

RESÚMENES 2013

 **MEDICINA
INTENSIVA**

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

19 al 22 de septiembre de 2013

Hotel Intercontinental – Mendoza – Argentina

23° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

1° Congreso Binacional Argentino-Chileno

**12° Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Cuidados
Intensivos Pediátricos**

14° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

15° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

16° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

9ª Jornada de Bioquímicos en Terapia Intensiva

6ª Jornada de Neonatología en Terapia Intensiva

Organizado por:



www.sati.org.ar

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

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

MEDICINA INTENSIVA

Volumen 30
Número 2
Año 2013



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

E-mail
info@sati.org.ar

Web SATI
<http://www.sati.org.ar>

Web Revista
<http://www.revistasati.com.ar>

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

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMISIÓN DIRECTIVA (2011-2013)

Presidente

Cayetano Guillermo Galletti

Vicepresidente

Néstor Omar Raimondi

Secretaria

Rosa Reina

Prosecretaria

María Cristina Orlandi

Tesorero

Jorge Méndez

Protesorero

Rolando Alfredo Gimbernat

Directora de Publicaciones

Analia Fernández Parolín

Director de Tecnología y Sistemas

Fernando Gabriel Ríos

Vocales Titulares

Fernando Gabriel Baccaro

Victor Manuel Racedo

Rodolfo Eduardo Buffa

Susana del Carmen Saad

Luis Pablo María Cardonnet

Pedro Marcelo Ramos

Mónica Viviana Romero

Jorge Marcelo Prochasko

Vocales Suplentes

Luis Alberto Camputaro

Gustavo Alberto Gheller

Guillermo Adrián Scaglioni

Alejandro Pereyra Sánchez

Claudio Jesús Settecase

Lorena Paola Silva

Viviana Soledad Nicolás

Silvana Svampa

Revisores de Cuentas Titulares

Guillermo R. Chiappero

Alejandro Hlavnicka

Laura Vidal

Revisores de Cuentas Suplentes

José Luis Golubicki

José Lozano

Juan José San Emeterio

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

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: estudio.fernandez.martinez@hotmail.com

[Inicio](#)

[Sesiones de Trabajos
Orales](#)

[Discusión de Posters
Electrónicos](#)

[Posters Electrónicos
sin Discusión](#)

[Resúmenes](#)

[Índice
de Autores](#)



REPRESENTANTES DE COMITÉS CIENTÍFICOS

ACLS

Judith Sagardía

Bioética

Juan Pablo Rossini

Capítulo Bioquímicos

Miriam Pereiro

Capítulo de Enfermería

Luis Perretta

Capítulo de Farmacéuticos

María José Dibo

Capítulo Kinesiología

Nicolás Roux

Capítulo de Veterinarios

María del Carmen La Valle

Certificación y Revalidación

Eduardo Capparelli

Consejo de Investigación

Elisa Estenssoro

CODEACOM - Comité de Acción

Comunitaria

Cayetano Galletti

Departamento de Docencia

Guillermo Chiappero

Departamento de Tecnología y

Sistemas

Fernando Ríos

ECC: Enfermería en Cuidados

Críticos

Sergio Sandes

Editorial

Analia Fernández Parolín

Enfermería Neonatal

Sonia Beatriz Rodas

FCCS

Cristina Orlandi

Gestión, Control de Calidad y Escores

Antonio Gallezio

Infectología Crítica

Carina Balasini

Investigación Clínica

Eduardo San Román

Nefrología y Medio Interno

Alejandro Rizzo Vázquez

Neonatología Crítica

Jorge Tavoynanska

Neumonología Crítica

Mariano Setten

Neurointensivismo

Lilian Benito Mori

Nutrición

Fernando Baccaro

Obstetricia Crítica

Daniela Vasquez

PALS

Myriam Carbone

PFCCS

Rossana Poterala

Patología Crítica Cardiovascular

Jorge Ubaldini

Patologías Digestivas

Patricia Guimaraens

Residentes de Terapia Intensiva

Rafael Fraire

Seguimiento y Rehabilitación del

Paciente Crítico

Elisa Estenssoro

Shock

Vanina Kanoore Edul

Shock Pediátrico

Gladys Palacio

Terapia Intensiva Pediátrica

María Elena Ratto

Trasplantes

Francisco Klein

VM Pediátrica

Ezequiel Monteverde

Trauma

Héctor Canales

Via Aérea e Interfaces Respiratorias

Daniel Duarte

**23° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva**

**1° Congreso Binacional
Argentino-Chileno**

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Jorge Arroyo

Jorge Godoy

Presidente Honorario

Cayetano Galletti

Iván Araya

Vicepresidente

Luis Cardonnet

Secretario

Gonzalo Alvarez Parma

Gustavo Lagos

Tesorero

Jorge Méndez

Juan Carlos Marrero

Coordinador Nacional

Néstor Raimondi

Vocales

Fernanda Farina

Matías Cini

Alejandra Manzur

José Silvestre

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Rolando Gimbernat

Secretaria

Graciela Zakalik

Vocales

Mariano Sisterna

Franco Casas

Elsio Turchetto

Asesor Nacional

Daniel Ceraso

Director Syllabus

José Luis Golubicki

Co-Director Syllabus

Fernando Ríos

Coordinadores

Patricia Okurzathy

Alejandro Risso Vázquez

Director Refresher

Sergio Giannasi

Secretario Refresher

Jorge E. Méndez

Coordinador de Revisores

J. Eduardo San Román

**12° Congreso
de la Sociedad
Latinoamericana de
Cuidados Intensivos
Pediátricos**

Presidenta

María del Pilar Arias

Vicepresidenta

María Elena Ratto

Presidente del Comité Científico

Augusto Pérez

Vocales del Comité Científico

Eduardo Troster (Brasil)

Santiago Campos Miño (Ecuador)

Huniades Urbina Medina (Venezuela)

**14° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva
Pediátrica**

Presidente

Eduardo Schnitzler

Vicepresidenta

Marta Mosciaro

Presidente del Comité Científico

Daniel Capra

Vocales

Daniel Castellani

Analia Fernández Parolín

Ana María Nieva

**15° Congreso Argentino
de Kinesiología
en Terapia Intensiva**

Presidenta
Marisa Sartore

Secretario
Matías Cini

Vocales
Cristian Costa
Leandro Herrera
Leonardo De Los Ríos

**16° Congreso Argentino
de Enfermería
en Terapia Intensiva**

Presidenta
Cecilia Antich

Secretario
Luis Perretta

Vocales
Edgardo Olivo
José Lozano
Mónica Dailoff
Sergio Sandes
José Tejerina
Darío Bejarano

Comité Científico
Marisa Quinteros
Leonardo Almirón
Luciana Giannoni
Verónica Curilen

**9ª Jornada de
Bioquímicos
en Terapia Intensiva**

Presidente
Miriam Pereiro

Secretario
Hernán Cervantes

Coordinadora Científica
Graciela Mittelman

Vocales
Susana Carnuccio
Melina Bianconi
Cristina Artana

**6ª Jornada de
Neonatología
en Terapia Intensiva**

Presidente
Jorge A. Tavosnanska

Secretario Científico
Claudio Solana

Vocales
Javier Meritano
Liliana Roldán
Mónica Rinaldi
Héctor Roge
Humberto Cavagnaro
Miriam Viale

INVITADOS EXTRANJEROS

Brophy Patrick (Estados Unidos)
Ince Can (Países Bajos)
Kollef Marin (Estados Unidos)
Kottow Miguel (Chile)
Kress John (Estados Unidos)

Lemson Joris (Países Bajos)
Manzanares William (Uruguay)
Rodríguez Alejandro (España)
Thompson Carol (Estados Unidos)
Zimmerman Janice (Estados Unidos)

ACTIVIDADES SOCIETARIAS

1. Asamblea del Colegio Argentino de
Terapia Intensiva (CATI)

Sábado 21 de Septiembre
Horario: 13.00 a 14.30
Salón: Del Sol E

2. Asamblea Anual SATI

Viernes 20 de Septiembre
Horario: 19.00 a 20.30
Salón: De los Cerros 1

3. Reunión de usuarios del SATI-Q

Viernes 20 de Septiembre
Horario: 13.15 a 14.30
Salón: Vistalba

20/09/2013 - 11:00 a 12:30

TRABAJOS ORALES 01
Neumonología Crítica 1
DEL SOL A

- 0206 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN PACIENTES QUE SOBREVIVIERON A UNA ENFERMEDAD CRÍTICA**
M BUSICO, D INTILE, N IRASTORZA, A ALVAREZ, G PLOTNIKOV, A JARQUE, J QUINTANA, L VASQUEZ, F PALIZAS, F VILLAREJO, P DESMERY
- 0226 VNI PARA EXTUBACION**
C PELLEGRINI, M MARENGO, J SANCHEZ, J CENTORBI, C CASTRO, A MARTIN, A CHENA, AM SANCHEZ, JL MARENGO
- 0236 EFECTO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA CON VOLUMEN CORRIENTE ELEVADO: ANÁLISIS DEL IMPACTO EN TEJIDO PULMONAR Y CARDÍACO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE INJURIA PULMONAR EN RATAS.**
E CORREGER, P STRINGA, J MARCOS, M HUBERT, B ROMAN, C MUNDIÑA, G LAGUENS, L VITTONI
- 0237 COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS DEL SETEO RESPIRATORIO Y EL ROL DE LA GRAVEDAD EN LA PATOGÉNESIS DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA**
G LI BASSI, M ESPERATTI, JD MARTI, M RIGOL, L SAUCEDO, N LUQUE, M FERRER, O TAVAREZ RANZANI, V GIUNTA, A TORRES
- 0255 TRAQUEOSTOMIA EN EL PACIENTE CRITICO ¿QUÉ HEMOS MODIFICADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?**
J TEVES, M CHOY, M CORNELIO, L ZACARIAS, J HADDAD, N RIZZO
- 0269 IMPLICANCIA DEL TIEMPO DE REALIZACION DE TRAQUEOSTOMIA EN UNA UCI NIVEL I**
NC POZO, E D'ANDREA, M DAZA, J VOSS, C PEREYRA, D VIOLI, L BENITO MORI, P SCHOON
- 0310 MEDICIÓN DE LA RESISTENCIA DE LA VÍA AÉREA USANDO LA PRESIÓN ESOFÁGICA EN SUJETOS CON EPOC DURANTE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA**
M MADORNO, P RODRIGUEZ, G MURIAS

20/09/2013 - 11:00 a 12:15

TRABAJOS ORALES 02
Neurointensivismo
DEL SOL B

- 0009 INCIDENCIA DE NAV EN PACIENTES NEUROCRITICOS Y ASOCIACION DE ÉSTE FACTOR DE RIESGO CON MORTALIDAD**
F FERNANDEZ, E TORRES, C CURA, J ARROYO
- 0017 EVALUACION DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA ESPONTANEA CON Y SIN TRATAMIENTO QUIRURGICO JUNTO A VALIDACION DEL ICH SCORE EN UTI DE HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA**
F FERNANDEZ, J SILVESTRE, J ARROYO
- 0062 GRADIENTE YUGULO-ARTERIAL DE PCO2 EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE**
E MARTINEZ, G OLARTE, R GIANNONI, ML CAIVANO NEMET, L FLORES, L PREVIGLIANO, V CANNATELLI, E MIYAZAKI, N BAREDES
- 0189 ANÁLISIS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE MAL GRADO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CON DERIVACIÓN EN RED**
N GALLUCCI, E AMUNDARAIN, M CASANOVA, O FARIÑA, B DORFMAN

- 0246 MEDICIÓN NO INVASIVA DE LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL CON DOPPLER TRANSCRANEANO EN PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA**
L PREVIGLIANO, E MARTINEZ, J POLISZUK, L BOFFINO, I PREVIGLIANO
- 0274 DELIRIO: DESARROLLO DE MODELO PREDICTIVO EN UCI. VALIDACIÓN INTERNA**
D MOLINA, F LASCAR, S SAC, E REQUESENS, M FERREYRA, E BORSINI, E SOLOAGA, M BLASCO, F BALLESTERO, J CHERTCOFF

20/09/2013 - 11:15 a 12:45

TRABAJOS ORALES 03
Pediatría 1: Respiratorio / Shock
DEL SOL D

- 0059 FACTORES PREDICTORES DE FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**
C MEREGALLI, F JORRO BARÓN, M D'ALESSANDRO, G DEBAISI
- 0136 RELEVAMIENTO ESTADÍSTICO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS DURANTE UN PERIODO DE CINCO AÑOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD**
D OTERO, K FIQUEPRON, L BARRIOS FERRO, P CASTELLANI, K CINQUEGRANI, J ECHAVE, A PICCIRILLI, N RAÚL, M RZEPESKI, L MORENO, L BUSO
- 0242 RELEVAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
M MENDOZA, ME GUTIERREZ MEYER, F CALDERON, P CASTELLANI, A BORDOGNA, F PODESTA, O RECUPERO, ME RATTO
- 0263 EXPERIENCIA EN USO DE VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA (VAFO): DE HIPOXEMIA REFRACTARIA A PROTECCIÓN PULMONAR**
D ARRIAGADA, A DONOSO, J VALENZUELA, F DÍAZ, P CRUCES
- 0264 PERFIL EVOLUTIVO DE PARÁMETROS MICROCIRCULATORIOS EN NIÑOS CON SHOCK SEPTICO. ESTUDIO PILOTO**
D ARRIAGADA, F DÍAZ, P CRUCES, A FUENTEALBA, A DONOSO
- 0288 VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS EN CALI, COLOMBIA.**
E ZEMANATE, F BERMUDEZ, E MANZI, MT AGUDELO

20/09/2013 - 11:30 a 12:30

TRABAJOS ORALES 04
Enfermería
DEL SOL C

- 0068 EVALUACION DE UNA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCION DE TASA DE INFECCION ASOCIADA A CATETER**
W CASSON, R FERNÁNDEZ, W VAZQUEZ
- 0296 VALORACION Y MONITOREO DE PACIENTES CRITICOS CON ALTO RIESGO DE ULCERAS POR PRESION**
MA SALAS, M FERNANDEZ YAÑEZ, A OJEDA, P ROMERO, G MARIA, S BOSSOLASCO, M ENRIQUEZ
- 0314 MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "ÁNGEL C. PADILLA" Y SU RELACION CON INFECCIONES ASOCIADAS**
MF MORALES, AA GANIN, RM RIVERO
- 0333 PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE LA UPP EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL ANGEL C. PADILLA Y SU RELACIÓN CON LA PATOLOGÍA**
MF MORALES, F MERCADO, RM RIVERO

20/09/2013 - 11:30 a 12:30

TRABAJOS ORALES 05**Trauma - Emergencias / Cardiovascular**

DE LOS CERROS II

0027 RABDOMIOLISIS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL AUSTRAL

A GIRA, J ALVAREZ, S COSENZA, P PRATESI, J PAGES, C PEIN, D CZEWORNKO

0144 SISTEMA ÚNICO DE REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO® (SURE®). DESARROLLO DE UN REGISTRO DE TRAUMA PARA LA ARGENTINA.

E MONTEVERDE, L BOSQUE, E MACIÁ, B LARTIGUE, C BARBARO, C ORTIZ, J NEIRA

0205 VARIABILIDAD DEL TIEMPO DE RELLENO CAPILAR Y CORRELACIÓN CON OTROS INDICADORES DE PERFUSIÓN PERIFÉRICA EN VOLUNTARIOS SANOS

ED VALENZUELA ESPINOZA, S WELSH, A DUBIN

0270 COMPRESION CARDIACA Y SHOCK CARDIOGENICO POR SARCOMA SINOVIAL PERICARDIO

P LAZARTE, M SEOANE, I LUIS, P CELARIO, J SANCHEZ

0271 MARCAPASOS DEFINITIVO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

MA BARBIERI, M ESCARAIN, A CICOLINI, M RENEDE, L VARELA FALCON, F ZEPPA, JP OCHOA, RR FAVALORO

0277 VALOR PRONOSTICO DE LA DISFUNCION TIROIDEA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DESCOMPENSADA.

F ZEPPA, P KLIN, C ZAMBRANO, JP OCHOA, JA MOURKARZEL, L VARELA, A BILBAO, F KLEIN

0312 ABDOMEN ABIERTO Y CONTENIDO EN LA UCI: FACTORES ASOCIADOS Y PRONOSTICO

E DI BERARDINO, M ALMENDROS, M COLOMBO, W DAVALOS, M SIMIONATO, C MORENO, C MARCHENA, L TUMINO, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET

20/09/2013 - 11:30 a 13:00

TRABAJOS ORALES 06**Gestión, Escores, Acreditación**

DE LOS CERROS III

0023 EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA

D DUARTE, G BENAVENT, R NICASTRO, G FILIPPA, M MAIDANA, F PLANO, V ROBLEDO, M FERNANDEZ, J LOZANO, J ROLDAN, D MICHAEL

0049 EVALUACION CUALITATIVA DE LA SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UCI

F RIOS, A RISSO VAZQUEZ, I MOYANO, J HIDALGO, N RONDINELLI, M LUGARO, A TORN

0054 LA FALTA DE CONCIENCIA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD ES UN FACTOR COMÚN EN LOS SOBREVIVIENTES DE UCI

A DAS NEVES, DN VASQUEZ, CI LOUDET, J MOREIRA, D INTILE, MG SAENZ, MC MARCHENA, G ANA LAURA, S CARINO, R REINA, E ESTENSSORO

0103 INTELIGENCIAS MÚLTIPLES EN MÉDICOS DE TERAPIA INTENSIVA EN FORMACIÓN VS. ESPECIALISTAS

L CAMPUTARO, F BACCARO, G SUTTON, D CERASO

0107 CAPACITACIÓN EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS: EL CASO DEL CURSO VIRTUAL DE "GESTIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS"

MDC TEIJEIRO, M SAYAL, E SCHNITZLER, A GALLESIO, T IOLSTER, S COSENZA, C PEIN

0253 PROCESOS DE CALIDAD DE ATENCION EN LA UCI. DIAGNOSTICO DE SITUACION-PRIMERA FASE

S FERNANDEZ, V ROMERO, M RAMIREZ, P MARGUELICHE, C MORENO, J BORGET, I HERRERA

0326 IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE ADULTOS

C ANTUNEZ, M LOPEZ, R CONTRERAS, G ROJAS, G GRANBERG, C BASTOS, M BRITIZ, N RAIMONDI, G CHIAPERO, H NUÑEZ, M PROCHASKO

20/09/2013 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS ORALES 07**Misceláneas 1**

DE LOS CERROS I

0082 TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VHC Y COINFECTADOS VHC/HIV: EVOLUCIÓN EN LISTA Y POST-TRASPLANTE

V CARRASCO, R MIZRAJI

0139 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO Y COMBINADO CON OCTREOTIDE EN HEMORRAGIA POR VÁRCICES ESOFÁGICAS-BENEFICIO SEGÚN GRAVEDAD AL INGRESO

JA BERRETA, D KOSIAK, G ROMERO, A BALDUCCHI, R AMAYA, J ARGONZ

0154 PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN LA UCI

JR PINAZZO RODRIGUEZ, G BURGHI, P ALZUGARAY, M RODRIGUEZ VERDE, R CASTRO

0228 EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS ONCOLÓGICOS VS. LOS NO ONCOLÓGICOS

C BALASINI, MG SAENZ, L NAVEIRO, L TUMINO, MG VIDAL, AL GONZALEZ, G FERRARA, L DILUCA, L CARRERAS, MC MARCHENA, F IGLESIAS

0230 OLIGURIA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA TERAPIA INTENSIVA

PN RUBATTO BIRRI, R GIANNONI, FD MASEVICIUZ, A RISSO, N NAVARRO, M BENITES, A DUBIN

0293 PREDICTORES TEMPRANOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CRÍTICOS

C BALASINI, MG SAENZ, L NAVEIRO, L TUMINO, MG VIDAL, AL GONZALEZ, G FERRARA, L DILUCA, L CARRERAS, E VALGOLIO, E ESTENSSORO

0320 EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS CRÍTICOS COMPARANDO ONCOHEMATOLÓGICOS VS TUMORES SÓLIDOS

C BALASINI, E DI BERARDINO, W DÁVALOS, C MORENO, M SIMIONATO, M ALMENDROS, M COLOMBO, P CANAVESSI, L LANNOO, F IGLESIAS, R REINA

21/09/2013 - 12:30 a 13:45

TRABAJOS ORALES 08**Neumonología Crítica 2 / Kinesiología**

DEL SOL B

0005 INCIDENCIA DE NAV Y MORTALIDAD EN NEUROCRTICOS CON TRAQUEOSTOMIA PRECOZ VERSUS TARDIA

F FERNANDEZ, G FERNANDEZ, D ALDUNATE, J ARROYO

0108 DESVINCULACIÓN AVIM: ¿DEBERÍA PROLONGARSE LA PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA MÁS ALLÁ DE LOS 30 MINUTOS EN LOS CASOS DUDOSOS?

N PISTILLO, T KARINA, DA PAOLA, K LORENA, B MARIANA, G CAROLINA, G DARIO, F OSVALDO

0132 PRIMER ESTUDIO ARGENTINO EN PACIENTES ADICTOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO DE PREDICCIÓN CLÍNICA

AJ CURA, DA FELICI, C GROSSI, MN NOVO, G PAZ, MA TICAK, L TUYA, WA TOZZI, G VERDE, SA VIRGILIO

- 0191 EFECTO DEL EMPLEO DE PRESIÓN POSITIVA, CON Y SIN ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL, DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE EXTUBACIÓN. ESTUDIO DE LABORATORIO.**
M ANDREU, M BEZZI, I SALVATI, M DONNIANNI, G MONTES, MB IBAÑEZ, M COTIGNOLA, MP PEDACE, MF ESMORIS, M FREDDES, C AGUIRRE
- 0194 VENTILACIÓN A FUGA: UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA**
J TEVES, C GOROSTEGUI, D GELABERT, M CHOY
- 0217 EFECTO DEL PULVERIZADOR DE CRIO-ANALGESIA EN LA ELONGACIÓN MUSCULAR. ESTUDIO PRELIMINAR**
MM VERONESI, J CÓRDOBA, L GAREGNANI, F LARocca, C POZO, B VAZQUEZ, C PEREYRA, D VIOLI, G CHIAPPERO

21/09/2013 - 12:30 a 14:00

TRABAJOS ORALES 09**Pediatría 2: Nutrición / Gestión / Misceláneas**

DEL SOL D

- 0066 ESTUDIO EXPERIMENTAL, MULTICÉNTRICO, DE COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD ENTRE LA APLICACIÓN DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA CON UN SISTEMA SERVO CONTROLADO VERSUS MEDIDAS FÍSICAS, EN EL MANEJO DEL SÍNDROME POST PARO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS**
M YUNGE
- 0112 HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN NEONATOS: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GCBA**
J TAVOSNANKA
- 0118 SEVERO COMPROMISO MULTISISTÉMICO EN PACIENTES CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO D+**
M KAMARISKI, M LUNA, ML PIOVANO, I PRINCIPI, S MELECHUK, M PERALTA, P VALLES
- 0122 IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA PASIVA DE EVENTOS ADVERSOS EN CTI NEONATAL Y PEDIÁTRICO.**
L PEDROZO, A FRANCO, A GIMENEZ, S ARTOGOYTIA
- 0219 INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
R FRAIRE
- 0280 TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO : COMPLICACIONES DURANTE LA PRIMERA SEMANA. FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA .**
E ZEMANATE, MT AGUDELO, A PAREDES, E MANZI, F BERMUDEZ
- 0300 ESTUDIO DE CALIDAD EN SOPORTE NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
AM NIEVA, E KOCH, E MONTEVERDE, M RATTO, C LUTKEVICIUS, K FIKEPRON, N LACQUANITI, J STEINER, M TANUZ, A CABRERA, H FAIN

21/09/2013 - 12:45 a 14:00

TRABAJOS ORALES 10**Nutrición**

DE LOS CERROS II

- 0088 DESENCADENATES DE ESTRÉS, BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO NO FUNCIONALES EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA**
D VASQUEZ, J ARROYO, G BARIÑA, G HALL, N ANTONUCCI

- 0192 INTERVENCION EN EL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CRITICOS**
G CAPURRO, J TEVES, G BASCOLO VIVIANI, G NUÑEZ, G ESTRELLA, L ZACARIAS, J HADDAD CONTE, N RISSO, J PONCE, N SANCHEZ
- 0235 NUTRICIÓN ENTERAL Y SHOCK: CONDUCTAS E IMPLICANCIAS**
L TUMINO, C MARCHENA, C LOUDET, R GIMBERNAT, M CABANA, G CAPURRO, P ASTEGIANO, M VELASQUEZ, M CASANOVA, MC ROTH, G RODA
- 0287 DISFUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN PACIENTES CRITICOS: FRECUENCIA, FACTORES DE RIESGO Y RESULTADOS ASOCIADOS.**
C LOUDET, L TUMINO, R GIMBERNAT, M CABANA, G CAPURRO, P ASTEGIANO, Y BALMACEDA, J RODRIGUEZ BUGUEIRO, P OKURZATI, MC ROTH, M VELASQUEZ
- 0311 ESTUDIO DE DOS VARIANTES DEL SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL "NUTRIC" EN PACIENTES CRITICOS VENTILADOS**
D MORETTI, D BAGILET, M BUNCUGA, C SETTECASE, R QUINTANA, M QUAGLINO
- 0337 SUSPENSIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS: INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS.**
C MARCHENA, C LOUDET, M CABANA, G CAPURRO, P ASTEGIANO, M CASANOVA, MC ROTH, R GIMBERNAT, G RODA, P OKURZATI, M VELASQUEZ

21/09/2013 - 12:45 a 14:00

TRABAJOS ORALES 11**Obstetricia Crítica**

DE LOS CERROS III

- 0239 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS EN ARGENTINA: ESTUDIO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)**
DN VASQUEZ, A DAS NEVES, L VIDAL, M MOSEINCO, J LAPADULA, G ZAKALIK, A SANTAMARINA, A GOMEZ, M CAPALBO, D INTILE, E ESTENSSORO
- 0245 ASOCIACION ENTRE COBERTURA DE SALUD Y CARACTERISTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS: ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)**
A VANINA, DN VASQUEZ, A RISSO VAZQUEZ, M ESTEBAN CHACON, S ILLUTOVICH, C FERNANDEZ, E AGUERO VILLAREAL, S VOMMARO, F MOS, P DESMERY, JL SCAPELLATO
- 0297 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: PRIMER CAUSA DE INGRESO A UTI DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS-ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)**
M MOSEINCO, DN VASQUEZ, M MORETTI, SB SOLÍ, F BALLESTERO, JP SOTTILE, V CHAPIER, C LOVESIO, J SANTOS, F BERTOLETTI, S CHAPELA
- 0308 PRESENTACION CLINICA Y TRATAMIENTO DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)**
L VIDAL, DN VASQUEZ, A DAS NEVES, J LAPADULA, V APHALO, F MOS, M CAPALBO, A GOMEZ, JP SOTTILE, A RISSO VAZQUEZ, E AGUERO VILLAREAL
- 0319 EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN PACIENTES OBSTERICAS CRÍTICAS: ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)**
A SANTAMARINA, DN VASQUEZ, A DAS NEVES, C FERNANDEZ, L VIDAL, G ZAKALIK, A GOMEZ, M MORETTI, S SOLI, V CHAPIER, C LOVESIO

- 0325 EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN MATERNO-FETAL-NEONATAL ENTRE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS: ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)**
G ZAKALIK, DN VASQUEZ, D INTILE, V APHALO, J LAPADULA, S VOMMARO, M CAPALBO, F BALLESTERO, J SANTOS, F BERTOLETTI, C LOUDET

21/09/2013 - 12:45 a 14:00

TRABAJOS ORALES 12

Misceláneas 2

VISTALBA

- 0083 SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS EN TERAPIA INTENSIVA REPORTE DE 19 CASOS**
P SAÚL, E CUNTO, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, O VILLAR, C NOGUERAS, J SAN JUAN
- 0190 DEXMETOMIDINE EN UCI, INDICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS**
F RIOS, A RISSO VÁZQUEZ, M LUGARO, J HIDALGO, G DÍAZ, H CICHERO, E BARROZO, I MOYANO, A TORN
- 0286 LA COMPACTACION ABDOMINAL ASPIRATIVA COMO ADYUVANTE DE LA CIRUGIA EN LA PERITONITIS SECUNDARIA DE MUJERES CON RESOLUCION MUY DIFÍCIL**
JA BERRETA, D FERRO, D KOZIAK, P FERNÁNDEZ MARTY, A BALDUCCI, R AMAYA, MV LAPLACETTE, MF VÁZQUEZ, A CORONEL, M ORTIZ
- 0303 VIGILANCIA DE COLONIZACIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN Y CUIDADOS CRÓNICOS. ESTUDIO PROSPECTIVO (12 MESES).**
C PEREYRA, D VIOLI, B VAZQUEZ, G CHIAPPERO
- 0305 EVALUACIÓN DE LA HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN Y CUIDADOS CRÓNICOS**
J CÓRDOBA, L GAREGNANI, F LARROCA, S SCHONFELD, MM VERONESI, C POZO, B VAZQUEZ, D VIOLI, G CHIAPPERO
- 0322 EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DENTRO DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA EN UNA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN Y CUIDADOS CRÓNICOS**
D VIOLI, C PEREYRA, B VAZQUEZ, C POZO, C CESARI, M VERONESI, C DE FARIAS, G CHIAPPERO

21/09/2013 - 12:45 a 14:15

TRABAJOS ORALES 13

Infectología Crítica

AGRELO

- 0089 HIGIENE DE MANOS COMO BARRERA DE TRANSMISIÓN DE INFECCIONES. TEST DE HIGIENE DE MANOS, UTILIZANDO LA TÉCNICA CON SOLUCIONES HIDROALCOHOLICAS.**
L CAMPUTARO, I VERA, MG THERIANO
- 0127 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS INFECCIONES INVASIVAS GRAVES CAUSADAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN ADULTOS EN TERAPIA INTENSIVA**
L DE VEDIA, E CUNTO, N LISTA, C DOMÍNGUEZ, E DI VIRGILIO, P SAUL, J CISNEROS, V CHEDIACK, R PRIETO, C NOGUERAS, J SAN JUAN

- 0165 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y SÍNDROME DE HIPERINFESTACIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORARIS: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA**
L DE VEDIA, G PIOVANO, E DI VIRGILIO, N LISTA, M CALDERÓN, A RODRÍGUEZ, G SANDEZ, N DE GRAZIA, A DE FINI, J CISNEROS, R PRIETO

- 0179 VALIDACIÓN DE PREDICTORES DE DESENLACES ADVERSOS EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
M ESPERATTI, M FERRER, J GANDINI, V GIUNTA, L SAUCEDO, A TORRES

- 0225 EXPERIENCIA DEL BIENIO 2011-2012 EN EL CONTROL DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UNA UTI DE ADULTOS MAYORES. PERFIL EPIDEMIOLOGICO, IMPACTO EN LOS INDICES DE CALIDAD Y ALERTA SOBRE EL EMERGENTE DE LA RESISTENCIA A COLISTINA.**
A VALDIVIA DAHL, L CUSMANO, AA CHIRICO, MG BADINO VARELA, BC VARELA, C CANESSA, D MAESTRE TORRES, MC EZCURRA, A VITERI, AL TERUSI, JM REBORA

- 0284 COLONIZACION POR KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA EN LA UCI: FACTORES RELACIONADOS DEL PACIENTE E IMPLICANCIAS.**
W DAVALOS, M SIMIONATO, F IGLESIAS, P CANAVESSI, L LANNOO, R PADLOG, L TUMINO, C MARCHENA, R REINA, E ESTENSORO, C LOUDET

- 0289 EFECTOS DE LOS INHIBIDORES DE ASPARTIL PROTEASAS DEL VIH EN LA VIRULENCIA Y PATOGENICIDAD DE CANDIDA ALBICANS**
F MATTEOLI, L SILVA, D GONÇALVES, D ZACARON, C TABORDA, M PINTO, A SANTOS

21/09/2013 - 13:00 a 14:00

TRABAJOS ORALES 14

Shock y Sepsis

DEL SOL A

- 0067 RELACIÓN ENTRE DELTA CO2 (DCO2) Y DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE (DOM) EN PACIENTES SÉPTICOS**
R FERNÁNDEZ, L LUJÁN, V ORDOÑEZ, S ARANCIBIA, E ROJO, L VIOLA, V CHAPIER, E CABRERA, I SANTOLAYA, W VAZQUEZ
- 0072 CUANTIFICACION DE LOS CAMBIOS MORFOLÓGICOS DEL NEUTRÓFILO DURANTE LA FAGOCITOSIS BACTERIANA POR MEDIO DE LOS PARÁMETROS VCS PROVISTOS POR UN CONTADOR HEMATOLOGICO**
JA VAZQUEZ, MDC ADDUCCI, G CARQUEIJEDA-ROMAN
- 0220 ABSCESO ESPLÉNICO POR SAMR DE LA COMUNIDAD: UNA PATOLOGÍA INUSUAL**
A MARTINEZ, S CASTRO, G GUTIERREZ, G ROBERT, JC RIVAS, N D'AGOSTINO, JL MANRIQUE, O CRISTALDI
- 0221 MARCADORES Y SU CORRELACIÓN CLÍNICA EN LA REANIMACIÓN INICIAL DEL SHOCK SÉPTICO**
J CENTORBI, M MARENGO, J SANCHEZ, C PELEGRINI, C CASTRO, A MARTIN, A CHENA, AM SANCHEZ, JL MARENGO
- 0244 CARACTERIZACIÓN DE LA MICROCIRCULACIÓN SUBLINGUAL EN VOLUNTARIOS SANOS Y SUJETOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR**
V KANOORE EDUL, C INCE, G FERRARA, Y ARZANI, C SALVATORI, A DUBIN

20/09/2013 - 11:00 a 12:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 01

Infectología Crítica 1

PLÁTANOS

- 0075 LEISHMANIASIS CUTÁNEO-MUCOSA: UNA ENTIDAD DE INFRECUENTE PRESENTACION EN TERAPIA INTENSIVA**
JA VAZQUEZ, L SANTACRUZ, P DE VARGAS E GRANDO, V HAYETIAN, A PILIPEC, G CARQUEJEDA-ROMAN
- 0081 COLONIZACIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS EN TERAPIA INTENSIVA**
P SAUL, V CHEDIACK, G MAMMOLITI, C DOMINGUEZ, O VILLAR, E CUNTO, C NOGUERAS, J SAN JUAN
- 0093 MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS SALIVARIUS "PARA NO OLVIDAR LAS MEDIDAS DE BARRERA"**
A QUINTEROS, S ROJAS, E GARCIA, M GARCIA, J CELIA, J ORTEGA, J FERNANDEZ, S CARRIZO, M RUIZ, N BONETTO, S HERRERA
- 0098 TASAS DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES : ANÁLISIS DE SUS FACTORES DE RIESGO Y PAQUETE DE MEDIDAS PARA SU PREVENCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA**
R BAROSCO, G LONEGRO, T ZITTO, C SILVA, E BARRETO, A BANTAR, D STEPANIK, H LOPEZ, P PARDO, J NEIRA
- 0115 ENCEFALITIS POR HANTA VIRUS**
C SPEZIALE, E LUNA
- 0116 INFECCION OPORTUNISTA POR RHODOTORULA MUCILAGINOSA NO ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EN UTI**
I PRIETO, C TONELLI, M POMBO, A STEIMBERG, N MOLINA, W COX, I CHOQUE, W CORNISTEIN, M BADIA, E BRAÑA, G CUETO
- 0124 NAV POR CORYNEBACTERIUM. IMPLICANCIAS DE UN PATOGENO EMERGENTE**
M RAGAZZOLI, D ALEGANZA, M ULLOA, A CASARETTO, N JUAREZ GOMEZ, S VENEZIA, H PIZÁ, G MONTI
- 0162 SÍNDROME PULMONAR HEMORRAGICO POR LEPTOSPIROSIS**
M POMBO, N MOLINA, A STEINBERG, C TONELLI, J MORENO, G CUETO, C CCOZZANI, M TORRES BODEN, E BRAÑA, W CORNISTEIN
- 0187 "HIPERINFECCION Y DISEMINACIÓN MASIVA POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS CON FALLA MULTIORGANICA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO"**
L CABANA, JF APAZA, F FARFAN, DLB DIEGO, C DIAZ, D VARGAS

20/09/2013 - 12:30 a 14:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 02

Neumonología Crítica 1

LUJÁN

- 0018 ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE SEDOANALGESIA ENTRE PACIENTES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA CON Y SIN EPOC**
M DEHEZA, E CANEDO, V LLERENA, V NUNES VELLOSO
- 0028 EVALUACIÓN DE TÉCNICA DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA SIN GUÍA FIBROBRONCOSCOPICA**
L BALLESTRACCI, P PRATESI, S COSENZA, J ALVAREZ, JC ESCARDO, C PEIN, F CARLUCCI
- 0057 EVALUACIÓN DE UNA ALMOHADA PARA APOYO Y SUJECCIÓN CEFÁLICA EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA PROLONGADA**
G NAVARRO ARCE, L MAKINISTIAN, ES TURCHETTO
- 0266 TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN TERAPIA INTENSIVA**
F LASCAR, L MALDONADO, M BLASCO, F BALLESTERO, E SOLOAGA, J CHERTCOFF

0299 POLIMIOSITIS CON COMPROMISO PULMONAR: REPORTE DE UN CASO.

N KURIGER, MF ZUAZAGA, D CAMPS, MV OJEDA, M SIKURA, J PIVETTA, O RUBIO, D MOLINA, M RIVERO, L RODRIGUEZ

0307 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR FIBROSIS PULMONAR RÁPIDAMENTE PROGRESIVA EN PACIENTE CON TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

G BUSTINGORRY, J FUENTES, EA ROMERO, MB RETAMOZO, AA CABRERA, GW BONGIORNI

0341 USO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA PALIATIVA REPORTE DE SERIE DE CASOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

F LASCAR, M BLANCO, E SOTO, H IRIARTE, I BROZZI, A CUZZOLINO, J CHERTCOFF, E BORSINI, M BLASCO

0345 FIBROBRONCOSCOPIA EN TERAPIA INTENSIVA

M CHERTCOFF, J CHERTCOFF, M BLASCO, E BORSINI, S SAC, D MOLINA, S CHAPELA

0346 USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y SU MORTALIDAD ASOCIADA EN UTI DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA (ARGENTINA)

M BRIZUELA, G KAHAN, C DÍAZ, F RÍOS, C AHUMADA

20/09/2013 - 13:00 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 03

Neurointensivismo 1

PERDRIEL

0258 ENFERMEDAD DE POMPE EN TERAPIA INTENSIVA, REPORTE DE DOS CASOS

L LANNOO, P CANAVESSI, M ALMENDROS, M COLOMBO, M SIMIONATO, E DI BERARDINO, W DAVALOS, C MORENO, F IGLESIAS, C LOUDET, R REINA

0276 HEMATOMA CEREBELOSO EN POSTOPERATORIO DE COLUMNA LUMBAR. A PROPOSITO DE UN CASO.

L BUIRA, M QUINTEROS, H NUÑEZ, A ABDALA, C AGUILERA

0292 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO Y COAGULOPATIA

G IRUSTA, M TERÁN, E SAN ROMÁN, M BACCANELLI, P CALO, G FERNANDO

0315 PREVALENCIA DE HIPONATREMIA Y SU ETIOLOGIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMATICAS SINDROME DE SECRECION INADECUADO DE HORMONA ANTIDIURETICA VERSUS SINDROME CEREBRAL PERDEDOR DE SAL UCI DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

A RAMIREZ, F AYALA ORTIZ, A GAUDIOSO, K OBREGON, C ANTUNEZ, M LOPEZ, G ROJAS, G GRANBERG, R CONTRERAS, C BASTOS, M BRITEZ

0317 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE VASCULITIS SISTÉMICA

N CIARROCCHI, M TERÁN, P CALO, E SAN ROMÁN, F GOLDENBERG

0328 IMPLICANCIA DE UN ESTUDIO RANDOMIZADO SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TEC GRAVE BASADO EN LA PIC EN COMPARACIÓN CON EL TRATAMIENTO BASADO EN LA CLÍNICA Y LA TAC INICAL. EL ESTUDIO BEST TRIP

W VIDETTA, RM CHESNUT, N TEMKIN, S DIKMEN, C RONDINA, G PETRONI, S LUJAN, J PRIDGEON, J BARBER, J MACHAMER, K CHADDOCK

0330 PSEUDONORMALIZACION CORTICAL EN STROKE ISQUEMICO SECUNDARIA A NECROSIS CORTICAL LAMINAR

M FERREYRA, M TERÁN, G IRUSTA, P CALO, E SAN ROMÁN, F GOLDENBERG

- 0338 STATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO: A PROPOSITO DE UN CASO**
L GATTI, M CASANOVA, K BUSTAMANTE GALARZA, O FARIÑA, B DORFMAN
- 0344 ENCEFALOMIELITS DISEMINADA AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA**
P VARGAS, A TEMBRAS, F MARTINEZ, E SALCEDO

20/09/2013 - 13:00 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 04

Obstetricia Crítica

PERDRIEL

- 0032 EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN ENFERMEDADES PRE-ECLÁMPTICAS**
A MARTINUZZI, VH BORRAJO, M ALONSO, M GIMARAYZ, G BERRIO
- 0120 PURPURA TROMBOCITOPENICA TROMBOTICA EN EL EMBARAZO**
Y BOTASSO, G PASTORINO, P AUDENINO, J CULASSO, E VANZETTI
- 0130 HIPOTIROIDISMO SEVERO Y EMBARAZO**
R MONTENEGRO, J MENDEZ, R HERNANDEZ, PR VILLEGAS, C VIVERO, C PALMERO, S SETTI, MC ORLANDI
- 0142 TRATAMIENTO CONSERVADOR HEMATOMA SUBCAPSULAR COMO COMPLICACIÓN DE SINDROME DE HELLP A PROPOSITO DE UN CASO**
M ULLOA, A CASARETTO, M RAGAZZOLI, S VENEZIA, N JUAREZ GOMEZ, D ALEGRAZ, G MONTI, G CARDONATTI
- 0155 ECLAMPSIA Y PREECLAMPSIA SEVERA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE GONZÁLEZ CATAN**
C FARIAS, C PEIN, M ANCHORENA, G IZZO, P CENTENO
- 0168 EMERGENCIA HIPERTENSIVA, SINDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, ECLAMPSIA.**
S SERRA, LA FLORES, NE MOLINAS, MA GUZMAN, R DI PAOLI, C LOMBARDO, L ABEDIN, G SMURRA, S VERA LUNA.
- 0186 FASCITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DE CESAREA PROGRAMADA EN PACIENTE PRIMIGESTA Y SIN COMORBILIDAD, COMO CASO ÚNICO**
L CABANA, L OROPEZA, F FARFAN, O TEJERINA, L DE ROSA DE VIDAL, AL PLAZA
- 0340 CASO CLINICO ECLAMPSIA-HIPOTENSION INTRACRANEANA**
S OLIVERA, M CANCELA
- 0343 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA MASIVA**
T RODRIGUEZ

20/09/2013 - 13:00 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 05

Infectología Crítica 2

PLÁTANOS

- 0150 RESCATE DE CANDIDA EN UCI: EXPERIENCIA DE 9 AÑOS**
SI CASTRO, A TUDURI, M ALMUZARA, G SLY, P BOSCHINI, A MARTÍNEZ, O CRISTALDI
- 0052 A PROPOSITO DE UN CASO "MENINGITIS CRÓNICA POR CRIPTOCOCO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE"**
M GIMARAYZ, VH BORRAJO, A MARTINUZZI, M ARAGÜES, A MORALES
- 0064 APLICABILIDAD DE ESTRATEGIA DE DESCALAMIENTO ANTI-MICROBIANO EN INFECCIONES SEVERAS**
R FERNÁNDEZ, L LUJÁN, V ORDOÑEZ, S ARANCIBIA, E ROJO, L VIOLA, V CHAPIER, E CABRERA, I SANTOLAYA, W VAZQUEZ
- 0201 NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA: EXPERIENCIA DE UN AÑO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS**
OR GALLINI, C CARVALHO, C RUANO, M GRAZIANI, C DE RUEDA, C COLOMBO

- 0208 METAHEMOGLOBINEMIA EN PACIENTE HIV+: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**
L DE VEDIA, J LLANOS, N LISTA, G SANDEZ, M RODRIGUEZ LLANOS, E DI VIRGILIO, E MAIOLO, M VALERGA, J CISNEROS, R PRIETO
- 0213 SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO TÍPICO DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA**
J SANTILLAN, M LAS HERAS, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0316 MENINGITIS POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE: COMPLICACIÓN OMINOSA, EMERGENTE Y DE DIFÍCIL SOLUCIÓN**
CF TOLOSA
- 0318 SHOCK SÉPTICO FATAL SECUNDARIO A INFECCIÓN DISEMINADA POR HERPES VIRUS EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES).**
J FUENTES, MB RETAMOZO, GA BUSTINGORRY, V SÁNCHEZ, A ALVARELLOS, GW BONGIORNI, EA ROMERO
- 0335 TROMBOSIS SEPTICA DEL SENO CAVERNOSO:**
A CABRERA, C TOLOSA, J ORQUERA, S LISE T RODRIGUEZ

20/09/2013 - 13:00 a 14:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 06

Pediatría 1: Infectología Crítica / Misceláneas

DEL SOL D

- 0094 INFECCION SEVERA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**
P TAFFAREL, G BONETTO, M PENAZZI, F JORRO BARON
- 0119 DILEMAS ETICOS ANTE CONDUCTAS EXTREMAS: A PROPOSITO DE UN CASO**
SC COLMAN, R ARAOZ OLIVOS, MS RAMOS, LR ZAPICO, CW COLMAN
- 0210 OPTIMIZACIÓN DE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE EN NEONATOLOGÍA CRÍTICA. ESTUDIO PRELIMINAR**
S DER PARSEHIAN, A TOVO, S MARZANO, S VILLVERDE ABUIN
- 0247 BOTULISMO DEL LACTANTE EN MENDOZA, SAN JUAN Y NEUQUEN.**
E VANELLA DE CUETOS, L DE JONG, O SARTORI, B PEREYRA, N BUSTOS, AM POIDOMANI, G KALTENBACH, J PONCE, M MOSCIARO, E DAVILA, R FERNANDEZ
- 0267 POLITRAUMATISMOS POR CAÍDA DE ALTURA QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN SOBRE 36 CASOS**
ME PENAZZI, E MARI, P PACHECO
- 0347 PREDICCIÓN DE MORTALIDAD BASADA EN ESTABILIDAD FISIOLÓGICA Y ESTADO NUTRICIONAL EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA DE GUATEMALA.**
L MOYA, J MARTINEZ-GOMEZ, C LARA-MENDEZ, R ESPINOZAMONTES, E CASTAÑEDA-PINEDA
- 0349 YERSINIOSIS AGUDA SEVERA Y SHOCK SÉPTICO**
M FIGUEROA, S CAMPOS, M GRUNAUER, R YEROVI

20/09/2013 - 14:30 a 16:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 07

Shock y Sepsis / Trauma 1

PERDRIEL

- 0047 ACCIDENTES RELACIONADOS CON MOTOS ¿UNA EPIDEMIA?**
J HADDAD, G BÁSCOLO, J PONCE, L ZACARÍAS, N RISSO, O ELEFANTE

- 0102 EXCESO DE BASE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN SHOCK SEPTICO**
E SANCHEZ, L TALAMONTI, R DI BELLO, A ARTAYETA, C FREYRE, G IZAGUIRRE, S SANCHEZ, G ELIAS
- 0104 SÍNDROME HEMOFAGOCITICO EN EL PACIENTE CRITICO. UN RETO PARA EL INTENSIVISTA**
D IVULICH, A LOURO, MM KLEINERT, A SOSA, G GARATE
- 0105 SINDROME VASOPLÉGICO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO**
A LOURO, D IVULICH, B HUNTER, J OSATNIK, E SORIA
- 0121 UROSEPSIS POR ACINETOBACTER BAUMANNII ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD**
D DIAZ, P URBINATI, D ROVIRA, V CLAIRON, S SOLI, M ROTONDO
- 0174 UTILIZACION DE ESCORES EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS**
A FERNANDEZ, P CARDOZO, D PEREZ, L KUMAR, G BALDERRAMA
- 0259 PERFIL HEMODINAMICO DE LOS PACIENTES CON SHOCK SEPTICO CON Y SIN DETERIORO DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VI**
A RIOS, AE PIACENZA, JA OJEDA, JA CIALZETA, M GALARZA HANGLIN, FM RIVERO
- 0265 OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES EN LA DETERMINACIÓN Y ACLARAMIENTO DE LACTATO ARTERIAL: NUESTRA EXPERIENCIA.**
MA GONZÁLEZ, R GARNICA, A AVELLANEDA
- 0273 ISQUEMIA DIGITAL AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO.**
M QUINTEROS, C GROER, A CAÑIZO, L SCALISE, D CERASO
- 0323 IAM EN TRAUMA CERRADO DE TÓRAX. INFORME DE UN CASO**
Z GALLARDO, C GÓMEZ

20/09/2013 - 17:00 a 18:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 08

Neurointensivismo 2

PLÁTANOS

- 0053 SINDROME DE GUILLAIN-BARRE.PRESENTACION EN EMBAZAZO**
E VAZQUEZ, E YAKUBAUKAS, P ESCRIBANO, S NIEVA
- 0080 DISECCIÓN CAROTÍDEA BILATERAL TRAUMÁTICA**
A FELDMAN, D VARELA, G SIBILA, A BORDENAVE, S ZOLORSA, D AZRRIELEVICH, N LUQUE, J CAPELLA, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0097 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ASOCIADO A VASCULITIS POR HEPATITIS C**
D MOLINA, P LUCERO, E REQUESENS, F GRASSI, E DESCOTTE, E SOLOAGA
- 0152 PROSNOSTICO DE LOS PACIENTES CON HEMATOMA CEREBRAL ESPONTANEO INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA**
J CAPELLA, D VARELA, E ARISTA, M GUAYMAS, A MARINO
- 0133 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS.**
Y DIAB, MC ARDAIST, L TALAMONTI, M RAMIREZ
- 0145 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POR EMBOLIA PARADÓJICA EN UN PACIENTE CON VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE**
N CIARROCCHI, J HAGEL, SD VILLARROEL MENDOZA, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN

