, R	427
Benavides Mariño, SS	392	Cyunel, M	352	Garrido, AE	308
Berdiñas Anfuso, M	10	D		Garrido, AE	309
Bergoglio, T	132	De La Rosa, L	70	Garro, S	1
Bernachea, J	351	Deforel, ML	22	Garzon, DV	307
Bernasconi, JM	447	Di Grazia, M	344	Gasparotti, S	186
Beroiza, C	457	Diaz Carro, KMB	361	Gasparotti, S	241
Bertorello Andrade, L	159	Diodati, S	226	Gasparotti, S	269
Betancur, MA	355	Discepola Duet, C	328	Giannoni, R	423
Bettancourth, E	474	Discepola, C	239	Gonzabay Campos, AMP	8
Bezzi, L	353	Dominguez, CV	271	Gonzales, E	38
Bianchi, A	212	Donati, P	164	Gonzales, L	363
Blanco, GE	401	Donati, P	165	Gonzalez Anaya, J	237
Boaglio, A	414	Dorado, J	403	Gonzalez Anaya, J	265
Boazzo, ME	298	Duran, LG	456	Gonzalez Sanchez, JD	175
Bonilla Romero, A	453	Durand, M	248	Gonzalez Sosa, AK	54
Bosquiazzo, AC	223	E		Gonzalez, G	192
Botto, M	39	Echarri, MM	429	Gonzalez, J	185
Bragagnolo, R	103	Echenique, G	73	Gonzalez, MB	357
Branco, L	85	Ehlich Israilev, CA	466	Gonzalez, MC	234
Brañez Toro, AY	469	Encina Sanchez, A	32	Gonzalez, MV	41
Brizuela, ER	183	Espinoza, FE	333	Gonzalez, M	327
Broilo, L	200	Espinoza, I	80	Grajeda, M	169
Bujan Molins, L	198	F		Grassi, N	93
Bujan Molins, L	274	Faure, L	167	Gregori Sabelli, R	259
Bureau, PL	433	Feldman, A	23	Gregori Sabelli, R	295
Burgos, M	122			Gregori Sabelli, R	407
				Guaicha, E	204
				Guarnaccia, MC	104

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
Guarnaccia, MC	161	Masso, A	4	Pavlik, E	101
Gutierrez Clas, M	475	Masso, A	6	Paz, E	102
Gutierrez, AN	62	Matinez Mendez, P	458	Peralta, L	443
Gutierrez, FJ	94	Mattei, R	386	Pereyra Zamora, E	171
Gutierrez, FJ	201	Medina, F	138	Perez De Andes, AJ	160
H		Medina, MDC	69	Perez Flores, A	379
Hajdinjak, C	388	Mellino, MA	371	Perez, A	218
Hidalgo Fredez, E	108	Mendez Arrieta, LF	450	Pesce Brochero, L	338
Huayta Vasquez, CL	449	Mendez, G	434	Pettorosso, C	430
Huerta, L	268	Menta, L	46	Piangatelli Ivani, MDC	173
Huespe, IA	291	Meres, B	121	Pipolo, ML	76
I		Meres, B	129	Pirchio, F	146
Illescas, N	385	Milella, EGA	356	Pirchio, F	172
Irazoqui, L	368	Millán, V	294	Pistillo, N	30
Isa, M	302	Minoldo, E	188	Pistillo, N	34
Isa, M	459	Monroy Miro, W	476	Pistillo, N	254
Isla, R	33	Monsalve, F	88	Pratesi, S	317
J		Montenegro, M	440	Pratesi, S	419
Juchany, Y	296	Morales, F	320	Prati, SM	72
K		Morales, L	288	Pratto, RA	398
Kulik, F	86	Morales, ML	275	Pumari, N	442
L		Mosquera Vanegas, WA	5	Pumari, N	461
Lafosse, D	18	Mosquera Vanegas, WA	7	Pumari, N	463
Laipe Quispe, DM	422	Muhlberger, AL	124	Q	