21/09/2013 - 11:15 a 12:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 09

Pediatría 2: Respiratorio / Gestión / Misceláneas

DEL SOL D

- 0251 USO DE OCTREOTIDE COMO TRATAMIENTO DEL QUILOTÓRAX EN UCIN**
MB EHLERS, A ALVAREZ, RF RAMOS
- 0268 INCIDENCIA DE EXTUBACIÓN NO PLANEADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
P CASTELLANI, ME RATTO, C CARDOZO, N TODARO, S LABAT, E GUTIERREZ, B PRECIOZO, F DE ANGELI
- 0275 MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) EN LAS PRIMERAS 24 HS DEL INGRESO (F24) . CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y MOTIVOS DE FALLECIMIENTO**
ME PENAZZI, E MARI, P PACHECO
- 0281 HEMORRAGIA PULMONAR REFRACTARIA OCASIONADA POR NEUMONIA LIPOIDEA ENDOGENA**
D ARRIAGADA, A DONOSO, P CRUCES
- 0336 ROL DE LA PROCALCITONINA Y PCR EN EL POST OPERATORIO CARDIOVASCULAR INFANTIL**
F SANCHEZ, R FRAIRE, S TORRES
- 0348 AUDITORIA DE PROCESOS RELACIONADAS CON LA REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA DE GUATEMALA.**
L MOYA, C LARA-MENDEZ, J MARTINEZ-GOMEZ, R ESPINOZAMONTES, E CASTAÑEDA-PINEDA

21/09/2013 - 13:00 a 14:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 10

Enfermería

PERDRIEL

- 0212 AMBIENTE DE RELAJACIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)?**
S BAESSO, C CHÁVEZ MANSILLA, D COLQUE, D VEGA
- 0272 SEGURIDAD DE PACIENTE: INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES EN AVM**
RV GONZALEZ, MP FUNES, JA GERVÁN, ME GARAY
- 0295 UTILIZACION DE UN SCORE DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAIDAS: EXPERIENCIA CLINICA EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**
MA SALAS, N RIVAS, V RIVADENEIRA, R MACIEL
- 0302 REPORTE DE CASO: NUTRICION PARENTERAL PERIFERICA EN UN PACIENTE CRITICO INMUNOSUPRIMIDO CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICE GASTRICA.**
MA SALAS, M MARCIANO, G KLIGER, S JUAREZ
- 0304 METODOS MAS UTILIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CURACION DE ULCERAS POR PRESION EN LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA**
MF MORALES, JL LESCANO, RM RIVERO
- 0309 NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL "ÁNGEL C. PADILLA" SOBRE LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANTENIMIENTO DE UN POTENCIAL DONANTE EN SITUACIÓN DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS.**
MF MORALES, EF KUGEL, RM RIVERO
- 0329 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA, PROVINCIA DE JUJUY, EN EL PERIODO 2011 - 2012.**
R CASTELLANO, P BAEZ, A VELAZQUEZ

21/09/2013 - 13:00 a 14:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 11**Trauma 2 / Neurointensivismo 3**

PERDRIEL

- 0055 EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD Y LA SEGURIDAD DE UNA ALMOHADA PARA APOYO Y SUJECCIÓN CEFÁLICA**
G NAVARRO ARCE, L MAKINISTIAN, ES TURCHETTO
- 0056 EVALUACIÓN DE UN NOVEDOSO PROTOTIPO DISEÑADO PARA APOYO Y SUJECCIÓN CEFÁLICA EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA.**
E TURCHETTO, G NAVARRO ARCE, L MAKINISTIAN
- 0063 TRASTORNOS COGNITIVOS POST INJURIA CEREBRAL EN PACIENTES ADULTOS EN ETAPA AMBULATORIA EVALUADOS POR EQUIPO DE REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA HOSPITAL LUCIO MOLAS SANTA ROSA LA PAMPA**
L VIGLIOTTA, S PEREZ, J SANSON, D ORTIZ, C MUÑOZ, A RAMBORGER, V VALLEJOS
- 0079 ISQUEMIA MESENTÉRICA VENOSA EN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPICO SECUNDARIO**
C MIRANDA, R BARRIENTOS, M RODRIGUEZ, L ESPINOSA, V CAMPOLO, E BISHELS, R VACA NARVAJA, N FERNANDEZ
- 0092 SÍNDROME SEROTONINÉRGICO ASOCIADO AL CONSUMO AGUDO DE ÁCIDO LISÉRGICO**
G PONCIO
- 0117 DEBUT ATÍPICO DE LINFOMA DE HODGKIN**
V CUÉLLAR, S VIERA, G FERNÁNDEZ, R LÓPEZ, P ZENÓN, A GARCÍA, M BERNADÓ, L MIGLIACCI, J DOUMIC, P ARTAZA
- 0200 SARCOMA DE KAPOSI INTESTINAL EN TRASPLANTADO HEPÁTICO INMUNOSUPRIMIDO**
F MINOLDO, N MERCADO, Y MANCHO, F ROMERO, J BOSSIO, S PAVON, E IGLESIAS, V CAGLIERI, C GALLETI
- 0324 TRASPLANTE HEPÁTICO, NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA**
D MOLINA, S CHAPELA, A GONZALEZ FLORES, N DACIUK, E DESCOTTE, F BALLESTERO, M BLASCO
- 0327 LESIÓN VASCULAR GRAVE POR PICADURA DE HYMENOPTERO APIS MIELLIFERA**
C FARIAS, M FLOREZ MONTES, Y SALOMON, A TORRES, C FARINA, M WILLIG, I GABRIELA, M ANCHORENA

21/09/2013 - 13:00 a 14:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 12**Kinesiología 1**

LUJÁN

- 0073 EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN Y SU IMPACTO EN INDICADORES DE CALIDAD EN UN HOSPITAL DE AGUDOS**
R CASTAÑO, H CESARIO, A HITA, P PRATESI
- 0125 CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**
L AREAS, G BATAGLIA, MI FERRERO, LJ FINN, LI GAREGNANI, GJ MUHAFARA, PA PROS, A TASSARA, CB VAZQUEZ, M VILLARRUEL
- 0209 ¿CÓMO REALIZAMOS LA EXTUBACIÓN? RESULTADOS DE UNA ENCUESTA ONLINE.**
I SALVATI, M BEZZI, M ANDREU, M DONNIANNI, MB IBAÑEZ, M COTIGNOLA, A OCCHIUZZI, MP PEDACE, MF ESMORIS, M FREDER, S MARTINEZ VENTIMIGLIA
- 0262 VENTILACIÓN MECÁNICA, EDAD, COMORBILIDADES Y RESULTADOS EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON INGRESO A TERAPIA INTENSIVA**
G PLOTNIKOW, D VASQUEZ, S CARLA, N IRASTORZA, C QUIROGA, P D'ANNUNZIO, R PRATTO, V RIENZI, A LEOZ, F JANSMA, D INTILE
- 0301 BENEFICIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESTETE GUIADO POR KINESIÓLOGOS**
CS LÓPEZ, MJ GARCÍA INOSTROSA, MP GORI, JM JOAQUÍN, AI CASTRO, LF CABEZAS, MC RUFFO, RC CATTANEO, NS CAPUTO

0039 LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO

D SANTOS, F MATTEOLI, G TORTURELA

21/09/2013 - 13:00 a 14:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 13**Infectología Crítica 3**

PLÁTANOS

- 0012 A PROPOSITO DE UN CASO: PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA.**
G MONGES, E NUÑEZ, E SIMES, S MERCADO
- 0019 TBC MENÍNGEA EN INMUNOCOMPETENTE**
JA CACIAGUERRA, JS PIETROBÓN, AF MUSCARELLO, FJ FERREIRO BERTA, MA PRETEL, R LAMBERGUINI
- 0020 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA Y CON ARTRITIS SÉPTICA. UNA PATOLOGÍA A CONSIDERAR.**
N RODRIGUEZ, NE QUEVEDO, C BERNHARDT, E CONCI, MA PRETEL
- 0041 MEDIASTITIS SECUNDARIA A ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR**
A FELDMAN, V NUNES VELLOSO, N FALCON PEREZ, G SIBILA, J CAPELLA, D VARELA, A PASQUINI, N TIRIBELLI, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS
- 0042 TUBERCULOSIS PERITONEAL. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.**
A FELDMAN, M VISCIGLIA, G VALIDO, S GONZALEZ, C BALASINI, B SAVASTANO
- 0043 MENINGITIS POR ESCHERICHIA COLI EN EL ADULTO: A PROPOSITO DE UN CASO**
A FELDMAN, D QUARANTA, M MOLINA, V NUNES VELLOSO, G SIBILA, A PASQUINI, J CAPELLA, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS

21/09/2013 - 14:00 a 15:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 14**Infectología Crítica 4**

PLÁTANOS

- 0076 TROMBOSIS SEPTICA DEL SENO CAVERNOSO, COMPLICADA CON INFARTO CEREBRAL**
JA VAZQUEZ, P DE VARGAS E GRANDO, L SANTACRUZ, E PESAT, G CARQUEIJEDA-ROMAN
- 0077 SHOCK TOXICO FATAL POST-PARTO CAUSADO POR CLOSTRIDIUM SORDELLII. UN TRASTORNO POCO FRECUENTE PERO CON ALTA MORTALIDAD.**
JA VAZQUEZ, CA CORONEL, A SCHROETER, LM WAISBLATT, R GOMEZ PAZ, S MARTINEZ, J COGORNO, JE MENDEZ
- 0087 MENINGITIS SECUNDARIA A YERSINIA ENTEROCOLITICA E PORJOLOVSKY, G FERNANDEZ CID, R SENESTRARI, B ZAMUDIO, N ESPINOZA, J MARQUEZ NIEVES**
- 0129 BOTULISMO DE HERIDA TRAS TRAUMATISMO DE TOBILLO**
MV ALÓ, JI MELE, L COCCO, M ESTEVES, JA BUSTOS BERTOLDO, R VENAFRI
- 0141 PRIMEROS CASOS DE INFECCIÓN POR KLEBSIELLA PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UTI ADULTOS DE SAN LUIS**
MB FERNANDEZ, S CORREA, C AGUILERA
- 0161 ESTRONGILOIDIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON SIDA EN UCI**
V TADEO GARISTO, JP ROSSINI
- 0175 MENINGITIS POSTOPERATORIA: UNA COMPLICACION TEMIDA. ANALIZANDO FACTORES DE RIESGO.**
Y RECUERO

- 0199 NOCARDIOSIS CUTÁNEA Y CEREBRAL SIN APARENTE COMPROMISO PULMONAR. CASO CLÍNICO.**
F ROMERO, F MINOLDO, Y MANCHO, S PAVON, J BOSSIO, J ARROYO, V CAGLIERI, C GALLETTI

21/09/2013 - 14:30 a 16:00

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 15

Cardiovascular 1

PERDRIEL

- 0058 ARRITMIA VENTRICULAR COMPLEJA EN PACIENTE HIV CON MENINGOENCEFALITIS A CRIPTOCOCO**
A MARTINEZ, JC RIVAS, G GUTIERREZ, P BOSCHINI, S CASTRO, N D AGOSTINO, L GADALETA, S LLOIS, O CRISTALDI, G ROBERT, H SURACHI
- 0060 COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSTINFARTO DE MIOCARDIO Y CIERRE PERCUTÁNEO CON EL DISPOSITIVO AMPLATZER. REPORTE DE UN CASO.**
C PALACIO, JC MEDINA, H SANTAMARIA, R SANTOS, A PEREZ, C RAPALLO, G CORTES, M BECK, G HEMESTROSA
- 0114 UN CARDIOCIURJANO EN TERAPIA**
A MARTINUZZI, VH BORRAJO, P COURTADE, JM VARGAS, C LOPEZ, B GONZALES ORÉ
- 0169 TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PERICARDICO SEVERO POR HISTOPLASMOSIS.**
MA GUZMAN, NE MOLINAS, LA FLORES, S SERRA, L ABEDIN, G SMURRA, C LOMBARDO, R DI PAOLI, S VERA LUNA.
- 0176 COARTACIÓN DE LA AORTA. DOS CASOS CLÍNICOS SIMILARES CON ALTERACIÓN ANATÓMICA DIFERENTE**
L VILLALOBOS, G TERÁN, K ELLEFSEN, R LARA, A DARRAS, C ZABALA, I GAINSBORG
- 0211 GRADIENTE DE LA CONCENTRACIÓN DE LACTATO Y DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO ENTRE AURÍCULA DERECHA Y ARTERIA PULMONAR EN PACIENTES QUE CURSAN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA**
J SOSA, JC PENDINO, L HESS, S BELTRAME, S PICOS, J TRUJILLO, G ALDAMIZ, G VIVES
- 0224 SINDROME DE TAKO-TSUBO**
J VINCENTI, D DELGADO
- 0331 COMPARACIÓN DE DOS ENFOQUES PARA LA INTERPRETACIÓN DEL ESTADO ACIDO – BASE EN PACIENTES SOMETIDOS A POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA**
L HESS, JC PENDINO, S BELTRAME, J TRUJILLO, G ALDAMIZ, M VIVES
- 0334 ENDOCARDITIS INFECCIOSA A CÁNDIDA HAEMULONII**
J MODERNEI, M SILVA, T RODRIGUEZ, F ALONSO, D TEJERA, G LIMOGI, M CANCELA

21/09/2013 - 14:30 a 15:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 16

Neurointensivismo 4

PERDRIEL

- 0015 A PROPÓSITO DE UN CASO EMBOLIA GASEOSA CEREBRAL EN TRAUMA TORACICO PENETRANTE CON DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS FISIOPATOLÓGICAS POSIBLES**
F FERNANDEZ, R URBANEJA
- 0045 DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA VERTEBRAL DERECHA**
A FELDMAN, S GONZALEZ, G VALIDO, F LUNA, C BALASINI, A PLIT, B SAVASTANO

- 0170 ATAQUE CEREBRO VASCULAR (ACV) CRIPTOGÉNICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD TUMORAL OCULTA**

JC BOSSIO, Y MANCHO, S PAVON, V GAZZONI, E IGLESIAS, V CAGLIERI, C GALLETTI

- 0171 ANTICOAGULACION EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**

A FERNANDEZ, M MORALES, D PEREZ, L KUMAR

- 0229 ENCEFALITIS LIMBICA A PROPOSITO DE UN CASO**

DE PORJOLOVSKY, DN CORNEJO, DL FRANCONIERI, DR LORENZO, DJ CAMPOS, DC GARAYALDE, DS CAMERLINGO, DB ZAMUDIO, DI RIOS

- 0313 TEC GRAVE EN LA GUARDIA CUANDO NO HAY CAMA EN LA UCI EN LATINO AMÉRICA: PACIENTES HUÉRFANOS**

W VIDETTA, RM CHESNUT, N TEMKIN, S DIKMAN, C RONDINA, G PETRONI, S LUJAN, J PRIDGEON, J BARBER, J MACHAMER, K CHADDOCK

21/09/2013 - 15:15 a 16:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 17

Neumonología Crítica 2

LUJÁN

- 0044 NEUMONÍA INTERSTICIAL AGUDA UNA RARA ETIOLOGÍA DE SDRA EN UTI**

A FELDMAN, D VARELA, G SIBILA, V NUNES VELLOSO, J CAPELLA, N FALCON PEREZ, M MOLINA, N TIRIBELLI, P REVEL CHION, A MARINO, M GUAYMAS

- 0065 USO RACIONAL DE LA RADIOLOGIA DE TORAX EN PACIENTES VENTILADOS**

R FERNÁNDEZ, L LUJAN, V ORDOÑEZ, S ARANCIBIA, E ROJO, L VIOLA, V CHAPIER, E CABRERA, I SANTOLAYA, W VAZQUEZ

- 0101 SÍNDROME DE ONDINA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO POCO HABITUAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA,**

G GUTIERREZ, S MONTEYRO, V BRICHETTI, S CASTRO, D VISENTINI, G MOREL, P BOSCHINI, A MARTINEZ, N D'AGOSTINO, O CRISTALDI, E DE VITO

- 0172 ¿ASMA "CASÍ" FATAL?**

A FERNANDEZ, A JUAN, D PEREZ, L KUMAR

- 0173 EXPERIENCIA DE VENTILACION MECANICA EN DECUBITO PRONO, EN PACIENTES OBESOS CON SME. DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO**

A FERNANDEZ, E PALACIOS, D PEREZ, L KUMAR

- 0197 VALOR DEL LACTATO ARTERIAL COMO PREDICTOR PRONOSTICO EN LOS DIFERENTES ESTADIOS DE LA SEPSIS.**

M GALARZA HANGLIN, AE PIACENZA, JA CIALZETA, JA OJEDA, JFA RÍOS, FM RIVERO

- 0216 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA POR DILATACION, NUESTRA EXPERIENCIA.**

MA FLORES MONTES, MA AGARIE, H CABRERA, M WILLIG, Y SALOMON, A TORRES, MC FARIAS, C FARINA, GC IZZO, EP CENTENO, M ANCHORENA

- 0231 ANGIOEDEMA POR ENALAPRIL CON COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA. A PROPOSITO DE UN CASO.**

A SAVIA, G FERRARA, C GAUNA, P DESMERY, F LONGO, E GONZA

21/09/2013 - 15:00 a 17:30

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 18

Neurointensivismo 5

PLÁTANOS

- 0149 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS Y MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS SINTOMÁTICAS. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS**

ML GERBALDO, MM BONO, JC BENZAQUEN, W MELGAREJO, IJ RATERO, S JULIA, D CLAVERO

- 0156 BRADICARDIA SINTOMÁTICA Y ASISTOLIA SECUNDARIA A INJURIA MEDULAR TORÁCICA. UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LESIÓN ESPINAL DORSAL.**
C PEREZ ACOSTA, P MENDEZ, M MARTINEZ NAVARRO, L AGUIRRE, A PIRIZ, E DULBECCO, F KLEIN
- 0157 ESTADO CATATÓNICO. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME SEROTONINÉRGICO.**
L EBBEKE, M MARTINEZ NAVARRO, A THOMSON, M ALTOUNIAN, L AGUIRRE, A PIRIZ, F KLEIN
- 0195 SÍNDROME DE MAY THURNER EN PACIENTE CON ATAQUE CEREBRO VASCULAR CRIPTOGENETICO Y PATENTE DE FORAMEN OVAL**
S PAVON, Y MANCHO, J BOSSIO, MJ CABRERA, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0196 EVALUACIÓN DEL IMPACTO ENTRE EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEFINITIVO Y LOS RESULTADOS EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON HSA ANEURISMATICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CON DERIVACIÓN EN RED.**
E AMUNDARAIN, M CASANOVA, N GALLUCCI, O FARIÑA, B DORFMAN
- 0203 HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE MOYA MOYA: REPORTE DE UN CASO**
M FERREYRA, S SILLITANO, C SÁNCHEZ, F MOS, D VASQUEZ, D INTILE
- 0204 TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO Y LESIÓN VASCULAR GRAVE**
P SZEKELY, S RACERO, D STURBA, R ERUSALIMSKI, A HLAVNICKA, C NOSTI
- 0227 ENFERMEDAD DE MOYAMOYA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
A SAVIA, G FERRARA, C GAUNA, T FUNES, F LONGO, P DESMERY, R REY
- 0241 RUPTURA INTRAQUIRÚRGICA DE QUISTE DERMOIDE CEREBRAL COMO CAUSA DE ISQUEMIA HEMISFÉRICA**
JA STEINBERG, M NATALIA, P MARTIN, P IGNACIO, CF WILLIAM, C IVAN, M JUAN, T CECILIA, C CARLOS, C GRACIELA

22/09/2013 - 10:00 a 11:15

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 19**Nefrología y Medio Interno / Nutrición**

PERDRIEL

- 0069 PANCREATITIS GRAVE**
C FARINA, C PEIN, P CENTENO, M ANCHORENA, G IZZO, DR LEONARDO
- 0106 NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: CÓMO IMPACTA EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS**
P GUIMARAENS, MDLA CARIGNANO, MF GOLDIN, D CORBELLI, P CABRERA, MF GRANTON, C KECSKES
- 0188 EL VALOR PRONOSTICO DE LA TROPONINA T ULTRASENSIBLE EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN HEMODIALISIS PERSISTE A LARGO PLAZO POR LA ESTABILIDAD DE LA CONCENTRACIÓN DE LA MISMA.**
J MORENO, P NOVOA, R GUGLIELMONE, R D'ELÍAS, O KIENER, S BARZON, J BONO
- 0240 HEPATITIS ISQUEMICA EN ADULTO SANO**
F LASCAR, S SAC, E DESCOTTE, F GRASSI, S CHAPELA, M BLASCO, J CHERTCOFF
- 0282 NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS Y SEUDOANEURISMAS HEPÁTICOS A PROPÓSITO DE 1 CASO**
D STURBA, G EISELE, S RACERO, F MARTINEZ, A HLAVNICKA, C NOSTI
- 0291 PRIMER PRÓTESIS METÁLICA RECUBIERTA AUTOEXPANDIBLE COLOCADA EN ARGENTINA COMO TRATAMIENTO TEMPORARIO DE LA HEMORRAGIA VARICEAL REFRACTARIA SIN GUÍA ENDOSCÓPICA NI RADIODIOLÓGICA**
F LASCAR, G DOVA, A GONZALEZ FLOREZ, M VILLARROEL, M BLASCO, S PAZ, E SOLOAGA, L COLOMBATO

- 0294 SÍNDROME DE CUSHING. VALOR DE KETOCONAZOL, ESPIRONOLACTONA Y VITAMINA D EN EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS HIDROELECTROLÍTICOS.**
SF GRIMALDI, AG ARTEAGA PANOZO, JA MEDINA MENDOZA, L ARGUEYES, A FERNÁNDEZ, E PEZZOLA, F VILLAREJO, F RÍOS, C APEZTEGUÍA, N CACACE LINARES, L AGUILAR

22/09/2013 - 11:15 a 12:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 20**Misceláneas 1**

PERDRIEL

- 0123 TROMBOANGIITIS OBLITERANTE Y AFECTACION VISCERAL.**
N MOLINA, M POMBO, A STEINBERG, J MORENO, C TONELI, G CUETO, M TORRES BODEN, E BRAÑIA, C COZZANI, M ZYLBERMAN
- 0126 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ANTES Y DESPUÉS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA**
F SIERRA, A QUISPE MÁXIMO, M ACQUAFREDDA, C TORRY, N DI SANZO, P MIRANDA, A AMOYAO, L PICHINAO
- 0138 DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO ELECTRÓNICO EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS**
MF AGUIRRE OJEA, MC RISSO, R CASTRO, J RODRIGUEZ RATTARO, G SILBERSZAC, G VACA RUIZ, A CURA, B REY SUMAY, CD PAGANO, A CARIDI, G VERDE
- 0147 INTOXICACIÓN CON FENOBARBITAL. EL ROL IMPORTANTE DE LA HEMODIÁLISIS.**
G GUTIÉRREZ, G ROBERT, S CASTRO, P BOSCHINI, A MARTINEZ, J RIVAS, N D' AGOSTINO, J RISSO PATRÓN, O CRISTALDI, M CHAMUT, N CATALDI
- 0153 TRASPLANTE HEPÁTICO POR INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL**
C GAZZANO, D NOVAL, A SANTA MARIA, P SURRACO, C DE FILIPI, M BERTE, J GUILLEN, V MAZZOLA, N SEGURA, S TORRES, S ILUTOVICH
- 0163 OPTIMIZACION EN LA PROCURACION ORGANOS DESPUES DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCION**
G BASCOLO, L ZACARIAS, J HADDAD, N RISSO, N SANCHEZ, J TEVES, J PONCE, M CHOY, E GIMENEZ
- 0178 RECAÍDA DE PURPURA TROMBOTICA TROMBOCITOPÉNICA CON AFECCIÓN NEUROLÓGICA Y CARDIACA. ESQUEMA DE TRATAMIENTO AGUDO Y SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES.**
Y MANCHO, S PAVON, J BOSSIO, D MINOLDO, F MINOLDO, E ASINARI, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0193 SERIE DE 22 CASOS DE INTOXICACIÓN POR LITIO: CUANDO LA CLÍNICA DEFINE GRAVEDAD Y CONDUCE EL MANEJO TERAPÉUTICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
S CORTESE, H TRAPASSI, M RISSO, V DI NARDO, M MONTENEGRO
- 0332 NESIDIOLASTOSIS. COMUNICACIÓN DE UN CASO**
P VARGAS, A TEMBRAS, F MARTINEZ, E SALCEDO

22/09/2013 - 11:15 a 12:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 21**Neumonología Crítica 3 / Kinesiología 2**

LUJÁN

- 0091 ESTUDIO DE LA INCIDENCIA Y DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO POR ASPIRADO TRAQUEAL (AT) Y LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) EN TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (TAV) Y SU IMPACTO SOBRE SU MANEJO.**
A TAMAYO, N VETRANO, A ZAMUZ, L GONZALEZ, J SAKUGAWA

- 0109 HEMORRAGIA ALVEOLAR POST PARTO ASOCIADA A BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONIA ORGANIZADA**
NI ROSALES, E ALVAREZ, P ZINGARETTI, E RODRIGUEZ, A FABBRO
- 0158 USO DEL ECMO EN LA FALLA PRIMARIA DEL INJERTO PULMONAR. UNA NUEVA FORMA DE SOPORTE EN COMPLICACIONES DEL TRASPLANTE DE PULMÓN.**
Y ASIS, A FERRE, A PIRIZ, G TUHAY, F KLEIN, J OSES, A BERTOLOTTI
- 0159 PROTECCIÓN DE LA SUTURA TRAQUEAL MEDIANTE USO DE ECMO. ¿ UNA NUEVA ALTERNATIVA DE SOPORTE EN COMPLICACIONES DE TRASPLANTE CARDIOPULMONAR ?**
M MARTINEZ NAVARRO, E CORREGER, A FERRE, A PIRIZ, G TUHAY, F KLEIN, J OSES, A BERTOLOTTI
- 0167 ESTUDIO DE DISINCRONIAS EN VENTILACIÓN MECÁNICA (INFORME PRELIMINAR)**
M BERMEO, F RÍOS, L AGUILAR, C APEZTEGUÍA, C FALLIATTI, N MÁRQUEZ, V RODRÍGUEZ, R REYES, E PEZZOLA
- 0198 PIRFENIDIONA: NUEVA OPCION EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA. PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO**
N MERCADO, Y MANCHO, S PAVON, J ARROYO, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0238 HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR IDIOPATICA GRAVE TRATAMIENTO CON TERAPIAS AVANZADAS. CASO CLINICO**
S PAVON, Y MANCHO, J BOSSIO, V GAZZONI, V CAGLIERI, C GALLETTI

22/09/2013 - 11:15 a 12:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 22

Infectología Crítica 5

PLÁTANOS

- 0071 SHOCK SEPTICO. EPIDEMIOLOGICO**
A TORRES, Y SALOMON, C PEIN, P CENTENO, M ANCHORENA, G IZZO
- 0086 DETERIORO NEUROLOGICO EN PACIENTE CON CARDIOPATIA CONGENITA COMPLEJA , EL ABSCESO CEREBRAL DIAGNOSTICO FRECUENTE ?**
F CARLUCCI, JC ESCARDO, V MARQUEVICH, M JERMAN, S COSENZA, A GIRA
- 0095 LEUCOENCEFALITIS HEMORRÁGICA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR**
D MOLINA, A BOEDO, S CHAPELA, F GRASSI, M BLASCO, E SOLOAGA, J CHERTCOFF
- 0234 SINDROME DE MOYAMOYA**
C BALASINI, G VALIDO, R MENÉNDEZ, A FELDMAN, S GONZALEZ, B SAVASTANO, CDV BARRIOS, F LUNA, F COSTA, M VISCIGLIA

- 0243 MIASIS OROFARINGEA**
F LASCAR, A BOEDO, S CHAPELA, E DESCOTTE, E SOLOAGA, F BALLESTERO, J CHERTCOFF
- 0248 MEDIASTITIS POS TRAUMA CERRADO DE TÓRAX**
A QUINTEROS, M GARCIA, E GARCIA, S ROJAS, J CELIA, J ORTEGA, J FERNANDEZ, S CARRIZO, M RUIZ, N BONETTO
- 0249 TRAUMA E INFECCIONES: NUESTRA EXPERIENCIA**
G BAEZA, A MARTINUZZI, M ALONSO, VH BORRAJO, M ARA-GÜES, B GONZALES ORÉ, C VAZQUES
- 0283 SINDROME UREMICO HEMOLITICO**
P CARVAJAL, CJ JUAREZ, E VAZQUEZ, S NIEVAS
- 0306 MENINGITIS POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE: COMPLICACIÓN OMINOSA, EMERGEN-TE Y DE DIFÍCIL SOLUCIÓN**
JD ORQUERA

22/09/2013 - 11:45 a 12:45

DISCUSIÓN DE POSTERS ELECTRÓNICOS 23

Cardiovascular 2 / Misceláneas 2

PERDRIEL

- 0021 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBMASIVO**
PC JULIO FRANCISCO, R KOHAN, C SBROCCO, FH KUBARYK, G MARTINEZ, LC GERVASONI, N FERNÁNDEZ, E MARULLO, A ALCALA, S SAAVEDRA, J PACHADO
- 0022 ANEURISMA GIGANTE TORACOABDOMINAL, TRATAMIENTO ENDOVASCULAR**
PC JULIO FRANCISCO, C SBROCCO, FH KUBARYK, LC GERVASONI, G MARTINEZ, JJ SARRASKETA, E MARULLO, A ALCALA, N FERNÁNDEZ, J PACHADO, D REMY
- 0026 SINDROME HIPEREOSINOFILICO**
R MONTENEGRO, J MENDEZ, R HERNANDEZ, R VILLEGAS, C VIVERO, MC ORLANDI R MONTENEGRO
- 0050 EXPRESIÓN DE LOS FACTORES INDUCIBLES DEPENDIENTES DE HIPOXIA (HIF-1A Y HIF-2A) EN UN MODELO DE CÉLULAS ENDOTELIALES DE MICROVASOS CEREBRALES HUMANOS SOMETIDOS A HIPOXIA**
JC PENDINO, S LLORENS FOLGADO
- 0070 CORIOCARCINOMA GESTACIONAL: DESCRIPCION DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFIA**
JA VAZQUEZ, G CARQUEIJEDA-ROMAN, E VEDOVATO, A ESTRIN, L SANTA CRUZ, P DE VARGAS E GRANDO, B LOPEZ
- 0177 SÍNDROME DEL DEDO AZUL ASOCIADO A CRIOGLOBULINEMIA, LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO.**
Y MANCHO, S PAVON, E ASINARI, D MINOLDO, M GOTTERO, V CAGLIERI, C GALLETTI

20/09/2013 - 09:00 a 19:00

POSTERS ELECTRÓNICOS SIN DISCUSIÓN 01

Pediatria

PERDRIEL

- 0090 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**
ME GUTIERREZ MEYER, F CALDERON, MJ PETRONI, M MENDOZA, ME RATTO, D BERGNA, A BORDOGNA, F PODESTA, MM LAUDA-DIO, O RECUPERO, N TODARO
- 0151 EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN UCI**
F CALDERON, E GUTIERREZ MEYER, P MARIA JULIA, M MENDOZA, ME RATTO, A BORDOGNA, F PODESTA, C CARDOZO, MS LABAT, P CASTELLANI, O RECUPERO
- 0110 COLECCION SUBDURAL DE LOCALIZACION INFRECUENTE**
S ESQUIVEL, R GOMEZ, C MOYANO, R BLANCHARD, E CESPEDES
- 0113 REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN MENINGITIS VIRALES**
ME BLANCO, E SCANDIZZO, M ZUBIETA, M SKRYPNYK
- 0134 TRAUMATISMO TORACICO PENETRANTE EN NIÑO POR ARMA BLANCA CON INTERVENCION TEMPRANA. A PROPOSITO DE UN CASO**
RB ARAOZ OLIVOS, MS RAMOS, JR LEDESMA, MP OVEJERO, SC COLMAN, L NINAMANGO
- 0135 DEFICIT DE FACTOR XIII DE LA COAGULACIÓN EN EL LACTANTE**
J ECHAVE, L BARRIOS FERRO, L BUSO, P CASTELLANI, K FIQUEPRON, L MORENO, D OTERO, N RAÚL, M RZEPESKI, M WERNISCH, M MARTI
- 0137 TUBERCULOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE.**
L BARRIOS FERRO, K CINQUEGRANI, J ECHAVE, K FIQUEPRON, D OTERO, A PICCIRILLI, E QUISPE LÓPEZ, N RAÚL, M RZEPESKI, L BUSO
- 0143 SÍNDROME DE HIPERTERMIA MALIGNA-LIKE, ESTADO HIPERGLICÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO Y RABDOMIOLISIS COMO COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO.**
S CAMPOS MIÑO, S CAMPOS ABAD, R YEROVI, M GRUNAUER
- 0146 SÍNDROME DE OBESIDAD MORBIDA EN LA INFANCIA. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. VENTILACION NO INVASIVA. A PROPOSITO DE UN CASO.**
PG INSAURRALDE, A CALVO
- 0160 EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS: SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR, PRESENTACION POCO HABITUAL. REPORTE DE UN CASO**
G BONETTO
- 0250 ENCEFALITIS HERPÉTICA EN UN RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE SÍNDROME FEBRIL**
MB EHLERS, A ALVAREZ, RF RAMOS
- 0254 PURPURA FULMINANS FATAL POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. DEBUT DE LEUCEMIA.**
D ARRIAGADA, A DONOSO, P CRUCES
- 0256 FÍSTULA NEFROBRONQUIAL OCASIONA EPISODIO CASI LETAL EN PACIENTE CON NEFROLITIASIS Y PIELONEFRITIS.**
D ARRIAGADA, A DONOSO, P CRUCES
- 0257 GOLPE DE CALOR Y FALLO MULTIORGÁNICO EN LACTANTE CON SÍNDROME DE PRADER-WILLI. CASO CLÍNICO**
D ARRIAGADA, A DONOSO, S CAMPBELL, P CRUCES
- 0290 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA NUEVA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN LA CIUDAD DE MENDOZA, ARGENTINA**
AP CORREA, J FIGUERO, C CÁRDENAS VOLNY, I MARINELLI TRILLER, G ECHENIQUE, R MARQUEZ, J IPHAIS, D MARCONI, MB PERALTA ROCA
- 0298 LOXOCELISMO CUTÁNEO VISCERAL, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
MB PERALTA ROCA, É VANELLA, M MOSCIARO, E DÁVILA, L PIOVANO, I MARINELLI TRILLER

0005 INCIDENCIA DE NAV Y MORTALIDAD EN NEUROCRÍTICOS CON TRAQUEOSTOMIA PRECOZ VERSUS TARDIA

F FERNANDEZ(1), G FERNANDEZ(1), D ALDUNATE(1), J ARROYO(1)

(1) Central.

Introducción: En 2004 Bourderka comparo traqueotomía precoz con IOT prolongada solamente en TEC grave sin diferencias en mortalidad o NAV con disminución de estadía en UTI y ARM. En 2010 Raineri determino que la traqueotomía precoz produce disminución no significativa de NAV, pero sí de días libres de ARM y de estancia en UTI. Pero no se ha estudiado hasta la fecha traqueostomía precoz vs tardía en la subpoblación de neurocríticos

Objetivo: Determinar incidencia de NAV, mortalidad al egreso de UTI, días de ARM y estadía en UTI de pacientes con traqueotomía precoz vs. Tardía en población de neurocríticos.

Material y metodos: Estudio descriptivo observacional de pacientes traqueostomizados en UTI de hospital central Mendoza. Se incluyeron neurocríticos con indicación de ARM > 24 hs y traqueostomía. Se excluyeron neurocríticos con patología cervico mediastinal, neumonía al ingreso, EPOC. Se determino traqueotomía precoz aquella realizada primeros 7 días de ingreso y tardía después. La indicación y momento se definía por el equipo médico. En todos los casos fue traqueostomía quirúrgica. Se dicotomizaron las variables en traqueotomía precoz y tardía. Se determinaron las variables edad sexo, tasa de ARM, Tasa de NAV, mortalidad al egreso de UTI, estancia en UTI, Apache 2 de ingreso, SOFA ingreso y delta. Se utilizó el programa estadístico WinDams-13, se determinó significancia estadística P:0,05.

Resultados: **TRAQUEOSTOMIA PRECOZ** N:20 55,5%; edad promedio: 52 años + DS 14,9; sexo: 60% hombres; APACHE 2: 15,5 DS + 7,42; Delta SOFA: 4,5 DS + 2,28; NAV 75% P:0,83 mortalidad: 30%; estadía en UTI: 20,47 días DS + 19 P:0,034; días de ARM: 25,4 DS + 17 P:0,055. **TRAQUEOSTOMIA TARDIA** N:16 45,5%; edad promedio: 39 años + DS 2,56; sexo: 60% hombres; APACHE 2: 15,3 DS + 2,56; Delta SOFA: 4,5 DS + 2,85; NAV 86,6% P:0,83; mortalidad: 20%. estadía en UTI: 47 días DS + 8 P:0,034; días de ARM de 52 DS + 8 P:0,055. Sin diferencias en ambos grupos en riesgo de NAV, RR: 1,23 IC95% (0,89-1,34) y mortalidad, RR: 1,04 IC95% (0,91-1,11); significativa disminución de estadía en UTI de -26 días IC95% (-38, -19) y días ARM: -26,66 IC95% (-34, -22).

Conclusion: En nuestra población de neurocríticos no se encontraron diferencias en mortalidad como incidencia de NAV con traqueostomía precoz vs tardías, sí una disminución considerable de días de ARM y estadía en UTI en el grupo precoz datos similares a los que refleja la literatura actual.

0009 INCIDENCIA DE NAV EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS Y ASOCIACION DE ÉSTE FACTOR DE RIESGO CON MORTALIDAD

F FERNANDEZ(1), E TORRES(1), C CURA(1), J ARROYO(1)

(1) Central.

Introducción: La NAV es la infección más frecuente, con alta mortalidad y costos. La vigilancia epidemiológica, mejora el estándar de calidad. Se describen factores de riesgo no prevenibles como monitoreo de PIC, enfermedades neurológicas, trauma, pero se conoce poco del impacto en la mortalidad del factor neurocrítico.

Objetivos: Determinar asociación del factor de riesgo neurocrítico con mortalidad e incidencia de NAV. Determinar gérmenes más frecuentes y su asociación con mortalidad.

Material y metodos: Estudio descriptivo, observacional, en UTI de Hospital Central entre: junio 2012-enero 2013. Se incluyeron: to-

dos los que desarrollaron NAV temprana (< 5 días) o tardía (> 5 días) > de 18 años, con criterios diagnósticos para NAV. Se dicotomizaron las variables en NAV de neurocríticos (TEC grave, HSA, ACV hemorrágico, ACV isquémico, etc.) y NAV de no neurocríticos. Se determinó la mortalidad al egreso de UTI, tasa de NAV y gérmenes más frecuentes en pacientes con y sin la variable neurocrítico, días de ARM, APACHE 2, delta-SOFA, Edad, sexo, Estadía en UTI, Tipo de Gérmen, NAV: Precoz o tardía. Se realizó análisis multivariado utilizando el programa estadístico winDams_13 Con significancia estadística de P: < 0,05.

Resultados: Generales: Se documentaron 64 NAV, 43% NO Neurocríticos y 57% Neurocríticos. **Resultados en neurocríticos:** Incidencia de NAV: 57% tasa 19 NAV/1000 días ARM P:0,052; NAV temprana 51%, Tardías 43% P:0,017; media de edad 52 años, varones 63%, media de internación 19 días, días ARM: media 11, APACHE 2: media 15; DELTA SOFA: media 5; **mortalidad 22% P:0,08. RR: 0,89 (IC 95% 0,98-0,79).** El TEC Grave fue la etiología más frecuente con 37% P:0,08. Gérmen más frecuente fue SAMS. 37% RR de muerte: 0,88 (IC95% 0,72-1,05). P:0,014.

Resultados en NO neurocríticos: Incidencia de NAV: 44% tasa 15 NAV/1000 días ARM P:0,052; NAV temprana 34% P:0,017, Tardías 66% P:0,017; media de edad 47 años, varones 69%, media de internación 20 días, días ARM: media 20, APACHE 2: media 13; DELTA SOFA: media 5; **mortalidad 45% P:0,08.** Gérmen más frecuente fue CAB, 31%. RR de muerte 1,95 (IC 95% 1,88-2,56) P:0,054.

Conclusión: Los neurocríticos con NAV tuvieron menor mortalidad, dada por gérmenes multisensibles como SAMS; pero con mayor incidencia de NAV sobre todo de tempranas. La mayor mortalidad en no neurocrítico se debió a gérmenes multirresistentes como CAB.

0012 A PROPOSITO DE UN CASO: PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

G MONGES(1), E NUÑEZ(1), E SIMES(1), S MERCADO(1)

(1) Incor.

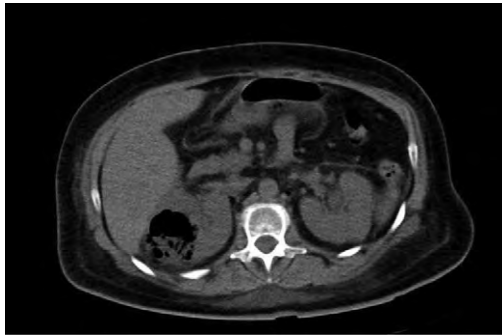
Introducción: infección necrotizante grave del parénquima renal, afecta especialmente a pacientes diabéticos, presentando alta tasa de mortalidad a pesar de tratamiento agresivo.

Caso clínico: Pte 52 años femenino, diabética tipo 2, insulino dependiente, ITU a repetición, escaso control y manejo de su enfermedad, ingresa a UTI por presentar fiebre, vómitos, dolor en flanco derecho e hiperglucemia, evoluciona inestable con mal control de glucemias a pesar de bomba de insulina, requiriendo aporte de volumen y drogas inotrópicas con signos francos de shock séptico, se logra estabilizar TA en pocas horas con infusión de cristaloides y dopamina, oligoanúrica, se toman muestras de hemo y urocultivo, con lab: de GB 20.000, creatinina 2,4 mg/dl, orina patológica con pirocitos, se comienza tratamiento con ciprofloxacina EV, a las 24 horas del ingreso la paciente con TA estable, se retiran drogas inotrópicas, comienza a mejorar ritmo diurético y se realiza TAC de abdomen donde se observa destrucción del parénquima renal derecho, sustituido por una imagen con densidad aire, que afecta planos grasos perirenales. Se rota esquema antibiótico a imipenem EV, se recibe antibiograma del urocultivo donde desarrolla E. coli multiresistente sensible a imipenem, y se realiza nefrectomía en otro centro asistencial dada a la gravedad del cuadro.

Resultado: a pesar del diagnóstico precoz y del tratamiento, la paciente recibió una nefrectomía total evolucionando lenta pero favorablemente.

Conclusiones: presentamos este caso típico de pielonefritis enfisematosa resaltando la importancia del diagnóstico clínico y de imágenes, así también como su agresivo tratamiento y evolución dada a la alta mortalidad de la enfermedad.

Lo indispensable es el manejo de la infección, diagnóstico y tratamiento rápido, casi siempre la nefrectomía.



0015 A PROPÓSITO DE UN CASO EMBOLIA GASEOSA CEREBRAL EN TRAUMA TORACICO PENETRANTE CON DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS FISIOPATOLÓGICAS POSIBLES

F FERNANDEZ(1), R URBANEJA(1)
(1) Central.

Introducción: La embolia cerebral aérea puede provenir de circulación venosa o arterial, las causas, fisiopatología, manifestaciones clínicas y el pronóstico difieren dependiendo de las circunstancias. **Objetivo:** Mostrar caso infrecuente de embolia gaseosa cerebral en paciente con trauma torácico penetrante y lesión medular. Discutir diferentes circunstancias fisiopatológicas que explicarían dicho cuadro.

Material y Métodos: Caso: varón de 25 años sin antecedentes patológicos que ingresa por herida de arma de fuego en hemitórax izquierdo, presentando únicamente Hemotórax homolateral avenado y lesión medular completa a nivel de T 8 con paraplejía flácida, lucido, estabilidad hemodinámica sin requerimiento de drogas vasoactivas ni ARM. Luego de evolución favorable en las siguientes 72hs; comienza con trastorno de conciencia y convulsión TC generalizada, descerebración con pupilas midriáticas hiporreactivas, escasos reflejos de tronco. TAC cerebro infarto ACM y ACA bilateral, densidad de aire en los hemisferios cerebrales, aire dentro de vasos cerebrales; Ecocardiograma sin evidencia de embolia paradójica. Resto s/p. Evolucionan en las siguientes 24hs a la muerte cerebral.

Discusión: Foramen oval permeable se reporta en 17% a 35% de la población, la gran mayoría son de entre 1 y 10 milímetros). Una embolia paradójica requiere aumento de presión en la aurícula derecha mayor a la de la aurícula izquierda (al menos intermitente). En nuestro caso la colocación de tubo torácico colocación podría haber sido el momento de ingreso de gas al circuito venoso y una maniobra de valsalva el momento de la embolia paradójica. Pero tuvo poca repercusión cardiopulmonar del cuadro. Otra explicación sería hiperinsuflación de los pulmones y aumento la presión alveolar por acodamientos en tubo pleural, originando escape de gas a venas pulmonares. Si este gas alcanza las arterias carótidas es casi inevitable la embolización de los vasos cerebrales, con bloqueo del flujo sanguíneo en los vasos terminales de unión de la sustancia blanca.

Conclusion: La embolia gaseosa cerebral es una complicación potencialmente mortal e inevitable en algunos procedimientos que pueden introducir aire en la circulación arterial o venosa. El tratamiento se basa en medidas de soporte y a veces oxígeno hiperbárico, de discutida eficacia.

0017 EVALUACION DE LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA ESPONTANEA CON Y SIN TRATAMIENTO QUIRURGICO JUNTO A VALIDACION DEL ICH SCORE EN UTI DE HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

F FERNANDEZ(1), J SILVESTRE(1), J ARROYO(1)
(1) Central.

Introducción: En la evidencia actual no hay diferencias en la mortalidad con tratamiento quirúrgico vs. conservador. Tampoco hay recomendación del momento quirúrgico y tipo HIC, excepto hemorragias cerebelosas con o sin hidrocefalia y deterioro neurológico. El ICH score es un predictor de mortalidad a 30 días que analiza puntaje de GCS, edad, HIC infratentorial, volumen y vaciamiento ventricular.

Objetivo: Determinar mortalidad de HIC espontánea con tratamiento quirúrgico vs. Conservador y Validación del ICH score en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional en UTI de Hospital Central de Mendoza. Se tomó período junio 2011 a febrero 2012. Criterios de inclusión HIC espontánea en > 18 años; exclusión HIC traumática, HSA y diátesis hemorrágica. Se dividieron las variables según ICH Score. Se analizó edad, sexo, comorbidas, Glasgow ingreso, localización, tratamiento quirúrgico, tratamiento conservador, mortalidad global y de cada grupo de tratamiento. Se realizó análisis de curvas ROC para discriminación y calibración de la escala con test de Hosmer-Lemeshow (HL) para evaluar muerte estimada por el modelo vs la realidad.

Resultados:

VARIABLES	ISH 0 N: 5 12,8%	ISH 1 N: 5 5,12%	ISH 2 N: 12 30,7%	ISH 3 N: 9 23%	ISH 4 N: 10 25,6%
Estadia promedio (días)	2,6	3	13,3	7,8	7,1
Varones	75%	50%	58%	66,6%	70%
Edad (años)	54,4	36	51,6	62,8	54
Apache promedio	8	8	8,25	9,8	10
Glasgow promedio	14,6	12,8	11,5	6,11	3,7
Comorbidas	90% HTA	80% HTA 10% DBT	95% HTA	85% HTA 10% DBT	100% HTA
Localización	60% Talamico	100% Cortical	33,3% Putaminal	44,4% Cortical 22,2% Cerebeloso	40% Cerebeloso Pontino
Cirugía			83,33% No Qcos 16,66% Qcos P:0,01	66,6% No Qcos 33,3% Qcos P:0,06	60% No Qcos 40% Qcos P:0,06
Mortalidad Observada			33,3% P:0,03	66,6% P:0,01	90% P:0,04
Mortalidad Esperada	0%	13%	26%	72%	97%
Mortalidad Qcos			50% P:0,37	83,3% P:0,13	75% P:0,19
Mortalidad No Qcos			20%	33,3%	100%
Discriminación ABC ROC	1	0,74	0,66	0,75	0,78
Calibración Hosmer	0,35	0,19	0,19	0,13	0,76

Conclusión: No hubo diferencias en mortalidad de HIC con o sin cirugía, fue más frecuente la cirugía en ICH altos., la discriminación y la calibración del ICH score es muy buena.

0018 ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE SEDOANALGESIA ENTRE PACIENTES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA CON Y SIN EPOC

M DEHEZA(1), E CANEDO(1), V LLERENA(1), V NUNES VELLOSO(2)

(1) Rivadavia. (2) Churrúa.

Introducción: La sedo-analgésia es uno de los pilares básicos del manejo del paciente crítico, asegurar una adecuada sedación y analgesia en estos pacientes ha adquirido una importancia cada vez mayor. A pesar de las guías de consenso para la sedo-analgésia, la práctica clínica diaria es muy variable. La profundidad de sedación necesaria dependerá de las características psicológicas del paciente, de la naturaleza y gravedad de su situación clínica, de la evolución prevista y de su tolerancia a las técnicas de soporte usadas para el tratamiento.

Objetivo: describir en la población en estudio la calidad de sedación y comparar si hay mayor sedación en los pacientes bajo ventilación mecánica invasiva (VMI) con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y sin EPOC.

Material y método: Se analizaron los datos provenientes de 125 pacientes críticos de 18 hospitales de CABA y provincia de Buenos Aires sometidos a sedo analgesia durante la VMI, con antecedentes y sin antecedentes de EPOC, en unidades de terapia intensiva (UTI), entre el periodo de octubre del 2010 hasta octubre del 2012. Variable independiente: Pacientes con antecedentes de EPOC, variable dependiente: Evaluación de la sobre sedación utilizando la escala de *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS). Definimos: Sedación óptima: 0 a -2, subóptima: a) Infra sedación: +1 a +4 b) Sobre sedación: -3 a -5. Diseño; descriptivo y comparativo a muestras independientes, prospectivo, transversal, controlado.

Resultados: 125 pacientes, 59% masculinos, edad promedio 59 años sin diferencias entre sexos. El promedio de días de internación en UTI fue 23 ± 19 días (mínimo=3, mediana=18; máximo=107 días) y de horas bajo VMI fue en UTI fue 329 ± 391 hs (mínimo=16, mediana=192; máximo=2352 hs.). Un 25% presentó EPOC. La ventilación asistida controlada por volumen (VCV) fue la más frecuente. El 40% se encontraba en óptima sedación, 60% estaba sobre sedado y el resto infra sedado. Los valores promedio alcanzados de nivel de sedación utilizando el RASS (-3), fue similar entre los pacientes con y sin antecedentes de EPOC.

Conclusión: La sedación en pacientes bajo VMI en la muestra presentada, presentó una baja calidad de sedación. Encontrándose niveles de RASS iguales entre los pacientes con EPOC y sin EPOC.

0019 TBC MENÍNGEA EN INMUNOCOMPETENTE

JA CACIAGUERRA(1), JS PIETROBÓN(1), AF MUSCARELLO(1), FJ FERREIRO BERTA(1), MA PRETEL(1), R LAMBERGUINI(1)

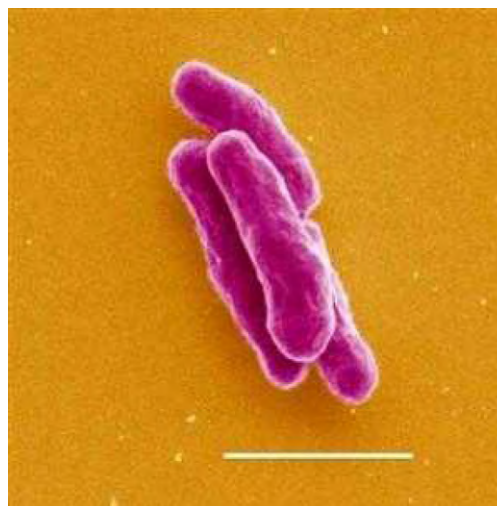
(1) Aconcagua.

Introducción: La TBC extrapulmonar supone el 10-20% del total de los casos en inmunocompetentes. Teniendo tres formas de presentación clínica, meningitis tuberculosa, tuberculoma intracraneal y aracnoiditis tuberculosa espinal. Casi la totalidad de las TBC extrapulmonares presentan baciloscopia negativa.

Objetivo: Reportar un caso de meningitis tuberculosa en inmunocompetente.

Material y Método: Mujer de 33 años con antecedente de puerperio reciente. Consulta por síndrome confusional, cefalea, síndrome febril de origen desconocido. Al ingreso a UTI se objetiva Glasgow 13/15, sin foco motor, somnolencia, fiebre de 38, 5. TAC cerebro sin contraste: normal. Laboratorio: anemia. PL: hipoglucorraquia, hiperproteinorraquia, células 2 x cc. PCR: Herpes virus, Enterovirus,

Histoplasma, Citomegalovirus, West Nile, criptococo, TBC negativos. Tinción Gram, tinta china y ziehl neelsen: negativo. Anatomía patológica: negativa. Hemocultivo: negativo. Urocultivo: negativo. RMN con angioRMN y tiempo venoso x 2: imágenes hiperintensas redondeadas pequeñas subcorticales a nivel paraventricular bilaterales inespecíficas. Inmunohistoquímica: negativo. HIV y VDRL: negativos. Ecografía abdominal: normal. Fondo de ojo: normal. ETE: normal. Eco doppler vasos cuello: normal. EEG: patrón desorganizado. Se trata empíricamente con aciclovir, ceftriaxona, dexametasona y manitol. Buena evolución general por lo que se da el alta. Múltiples reingresos por síndrome meníngeo y fiebre con igual evolución clínica y métodos diagnósticos complementarios negativos. Se realizan PL por TBC es infrecuente (1%), de curso devastador, alta mortalidad morbilidad. El diagnóstico es siempre sospecha clínica, examen de LCR, e imagenológico (TAC). El tratamiento es similar que el instaurado en TBC pulmonar. Considerar métodos invasivos como ARM debido a alteraciones en el estado de conciencia. **Conclusiones:** TBC es una patología frecuente, su presentación clínica más grave es la meníngea. Genera cuadros clínicos de difícil diagnóstico que impiden el enfoque correcto de la patología, pudiendo en algunos casos desarrollar cursos fatales.



0020 ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN UNA PACIENTE INMUNODEPRIMIDA Y CON ARTRITIS SÉPTICA. UNA PATOLOGÍA A CONSIDERAR.

N RODRIGUEZ(1), NE QUEVEDO(1), C BERNHARDT(1), E CONCI(2), MA PRETEL(1)

(1) Hospital Aeronáutico Córdoba. (2) Hospital Aeronáutico Córdoba.

Introducción: La Aspergilosis es una infección micótica causada por el *Aspergillus Fumigatus*, compromete principalmente a pacientes inmunodeprimidos. Formas de presentación: a) invasiva: en neutropénicos donde predomina la afectación pulmonar con diseminación a otros órganos, b) semiinvasiva: descrita como Aspergilosis Pulmonar Necrotizante Crónica, c) no invasiva: afecta cavidades preexistentes, donde coloniza el hongo, y se denomina aspergiloma o micetoma.

Presentación del caso: Mujer de 42 años, con antecedentes de Artritis Reumatoidea en tratamiento con Hidroxicloroquina y Deltisona, Síndrome de Sjogren, Asma, Fibrosis Pulmonar, reemplazo total de rótula bilateral en el año 2009, Osteomielitis crónica periprotésica de rodilla izquierda por *Pseudomona Aeruginosa*. Cumplió múltiples esquemas antibióticos. Ingresa con diagnóstico de Artritis Séptica para toilette quirúrgico y se complica con Insuficiencia Respiratoria, hemoptisis y fiebre. Requirió ARM, drogas inotrópicas por inestabilidad hemodinámica. Traqueostomía precoz. APACHE: 23 puntos. Rx de tórax: imágenes de infiltrados alveolo-intersticiales confluyentes en ambos pulmones. Laboratorio: leucocitosis, cultivos negativos, serología B24X negativa, trastornos de coagulación e hipoalbuminemia. Se instauró nuevo esquema con Imipenem y Vancomicina. Recibió además Pulsos de corticoides, Inmunoglobulina G, y transfusiones. Se complica con Distress severo y repitió episodios de hemoptisis. No se pudieron realizar otros estudios complementarios por su gravedad y estado crítico para el traslado. Tiene evolución tórpida con fallo multiorgánico y fallece a los diez días del ingreso. Se le realizan posteriormente toma de muestra biopsia pulmonar y hepática.

Resultados: La Aspergilosis pulmonar invasiva es una patología que se ha reportado en aumento en pacientes inmunodeprimidos y es la forma de presentación más frecuente 80-90%. Afecta en mayor proporción 3:1 a los hombres en un rango etario de 20 a 90 años. Dentro de los factores predisponentes están las enfermedades pulmonares preexistentes, enfermedades reumatológicas, diabetes, neoplasias, y sepsis. En alto porcentaje de casos el diagnóstico es tardío y no sospechado en vida como en nuestra experiencia.

Conclusiones: La infección por *Aspergillus* debe ser considerada por su morbimortalidad en los pacientes inmunodeprimidos, y a pesar de que quedan muchos interrogantes epidemiológicos, clínicos y de laboratorio sin resolver, es necesario sospecharla para permitir un inicio más temprano del tratamiento.

0021 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR SUBMASIVO

PC JULIO FRANCISCO(1), R KOHAN(1), C SBROCCO(1), FH KUBARYK(1), G MARTINEZ(1), LC GERVASONI(1), N FERNÁNDEZ(1), E MARULLO(1), A ALCALA(1), S SAAVEDRA(1), J PACHADO(1)

(1) Dr Lucio Molas.

Mujer de 45 años tabaquista, anticoagulada con Acenocumarol por una TVP de Miembro inferior derecho desde hace 4 meses. Tres meses después, y estando en rango de anticoagulación, repite episodio trombótico en el mismo miembro.

Ingresa a UTI por TVP contra lateral, RIN 2,48, disnea súbita de 48 hs de evolución, normotensa, taquicárdica, galope por tercer ruido derecho e hipoxemia.

TAC Multislice muestra trombo proximal en rama derecha de Arteria Pulmonar.

Ecocardiograma: severa dilatación de cavidades derechas, deterioro de la función sistólica (35% por TAPSE), Presión Pulmonar de

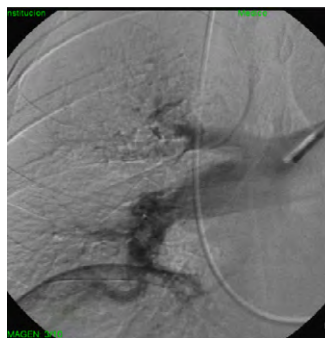
70 mmHg, Insuficiencia Tricúspidea moderada a severa y Septum paradojal.

ECG: P acuminadas y T (-) en cara anteroseptal.

Troponina I: < 0,01.se diagnóstica tromboembolia pulmonar Submasiva de Alto Riesgo y se decide trombolisis con estreptoquinasa durante 24 hs, posteriormente se anticoagula y coloca filtro de Vena Cava Inferior.

Doce horas luego de la trombolisis el Ecocardiograma mostró ausencia de septum paradojal, menor dilatación de cavidades derechas, persistencia de Hipertensión Pulmonar, se agrega Sildenafil. La Angiografía y Angio TAC realizadas 36 horas post trombolisis mostraban desaparición del trombo proximal y una amputación periférica en el lóbulo superior derecho.

Eco recuperación de Función ventricular derecha, Presión Pulmonar 45 mmHg.



0022 ANEURISMA GIGANTE TORACOABDOMINAL, TRATAMIENTO ENDOVASCULAR

PC JULIO FRANCISCO(1), C SBROCCO(1), FH KUBARYK(1), LC GERVASONI(1), G MARTINEZ(1), JJ SARRASKETA(1), E MARULLO(1), A ALCALA(1), N FERNÁNDEZ(1), J PACHADO(1), D REMY(1)

(1) Dr Lucio Molas.

Paciente sexo masculino, de 51 años, que ingresa derivado del interior de la provincia. Antecedentes de Hipertensión y Tabaquismo. Ingresa con dolor dorso lumbar de 6 días de evolución tratado con anti inflamatorios.

Se le realiza angiogramografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso, donde se observa gran aneurisma sacular tóraco-abdominal tipo Crawford 1, de 14 centímetros de diámetro, que nace en el tercio medio de la aorta torácica y termina a la altura del tronco celiaco.

Presenta signos tomográficos y clínicos de ruptura inminente, como falta de espacio retro-aórtico vertebral, blef en el trombo mural y dolor persistente.

Se interna en UTI, donde se le coloca vía central, TAM y sonda vesical. Se le administra NTG para mantener una Media de 70 mm HG y Morfina para el dolor.

Se decide tratamiento endovascular. El procedimiento se realiza 48 hs después, se colocan dos endoprótesis de 31 mm de diámetro por 11 cm de largo la primera, y de 28 mm de diámetro por 10 cm de largo la segunda, con un over size de 7 cm.

El paciente evoluciona satisfactoriamente, sin complicaciones. Alta al 3 día.



0203 EQUIPO DE RESPUESTA RAPIDA

D DUARTE(1), G BENAVENT(1), R NICASTRO(1), G FILIPPA(1), M MAIDANA(1), F PLANO(1), V ROBLEDO(1), M FERNANDEZ(1), J LOZANO(1), J ROLDAN(1), D MICHAEL(1)
(1) Cemep.

Objetivos: Evaluar las características y evolución de los pacientes admitidos en el Servicio de Terapia Intensiva (STI), basados ??en el modo de ingreso, a través de un equipo de respuesta rápida (ERR) o de contacto convencional. **MÉTODOS:** Estudio prospectivo de 298 pacientes (p) ingresados al STI desde la sala general, desde 1 Agosto 2012 al 30 Abril 2013. Se dividieron en dos grupos, Grupo 1 (G 1): los admitidos por el ERR y el Grupo 2 (G 2) los ingresados en una forma convencional. Fueron excluidos los pacientes ingresados desde? el servicio de urgencias, quirófano, de otros hospitales, o cualquier otra Unidad de Cuidados Intensivos. Al ingreso los pacientes eran alertados según el protocolo de actuación del ERR que incluía la valoración de la gravedad con las metas de resucitación. La valoración de gravedad del ERR fue a través de los diez signos de vitalidad del protocolo. Se estudiaron las variables epidemiológicas, APACHE II,

SOFA, días de internación en el STI (DTI), días de internación hospitalaria (DIH), días de Asistencia Respiratoria Mecánica(DARM), días de drogas vasoactivas (noradrenalina) (DNADR) y mortalidad(M). Además se analizó tipo de admisión: aguada(AA)/electiva(AE), medica (AM)/ quirúrgica (AQX). Se realizó un la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5%.

Resultados: Se analizaron 140 p, la edad media fue de 54,9+/-11,5 años, fueron: 28p 53,8%, masculinos, los pertenecientes al G1: 81p (57,8%) y el G2: 59p(42,1 %). APACHE II 18 (15-21)(G1:17, G2:19), SOFA 7(+/- 2) (G1:8; G2: 9), DTI 9,5 (4-15), (G1:6 +/-2, G 2:13+/-2) p menor 0,05, DIH 6 (3-11)(G1:5 +/-2, G 2:9+/-2) p menor 0,05, DARM 5 (1-9) (G1:4 +/-2, G 2:7+/-2) p menor 0,05, DNADR 4 (2-6) (G1:2 +/-1, G 2:5+/-1), y la M global fue 16 p 11,4 % en el G1: 5 p 31,2% y el G 2: 11 p 68,5% p menor 0,05. La AA 108p (77,1%), AE 32p (22,8%), AM 88 p (62,8%), AQX 52 p (37,1%).

Conclusiones: En la población estudiada observamos que la evaluación por un sistema de respuesta rápida en nuestra institución mostro una disminución significativa en DARM, DTI, DIH y mortalidad.

0206 SINDROME HIPEREOSINOFILICO

R MONTENEGRO(1), J MENDEZ(1), R HERNANDEZ(1), R VILLEGAS(1), C VIVERO(1), MC ORLANDI(1)
(1) Francisco Lopez Lima.

Introducción: El Síndrome Hipereosinofílico (SHE), se caracteriza por ser un grupo de enfermedades de baja prevalencia y alta mortalidad debida a la infiltración de eosinófilos y liberación de mediadores inflamatorios en los distintos órganos. Predomina en pacientes jóvenes, relación varón/mujer 9:1 entre los 20 y 50 años. El objetivo de esta presentación es dar a conocer este caso en particular por la evolución clínica y la asociación del cuadro a una neoplasia hematológica como la Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B, ya que la convivencia de ambas patologías es de extrema rareza y son pocos los casos reportados hasta la actualidad.

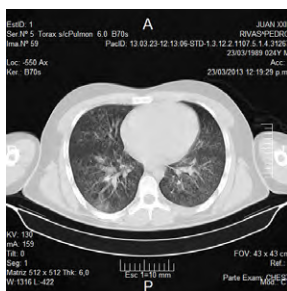
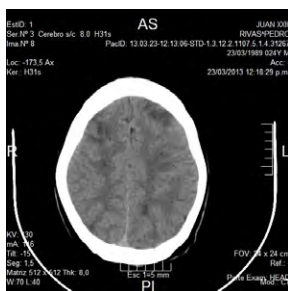
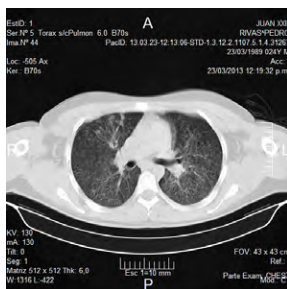
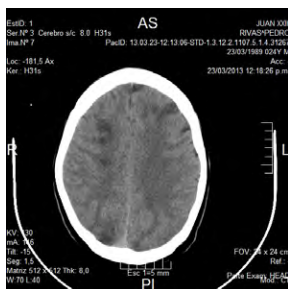
Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 24 años de edad. Antecedentes patológicos: internación hace tres meses por poliartralgias, mialgias, lesiones en piel asociadas a hipereosinofilia. Se realizan estudios: Bx de lesiones: infiltrados inflamatorios perivasculares eosinofílicos, vasculitis de pequeños vasos. Coproparasitológico, anticuerpos (FAN, ANCA y ENA) negativos. IC con Hematología: FHS: 4q12 negativo para SHE. Ecografía abdominal y ecocardiograma: normales. Se inicia corticoterapia con mejoría clínica y reducción de la eosinofilia. Posteriormente se pierde de las consultas. **MOTIVO DE INGRESO A UTI:** dolor precordial, disnea y mialgias. Examen Físico: lesiones en piel eritematosas e induradas y petequias en tronco. ECG: trastornos de la repolarización en cara lateral e inferior con T negativas e infra-desnivel ST. Laboratorio: Troponina I +, hipereosinofilia (GB 79800 con 78% de eosinófilos) y plaquetopenia (28000). Dx de ingreso: SCA?, VASCULITIS?, HIPEREOSINOFILIA (SHE-LEUCEMIA?). ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS: ECO abdominal: esplenomegalia leve. Ecocardiograma: ligero aumento de la refringencia a nivel de los músculos papilares. Resto normal. FEY: 60%. Se inicia tratamiento con Imatinib y prednisona ante la sospecha de Síndrome hipereosinofílico BCR/ABL respondedor a los inhibidores de la tirosina-kinasa. Se agrega prednisona como tratamiento antiinflamatorio. IC con hematología: -PAMO: infiltración eosinofílica (38%), blastos (21%): leucemia eosinofílica crónica en transformación. Se repite estudio molecular. -FHS: BCL/ABL (-) para LMC, 4q12 (-) SHE. -CITOMETRIA DE FLUJO: 14% células con fenotipo de blastos de linfoma/leucemia linfoblástica aguda tipo B subtipo común.

Evolución: Desarrolla cuadro de excitación psicomotriz e insuficiencia respiratoria hipoxémica. TAC craneo: lesiones hipodensas corticosubcorticales compatibles con isquemia vs infiltración leucémica. TAC de tórax: infiltrados difusos intersticiales con componente alveolar. Presenta FMO, inicia a ARM, resucitación con fluidos, soporte con vasopresores y se adopta conducta dialítica

Resúmenes

expectante. Se comienza con tratamiento quimioterápico para leucemia linfoblástica: prednisona, vincristina y daunomicina. El paciente fallece ese mismo día.

Conclusión: El mejor pronóstico del SHE está relacionado con el mantenimiento de los niveles de eosinófilos estables cercanos a la normalidad en forma prolongada y la ausencia de enfermedades linfoproliferativas. El diagnóstico, detección y tratamiento de la enfermedad cardíaca, uno de los órganos más afectados por la infiltración eosinofílica, mejora la supervivencia de los pacientes en el 80% de los casos a los 5 años y un 42% a los 5 años del diagnóstico. En el caso presentado, si bien no fue posible realizar biopsia de los órganos afectados para demostrar la presencia de eosinófilos en los tejidos, la bibliografía apoya firmemente que la disfunción orgánica se debe a la infiltración eosinofílica de los distintos órganos, con liberación de mediadores proinflamatorios que desencadenan el SIRS, perpetúan la FMO y ocasionan la muerte.



0027 RABDOMIOLISIS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL AUSTRAL

A GIRA(1), J ALVAREZ(1), S COSENZA(1), P PRATESI(1), J PAGES(1), C PEIN(1), D CZEWORNO(1)
(1) Austral.

El objetivo del trabajo fue describir la incidencia de Rabdomiolisis en pacientes traumatizados, también la incidencia de falla renal aguda, días de internación en Terapia Intensiva y mortalidad. Material y métodos: Se hizo una revisión por medio del sistema de PECTRA desde Enero de 2011 y Abril de 2012. Se incluyeron a pacientes mayores de 18 años que ingresaron con diagnóstico de Traumatismo. Se analizaron los datos con SPSS 17.0 para obtener media, desvío estándar y se utilizó Chi2 para obtener valor de p en el análisis de datos comparativos, se utilizó p0,05 como valor estadístico significativo.

Resultados: Ingresaron al protocolo 35 pacientes de los cuales 17 tenían rabdomiolisis con valor de CPK > de 1000 U/l. tratados con resuscitación con solución salina al 0,9% a una infusión de 200 a 400 ml/h con objetivo de diuresis 100 ml/h, 17 pacientes presentaron rabdomiolisis. Los pacientes con rabdomiolisis tuvieron una edad mayor que los que no tuvieron rabdomiolisis; p 0,149. Los pacientes con rabdomiolisis tuvieron un APACHE II mayor que los que no tuvieron rabdomiolisis; p 0,007. El ISS fue mayor en los pacientes que no presentaban rabdomiolisis que en los que tenían rabdomiolisis p 0,708. Los días de UTI en pacientes fue mayor en los pacientes con

rabdomiolisis que en los que no la presentaban; p 0,060. El valor de creatinina al 5 día fue mayor en los pacientes con rabdomiolisis que en los que no la presentaron; p 0,34. De los datos obtenidos pudimos observar que existe una importante asociación entre el APACHE II de ingreso mayor a 11 y el riesgo aumentado de rabdomiolisis OR de 5; p 0,027.

Conclusion: A partir de este trabajo podemos concluir que la terapia con fluidos específicamente con cristaloides sin administración de diuréticos disminuye la incidencia de insuficiencia renal en la pacientes con diagnóstico de politraumatismo y rabdomiolisis.

0028 EVALUACIÓN DE TÉCNICA DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA SIN GUÍA FIBROBRONCOSCOPICA

L BALLESTRACCI(1), P PRATESI(1), S COSENZA(1), J ALVAREZ(1), JC ESCARDO(1), C PEIN(1), F CARLUCCI(1)
(1) Austral.

La mayoría de las complicaciones en la traqueostomía percutánea son causadas por el fallo en la canulación o daño de las estructuras subyacentes. Tradicionalmente este procedimiento se hace con guía fibrobronoscópica.

Materiales y Metodos: Se realizó un trabajo epidemiológico, descriptivo, desde 2006 hasta la fecha, en todos los pacientes que requerían traqueotomía por ventilación mecánica prolongada se les realizó traqueotomía percutánea modificada. Se utilizó el Kit que utiliza la técnica de Ciaglias (Blue Rhino) que consiste en un dilatación con forma de cono curvo y la técnica de Seldinger

Resultados: Desde (la fecha) hasta la fecha se realizaron en la UCI 22 traqueotomías programadas. Se excluyeron de este estudio 2 pacientes, uno por presentar cáncer de esófago y otro por presentar herida de arma de fuego en cuello. La edad media de los pacientes ingresos al estudio fue de 60 años (entre 26-88 años), 7 pacientes Femeninos y 13 Masculinos. El motivo de ingreso a UCI fue 8 pacientes por causa Neurológica, en 5 pacientes por Sepsis, en 3 pacientes por Trauma, en 2 pacientes por COPD, 1 paciente por enfermedad neuromuscular y por último 1 paciente por Hemorragia Variceal. La media de días de AVIM previo a la realización de TQT fue de 9 (+/-14). La indicación de traqueostomía fue en 11 pacientes por ser pacientes con patología neurológica, en 9 pacientes la prolongación de los días de ventilación mecánica. No hubo complicaciones en el manejo de la vía aérea ni punción del tubo endotraqueal, pérdida de la vía aérea durante el procedimiento. No se registraron episodios de hemorragia grave de la vía aérea post procedimiento. Dos pacientes presentaron sangrado leve que cedieron con compresión manual. El control endoscópico posterior mostro indemidad de la pared posterior de la traquea en el 100 % de los pacientes. La Radiografía de posterior no mostro neumotorax o enfisema subcutáneo en ninguno de los pacientes. El tiempo promedio del procedimiento fue 7 minutos (3.2-14.4 min). **Conclusión:** En nuestra experiencia creemos que la traqueostomía percutánea realizada por la técnica de Ciaglias modificada es más fácil y segura cuando se realiza en manos de operadores entrenados comparada con la técnica convencional. Al no requerir monitoreo.

0032 EXPERIENCIA INSTITUCIONAL EN ENFERMEDADES PRE-ECLÁMPTICAS

A MARTINUZZI(1), VH BORRAJO(1), M ALONSO(1), M GIMARAYZ(1), G BERRO(1)
(1) Cmic.

Introducción: La pre-eclampsia es un trastorno hipertensivo de origen multifactorial. Con una incidencia del 10% de todos los embarazos, es una de las principales causas de muerte materna/obstétrica y una alta mortalidad fetal.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en el tratamiento de la enfermedad Pre-Ecláptica.

Materiales y metodos: Trabajo descriptivo observacional, retrospectivo. Realizado durante el año 2010 a 2012, incluyendo pacientes que ingresaron con diagnóstico de Preeclampsia-Eclampsia con definiciones de "Guía para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión en el Embarazo" del Ministerio de Salud de la Nación Ed 2010. Los datos expresados en valores absolutos o porcentaje.

Desarrollo: Durante el periodo de estudio, se asistieron 1256 gestantes de las cuales 23 (1,8 %) requirieron UCI por enfermedad pre-eclámpsica. La edad fue 32 ± 7 años, 65,21% menor de 35 años y 34,78% mayor, Apache II $5 \pm 3,2$. La edad gestacional fue de $32 \pm 4,6$ semanas, antecedentes de HTA en los 33,3%, obesas con IMC promedio de $31,57 \pm 2,14$. La distribución fue: Pre-eclampsia 82,6%, HELLP 12,5% y 4,3% Eclampsia. De estas con pre-eclampsia 84,2% presentaron síntomas de adversidad clínica. Los más frecuentes: Cefalea 69,5%, Alteraciones visuales 34,78%, vómitos 30,4%, epigastralgia 26%, disnea 26%. Las presiones al ingreso: TAS 170 ± 23 TAD 97 ± 16 TAM 123 ± 18 . La proteinuria estuvo siempre presente. Como anti-hipertensivo se utilizó: alfa-metildopa 34,8%, 30,4% IECAS, Labetalol en 16,7%, y otras 16,7%. La respuesta a las 24 hs de tratamiento anti-hipertensivo fue TAS 138 ± 20 TAD 87 ± 16 TAM 103 ± 17 . Al alta requirieron anti-HTA el 91,3% de las pacientes, en su mayoría más de 2 drogas. En cuanto a la evolución del neonato, 34,7% presentaron SDRA, retraso del crecimiento intrauterino 17,9%, sufrimiento fetal 8,7% y 1 caso de hidrops fetal. La internación promedio de estos pacientes fue de 17 ± 17 , con una mortalidad del 21,7%.

Conclusiones: Esta patología fue un motivo de ingreso frecuente. Los factores de riesgo: Edad Mayor a 35 años, hipertensión previa, antecedentes de pre-eclampsia y obesidad. La mortalidad materna fue 0, y la mortalidad fetal de 21%. El impacto en la morbilidad post-uti fue alto, la mayoría requirió tratamiento anti-HTA con más de 2 drogas.

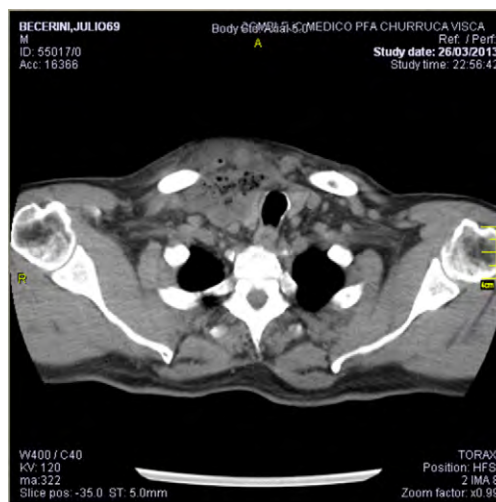
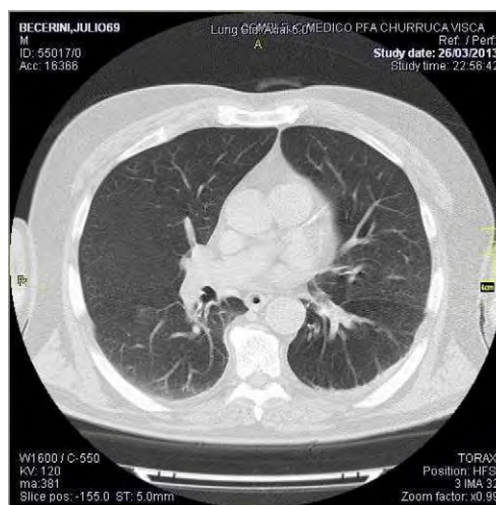
0041 MEDIASITINIS SECUNDARIA A ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR

A FELDMAN(1), V NUNES VELLOSO(1), N FALCON PEREZ(1), G SIBILA(1), J CAPELLA(1), D VARELA(1), A PASQUINI(1), N TIRIBELLI(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Caso clínico: Paciente de 69 de edad con antecedentes de tabaquismo, que ingresó a clínica el 26/03/13 por dolor e impotencia funcional de la articulación escápulo humeral de diez días de evolución tratado con analgésicos. Se realiza Tac de torax evidenciándose una masa con contenido gaseoso en mediastino anterior, evoluciona en paro respiratorio por lo cual ingresa a UTI, requiere intubación orotraqueal y conexión a ARM en el laboratorio presenta leucocitosis, fibrinógeno elevado, hiperglucemia, PAFI 194. Se indica tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam, ciprofloxacina, drenaje de absceso de articulación esternocleidomastoidea derecha y líquido mediastinal. Se realiza FBC que descarta lesión de vía aérea, evoluciona en shock séptico con requerimientos de noradrenalina y se aísla Staphylococcus aureus meticilino sensible, tanto en el músculo esternocleidomastoideo, líquido sinovial de rodilla izquierda como en los hemocultivos y en líquido mediastínico por lo cual se rota esquema antibiótico a cefalotina, rifampicina. Factor reumatoideo positivo y anticuerpos anticitrulina negativo. En la TAC de torax se evidencia oligohemia en campo medio derecho por lo cual se realiza angiogramografía que descarta TEP. Evoluciona vigil, normotenso, afebril, hemodinámicamente estable con polineuropatía del paciente crítico, neumonía asociada al ventilador que requirió tazanam, colistín, a la segunda semana se decide realizar traqueotomía percutánea. Realiza cinco semanas de tratamiento con cefalotina, rifampicina y pasa al piso de clínica médica.

Conclusión: La articulación esternoclavicular es un lugar poco fre-

cuente, más aún en pacientes sin factores de riesgo (adictos a drogas por vía parenteral, inmunodeprimidos, diabéticos). En este tipo de afectación son posibles complicaciones graves abscesos, mediastinitis, osteomielitis y empiema. El Staphylococcus aureus constituye el principal germen aislado. El hecho de que estas infecciones cursen de forma insidiosa y dado que las complicaciones están relacionadas con el retardo en el diagnóstico, hacen que nos parezca importante presentar este caso. Concluimos que ante un paciente con fiebre asociado a dolor de hombro o región paracervical, se debe sospechar la artritis esternoclavicular. La tomografía computada o la resonancia magnética se deben solicitar de forma rutinaria para evaluar la presencia de abscesos y colecciones mediastinales.



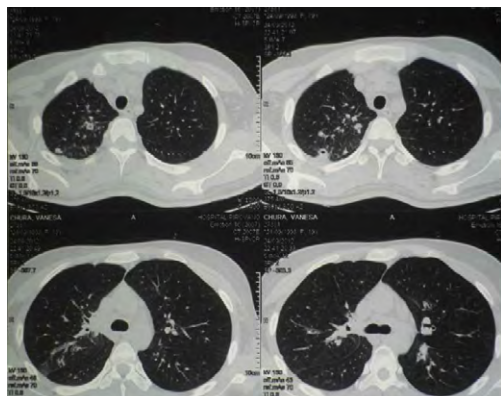
0042 TUBERCULOSIS PERITONEAL. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

A FELDMAN(1), M VISCIGLIA(1), G VALIDO(1), S GONZALEZ(1), C BALASINI(1), B SAVASTANO(1)
(1) Pirovano.

Caso clínico: Paciente de 19 años de edad que el 25/10/12 ingresa a clínica por sospecha de tumor aneural por lo cual se decide cirugía laparoscópica con biopsia de peritoneo y epiplón, se toman múltiples muestras que se envían a anatomía patológica y a cultivo. Se complica con perforación de intestino delgado con rafia de la misma y comienza tratamiento con isoniazida,

rifampicina, pirazinamida y etambutol. A las 48 horas evoluciona con dolor abdominal por lo cual el 2/11 se drena líquido entérico y purulento, se evidencia peritonitis plástica, dehiscencia de rafia entérica por lo cual se coloca sonda pezzet en la luz del intestino. El 28/11 se recibe resultado de cultivo de biopsia de peritoneo y epiplón positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (MT). La tinción de Ziehl-Neelsen y el cultivo del BAL fueron negativos. Ingresa a UTI intubada, normotensa, hemodinámicamente estable se conecta a ARM. En la TAC de torax se evidencia imagen cavitada en el lóbulo superior derecho (LSD) por lo cual se realiza FBC. BAL y muestra para cultivo fueron negativas para MT. Marcadores tumorales CA 125 410 U/ml. Al sexto día de internación se extuba evolucionando favorablemente. El 6/11 pasa a terapia intermedia en donde permanece dos meses con sistema de compactación de la fístula y luego se reopera con resección de intestino delgado y anastomosis terminal pasando al servicio de cirugía.

Conclusión: La peritonitis tuberculosa es una entidad poco frecuente que representa el 0,5% de los casos nuevos de tuberculosis y el 11% de las formas extra pulmonares. Se presenta mayormente en jóvenes, tiene manifestaciones sistémicas más que peritoneales. El dolor abdominal es de moderada a gran intensidad con ascitis que se encuentra en el 75% de los casos. Las principales complicaciones son la obstrucción intestinal en un 15%; las fístulas enteroentéricas en 2% a 30%; la perforación intestinal entre 1% y 15%, y el sangrado entre 2% y 24%. La laparoscopia con biopsia es una técnica valiosa para el diagnóstico de tuberculosis peritoneal. El diagnóstico se basa en la sospecha de la entidad, debiéndose confirmar mediante estudio microbiológico.

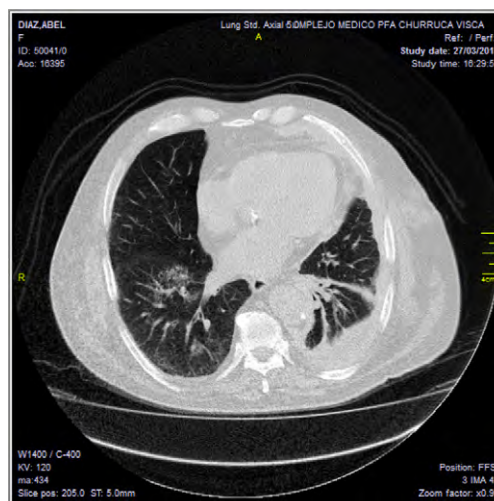


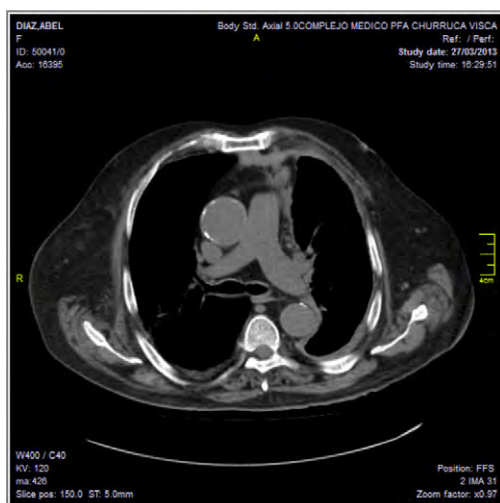
0043 MENINGITIS POR ESCHERICHIA COLI EN EL ADULTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A FELDMAN(1), D QUARANTA(1), M MOLINA(1), V NUNES VELLOSO(1), G SIBILA(1), A PASQUINI(1), J CAPELLA(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)
(1) Churruca.

Caso clínico: Paciente de 70 años de edad, obeso, asma medicado con corticoides inhalatorios que en noviembre del 2012 presenta quilotorax por lo cual requirió tubo de avenamiento pleural. El 11/03/13 ingresa a clínica por diarrea, deshidratación e insuficiencia renal crónica reagudizada. Se realiza coprocultivo negativo para *Clostridium difficile*, PPD negativa. Se realizó una punción pleural con el fin de descartar causa infecciosa o tumoral de este nuevo derrame pleural. El líquido pleural con citoquímico: turbio, amarillo, glucosa 82 mg/dl, proteínas 11 gr/L, células 500 cél/mm³, 98% mononucleares, 2% polimorfonucleares, LDH 140 UI/L, ADA 45 U/L. Baciloscopia negativa y cultivo de líquido pleural negativo para gérmenes comunes. A los diez días de su internación evoluciona con bacteriemia, shock séptico y deterioro del sensorio por lo cual el 28/03/13 ingresa a UTI requiriendo intubación orotraqueal y conexión a ARM. Tac de cerebro sin alteraciones. Inicia tratamiento antibiótico con meropenem, vancomicina y colistín. Se decide realizar punción lumbar, en la que se obtiene líquido turbio : proteínas 752 mg/dl; glucosa 11 mg/dl (glucemia plasmática 109 mg/dl); lactato 9 mmol/l y leucocitos 4.700/ml (90% polimorfonucleares). Aislándose una *Escherichia coli* en LCR, hemocultivos y urocultivo. Al cuarto día se rota esquema antibiótico a ceftriaxona según sensibilidad. Evoluciona el 13/04 con NAV tardía aislándose en el aspirado traqueal una *Pseudomonas* 105 sensible a imipenem. Evoluciona hipotenso, hemodinámicamente inestable, dependiente de noradrenalina, en fallo renal requiriendo diálisis y fallece al mes de internación.

Conclusión: La meningitis por bacilos gram negativo es una infección poco frecuente en los pacientes adultos. Ocurre en pacientes con enfermedades inmunosupresoras subyacentes. El desarrollo de meningitis por *E. coli* es un proceso complejo y multifactorial. La colonización inicial de las mucosas es seguida por la invasión de superficies epiteliales y eventual acceso al espacio intravascular causando bacteriemia, que es el requisito para la invasión subsecuente de la barrera hematoencefálica. Si bien este agente etiológico suele producir infecciones del SNC en neonatos, están descritos cuadros similares en adultos que presentan algún grado de inmunocompromiso, procedimientos quirúrgicos o materiales protésicos en el SNC.



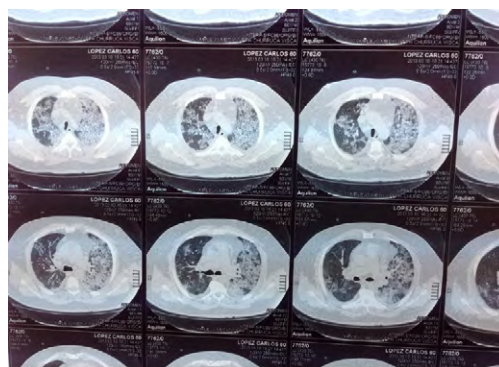
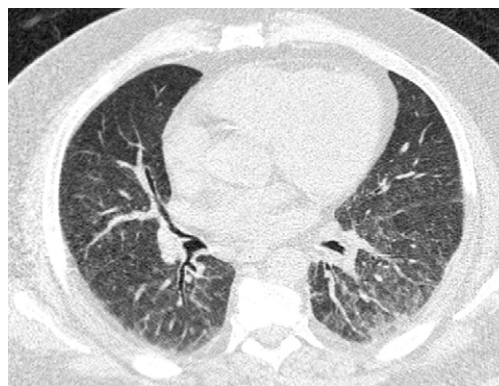


0044 NEUMONÍA INTERSTICIAL AGUDA UNA RARA ETIOLOGÍA DE SDRA EN UTI

A FELDMAN(1), D VARELA(1), G SIBILA(1), V NUNES VELLOSO(1), J CAPELLA(1), N FALCON PEREZ(1), M MOLINA(1), N TIRIBELLI(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1) (1) Churruca.

Caso clínico: Paciente de 60 años de edad con antecedentes de HTA, bombero que ingresó el 10/03/13 a clínica por disnea CF III/IV, fiebre y tos no productiva de 48 horas de evolución se lo interpretó como neumonía grave de la comunidad y dado que evoluciona con insuficiencia respiratoria tipo I pasa a UTI donde se realiza ventilación no invasiva por 72 hs no respondiendo a la misma por lo cual requiere intubación orotraqueal y ARM. Se realiza tac de torax: condensación con vidrio esmerilado y patrón reticulonodular en la RxTx, BNP y enzimas cardiacas normales. Se realiza BAL negativo para BAAR, gérmenes comunes, parásitos y positivo para virus sincicial respiratorio. HIV negativo, eco doppler negativo para trombosis venosa profunda. Evoluciono con distress respiratorio, se lo interpreta como neumonía aguda intersticial por lo cual se indica pulsos de 500 mg con metilprednisolona por tres días. Se mide la presión transpulmonar de 12. Cumplió ocho días de tratamiento con ampicilina sulbactam con cultivos negativos. A la semana se extuba se realiza TAC de torax control con mejoría de los infiltrados y espirometría normal. Se recibe resultado del BAL que evidencia neutrofilia 83 %, influenza y parainfluenza 1 y 2 negativos.

Conclusiones: La neumonía intersticial aguda (NIA) es una entidad caracterizada por la presencia de daño alveolar difuso en el parénquima pulmonar. El daño alveolar difuso en el distress respiratorio puede estar ocasionada por infecciones, inhalación de productos tóxicos, fármacos, radioterapia y enfermedades del colágeno. La TACAR en la NIA ofrece imágenes en vidrio esmerilado y consolidación, en las fases exudativas. En las fases proliferativa y fibrótica aparecen bronquiectasias de tracción e imágenes en panal de abeja. La sobrevida de los pacientes es del 50% a los dos meses del diagnóstico. Los casos en la fase exudativa tienen mejor pronóstico. Los pacientes que sobreviven pueden presentar la curación completa, recidivas o desarrollar una enfermedad intersticial difusa. El tratamiento con glucocorticoides a dosis altas (500 mg/día de metilprednisolona por vía intravenosa) se ha mostrado efectivo en la fase exudativa de la enfermedad.



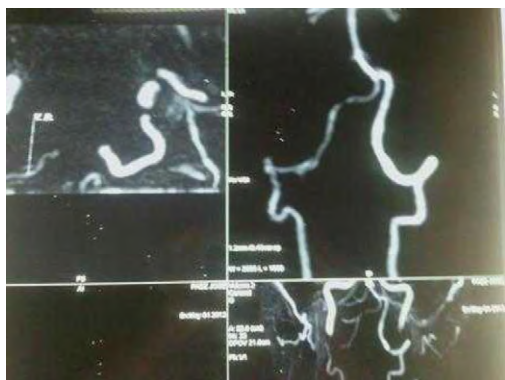
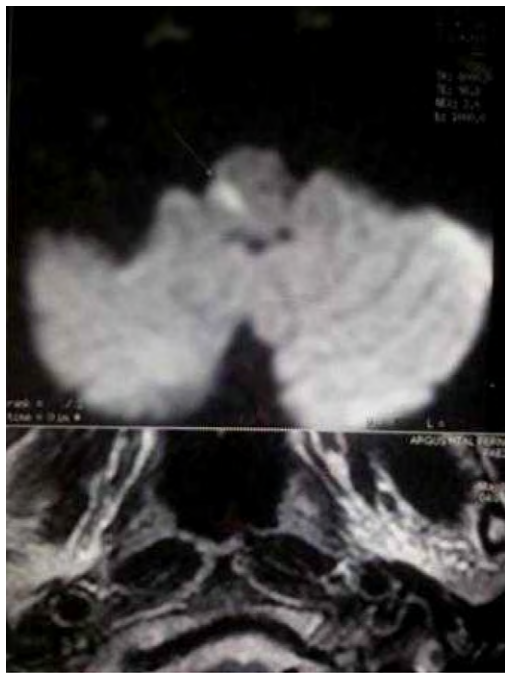
0045 DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA VERTEBRAL DERECHA

A FELDMAN(1), S GONZALEZ(1), G VALIDO(1), F LUNA(1), C BALASINI(1), A PLIT(1), B SAVASTANO(1) (1) Pirovano.

Caso clínico: Paciente de 53 años con antecedentes de colecistectomía, remitiro que comenzó con cefalea holocraneana por lo cual el 3/05/13 ingresó a la guardia, se realizó TAC de cerebro sin alteraciones y punción lumbar con resultados negativos. Evolucionó con síndrome vertiginoso por lo que se realizó angioresonancia, observándose en topografía posterolateral derecha del bulbo raquídeo, una imagen en banda con señal anormal hiperintensa en T2 y con restricción de señal en la técnica de difusión. Angioresonancia de cuello: disección vascular vertebral derecha. Imagen isquémica en región posterolateral derecha del bulbo raquídeo. Doppler de vasos de cuello arteria vertebral derecha con flujo de alta resistencia en segmentos V1-V2, la arteria vertebral izquierda tiene hiperflujo de baja resistencia en V2. Ingresó a UTI lúcido, hipertenso, glasgow 15/15, con hemihipoestesia de miembro inferior izquierdo. Refiere cefalea holocraneana y dolor en región cervical posterior. Se indica labetalol y anticoagulación con heparina sódica. Se solicita VDRL negativa, homocisteinemia, Factor Reumatoideo < 10.4 UI/ml, proteína C reactiva < 3.3 mg/l. Evoluciono favorablemente lúcido sin foco motor y a la semana pasa a piso de clínica médica.

Conclusión: La disección espontánea de la arteria vertebral es una causa poco frecuente de accidente vascular encefálico. Entre los factores de riesgo se han descrito enfermedades como la fibrodysplasia muscular, los síndromes de Marfan y Ehlers-Danlos tipo IV, el tabaquismo, la hipertensión arterial y antecedentes de infecciones. La presentación clínica, consiste en un déficit vertebrobasilar con cefalea y dolor de la parte posterior del cuello seguido por la isquemia de la circulación posterior. Para prevenir las complicaciones tromboembólicas, la anticoagulación con heparina intravenosa seguida de warfarina oral ha sido recomendado por tres a seis meses.

El tratamiento quirúrgico o endovascular con stent debe reservarse para los pacientes que tienen síntomas persistentes de isquemia a pesar de la anticoagulación adecuada. Concluimos que la presencia de un cuadro ictal de territorio vertebrobasilar acompañado de cefalea y/o dolor cervical en un paciente joven debe hacer pensar en disección vertebral.



0047 ACCIDENTES RELACIONADOS CON MOTOS ¿UNA EPI-DEMIA?

J HADDAD(1), G BÁSCOLO(1), J PONCE(1), L ZACARÍAS(1), N RISSO(1), O ELEFANTE(1)
(1) Higa Mar Del Plata.

Introducción: Los traumas graves relacionados con accidentes de motos parecen ser un motivo cada vez más frecuente de ingreso a TI, y al mismo tiempo desde la industria se anuncia record en venta de estos vehículos. Motos secuestradas por infracciones se acumulan en predios municipales sin ser reclamadas. ¿Será más fácil obtener otra que pagar la multa? Existe una tendencia a la masificación del uso de estos vehículos como medio de transporte, y vemos circular cantidad de motociclistas sin casco. Estos hechos actuaron como disparadores para plantear la siguiente hipótesis: la mayoría de los pacientes que ingresan a TI por traumas relacionados con motos son inexpertos, no usan casco y quizá ni siquiera posean registro.

Objetivos: Analizar las características de la siguiente población:

pacientes que ingresan a TI de un Hospital Interzonal General por traumas relacionados con accidentes de motos, sean conductores o acompañantes; su experiencia, el uso de casco y si poseen registro. Analizar los traumas relacionados y scores

Material y métodos: Estudio prospectivo donde se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a TI por traumas relacionados con siniestros de ciclomotores (conductores o acompañantes) entre el 01/10/12 y el 30/04/13

Los datos se obtuvieron de la historia clínica y de una encuesta realizada a familiares y/o testigos y fueron volcados a una planilla diseñada ad hoc.

Resultados: En ese período ingresaron a TI 37 pacientes; 86,5% varones, con un promedio de estadía en TI de 17 días; ocuparon 641 días/cama, casi el 20% de las disponibles; la mortalidad global fue 19%.

El 81% no utilizaba casco en el momento del siniestro.

El 63% tenía 1 año o menos de experiencia en la conducción.

El 49% no poseían registro de conducir.

100% de los que no utilizaban casco tuvieron trauma craneano (71,4% de los que usaban casco no tuvieron TEC)

Conclusiones: La mayoría de los pacientes que ingresan a TI por traumas relacionados con accidentes de moto no utilizan casco, son inexpertos, y en la mitad de los casos no poseen registro de conducir.

El TEC es la causa principal de morbimortalidad y discapacidad.

De no mediar algún cambio profundo en la educación del motociclista, los traumas graves relacionados con estos accidentes seguirán aumentando.

0049 EVALUACION CUALITATIVA DE LA SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UCI

F RIOS(1), A RISSO VAZQUEZ(1), I MOYANO(1), J HIDALGO(1), N RONDINELLI(1), M LUGARO(1), A TORN(1)
(1) Sanatorio Las Lomas.

Introducción: La atención médica de calidad debe centrarse en el paciente y la familia, el cuestionario de satisfacción familiar (SF-ICU 24) es una herramienta validada para evaluar la percepción de la atención ofrecida a su familiar y las características de la UCI.