Lamberto, Y	50	N		Questa, N	311
Lamberto, Y	180	Nanni, ME	189	Quintana, S	262
Leales, NB	335	Napoli, S	133	R	
Leveratto, MF	16	Navarro Rey, LA	236	Ramirez Juncos, A	446
Lino Andrade, DM	455	Navarro Rey, L	287	Ramos Oliver, JA	13
Llanos, W	168	Navarro, MA	177	Ramos Oliver, JA	105
Lobo Herrera, R	205	Navia, G	202	Rava, CDR	210
Lobo, VP	140	Navotka, JJ	421	Ressia, M	326
Lobo, VP	281	Nicastro, MI	377	Retambay Liendro, R	439
Lopez Lapira, AE	231	Noemi, M	151	Reyes, V	63
Lopez Palacios, K	420	Nucciarone, MG	321	Ricardo, M	369
López, G	441	Nuñez Llovera, GE	365	Riveros, D	405
Lopipi, A	11	Nuñez, D	81	Rodas Montero, EM	360
Lorca, C	382	Nuñez, D	84	Rodriguez Calix, S	465
Loudet, C	437	Nuñez, D	244	Rodriguez, A	364
Luengo, C	35	Nuñez, D	245	Rodriguez, DA	313
Luengo, C	257	O		Rodriguez, D	251
Lugrin Bellomo, A	418	Ochoa, MJ	59	Rodriguez, V	415
Lupaty, LM	83	Ochoa, MJ	60	Roggensack, D	238
Lupaty, LM	246	Ojeda Flores, LJ	282	Roggiero, C	136
Luques, S	112	Olave Avila, MG	19	Roggiero, C	393
M		Olave Avila, MG	229	Rojas, GV	2
Maceira Spinelli, JI	339	Olazar, E	43	Roselló, DM	111
Maceira Spinelli, JI	340	Olmos, M	477	Ruarte, L	334
Madera Merchán, JJ	40	Olobardi, E	406	S	
Maidana, L	135	Ontiveros, A	428	Sabbatini, MA	336
Maidana, L	402	Otálora Lozano, DA	374	Sagardia, J	417
Marquez, AK	263	Otamendi, M	397	Sakurai, V	341
Martin, F	267	P		Salun, F	170
Martinez Aquino, JM	329	Pablo, A	90	Sanchez, BA	163
Martinez, S	325	Paez, AB	91	Sanchez, C	87
Martini, G	21	Pais, V	227	Sanchez, C	247
Marzoratti, LP	106	Palacio, MC	123	Sanchez, DG	217
Massa, E	176	Palacio, MC	139	Sanchez, MD	126
		Palacio, MC	207	Sanchez, MD	134
		Pardon, J	290	Sanchez, P	284
		Paucar, J	395	Sanchez, P	438

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
Sandoval, G	372	Tamayo, A	155	Violi, D	400
Santagati, N	118	Teves Echazu, A	117	Voss, J	166
Santeyana Cerezo, GY	399	Torancio, C	179	Voss, J	264
Sanz, JL	347			Voss, J	323
Sanz, JL	348	V		Y	
Sequeira, L	209	Valenti Brutti, M	293	Ynsfran, G	283
Simonassi, JI	426	Vargas, MA	432		
Singh, M	460	Vasile, FD	343	Z	
Singh, M	467	Vazquez, MB	332	Zabala, LC	473
Solís, LF	366	Vecchio, G	285	Zalazar, CME	213
Soria, V	220	Vecchio, G	286	Zamora Navas, LA	65
Sotelo, CM	445	Velez Roman, A	26	Zaya, U	15
Souza, G	350	Vence, K	232	Zeballos, VA	292
Spoliansky, M	389	Verges, J	279	Zelada, L	345
Storani, JM	225	Villalba, D	28	Zelada, L	346
		Villalobos, M	310	Zuleta Chambi, P	468
T		Villalobos, M	331		
Talma, RDM	51	Villazón Alcón, PP	57		
Tamayo, A	48	Villegas, J	89		