Objetivo: Describir los hallazgos cualitativos y cuantitativos de satisfacción familiar en la UCI mediante la aplicación del cuestionario FS-ICU 24® y detectar oportunidades de mejora.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, mediante el cuestionario SF ICU a los familiares de los pacientes que permanecieron en UCI >48 Hs. 6 tópicos son los centrales en la evaluación de satisfacción de los encuestados: calidad del personal, calidad general de la atención, compasión y respeto, comunicación con los médicos/enfermeros, participación en la toma de decisiones, sala de espera y habitación de UCI.

Instrumentos: El instrumento utilizado fue el cuestionario "Family Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: FS-ICU 24® (versión en español). La encuesta evalúa calidad percibida al alta de la UCI, desarrollada por Heyland D (www.thecarenet.ca).

Resultados: Se analizaron 80 encuestas (se entregaron 128) quienes respondieron presentaron una gran satisfacción con la UCI, la evaluación global fue $86\% \pm 12$ en una escala de 0 (pobre) a 100 (excelente). El 64% tenía experiencia previa con la UCI, los comentarios positivos fueron más comunes que los negativos en los aspectos: Calidad del personal (56% vs 3,4%), Nivel y cantidad de cuidados recibidos por su familiar (40% vs 2,5%), Compasión y respeto Hacia el paciente y/o familia (48% vs 4,5%). En los otros aspectos, los comentarios positivos vs negativos fueron menos comunes en: Comunicación con médicos/enfermeros (28% vs 3%), sala de espera (27% vs 14%), control sobre las decisiones (28 vs 19%). no existieron diferencias entre los pacientes ventilados vs no ventilados.

Conclusiones: El nivel de satisfacción de las familias encuestadas fue alto. Los aspectos que presentaron una evaluación más negativa

fueron la comunicación con el personal, la sala espera y el control sobre las decisiones. La aplicación del cuestionario FS-ICU 24 parece una herramienta adecuada para evaluar las percepciones de familiares y detectar oportunidades de mejora.

0050 EXPRESIÓN DE LOS FACTORES INDUCIBLES DEPENDIENTES DE HIPOXIA (HIF-1A Y HIF-2A) EN UN MODELO DE CÉLULAS ENDOTELIALES DE MICROVASOS CEREBRALES HUMANOS SOMETIDOS A HIPOXIA

JC PENDINO(1), S LLORENS FOLGADO(2), UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA, ESPAÑA

(1) Facultad De Ciencias Médicas Unr Y Hospital Centenario. (2) Facultad De Medicina De Albacete. (3) Universidad De Castilla-la Mancha. (4) España.

Introducción: Los mecanismos moleculares que subyacen a los efectos de la hipoxia no son bien conocidos. Recientemente se han descrito diferentes acciones para los factores inducibles por hipoxia HIF-1 α y HIF-2 α .

Objetivos: comprobar el grado de expresión de HIF-1 α y HIF-2 α en cultivos de células endoteliales procedentes de microvasos cerebrales humanos (CEMCH), en hipoxia durante 6 horas.

Material y Métodos: Las CEMCH fueron sometidas a condición de hipoxia, se realizaron los controles correspondientes y luego se procedió a extraer el ARN. Se efectuaron observaciones morfológicas de CEMCH en hipoxia y normoxia. Se realizó RT-PCR para cada uno de los siguientes genes: óxido nítrico sintasa endotelial (eNOS, control de proteína constitutiva), iNOS (isoforma inducible de la óxido nítrico sintasa, control de hipoxia), HIF-1 α y HIF-2 α (genes objetivos del estudio) y GAPDH (control interno). Los productos de amplificación fueron analizados por densitometría computarizada. Los valores de expresión fueron obtenidos con la fórmula $D.O. = \text{densidad óptica gen} / \text{densidad óptica GAPDH}$. Fueron expresados como la media aritmética \pm DS, de los resultados en porcentaje, obtenidos por densitometría de las réplicas y referenciados al valor obtenido en normoxia, al cual se le aplica el 100%. Las diferencias se consideraron estadísticamente significativas cuando $p < 0.05$.

Resultados: Tras la hipoxia, no se evidenciaron cambios morfológicos de CEMCH, pero sí una aparente reducción en la densidad celular. eNOS se expresó en normoxia e hipoxia. Hubo diferencias significativas ($p < 0.05$), entre los niveles de expresión de eNOS en normoxia e hipoxia (media \pm sd; 100 ± 0.03 y 56 ± 12 respectivamente). En normoxia no se expresó iNOS, pero sí se obtuvo una banda muy tenue en hipoxia. HIF-1 α , se expresó en hipoxia y normoxia, pero sin diferencias significativas (media \pm sd; 100 ± 0.03 en normoxia, 140 ± 7 en hipoxia). HIF-2 α se expresó en las dos condiciones, pero fue mayor en hipoxia ($p < 0.01$) (media \pm sd; 343 ± 40 en hipoxia y 100 ± 0.02 en normoxia).

Conclusiones:

- 1.- Las CEMCH adquirieron los cambios morfológicos habituales en normoxia.
- 2.- La hipoxia no generó cambios morfológicos en las células, pero sí una reducción en la densidad celular. La expresión de eNOS, iNOS, HIF-1 α y HIF-2 α , muestra que el procedimiento para establecer una situación de hipoxia *in vitro* es adecuado.
- 3.- En hipoxia, se expresan tanto eNOS como iNOS. En normoxia solo se expresa eNOS.
- 4.- La expresión de eNOS en hipoxia, es menor que en condición de normoxia, lo que podría atribuirse a una *up*-regulación de mRNA de eNOS por la sobreexpresión de HIF-2 α , encontrada en esta misma experimentación.
- 5.- En cultivos de CEMCH tras una hipoxia de 6 horas, encontramos expresión diferencial para HIF-1 α y HIF-2 α .
- 6.- HIF-1 α se expresa en condición de normoxia e hipoxia.
- 7.- La expresión de HIF-2 α aumenta en hipoxia, y ello podría ser un primer evento durante una hipoxia prolongada, que daría lugar a la puesta en marcha de mecanismos neuroprotectores que pueden

mediar el control de la expresión de la eritropoyetina en el sistema nervioso.

0052 A PROPOSITO DE UN CASO "MENINGITIS CRÓNICA POR CRIPTOCOCO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE".

M GIMARAYZ(1), VH BORRAJO(1), A MARTINUZZI(1), M ARAGÜES(1), A MORALES(2)

(1) Cmic. (2) Castro Rendon.

Introducción: La criptococosis es una micosis sistémica ampliamente distribuida, producida por el *Cryptococcus neoformans*; hongo levaduriforme encapsulado, cuyo reservorio son las heces de aves, los suelos y frutas contaminados. Afección poco frecuente en las personas inmunocompetentes.

Caso clínico: Paciente de 37 años, que inicia hace 12 meses con cefalea intensa mientras cursaba 8° mes de gestación, es atendida en otra institución e interpretado como trombosis cerebral, recibió tratamiento anticoagulante durante 11 meses. Al momento de la suspensión reaparece cefalea con intensidad 10/10, consulta en esta institución. Donde se realiza RMN de cerebro, observándose lesiones cortico-subcorticales en lóbulo fronto-parietal derecho, cerebeloso derecho y tectum mesencefálico con sospecha de origen vasculítico. Se realizaron punciones lumbares y tomas de muestra para descartar etiología infecciosa: tuberculosa, hongos, virales y bacterianas. Serologías negativas para: HIV, CMV, VEB, VDRL; anticuerpos antifosfolípidos, anticoagulante lúpico, inhibidor de proteína C, homocisteína. Evolución con progresión de la clínica, sumando síndrome vertiginoso y deterioro del sensorio. Ingresó a UTI, donde requiere manejo avanzado de vía aérea y AVM, tratamiento médico de la hipertensión endocraneana. Líquido cefalorraquídeo compatible con proceso inflamatorio. Tinta china positiva y se aísla *Cryptococcus neoformans*, por lo que inicia tratamiento con anfotericina B. Luego de lo cual presentó mejoría clínica y alta.

Discusión: La criptococosis generalmente es considerada en pacientes inmunocomprometidos, y no se estudia de rutina en pacientes inmunocompetentes. En estos pacientes se puede dar clínica pulmonar o meningoencefalitis subaguda o crónica. Habitualmente se presentan manifestaciones de cefalea, fiebre variable, inestabilidad en la marcha, irritabilidad, deterioro del sensorio, afectación de pares craneales, y convulsiones.

Conclusión: Deberíamos considerar en nuestra práctica diaria ante pacientes inmunocompetentes con síndrome meningio característico, solicitar los estudios necesarios para descartar las meningitis micóticas. Sobre todo en aquellos pacientes que han requerido procedimientos invasivos del sistema nervioso central, como sería en este caso una punción lumbar para anestesia peridural. El diagnóstico debe inferirse a partir de este cuadro clínico y del estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR), cuyos resultados revelan un aumento de la presión, hipogluorraquia, hiperproteorraquia y pleocitosis, con predominio de mononucleares. La confirmación se establece mediante la observación directa en tinción con tinta china.

0053 SINDROME DE GUILLAIN-BARRE. PRESENTACION EN EMBARAZO

E VAZQUEZ(1), E YAKUBAUKAS(1), P ESCRIBANO(1), S NIEVA(1)

(1) Nuestra Señora De La Misericordia.

Paciente de 19 años cursando 39 semanas de embarazo (primigesta, nulipara) derivada de hospital de alta gracia por un cuadro de disfgia y debilidad generalizada. Según refiere la paciente comenzó hace 7 días con debilidad en miembro superior izquierdo que disminuyó hasta desaparecer en el transcurso del día, a las 48 hs de comenzado el primer síntoma presenta paresia braquial derecha 3/5, acompañándose a las 24 hs de pérdida de tono postural lo que le provoca caída de su propia altura mientras caminaba, persistiendo luego de dicho evento, plejía crural derecha, refiriendo

tambien en dias anteriores disfgia para solidos y por momentos para liquidos (no puedo tragar la saliva sic) presentando al examen fisico plejia braquiocrural derecha, a rreflexia homolateral, babynsky ausente, imposibilidad de separar la cabeza y el antebrazo izquierdo del plano horizontal, reflejo nauseoso, bicipital, tricipital, rotuliano y patelar izquierdo conservados, se solicita laboratorio, ECG y RX de torax de rutina sin particularidades, realizandose tomografia de cerebro sin contraste que no evidencio lesion ocupante de espacio ni sangrado, continuando con puncion lumbar la cual es anodina; alas 48 hs evoluciono con mal manejo de secrecione, mala mecanica ventilatoria por lo que se procede a intubacion y conexion a ventilacion mecanica, se realiza diagnostico presuntivo de polirradiculoneuropatia, se solicita RMN de cerebro y columna cervicotoracolumbar sin cambios patologicos, anticuerpos, serologia y panel de gangleosidos todos negativos, por lo que se realiza electromiograma que evidencio patron axonal siendo el diagnostico de sindrome de Guillain-Barre de presentacion atipica, se interrumpe embarazo y se inicia tratamiento con inmunoglobulina en dosis de 0.4 Gramos/kilogramo/dia durante 5 dias. A los 7 dias del ingreso se realiza traqueostomia percutanea precoz, constatndose al 6 dia posterior al inicio del tratamiento mejoria de la debilidad (movimiento de rotacion de miembros inferiores, separa antebrazo izquierdo y derecho de plano horizontal) sin presentar infecciones interrecurrentes, disautonomia y dolor, desconectandose de ventilacion mecanica el dia 17 de internacion en UTI, recibiendo el alta de nuestro servicio a los 20 dias del ingreso, continuando tratamiento evolutivo en sala de clinica medica con recuperacion de la fuerza en los cuatros miembros, alimentandose por via oral, persistiendo debilidad leve que no imposibilita la marcha, recibiendo el alta a los 28 dias del ingreso.

0054 LA FALTA DE CONCIENCIA DE LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD ES UN FACTOR COMÚN EN LOS SOBREVIVIENTES DE UCI.

A DAS NEVES(2), DN VASQUEZ(1), CI LOUDET(2), J MOREIRA(2), D INTILE(1), MG SAENZ(2), MC MARCHENA(2), G ANA LAURA(2), S CARINO(2), R REINA(2), E ESTENSSORO(2)
(1) Sanatorio Anchorena. (2) Higa San Martin.

Introduccion: La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) luego de UCI mejora en el tiempo pero permanece por debajo de los valores de referencia para la poblacion general. El EuroQol 5d (Eq5d) evalua esta condicion de 2 formas: una objetiva y otra subjetiva (EQ-index y EQ EVA [escala visual análoga] respectivamente). Un estudio piloto observo una discrepancia entre estas dos evaluaciones

Objetivo: Describir los cambios en la CVRS según diferentes categorías diagnósticas y en la población general de UCI según EQ Index y EQ EVA a 1, 3, 6, y 12 meses luego del alta

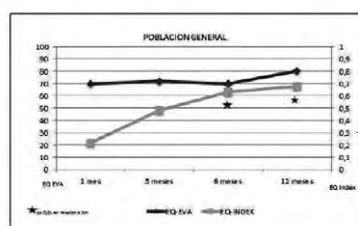
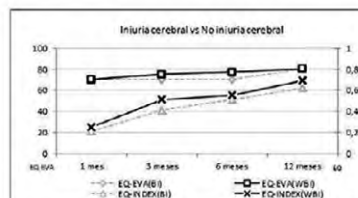
Métodos: Se evaluo una cohorte prospectiva de 112 pacientes que recibieron ventilación mecánica (VM) \geq 48 hs desde el 01/04/2010 al 30/04/2011. El análisis considero 4 categorías diagnósticas: trauma, medico, quirúrgico de urgencia y programado; y pacientes con y sin injuria cerebral. Los datos se muestran de acuerdo a sus características. Las comparaciones se analizaron con Willcoxon ranksun test. Una $p > 0,05$ se considero significativa

Resultados: Datos demográficos: edad 33[24-49], hombres 68%, APACHE II 14.6 \pm 5, SOFA 7[3-9], Score Charlson 0 y Escala de Glasgow 12 \pm 4. Categorías diagnósticas: Trauma 50%, médicos 29%, quirúrgicos de emergencia 13% y electivos 8%. 46% de los pacientes sufrieron injuria cerebral aguda. Los principales eventos que ocurrieron en UCI fueron shock 75%, SDRA 25%, IRA 33% y diálisis 10%. 32% fueron re ingresados al hospital y 10% a UCI durante el primer año. Dias de VM 15 [9-37], estadia en UCI y hospitalarias 21[11-43] y 47[28-79] días. Nosotros confirmamos la conducta divergente de los componentes del EQ5d en la poblacion general, en pacientes con y sin injuria cerebral y en todas las categorías.

Conclusiones:

1. El 50% de los pacientes son jóvenes, sanos e ingresados por trauma.

2. Experimentaron consecuencias a largo plazo que afectaron la CVRS. Mientras la EQ EVA fue elevada desde el inicio, el EQ index demostró mejoría gradual y significativa.
3. La falta de conciencia de enfermedad fue prevalente en todos los pacientes, independiente del motivo de ingreso y presencia de injuria cerebral.



0055 EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD Y LA SEGURIDAD DE UNA ALMOHADA PARA APOYO Y SUJECIÓN CEFÁLICA

G NAVARRO ARCE(1), L MAKINISTIAN, ES TURCHETTO(2)
(1) Hospital Italiano De Mendoza. (2) Italiano De Mendoza.

Introducción: Todos los protocolos para el tratamiento de pacientes críticos con asistencia respiratoria mecánica (ARM) indican que la cabeza y el tubo endotraqueal (TET) deben permanecer centrados respecto al eje del tronco. Los métodos para lograr dicha posición son ineficaces.

Objetivos: 1) Construir un prototipo de una almohada para apoyo y sujeción cefálica inspirado en un diseño disponible en la literatura específica. 2) Evaluar la utilidad y seguridad de su uso en 2 voluntarios sanos y 10 pacientes lúcidos sin ARM.

Materiales y métodos: El prototipo se fabricó en goma espuma y se forró en tela impermeable. Se probó en voluntarios, con un total de 20 pruebas de aproximadamente 15 minutos cada una y cuyas opiniones fueron relevadas con un mismo cuestionario de 8 preguntas tipo sí/no.

Se probó el prototipo con la cabecera de la cama a 0° y a 45°, con orejas cubiertas y descubiertas, con y sin collar cervical.

Resultados: Los voluntarios reportaron siempre estar cómodos, sentir mejor sujeción cefálica y limitación del movimiento cervical, con la cabecera a 0° y las orejas cubiertas. 8 de 10 refirieron sentirse cómodos (2 lo sintieron inestable), 3 prefirieron el prototipo a la almohada convencional, 2 juzgaron que era tan cómodo como aquella, y 3 sugirieron modificaciones dimensionales. En 10 del total de 15 pruebas con orejas cubiertas, se reportó disminución del ruido ambiente, y en 1 molestias en las orejas.

Conclusión: El prototipo se mostró útil y seguro para mantener la cabeza centrada. No se detectaron razones por las que la evaluación del prototipo en pacientes críticos con ARM pudiera resultar contraproducente.

0056 EVALUACIÓN DE UN NOVEDOSO PROTOTIPO DISEÑADO PARA APOYO Y SUJECIÓN CEFÁLICA EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA.

E TURCHETTO(1), G NAVARRO ARCE(1), L MAKINISTIAN
(1) Hospital Italiano De Mendoza.

Introducción: Todos los protocolos para pacientes con asistencia respiratoria mecánica (ARM) indican que debe mantenerse la cabeza

y el tubo endotraqueal centrados respecto al eje del tronco. Los métodos para lograr dicha posición son ineficaces con el paso de las horas. Habiendo fabricado un prototipo de almohada para apoyo y sujeción cefálica (en base a un diseño disponible en la literatura específica) y evaluado el mismo en voluntarios sin que se hayan reportado contraindicaciones para su uso, encaramos el presente trabajo para evaluar los resultados obtenidos en una población de pacientes bajo ARM.

Objetivos: 1) Comparar la eficacia del prototipo con la de otros métodos de sujeción cefálica en cuanto a la prevención de a) la rotación y/o lateralización de la cabeza, y b) el desplazamiento del TET en pacientes con ARM. 2) Releva la valoración de la utilidad del prototipo por parte del personal de enfermería.

Pacientes y métodos: Del estudio participaron 52 pacientes entre 31 y 91 años, reunidos en dos grupos por distribución aleatoria: uno de 23 con el cual se utilizaron medios de fijación alternativos (GMA); y uno de 29 con el que se utilizó el prototipo (GP). La posición de la cabeza fue registrada en los 52 pacientes durante su permanencia en el protocolo (entre 1 y 7 días corridos), 3 veces por día: una primera vez a las ~8:00 hs y luego 2 veces más a intervalos de 3 hs; resultando un total de 663 observaciones (348 en el GMA y 315 en el GP). El desplazamiento del TET se registró una vez por día, resultando 221 observaciones en total. Por otra parte, 14 integrantes del personal de enfermería respondieron un cuestionario que evaluaba la utilidad del prototipo, de 4 preguntas de elección múltiple. Todas las tasas de error tipo I (p) fueron calculadas con un poder estadístico del 95%, a dos colas (*two tails*) y con la aproximación "arcsin" a la distribución normal. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: La cabeza se mantuvo centrada en el 71,3% de la totalidad de las observaciones, en un 56,9% en el GMA, y en un 87,3% en el GP ($p < 0.0001$). El TET se observó no desplazado en un 60,6% de la totalidad de las observaciones, en un 59,5% en el GMA y en un 61,9% en el GP ($p > 0.9$). Entre el personal de enfermería, 12 de los 14 encuestados opinaron que el prototipo sujeta la cabeza mejor que los métodos alternativos y que los pacientes internados en la UTI, independientemente de su condición, se beneficiarían con su uso.

Conclusión: En una población de pacientes bajo ARM, el prototipo resultó más efectivo que los medios de fijación alternativos para mantener la cabeza centrada. No se observó diferencia en prevenir el desplazamiento del TET. El personal de enfermería se mostró ampliamente a favor del uso del prototipo.

0057 EVALUACIÓN DE UNA ALMOHADA PARA APOYO Y SUJECIÓN CEFÁLICA EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA PROLONGADA

G NAVARRO ARCE(1), L MAKINISTIAN, ES TURCHETTO(1)
(1) Hospital Italiano De Mendoza.

Introducción: Todos los protocolos para el tratamiento de pacientes críticos con asistencia respiratoria mecánica (ARM) indican que mientras los mismos se encuentren en posición decúbito supino, la cabeza y el tubo endotraqueal (TET) deben permanecer centrados respecto al eje del tronco. Los métodos para lograr dicha posición suelen ser improvisados, incómodos tanto para el paciente como para el personal de enfermería, e ineficaces con el paso de las horas. Habiendo fabricado un prototipo de almohada para apoyo y sujeción cefálica (en base a un diseño disponible en la literatura específica) y evaluado el mismo sin que se hayan reportado contraindicaciones para su uso, encaramos el presente trabajo para evaluar los resultados obtenidos en una población de pacientes bajo ARM por un tiempo prolongado.

Objetivos: 1) Comparar la eficacia del prototipo con la de otros métodos de sujeción cefálica, en cuanto a la prevención de la rotación y/o lateralización de la cabeza y del desplazamiento del TET, en pacientes bajo ARM durante un período prolongado (mayor al promedio de uso habitual de 5.9 días); 2) Evaluar sus efectos secundarios.

Pacientes y métodos: Del estudio participaron 20 pacientes, hom-

bres y mujeres de entre 31 y 91 años edad, reunidos en dos grupos por distribución aleatoria de 10 pacientes cada uno: en un grupo se utilizaron medios de fijación alternativa (GMA), y en el otro se utilizó el prototipo (GP). La posición de la cabeza fue registrada en los 20 pacientes durante 7 días corridos en la UCI, 3 veces por día: una primera vez a las ~8:00 hs y luego 2 veces más cada intervalos de 3 hs; resultando un total de 420 observaciones. El desplazamiento del TET y la presencia de escaras auriculares u occipitales se registraron una vez por día, resultando 140 observaciones. Todas las tasas de error tipo I (p) fueron calculadas con un poder estadístico del 95%, a dos colas (*two tails*) y con la aproximación "arcsin" a la distribución normal. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: La cabeza se mantuvo centrada en el 74,5% de la totalidad de las observaciones, 61,9% de las observaciones en el GMA, y en un 87,1% en el GP ($p < 0.0001$). El TET se observó no desplazado en un 61,4% de la totalidad de las observaciones, en un 58,6% en el GMA, y en un 64,3% en el GP ($p > 0.9$). En ningún paciente se observó formación de escaras. La lateralización de la cabeza de pacientes del GP se mantuvo aproximadamente invariable a lo largo de los 7 días, mientras que en el GMA presentó una ligera tendencia a decrecer. El desplazamiento del TET fue decreciendo en ambos grupos con el paso de los días.

Conclusión: En una población de pacientes bajo ARM prolongada, el prototipo resultó más efectivo que los medios de fijación alternativos para mantener la cabeza centrada. No se observó una diferencia estadísticamente significativa en prevenir el desplazamiento del TET. No se observaron lesiones por decúbito con el uso prolongado del prototipo.

0058 ARRITMIA VENTRICULAR COMPLEJA EN PACIENTE HIV CON MENINGOENCEFALITIS A CRIPTOCOCO

A MARTINEZ(1), JC RIVAS(1), G GUTIERREZ(1), P BOSCHINI(1), S CASTRO(1), N D AGOSTINO(1), L GADALETA(1), S LLOIS(1), O CRISTALDI(1), G ROBERT(1), H SURACHI(1)
(1) Higa Eva Peron De San Martin.

Introducción: El síndrome de QT largo congénito oculto es una entidad rara de difícil diagnóstico, requiere el estudio genético para su confirmación, es sabido que ciertas condiciones pueden desenmascarar la prolongación de QT favoreciendo así la generación de arritmias ventriculares complejas siendo las mismas, causa de muerte súbita.

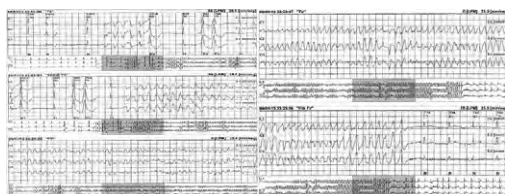
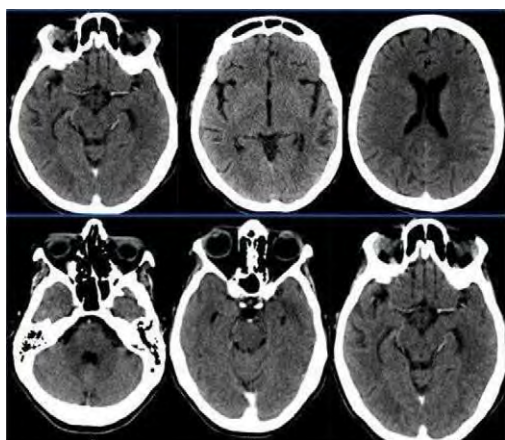
Presentación de caso: Presentamos un caso de una paciente con diagnóstico reciente de HIV con meningoencefalitis a criptococo que presenta una arritmia ventricular maligna de un minuto de duración que resuelve espontáneamente bajo un síndrome de QT largo congénito oculto.

Resultado: Paciente de 42 años, antecedentes de enolismo, tabaquista, consumo de marihuana, paco y cocaína. Se interna en clínica médica por deterioro del sensorio, Glasgow (14/15), asociado a síndrome de impregnación, resto del examen físico consensado. ECG: Bradicardia sinusal con Qtc normal. La tomografía de cerebro presenta atrofia cerebral periférica y central, resto normal. Punción lumbar líquido opalescente, presión de apertura de 15 cms de h20, hiperproteínorraquia, hipoglucoorraquia, hipocloroorraquia, pleocitosis linfocitaria. Tinta china negativa. Inicia tratamiento con ceftriaxona, dexametasona. Test rápido de HIV positivo. Resto de serologías negativas. Por mala evolución clínica se amplía tratamiento empírico cubriendo tuberculosis y toxoplasmosis.

Pasa a UTI por bradicardia sinusal con Qtc prolongado presentando respuesta cronotrópica positiva a atropina y dopamina manteniendo Qtc prolongado. Lab: Antigenorraquia positiva. Resultado de holter presenta un episodio de TV sostenida de un minuto de duración que se inicia y termina con TV tipo torsión de punta, registrándose un breve período de fibrilación ventricular resolviendo espontáneamente, Qtc máximo 592 mseg. Eco cardiograma Normal. Por Glasgow 8/15 requiere ARM. Se inicia tratamiento con anfotericina asociado a isoproterenol ev. ECG: Ritmo sinusal, Qtc

normal. Evoluciona con parámetros de shock séptico refractario se inicia tratamiento ATB empírico de amplio espectro, inotrópicos ev progresando al óbito. El resultado de la autopsia de bloque cardio pulmonar e hígado no evidencia lesión histopatológica concluyente. Medición de Qt de los 6 hijos, una presenta Qtc prolongado de 504 mseg.

Conclusión: Basándonos en la fuerte presunción de síndrome QT largo congénito oculto asociado a una arritmia potencialmente letal, consideramos mandatorio el estudio de la descendencia para realizar prevención primaria de muerte súbita.



0059 FACTORES PREDICTORES DE FRACASO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
C MEREGALLI(1), F JORRO BARÓN(1), M D'ALESSANDRO(1), G DEBAISI(1)
(1) Elizalde.

Introducción: La identificación de pacientes con factores predictores de fracaso de la ventilación no invasiva evita los efectos deletéreos del retraso en la intubación endotraqueal y del inicio de la ventilación mecánica convencional.

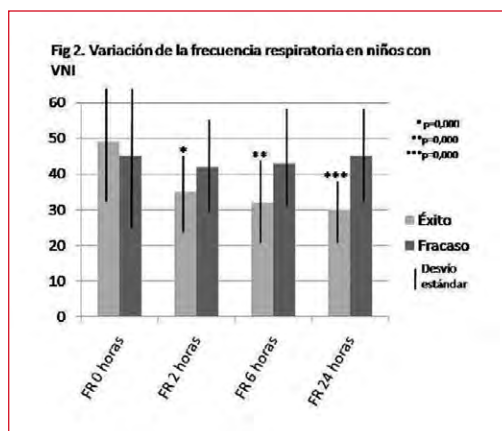
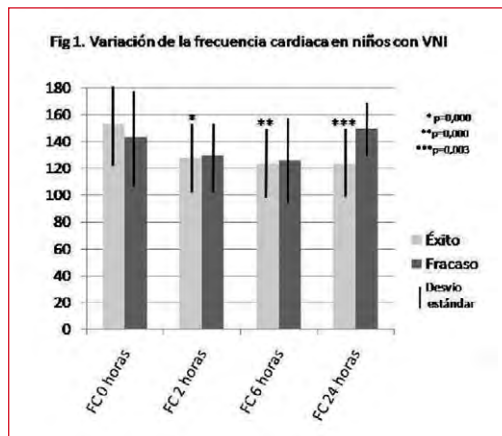
Objetivos: Evaluar los factores predictores de fracaso de la ventilación no invasiva en pacientes pediátricos.

Materiales y métodos: Cohorte, prospectiva, de centro único. Pacientes que requirieron ventilación no invasiva durante el período comprendido entre el 1 de octubre del 2011 y el 31 de marzo del 2013 en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Las variables clínicas frecuencia respiratoria y frecuencia cardíaca fueron evaluadas al inicio, 2, 6 y 24 horas. Se definió fracaso como la necesidad de la intubación endotraqueal. Se considero significativo $p < 0,05$.

Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 490 pacientes, 51 recibieron VNI (28 previo a la ventilación mecánica convencional). El porcentaje de fracaso de la VNI fue de 37,4%. Los pacientes que fracasaron fueron similares a los que no fracasaron en edad, peso, PIM II y Score de Wood. Los que fracasaron fueron predominantemente hombres (68%; 37,5%; $p=0,045$) y permanecieron más días internados en la UCIP [15(11-21); 8,5(6-16); ($p=0,018$)]. La presencia de atelectasias en la radiografía de tórax presentó una tendencia a predecir fracaso ($p=0,055$). Se observó un descenso en la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria a las 2, 6 y 24 horas,

con respecto al basal, en los pacientes con ventilación no invasiva exitosa ($p<0,005$).

Conclusión: La falta de descenso de la frecuencia respiratoria y la frecuencia cardíaca a las 2, 6 y 24 horas del inicio de ventilación no invasiva fueron factores predictivos de fracaso.



0060 COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR POSTINFARTO DE MIOCARDIO Y CIERRE PERCUTÁNEO CON EL DISPOSITIVO AMPLATZER. REPORTE DE UN CASO.

C PALACIO(1), JC MEDINA(1), H SANTAMARIA(1), R SANTOS(1), A PEREZ(1), C RAPALLO(1), G CORTES(1), M BECK(1), G HEMESTROSA(1)
(1) Sanatorio Prof Itoiz.

La comunicación interventricular (CIV) es una complicación infrecuente del infarto agudo de miocardio, asociado a una alta mortalidad, 45% en los tratados quirúrgicamente y más de un 90% tratados médicamente.

En la era previa a la terapia de reperfusión la ruptura septal correspondía 1 a 3 % de los infartos agudos de miocardio. En cambio en la era postrombótica la complicación disminuyó a 0.2%.

La cirugía es el tratamiento establecido, pero se asocia a una alta mortalidad (30-50%).

El cierre percutáneo de las CIV postinfarto, mediante prótesis de tipo Amplatzer ha demostrado resultados prometedores.

Caso clínico: Reportamos el caso de una paciente de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, que ingresa por angina postinfarto, ya que refirió episodio anginoso tres días previos al ingreso, prolongado y con síntomas vasovagales. Repite episodio anginoso que motivó el ingreso. Presenta electrocardiograma constatando supradesnivel del ST de 2 mm en aVR y V1 e infradesnivel de 1mm inferior y lateral y troponina positiva.

Al examen físico presenta estabilidad hemodinámica, congestión venocapilar leve a moderada, se constata soplo holosistólico nuevo y se sospecha complicación mecánica.

Se realiza cinecoronariografía constatando Arteria Diagonal severa realizando angioplastia primaria con balón.

La paciente evoluciona con inestabilidad hemodinámica con empeoramiento de la congestión venocapilar e hipoperfusión periférica por lo que se coloca catéter de Swan Ganz evidenciándose resalto oximétrico.

Se confirma por ecocardiograma transesofágico comunicación interventricular (CIV) a nivel del Septum medio con orificio de entrada de 7,5 mm, longitud de 20 mm, un orificio de salida a nivel del Septum apical derecho de 20 mm y gradiente de VI a VD de 55 mm Hg. A las 48 hs del ingreso se realiza cierre percutáneo del defecto septal con dispositivo Amplatzer, sin evidencia de shunt residual por ventriculografía.

Se realiza ecocardiograma transesofágico de control constatando imagen de dispositivo de cierre de CIV a nivel del Septum anterior medial con leve shunt residual.

Se externa del Sanatorio a los 25 días de la internación.

Conclusiones: Hasta el momento no existe una estrategia de manejo en la ruptura del Septum interventricular postinfarto que demuestre ventajas sobre las demás. El tratamiento percutáneo podría considerarse como una alternativa en los pacientes de alto riesgo.

0062 GRADIENTE YUGULO-ARTERIAL DE PCO2 EN PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE

E MARTINEZ(1), G OLARTE(1), R GIANNONI(1), ML CAIVANO NEMET(2), L FLORES(1), L PREVIGLIANO(1), V CANNATELLI(1), E MIYAZAKI(1), N BAREDES(1)

(1) Sanatorio Sagrado Corazón. (2) Sanatorio Sagrado Corazón.

Introducción: La hipoxia isquémica se acompaña de un incremento del gradiente venoarterial de PCO2. El gradiente yugulo-arterial de PCO2 (Δ PCO2) podría ser un indicador de flujo sanguíneo cerebral pero no hay suficiente información sobre su utilidad.

Objetivo: 1) Determinar la correlación del Δ PCO2 con la oximetría yugular y el doppler transcraneano (DTC). 2) Evaluar la utilidad del Δ PCO2 para detectar la presencia de hipoperfusión cerebral definida como: Saturación venosa del golfo yugular (SayO2)<55%, Extracción cerebral de O2 (CEO2)>42%, Velocidad media (Vm)<50cm/s o Velocidad diastólica (Vd)<35cm/s + índice de pulsatilidad (IP)>1.2.

Material y método: Treinta pacientes con TEC grave monitorizados con catéter de PIC en golfo yugular. Se registraron mediciones simultáneas de PPC, PIC, DTC, y coximetría arterial y venosa del golfo yugular. Se correlacionaron los valores de Δ PCO2 con: SayO2, CEO2, Diferencia arterio-yugular de O2 (DayO2), IP, Vm, Vd, PPC y PIC. Se compararon los valores de Δ PCO2 en pacientes con y sin criterios de hipoperfusión cerebral. Los grupos fueron comparados con test t no apareado. Se realizaron correlación de Pearson y análisis área bajo la curva (ABC) ROC.

Resultados: El Δ PCO2 presentó buena correlación con CEO2 (r:0.75, p<0.0001) y SayO2 (r:-0.73, p<0.0001). Correlación moderada con DayO2 (r:0.56, p<0,001) y Vd (r:-0.40, p<0.01). Baja correlación con Vm (r:0.38, p:0.03) y el IP (r:0.21, p:0.27). Observamos un aumento significativo del Δ PCO2 en pacientes con SayO2<55% (n:4), CEO2>42% (n:5) y Vd<35cm/s + IP>1,2(n:4) comparado con aquellos pacientes en que éstas condiciones no estuvieron presentes (11.4±2mmHg vs 7.1±2mmHg, p:0.0007; 11.3±2 vs 7±2, p:0.0006 y 10.8±2 vs 7,4±2, p:0.02 respectivamente). No encontramos diferencias significativas en el Δ PCO2 cuando la Vm fue mayor o menor a 50cm/s (9.4±2.4 vs 7.7±2mmHg, p:0.10). En el análisis de curvas ROC, un Δ PCO2 de 9 mmHg fue el mejor punto de corte para detectar la presencia de SayO2<55% (ABC:0.90, sensibilidad:75%, especificidad:88%, VPP:44%, VPN:96%), CEO2>42% (ABC:0.92, sensibilidad:80%, especificidad:92%, VPP:67%, VPN:95%) y Vd<35cm/

s+IP>1.2 (ABC:0.85, sensibilidad:75%, especificidad:87%, VPP:50%, VPP:95%).

Conclusión: El Δ PCO2 presenta una buena correlación con valores derivados de la oximetría yugular en pacientes con TEC grave, siendo 9 mmHg el mejor punto de corte para detectar la presencia de hipoperfusión cerebral.

0063 TRASTORNOS COGNITIVOS POST INJURIA CEREBRAL EN PACIENTES ADULTOS EN ETAPA AMBULATORIA EVALUADOS POR EQUIPO DE REHABILITACIÓN NEUROCOGNITIVA HOSPITAL LUCIO MOLAS SANTA ROSA LA PAMPA

L VIGLIOTTA(1), S PEREZ(2), J SANSON(2), D ORTIZ(2), C MUÑOZ(2), A RAMBORGER(2), V VALLEJOS(2)

(1) Hospital Lucio Molas. (2) Lucio Molas.

Introducción: La injuria cerebral aguda es un importante motivo de ingreso en UCI. El TEC y ACV son las causas más frecuentes y de alto impacto socioeconómico por las secuelas físicas y neurocognitivas.

Objetivo: Describir los trastornos cognitivos hallados en estos pacientes evaluados en etapa ambulatoria a los 30 días post injuria cerebral.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo y descriptivo de los trastornos cognitivos encontrados en 150 pacientes ambulatorios con injuria cerebral aguda que egresaron de UTI/UTIM, desde Marzo de 2009 hasta Marzo del 2013. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, localización topográfica lesional y funciones cognitivas afectadas. Las funciones cerebrales evaluadas fueron: función ejecutiva, atención, memoria, lenguaje, función visoespacial y conducta. Los test utilizados para el screening neurocognitivo fueron: Minimental Test, Neuropsi y ACE-R.

Resultados: De los 150 pacientes evaluados las causas de injuria cerebral aguda fueron: TEC 37 %, ACV 33 % y otras 30 % (post. hipoxia cerebral, tumores, infecciosa). Analizamos los trastornos cognitivos de las dos primeras dada su relevancia. La media de edad fue de 33 años para TEC y 49 años para el ACV. La relación hombre/mujer fue 4/1 para el TEC y 1/1,5 para ACV.

En cuanto a la localización lesional en TEC se observó mayor compromiso frontal, global y a predominio de hemisferio derecho, en cambio en los ACV la localización fue predominantemente temporal e izquierdo.

Las funciones cognitivas afectadas en TEC fueron: memoria, función ejecutiva, trastorno de conducta, Trastorno cognitivo global y Atención.

En ACV la afectación primordial fue memoria seguida por lenguaje y función ejecutiva.

Conclusiones: El TEC y ACV afectan a un sector de la población joven y activa, generando alto grado de discapacidad por sus secuelas físicas y neurocognitivas.

En este estudio se observó que la función cognitiva más afectada en ambas patologías fue memoria. En el TEC la afectación cognitiva global es mayor aún en aquellos con lesión localizada, sustentando la teoría del antilocalizacionismo. Además predominan los trastornos de conducta. En ACV las secuelas neurocognitivas están más asociadas a la localización lesional, siendo la depresión el trastorno conductual más observado.

0064 APLICABILIDAD DE ESTRATEGIA DE DESCALAMIENTO ANTIMICROBIANO EN INFECCIONES SEVERAS

R FERNÁNDEZ(1), L LUJÁN(1), V ORDOÑEZ(1), S ARANCIBIA(1), E ROJO(1), L VIOLA(1), V CHAPIER(1), E CABRERA(1), I SANTOLAYA(1), W VAZQUEZ(1)

(1) Español De Mendoza.

Introducción: El descalamiento ATB es propuesto como parte del tratamiento de infecciones severas intrahospitalarias, con el objetivo de disminuir la presión ATB y reducir costos. Sin embargo estudios sugieren que no puede ser aplicada en un porcentaje alto.

Objetivos:

1) Evaluar adecuación de esquema empírico, basado en flora habitual del servicio.

2) Determinar porcentaje de descalamiento del esquema inicial.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional que incluyó pacientes ingresados a UTI quienes desarrollaron episodios de IACS. Se registraron datos demográficos, foco y tipo de infección, muestra biológica, tratamiento empírico, aislamiento microbiológico, adecuación de tratamiento empírico, tratamiento definitivo, descalamiento y evolución en UTI y hospital.

Se definió descalamiento cuando el esquema inicial pudo ser cambiado por otro de menor espectro o retirada ATB de amplio espectro en el caso de poli medicación.

Se consideró terapia empírica adecuada cuando el aislamiento microbiológico mostro sensibilidad in vitro a uno o mas ATB incluidos en esquema inicial.

Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DS) y se analizaron con U de Mann Whitney. Las cualitativas se expresan como porcentajes e intervalo de confianza 95% (IC 95%); se analizaron mediante Chi2. Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

Resultados: Se registraron 34 episodios de IACS. El foco infeccioso más frecuente fue pulmón 71,4% de los casos. El proceso predominante fue la Neumonía asociada a Ventilación Mecánica, 23 episodios (65,7%).

Los ATB mas utilizados fueron Colistin (COL) y Piperacilina tazobactam (PTZ). Se obtuvieron 40 aislamientos microbiológicos, el 85% fueron Gram. El tratamiento empírico inicial fue adecuado en 32 casos, (94,1%), pudiendo descalarse en 20 casos (55,9%) y requiriendo escalar en 2 casos (5,9%). En el 26,5% el descalamiento consistió en retirar uno de los ATB utilizados en nuestro esquema habitual, (PTZ + COL). El tiempo promedio desde el inicio de la terapia ATB hasta descalamiento fue de $2,6 \pm 0,8$ días, (IC 95% 2,3 – 2,8).

Conclusiones:

1) El esquema empírico inicial mostró adecuación en 94,1% de las ocasiones.

2) La posibilidad de descalarse fue de solo el 55,9% de los casos.

0065 USO RACIONAL DE LA RADIOLOGIA DE TORAX EN PACIENTES VENTILADOS

R FERNÁNDEZ(1), L LUJAN(1), V ORDOÑEZ(1), S ARANCIBIA(1), E ROJO(1), L VIOLA(1), V CHAPIER(1), E CABRERA(1), I SANTOLAYA(1), W VAZQUEZ(1)

(1) Español De Mendoza.

Introducción: Las Guías del American College of Radiology no recomiendan la realización diaria de Rx de tórax a todo paciente en Asistencia Respiratoria Mecánica, (ARM); sin embargo en nuestro medio, esto constituye una práctica habitual.

Objetivos: 1) Valorar el impacto sobre la mortalidad global y duración de ventilación mecánica de un algoritmo para uso racional de RX de tórax en pacientes en ARM.

Material y métodos: A partir de noviembre de 2012 se instauró la aplicación de un algoritmo basado en criterios publicados para racionalizar la utilización de la radiología de tórax en pacientes en ARM. Fueron incluidos todos los pacientes, con una estadía superior a 24 horas. Para cada uno de ellos se registró, Diagnóstico de ingreso, motivo de ARM, datos demográficos, APACHE II y probabilidad de sobrevivida calculada, SOFA de ingreso, TISS 28 de las primeras 24 horas, estadía en UTI, duración de ARM, evolución, sobreviviente o fallecido, cantidad de Rx de tórax realizadas durante la estadía en UTI.

Los pacientes fueron comparados con un grupo control histórico, de un período similar.

Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DE) y para su análisis se utilizó U de Mann Whitney o test de Wilcoxon. Las cualitativas se expresan como porcentajes o pro-

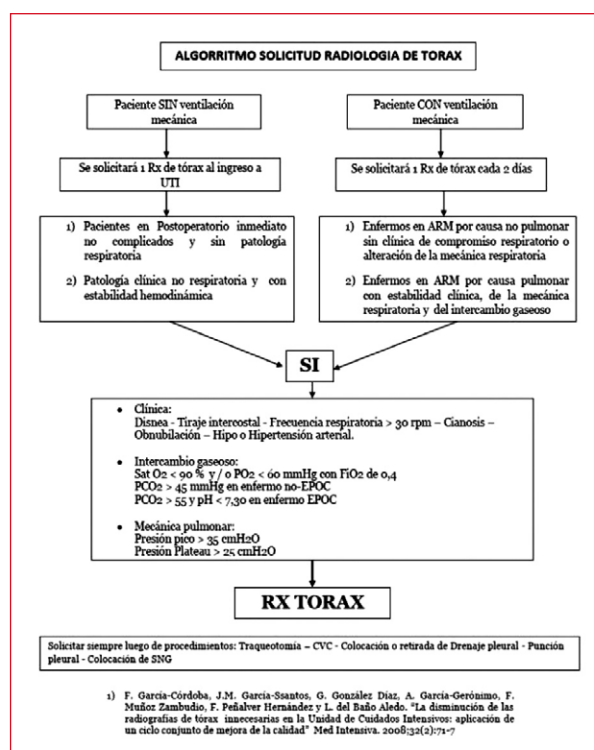
porciones e intervalo de confianza 95% (IC 95%) y se analizaron mediante Chi2.

Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

Resultados: Desde noviembre de 2012 a abril del 2013 fueron ingresados a UTI 174 pacientes de los cuales 61 (35,05%) recibieron ARM. El promedio de edad alcanzó los $58,5 \pm 18,8$ años, y el 53 % perteneció al sexo masculino. Al comparar con grupo control (164 pacientes, noviembre de 2011 a abril 2012), solo pudo establecerse diferencia en el nivel de gravedad por APACHE II, grupo histórico $13,93 \pm 8,4$ vs $16,46 \pm 8,2$ grupo actual, $p < 0,006$. No se registraron diferencias entre ambos grupo de pacientes ventilados en cuanto a estadía, duración de ARM y mortalidad.

La relación Rx tórax / Días cama pacientes ventilados disminuyó de 1,25 a 0,46 Rx / días; $p = 0,0001$

Conclusiones: No se demostró diferencia significativa en cuanto a mortalidad global, estadía en UTI o ARM, lo que sugiere que la aplicación del algoritmo para el uso racional de Rx de tórax en pacientes críticos ventilados es segura.



0066 ESTUDIO EXPERIMENTAL, MULTICÉNTRICO, DE COMPARACIÓN DE EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD ENTRE LA APLICACIÓN DE HIPOTERMIA TERAPÉUTICA CON UN SISTEMA SERVO CONTROLADO VERSUS MEDIDAS FÍSICAS, EN EL MANEJO DEL SÍNDROME POST PARO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

M YUNGE(1)

(1) Clínica Las Condes.

Introducción: Las guías clínicas actuales recomiendan el uso de HT en el manejo del SPP. Existen diferentes métodos para realizar la hipotermia, sin saber cuál de éstos es más seguro y efectivo.

Objetivo: Comparar los resultados, en cuanto a efectividad y seguridad, de dos métodos de hipotermia: Sistema Servo Controlado (SSC) y medidas físicas, aplicados post recuperación del paro cardiorrespiratorio (PCR).

Material y Método: Se compararán dos técnicas de HT. Período de estudio: 2012-2014. Lugar: 30 UCIP chilenas y 20 de Iberoamérica.

Criterios de inclusión: paciente post PCR, <18 años que haya recibido masaje cardíaco más de 2', que esté en coma a la recuperación de la circulación espontánea (RCE) y se encuentre en VM. Se incluirán aquellos con PCR extra e intrahospitalario. En los datos de los pacientes serán incluidos en el estudio una vez se obtenga consentimiento informado de sus padres/tutores legales. Criterios de exclusión: pacientes que tengan daño neurológico severo, orden de no reanimar, limitación del esfuerzo terapéutico o inicien hipotermia con más de 6 horas post RCE. Todos los centros aplicarán el mismo protocolo de manejo del SPP. Se registrarán los datos en una hoja disponible en internet. Se realizará un seguimiento de 6 meses post evento y se medirá mortalidad y secuelas neurológicas con Pediatric Cerebral Performance Category (PCPC). Intervención: Se aplicará protocolo de HT leve post RCE llevando al paciente a 33°C antes de 6 horas post RCE, la que se mantendrá durante 48 hrs. regresando a normotermia de 37° a una velocidad de 0,5°C cada 2 horas mediante uno de los siguientes sistemas: Grupo experimental: se aplicará HT con SSC. Enrolarán pacientes al grupo intervención los centros que tengan SSC. Grupo control: HT con medidas físicas: hielo a la piel y sueros intravenosos fríos. Enrolarán pacientes al grupo control los centros que no tengan SSC o que no lo tengan disponible en el momento que se requiera. Outcome 1°: Se evaluará la efectividad de los 2 métodos a través de: 1) tiempo para lograr meta de hipotermia leve, 2) estabilidad de temperatura durante la terapia, 3) tiempo de retorno a normotermia, 4) reacciones adversas durante hipotermia. Outcome 2°: sobrevida y secuelas neurológicas (score PCPC) durante el seguimiento.

Resultados preliminares: Hasta ahora se han enrolado 42 pacientes: 66% hombres, edad promedio 3 años. 60% PCR extrahospitalarios, 85% PCR en asistolia. En 70% se realizó HT con SSC y en 30% con medios físicos. Se logra realizar HT en ambos grupos (inducción, mantención y recalentamiento). Complicaciones más frecuentes son hiperglicemia (70%) y convulsiones (50%). Sobrevida 73% y resultados neurológicos buenos (PCPC 1 y 2) 77%, similares en ambos grupos.

Conclusiones: La aplicación de un protocolo de manejo de SPP con HT es posible y los resultados que se presentan son muy positivos. Se invita a otras Unidades a sumarse al estudio multicéntrico iberoamericano.

0067 RELACIÓN ENTRE DELTA CO₂ (DCO₂) Y DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE (DOM) EN PACIENTES SÉPTICOS

R FERNÁNDEZ(1), L LUJÁN(1), V ORDOÑEZ(1), S ARANCIBIA(1), E ROJO(1), L VIOLA(2), V CHAPIER(1), E CABRERA(2), I SANTOLAYA(1), W VAZQUEZ(1)
(1) Español De Mendoza. (2) Español.

Objetivo: Evaluar la relación entre diferencia veno-arterial de dióxido de carbono (DOC 2), la presencia de DOM y mortalidad en pacientes sépticos luego de resucitación precoz guiada por metas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional sobre pacientes ingresados a UTI con diagnóstico de sepsis severa o shock séptico. Cada paciente fue resucitado según protocolo guiado por metas y se tomaron para el análisis los paciente que alcanzaron la meta de SatVO₂ > 70% los cuales fueron divididos en grupos, A, bajo DCO 2 (≤ 6 mmHg) y B, DCO 2 > 6 mmHg.

Las variables cualitativas se expresan como porcentajes e IC 95% y para su análisis se utilizó Chi², las cuantitativas se expresan como medianas y percentiles 25 - 75 y se analizaron mediante Test de Wilcoxon. Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 61 pacientes con diagnóstico de sepsis severa o shock séptico que alcanzaron la meta de saturación venosa $\geq 70\%$ luego de la resucitación inicial, grupo A (baja DCO 2) 48 pacientes y grupo B (DCO 2 >7) 13 pacientes. La única diferencia encontrada fue en el puntaje SOFA a las 24 horas, grupo A 5 (1 - 7) vs grupo B, 7 (5 - 8); $p = 0,006$. Tampoco se demostró diferencia en cuanto a APACHE II de ingreso, mortalidad, estadía en UTI, signos vitales al ingreso, analítica general, lactato, DCO 2 y SatVO 2 basa-

les, expansión, balance hídrico de 24 horas y clearance de lactato. El grupo B mostró un incremento de la DCO 2 final con respecto a la basal, 6,6 (6,2 - 8) vs 8 (7 - 9,7); $p = 0,041$. La DCO₂ final mostró además correlación con el SOFA, rho de Spearman 0,449; $p = 0,0001$.

Al comparar ambos grupos se encontró una asociación entre la persistencia de DCO 2 elevada con SatVO 2 > 70% al final de la resucitación y la presencia de Disfunción multiorgánica; grupo A 33 pacientes (68.7%) grupo B 13 pacientes (100%), $p = 0,025$.

Conclusiones: Los resultados sugieren que existe una relación entre el desarrollo de Disfunción Orgánica Múltiple y la persistencia de DCO 2 elevada al final de la resucitación hemodinámica basada en SatVO 2, aunque no con la mortalidad.

0068 EVALUACION DE UNA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCION DE TASA DE INFECCION ASOCIADA A CATETER

W CASSON(1), R FERNÁNDEZ(1), W VAZQUEZ(1)
(1) Español De Mendoza.

Objetivo: Evaluar una estrategia para la disminución de Infecciones asociadas al uso de Cateter Venoso Central, (IACVC).

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo con intervención a partir de la observación de un incremento en la densidad de incidencia de IACVC. La estrategia implementada consistió en tres pasos:

1) Educación de personal de enfermería acerca de la importancia de las IACVC, su impacto sobre la morbi - mortalidad de los pacientes y costos, mediante reuniones grupales.

2) Utilización de un "checklist" adaptado del Hospital John Hopkins, "empoderando" al personal de enfermería para detener el proceso si no se realizaba de acuerdo a lo establecido por la lista de comprobación

3) Devolución mensual de la tasa de IACVC y el refuerzo de las medidas a nivel individual y grupal.

Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DS) y las cualitativas como porcentajes o proporciones. Se utilizó análisis de series temporales interrumpidas y se aceptó como significativa $p \leq 0,05$.

Resultados: En el período preintervención fueron ingresados 365 pacientes con una tasa de uso de CVC de 76% vs 499 pacientes en el período post intervención y una tasa de uso de 64,9%; $p = 0,001$. No se registraron diferencias en cuanto al promedio de días con CVC $5,3 \pm 6,6$ vs $5,7 \pm 9,5$ días; $p = ns$. Se registraron 13 episodios de IACVC pre intervención con una densidad de incidencia de 9,8 episodios por 1000 días catéter vs 7 episodios, 5,5 por 1000 días catéter en el segundo período; $p = ns$.

Conclusiones: Si bien no se alcanzaron diferencias significativas, la densidad de incidencia de IACVC mostró una franca tendencia a descender en el período post intervención (44.3%).

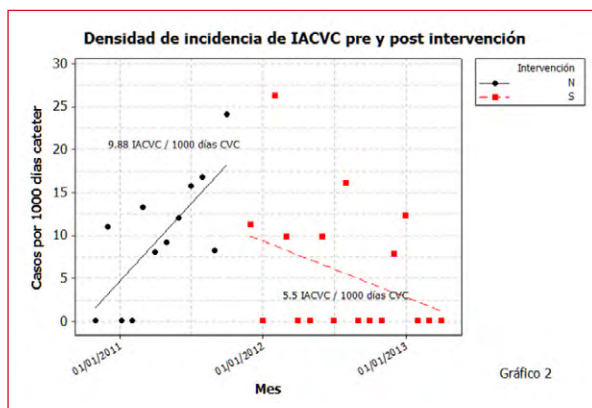


Gráfico 2

0069 PANCREATITIS GRAVE

C FARINA(1), C PEIN(1), P CENTENO(1), M ANCHORENA(1), G IZZO(1), DR LEONARDO(1)
(1) Simplemente Evita G Catan.

El objetivo del trabajo fue evaluar la mortalidad en UTI por pancreatitis grave de origen Biliar. La morbimortalidad Hospitalaria. La pancreatitis aguda representa un desafío importante para las distintas especialidades involucradas en su manejo. Existe una variedad importante de causas, de las cuales en nuestro país sigue teniendo alta importancia la biliar, y especialmente hay grandes diferencias en la gravedad y complicaciones de la pancreatitis. Pese a los avances en cirugía y cuidados intensivos, en las técnicas de diagnóstico por imágenes y en procedimientos radiológicos intervencionistas, la pancreatitis aguda continúa presentando en su forma grave necrotizante una tasa de mortalidad de 30 a 40%. Se realizó un estudio retrospectivo observacional desde 1/1/10 hasta 31/3/13. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de pancreatitis Grave. Se evaluaron los siguientes datos. Edad, sexo; Apache. Complicaciones pancreáticas tratamiento (percutáneo y quirúrgico). Días de ARM. Requerimiento de traqueostomía. Estada en UTI. Mortalidad en UTI.

Resultados: Se evaluaron 20 pacientes (F10/M10). La media de Edad fue de 46 años. La media de Apache de ingreso fue de 11(+/- 10). El 45%(N:9) requirieron ARM. El 33%(N:3) requirió traqueostomía al día 14. El 50% del total de los evoluciono a SHOCK. El 5%(N:1) requirieron diálisis

Las complicaciones pancreáticas: el 40%(N:8) presento necrosis pancreática infectada, el 5%(N:1) pseudoquistes; 5%(N:1) Absceso. Al 90% de las necrosis infectadas se le colocó drenaje percutáneo. El 100% de las necrosis infectadas requirieron necrosectomía. El 15%(N:3) evoluciono con fistulas pancreatocutaneas.

El 70%(N:14) presento buena evolución con externación hospitalaria. El 30%(N:6) óbito durante la estadía en terapia intensiva. La media de Días de internación en terapia intensiva fue 6.37 días(+/- 14.8).

Conclusión: La mortalidad hospitalaria fue de 30% como la reportada en la literatura. Tuvimos la misma incidencia en pacientes femeninos y masculinos, pese a que la media de edad de las mujeres fue menor con respecto a los hombres 43 vs 50 respectivamente.

La tasa de complicaciones pancreáticas fue más alta que la reportada en la literatura 70%(57% n engl j med 354;20 2006).

Debido a que la muestra es pequeña deberíamos realizar un estudio prospectivo evaluando el número embarazos previos en la población femenina para definir si es un factor independiente para la edad temprana de aparición de pancreatitis. Por otro lado evaluar si la mayor incidencia de complicaciones tiempo de evolución de la pancreatitis al día que se realiza la consulta hospitalaria.

0070 CORIOCARCINOMA GESTACIONAL: DESCRIPCION DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFIA

JA VAZQUEZ(1), G CARQUEIJEDA-ROMAN(1), E VEDOVATO(1), A ESTRIN(1), L SANTA CRUZ(1), P DE VARGAS E GRANDO(1), B LOPEZ(1)
(1) Santojanni.

Introducción: A pesar de que el porcentaje de mujeres embarazadas que requiere el ingreso a terapia intensiva es muy bajo, (< 1%) tanto la mortalidad materna como la fetal son elevadas cuando esto ocurre.

Caso Clínico: Mujer de 29 años que ingresa al hospital por metrorragia y dolor perineal, 20 días después de legrado uterino por aborto espontáneo incompleto. Buen estado general al ingreso, aunque con moderada metrorragia fétida, y formaciones de aspecto nodular en tercio medio de tabique vesico-vaginal y fondo de saco posterior. Se realizan: eco TV: Miometrio heterogéneo en cara pos-

terior y lateral izquierda con imagen hipocogénica de 42x29mm y otra central de 52x37x59mm; engrosamiento de la pared vaginal anterior de 28mm. Sub-betaGCH: (al ingreso): 147.477mIU/ml.

La paciente evoluciona en pocos días con hemoptisis e insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM por lo que ingresa a UTIA. Se realiza Rx y TAC de torax que muestran múltiples imágenes nodulares parenquimatosas confluentes correspondientes a MTS de enfermedad trofoblástica gestacional. Se inicia tratamiento con Metrotrexate, pero la paciente evoluciona con Síndrome de Falla Multiorgánica (cardiovascular, renal y respiratoria) falleciendo al tercer día de internación.

Discusión: El coriocarcinoma gestacional (CG) es una entidad infrecuente, pero de gran agresividad. Curiosamente la edad promedio de presentación es de 29 años, y en América Latina se considera que afecta a 1/10.000 embarazos siendo más frecuente en mujeres de raza negra (1.8:2.1). Los síntomas de más frecuente presentación son el sangrado transvaginal y los síntomas respiratorios (debidos a la proliferación de la enfermedad). La evolución natural provoca MTS hematogénicas en pulmón (80%), vagina y vulva (30%) e hígado (10%). Para el diagnóstico se requieren datos clínicos, Rx y TAC, así como de la medición de GCH. Algunos autores proponen PET para el diagnóstico de "micro-metástasis"

El diagnóstico (y principalmente la sospecha) temprana es muy importante debido a que es una neoplasia curable, aun con múltiples MTS, informándose tasas de curación del 100% cuando esta limitada al útero y de hasta el 85% cuando hay MTS.

Conclusión: El CG es una patología excepcional en terapia intensiva, pero requiere de alta sospecha debido a su malignidad y alta chance curativa.

0071 SHOCK SEPTICO. EPIDEMIOLOGICO

A TORRES(1), Y SALOMON(2), C PEIN(2), P CENTENO(2), M ANCHORENA(2), G IZZO(2)
(1) Htal Simplemente Evita G Catan. (2) Simplemente Evita G Catan.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la morbimortalidad en terapia intensiva.

Se realizó un estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Shock séptico que ingresaron a la terapia intensiva del Hospital Simplemente Evita. González Catan. Se estudiaron edad, sexo, Días de UTI, días de ARM, etiología, aislamiento bacteriológico, requerimiento de diálisis.

Resultados: Se estudiaron 65 pacientes F:27/M:38. La media de edad fue 42,11 años (+/-17.38), la media femenina fue 44,64 años y la masculina 40,10 años. el Apache II medio fue 16 fue similar en ambos sexo. (16,76 en mujeres y 16.16 en hombres).

Las etiologías más frecuentes fueron Neumonía grave de la comunidad 24%(N:16); Foco abdominal 21.%(N:14); foco meníngeo 15%(N:10); Foco Urinario 10%(N:7), Aborto séptico 9%(N:6); partes blandas 6%(N:4). Infecciones intrahospitalarias 6%(N:4). En el 38% no se obtuvo rescate de germen; los gérmenes más frecuentes fueron E Coli 20% y SAMR 10%.

La estadía en Terapia intensiva fue de 4 días (+/- 9). La media de días de ventilación mecánica 4,2(+/-8.4). El 10%(n:7) requirió traqueostomía por cumplirse 14 días de ARM.

El 49% de los pacientes requirió diálisis. El 53%(N:17) eran mujeres y el 46%(n:15) eran hombres.

La mortalidad en terapia intensiva fue 47%. El 67%(n:21) fueron hombres y el 32%(N:10) mujeres.

Conclusiones: La mortalidad en nuestra terapia es la descrita en la literatura. La mortalidad en pacientes e sexo masculino fue mayor pese a que el APACHE II fue similar. Las pacientes de sexo femenino tuvieron mayor incidencia de falla renal con requerimiento de diálisis. Pudimos observar también un alta tasa de SAMR de la comunidad. El foco respiratorio fue el más frecuente como el documentado en la literatura.

0072 CUANTIFICACION DE LOS CAMBIOS MORFOLÓGICOS DEL NEUTRÓFILO DURANTE LA FAGOCITOSIS BACTERIANA POR MEDIO DE LOS PARÁMETROS VCS PROVISTOS POR UN CONTADOR HEMATOLOGICO

JA VAZQUEZ(1), MDC ADDUCCI(1), G CARQUEIJEDA-ROMAN(1)

(1) Santojanni.

Introducción: Normalmente, el recuento leucocitario se realiza por medio de contadores hematológicos. La diferenciación entre las distintas subpoblaciones de leucocitos se realiza por un procedimiento de dispersión de luz, que brinda información acerca de las características leucocitarias referentes al volumen (V), la conductividad (C) y el scatter (S).

Objetivo: Describir las variaciones de los parámetros VCS del neutrófilo causados por la fagocitosis de un cultivo bacteriano

Material y métodos: Se trata de un estudio de tipo experimental, *in vitro*, prospectivo, en el cual se evalúan los cambios de los parámetros VCS en función del tiempo cuando son sometidos a la exposición de una dosis de bacterias Gram positivas. Se tomo como Gold Standard la presencia de alteraciones morfológicas en dichas células en el frotis de sangre periférica. Los valores basales así como los obtenidos a los 60 minutos se describen con su media, error estándar, IC95 y rango. Las diferencias entre grupos se evaluó por medio del test t de Student.

Resultados: Se analizaron un total de 56 muestras. Los datos se observan en la tabla 1. Las diferencias entre los parámetros en estudio es $p < 0.0001$.

TIEMPO	VALOR	MEDIA	ES	IC95	RANGO
BASAL	V	144.57	0.36	143.8-145.3	140-149
	C	143.5	0.37	142.7-144.3	140-148
	S	143.1	0.39	142.3-143.9	138-148
60	V	147.4	0.63	146.1-148.7	140-161
	C	140.1	0.41	139.3-140.9	137-147
	S	123.7	0.38	122.9-124.5	119-129

Conclusiones: La exposición de una muestra de sangre a una carga de *S. aureus* determina un proceso de fagocitosis que se evidencia a través de un contador hematológico a partir de los 60 minutos por medio del aumento del volumen, así como la disminución de la conductividad y el Scatter.

0073 EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN Y SU IMPACTO EN INDICADORES DE CALIDAD EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

R CASTAÑO(1), H CESARIO(1), A HITTA(1), P PRATESI(1)

(1) Universitario Austral.

Introducción: La disfagia orofaríngea no es una enfermedad, sino una secuela. Su prevalencia es de 6-9%, se asocia a neumonía aspirativa, desnutrición, deshidratación, obstrucción de la vía aérea y muerte.

Objetivo: Diferenciar trastornos de seguridad y eficacia de evaluación de deglución, describir la forma de alimentación, los tipos de disfgias y cómo impactan estas variables sobre los indicadores de calidad.

Material y método: Estudio observacional descriptivo, de 97 pacientes mayores de 18 años, en el período enero 2009 a diciembre de 2010 en U.C.I., Unidad Coronaria e Internación general, se realizó la evaluación clínica de la deglución. Las variables estudiadas fueron: trastornos de seguridad, trastornos de eficacia, formas de alimentación, grados de disfagia.

Resultados: De 97 paciente, 54 tuvieron 1 o más trastornos de seguridad y en 39 se encontraron 1 o más signos de eficacia durante la

prueba. Sobre el total de la muestra (97), 54 comenzaron con dieta por vía oral, los que no pudieron iniciar dieta por boca, se colocó SNG. Se clasificaron en No disfagia, sobre el total de la muestra 48 pacientes toleraron las consistencias (49,48 %) disfagia moderada 10 pacientes (10,3 %) disfagia grave fueron 39 pacientes (40 %) del total de la muestra. Existe una relación directa entre trastornos de seguridad, alimentación no oral y disfagia moderada y grave.

Conclusión: Existe una correlación entre trastornos de seguridad, alimentación no oral y disfgias moderadas-severas. Por lo que se puede inferir que la evaluación clínica bedside actúa como guía práctica para mejorar los indicadores de calidad institucional y disminuir la comorbilidad y mortalidad de los pacientes.

0075 LEISHMANIASIS CUTÁNEO-MUCOSA: UNA ENTIDAD DE INFRECLENTE PRESENTACION EN TERAPIA INTENSIVA

JA VAZQUEZ(1), L SANTACRUZ(1), P DE VARGAS E GRANDO(1), V HAYETIAN(1), A PILIPEC(1), G CARQUEIJEDA-ROMAN(1)

(1) Santojanni.

Introducción: Presentamos un caso clínico de sepsis de partes blandas por Leishmaniasis cutáneo-mucosa.

Caso clínico: Hombre, 25 años, pintor de autos, que ingresa al hospital por cuadro de sepsis secundario a infección de piel y partes blandas.

El cuadro se inició un año antes de su ingreso con una lesión pruriginosa de rodilla izquierda que progresa con flictena y aumento del tamaño con necrosis central asociados a registros febriles. Ingresa a UTI con una lesión compatible con herpes impetiginizado en ángulo de boca izquierda así como edema en mano y antebrazo izquierdo y lesiones necróticas e inflamatorias en rodilla y pierna izquierda. Se observa falta de piezas dentarias, y las presentes en muy mal estado, así como lesiones en la mucosa gingival de aspecto azulado que se interpretan como ribete de Burton. Asimismo se observa bicitopenia, (anemia y leucopenia) secundaria a fibrosis medular y severa hipokalemia. Se indicó tratamiento con Imipenem + vancomicina, agregándose anfotericina ante la sospecha de Leishmaniasis. Se toma biopsia de piel, mucosa y medula ósea que informan: infiltrado inflamatorio agudo perivascular e intersticial y fibrosis medular. La reacción de Montenegro fue negativa. Se tomaron muestras para intoxicación por plomo e hidrocarburos que fueron negativas. El paciente evoluciona con cuadro séptico, por neumonía asociada al respirador, y colitis pseudo-membranosa por *C. Difficile* que llegó al megacolon tóxico. Se complicó con SDRA y shock séptico que llegó a ser hipodinámico refractario y el paciente falleció el 06/05/13.

La muestra de biopsia yugal informo la presencia de Leishmania que fue confirmada por PCR en Instituto Fatała Chaben.

Discusión: Las Leishmanias son protozoarios agrupados en la familia *Typanosomastidae* que parasitan los tejidos con localización intracelular, produciendo lesiones cutáneas, mucosas y viscerales según las especies involucradas. La forma mucosa de la leishmaniasis representa la propagación por vía hematogena de una leishmaniasis cutánea. La inmunosupresión permitió las complicaciones sépticas que lo llevaron a la falla multiorgánica y la muerte. Se reporta el caso por su baja frecuencia de presentación en nuestro medio

0076 TROMBOSIS SEPTICA DEL SENO CAVERNOSO, COMPLICADA CON INFARTO CEREBRAL

JA VAZQUEZ(1), P DE VARGAS E GRANDO(1), L SANTACRUZ(1), E PESAT(1), G CARQUEIJEDA-ROMAN(1)

(1) Santojanni.

Introducción: La trombosis séptica de los senos duros son trastornos de muy baja frecuencia de presentación en la práctica clínica. Mostramos un caso infrecuente de presentación típica

Caso clínico: Paciente de 30 años de edad, sin antecedentes patoló-

gicos, ingresa por cuadro de deterioro del sensorio asociado a cefalea, dolor cervical y celulitis en zona medial del labio superior, región nasal y ambas orbitas de alrededor de 10 días de evolución por lo que inicia tratamiento antibiótico con Amoxicilina-Clavulánico. Al examen físico presenta: rigidez de nuca, paresia braquiocrural izquierda, edema bupalpebral, quemosis, proptosis bilateral, parálisis del motor ocular común izquierdo y recto interno derecho, anisocoria, zona de eritema, flogosis en región medial del labio superior, nasal que se extiende hacia ambas orbitas.

A su ingreso al hospital se realiza punción lumbar, LCR: opalescente, ligeramente turbio, sobrenadante límpido, botón hematocrito, proteínas 3 g/dl, glucosa 46 g/dl, leucocitos 87 mm predomino polimorfonucleares; hemocultivos, procalcitonina 1.59 ng/dl y se rota tratamiento a Vancomicina Ingresó a U.T.I con diagnóstico de meningitis bacteriana asociado a celulitis facial, agregándose Ceftriaxona a dicho tratamiento. Se aíslan tanto en hemocultivos como en LRC SAMR, se suspendió Ceftriaxona, sumándose Rifampicina y Gentamicina. Se realizó ecocardiograma que informa Insuficiencia Aórtica y Tricuspidéa leve, descartándose vegetaciones. La paciente presenta una evolución desfavorable por lo que se inicia ARM luego de la realización de una RMN de cerebro que muestra territorio isquémico, oclusión de arteria cerebral media derecha, sistema ventricular conservado, pequeña área de difusión positiva en región parietal izquierda, proptosis por edema retroorbitario. Se coloca catéter de PIC con presión de apertura mayor a 20 cm. La paciente fallece pocas horas después.

Discusión: La trombosis séptica del seno cavernoso es un trastorno infrecuente. Cuyo sitio de infección primario más frecuente es la zona medial de la cara. Los signos tempranos del trastorno son inespecíficos. El diagnóstico requiere de la presencia de imágenes que confirmen la trombosis. El *Staphylococcus aureus* es responsable del 70% de estas infecciones. La mortalidad es del 30%. Las complicaciones isquémicas son infrecuentes aunque no excepcionales.

0077 SHOCK TOXICO FATAL POST-PARTO CAUSADO POR CLOSTRIDIUM SORDPELLII. UN TRASTORNO POCO FRECUENTE PERO CON ALTA MORTALIDAD.

JA VAZQUEZ(1), CA CORONEL(1), A SCHROETER(2), LM WAISBLATT(2), R GOMEZ PAZ(2), S MARTINEZ(2), J COGORNO(2), JE MENDEZ(2)

(1) Italiano Agustin Rocca. (2) Italiano Agustin Rocca.

Introducción: Reportamos un caso de shock tóxico fatal post-parto de baja frecuencia pero alta mortalidad.

Caso clínico: Paciente femenino 28 años que ingresó por trabajo de parto a término, parto vaginal sin complicaciones. En su segundo día post parto presentó dolor en la región perineal, constatándose induración en región perineal y glútea derecha, laboratorio presentó Hto 41% leucocitosis 42 mil/mm³, se toman hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico (ceftriaxona + metronidazol) pero en pocas horas la paciente evoluciona con shock séptico refractario a expansión, decidiéndose intervención quirúrgica. Durante la misma se exploró la episiorrafia, hallándose material hemorrágico, fétido, sin hallazgo de material necrótico y ausencia de lesiones en recto. Se afrontó herida quirúrgica y se colocaron 2 drenajes. Ingresó en el POP a terapia intensiva con asistencia ventilatoria mecánica invasiva, mala perfusión periférica, hipotensión arterial con pulsos periféricos filiformes y taquicardia. Laboratorio Hto 40%; leucocitos 88,900 mil/mm³; plaquetas 43 mil; creatinina 2,31; EAB 6.94/38.1-22.6/8.3 PO2 117.4 (FIO2 1) SAT O2 90.7% Na 148 K 4.4 Cl 119; GOT 339 GPT 239. Se realizaron expansiones con cristaloides, se inicio infusión de noradrenalina en dosis crecientes debido a la escasa respuesta a la misma. La paciente falleció en minutos. Post-mortem se recibieron los cultivos de la paciente que informan:

Cultivo de sutura: *Clostridium sordellii*

Discusión: El *Clostridium sordellii* es un bacilo anaerobio Gram positivo formador de esporas que coloniza el tracto gastrointestinal de humanos con una frecuencia de 0.5 % El diagnóstico temprano

del shock tóxico por *C. sordellii* es muy difícil y requiere un elevado grado de sospecha. En primer lugar porque se trata de una infección de baja prevalencia. En segundo lugar, porque los signos iniciales son solapados y no específicos. De hecho, los mismos consisten en un cuadro de tipo influenza, al que se pueden agregar náuseas y vómitos con la característica ausencia de fiebre y de signos locales. Lamentablemente el cuadro progresa en pocas horas hacia un shock grave con hipotensión refractaria, edema generalizado, leucocitosis severa con reacción leucemoide, y hemoconcentración, llevando al fallecimiento en horas

0079 ISQUEMIA MESENTÉRICA VENOSA EN PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPICO SECUNDARIO

C MIRANDA(1), R BARRIENTOS(1), M RODRIGUEZ(1), L ESPINOSA(1), V CAMPOLO(1), E BISHELS(1), R VACA NARVAJA(1), N FERNANDEZ(1)

(1) Clínica Pasteur.

Trombosis venosa mesentérica se ha estimado entre, 0,002 a 0,06% de todas las hospitalizaciones, 0,01% de todas las admisiones quirúrgicas de emergencia y menos de una de cada 1.000 laparotomías por "abdomen agudo". La trombosis puede ser primaria, cuando se debe a un trastorno de coagulación y secundaria, como ocurre en los procesos intraabdominales. El tromboembolismo venoso es la manifestación clínica inicial más frecuente observada en el SAF, que se produce en el 32% de los pacientes que cumplen los criterios de la conferencia de consenso para el diagnóstico. El tratamiento inicial del tromboembolismo venoso en pacientes con SAF consta de heparina de bajo peso molecular o no fraccionada inicial durante al menos 5 días, se superponen con la terapia con anticoagulante vía oral. Paciente de sexo femenino de 47 años con antecedentes de Tabaquista, obesidad, metrorragia sin estudio; ingresa derivada desde JDLA por presentar dolor abdominal en hipogastrio de una semana de evolución con consulta el día 08/03/13 se interna y se trata como infección urinaria alta. Se externa el día viernes 09/03/13. El día 10/03/13 se reinterna por continuar con dolor y deposiciones melénicas, por lo que se realiza laparotomía exploradora constandose isquemia intestinal desde el ángulo de Treitz hasta 10 cm de la válvula ileocecal, se evidencia pulso mesentérico, interpretando cuadro como isquemia venosa, se realiza lavado con suero tibio se deja abdomen abierto contenido por bolsa de Bogotá, e ingresa a esta UTI en ARM, inestable hipotensa con escasa respuesta al volumen por lo que se inicia con noradrenalina. Inicia anticoagulación. Se solicita marcadores tumorales, negativos, se solicita perfil reumatológico encontrándose patrón compatible con enfermedad autoinmune sistémica, se decide conducta expectante, continuar corticoterapia, anticoagulación y reevaluación en forma ambulatoria. Intercurre con eventración por lo cual se realiza colocación de malla abdominal, con realización de captones. Se realiza ecografía abdominal con doppler que muestra adecuado patrón de flujo a nivel de las supra-hepáticas y árbol portal. Vena esplénica y confluente espleno-mesaraica con adecuado registro Doppler. Intercurre con NAVM. Paciente con buena evolución con SIVACO y ACO con acenocumarol. Actualmente control ambulatorio con cirujano de cabecera.

0080 DISECCIÓN CAROTÍDEA BILATERAL TRAUMÁTICA

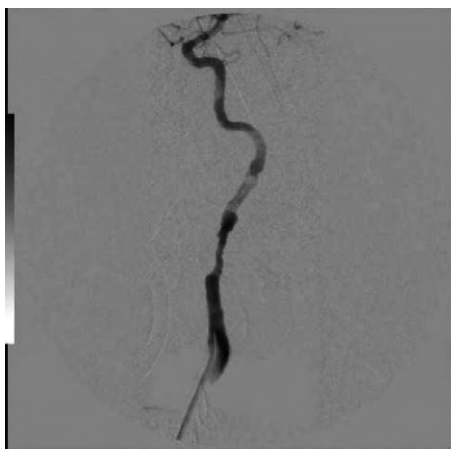
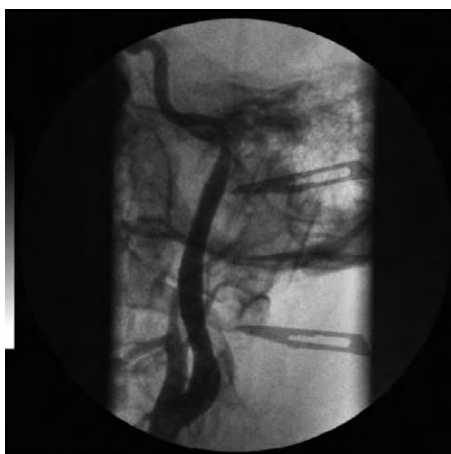
A FELDMAN(1), D VARELA(1), G SIBILA(1), A BORDENAVE(1), S ZOLORSA(1), D AZRRIELEVICH(1), N LUQUE(1), J CAPELLA(1), P REVEL CHION(1), A MARINO(1), M GUAYMAS(1)

(1) Churruca.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino 35 años de edad, que fue derivado el 1/02/13 por politraumatismo con TEC sin pérdida de conciencia, fractura de primer arco costal y estallido de omóplato derecho debido a caída de altura. Al ingreso vigil (Glasgow 15/15) con impotencia funcional del miembro superior derecho, normo-

tenso, sin evidencias de sangrado en la TAC de cerebro ni luxos fracturas en la TAC de columna cervical. Presentó contusión pulmonar bilateral y requirió drenaje de neumotórax izquierdo. A las doce horas evoluciona con deterioro de sensorio, se realiza TAC de cerebro que evidencia infarto cerebral silviano extenso izquierdo con efecto de masa y desviación de la línea media por lo cual se realiza craneotomía descompresiva con PIC de apertura de 10. Dado la sospecha de disección arterial traumática se realiza angiografía que reveló disección de ambas arterias carótidas. Evoluciona con descenso del Hto, se realiza TAC de abdomen que descarta hematoma retroperitoneal. Se decide realizar angioplastia de la arteria carótida izquierda con colocación de stent. Se solicita VDRL negativa, homocisteinemia, Factor Reumatoideo < 9.4 UI/ml. A la semana se realiza traqueostomía por vía percutánea evolucionando favorablemente vigil, con foco motor derecho y pasa a piso de clínica anticoagulado con heparina de bajo peso molecular.

Conclusiones: La disección de la arteria carótida bilateral tras traumatismo cervical cerrado es una lesión poco frecuente, la incidencia oscila entre el 0,1% y el 1%. Es potencialmente letal si no se diagnostica y se trata a tiempo. El mecanismo se basa en la extensión forzada del cuello, que causa ruptura de la íntima por cizallamiento. Las complicaciones son isquemia cerebral o embolia distal, compresión de estructuras vecinas o ruptura (aneurisma). Las opciones terapéuticas incluyen la anticoagulación, agentes antiplaquetarios y tratamiento endovascular. La presencia de infartos cerebrales extensos contraindica la anticoagulación. Se indica stent cuando hay recurrencia de fenómenos isquémicos a pesar de la anticoagulación y la contraindicación para ésta. Se debería realizar un protocolo de estudio angiotomografía, angi resonancia de cerebro, doppler carotideo y angiografía cerebral en estos pacientes.



0081 COLONIZACIÓN POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS EN TERAPIA INTENSIVA

E CUNTO(1), P SAUL(2), V CHEDIACK(2), G MAMMOLITI(2), C DOMINGUEZ(2), O VILLAR(2), E CUNTO(2), C NOGUERAS(2), J SAN JUAN(2)

(1) Muñiz. (2) Hospital De Enfermedades Infecciosas F J Muñiz.

Introducción: *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KP-CP) es una causa de colonización/infección emergente en las unidades de terapia intensiva (UTI) a nivel mundial y también en la Argentina.

La prevalencia de KP-CP en UTI ha aumentado significativamente en los últimos años, por ejemplo en Estados Unidos paso del 1% de aislamientos en 2000 a 8% en 2007.

Si bien se han descripto diversos factores de riesgo para colonización por KP-CP (Gravedad de enfermedad de base, pobre status funcional, estadía en UTI, uso previo de antibióticos entre otros), en nuestro país existen pocos estudios acerca de este tema.

Objetivos: Identificar factores de riesgo para colonización por KP-CP en la UTI

Material y métodos: Estudio caso control. Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de pacientes internados en la UTI del hospital, entre Julio 2012 y Enero 2013.

Se realizaron hisopados rectales de vigilancia al ingreso y forma semanal.

Se consideraron casos a los pacientes con hisopado rectal positivo (HRP) para KP-CP: n 9 y controles a aquellos con hisopados rectales negativos (HRN): n 20. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Los pacientes con HRP con KP-CP en comparación con los HRN tenían mayores comorbilidades (índice de Charlson >3): 89% versus 45% ($p=0.02$) y recibieron con mayor frecuencia antibióticos previos: 100% versus 45% respectivamente ($p=0.04$).

Asimismo los pacientes con HRP tenían mayor edad: mediana 55 años versus 37 años ($p=0.007$) y una internación mas prolongada: mediana 18 días versus 6 días ($p 0.02$).

No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad.

En 7 de los nueve pacientes HRP los hisopados rectales se hicieron positivos hacia la segunda semana de internación en UTI. En los dos restantes el cuarto y quinto día.

Conclusiones: En nuestro estudio los factores de riesgo para colonización por KP-CP fueron edad, índice de comorbilidades, uso previo de antibióticos e internación prolongada coincidiendo con los datos aportados por la bibliografía internacional.

0082 TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VHC Y COINFECTADOS VHC/HIV: EVOLUCIÓN EN LISTA Y POST-TRASPLANTE

V CARRASCO(1), R MIZRAJI(1)

(1) Indt.

Introducción: En la actualidad la infección por HIV no es una contraindicación para el trasplante hepático. Generalmente los pacientes VIH positivos están coinfectados por VHB y VHC. Se han reconocido 6 genotipos para el VHC y 11 subtipos. Se han demostrado implicancias pronosticas según el genotipo en los receptores hepáticos. Una vez que la hepatopatía se descompensa la supervivencia es mucho menor que en el paciente VIH positivo.

Objetivos: Comparar la evolución en lista de espera, la mortalidad en lista de espera, las características del trasplante y la evolución posttrasplante de hígado para dos poblaciones de pacientes los infectados por VHC y los coinfectados con VHC/HIV.

Material y Metodos: Estudio retrospectivo con datos recogidos de forma prospectiva. Los datos se extrajeron de una base de datos de trasplante hepático entre el año 1998 y 2013, para este estudio se seleccionaron los pacientes en lista de espera para primer trasplante hepático, infectados por VHC y coinfectados VHC/HIV. Se consideraron significativas las asociaciones con un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Hubo un total de 558 inclusiones en lista de espera para trasplante hepático de los cuales se seleccionaron los pacientes infectados por VHC y coinfectados VHC/HIV. De un total de 159 pacientes, 15 pertenecen al grupo de coinfectados VHC/HIV y 144 al grupo de infectados por VHC. De los 144 pacientes infectados por VHC, 124 (86%) fueron trasplantados, 8 (5%) fallecieron en lista y 10 (12%) salieron de lista por otros motivos (mejoría, contraindicación, etc), mientras que de los 15 pacientes coinfectados VHC/HIV 8 (53%) fueron trasplantados, 4 (26%) fallecieron y 3 (19%) salieron de lista de espera.

En cuanto a las características de los receptores de ambos grupos las medias fueron similares en casi todas las variables analizadas. La mortalidad en lista de espera fue de 5% para el grupo infectado con VHC y del 26% para el grupo de coinfectados VHC/HIV ($p < 0,001$). Aunque sin diferencias estadísticamente significativas se ve un predominio del genotipo 1 de VHC para ambos grupos. Las características analizadas de los donantes y de los receptores tuvieron medias similares sin mostrar diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas. De la evolución post-TOH los infectados por VHC están vivos el 57,2% , fallecieron un 30% y requirieron un re TOH el 11,2%; de los coinfectados VHC/HIV están vivos el 50%, fallecieron un 25% y requirieron re-TOH un 25%. La sobrevida del injerto y de los pacientes trasplantados es similar.

Conclusiones: Los pacientes coinfectados VHC/HIV tienen mayor mortalidad en lista de espera para trasplante hepático, 26% contra 5% en los infectados por VHC.

La necesidad de retrasplante es claramente mayor en el grupo de coinfectados VHC/HIV 25% contra un 11% en el grupo de infectados por VHC.

La sobrevida tanto del injerto como del paciente trasplantado es similar.

0083 SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS EN TERAPIA INTENSIVA REPORTE DE 19 CASOS

P SAÚL(1), E CUNTO(1), V CHEDIACK(1), C DOMINGUEZ(1), O VILLAR(1), C NOGUERAS(1), J SAN JUAN(1)

(1) Hospital De Enfermedades Infecciosas F J Muñiz.

Introducción: El Síndrome Cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) es un cuadro emergente en nuestro país, con cuatro áreas endémicas (Noroeste, central, sur y noreste).

Se caracteriza por insuficiencia respiratoria de rápida progresión secundaria a edema pulmonar no cardiogénico (por extravasación plasmática).

La mortalidad es del 20-50%.

Objetivos: Describir características epidemiológicas y clínicas del SCPH en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio de serie de casos. Se revisaron en forma retrospectiva historias clínicas de 19 pacientes con diagnóstico confirmado de SCPH internados en UTI del hospital, entre 2002 y 2013.

Resultados: El 68% de los pacientes eran del sexo masculino. Edad: mediana de 36 años (rango 14-67 años). La mayoría (89%) procedía de provincia de Buenos Aires. Un 46% residía en áreas periurbanas, un 24% en áreas rurales y un 30% en medio urbano. El 67% de los pacientes referían contacto con roedores en los 45 días previos y 4 pacientes tuvieron contacto dentro del mes previo con un paciente con SCPH confirmado.

La fase prodrómica se presentó en 96% de los pacientes, siendo las manifestaciones más frecuentes fiebre (95%), cefalea (63%), mialgias (58%) y tos (50%), sin compromiso de vías aéreas superiores.

En la fase cardiopulmonar 21% de los pacientes requirió ventilación no invasiva y 53% ventilación mecánica invasiva. El shock se observó en 47% de los casos y la insuficiencia renal en 63%.

A nivel radiológico los hallazgos más frecuentes consistieron en infiltrados bilaterales de tipo alveolo-intersticial (47%) o intersticial (53%), y derrame pleural (31%).

En el laboratorio se destacaron trombocitopenia (89%), leucocitosis (53%), neutrofilia (89%), LDH elevada (74%) y hemoconcentración (53%). Un 89% de los pacientes presentaron PaO₂/FiO₂ <300 y en un 35% fue menor de 100.

Se administró en todos los casos metilprednisolona endovenosa y tratamiento antibiótico empírico para neumonía grave de la comunidad.

La mortalidad fue del 31%.

Conclusiones: En nuestro medio se debe sospechar SCPH en pacientes con neumonía grave de la comunidad rápidamente progresiva, precedida por síndrome pseudogripal sin afección de vías aéreas superiores y un laboratorio que muestre trombocitopenia, leucocitosis y/o neutrofilia, hemoconcentración y LDH elevada.

0086 DETERIORO NEUROLOGICO EN PACIENTE CON CARDIOPATIA CONGENITA COMPLEJA, EL ABSCESO CEREBRAL DIAGNOSTICO FRECUENTE

F CARLUCCI(2), JC ESCARDO(1), V MARQUEVICH(2), M JERMAN(2), S COSENZA(2), A GIRA(2)

(1) Austria. (2) Austral.

La cardiopatía congénita del adulto conlleva numerosas complicaciones siendo las neurológicas las de mayor morbilidad.

Objetivo: Reporte de caso.

Caso clínico: Paciente masculino de 32 años con antecedentes de cardiopatía congénita compleja portador de comunicación inter-ventricular amplia no restrictiva, vasos traspuestos, con ventrículo ubicado a la izquierda dominante y síndrome de Einsenmeger. Tres meses previos a la consulta inicial es diagnosticado con esquizofrenia. Evoluciona con sincopes a repetición. Consulta en otro centro con un foco faciobraquicrural derecho y deterioro del sensorio. Se realiza TC de cerebro que evidencia hipodensidad en territorio de ACM izquierda. Se interpreta ACV isquémico. Por sospecha de broncoaspiración se inicia ampicilina sulbactam sin cultivos. Es derivado a HUA (20/10/2012) donde ingresa con Glasgow 13/15 con paresia braquiocrural derecha.

Se realiza RM de cerebro con contraste, se observa una formación frontoparietal hiperintensa en T1, sugerente de absceso cerebral. Previa toma de hemocultivos se inicia meropenem y vancomicina. Ante la sospecha de endocarditis infecciosa se realiza ecocardiograma transesofágico sin evidencia de vegetaciones. Evoluciono con requerimiento de ARM en contexto de deterioro en la mecánica ventilatoria. Se decide la intervención quirúrgica para drenaje de masa ocupante de espacio, se realiza la craniectomía fronto parietal izquierda con drenaje de lesiónquistica abscedada y tabicado de 4x4x3 cm . se coloca catéter de PIC. En cultivo se aísla streptococcus anginosus.

Evoluciono con hipoxemia refractaria, bradicardia seguida de asistolia.

Discusión: Los eventos neurológicos tienen un alto impacto en la población de pacientes con cardiopatía congénita no corregida quirúrgicamente con Einsenmeger. En estos paciente en caso de trastornos de conducta o cambios neurológico súbitos se deben plantear como diagnósticos diferenciales el ACV isquémico secundario a trombosis arterial, embolias paradójicas, embolización por trombosis intracardiaca, trombosis venosa cerebral así como abscesos cerebrales y aneurismas micóticas en caso de endocarditis infecciosas.

Conclusion: El absceso cerebral es una infección severa la cual debe ser diagnosticada de forma temprana y tratada de forma agresiva. La sospecha clínica en casos de trastornos en la conducta en pacientes jóvenes con antecedentes de cardiopatía congénita resulta imprescindible a la hora de iniciar el tratamiento

0087 MENINGITIS SECUNDARIA A YERSINIA ENTEROCOLITICA

E PORJOLOVSKY(1), G FERNANDEZ CID(1), R SENESTRARI(1), B ZAMUDIO(1), N ESPINOZA(1), J MARQUEZ NIEVES(1)

(1) Tornu.

Introducción: Las infecciones meningéas de origen bacteriano son producidas por gérmenes como *Neisseria Meningitidis*, *S. Pneumoniae*, *Listeria* e *H. Influenzae*. *Yersinia Enterocolitica* es un agente

común de diarrea e infecciones gastrointestinales raramente genera infecciones sistémicas con afección neurológica.

Objetivo: Mostrar caso con diagnóstico de meningitis secundaria a *Yersinia Enterocolitica*.

Caso clínico: Paciente de 66 años de edad Argentina, que reside en la CABA, antecedentes de asma, HTA, anemia, ex tabaquista. Ingresa a guardia del hospital. Al ingreso la paciente se presenta estuporosa Glasgow 7/15, la familia refiere fiebre y cefalea de 2 días de evolución, sin otro síntoma. Se decide IOT para protección de vía aérea. TAC de SNC sin sangrados ni desviación de línea media, cisternas conservadas, PL con líquido cefalorraquídeo: color amarillo, aspecto turbio, 590 células, 70 % PMN, glucorraquia 15, proteínas 57, tinta china negativa, muestra para cultivos. Ingresa a servicio de terapia intensiva, se toman Hemocultivos por 2, inicia tratamiento antibiótico empírico con ampicilina, ceftriaxona, Aciclovir + dexametasona. Requiere ARM por 4 días, se logra extubar exitosamente presentando a nivel motor ptosis palpebral derecha con compromiso de III y IV pares craneales. El servicio de neurología solicita RMN de SNC con contraste, la misma informa en GRE disminución de la señal en convexidad cortico subcortical parietal derecha, con depósitos de hemosiderina como secuela de HSA. Se recibe informe de cultivos de LCR y HMCX2 positivo para *Yersinia Enterocolitica* sensible a ceftriaxona. Pasa a servicio de clínica médica, continua tratamiento antibiótico por 21 días, tratamiento kinésico y motor por secuela neurológica. Posteriormente la paciente es dada de alta.

Conclusión: *Yersinia enterocolitica* es causante de infecciones principalmente de tracto gastrointestinal, la mortalidad aumenta por infecciones diseminadas, las mismas son raras siendo más frecuentes en niños o en pacientes con factores de riesgo como diabéticos, cirrosis o con discrasias sanguíneas, en la revisión bibliográfica realizada tanto en Pub Med como en Lilacs la presentación de meningitis generada por *Yersinia Enterocolitica* se encuentran solo 2 revisiones la primera de 4 pacientes con 50 % de mortalidad y la segunda de 1 paciente fallecido, no evidenciándose referencias a nivel latinoamericano ni nacional.

0088 DESENCADENANTES DE ESTRÉS, BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO NO FUNCIONALES EN EL PERSONAL DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

D VASQUEZ(1), J ARROYO(1), G BARIÑA(1), G HALL(1), N ANTONUCCI(1)
(1) Central.

Introducción: El personal de UTI se encuentra expuesto a un contexto estresante. Esto contribuye a la aparición del Síndrome de Burnout (SB), que surge en respuesta a estresores crónicos en el área laboral y genera en el profesional un estado de decepción, agotamiento y desinterés por su trabajo. Existe poca evidencia del SB en la totalidad del personal. **Objetivos:** Identificar el SB en el personal en UTI. Identificar situaciones desencadenantes de estrés. Evaluar las estrategias de afrontamiento no funcionales en los que presentan SB.

Metodología: Estudio descriptivo no experimental, transversal. Muestra: no probabilística, intencional y anónima con sujetos voluntarios. Se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) que evalúa nivel de Despersonalización, Realización Personal y Agotamiento Emocional y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). La toma de las técnicas se realizó en septiembre de 2012. Se utilizó el programa estadístico SPSS 19 y se aplicó Chi Cuadrado y la Prueba de Fisher con significación $\alpha = 0,05$.

Resultados: Muestra constituida por 42 personas, 23 (54.8%) hombres y 19 (45.2%) mujeres. Edades: Media 34.88 y D.S \pm 8.69. Área de trabajo: Medicina 26(61.9%), Enfermería 10(23.8%), Kinesiología 4(9.5%), Nutrición 1 (2.4%) y Camillero 1(2.4%). Desencadenantes de estrés, donde se podía elegir más de una opción, "falta de

insumos o equipamiento en urgencia" 64,30% del total, "contacto permanentes con el sufrimiento de los familiares y/o muerte de los pacientes" 45,20% y "trabajar bajo presión de tiempo y exigencias de actuaciones urgentes" 45,20%. En relación a escala MBI-HSS 11 (26,2%) presentaron SB. Áreas de pertenencia: Medicina 6 (23,1%), Enfermería 4 (40%) y Kinesiología 1 (25%). El 90,9% de las personas con SB presenta estrategias de afrontamiento no funcionales, se destacan: 81.8% Autocrítica (P: 1,540) y Retirada Social (P: 0,007), 72,7% Evitación de Problemas (P: 2,473) y 54,5% Pensamiento Desiderativo (P: 0,123).

Conclusión: Se identificó SB en más de un cuarto de la muestra, casi la totalidad utiliza estrategias de afrontamiento no funcionales frente a situaciones de estrés. Se destacó la falta de insumos o equipamiento ante situaciones de urgencia como principal estresor.

0089 HIGIENE DE MANOS COMO BARRERA DE TRANSMISIÓN DE INFECCIONES. TEST DE HIGIENE DE MANOS, UTILIZANDO LA TÉCNICA CON SOLUCIONES HIDROALCOHOLICAS.

L CAMPUTARO(1), I VERA, MG THERIANO
(1) Corporacion Medica General San Martin.

Introducción: El lavado de manos es uno de los aspectos más relevante en la prevención de las infecciones intrahospitalarias. Constantemente se realizan campañas al respecto, pero no se logra mantener la conducta en el tiempo luego de las mismas.

Objetivo: Testear la correcta técnica de higiene de manos en todos los sectores de una Institución de Salud privada, en un día laboral habitual.

Material y metodo: Técnica: higiene de manos con solución hidroalcohólica mezclada con agente fluorescente, se testea la eficiencia colocando las manos dentro de una caja con luz negra (Cámara de Boitacoucou), brillando a la exposición solamente las zonas alcanzadas por la solución. Se realizó en todos los Sectores como comienzo de la campaña que anualmente se realiza coincidiendo con el día internacional del lavado de manos, en un solo día, sin previo aviso ni instrucción. Se analizaron por separado los turnos, sectores, y profesión, a fin de obtener resultados consistentes que permitieran realizar una campaña más dirigida a la solución de las barreras de aprendizaje, basado en una estrategia de autoevaluación.

Resultados: Se evaluaron 213 personas entre personal médico y no médico de los distintos sectores. Globalmente el 60% aprobó el test.

Por Turno	Bien %	Mal %
T Mañana	77	23
T Tarde	71	29
T Noche	65	35

Por Especialidad	Bien %	Mal %
Instrumentadoras	56	44
Médicos	67	33
Enfermería	78	22
Mucamas	78	22

Conclusiones y discusión: El 60% del personal independientemente de los turnos y la profesión realiza un correcto lavado de manos. El personal que debería demostrar más eficiencia es el que menos aprobó el test. Las campañas de lavado de manos deberían traducirse en normas Institucionales que permitan la continuidad de una de las conductas preventiva más eficaz.

0090 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

ME GUTIERREZ MEYER(1), F CALDERON(1), MJ PETRONI(1), M MENDOZA(1), ME RATTO(1), D BERGNA(1), A BORDOGNA(1), F PODESTA(1), MM LAUDADIO(1), O RECUPERO(1), N TODARO(1)

(1) Sor Maria Ludovica.

Objetivos: Revisión bibliográfica y propuesta de tratamiento del Síndrome Neuroléptico Maligno.

Resumen: Paciente de 14 años, femenino, que 4 días previos al ingreso sufrió politraumatismo en vía pública, al ingreso presento Glasgow 9/15 (ojos 1, verbal 2, motor 6), cuadro de excitación psicomotriz, por lo que recibió haloperidol y metoclopramida, luego comienza con sensorio alternante y estupor; hemodinamicamente estable, interpretado como encefalopatía postraumática. Al ingreso a nuestro hospital el paciente presenta deterioro del Glasgow 6/15, hipertermia, hipertonia, taquipnea, sudoración, hipertensión arterial y elevación de la CPK, se reinterpreta el cuadro como Síndrome Neuroléptico Maligno iniciándose tratamiento con asistencia ventilatoria mecánica y lorazepam. Ante el agravamiento del cuadro clínico al segundo día se decide asociar Dantroleno, con buena respuesta al tratamiento. El seguimiento se hizo con la clínica, signos vitales y CPK.

	Día 1	Día 2	Día 4	Día 7	Día 12
T°	39	38,5	38,1	39,4	36,9
CPK	785	1749	2548	543	204
Lorazepam	si	si	si	si	si
Dantrolene	no	no	si	si	si

Resultado: Se evidencio una evolución favorable de la paciente, mostrando descenso en los valores de la CPK desde el inicio con dantroleno y la normotermia luego del 4to día del mismo, evolucionando sin secuelas.

Comentario: Los casos de Síndrome Neuroléptico Maligno severo son infrecuentes, la bibliografía existente es escasa, por ello adoptamos conjuntamente con el servicio de farmacia, el siguiente diseño de preparación de dantroleno y su descenso progresivo. Se destaca que no hay bibliografía que soporte la discontinuación de la droga.

DIA	DOSIS	CANTIDAD DE FRASCOS
1	2,66 mg/kg/día 40 mg c/ 6 hs	8
2	2 mg/kg/día	6
3	1,66 mg/kg/día	5
4	1,33 mg/kg/día 20 mg c/ 6 hs	4
5	1 mg/kg/día	3
6	0,66 mg/kg/día	2
7	0,33 mg/kg/día	1

0091 ESTUDIO DE LA INCIDENCIA Y DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO POR ASPIRADO TRAQUEAL (AT) Y LAVADO BRONCOALVEOLAR (LBA) EN TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (TAV) Y SU IMPACTO SOBRE SU MANEJO.

A TAMAYO(1), N VETRANO(2), A ZAMUZ(2), L GONZALEZ(2), J SAKUGAWA(2)

(1) Italiano. (2) Provincial De Moreno.

Introducción: La traqueobronquitis como complicación de la ARM por >48 horas es descrita recientemente como una entidad nosológica que representa un continuum o intermedio fisiopatológico

entre la Colonización y la NAV, infecciones causadas por germen nosocomiales que colonizan habitualmente el trato respiratorio superior (TRS) , invadiendo posteriormente el bajo .Que la colonización evolucione a una TAV o una NAV dependerá de la interacción bacteria-huesped.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es analizar en nuestros pacientes, la frecuencia y la etiología de la TAV, sus estrategias diagnósticas y su relación con el tratamiento.

Material y métodos: Desde el 19 /Junio/2009 al 25 /Mayo/2011, se estudiaron en forma prospectiva 60 pacientes mayores de 18 años, ventilados > 48 horas. Con criterios de TAV y NAV del último consenso chileno, ATS/IDSA y CDC. Se recogen datos clínicos, laboratorio y radiológicos diarios y práctica de cultivos al ingreso y semanalmente con realización de LBA en sospecha clínica de NAV. Los materiales del AT y LBA fueron sometidos a cultivos cuantitativos con puntos de corte de $\geq 10^6$ y de $\geq 10^4$ respectivamente. Se realizó el análisis secundario para estudiar el posible papel del diagnóstico microbiológico en la terapéutica.

Resultados: Registramos 60 pacientes, 35(58%) hombres y 25(42%) mujeres, 45(75%) eran menores de 65 años, con APACHE 18, SOFA 9, CPIS 6. Se efectuaron 98 cultivos de AT, en 22 un LBA. La incidencia de TAV fue del 10 %(6), y la de NAV 26.7%(16). Dos (33 %) de los 6 desarrollaron una NAV. La Pseudomona (66%) fue el germen más aislado en la TAV y el acinetobacter junto con el SAMR para la NAV. Con una estadia en UTI 13,6 días y de 11,6 para la TAV y la NAV respectivamente. La mortalidad fue del 25% para la TAV y 37 % para la NAV.

Conclusiones: La incidencia de la TAV fue del 10%. Monitorear el cultivo cuantitativo de AT sirve para identificar y cuantificar los germen que colonizan el TRB para diagnóstico de TAV y NAV y como una para iniciar ATB, desescalar y reevaluar el tratamiento. Su diagnóstico y manejo adecuado conlleva una disminución en la estadia y mortalidad en pacientes con ARM, justificándose el uso de antibióticos.

0092 SINDROME SEROTONINÉRGICO ASOCIADO AL CONSUMO AGUDO DE ACIDO LISÉRGICO

G PONCIO(1)

(1) Provincial De Rosario.

Introducción: El ácido lisérgico es una droga de diseño utilizada con fines estimulantes y alucinógenos. La intoxicación grave puede producir Síndrome Serotoninérgico; cuadro clínico caracterizado por Disautonomía (hipertermia, hiperhidrosis, taquipnea, taquicardia, alteraciones de la tensión arterial, diarrea), alteraciones neuromusculares (clonus, temblores, hiperreflexia, trismus, acatisia, incoordinación y midriasis) y manifestaciones neuropsiquiátricas (coma, confusión, excitación, insomnio, agitación), rabdomiolisis (aumento de la creatinfosfoquin mayor a 1000 uI/L, mioglobulinuria y hemoglobulinuria sin hematuria); desencadenando falla renal aguda parenquimatosa por depósito de pigmentos en túbulo renal.

Objetivos: Presentación de caso clínico de Síndrome Serotoninérgico asociado a intoxicación con ácido lisérgico.

Presentacion de caso: Masculino de 19 años, sin antecedentes patológicos conocidos, traído por cuadro de excitación psicomotriz, lenguaje incoherente, alucinaciones visuales, midriasis unilateral reactiva, clonus, sudoración profusa, hipertermia, taquicardia sinusal y convulsiones tónico clónicas generalizadas, posterior a la ingesta de ácido lisérgico.

Tomografía de Cráneo y punción lumbar: Sin alteraciones.

Laboratorio: Leucocitosis (17.300/mm3). Plaquetopenia (91.000/mm3). Parámetros de rabdomiolisis (CPK 2364 UI/L y hemoglobulinuria sin hematuria). Falla renal parenquimatosa (Urea 69 mg %, Creatinina 3,2 mg %). Aumento de enzimas hepáticas (TGO 1949 uI/L, TGP 2529 uI/L, Bilirrubina 3,2 mg % a predominio directo). Dosis de cannabis, barbitúricos, amfetaminas, antidepresivos tricíclicos y cocaína en orina negativos.

Se realizó intubación orotraqueal para protección de vía aérea,

asistencia ventilatoria mecánica, expansión con cristaloideos y benzodiazepinas. El paciente evolucionó con reversión completa de su signo-sintomatología y normalización de parámetros de laboratorio.

Resultado: El paciente presentó criterios clínicos y datos de laboratorio compatibles con Síndrome Serotoninérgico, rhabdomiólisis y falla renal aguda asociado al antecedente de consumo de ácido lisérgico, presentando respuesta satisfactoria al tratamiento instaurado.

Conclusión: El consumo de ácido lisérgico puede causar intoxicaciones graves que deben ser sospechadas ante pacientes con manifestaciones de Síndrome Serotoninérgico. Aunque su curso generalmente es benigno, se debe mantener un control estricto para efectuar no sólo una detección y reconocimiento tempranos, sino un manejo apropiado y estrecho monitoreo de posibles complicaciones que pueden presentarse.

0093 MENINGITIS POR STREPTOCOCCUS SALIVARIUS "PARA NO OLVIDAR LAS MEDIDAS DE BARRERA"

A QUINTEROS(1), S ROJAS(2), E GARCIA(3), M GARCIA(2), J CELIA(4), J ORTEGA(5), J FERNANDEZ(2), S CARRIZO(2), M RUIZ(2), N BONETTO(2), S HERRERA(6)

(1) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Víctor Sanguinetti. (2) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Víctor Sanguinetti. (3) Hospital Regional Comodoro Regional Víctor Sanguinetti. (4) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Víctor Sanguinetti. (5) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Víctor Sanguinetti. (6) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Víctor Sanguinetti.

Introducción: El *Streptococcus salivarius* (*S. salivarius*) es un coco grampositivo habitual en la cavidad oral y las vías respiratorias altas, presente a pocas horas después de nacer como germen saprofito y muy raras veces se halla involucrado en infecciones invasivas.

La meningitis pos punción intradural, es una complicación infrecuente aunque muy grave, que obliga a un diagnóstico precoz y tratamiento inmediato y oportuno.

Caso Clínico: Paciente de 16 años de edad sin antecedentes patológicos, primigesta cursando embarazo a término, ingresa a quirófano para cesárea bajo anestesia intradural por falta de progresión. Evoluciona a las diez horas del procedimiento quirúrgico con cefalea intensa, vómitos, fiebre y deterioro del sensorio, se realiza TAC de céfalo no evidenciándose patología aguda y se decide su ingreso a UTI donde se procede a intubación orotraqueal y AVM. Se indican hemocultivos, urocultivo y cultivo de LCR.

Se informa físico químico y directo de LCR: células: 9728, PMN 90%, linfocitos 10%, proteínas 1.84 grs, glucorraquia no dosable, se inicia tratamiento antibiótico con Cefalosporina de tercera generación más dexametasona.

A las 24 hs de internación se recibe informe de bacteriología: se observan cocos en cadena; la paciente evoluciona favorablemente y es extubada.

Cultivo de LCR a las 48 hs informa *Streptococcus Salivarius*.

Al cuarto día la paciente es externada de UTI sin complicaciones.

Comentario: La localización casi única del *S. salivarius* en la boca y la vía aérea alta, hace prácticamente imposible pensar en otra vía de infección, que no sea la contaminación del material de punción a través de las gotitas de Pflügge del personal médico o auxiliar de la sala de quirófano.

El uso de barbijo de todo el personal que intervenga en el acto quirúrgico es imprescindible para evitar dicha contaminación.

Es necesario extremar las condiciones de asepsia, las cuales deberían incluir: un campo estéril, material de punción descartable, uso de guantes estériles, desinfección de la zona de punción, pero principalmente el correcto uso del barbijo de todo el personal involucrado en el procedimiento minimizando así el riesgo de contaminación a través de las gotitas de Pflügge.

0094 INFECCION SEVERA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

P TAFFAREL(3), G BONETTO(1), M PENAZZI(2), F JORRO BARON(3)

(1) De Niños De La Santísima Trinidad. (2) Del Niños De San Justo. (3) Pedro De Elizalde.

Introducción: *Staphylococcus aureus* (SA) es uno de los patógenos más importante que afectan al ser humano. La manifestación clínica más temida es la neumonía necrotizante (NMN N), síndrome caracterizado por insuficiencia respiratoria y shock séptico de rápida evolución, en el contexto de fiebre, hemoptisis, leucopenia, consolidación multifocal, lesiones cavitarias pulmonares y derrame pleural, asociada a una alta mortalidad (56-63%).

Objetivos:

- Evaluar la prevalencia de las infecciones graves por SA en tres Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, describir sus características clínicas y evolutivas.

- Determinar la evolución de los casos de neumonía necrotizante.

Población y Métodos:

Estudio retrospectivo, multicéntrico periodo enero 2011 a marzo 2013 en las UTIPs de los Hospitales Pedro de Elizalde (HNPE), Del Niño de San Justo (HNSJ) y Santísima Trinidad de Córdoba (HNST). Se registraron 50 ingresos por infección por SA, 7 reingresos fueron excluidos, se analizaron 43 pacientes. Se realizó análisis univariado, se consideró significativa $p < 0.05$.

Resultados:

El 76.7% (33) de los pacientes presentaron infección adquirida en la comunidad, de estas 31 fueron por SAMR AC y uno solo padecía enfermedad concomitante.

El principal motivo de ingreso fue la claudicación respiratoria. Se documentó bacteriemia en el 55.8% de los casos. El 81.4% de los pacientes fueron SAMR, con un retraso en el tratamiento adecuado de 20 horas. El 86% de los ingresos requirieron ARM y 26 niños desarrollaron síndrome de distrés respiratorio pulmonar (SDRA) y 9 requirieron ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO). Se objetivó shock séptico en 27 pacientes y el PELOD máximo fue 18.64 ± 28.3 . Se efectuaron 33 actos quirúrgicos en 25 niños. La estadía en UCI fue de 13 (5-25) días y la mortalidad del 14%.

La NMN N estuvo presente en el 51% de los ingresos, y presentaron mayor PIM2 ($p=0,044$), menor cantidad de días libres de ARM ($p=0,022$), mayor SDRA ($p=0,002$), requerimiento de VAFO ($p=0,001$), compromiso múltiple de órganos ($p=0,031$) y estadía en UCIP ($p=0,024$).

Conclusión:

Se identificó una alta incidencia de infección adquirida en la comunidad, una gran proporción de ingresos requirieron soporte ventilatorio y hemodinámico, se asoció a la NMN N con peor evolución.

0095 LEUCOENCEFALITIS HEMORRÁGICA POR VIRUS DE EPSTEIN BARR

D MOLINA(1), A BOEDO, S CHAPELA, F GRASSI, M BLASCO, E SOLOAGA, J CHERTCOFF

(1) Británico.

Introducción: El virus de Epstein Barr (VEB) raramente se asocia a patologías del sistema nervioso central tales como encefalitis, meningitis, mielitis y cerebritis. Es más común en pacientes pediátricos. La encefalitis causada por el VEB es generalmente una enfermedad auto-limitada y se asocia con una recuperación completa. En la literatura se encuentran escasos reportes de leucoencefalitis hemorrágica secundario a la reactivación del VEB.

Caso clínico: Masculino de 46 años con diagnóstico de HIV/SIDA en agosto 2012 en tratamiento antiretroviral.

Consulta por registros subfebriles, vómitos y diarrea. Se realiza TAC de cerebro sin hallazgos patológicos, punción lumbar de aspecto turbio 235 células (linfocitario), Gluc 60 mg/dl, Prot 1,4 gr/L, Cl 130 meq/L,

RNM cerebro: hiperintensidad en T2 y flair en lóbulo de la ínsula. Se sospecha meningoencefalitis y se inicia antibióticos ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. La PCR para VEB fue negativa en sangre.

Evoluciona con excitación psicomotriz en tratamiento con quetiapina, se realiza EEG evidenciando lentificación difusa. A los 10 días del ingreso se recibe el LCR con PCR positivo para VEB, se realiza RNM cerebro que evidencia formación hiperintensa en T2 y Flair a nivel temporal derecho con edema circundante a nivel frontoparietal homolateral que provoca compresión a tronco y cuerpo ventricular lateral izquierdo, con focos hemorrágicos en su interior y realce perilesional. Espectroscopia evidencia disminución de metabolitos. Debido a las características focales de las imágenes y a fin de descartar proceso linfoproliferativo se realiza biopsia cerebral estereotáxica cuyo informe anatomopatológico describe; cuadro histológico y patrón inmunofenotípico compatible con la presencia de infiltrados perivasculares, necrosis, gliosis y hemorragia. Sugiere evaluar en primer término etiología viral. Se interpreta el cuadro como leucoencefalitis hemorrágica por VEB.

El paciente evoluciona con mejoría clínica sin secuelas neurológica, pasa a sala general y alta domiciliaria.

Conclusión: Comunicamos un caso de leucoencefalitis hemorrágica secundaria a la reactivación por VEB en paciente inmunocomprometido que no se puede definir con PCR positiva para VEB en LCR y requirió biopsia cerebral. En ocasiones, imágenes sugestivas de proceso linfoproliferativo obligan al diagnóstico diferencial.

0097 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ASOCIADO A VASCULITIS POR HEPATITIS C

D MOLINA(1), D MOLINA, P LUCERO(1), E REQUESENS, F GRASSI(1), E DESCOTTE, E SOLOAGA
(1) Británico.

Introducción: La hepatitis C es una enfermedad que afecta a 2,2% de la población mundial, dentro de ellos el 25 y 30% entre los 2 a 17 años adquirida la enfermedad desarrollan complicaciones extra-hepáticas, las más comunes son renales, dermatológicas, hematológicas, reumatológicas y afección del sistema nervioso periférico, raramente sistema nervioso central.

Caso clínico: Femenina 57 años, ex tabaquista 40 P/Y, sobrepeso, cirrosis por HVC, vasculitis livedoide en tratamiento con corticoides. Consulta por cefalea intensa, cervicalgia, fotofobia e HTA, se realiza TC cerebro observándose hiperdensidad posterior al clivus, edema bioccipital. La paciente evoluciona con disnea y desaturación, por lo cual se realiza TC tórax negativo para tromboembolismo pulmonar. Ingresó con Glasgow 15/15, síndrome meníngeo y mala mecánica ventilatoria requiriendo ventilación mecánica, se inicia tratamiento antihipertensivo, y ante la sospecha de meningoencefalitis inicia antibióticos con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. Se realiza punción lumbar: líquido de aspecto hemático cel: 19, predominio mononucleares, proteínas >3 g/L, glucosa 22 mg/dL cloro 122 mEq/L. Se realiza angioTC de cerebro que presenta signos de leucoencefalopatía posterior reversible y hemorragia subaracnoidea temporo parietal izquierda y columna cervical superior. Angiografía digital: no evidenciando lesiones. Dado los antecedentes de la paciente de cirrosis por HVC y el diagnóstico de HSA no aneurismática, se realiza dosaje de crioglobulinas cuyo resultado es positivo. Ante la sospecha de vasculitis por crioglobulinas se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona por 3 días, continuando con meprednisolona. Es extubada a los ocho días. Se realiza RMN cerebro evidenciándose hemorragia subaracnoidea en región temporo parietal izquierda, tentorio, cisura interhemisférica posterior y cisterna peritroncal anterior, 2 focos nodulares hipointensos en secuencia GRE en hemisferio cerebeloso izquierdo y occipital homolateral que impresionan corresponder a restos hemáticos intraparenquimatosos. Se decide iniciar tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida, por 6 meses. La paciente evoluciona con mejoría neurológica presentando afasia de expresión leve y es derivada a centro de tercer nivel.

Conclusión: En los pacientes que presentan HSA no aneurismática, se deben buscar diferentes etiologías que pudieran causar dicha

patología. En nuestro caso, pudimos llegar al diagnóstico de hemorragia subaracnoidea por vasculitis asociada a crioglobulinas por hepatitis C, no siendo común en la literatura.

0098 TASAS DE BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTERES VENOSOS CENTRALES : ANÁLISIS DE SUS FACTORES DE RIESGO Y PAQUETE DE MEDIDAS PARA SU PREVENCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

R BAROSCO(1), G LONEGRO(1), T ZITTO(1), C SILVA(1), E BARRETO(1), A BANTAR(1), D STEPANIK(1), H LOPEZ(1), P PARDO(1), J NEIRA(1)

(1) Sanatorio De La Trinidad De Palermo.

Introducción: En Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) el uso de catéteres venosos centrales (CVC) es muy alto. La necesidad de uso prolongado, la manipulación, la colocación en situaciones de emergencia, el sitio de colocación, y la colonización con organismos adquiridos en el hospital, aumenta el riesgo de bacteriemia asociada a CVC, incrementando la morbi-mortalidad.

Objetivos: evaluar la incidencia de bacteriemia y los factores de riesgo para implementar un paquete de medidas de prevención.

Método: evaluación de las tasas de bacteriemia asociadas a CVC en UCI, en año 2012. Se consideraron el total de CVC según sitio de punción, promedio de días colocados, tasas por 1000 CVC/día y uso del dispositivo, tiempo de colocación e infección, microorganismos aislados. Se elaboró un paquete de medidas de prevención. Análisis de datos con EPI control 7.1 y Epiinfo 3.5.2, 2010.

Resultados: Se evaluaron 493 CVC, 2759 días/catéter tasa de bacteriemia anual 8,7%. tasa de uso del dispositivo 0,61.

Sitios de inserción: femorales(F) 26,3% (n136), subclavios(Sc) 32,7% (n169) y yugulares(Y) 41% (n212). 24 episodios de infección: 12F(50%), 6Sc(25), 6Y(25%). Tiempo colocación/Infección F: 9d (3 a 18); Sc: 15d (7 a 27); Y: 14d (9 a 21). Tasa de Infección por sitio F: p 0,006 (OR: 2,98); Sc: p 0,41 (OR: 0,67); Y: p 0,1 (OR: 0,46).

Se aislaron 27 microorganismos, el 63% BGN, 22% cocos y 15% *Candida* spp. Prevalentes: 29,6% *K.pneumoniae* (50% productoras de carbenemasa); 11,1% *P.mirabilis*; 7,4% *E.faecalis*; 7,4% estafilococos coag.negmetiR.; 7,4% *Serratiaspp.* y 37% otros.

La primera intervención (recambio programado de femoral a 7 días) redujo bacteriemia de 10,37% (enero-setiembre) a 4,10% (octubre-diciembre).

Posteriormente, se incorporó check-list y preferir el sitio de inserción subclavio

Conclusión: la vía femoral fue la de mayor riesgo y la que precozmente se asociaba a la infección. La implementación del recambio sistemático a los 7 días de éstas, redujo la tasa de bacteriemia, aunque las guías de procedimiento no recomiendan el reemplazo sin signos de infección. El resto de medidas son intervenciones basadas en la evidencia para prevenir infecciones relacionadas a CVC.

0101 SÍNDROME DE ONDINA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO POCO HABITUAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA,

G GUTIERREZ(2), S MONTEYRO(1), V BRICHETTI(2), S CASTRO(2), D VISENTINI(3), G MOREL(4), P BOSCHINI(2), A MARTINEZ(2), N D'AGOSTINO(2), O CRISTALDI(2), E DE VITO(1)
(1) Lanari. (2) Higa Eva Perón. (3) Cetrángolo. (4) Eva Perón.

Introducción: La hipoventilación alveolar central (HAC) es un trastorno raro, de causa desconocida que se caracteriza por hipercapnia e hipoxemia crónica, en ausencia de enfermedad neuromuscular identificable o alteraciones de la mecánica respiratoria. Se cree que el trastorno se debe a un defecto en el control de la ventilación.

Presentación de caso: Se presenta un caso clínico de hipoventilación alveolar central, en una paciente con antecedentes familiares, que responde a VNI.

Resultados: Paciente femenina de 44 años, con antecedentes de obesidad e hipotiroidismo. Tres hijos varones fallecidos (lactantes),

el último con diagnóstico de HAC; otra hija con diagnóstico de HAC en seguimiento médico. Ingresó a UTI somnolienta, sin foco motor, con IR tipo II (CO₂ 100 mmHg). Requiere el uso de VNI desde el ingreso, con buena adaptación. Ecodoppler con PSAP de 48 mmHg. Evolucionó favorablemente con tratamiento médico y VNI de manera intermitente.

Se observó disminución de la CO₂ post VNI nocturna, con ascenso vespertino.

Durante el sueño se observaron apneas y mayor desaturación sin cánula de oxígeno. A pesar de los valores elevados de CO₂, la paciente no refería síntomas (cefaleas, somnolencia)

Evolucionó con mejoría gasométrica, siendo externada de la UTI con BIPAP.

Se decidió continuar con BIPAP nocturna y 2 hs durante el descanso de la tarde.

Se le realizó imágenes de cerebro normales.

Hormonas tiroideas normales. Test de apnea: 1 min 27 seg. EEG y EMG sin alteraciones patológicas.

EFR normal. Pimax 74/ Pemax 146.

Se le realizó Polisomnografía: 4 apneas, 68% del tiempo SO₂ < 90. Se evidenció una respuesta plana (P_O.1 / PCO₂) que en un individuo aislado es altamente sugestiva de quimiosensibilidad alterada.

Conclusiones: Por su singular interés presentamos un caso de HAC, una patología de difícil diagnóstico por su baja frecuencia en la población. Presenta características clínicas similares a varias entidades patológicas, por lo cual es importante que el médico empiece a conocerla y aprenda a diagnosticarla en el presente.

0102 EXCESO DE BASE COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD EN SHOCK SEPTICO

E SANCHEZ(1), L TALAMONTI(1), R DI BELLO(1), A ARTA-YETA(1), C FREYRE(1), G IZAGUIRRE(1), S SANCHEZ(1), G ELIAS(1)

(1) H. Provincial De Rosario.

Introducción: El shock séptico es una de las principales causas de admisión en nuestra terapia intensiva con una mortalidad del 51.7%. El estado ácido-base es una determinación habitual en estos pacientes y algunos parámetros del mismo se utilizan en varios scores pronósticos como APACHE II, SAPS II y SOFA.

Objetivo: Evaluar el exceso de base (EB) al ingreso y a las 24 horas como marcador pronóstico de mortalidad en shock séptico

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, realizado en UTI de Hospital Universitario de tercer nivel, con patologías médicas y quirúrgicas. Se incluyeron 71 pacientes que ingresaron con shock séptico, mayores de 18 años, durante el año 2011. La información fue obtenida por medio de un sistema de base de datos (SATI-Q), revisión de historias clínicas y base de datos del laboratorio. Estadística descriptiva y analítica (medcalc). Los datos fueron expresados como media aritmética \pm DS o mediana con intervalo IQ (25-75) según corresponda. Nivel de significancia $p < 0.005$.

Resultados: Edad 55.5 años (\pm 15) de los cuales 30 (42.3%) eran mujeres y 41 (57.7%) eran hombres. Al ingreso presentaban un APACHE II de 27.2 (\pm 7.9) con una mortalidad esperada de 57.5%, SAPS II de 60.6 (\pm 18.7) y SOFA inicial 10 (9-13). Permanecieron internados 9 (5 - 13) días y el 90% de los mismos requirió asistencia mecánica respiratoria (AMR) durante 7 (3 - 10) días. La mortalidad fue del 53.7% (38 pacientes). Comparando el grupo de fallecidos con el de sobrevivientes encontramos diferencias significativas:

	Fallecidos	Sobrevivientes	p
EB: Ingreso	-8.9 \pm 5.7	-4.2 \pm 5.3	0.0026
24 hs	-9.2 \pm 6.6	-3.7 \pm 5.8	0.0035
Ph: Ingreso	7.23 \pm 0.13	7.30 \pm 0.10	0.029
24 hs	7.24 \pm 0.11	7.35 \pm 0.09	0.0003
APACHE II al ingreso	29.7 \pm 7.5	24.1 \pm 7.5	0.0035

En cuanto al pronóstico de mortalidad encontramos para un APACHE II >25 una sensibilidad (S) 72.2% (IC95%: 54.8 - 85.8) y una especificidad (E) 58.1% (39.1 - 75.4), Valor Predictivo Positivo (VPP) 66.7% y Valor Predictivo Negativo (VPN) 64.3%. Para un EB \leq -5.5 encontramos una S 74.2% (55.4 - 88.1) y E 65.4% (44.3 - 82.8), VPP 71.9% y VPN 68%. Para un EB \leq -12.8 una S 25.8% (11.9 - 44.6) y E 92.3% (74.8 - 98.8), VPP 80% y VPN 51.1%. Comparando el APACHE II y EB del ingreso como predictores de mortalidad no encontramos diferencias significativas (área bajo la curva 0,676 vs 0,713 $p=0,670$)

Conclusion: El grupo de los fallecidos presentó mayor acidosis metabólica que el de los sobrevivientes. Individualmente el EB carece de sensibilidad y especificidad adecuada y es similar a APACHE II en cuanto al valor pronóstico.

0103 INTELIGENCIAS MÚLTIPLES EN MÉDICOS DE TERAPIA INTENSIVA EN FORMACIÓN VS. ESPECIALISTAS

L CAMPUTARO(1), F BACCARO, G SUTTON, D CERASO

(1) J A Fernandez.

Introducción: La Inteligencia se define como la capacidad para dar solución a problemas. Ya se ha descartado el concepto de que contamos con una sola "Inteligencia", contamos con capacidades independientes llamadas Inteligencias Múltiples (H. Gardner) Evaluar las Inteligencias múltiples permitiría identificar un perfil de los Especialistas dando un valor agregado a la selección de personal calificado

Objetivo: Identificar si los Médicos de Terapia Intensiva en formación vs. los Especialistas desarrollan alguna inteligencia en particular, permitiendo definir características inherentes a la "Personalidad" de la Especialidad.

Materiales y métodos: Se realizó un test de inteligencias múltiples a integrantes del Servicio de T.I. La misma consta de 35 preguntas, donde cada grupo de preguntas identifica una inteligencia en particular. Estudio prospectivo, descriptivo. Periodo: Abril 2013. Otros datos recabados fueron Sexo, edad y años de actividad. Se construyó un Rankin con la sumatoria de cada grupo de preguntas que analiza cada inteligencia.

Resultados: Se encuestaron 19 Médicos de Planta (MP) y 18 Médicos Residentes (MR). Sexo Femenino MP:78.94% MR:30.94 (p: 0.02) Edad MP 44.95 \pm 10.23 MR 30.94 \pm 2.21 (p: 0.001) Años de Especialidad MP 18.82 \pm 12 MR 3.38 \pm 0.87 (p: 0.001). Rankin en Tabla I.

Tabla I. Rankin de Inteligencias

Inteligencia	M. Planta (n 19)	M. Residentes (n: 18)	p
Intrapersonal	74	72	ns
Interpersonal	56	59	ns
Kinesica Corporal	49	58	ns
Musical/Ritmica	49	59	ns
Visual Espacial	49	50	ns
Logico Matematica	46	61	0.006
Verbal Linguistica	42	59	ns

Como era de esperar hay diferencias en las edades y el tiempo de especialidad entre las dos poblaciones. La diferencia en la población femenina tal vez sea una tendencia a debatir

El Ranking del puntaje por cada área de inteligencia arrojó una predominancia de las Inteligencias Intra e Interpersonal en ambos grupos. La Logico matematica fue mayor en el grupo de MR

Conclusiones y discusión: Ambas poblaciones mostraron mayor desarrollo en las Inteligencia Intra e Interpersonal, las mismas se caracterizan por el desarrollo del pensamiento analítico y la tendencia a aprender y actuar en grupo respectivamente. Este resultado probablemente indique la relevancia de la capacidad de trabajo grupal en esta Especialidad. El mayor desarrollo de la Logico matemática en el grupo MR, tal vez se vea asociada a la necesidad de mayor conocimiento de la MBE para la toma de decisiones.

0104 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN EL PACIENTE CRÍTICO. UN RETO PARA EL INTENSIVISTA

D IVULICH(1), A LOURO(1), MM KLEINERT(1), A SOSA(1), G GARATE(1)
(1) Aleman.

Introducción: presentamos un caso de síndrome hemofagocítico (SH) secundario a shock séptico a E. coli, con bicitopenia, hiperferritinemia, eritrosedimentación baja y macrófagos con eritrofagocitosis en la punción de médula ósea (PMO).

Presentación de caso: mujer de 68 años con antecedente de adenocarcinoma gástrico, con evidencia de recidiva local y regional. Se interna en Terapia Intensiva en POP de peritonitis difusa por perforación de yeyunostomía, en ARM y con altas dosis de inotrópicos. En hemocultivos y líquido peritoneal desarrolla E. coli. Inicia tratamiento con piperacilina tazobactam. El LBT muestra Hct: 39%, GB. 980mm³, plt 103.103mm³, fibrinógeno 491mg%. Evoluciona con mejoría hemodinámica, afebril, con descenso plaquetario a menor a 10.103 mm³, Hct 26%, GB 6.800 mm³, ferritina 1.170 ug/l, VSG 1mm/h, función renal y hepática conservada. Recibe transfusiones de plaquetas. La PMO muestra hemofagocitosis. Al 7mo día de internación se reopera por perforación intestinal. Desarrolla KPC en hemocultivos y líquido abdominal. Inicia tratamiento con tigeclina, colistin, meropenem y fluconazol.

Resultado: La paciente evoluciona favorablemente con descenso de los niveles de ferritina a 593 mg% y estabilización de plaquetas. Se suspenden inotrópicos y se extuba.

Conclusión: Cinco de ocho criterios clínicos, de laboratorio e histopatológicos establecen diagnóstico de SH. Fiebre y esplenomegalia son los criterios clínicos. Citopenias, hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia son criterios de laboratorio. El criterio histopatológico es la confirmación de hemofagocitosis en médula ósea, bajo o ganglios linfáticos. Se exige para el diagnóstico que >2% de todas las células nucleadas de la MO sean histiocitos con hemofagocitosis. Fue llamativa la ausencia de fiebre, explicada por su inmunodepresión. La anemia, frecuente en los pacientes críticos y de causas múltiples, no orienta al diagnóstico. En nuestro caso el recuento de GB en el momento del diagnóstico estaba en ascenso. La PMO, generalmente único sitio posible en estos pacientes, puede ser negativa. El tratamiento con gammaglobulina endovenosa tiene resultados controvertidos. Tres pacientes sépticos publicados por este grupo, mejoraron las citopenias si bien ninguno sobrevivió. Este caso subraya la necesidad de descartar la entidad en pacientes críticos ante la presencia de un cuadro caracterizado por dos citopenias sostenidas y niveles aumentados de ferritina.

0105 SÍNDROME VASOPLÉGICO EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO

A LOURO(1), D IVULICH(1), B HUNTER(1), J OSATNIK(1), E SORIA(1)
(1) Alemán.

Introducción: Presentamos un caso de shock refractario a inotrópicos post trasplante hepático, cuyo diagnóstico final fue Síndrome Vasoplégico (SV) entidad infrecuente en trasplante de órgano sólido.

Presentación de caso: Paciente masculino de 57 años, con antecedentes de Cirrosis Alcohólica, cursando post operatorio inmediato de Trasplante hepático. Durante la cirugía intercurrió con Síndrome de Reperusión, con altos requerimientos de Noradrenalina y Dobutamina (Por ETE intraoperatorio con trastornos en la contractilidad miocárdica). Requirió además 12 unidades de plasma fresco congelado y 10 unidades de plaquetas. Recibió 500mg de Metilprednisolona y profilaxis con Ceftriaxona y Ampicilina. Ingresó a UTI en ARM con cateter de Swan Ganz PVC: 2, IC: 6., GC: 10.9, PCP: 6, PAP: 15, RVP: 1129, bajo infusión de 0.8gamas/Kg/min de Noradrenalina. Se realizaron expansiones con mejoría de los parámetros hemodinámicos de forma transitoria. LBT: leucocitosis, plaquetopenia,

hiperglucemia, deterioro de la función renal, hiperkalemia, SATME: 81%, Ácido láctico de 2.5mmol/L, sin alteraciones en el estado ácido base. GOT: 2409UI/L, GPT: 694UI/L, BT: 5.5mg/dl. KPTT: 48seg, Quick: 37%. Doppler hepático: IR: 0.64. A las 12hs evolucionó con requerimiento de 2gamas/kg/min de Noradrenalina, síndrome febril con requerimiento de manta térmica, oligoanuria, hipoxemia y caída de compliance toracopulmonar, aumento de transaminasas, acidosis mixta con hiperlactacidemia y ProBNP: 1256picog/ml. Se escaló tratamiento antibiótico luego de la toma de cultivos. A las 24hs inicia TRR.

Resultados: Evolución con disfunción miocárdica, sin mejoría con Dobutamina ni expansiones controladas, desencadenando shock refractario con falla multiorgánica, intercurriendo con paro cardiorrespiratorio sin respuesta a las maniobras de resucitación avanzada.

Conclusión: El síndrome vasoplégico es una entidad frecuente en el post operatorio de cirugía cardiovascular y raro en trasplante de órganos sólidos, caracterizado por severa y persistente hipotensión, taquicardia, IC normal o aumentado, resistencias vasculares periféricas disminuidas y pobre respuesta a la infusión de volumen y drogas vasoconstrictoras. El diagnóstico diferencial principal es con el síndrome postreperusión por la fisiopatología y tratamiento. Interpretado como disfunción vasomotora en el primero y vasoconstricción secundaria a cGMP/ON y déficit de vasopresina, planteando como alternativas terapéuticas el uso de Azul de Metileno y Vasopresina en el SV.

0106 NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: CÓMO IMPACTA EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS

P GUIMARAENS(1), MDLA CARIGNANO(1), MF GOLDIN(1), D CORBELLI(1), P CABRERA(1), MF GRANTON(1), C KECSKES(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: el paciente crítico con respuesta inflamatoria sistémica, presenta un aumento del gasto energético y del catabolismo proteico. Estos cambios metabólicos aceleran el proceso de desnutrición ante la falta de nutrientes. Cuanto más rápido se comienza el aporte de nutrientes, menor déficit calórico y nitrogenado acumulan los pacientes y menor es el impacto en su estado nutricional y evolución clínica. La Nutrición enteral precoz (NEP) tiene, además, la ventaja de modular el estado inflamatorio, prevenir complicaciones infecciosas y mejorar los resultados.

Objetivo: evaluar la relación entre la NEP y evolución clínica (mortalidad, estadía hospitalaria y en UTI, e infecciones). Describir el uso de NEP en la UTI de un hospital universitario de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: análisis retrospectivo de registros en historia clínica electrónica de carga estructurada ad hoc. Se incluyeron todos los pacientes ingresados durante 4 meses consecutivos que recibieron NE. Se excluyeron pacientes con nutrición parenteral total (NPT), y se eliminaron pacientes con contraindicación para NEP y/o que recibieron NE previo a su ingreso a la UTI. Se registraron edad, sexo, APACHE II (APII), diagnóstico etiológico, infección nueva, estadía (LOS) en UTI y hospitalaria, mortalidad en UTI y hospitalaria. Se definió como NEP al inicio de NE antes de las 36hs desde el ingreso a la UTI. Los resultados se expresan como mediana y rangos, o medias y desvío estandar (DS), según corresponda. Se analizaron los datos con el paquete estadístico STATA2. Se consideró significativa p <0.01.

Resultados: de 100 pacientes (p) ingresados, se analizaron 84p, 57% masculinos, edad: 61(19-93) años, AP II: 17 (7.7). Diagnóstico etiológicos: quirúrgico (Qx) 39p (46%), médico (Mx) 20p (24%), neurocrítico (Nx) 16p (19%) y politrauma (Politx) 9p (11%). En 40p (48%) se registraron infecciones. Egresaron vivos de la UTI 63p (75%) y del hospital 61p (73%). Estadía en UTI 18 (3-97) días y estadía hospitalaria 31.5 (10-129) 26.1) días. En 60p (71.4%) se inició NEP, de éstos fueron 50% Qx, 24% Neurcx, 13% Politx, 13% Mx. AP II según diagnóstico etiológico: Qx 19.2 (DS 7), neurocríticos 18 (DS 8), mé-

dico 13.8 (DS 8.5) y politrauma 11.8 (DS 2.8). No hubo diferencias significativas en el AP II (17.5 vs. 15.9) ni en la edad (60.9 Vs. 54.7) de los p con NEP versus NE no precoz. La NEP no disminuyó el riesgo de mortalidad hospitalaria (RR 1.03 IC 95% 0.7-1.3) ni tuvo impacto en la mortalidad de la UTI RR 1.2 IC 95% 0.7-2.5). La NEP no disminuyó la estadia hospitalaria ni en UTI, ni tuvo impacto en el riesgo de infecciones RR 1.2 (IC 95% 0.7 -2.05)

Conclusiones: en nuestra población evaluada, la NEP no demostró tener un impacto significativo en la evolución clínica (mortalidad, estadia e infecciones). El uso de NEP fue elevado, independientemente del AP II y la edad de los p. El grupo etiológico con mayor porcentaje de NEP fue el Qx a pesar de tener un AP II mayor a los demás grupos etiológicos.

0107 CAPACITACIÓN EN LA GESTIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS: EL CASO DEL CURSO VIRTUAL DE "GESTIÓN DE ÁREAS CRÍTICAS"

MDC TEIJEIRO(1), M SAYAL(1), E SCHNITZLER(1), A GALLÉSIO(1), T IOLSTER(1), S COSENZA(1), C PEIN(1)
(1) Austral.

Identificar el valor de la formación virtual en GAC, dentro del perfil de profesionales interesados en el liderazgo, dirección y/o gestión de servicios hospitalarios.

Materiales y método: Se administró una encuesta semi-estructurada en línea, entre los participantes de las últimas tres promociones del curso de GAC entre los años 2011-2012. Consideró cinco preguntas abiertas y una escala Likert, donde 1 es totalmente en desacuerdo y 5 totalmente en acuerdo con el ítem planteado.

Resultados: El número total de participantes de los últimos tres cursos fue de 135 personas. El 63% (n: 85) del total completaron la encuesta.

La modalidad virtual del curso facilitó los intercambios entre profesionales y los aprendizajes en el 75% (n: 64). Teniendo en cuenta la flexibilidad de tiempos y espacios de encuentros con sus docentes y el grupo de pares; las modalidades de contacto en línea y la retroalimentación permanente.

Logró colaborar en un 42% (n: 36) con el desarrollo de habilidades y aptitudes en gestión de los participantes, en los lugares de trabajo. El 54% (n: 46) consideró al curso como sumamente útil para el ejercicio de su profesión. El 47% (n: 40) cree que colaboró con la mejora de sus capacidades para el análisis de problemas y habilidades para tomar decisiones en un 80% (n: 68).

En relación a los aspectos pedagógico-didácticos, los participantes refirieron estar de acuerdo con el temario propuesto en el 56% (n: 48) y con la bibliografía en el 33% (n: 28).

Si bien el 99% (n: 84) de los participantes mencionan que los temas de mayor interés y utilidad atravesaron todo el programa, marcaron como de menor interés aquellos relacionados con farmacia clínica 15% (n: 13), costos y economía u aspectos filosóficos y de bioética 9% (n: 8), definiéndolos como puntos dificultosos.

Es importante observar que el 75% de los participantes afirman que el curso contribuyó con el intercambio y habilidades de comunicación en el contexto de sus espacios laborales.

Conclusiones: La mayoría de los participantes aseguran que el curso virtual fue de gran utilidad para su formación en GAC. Destacan que la modalidad virtual proporcionó ventajas para efectivizar intercambios y aprendizajes de grupos cooperativos de profesionales.

0108 DESVINCULACIÓN AVM: ¿DEBERÍA PROLONGARSE LA PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA MÁS ALLÁ DE LOS 30 MINUTOS EN LOS CASOS DUDOSOS?

N PISTILLO(1), T KARINA(2), DA PAOLA(2), K LORENA(2), B MARIANA(2), G CAROLINA(2), G DARIO(2), F OSVALDO(2)
(1) Alta Complejidad El Cruce. (2) Alta Complejidad El Cuce.

Introducción: Aunque la prueba de ventilación espontánea (PVE)

de 30 min es ampliamente utilizada en la desvinculación de AVM, no queda claro qué conducta adoptar en casos dudosos. **Objetivos:** Determinar si la prolongación de la PVE hasta los 120 min en los casos dudosos reduce el riesgo de fracaso.

Materiales y métodos: Ingresaron pacientes adultos con más de 48 horas de AVM, que cumplieron los siguientes criterios de desvinculación: 1) resolución del motivo que llevó a la AVM 2) estabilidad hemodinámica (TAS 100 -160 mmHg, FC ente 50 - 120 y/o arritmia aguda) 3) Hb >7gr%, 4) medio interno optimizado (pH ≥ 7.30, K+ entre 3,5 -5 mEq/L) 5) ausencia de fiebre al momento de la prueba, con foco infeccioso controlado 6) PaO₂ ≥ 60 mmHg o SaO₂ ≥ 90% con FIO₂ ≤ 0.4 y PEEP ≤ 5 cmH₂O. Se excluyeron pacientes que requirieron la intubación orotraqueal por otra causa que la AVM y enfermos terminales. Se realizó una PVE con tubo o traqueo T. Se evaluó: Vt, FR, IRSB, PaO₂, PaCO₂, pH, P0.1, PIMAX, parámetros clínicos y hemodinámicos a los 5 min (Basal) y a los 30 minutos; en los casos dudosos (deterioro de las variables estudiadas pero sin calificar para falla de prueba) se extendió el ensayo hasta 120 min. Se suspendió la desvinculación ante la verificación de una de las siguientes situaciones: 1) deterioro del patrón ventilatorio 2) FR > 35 rpm/min 3) deterioro del intercambio gaseoso (SatO₂ < 90% y/o hipercapnia) 4) inestabilidad hemodinámica (disminución de la TAM < 20%) 5) deterioro de la condición clínica. Se consideró éxito al mantenimiento de la VE por más de 48 horas. Los eventos incluidos dentro de una estrategia de reconexión nocturna fueron considerados como fracasos.

Estadística: Los datos se expresan como mediana (max - min) o porcentaje y se compararon con el test de student o Fisher según correspondiera. Significativo p <0.05.

Resultados: Ingresaron 173 pacientes y se estudiaron 254 eventos, (M/F: 113/60), edad: 50 (18 - 88 años), la mayoría con patología neurológica (64.7%), mortalidad: 9%. El tiempo de AVM fue de: 13 entre 3 y 121 días, el de internación en UTI: 22 entre 5-206 días. La prueba de 30 min definió la conducta en la mayoría de los pacientes (se desvincularon: 143/254 y fallaron 67/254). Se consideró dudosa en 44/254. Al final de los 120 min, se desvincularon 19/44 y permanecieron en AVM 25/44. La desvinculación fue exitosa a las 48 horas en 131/162 desvinculados, solo 1 de los dudosos requirió reiniciar AVM. Partiendo del concepto teórico que las pruebas dudosas deberían haber sido desvinculadas en su totalidad ya que no alcanzaban los criterios de falla, el hecho de haberlas prolongado, disminuyó el riesgo de fracaso del 29.9% al 19% (p= 0.02). La principal causa del fracaso fue ventilatoria. **Conclusiones:** En una población predominantemente neurocrítica, la prolongación de la PVE en los casos dudosos permitió por un lado la desvinculación segura de un número considerable de pacientes y por el otro evitó el fracaso en más de la mitad de ellos.

0109 HEMORRAGIA ALVEOLAR POST PARTO ASOCIADA A BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONIA ORGANIZADA

NI ROSALES(1), E ALVAREZ(1), P ZINGARETTI(1), E RODRIGUEZ(1), A FABBRO(1)
(1) Instituto Medico Rio Cuarto.

Introducción: La bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BOOP), es una enfermedad que afecta a los bronquiolos y puede causar infiltración pulmonar. Se caracteriza anatómico-patológicamente por la presencia de brotes de tejido de granulación. Presentamos un caso de UTI que se asocia a hemorragia alveolar, situación que se presenta en menos del 1% de las veces.

Presentación de caso: Paciente de 32 años con antecedentes de preeclampsia y epilepsia medicada con Carbamazepina más Levetiracetam. Cursando post quirúrgico de cesárea de urgencia por Pre-Eclampsia, que intercurrió con falla renal y hematológica (anemia y plaquetopenia). Ingresó a UTI con diagnóstico de SIRS/ HELLP. La analítica de ingreso muestra Coombs negativa, hepatograma y coagulograma sin alteraciones. Evoluciona con mejoría de la función

renal, Hipertensión arterial severa, con falla respiratoria hipoxémica refractaria a aumentos de FiO₂, por lo que se decide intubación orotraqueal y colocación en ARM. TAC: Infiltrados intersticial y alveolar en 4 campos pulmonares.

Ante la mala evolución clínica-radiológica y con diagnóstico presuntivo de Síndrome reno-pulmonar se solicita perfil inmunológico (FAN, Anti DNA, Complemento total, C3, C4, Anti Membrana Basal, ANCA C y P, Factor Reumatoideo, Anticardiolipinas) y dosaje de Carbamazepinemia. Con sospecha de hemorragia intraalveolar se inician pulsos de corticoides. Fibrobroncoscopia: positiva para Hemorragia pulmonar. Posteriormente se realiza biopsia transtorácica dando como resultado microangiopatía trombótica, hemorragia intraalveolar difusa, BOOP;

Resultado: Paciente de 32 años que evoluciona en terapia intensiva permaneciendo 24 días, 9 de ellos en asistencia ventilatoria por insuficiencia respiratoria secundaria a Bronquiolitis Obliterante Neumonía Organizada, asociada a hemorragia alveolar. Respondió favorablemente al tratamiento con corticoides.

Conclusión: El BOOP es una enfermedad que tiene múltiples presentaciones clínicas y radiológicas dando en un muy escaso porcentaje de casos una forma aguda con SDRA, encontrándose raramente asociado a hemorragia alveolar. La etiología es variable y no se correlaciona con la forma de presentación; los casos idiopáticos responden mejor al tratamiento corticoideo, como en el caso clínico presentado. Están en estudio el uso de Ciclofosfamida y Azatioprina para casos refractarios a tratamiento corticoideo.

0110 COLECCION SUBDURAL DE LOCALIZACION INFRECIENTE

S ESQUIVEL(1), R GOMEZ(1), C MOYANO(1), R BLANCHARD(1), E CESPEDES(2)

(1) Sanatorio Privado Figueroa Paredes. (2) Sanatorio Figueroa Paredes.

Introducción: El empiema subdural es una causa grave de supuración intracraneal, se localiza entre la duramadre y la aracnoides representa una forma severa de supuración intracraneal en la infancia. Es una complicación de procesos infecciosos otorrinolaringológicos.

Objetivos: Resaltar la localización infrecuente, su búsqueda y la importancia de las neuroimágenes en el diagnóstico precoz.

- Destacar la importancia de la intervención oportuna debido a la severidad de esta colección.

Materiales y métodos: presentación de un caso clínico a través de la revisión retrospectiva de la historia clínica.

Presentación: paciente de 14 años sin antecedentes patológicos relevantes que ingresa al servicio de terapia intensiva con el antecedente de presentar cuadro de siete días de evolución caracterizado por cefalea, vómitos, fiebre y convulsión tónico clónica generalizada. Se realiza tomografía de cerebro, punción lumbar previo a su derivación. Al ingreso la paciente se encuentra en regular estado, hemodinámicamente compensada con Glasgow de 13/15 al examen físico hemiparesia braquiorradial derecha. Laboratorio de ingreso con leucocitosis y neutrofilia, medio interno normal, líquido cefalorraquídeo citoquímico sin anomalías. Se asume el cuadro como meningocelulitis, se trata con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. Se envían muestras a cultivos y virología.

Se recaba antecedentes de cuadros rinofaríngeos frecuentes tratados por ambulatorio cumplimentar tratamiento antibiótico oral.

A las 48 hs del ingreso se reitera TAC de cerebro con cortes coronales evidenciándose imagen hipodensa en zona occipital compatible con colección y velamiento seno maxilar derecho (imagen). Electroencefalograma sin paroxismos. Se realiza resonancia magnética observándose imagen hipointensa interhemisférica y en la convexidad (imagen 2). Horas previas a la intervención quirúrgica ingresa a asistencia ventilatoria mecánica por deterioro del sensorio.

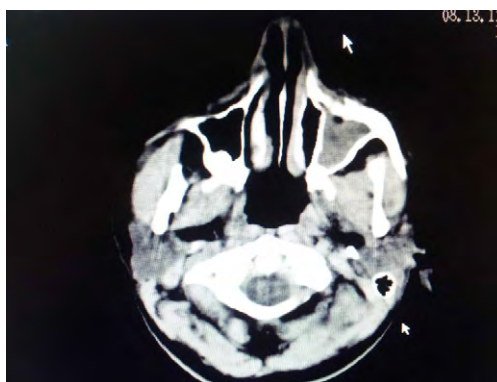
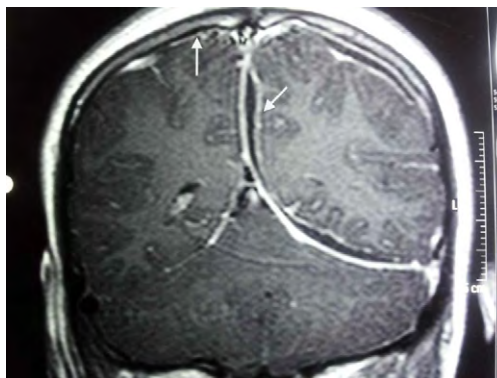
En el intraoperatorio se realiza evacuación del empiema colocación del drenaje. Se suspende antiviral, por un registro febril se agrega meropenem.

Evolución favorable, cultivos negativos, ventilada por dos días con evolución favorable, déficit motor en hemicuerpo derecho que mejora paulatinamente. Cumple antibióticos parenterales por 3 semanas.

Conclusiones: ante la sospecha de colección intracerebral se debe iniciar tratamiento antibiótico precoz

- Tener presente la posibilidad de empiema ante cuadro infeccioso rinofaríngeo previo.

- Las neuroimágenes clarifican el diagnóstico.



0112 HIPOTERMIA TERAPÉUTICA EN NEONATOS: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GCBA

J TAVOSNANKA(1)

(1) Fernandez.

Introducción: La hipotermia terapéutica es el estándar de cuidado para la EHI moderada-severa (EHI M-S) (Sarnat & Sarnat). Hemos incorporado esta terapéutica mediante la implementación de un programa para la prevención del daño cerebral de los RN de las maternidades del GCBA. Comprendió tres fases: 1-Auditoría interna y certificación en Reanimación Neonatal (RCPN), 2-Capacitación en el centro, SAME y red neonatal, 3-Implementación

Objetivos: Evaluar la factibilidad de la implementación del programa.

Población: RN con EG \geq 36 semanas y PN \geq 1800 gramos con EHI M-S que hayan nacido en cualquiera de los Hospitales del GCBA, cuyos padres hayan firmado el consentimiento

Material, métodos, Resultados: Descriptivo, serie de casos. Las fases 1 y 2 se desarrollaron desde Junio de 2010 a Junio de 2011. La tercera fase comenzó en Junio de 2011 y hasta Marzo de 2013, ingresaron al programa 14 RN (8 de HJAF y 6 del resto de la red), a los que se les realizó hipotermia activa selectiva y monitoreo de la función cerebral con aEEG (Cool Cap®, OLYMPIC CFM 6000®-Natus). Se formó un grupo de trabajo, se capacitó en hipotermia y RCPN. Se realizaron reuniones con los jefes de las maternidades y SAME.

Todos los pacientes ingresaron antes de las 6 h de vida, los nacidos en HJAF en promedio a las 4h, los derivados a las 5,5h. La temperatura central al ingreso fue de 34°C. Todos tuvieron antecedentes perinatales y pH de cordón o de la primera hora de vida con valor medio de 6,8 y exceso de base con valor medio -22. El 79% de los pacientes tuvo convulsiones; 50% EHI M-S; 50% coagulopatías; en 10 pacientes se realizó RNM de cerebro con difusión y espectroscopia siendo en el 50% de los casos patológica. La mortalidad fue del 14% (2 pacientes, de los cuales 1 solo falleció durante el tratamiento).

Conclusiones: Fue factible implementar el programa. La mortalidad neonatal por el tratamiento fue nula y las complicaciones reportadas similares a las publicadas.

Se logró recibir al 100% de los neonatos que solicitaron derivación. Es necesario concientizar a los sistemas de salud sobre el mismo.

0113 REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN MENINGITIS VIRALES

ME BLANCO(1), E SCANDIZZO(1), M ZUBIETA(1), M SKRYPNYK(1)

(1) Hospital El Cruce Alta Complejidad En Red "dr Nestor C. Kirchner" S.a.m.i.c.

Objetivo: Determinar la utilidad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para el diagnóstico de infecciones virales del sistema nervioso central (SNC).

Introducción: Las meningitis y las encefalitis son las patologías neurológicas de origen infeccioso más importantes por su frecuencia de aparición. Dentro de las meningitis asépticas se encuentran las meningitis virales que representan el 58% de todas las meningitis. El herpes simplex, el sarampión, la varicela y los arbovirus son los agentes más frecuentes y pueden causar cuadros mixtos meningoencefalíticos. El laboratorio del Hospital El Cruce recibe muestras de derivación para determinaciones de PCR de otros hospitales.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR) provenientes de pacientes con sospecha diagnóstica de meningitis y/o meningoencefalitis virales desde el 17/07/2010 hasta 07/06/2013 de pacientes del hospital y de la red que requirieron internación en Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes Pediátricas.

Las muestras se testearon para: Virus Herpes Simplex (HSV), Epstein Barr (EBV), Varicela Zoster (VZV), Citomegalovirus (CMV) y Enterovirus (EV) por la técnica de PCR Real Time en Light Cycler 2.0 Roche® con Kit provisto por dicha firma. En el caso de los enterovirus se realizó una adaptación al equipo de un Kit de Nanogen y los resultados positivos fueron confirmados en el INEI-ANLIS Malbrán por una Nested PCR.

Resultados: Se estudiaron 64 muestras de LCR por Cultivo Bacteriológico y PCR.

Los resultados encontrados se muestran en la siguiente tabla:

Virus estudiados	PCR (+)	PCR (-)
HSV I/II	1 (2%)	64 (98%)
CMV		31 (100%)
EBV	0	28 (100%)
VZV	0	9 (100%)
EV	2 (7%)	28 (93%)

En el caso de los HSV el positivo correspondió a un HSV I. En todos los casos los cultivos fueron negativos.

Conclusión: Disponer de la PCR como herramienta en el diagnóstico diferencial de las meningitis y meningoencefalitis permite identificar de una forma rápida y fiable el origen de las mismas; evitando instaurar tratamientos antibióticos y antivirales de forma empírica. Así mismo, optimiza los recursos evitando hospitalizaciones y medidas terapéuticas innecesarias.

0114 UN CARDIOCIRUJANO EN TERAPIA

A MARTINUZZI(1), VH BORRAJO(1), P COURTADE(1), JM VARGAS(1), C LOPEZ(1), B GONZALES ORÉ(1)

(1) Cmic.

A propósito de un caso: Paciente de 39 años con antecedente de tabaquismo y sedentarismo. Ingresó derivado el día 14/12/12 por TVP de miembro inferior izquierdo con afectación de poplítea hasta iliaca. AngioTAC del 17/12/12, con trombos de rama inferior de arteria pulmonar derecha con infarto pulmonar asociado y trombos de rama superior de arteria pulmonar derecha. ECG con Bloqueo de rama derecha, y patrón S1Q3T3. Ecocardiograma que evidencia función del VD y VI conservada, sin aumento de la presión pulmonar, con presencia de coágulo adherido en vena cava superior. AngioTAC: se observa trombo que progresa de vena cava inferior hasta aurícula izquierda. Se decide tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular, a las 72 hs de iniciado el mismo se controla con ecocardiograma doppler y se observa progresión del trombo con disfunción progresiva del VD. Se discute en ateneo interservicio conducta a seguir, se habla con cardiocirujano y equipo de hemodinamia. Se decide cirugía a cielo abierto con circulación extracorporea en aurícula derecha y arteria pulmonar. Se extrajo trombo de 3 por 1.5 cm. Se colocó filtro en la vena cava inferior. En el POP evoluciono con plaquetopenia inducida por heparina y se roto antiacoagulación a pentasacaridos. Pasó a sala general el día 31/12, inicio con acenocumarol. Intercurrió con neumonía intrahospitalaria por lo que cumplió tratamiento con Piperacilina-tazobactam.

El 04/01 presentó nuevo episodio de TVP intratratamiento con acenocumarol, en rango terapéutico. Se reinició anticoagulación con fondaparinux, continuando con ACO. En ecografía abdominal y se solicitaron marcadores para tumores testiculares, los cuales resultaron negativos. El paciente recibió el alta institucional con servicio de atención domiciliaria. Anatomía patológica: Trombo organizado. Gran cantidad de eosinófilos en su interior.

Conclusiones: La presencia de TVP/TEP nos obliga descartar: Patología oncológica, autoinmunidad, trombofilia, sme nefrótico y Anticoceptivos orales. Siempre evaluar los riesgos y beneficios de la anticoagulación, realizar tratamiento con HBPM o heparina no fraccionada EV. Luego de 48hs comenzar con anticoagulantes orales, la trombecomia se ofrece como alternativa terapeutica útil para algunas circunstancias

0115 ENCEFALITIS POR HANTA VIRUS

C SPEZIALE, E LUNA(1)

(1) Clínica Bazterrica.

Introducción: El HANTA VIRUS pertenece a la familia Bunyaviridae. Se asocia principalmente a dos síndromes, "fiebre hemorrágica con síndrome renal" y "síndrome cardiopulmonar". El compromiso neurológico es sumamente infrecuente. En Argentina prevalece el síndrome cardiopulmonar y los casos reportados se deben a la variedad ANDES.

Caso clínico: Paciente femenina de 32 años de edad, TBQ, que ingresa a UTI el 07/11 por sepsis severa a foco respiratorio. Realizaba viajes a Uruguay, Sur de Buenos Aires y La Pampa y reparaba piletas de lona de distintas zonas del país. Al ingreso se encontraba taquipnéica 30x', taquicárdica 115x', TAM 78, saturando 96% con cánula de O2. Se toman cultivos, serologías virales y se indica antibiocioterapia. Evoluciono el día de ingreso con mala mecánica ventilatoria, se realiza intubación orotraqueal, se conecta a asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se constatan falla respiratoria y hematológica. Estudios solicitados: PCR para VSR, adenovirus, influenza, parainfluenza, N1H1, HIV, EBV, Hepatitis A-B-C, Mycoplasma, Clamidia y Leptospirosis, antígeno urinario para neumococo, negativos. IgG para CMV + y Hantavirus +. Cultivos negativos. El 11/11 se realiza extubación con buena tolerancia. Asocia posteriormente delirium, sin respuesta al halopidol. Se realiza TAC de encéfalo, sin patolo-

gía. Por sospecha de encefalitis por hanta virus se realiza punción lumbar. Se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) de encéfalo.

Resultados: El 16/11 se recibe serología positiva para HANTA VIRUS. Se suspenden los antibióticos por cultivos negativos. Punción lumbar: IgG e IgM positivo para HANTA VIRUS, interpretando el cuadro como encefalitis secundaria. RMN sin hallazgos relevantes. Evoluciona favorablemente, con mejoría de todas sus fallas orgánicas, por lo cual el 20/11 se realiza su pase a sala general.

Conclusion: Las manifestaciones neurológicas secundarias a la infección por HANTAVIRUS son infrecuentes. Solo se han reportado pocos casos, principalmente en las regiones de Europa del este, donde prevalece el síndrome de fiebre hemorrágica. En nuestro país se reportó solo un caso sin confirmación en LCR. El objetivo de esta presentación es aportar el segundo caso de encefalitis por Hanta virus y el primero con confirmación en líquido cefalorraquídeo en Argentina. A su vez la importancia como nuevo diagnóstico diferencial a la falla neurológica de estos pacientes.

0116 INFECCION OPORTUNISTA POR RHODOTORULA MUCILAGINOSA NO ASOCIADA A CATETER VENOSO CENTRAL EN UTI

I PRIETO(1), C TONELLI(1), M POMBO(1), A STEIMBERG(1), N MOLINA(1), W COX(1), I CHOQUE(1), W CORNISTEIN(1), M BADIA(1), E BRAÑA(1), G CUETO(1)
(1) Cosme Argerich.

Introducción: En los últimos veinte años la incidencia de fungemias intrahospitalaria en pacientes inmunocomprometidos se incrementa, siendo excepcional el rescate de *Rhodotorula spp.* Actualmente es un emergente patógeno oportunista en fungemias, no candidiásicas, asociadas a catéteres centrales (CVC). Reportamos una presentación inusual en nuestro nosocomio.

Caso clínico: Masculino de 54 años internado en sala general por parálisis neuromuscular progresiva no filiada, sin respuesta al tratamiento esteroideo e inmunoglobulinas. Ingres a UTI por insuficiencia ventilatoria (IOT y ARM). Se realiza plasmaféresis sin mejoría clínica. Evoluciona con múltiples interurrencias infecciosas: NAR por *Acinetobacter baumannii*, ITUs por *Escherichia coli* BLEE con varios esquemas antibióticos y numerosos CVC. En día 50 de UTI, 45 ARM sin CVC colocada presenta SRIS iniciando tratamiento antibiótico empírico, previa toma de muestras. Se confirma fungemia por *Rhodotorula mucilaginosa* tratándose con Anfotericina B. con buena evolución infectológica. Fallece a los 3 meses.

Discusión: La *Rhodotorula* es un basidiomiceto de la familia Sporidiobolaceae distribuido ampliamente en la naturaleza y considerado no patógeno. Es el agente etiológico de 0,5 a 2,3% de las fungemias en pacientes inmunocomprometidos, desnutridos y con múltiples esquemas antibióticos de amplio espectro. *Rhodotorula mucilaginosa* es la especie aislada en el 74%.

El 83.4% de estas fungemias son asociadas a CVC, las restantes reportadas son peritonitis secundarias a diálisis peritoneal, endocarditis, meningitis y oftalmítis. La mortalidad de las fungemias asociadas a catéteres para *Rhodotorula mucilaginosa* es del 14% aumentando al 20% en caso de que no esté asociada a ellos, con una mortalidad global del 12.6%.

Son resistentes intrínsecamente al fluconazol y a equinocandinas. Anfotericina B es el antifúngico de primera línea, seguido por voriconazol, itraconazol y flucitosina.

Conclusiones: La emergencia de infecciones por *Rhodotorula* se asocia a nuevas modalidades de tratamiento en cuidados críticos y trasplante: CVC de corta y larga duración con o sin nutrición parenteral; al uso de ATB de amplio espectro, quimioterapia e inmunosupresión y la desnutrición por enfermedad crónica. Las fungemias por agentes oportunistas, como *Rhodotorula*, serán cada vez más frecuentes en terapia intensiva, dado el aumento en la población de pacientes crónicamente críticos por lo que deberán ser reconsideradas frente al tratamiento empírico en pacientes con factores de riesgo.

0117 DEBUT ATÍPICO DE LINFOMA DE HODGKIN

V CUÉLLAR, S VIERA(1), G FERNÁNDEZ(1), R LÓPEZ(1), P ZEÓN(1), A GARCÍA(1), M BERNADÓ(1), L MIGLIACCI(1), J DOUMIC(1), P ARTAZA(1)
(1) CI Pueyrredón.

Introducción: El linfoma de Hodgkin representa el 1 % de todos los tumores y el 10 % de los linfomas. Mayor incidencia con picos a los 15-35 y 50-70 años. Su presentación clínica más frecuente son: adenopatías (cervicales, supraclaviculares, axilares), síntomas B, o hallazgos patológicos en métodos complementarios.

Objetivos: Describir nuestra experiencia frente a un cuadro de presentación poco frecuente.

Descripción del caso: Paciente de 74 años sin antecedentes patológicos que inicia con síndrome vertiginoso, ataxia, lateropulsión y fotofobia de 15 días de evolución que en las 48 hs previas agrega IVAS. Ingres a UTI en shock, coma e insuficiencia ventilatoria sin evidencia de foco infeccioso. Con alto requerimiento de inotrópicos. Analítica: Na: 114; PCO2:102; PO2: 100. Ante dosaje de cortisol disminuido, recibe tratamiento con hidrocortisona 300 mg/día. ACTH, FSH y perfil tiroideo normal. En la evolución resuelve el trastorno metabólico pero fracasa el weening por insuficiencia ventilatoria, y agrega oftalmoplejía bilateral y nistagmus horizontal. Nuevos intentos de weening con Tobin adecuados fracasaron por insuficiencia respiratoria e hipercapnia. Se realiza PL: normal, ACRA, PCR, VEB, HIV, HSV, antiGQ1B negativos. Serología para vasculitis, collagenopatías y paraneoplásico negativas. TAC, RNM y angiografía negativas. Se realiza polisomnografía con índice de apneas centrales, por lo que se sospecha Síndrome de Miller Fisher con compromiso ventilatorio. Se indica inmunoglobulina 150 g. Mejoría parcial de soporte ventilatorio (traqueostomizado) con necesidad de internación domiciliar y VNI. A los 4 meses presenta desmejoría ventilatoria requiriendo ARM invasiva, nueva TAC toracoabdominal con hallazgo de 1 ganglio retroperitoneal. Se decide toma de muestra biopsia y segundo ciclo de inmunoglobulina, con respuesta clínica parcial.

Resultado de biopsia: Linfoma de Hodgkin Clásico interfolicular en un contexto de Enfermedad de Castleman variante de células plasmáticas. Inicia tratamiento específico, con respuesta favorable. Evoluciona sin necesidad de traqueostomía con VNI nocturna

Conclusiones: Es importante tener un protocolo de seguimiento ante pacientes con sospecha de manifestación paraneoplásica sin evidencia de tumor primario.

0118 SEVERO COMPROMISO MULTISISTÉMICO EN PACIENTES CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO D+

M KAMARISKI(1), M LUNA(1), ML PIOVANO(1), I PRINCIPI(1), S MELECHUK(1), M PERALTA(1), P VALLES(1)
(1) Dr Humberto Notti.

Introducción: El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) constituye la primera causa de Insuficiencia renal aguda pediátrica en Argentina; caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia y compromiso renal variable. La injuria endotelial ha sido reconocida como el evento desencadenante de la enfermedad. La respuesta inflamatoria de las células endoteliales está incluida en el daño vascular observado en la infección por STEC que resulta en SUH. El incremento de mediadores inflamatorios; incluidos interleucinas, chemokinas y proteínas de fase aguda; permite sugerir una intensa respuesta inflamatoria del huésped.

Objetivo: Describir en forma prospectiva, entre 2002 y 2012 pacientes que desarrollaron SUH D+, con evidencia serológica y/o microbiológica de infección por E. coli, los cuales en fase inicial presentaron parámetros compatibles con shock séptico y/o compromiso multiorgánico.

Material y método: Sobre una población de 273 pacientes se analizaron N= 34 SUH D+. Edad 2,8±0,4 años. Se analizaron parámetros clínicos y epidemiológicos utilizando medidas de tendencia central

y dispersión mediante GraphPadInstat versión 3.10.

Resultados: Incidencia SUH Mendoza rango 2,9-8,8 casos por 105 menores de 15 años. Incidencia casos graves SUH D+ rango 0,1-0,25 casos por 10 5 menores de 15 años. Estudio microbiológico: Aislamiento E.coli 0157, n:15, E.coli 0145 n:2, expresión de Stx por PCR n:17. Hemoglobina mínima $7,5 \pm 1,4$ g/dl, esquistocitos $8,4 \pm 2\%$. Plaquetopenia $38000 \pm 17000/\text{mm}^3$. Leucocitosis $22575 \pm 9375/\text{mm}^3$. El 73% (25) presentaron CPK MB ($140,73 \pm 10,28$ UI/l) y 70% (24) enzimas hepáticas aumentadas. 12 pacientes hallazgos patológicos en tomografía cerebral. Al ingreso a terapia intensiva presentaron incremento del PRISM score 20 ± 2 , asistencia respiratoria mecánica por $9,2 \pm 3$ días y soporte con drogas inotrópicas por $6,4 \pm 2,3$ días. Todos presentaron anuria, duración $9,8 \pm 2,4$ días con requerimiento dialítico por $15,4 \pm 2,7$ días. Disfunción neurológica en 20 pacientes por $6,3 \pm 1$ días, 4 desarrollaron miocardiopatía dilatada (LVVD $32,07 \pm 5,4$ mm), 7 colitis hemorrágica, 3 hemorragia pulmonar, 1 pancreatitis, 1 distrés respiratorio y 1 fibrilación ventricular. Sobrevivieron la etapa aguda 26 pacientes, 4 con secuelas neurológicas y 5 con fallo renal crónico. Tasa de letalidad 2,9%

Conclusión: El grave compromiso en la etapa aguda de este grupo de pacientes sugiere una amplificada respuesta inflamatoria luego de la exposición a toxina shiga y/o al lipopolisacárido de la Escherichia coli.

0119 DILEMAS ETICOS ANTE CONDUCTAS EXTREMAS: A PROPOSITO DE UN CASO

SC COLMAN(1), R ARAOZ OLIVOS(1), MS RAMOS(1), LR ZAPICO(1), CW COLMAN(1)
(1) "Avelino Castelan".

Introducción: La Meningococemia fulminante es una enfermedad grave producida por la bacteria *Neisseria meningitidis*. El diagnóstico precoz es fundamental para establecer un tratamiento inmediato, debido a que el shock irreversible y la muerte pueden ocurrir en horas, como así también puede generar secuelas graves e incapacitantes, que plantean un gran dilema ético: salvar la vida del paciente o continuar con tratamiento paliativo.

Caso clínico: Niño de 4 años, previamente sano, derivado del interior, con cuadro de catarro de vías aéreas superiores de una semana de evolución y aparición de lesiones purpúricas en miembros que se diseminan rápidamente.

Ingresó a cuidados intensivos con clínica de shock séptico, se colocó en asistencia respiratoria mecánica. Requirió de monitoreo invasivo, tratamiento hidroelectrolítico, inotrópicos, transfusiones de hemoderivados y antibioticoterapia.

Se lo asumió como Meningococemia Fulminante, confirmando el diagnóstico por hemocultivos positivos a *Neisseria meningitidis*. Evolucionó con fallo múltiorganico, necrosis y gangrena seca de los cuatro miembros y amputación espontánea de nariz.

Presentó múltiples episodios de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud, recibiendo antibióticos de amplio espectro y antifúngicos en forma prolongada.

Requirió manejo multidisciplinario discutiéndose los límites del tratamiento y, con el consentimiento de los padres, se amputó los 4 miembros a los 45 días de internación.

Resultados: La amputación de miembros fue el evento fundamental para la recuperación integral del paciente. Se externó tras 108 días de internación.

Actualmente continúa con controles periódicos con equipo multidisciplinario y rehabilitación intensiva por la gran discapacidad física secular, con aparente conservación de su capacidad intelectual.

Conclusión: La sospecha clínica precoz y antibioticoterapia inmediata, constituyen el tratamiento inicial de Meningococemia fulminante. De no poder evitarse, una vez instaladas las manifestaciones de lesiones vasculares irreversibles, requieren de un tratamiento radical.

Arribar a una conducta extrema, como lo es la amputación de los miembros afectados, para un niño no siempre es lo más adecuado

dado el impacto que genera esta discapacidad en la sociedad, pero la decisión de salvar la vida fue soberana.



0120 PURPURA TROMBOCITOPENICA TROMBOTICA EN EL EMBARAZO

Y BOTASSO(1), G PASTORINO(1), P AUDENINO(1), J CULASSO(1), E VANZETTI(1)
(1) Hospital Materno Provincial.

Introducción: La Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT) se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, manifestaciones neurológicas y renales. La oclusión de arteriolas y capilares por microtrombos compuestos fundamentalmente por plaquetas, es típica. En su mayoría es idiopática, aunque puede asociarse a infecciones, tóxicos, medicamentos, embarazo y trastornos autoinmunes. Con una incidencia en embarazadas de 1/ 50000 nacido vivos.

Caso clínico: Paciente de 32 años embarazada de 37 semanas, (Gestas 4, Paras 2, Abortos 1) ingresa por Guardia Central, con cifras de tensión arterial (T.A.) 160/80 mmHg, al examen físico presenta: edemas, cefalea y epigastralgia. **Laboratorio:** Ac Úrico 5.7mg%, FAL 285 UI/L, Proteinuria en muestra aislada 300mg, Plaquetas 108000 x mm³. Dado su cuadro clínico es internada en área de parto, iniciándose tratamiento con sulfato de magnesio, labetalol por vía ev, sin respuesta al tratamiento se decidió interrupción del embarazo por vía quirúrgica. Durante la cesárea presenta importante sangrado, sin descompensación hemodinámica. **Ingresó a UTI:** T.A. 160/105, FC 70 por minuto, FR 18 por minuto, Saturación O₂ 96% (aa). **Respiratorio:** Murmullo Vesicular (+) hipoventilación en bases, **Cardiovascular:** R1 R2 normofonéticos, edemas generalizados. **Abdomen** blando, bajo efectos de anestesia. **Urinario:** oliguria. **SNC:** bradispsiquia. **Laboratorio:** Hto 21.2%, Hb 7.47 gr /dl, Plaquetas 87600 x mm³, Proteínas totales 5 gr%, Albúmina 2.1gr%, LDH 641UI/L. Evolucionó con fallo renal agudo, HTA severa refractaria al tratamiento, estado neurológico alternaba entre vigilia bradispsiquia, y somnolencia. Laboratorios presentaban plaquetopenia, anemia hemolítica microangiopática con esquistocitos, valores de LDH en ascenso que alcanzó 4040 UI/L, hiperbilirrubinemia, proteinuria (+). Screening para Colagenopatías (-). Ecografía renal riñones ecogenicidad aumentada con escasa diferenciación córtico-medular. Biopsia renal cambios vinculables a HTA maligna.

Resultados: Permaneció 21 días en UTI con Dx de PTT secundaria a embarazo, requirió 9 sesiones de hemodiálisis, 13 sesiones de plasmáferesis, 84 transfusiones de hemocomponentes. Evolucionó satisfactoriamente y al alta continúa con tratamiento antihipertensivo y hemodiálisis trisemanal.

Conclusiones: La PTT del embarazo presenta una incidencia muy baja en las anemias hemolíticas microangiopáticas pero es un diagnóstico diferencial a considerar entre patologías más frecuentes en el embarazo tales como Síndrome de Hellp, Síndrome Urémico Hemolítico del Adulto, Fallo Renal Agudo, Crisis Lúpica, Purpuras idiopáticas.

0121 UROSEPSIS POR ACINETOBACTER BAUMANNII ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD

D DIAZ(1), P URBINATI(1), D ROVIRA(1), V CLAIRON(1), S SOLI(1), M ROTONDO(1)
(1) Sanatorio Los Alerces.

Introducción: El Acinetobacter es un bacilo gram negativo, no fermentador, no esporulado y aerobio estricto. Se han identificado 19 especies diferentes, de las cuales el A. Baumannii se asocia a infecciones intrahospitalarias, en general multirresistente. La tasa reportada, de individuos sanos portadores de A. Baumannii, es muy baja. Se puede aislar en la piel, faringe y otras localizaciones.

Caso Clínico: Mujer, 85 años, hipertensa, hipotiroidea, fibrilación auricular crónica, trombosis venosa profunda con colocación de filtro de vena cava inferior y fractura de cadera. Sin factores de riesgo para colonización por patógenos multirresistentes en el último año. Medicación: furosemida y acenocumarol. Cursó 48 horas de interacción en sala por cuadro de: fiebre, leucocitosis, falla hepática con ictericia, falla renal y alteración del coagulograma. Se realizaron radiografía de tórax, hemocultivos y urocultivo, tratamiento antibiótico empírico.

Ingresó a UTI por insuficiencia respiratoria y agravamiento de su cuadro clínico. Al examen físico presentó ictericia, acrocianosis, crepitantes bilaterales, taquipnea, taquicardia con ritmo irregular, oligoanuria y edemas maleolares. Laboratorio: hipoxemia, persistían la leucocitosis y las fallas orgánicas.

Estudios complementarios: Ecografía y Tomografía abdominal: esteatosis hepática. Ecocardiograma: fracción de eyección del 50% y aquinesia septal. Radiografía de tórax: cardiomegalia, hilios congestivos y refuerzo de trama bilateral.

Conducta: diuréticos de asa, se cambió el antibiótico a Piperacilina-Tazobactam de manera empírica. En el urocultivo se aisló Acinetobacter Baumannii sensible a colistina, minociclina y tigeciclina; agregando Colistín al tratamiento. Luego de 48 horas con hemocultivos negativos, se suspendió Piperacilina-Tazobactam. Por mejoría clínica y de laboratorio, luego de 10 días pasó a sala general, cumplió tratamiento antibiótico y fue dada de alta.

Conclusión: el A. Baumannii, surgió como un germen de cuestionada patogenidad, hoy se sabe que es un agente multirresistente, asociado a infecciones hospitalarias con alta mortalidad. La infección adquirida en la comunidad es rara, aunque cada vez hay más casos documentados.

0122 IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA PASIVA DE EVENTOS ADVERSOS EN CTI NEONATAL Y PEDIÁTRICO.

L PEDROZO(1), A FRANCO(1), A GIMENEZ(1), S ARTOGOYTIA(1)
(1) Regional Salto.

Introducción: Unidad de Cuidados Intensivos polivalente Neonatal y Pediátrica de un Hospital Público del interior de Uruguay. En el 2011 el equipo de seguridad del paciente implementa un sistema de vigilancia pasiva de eventos adversos (EA).

Objetivos: -Evaluar la utilidad de un formulario de reporte de EA. -Identificar factores de rechazo. -Determinar tipos de EA y consecuencias. -Impulsar la cultura de seguridad del paciente.

Material y método: Estudio observacional descriptivo. Sistema de reporte de EA basado en un formulario de reporte: anónimo, no obligatorio, no punitivo ni vinculante, libre para cualquier integrante del equipo asistencial; el que se deposita en un buzón. - Para valorar la carga de trabajo de enfermería se aplicó el TISS 28. En la población pediátrica se aplicó el PIMII como score predictivo de mortalidad (M); en población neonatal menor de 1500 g el CRIBII; mayores de 1500 g el SNAPII.

Resultados: Desde Enero/2011 a Diciembre/2012 ingresaron 370 pacientes, 161 niños (M predictiva:12%); 209 neonatos: 52 con menos de 1500g (M predictiva media:19.5%) y 157 mayores a

1500g (M predictiva media:1.6%). Total de días cama: 5840; total de días cama ocupados: 3559; porcentaje ocupacional: 58%. Días de estada promedio: 11. Media del TISS28: 18. Total de 246 reportes, 1 reporte cada 3 días. Los reportes los realizaron: Enfermería 70%, médicos 29% y auxiliares de servicio-economato el 1%. La población neonatal fue la más afectada: 63%, lactantes 22%. Los médicos fueron responsables de los EA en 32%, enfermería en 58%. Los EA vinculados a medicación fueron mayoría con 34%, prótesis 17%, comunicación 16%, cuidados básicos 14%, diagnóstico 9%, equipos 8%. Se reportaron 155 (62%) EA sin daño al paciente, con daño 91 (38%) destacando los debidos a fallas en la medicación con 34 casos y manejo de prótesis con 21 casos. Comprometieron la vida 10 EA. Conclusiones: el mecanismo propuesto de vigilancia pasiva basado en un formulario ha demostrado aceptación. El principal factor de rechazo es el temor a la acción punitiva. Los EA por fallas en el proceso de la medicación son los más frecuentes siendo el personal de enfermería el que más ha reportado.

0123 TROMBOANGIITIS OBLITERANTE Y AFECTACION VISCERAL

N MOLINA(1), M POMBO(2), A STEINBERG(2), J MORENO(2), CTONELI(2), G CUETO(2), M TORRES BODEN(2), E BRAÑIA(2), C COZZANI(2), M ZYLBERMAN(2)

(1) Gral.de Agudos Cosme Argerich. (2) General De Agudos Dr. Cosme Argerich.

Introducción: La tromboangiitis obliterante es una enfermedad inflamatoria, oclusiva no ateromatosa y segmentaria. Afecta vasos de mediano y pequeño calibre, relacionada al consumo de tabaco y sexo masculino. Clínicamente se manifiesta con dolor en reposo e impotencia funcional por isquemia de miembros inferiores y superiores, progresa a úlceras y gangrena. No hay elevación de reactantes de fase aguda ni marcadores inmunológicos específicos. Histopatológicamente se caracteriza por trombos oclusivos intraluminales e infiltrado de tipo agudo.

Caso clínico: Mujer de 20 años con antecedentes de tabaquismo, en estudio por disnea CF II de 5 meses de evolución, miocardiopatía dilatada, claudicación intermitente, necrosis del halux, 2º y 3º dedo pie izquierdo. Presunción diagnóstica: colagenopatía, se inicia tratamiento anticoagulante y con prostaglandinas. Únicos datos positivos de laboratorio: anticoagulante lúpico y serología IgG para para mycoplasma y Epstein Barr. **Arteriografía:** afinamiento difuso y obstrucción en miembros inferiores. **CCG:** afinamiento de DA. **Ecocardiograma transesofágico (ETE):** VI dilatado, espesor parietal conservado, hipoquinesia inferoposterior con FEY 35%. Ingresó a UTI pos PCR secundario a FV/TV, que requirió RCP avanzada: CVE, vasopresores (noradrenalina) e inotrópicos (dobutamina). Para protección encefálica se realiza hipotermia moderada durante 6hs. Evolucionó favorablemente, se extubó y se transfirió a UCO para la colocación de CDI.

Se recibe resultado de biopsia de arteria radial derecha que informa hallazgos compatibles con enfermedad de Buerger.

Discusión: A pesar de ser una patología prevalente en hombres, se presenta un caso de esta enfermedad en una mujer joven, con antecedentes de consumo social de tabaco. Se descartó fuente embolígena, colagenopatías y patologías asociadas a vasculopatías como DBT así como otras causas de miocardiopatía como las tóxicas o infecciosas (Chagas). Con manifestaciones clínicas características y otras atípicas como la cardíaca, se confirmó el diagnóstico de enfermedad de Buerger mediante histopatología. A pesar de no contar con biopsia endomiocárdica, habiendo reportes de casos aislados de miocardiopatía dilatada asociada a tromboangiitis obliterante, la causa de la misma podría inferirse como relacionada.

Conclusiones: Se presenta una enfermedad infrecuente, con una manifestación atípica como la afectación visceral. Actualmente el único tratamiento demostrado es la cesación del consumo del tabaco, por intervenir en la progresión y pronóstico de la enfermedad.

0124 NAV POR CORYNEBACTERIUM. IMPLICANCIAS DE UN PATOGENO EMERGENTE

M RAGAZZOLI(1), D ALEGRANZA(1), M ULLOA(1), A CASARETTO(1), N JUAREZ GOMEZ(1), S VENEZIA(1), H PIZÁ(1), G MONTI(1)
(1) Central De San Isidro.

Introducción: La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la infección más frecuente entre los pacientes internados en UTI, tiene asociada una elevada morbimortalidad y aumenta en forma significativa los costos de internación. En los últimos años, el amplio uso de antibióticos ha favorecido la emergencia de nuevos patógenos responsables de NAV. *Corynebacterium* es un habitual colonizante de piel y membranas mucosas, que no ha estado usualmente involucrado en la etiología de la NAV. Sin embargo, en nuestro medio cada vez es más frecuente su aislamiento.

Objetivo: 1) Determinar la prevalencia de NAV por *Corynebacterium*. 2) Comparar la evolución de los pacientes con NAV por *Corynebacterium* versus las neumonías producidas por otros patógenos.

Material y métodos: Estudio observacional de corte transversal. Se incluyeron consecutivamente todos los pacientes con NAV comprendidos en un período de 6 meses internados en nuestra UTI. El diagnóstico de NAV fue establecido por el score clínico de infección pulmonar (CPIS), y las muestras respiratorias fueron obtenidas por aspirado traqueal (AT) o lavado broncoalveolar (BAL). Se registró el APACHE II al ingreso y el SOFA diariamente. Se establecieron las diferencias en los scores de gravedad, estadía en UTI, días de ARM y mortalidad entre los pacientes con NAV por *Corynebacterium* vs NAV por otros gérmenes. Las medianas fueron comparadas estadísticamente.

Resultados: Registramos 54 casos de NAV en un período de 6 meses, de los cuales 9 (16%) fueron producidas por *Corynebacterium* y el resto por otros, entre los cuales *Acinetobacter* fue el más frecuente (18/54 33%), seguido por *Pseudomonas* (14/54 26%). La mortalidad fue del 100% en los pacientes con *Corynebacterium*, significativamente diferente respecto al grupo de NAV por otros gérmenes que fue del 57% ($p < 0.02$). No hubo diferencias significativas en cuanto al score APACHE II al ingreso y SOFA al día de diagnóstico de NAV.

	NAV por <i>Corynebacterium</i>	NAV por otros gérmenes	p
Pacientes	9	35	
Edad	73	65	NS
SOFA día 1 de NAV	8	8	NS
Estadía (días)	32	25	NS
Días de ARM	31	22	NS
APACHE II	23	25	NS
Mortalidad	100%	57%	0.02

Conclusiones: En los últimos años han surgido infecciones por gérmenes oportunistas. En nuestra serie, constatamos una alta prevalencia de NAV por *Corynebacterium*, y ésta se asoció a una mayor mortalidad en comparación a aquellas producidas por otros patógenos.

0125 CARACTERISTICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES CON VENTILACION MECANICA INVASIVA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

L AREAS(1), G BATAGLIA(1), MI FERRERO(1), LJ FINN(1), LI GAREGNANI(1), GJ MUHAFARA(1), PA PROS(1), A TASSARA(1), CB VAZQUEZ(1), M VILLARRUEL(1)

(1) Piñero.

Introducción: La ventilación mecánica invasiva (VMI) es uno de los procedimientos más utilizados en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) en

nuestros días. Se desconoce información epidemiológica publicada sobre pacientes adultos que reciben VMI por más de 12 hs en nuestro país. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas y la prevalencia de pacientes que reciben VMI por más de 12 hs; y las variables que influyen en la sobrevida en una UTI polivalente de adultos de un Hospital General de Agudos.

Pacientes: Cohorte de pacientes en VMI por más de 12 horas entre el 1° de agosto del año 2012 al 28 de febrero del año 2013.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo longitudinal prospectivo. Variables registradas fueron: edad, sexo, APACHE II, días y motivos de VMI, estadía en UTI y hospitalaria, mortalidad en UTI y hospitalaria. Probabilidad de sobrevida según Kaplan-Meier, tasa de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV), número de extubaciones (deseadas y no deseadas), tipo de weaning, tasa de traqueostomía (TQT) y día de VMI en la que se realizó.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes de un total de 152. La prevalencia de VMI fue de 63,15%, con una mediana de edad (valor mínimo) de 49 años [17-95] y una relación de 2:1 (hombres-mujeres). La mediana de APACHE II al ingreso fue 17,5 RIQ[13-21]. El principal motivo de VMI fue la Insuficiencia Respiratoria Aguda (74,99%). La mediana de días de VM fue 3,5 RIQ[2-8], de estadía en UTI fue 8 RIQ[4-19] y de estadía hospitalaria fue 16 RIQ[7-30]. La mortalidad en UTI fue del 42,71% y la hospitalaria del 54,80%. La mediana de tiempo de supervivencia fue de 25 días. Tasa de NAVM fue del 24%. Realizaron weaning 59 pacientes (46% simple, 29% dificultoso y 25% prolongado). Se realizaron 50 extubaciones: 94% fueron deseadas (79% exitosas y 21% fallidas). Tasa de TQT del 20%.

Conclusión: Este trabajo nos permitió conocer el perfil de pacientes que reciben VMI en nuestra UTI. La información reportada podría ser de utilidad para valorar la implementación de nuevas estrategias terapéuticas que nos permitan mejorar la calidad en la atención de estos pacientes.

0126 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ANTES Y DESPUÉS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

F SIERRA(1), A QUISPE MÁXIMO(1), M ACQUAFREDDA(2), C TORRY(2), N DI SANZO(3), P MIRANDA(3), A AMOYAO(3), L PICHINAO(3)

(1) Dr. Felipe Glasman. (2) Dr. Felipe Glasman. (3) Leonidas Lucero.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida previa de los pacientes ingresados a UCI que requirieron ventilación mecánica y compararlo a los 6 meses del alta de UCI mediante cuestionario de salud EQ-5D.

Diseño: Estudio prospectivo observacional
Ámbito: UCI del Hospital de la Asociación Médica "Dr. Felipe Glasman" y Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leonidas Lucero", Bahía Blanca, Argentina.

Pacientes: Pacientes ingresados a UCIs polivalente.

Resultados: Se estudiaron 176 pacientes, 86 (48.9%) con ventilación mecánica. La edad media fue de 55±19 años. El apache II medio fue 17±7,0; el TISS medio fue 28,5±5,9. La mediana de días de internación en UCI y días de hospital fueron 11 y 20 respectivamente. La percepción de calidad de vida evaluado por EQ-5D a los 6 meses del alta de UCI, muestra que en las dimensiones movilidad, dolor y ansiedad, no se modifican con el paso por UTI. En cuidados personales existen diferencias entre antes y después del paso por UCI, hay un 18% que empeora y un 5.8% que mejora. En actividades diarias también existen diferencias, hay un 30% que empeora y un 7.4% que mejora. La Ventilación Mecánica afectó negativamente a todas las dimensiones consideradas, excepto a lo que se refiere al Dolor. La más afectada resultó Actividades diarias, con un 40% de pacientes que empeoraron su situación después de recibir Ventilación Mecánica en UCI. Mortalidad general 25,6%(45/176) y mortalidad VM 43% (37/86).

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que la calidad de vida de los pacientes que requieren ventilación mecánica evaluados al momento de ingreso a UCI y comparado a los 6 meses del alta de UCI presentan mayor deterioro en todas las dimensiones consideradas y mayor mortalidad.

0127 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS INFECCIONES INVASIVAS GRAVES CAUSADAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN ADULTOS EN TERAPIA INTENSIVA

L DE VEDIA(1), E CUNTO(1), N LISTA(1), C DOMÍNGUEZ(1), E DI VIRGILIO(1), P SAUL(1), J CISNEROS(1), V CHEDIACK(1), R PRIETO(1), C NOGUERAS(1), J SAN JUAN(1)
(1) Muñiz.

Objetivos: Describir la incidencia y características clínicas de las infecciones graves por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) ingresados en la unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital público y analizar factores asociados con mortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, realizado en una UTI. Se evaluaron los ingresos registrados entre 2006 y 2013, seleccionándose aquellos con diagnóstico de infección por SAMR-AC, definidas de acuerdo a criterios epidemiológicos (ausencia de contactos hospitalarios en los últimos 12 meses, y aislamiento de SAMR dentro de las primeras 48 horas de la hospitalización) y fenotípicos (perfil de resistencia de los aislamientos de *S. aureus*). Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos, y se realizó análisis de factores de riesgo asociados con mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes, 29 (64,4%) hombres, edad promedio 36,8 ± 15,0 años. Las infecciones por SAMR-AC constituyeron el 0,73% de los ingresos en el período 2006-2009 y el 1,68% en el período 2010-2013 (p=0,009). Los factores predisponentes más comunes fueron: HIV 15 casos (33,3%), antibióticos en los 6 meses previos 10 (22,2%), tratamiento inmunosupresor y diabetes 4 cada uno (8,8%). En 17 pacientes (37,7%) no se evidenció ningún factor predisponente. En 32 casos (77,1%) se identificó una infección de piel y estructuras relacionadas (IPER) como foco primario. Las formas clínicas observadas fueron sepsis (38 pacientes, 84,4%) y neumonía (37 pacientes, 82,2%). El score APACHE II promedio al ingreso fue 13,6 ± 6,2. Los aislamientos fueron susceptibles a TMP-SMX (42/42, 100%), rifampicina (40/40, 100%) y clindamicina (37/43, 86%). La mortalidad fue del 33,3% (15/45 pacientes). El único factor que se asoció significativamente con mortalidad fue la infección por HIV (OR 7,2, IC 95% 1,75-29,57).

Conclusiones: La incidencia de infecciones por SAMR-AC en UTI ha crecido significativamente. Mayormente se presentó en hombres jóvenes, y con frecuencia en sujetos sin factores predisponentes. El foco primario fue en general una IPER, y en más del 80% se presentó sepsis y/o foco pulmonar. La mortalidad es muy elevada, por lo que debe mantenerse un elevado grado de sospecha a fin de instaurar precozmente el tratamiento adecuado.

0129 BOTULISMO DE HERIDA TRAS TRAUMATISMO DE TOBILLO

MV ALÓ(1), JI MELE(1), L COCCO(1), M ESTEVES(1), JA BUSTOS BERTOLDO(1), R VENAFRI(1)

(1) Higa Penna.

Introducción: El botulismo es una enfermedad neuroparalítica severa causada por neurotoxinas del *Clostridium botulinum*. No es una patología frecuente, pero su importancia radica en su elevada mortalidad.

Caso clínico: Paciente de 30 años de edad, derivada de Pedro Luro tras luxofractura expuesta de tobillo izquierdo, por caída de un caballo. Tras 8 días de internación, comienza con cefalea, diplopía, ptosis palpebral bilateral y trastornos deglutorios. Presenta midriasis bilateral, con reflejos fotomotor y consensual conservados; evoluciona a la insuficiencia respiratoria con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Por sospecha de botulismo de herida, se administra ATB, antitoxina botulínica, vacuna y gammaglobulina antitetánica. Permanece en AVM durante 14 días, con mejoría progresiva.

Resultados: El botulismo tiene 4 formas de presentación, con un síndrome clínico que implica parálisis de nervios craneales y descendente simétrica flácida de músculos voluntarios, que puede progresar al compromiso respiratorio y muerte. El botulismo por herida se produce por contaminación de la herida por esporas de

C. botulinum provenientes del suelo o agua, y posterior producción de toxina en el medio anaerobio de la herida. Debuta con alteración de los pares craneales III, IV o VI. La debilidad se extiende a los miembros, el tronco y puede alcanzar a los músculos respiratorios. Los pacientes pueden requerir ventilación mecánica por 1 a 2 meses. La confirmación diagnóstica se obtiene mediante la demostración de la toxina en muestras de la herida o suero. El tratamiento implica sostén y la terapéutica específica dada por la antitoxina, que debería administrarse en forma temprana, preferentemente dentro de las primeras 24 horas de aparición de los síntomas.

Conclusión: La mortalidad del botulismo a principios del siglo XX era del 60-70%. Los avances médicos, fundamentalmente a nivel de Cuidados Intensivos, hace que hoy, esa cifra descienda a 3-5%. Independientemente de la forma de transmisión, la forma de presentación es característica. La sospecha clínica, el control estricto y la terapéutica temprana son esenciales para disminuir la morbimortalidad de estos pacientes.

0130 HIPOTIROIDISMO SEVERO Y EMBARAZO

R MONTENEGRO(1), J MENDEZ(1), R HERNANDEZ(1), PR VILLEGAS(1), C VIVERO(1), C PALMERO(1), S SETTI(1), MC ORLANDI(1)

(1) Francisco Lopez Lima.

Introducción: El Hipotiroidismo clínico y el Coma Mixedematoso son patologías poco usuales en pacientes embarazadas, con una frecuencia que oscila entre 0,3-0,5 % de las gestaciones y una incidencia de 0,22 casos por millón por año en la población general. Existen documentados 36 casos de coma mixedematoso en embarazadas. Esta enfermedad tiene varias consecuencias materno-fetales, dentro de las cuales se describe la preeclampsia hasta en un 44% de los casos. También existe asociación reportada entre disfunción tiroidea y glomerulopatías o síndrome nefrótico, sin existir una relación causal clara entre las entidades.

Antecedentes: 34 años. Litiasis Vesicular. Cólico Renal.

Motivo de ingreso: preeclampsia-insuficiencia respiratoria aguda.

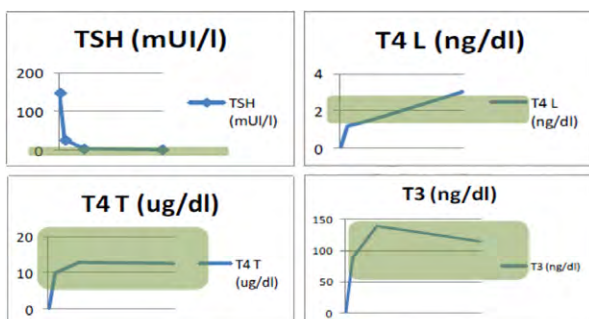
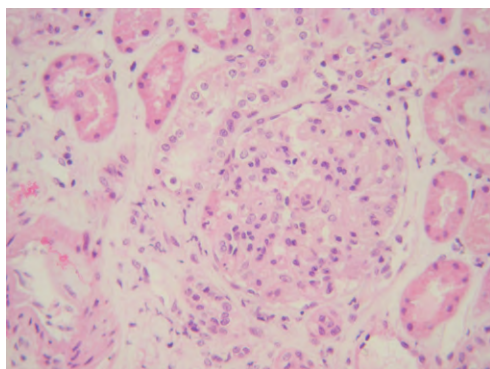
Historia de la enfermedad actual: paciente cursando 20 semanas de gestación, con sospecha de preeclampsia asociada a insuficiencia respiratoria por lo que se intuba y se traslada a centro de mayor complejidad.

Evolución en UTI: al ingreso impresiona enfermedad crónica con signos de Hipotiroidismo grave (alopecia, hipotensión arterial, bradicardia, anasarca: edemas generalizados, derrame pericárdico y ascitis). Ecocardiograma: FEY 70%, derrame pericárdico con signos de taponamiento cardíaco, se realiza punción guiada por ecografía y se evacúan 200 ml. Control: cavidades normales, motilidad conservada, derrame pericardio leve, con normalización de parámetros hemodinámicos. AP: no se observan células atípicas. Permanece en grave estado, con ARM y vasopresores. Proteinuria de 24 hs: 10 gs, por lo que se agrega al diagnóstico de Hipotiroidismo Severo ya confirmado por laboratorio, gestosis?, enfermedad autoinmunitaria sobreagregada o síndrome nefrótico por glomerulopatía primaria? Se asocia al tratamiento con T3 y T4, 3 pulsos de metilprednisolona y posteriormente corticoides por VO durante 8 semanas. Por oliguria sostenida y mal manejo de líquidos inicia hemodiálisis. Evolución tórpida, destete dificultoso, interurrencias infecciosas (NAV), mal manejo de secreciones, neuromiopatía del paciente crítico, por lo que se realiza traqueostomía, permaneciendo actualmente con cánula traqueal, por momentos tolerando válvula de fonación. Interconsulta con Ginecológica: gestación de 20 semanas con pocos controles del embarazo, en el último se objetiva HTA (170/110). Durante la internación es evaluada diariamente, con vitalidad fetal con movimientos, retraso de crecimiento y bradicardia. Al 5to. día FMR por lo que se solicita cesárea de urgencia. Notable mejoría clínica posterior. Interconsulta con Nefrología: Hipotiroidismo severo más Sme Nefrótico: glomerulopatía primaria (Enfermedad a cambios mínimos, Glomerulonefritis membranosa, Glomeruloesclerosis focal y segmentaria, Nefropatía por IgA) o secundaria (LES), con gestosis sobreagregada, en este caso sin com-

promiso del SNC, hematológico o hepático. Punción Biopsia Renal: colapso de luces capilares y engrosamiento de la pared capilar en forma difusa, lesión vinculable a eclampsia. IF ausencia de depósitos de inmunocomplejos. Se hemodializa durante 7 días, recuperando luego diuresis y mejorando la función renal. Se realizan controles seriados de proteinuria de 24 hs. objetivando su descenso. Último control: 0.39 gr/dl. Interconsulta con Endocrinología: Paciente con Hipotiroidismo severo de etiología autoinmune confirmado por laboratorio (ActPO positivos), que inicia tratamiento hormonal por vía oral (T4 y T3) y ante la gravedad del cuadro de ingreso, sospechando un coma mixedematoso se realiza tratamiento endovenoso con T4. En controles posteriores, normaliza T4L a las 72 hs, llegando al eutiroidismo a los 14 días de tratamiento.

Estudios complementarios: C3/C4: normales -Anticoagulante lupico: negativo -Anticardiolipinas : negativo -CH50: negativo -FAN: negativo -AntiENA: negativo. Anti peroxidasa: 294.4UI/ml (VN: 34UI/ml). La paciente evoluciona con hipertensión arterial requiriendo 4 drogas para su control. Es dada de alta de UTI a los 46 días del ingreso. Pasa a sala general y cinco días después es externada. Continúa con controles ambulatorios, aún con cánula de traqueostomía y eutiroides.

Conclusión: Una paciente de 34 años, primigesta, cursando semana 20 de gestación, presenta estado mixedematoso con taponamiento cardíaco y compromiso renal con severa proteinuria que evoluciona a la NTA. Se llega al diagnóstico de hipotiroidismo autoinmune asociado a gestosis con compromiso renal. La rareza de la presentación y el buen resultado del abordaje diagnóstico y terapéutico multidisciplinario motivaron el reporte del caso.



0132 PRIMER ESTUDIO ARGENTINO EN PACIENTES ADICTOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA. ESTUDIO DE PREDICCIÓN CLÍNICA

AJ CURA(1), DA FELICI(1), C GROSSI(1), MN NOVO(1), G PAZ(1), MA TICAK(1), L TUYA(1), WA TOZZI(1), G VERDE(1), SA VIRGILIO(1)

(1) Piñero.

Introducción: Un porcentaje de pacientes que ingresa a nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI) presenta antecedentes de consumo

de alcohol/sustancias ilícitas, siendo este subgrupo poco estudiado.

Hipótesis: La adicción a drogas ilícitas/alcohol predice un aumento de días de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) en pacientes ventilados por más de 12 horas en una UTI polivalente de adultos en un Hospital General de Agudos (HGA).

Objetivo: Determinar si la adicción a drogas ilícitas/alcohol modifica la evolución de pacientes ventilados por más de 12 horas en una UTI polivalente de adultos en un HGA de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Estudio analítico longitudinal prospectivo. Se incluyeron pacientes en VMI por más de 12 horas entre el 01/08/2012 al 28/02/2013. Las variables independientes fueron: edad, APACHE II, motivo de VMI, historia de abuso a drogas ilícitas/alcohol. Las dependientes fueron: días en VMI, estadía y mortalidad en UTI, falla de extubación y traqueostomía.

Resultados: Se analizaron 96 pacientes en VMI, 29(30,2%) presentaron historia de adicción. La mediana(mín-máx) de edad de pacientes adictos fue 42 años[17;75] vs 54 años[20;95] del grupo no adicto, $p=0,018$; la media de APACHE II en pacientes adictos y no adictos fue de $16\pm 7,3DS$ vs $18,54\pm 6,7DS$, $p=0,10$ respectivamente. No hubo diferencia en los motivos de VMI, $p=0,76$. La mediana(mín-máx) de estadía en UTI en pacientes con o sin adicción fue 14 días[1;128] vs 8 días[0;114], $p=0,02$ respectivamente; la mediana(min-máx) de días de VMI fue 8[0;37] vs 5[0;114], $p=0,09$ respectivamente. La tasa de extubación fallida en pacientes adictos y no adictos fue 26,3% vs 20,7% respectivamente, $p=0,73$; la tasa de traqueostomía en pacientes adictos fue 31% vs 15%, $p=0,09$; la mortalidad de pacientes con adicción fue 27,6% vs 50,7% , $p=0,04$. El análisis de regresión lineal estimó un aumento de la media de los días de VMI en tres días en pacientes adictos en comparación con los no adictos, coeficiente B estimado: 3,03; $p=0,05$.

Conclusión: Nuestro estudio demostró datos estadísticamente significativos para afirmar que los pacientes adictos a drogas ilícitas/alcohol presentan tres días más de VMI en comparación con los no adictos, siendo estos resultados de relevancia clínica.

0133 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS CLÍNICOS

Y DIAB(1), MC ARDAIST(1), L TALAMONTI(1), M RAMIREZ(1)
(1) Sanatorio De La Seguridad Social Rosendo Garcia.

Introducción: La trombosis venosa cerebral afecta con mayor frecuencia a pacientes jóvenes con factores de riesgos congénitos o adquiridos. Su incidencia es de 3 - 4/millón anual. Se presenta clínicamente con hipertensión endocraneana, ACV, o coma. Para su diagnóstico se requiere sospechar esta patología precozmente y estudios de neuroimágenes adecuados.

El objetivo de esta presentación es mostrar dos casos de trombosis venosa cerebral, haciendo énfasis en la signo sintomatología y exámenes complementarios apropiados que permitan un diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento específico.

Presentación de casos:

Caso 1: varón de 32 años de edad, que presenta cefalea, vómitos y déficit neurológico focal. Examen físico: bradicárdico, paresia braquial izquierda 4/5, hemiparesia braquiocrural derecha 3/5, parálisis facial periférica izquierda y parálisis VI par craneal izquierdo. PL: aumento de presión de apertura. Fondo de ojos: edema de papila. TAC de cráneo normal. RMI cráneo con gadolinio: mastoiditis derecha. ANGIO RMI que muestra ausencia de flujo en el seno longitudinal superior. Estudio de trombofilias negativos. Inicia anticoagulación con HBPM y acenocumarol.

Caso 2: mujer de 17 años de edad, cursando puerperio, que presenta cefalea, vómitos, desorientación temporo-espacial intermitente, afasia global y déficit neurológico focal con hemiparesia fasciobraquiocrural derecha. TAC de cráneo que muestra hemorragia intraparenquimatosa heterogénea temporo-parietal izquierda. ANGIO RMI ausencia de visualización de flujo en seno transversos, sigmoides y yugular izquierdos. Se diagnostica en internación síndrome

nefrótico. FAN 1/640 moteado y anticuerpos anticardiolipinas Ig. G 45 GPL U/ml. Inicia anticoagulación.

Resultados: Ambos casos evolucionaron favorablemente. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica. Tener en cuenta esta entidad en pacientes jóvenes con cefalea inusual y síntomas de ACV, hipertensión endocraneana o coma. Como método diagnóstico la ANGIO RMI es extremadamente sensible para demostrar anomalías vasculares y alteraciones parenquimatosas asociadas.

En cuanto al tratamiento la terapia anticoagulante es efectiva y está indicada incluso en pacientes con infartos hemorrágicos, mejorando el pronóstico neurológico en un 80% de los casos.

Conclusión: Las trombosis de los senos y venas cerebrales si bien son infrecuentes cobran importancia clínica por las complicaciones a las que están expuestas. El diagnóstico precoz y la rápida instauración del tratamiento anticoagulante es primordial para disminuir la morbimortalidad y mejorar el pronóstico.

0134 TRAUMATISMO TORACICO PENETRANTE EN NIÑO POR ARMA BLANCA CON INTERVENCION TEMPRANA. A PROPOSITO DE UN CASO

RB ARAOZ OLIVOS(1), MS RAMOS(2), JR LEDESMA(2), MP OVEJERO(2), SC COLMAN(2), L NINAMANGO(2)
(1) Pediátrico Dr Avelino Castelan. (2) "avelino Castelan".

Introducción: Los traumatismos torácicos penetrantes constituyen una verdadera amenaza para la vida e implican un gran reto terapéutico. Un tercio de los pacientes que los presentan llega con vida al hospital y de ellos la mitad fallece. Aunque inicialmente está indicada la descompresión torácica y reposición de la volemia, la toracotomía de urgencia es de elección en pacientes inestables.

Presentación del caso: Niño de 8 años traído por ambulancia 30 minutos después de haber sufrido herida punzocortante en tórax anterior izquierdo con tijeras, (extraída por la madre). Presentó palidez generalizada, hipotensión, trastorno del sensorio, shock descompensado y se trató hasta su intervención. A los 5 minutos de su arribo ingresó a quirófano donde se realizó toracotomía antero posterior izquierda de urgencia. Presentó paro cardíaco, por lo que se efectuó masaje a corazón abierto y reanimación avanzada en equipo, con buena respuesta, previo clampeo de herida de ventrículo izquierdo. Se evidenció una lesión tipo V (Escala Orgánica de Lesiones Cardíacas), lesión de pericardio y lesión penetrante de 1 cm de longitud en ventrículo izquierdo, hemotorax izquierdo y hemopericardio que se drenó, se realizó rafia de ventrículo izquierdo, ventana pericárdica y dos drenajes pleurales antero inferior y postero superior.

Resultados: En el postoperatorio inmediato en asistencia respiratoria mecánica, hemodinámicamente lábil con alto requerimientos de inotrópicos, expansiones y hemoderivados. El eco cardiograma a las 24 hs evidenció derrame pericárdico leve, función de ventrículo izquierdo con fracción de acortamiento de 28%. Recibió antibióticos de amplio espectro. Evolucionó favorablemente, sin compromiso neurológico, se extubó al quinto día, pasó a sala general hasta su extubación.

Conclusión: El sostén intensivo del paciente mediante la identificación precoz del shock y la resolución inmediata de las lesiones con riesgo inminente de vida, mediante la destreza del cirujano y el trabajo en equipo determinó en este caso un excelente resultado: un niño neurológicamente sano que volvió a su vida cotidiana.

0135 DEFICIT DE FACTOR XIII DE LA COAGULACIÓN EN EL LACTANTE

J ECHAVE(1), L BARRIOS FERRO(1), L BUSSO(1), P CASTELLANI(1), K FIQUEPRON(1), L MORENO(1), D OTERO(1), N RAÚL(1), M RZEPESKI(1), M WERNISCH(1), M MARTI(1)
(1) El Cruce.

Introducción: El factor XIII es responsable de la formación de puentes cruzados en la malla de fibrina, haciendo al coagulo menos sen-

sible a la lisis. Su déficit tiene una incidencia de 1 cada 5.000.000 de habitantes. La presentación más frecuente es la hemorragia luego de la caída cordón umbilical (80%). Entre el 25 y 30% se presenta como hemorragia cerebral durante la niñez. Otras manifestaciones: el sangrado tardío luego de cirugía, abortos espontaneos, sangrado de mucosas y retraso en la cicatrización. Ante un alto índice de sospecha, la prueba de sensibilidad a la lisis del coagulo y el dosaje de factor xiii confirman el diagnóstico.

Por tratarse de una patología muy poco frecuente, presentamos el siguiente caso clínico.

Caso clínico: Paciente de 6 meses, sin antecedentes perinatológicos, internado por síndrome meníngeo tratado como meningitis. Presentó deterioro del estado de conciencia y convulsiones al 5to día de internación se realizó tac de cerebro que evidenció masa ocupante compatible con malformación arterio venosa o tumor de snc con sangrado. Se derivó a nuestro servicio. Se realizó neurocirugía de urgencia, se evacuó hematoma subdural, con buena hemostasia, y se colocó sensor de PIC. Cultivos y anatomía patológica de pieza quirúrgica negativos. Se descartó malformación vascular por angiografía digital. Durante su estadía presentó múltiples sangrados en sistema nervioso central, con coagulograma básico normal. Se interconsultó al Servicio de Hematología que solicitó screening de factor XIII cuyo resultado fue positivo. Se inició tratamiento con factor XIII 20UI/ kilo en dosis semanales, presentando franca mejoría del sangrado luego de 3 semanas. Se otorgó el egreso hospitalario luego de 86 días de internación, debiendo administrarse factor XIII cada 6 semanas. La paciente evolucionó favorablemente. Presenta actualmente paresia braquiocrural izquierda en rehabilitación.

Conclusiones: La deficiencia de factor XIII es infrecuente. Se debe sospechar frente a la presencia de sangrado tardío luego de cirugía, o posterior a la caída del cordón umbilical así como ante un sangrado en SNC sin causa anatómica demostrada con coagulograma básico normal. La reposición del factor deficiente mejora francamente la evolución y el pronóstico del paciente por lo que realizar el diagnóstico precoz resulta fundamental.

0136 RELEVAMIENTO ESTADÍSTICO DE PACIENTES TRAQEOSTOMIZADOS DURANTE UN PERIODO DE CINCO AÑOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA DE UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

D OTERO(1), K FIQUEPRON(1), L BARRIOS FERRO(1), P CASTELLANI(1), K CINQUEGRANI(1), J ECHAVE(1), A PICCIRILLI(1), N RAÚL(1), M RZEPESKI(1), L MORENO(1), L BUSSO(1)
(1) El Cruce.

Objetivos: Describir epidemiología de pacientes traqueostomizados en nuestro servicio.

Determinar factores predictores para el requerimiento de traqueostomía. Identificar indicaciones más frecuentes.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional descriptivo entre julio 2008/marzo 2013. Se incluyeron pacientes ingresados que requirieron avm categorizados en a: pacientes en avm que no requirieron traqueostomía. B: pacientes en avm que se traqueostomizaron.

Se analizaron variables comparativas: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, días de estada, días de AVm, PIM 2, mortalidad real.

En el grupo b se analizó motivo de indicación de traqueostomía: encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE), enfermedades neuromusculares, AVm prolongada (más de 20 días), tres extubaciones fallidas, malformación/lesión de vía aérea.

Se utilizó SATI-Q pediátrico. Análisis estadístico STATA 10. Las variables cuantitativas se expresan en media, mediana desvío estándar (DS), porcentaje y N. En la comparación de grupos se utilizó el test de CHI cuadrado, significancia estadística <0.05 Y en la comparación de medias de variables continuas test no paramétricos.

Resultados: Ingresaron 1805 pacientes, 935 requirieron avm, de éstos fueron traqueostomizados 10% (n=88). Predominancia de

varones en ambos grupos: 60%(a) - 56%(b). Media de edad 31.75 Meses ds 47.26, mediana 8 (1-190) en el grupo a y 42.90 meses ds 54.25, mediana 12.5(1-187) en el grupo b. Media de días de AVM 6.74 DS 7.47 en a y 78.85 DS 120 en b.

Días estada: mediana global 19,2 DS 44,18, grupo a 10.77 DS 11,9, grupo b 119,22 DS 90,20 (p=0,0000)

PIM: global mediana 16,80 DS 21,29, grupo a mediana 16,52 DS 21,0, grupo b 19,5 DS 23,68 (p=0,55) mortalidad real grupo a 16.29% (n=138) /grupo b 7.95% (n=7) (p:0.040).

Diagnósticos de ingreso: grupo a y b respectivamente: respiratorio 53.01% (n=449)/54.55% (n=48), otros 14.75% (n=125)/13.64% (n=12), causa externa 13,11% (n=111)/9.09%(N=8),neurólogo 10.51%(n=89)/17.05% (n=15) cardiológico 4.13% (n=35)/2.27% (n=2), postquirúrgico 4.49%(n=38)/ 3.41 % (n=3). (p 0.406).

Indicaciones de traqueostomía: ECNE 34.09%(n=30) AVM prolongada 22.72% (n=20), enfermedad neuromuscular 19.31% (n=17) extubaciones fallidas 17% (n=15) y malformaciones de la vía aérea 6.81% (n=6).

Conclusiones: No existió diferencia estadísticamente significativa en el motivo de ingreso en ambos grupos. No se encontraron factores predictores para la indicación de traqueostomía.

La mortalidad en el grupo a es mayor, si bien es estadísticamente significativa existen variables involucradas que no han sido analizadas.

Los pacientes traqueostomizados tuvieron estadías más prolongadas y más días de AVM, probablemente asociado a que la indicación más frecuente fue ECNE.

0137 TUBERCULOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE.

L BARRIOS FERRO(1), K CINQUEGRANI(1), J ECHAVE(1), K FIQUEPRON(1), D OTERO(1), A PICCIRILLI(1), E QUISPE LÓPEZ(1), N RAÚL(1), M RZEPESKI(1), L BUSSO(1)
(1) El Cruce.

Introducción: La infección tuberculosa constituye un grave problema para la salud pública presentándose con alta tasa de morbimortalidad en nuestro país. Se notifican 11.000 casos nuevos y mueren 800 personas anualmente.

El retraso en el diagnóstico de tuberculosis (TBC) en sistema nervioso conlleva a la demora en el inicio del tratamiento y el consiguiente aumento de secuelas neurológicas.

Caso clínico: Niño de dos años sin antecedentes patológicos con tratamiento antibiótico por forunculosis recidivante en región axilar derecha. Presentó estatus convulsivo febril.

Al ingreso a UTIP se realizó punción lumbar con manometría previa TC de cerebro sin contraste donde se visualizó edema y discreta hidrocefalia.

Fisico-químico LCR: 300 elementos (L80%), glucorraquia 2 mg/%, proteínas 1,89 mg/%, lactato 14mmol/l. Cultivo negativo.

Se interpretó como shock séptico con meningitis purulenta, probable punto de partida en piel y partes blandas y se medicó con ceftriaxona y vancomicina.

A las 24 hs presentó convulsiones con anisocoria realizándose nueva TC con contraste que evidenció hidrocefalia supratentorial aguda (con perfusión transependimaria positiva), signos de hipertensión endocraneana secundario a imagen densa redondeada con realce heterogéneo luego del contraste que condicionaba colapso parcial y desplazamiento del 4to ventrículo. e indicó ventriculostomía de urgencia y se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN) con gadolinio.

Informe: "Lesión en fosa posterior con anillo que realza con la administración de contraste y marcado edema perilesional y refuerzo en las cisternas troncales peritroncales y silvianas y refuerzo meníngeo que correspondería a tuberculosis, se asocia a lesiones de tipo isquémicas secundario a arteritis infecciosa."

Ante ello hallazgos se inició tratamiento antituberculoso con cuatro drogas y se programó excéresis de masa tumoral a las 48 hs. Se

enviaron muestras para diagnóstico microbiológico y anatomopatológico.

Se confirmó el diagnóstico de infección tuberculosa por anatomopatología.

Actualmente el paciente se encuentra traqueostomizado y gastrostomizado, con secuela neurológica severa.

Conclusiones: Teniendo en cuenta que la TBC continúa siendo una patología frecuente en nuestro país, consideramos de suma importancia incorporar la al algoritmo diagnóstico ante la presencia de una imagen tumoral en Sistema Nervioso Central, lo que permitiría solicitar estudios complementarios precozmente e iniciar de manera temprana el tratamiento oportuno con el objetivo de mejorar la morbimortalidad y evaluar los contactos para control de foco.

0138 DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO ELECTRÓNICO EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

MF AGUIRRE OJEA(1), MC RISSO(1), R CASTRO(1), J RODRIGUEZ RATTARO(1), G SILBERSZAC(1), G VACA RUIZ(1), A CURA(1), B REY SUMAY(1), CD PAGANO(1), A CARIDI(1), G VERDE(1)

(1) Hospital Piñero.

Introducción: La Historia Clínica Electrónica (HCE) optimiza la gestión de información y mejora la toma de decisiones terapéuticas. El Servicio de Terapia Intensiva (UTI) condujo la iniciativa en la institución del desarrollo de una HCE, en la que toda la información médica del paciente esté disponible.

Objetivos: Describir el desarrollo e implementación del Registro Médico Electrónico (RME) en UTI de un Hospital Municipal General de Agudos.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo del desarrollo e implementación de un RME.

Discusión: El plan inicia en Junio de 2011 con el desarrollo y aprobación del proyecto por la Dirección Hospitalaria.

La transición entre la tradicional historia clínica en papel y el grado máximo de informatización es compleja. Por ello, se inició con una modalidad intermedia escalable, el RME, para lograr una mejor aceptación de la nueva modalidad de trabajo. Este es una interfaz que combina texto libre y carga estructurada de información, organizada en módulos. Son: Datos filiatorios; Evolución; Epicrisis; Solicitud Exámenes Complementarios; Scores; Kinesiología; Resultados; Indicaciones; Enfermería.

El Servicio de Informática del Hospital realizó los relevamientos, requerimientos, desarrollo del software (SW), contingencia y capacitación de los usuarios. El SW se desarrolló basado en las consideraciones realizadas por los actores intervinientes en la labor habitual de UTI.

Se implementó en junio de 2012 con los primeros siete módulos, que son utilizados por la totalidad de los médicos y kinesiólogos de UTI.

Tanto el desarrollo como la implementación fueron facilitadas por el compromiso de la dirección y de las jefaturas de departamento y servicio y el apoyo del grupo médico con la innovación tecnológica que implicó la adaptación de procesos asistenciales.

Las principales dificultades fueron las limitaciones técnicas y las relacionadas con el manejo del cambio en el flujo de trabajo.

Conclusiones: La implementación del RME constituyó un desafío, tanto desde la óptica del proceso asistencial como del compromiso institucional.

Consideramos el proyecto como exitoso ya que logró una adherencia homogénea de los integrantes del equipo de trabajo, sosteniéndose su motivación, y el continuo apoyo de las autoridades hospitalarias.

Compartir nuestra experiencia en el desarrollo del proyecto y las estrategias utilizadas para su impulso e implementación permiten comprender su complejidad y optimizar futuras iniciativas.

0139 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO Y COMBINADO CON OCTREOTIDE EN HEMORRAGIA POR VÁRICES ESOFÁGICAS-BENEFICIO SEGÚN GRAVEDAD AL INGRESO

JA BERRETA(1), D KOSIAK(1), G ROMERO(1), A BALDUCCHI(1), R AMAYA(1), J ARGONZ(1)
(1) Dr C.b. Udaondo.

Objetivos: Comparar la eficacia del tratamiento endoscópico versus tratamiento combinado endoscópico más octreotide en pacientes (P) con Hemorragia digestiva alta por várices esofágicas (HDAVE), según la gravedad de la hepatopatía y del sangrado al ingreso.

Métodos: Entre Junio 2001 y Diciembre 2011 se trataron 247 P con cirrosis hepática y HDAVE mediante 1 de 2 modalidades terapéuticas: 151 P con tratamiento endoscópico, y 96 P con tratamiento combinado con 50 µg de octreotide bolo previo a la endoscopia diagnóstica-terapéutica seguido de infusión 50µg/ h por 72 hs. Se analizó el total de P con HDAVE sometidos a ambos tratamientos, y luego separados en 5 cohortes, las 2 primeras según tuvieran o no sangrado activo al momento de la endoscopia diagnóstica-terapéutica, y las otras 3 de acuerdo al Child del paciente. Distribución: 1) 98 P con sangrado activo al momento de la endoscopia diagnóstica-terapéutica, 2) 149 P sin sangrado activo, 3) 46 P en Child A, 4) 132 P Child B, y 5) 69 P en Child C. Los puntos finales con ambos tratamientos fueron: 1) fracaso hemostático inicial, 2) resangrado intrahospitalario, 3) mortalidad hospitalaria.

Resultados: Analizando múltiples variables al ingreso los P con y sin sangrado activo fueron homogéneos y comparables entre sí, al igual que los que componían las diferentes clases de Child. El total de P presentó menor fracaso hemostático inicial y resangrado con tratamiento combinado versus endoscópico sin fármacos ($p=0.0157$ y $p=0.0011$ respectivamente). Los P con sangrado activo tuvieron menos fracaso hemostático inicial con tratamiento combinado ($p=0.0479$). Los P en Child C tuvieron menos fracaso hemostático inicial y menos resangrado con tratamiento combinado ($p=0.0222$ y $p=0.0139$ respectivamente). Los P sin sangrado tuvieron menos resangrado con tratamiento combinado ($p=0.0056$). La mortalidad hospitalaria fue 17% y no difirió estadísticamente con los 2 tratamientos. Ningún P en Child A falleció.

Conclusiones: La totalidad de pacientes con HDAVE redujo el fracaso hemostático inicial y el resangrado con tratamiento combinado. Pero el resultado más relevante con tratamiento combinado se vio en los más graves: P con sangrado activo y P en Child C. La mortalidad hospitalaria no se modificó.

0141 PRIMEROS CASOS DE INFECCIÓN POR KLEBSIELLA PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UTI ADULTOS DE SAN LUIS

MB FERNANDEZ(1), S CORREA(1), C AGUILERA(1)
(1) San Luis.

Introducción: Enterobacterias son bacilos gram negativos del tracto gastrointestinal, causa común de infecciones de la comunidad e intrahospitalarias. En las últimas décadas han adquirido resistencia a antimicrobianos de amplio espectro. La Klebsiella pneumoniae Productora de Carbapenemasas (KPC), enzima codificada por gen altamente transmisible, se descubre en EEUU en 2001. En Argentina, primeros casos, en 2006 en Buenos Aires.

Objetivos: Mostrar incidencia de infecciones por KPC en pacientes de Terapia Intensiva Adultos del Hospital San Luis, primeros casos en la provincia.

Materiales y métodos: Muestra: pacientes internados en UTI desde 01/01/2013, mes de comienzo de infecciones, hasta el 31/05/2013. Cultivos: Líquido abdominal extraído durante las cirugías, secreciones bronquiales por técnica de miniBal con catéter protegido. Para detectar KPC se utilizó Antibiograma por difusión según normas de CLSI (Clinical Laboratory Standards institute) y como métodos confirmatorios, inhibición de Carbapenemasas con Acido Fenil Borónico y métodos moleculares realizados en Instituto Malbran.

Medidas de Bioseguridad en UTI: Higiene de manos, Aislamiento de contacto, Limpieza de la unidad/paciente por turno, etc.

Resultados: - De 108 paciente ingresados en UTI en ese periodo se presentaron 8 Infecciones por KPC (7,3%)

- En todos los casos se detecto la cepa ST-258 de KPC.

- Se observaron dos brotes definidos:

	Primer brote (enero -febrero)	Segundo brote (abril-mayo)
Pacientes con KPC	3	5
- Infectados de origen	1: Post Quirúrgico (PQ) de trauma pancreático con abdomen abierto por 20 días	4: PQ intestinales con abdómenes abiertos durante 33 días promedios
- Infecciones cruzadas	2: Neumonía Asociada a Ventilación mecánica (NAV) e Infección Urinaria	1: NAV
Probabilidad de Muerte por Apache II	42%	51%
Mortalidad Real	66%	64%
Antibióticos según antibiograma	<u>Tratamientos combinados:</u> Tigeciclina + colistin o Meropenem en infusión prolongada + Amikacina	

Conclusiones: La cepa ST-258 de KPC de nuestros pacientes es la misma actualmente detectada en el país. La mortalidad de los pacientes infectados fue mayor que la probabilidad de muerte estimada por Apache II. Los infectados origen fueron cirugías abdominales, el Comité de Control de Infecciones trabaja en Quirófano intensificando la bioseguridad. Las infecciones cruzadas en Terapia Intensiva disminuyeron gracias al cumplimiento de normas de Aislamiento.

0142 TRATAMIENTO CONSERVADOR HEMATOMA SUBCAPSULAR COMO COMPLICACIÓN DE SINDROME DE HELLP A PROPOSITO DE UN CASO

M ULLOA(1), A CASARETTO(1), M RAGAZZOLI(1), S VENEZIA(1), N JUAREZ GOMEZ(1), D ALEGRANZA(1), G MONTI(1), G CARDONATTI(1)
(1) Hospital Central De San Isidro.

Introducción: El Síndrome de HELLP es una complicación grave de la preeclampsia que se caracteriza por hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia. Los factores de riesgo para el síndrome de HELLP son la edad superior a 35 y la multiparidad.

Introducción: La hemólisis es causada por una lesión vascular hepática, mientras que la obstrucción del flujo sanguíneo debido a depósitos de fibrina en los sinusoides hepáticos conduce a aumento de enzimas hepáticas y ocasionalmente la formación de hematoma subcapsular hepático o incluso la ruptura del hígado.

Presentación de caso: Paciente femenina de 42 años (G9 P8) cursando embarazo de 33 semanas. Ingresó con criterios de preeclampsia y Hellp por el cual se decide cesárea de emergencia. Ingresó a UCI en su post-operatorio inmediato, recibe 14 unidades de plaquetas. Evoluciona con descenso del hematocrito y las plaquetas se estabilizaron al igual que las transaminasas. Se realiza ecografía abdominal sin alteración aparente. A los 4 días presenta distensión y dolor hipocondrio derecho. Se realiza ecografía que muestra masa a nivel borde inferior y medio hepático.

Se realiza TC de abdomen que evidencia hematoma subcapsular gigante. Se realiza control hemodinámico y laboratorio sin alteración. La paciente fue dada de alta a los 8 días de su ingreso.

Resultados: El síndrome HELLP puede desarrollar complicaciones graves, entre las que se encuentra el hematoma subcapsular hepático. Hemorragias hepáticas y rupturas del hígado con hemorragias posteriores son las complicaciones más graves con una mortalidad del 18-86%.

Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, dolor en el cuadrante superior derecho o epigástrico y signos de shock hipovolémico por ruptura del hematoma. En nuestro caso, la paciente presentaba un cuadro de dolor abdominal con estabilidad hemodinámica y ecografías seriadas que no muestran aumento del hematoma ni signos de ruptura, por lo que el tratamiento fue conservador.

Conclusion: Este trabajo muestra que la preeclampsia seguida de síndrome de HELLP puede llevar a graves e incluso mortales complicaciones como hematomas subcapsulares para lo cual su diagnóstico oportuno y control estricto clínico va de la mano con el tratamiento conservador en pacientes estables.

0143 SÍNDROME DE HIPERTERMIA MALIGNA-LIKE, ESTADO HIPERGLICÉMICO HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO Y RABDOMIOLISIS COMO COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO.

S CAMPOS MIÑO(1), S CAMPOS ABAD(1), R YEROVI(1), M GRUNAUER(1)
(1) Hospital De Los Valles.

Introducción: hipertermia maligna-like (HML) fue descrita en 2003 como entidad rara que puede asociarse a un estado hiperglicémico hiperosmolar no cetósico (EHHNC) en pacientes usualmente obesos, raza negra, varones, con *acantosis nigricans* y mortalidad $\geq 50\%$. Su etiología es desconocida. Hay factores predisponentes: el preservante m-creosol de la insulina, defectos de oxidación de ácidos grasos e infecciones. HML puede complicar la DM2 o constituir su debut. No se ha descrito HML en el postoperatorio de trasplante hepático.

Caso: varón de 12 años, raza negra, cirrosis hepática por hepatitis B postransfusional. Se realiza trasplante hepático. Como anestésicos recibió sevoflorano, remifentanyl, propofol, dexmedetomidina y rocuroonio. No hubieron complicaciones quirúrgicas o anestésicas. Presenta hiperglicemia (364 mg/dl). Se inicia insulina 0.02 U/kg/hora, se avanza hasta 0.28 U/kg/hora. Coincidiendo con la titulación ascendente de la insulina, hubo una elevación violenta de la temperatura hasta 40.8°C. Al disminuir la dosis de insulina, una vez controlada la hiperglicemia, también descendió la temperatura, aunque también se aplicó enfriamiento agresivo. Durante los 4 días posteriores se requirió insulina 0.05 U/kg/hora, con glicemia de 106 - 234 mg/dl y sin modificaciones térmicas. Conjuntamente hubo inestabilidad hemodinámica y anomalías de laboratorio como hiperazoemia (creatinina máxima 2.09 mg/dl, aclaramiento 52 ml/min/1.73 m²), elevación de CPK (valor máximo 3586 U/l, rango normal 55 - 170 U/l), hipernatremia (valor máximo 159 mEq/l) e hiperosmolaridad (valor máximo 352 mOsm/l). No hubo acidosis o cetosis.

Resultados: m-creosol en la insulina utilizada pudo causar HML y rabdomiolisis. El tratamiento fue manejo adecuado de fluidos y electrolitos, enfriamiento agresivo y disminución de la insulina. No dispusimos de dantroleno. La hipertermia duró 24 horas, la glicemia y la natremia se corrigieron en 7 días, se normalizaron creatinina y CPK. La función hepática evolucionó bien, sin influencia de HML sobre ella. Alta de la UCIP 11 días y del hospital 20 días después del trasplante.

Conclusiones: HML puede complicar al trasplante hepático en el contexto de EHHNC y uso de insulina con el preservante m-creosol. Su asociación con rabdomiolisis puede comprometer la función renal y la recuperación del hígado trasplantado.

0144 SISTEMA ÚNICO DE REGISTRO EPIDEMIOLÓGICO® (SURE®). DESARROLLO DE UN REGISTRO DE TRAUMA PARA LA ARGENTINA.

E MONTEVERDE(1), L BOSQUE(1), E MACIÁ(1), B LARTIGUE(1), C BARBARO(1), C ORTIZ(2), J NEIRA(1)
(1) Fundación Trauma. (2) Ministerio De Salud De La Provincia De Buenos Aires.

Introducción: El trauma es un grave problema de salud, especialmente en países con ingresos bajos y medianos, que concentran

>90% de la mortalidad. Los registros de trauma desarrollados dentro de sistemas de trauma inclusivos han demostrado reducir significativamente la mortalidad de estos pacientes.

Objetivo: Describir un sistema de registro de trauma desarrollado en la Argentina e implementado en ámbitos públicos de la provincia de Buenos Aires (PBA).

Material y Método: En el año 2009 el Programa Trauma desarrolló un registro de trauma, comenzando la incorporación de pacientes en 2010. Actualmente funciona en ocho hospitales públicos y un sistema de atención prehospitalaria de la PBA.

El SURE® fue diseñado para registrar pacientes traumatizados con criterio de internación. Registra datos de las etapas prehospitalaria, hospitalaria y posthospitalaria y consta de una metodología de trabajo, una plataforma web y un equipo entrenado. Codifica según CIE10, AIS85, ISS, NISS, PTS, TSR, TRISS, FIM®, Wee-FIM®, Barthel y GOS. Para su implementación requiere un equipo por cada ámbito de aplicación y un equipo central. El SURE® encripta los datos sensibles y brinda información ajustada según perfil de usuario.

Resultados: A la fecha se registraron 5177 pacientes, 3594 (69%) adultos (> 15 años). La distribución mujer:varón fue 1:3 y la mortalidad, de 6% (2.6% niños y 7.5% adultos). En adultos, el 76% fue menor de 45 años; los mecanismos lesionales (ML) más comunes fueron motociclistas (21%), agresiones (20%) y caídas (14%) y los ML con mayor mortalidad fueron peatones y ahogamiento (19 y 15%). Las regiones corporales más lesionadas fueron encéfalo (32%) y extremidades (27%). La internación en UCI fue 10% y el requerimiento de AVI, 79%. El ISS fue 6 (4-11) (med, RIC), 19% con ISS ≥ 16 . Aquellos ingresados a UCI tuvieron un ISS superior (25 vs. 5, $p < 0.0001$).

Conclusiones: Esta comunicación muestra resultados de tres años de experiencia de un modelo de trabajo colaborativo público-privado desarrollado localmente. Los factores vinculados al éxito de esta intervención son: una financiación estable, una herramienta informática adaptada a aspectos locales, un equipo entrenado con dedicación exclusiva y el compromiso político provincial. Como desafíos, se destacan la ampliación de la cobertura y la sustentabilidad económica para su crecimiento y actualización.

0145 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POR EMBOLIA PARADÓJICA EN UN PACIENTE CON VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE

N CIARROCCHI(1), J HAGEL(1), SD VILLARROEL MENDOZA(1), SE GIANNASI(1), JE SAN ROMAN(1)
(1) Hospital Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La vena cava superior izquierda persistente (VCSIP) es la alteración más frecuente de la circulación venosa central, con una incidencia del 0.1 al 0.5% en pacientes sanos y del 3-10% en aquellos con enfermedad cardíaca congénita.

Caso Clínico: Se presenta un paciente de 64 años, que ingresa a UTI en posoperatorio inmediato de segmentectomía hepática atípica por lesiones metastásicas de carcinoma de colon. Como comorbilidades presenta DBT II, HTA.

Presenta un catéter venoso central (CVC) yugular izquierdo, en el control radiológico del mismo se evidencia ubicación dudosa, se realiza toma de gases que sugiere colocación venosa.

Presenta dos episodios de convulsiones tónico clónicas generalizadas (CTCG) en las 24 horas del ingreso, con TC de cerebro sin alteraciones. En el monitoreo electroencefalográfico continuo, presenta descargas epileptiformes periódicas en región frontotemporal izquierda. Se decide, realizar una resonancia magnética de cerebro con difusión, donde se constatan múltiples lesiones con restricción de la difusión en ambos hemisferios cerebrales, sugestivas de infartos recientes, las cuales se ubican preferentemente en el hemisferio izquierdo a nivel frontal y parietooccipital.

Se realiza ecocardiograma transesofágico donde se evidencia luego de la inyección de solución salina agitada opacificación precoz de la aurícula izquierda lo que sugiere anomalía del retorno venoso.

so sistémico. Se realiza angiografía digital para recolocación de catéter central guiado por radioscopia que evidencia doble vena cava superior, con tronco innominado permeable. Posteriormente se realiza tomografía con contraste con reconstrucciones multiplanares, donde también se evidencia doble vena cava superior. La izquierda desemboca en la vena pulmonar superior izquierda, a poco de su llegada a la aurícula izquierda. Se decide tratamiento médico conservador con ácido acetil salicílico como antiagregante, ya que se interpretó el cuadro como un foramen oval permeable sin evidencia de trombosis.

Conclusión: Presentamos un caso de VCSIP en el cual esta tiene un drenaje inusual, aunque descripto, a través de la vena pulmonar superior izquierda. En nuestro caso en particular el paciente presenta episodios de convulsiones tónico clónicas generalizadas secundarias a ACV isquémico producido posiblemente por el shunt de derecha a izquierda que presentaba el paciente con posible embolia paradójal, siendo posible su origen la VCSIP.

0146 SINDROME DE OBESIDAD MORBIDA EN LA INFANCIA. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA. VENTILACION NO INVASIVA. A PROPOSITO DE UN CASO PG INSAURRALDE(1), A CALVO(1) (1) Isola Puerto Madryn.

Material y Método: Paciente varón de 6 años, con Obesidad Mórbida, (IMC > 40 KG/M2) que ingresa al Servicio de Estabilización Pediátrica del Hospital Zonal Puerto Madryn en Insuficiencia respiratoria y ventilatoria, Con mascara de reservorio de Oxígeno al 100%, Taquipneico Fr 48, uso de músculos accesorios, intercostales, tiraje universal, aleteo nasal, inversión de la mecánica respiratoria, respiración paradójal, somnoliento, sin la posibilidad de responder ordenes simples.

Antes de la sospecha clínica de una encefalopatía hipercapnica, se realiza gasometría arterial constatándose la misma. Ph 7.16 Pco2 105, po2 53.

Ante el hecho inminente de la intubación orotraqueal y posterior Arm, se decide realizar Ventilación no Invasiva, teniendo por objetivo evitar la Intubación orotraqueal y ulterior ARM, comenzando con P5/Peep 8/0 aumentando progresivamente ambos valores en relación a la respuesta clínica del paciente, llegando a 14/8 Ps/Peep respectivamente.

Pasado los 45 minutos de VNI se realiza evaluación y nueva gasometría arterial:

Observandose, discreta disminución de la Fr 36, menor uso de músculos accesorios, ausencia de la respiración paradójal y con mejora clínica del sensorio del paciente.

Ph 7,32 PCO2 65 Po2 104.

Discusión: Si bien la Ventilación no invasiva es una herramienta de uso habitual en pacientes Adultos con Obesidad Mórbida en Insuficiencia respiratoria y ventilatoria como primera medida para evitar la Intubación y posterior ARM. En pediatría, el uso de VNI, en esta población de pacientes, es de reciente comienzo, en este caso, en el cual evitamos la intubación oro traqueal y posterior ARM, parecería ser un método, que en el paciente seleccionado, podría ser beneficio.

0147 INTOXICACIÓN CON FENOBARBITAL. EL ROL IMPORTANTE DE LA HEMODIÁLISIS.

G GUTIÉRREZ(1), G ROBERT(1), S CASTRO(1), P BOSCHINI(1), A MARTINEZ(1), J RIVAS(1), N D' AGOSTINO(1), J RISSO PATRÓN(1), O CRISTALDI(1), M CHAMUT(1), N CATALDI(1)
(1) Higa Eva Perón.

Introducción: La sobredosis con fenobarbital requiere soporte cardiaco y respiratorio, catárticos, carbón activado, y la diuresis alcalina. En pacientes severamente comprometidos la hemodiálisis y la hemoperfusión se pueden utilizar para mejorar la depuración del fármaco.

Presentación de caso: Presentamos un caso de intoxicación por fenobarbital con concentraciones plasmáticas en rango letal, realizándose hemodiálisis de urgencia con éxito terapéutico, demostrando su utilidad para este tipo de casos.

Resultados: Paciente de 23 años con antecedentes de convulsiones tónico clónicas generalizadas desde los 10 años de edad, en tratamiento con fenobarbital, sin lesión orgánica evidente. Ingresó a la guardia con deterioro neurológico, por haber ingerido 8 gramos de fenobarbital por intento de suicidio. Se constata Glasgow 8/15, regular mecánica respiratoria. Se coloca SNG, se realiza lavado gástrico, sin respuesta efectiva. Evoluciona con Glasgow 3/15 e ingresa a UTI. Se conecta a ARM, presenta estabilidad hemodinámica con midriasis bilateral e hipotermia (35,4 °C). ECG con ritmo sinusal, tironeamiento del ST en cara anterior. Se comienzan con maniobras de descontaminación digestiva y alcalinización de la orina. Intercurre con episodio de convulsiones, recibiendo ácido valproico. TAC cerebral sin alteraciones; EEG con signos de sufrimiento o deterioro cortical con escasa actividad comicial concomitante. Inicia tratamiento con ácido valproico. Se realiza primer dosaje de fenobarbital con valores elevados 157 ug/ml, por lo cual se decide realizar hemodiálisis. Se realizan en total 3 sesiones de diálisis, con descenso progresivo de los valores séricos luego de cada sesión 112 ug/ml, 76 ug/ml y 24 ug/ml. Recibe antibiótico por neumonía aspirativa por SAMS, y posteriormente NAV por *Klebsiella pneumoniae*. El paciente logra extubación a la semana. Alta con seguimiento por neurología y psiquiatría.

Conclusión: En pacientes gravemente comprometidos, tanto la hemodiálisis como la hemoperfusión se han utilizado para la eliminación del fármaco. De estas dos terapias, la bibliografía nos muestra que la hemoperfusión se considera más eficaz. Exponemos este caso rescatando la utilidad de la hemodiálisis por su mayor disponibilidad hospitalaria, menor incidencia de trombocitopenia y familiaridad en su uso.

0149 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS Y MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS SINTOMÁTICAS. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS

ML GERBALDO(1), MM BONO(1), JC BENZAQUEN(1), W MELGAREJO(1), IJ RATERO(1), S JULIA(1), D CLAVERO(1)
(1) Clínica Privada Velez Sarsfield.

Introducción: El tratamiento endovascular de las malformaciones arterio-venosas y aneurismas cerebrales ha cobrado relevancia por su baja morbimortalidad, por poder aplicarse a la gran mayoría de casos diagnosticados, incluso aquellos, que por su tamaño o localización dificultan su tratamiento por modalidades convencionales.

Objetivo: Analizar los resultados de una serie de aneurismas y malformaciones (MAV) cerebrales sintomáticos tratados mediante técnica endovascular y discutir los resultados.

Material y método: Se realizó un análisis retrospectivo descriptivo observacional de una serie de 9 pacientes que ingresaron en forma consecutiva a Terapia Intensiva (UTI) con diagnóstico de hemorragia cerebral secundaria a aneurismas o MAV, que recibieron tratamiento endovascular, desde el 01/11/2011 al 01/05/2013. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, estancia en UTI, antecedentes personales, complicaciones y mortalidad. Las variables ordinales se expresaron como media. Fueron abordados por vía endovascular para la embolización con espirales ("coils") o con técnica de "coils" asistida por encamisado ("stent").

Resultados: Se analizaron un total de 50 pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular hemorrágico, 18% (9/50) eran MAV o aneurismas, de los cuales la edad promedio fue de 47 años 89% mujeres (8/9), 77% (7/9) aneurismas y 33% (2/9) MAVs. El 70% (7/9) hipertensos, 11% (1/9) tabaquistas, 33% (3/9) obesos. APACHE II promedio 7. Estadia 6 días. Complicaciones: 11% (1/9) sepsis, 11% (1/9) vasoespasmo clínico. Mortalidad 0%.

Conclusión: La embolización está asociada a baja morbilidad y mortalidad. En comparación con comunicaciones recientes referidas a

■ Resúmenes

historia natural y resultados de la cirugía convencional. En nuestro centro tenemos una alta incidencia de esta patología en relación al total de ACV hemorrágicos, dada la disponibilidad de neurocirugía y tratamiento endovascular.

La decisión de tratar un aneurisma o MAV complicada dependerá de cada caso en particular y se deberá tener en cuenta los factores dependientes del paciente, (edad, estado clínico y la perspectiva de vida del mismo), los factores inherentes al aneurisma (tamaño, forma, localización y crecimiento del mismo) así como también los factores dependientes del equipo tratante (experiencia y resultados).

0150 RESCATE DE CANDIDA EN UCI: EXPERIENCIA DE 9 AÑOS

SI CASTRO(1), A TUDURI(1), M ALMUZARA(1), G SLY(1), P BOSCHINI(1), A MARTÍNEZ(1), O CRISTALDI(1)
(1) Higa Eva Perón - San Martín.

Introducción: En UCI, Candida aparece asociada a procedimientos invasivos, presión antibiótica y prolongada internación.

Objetivo: Comunicar las especies de Candida en candidemia, infección urinaria y otros materiales relevantes.

Material y método: Analizamos epicrisis entre 2004 y 2012, considerando sexo, edad, motivo de ingreso, factores predisponentes, estadía, ATB previo, especies en hemocultivos, urocultivos, catéteres y líquidos abdominales, tratamientos empleados.

Resultados: Hubo 51 pacientes con urocultivo positivo: 24 mujeres y 27 hombres, mediana (M) de edad 60 (r 15-87). Días de internación (M 33.5; r 3-150 días), APACHE de ingreso (M 20; r 3-43), SAPS (M 44; r 12-77). Motivos de ingreso principales: causa neurológica (20), insuficiencia respiratoria (11), cirugía general (9), shock/sepsis (7). Factores predisponentes: DBT (7), cáncer de vejiga (1), RTU (1), vejiga neurogénica (1), sondado crónico (1). Se rescató: *C. albicans* (11), *C. no albicans* (14), ambas (3), *C. tropicalis* (19), *tropicalis glabrata* (1), *C. famata* (1), *C. glabrata* (2).

Recibieron Anfo B (23), fluconazol (22), ambas drogas (5), sin tratamiento (1).

Con **candidemia** hubo 39 pacientes: 13 mujeres (33.3%) y 26 hombres (66.6%). La M de días de internación fue 30 (r 2-110) y la de edad, 60 (r 16-93).

APACHE de ingreso (M 22; r 7-34), SAPS (M 44; r 16-77). Motivo de ingreso principal: causa neurológica (10), insuficiencia respiratoria (12), cirugía general (10), sepsis (5). Factores predisponentes: APT (13), DBT (3), cáncer/enf. hematológica (5), diálisis (6), pancreatitis (2).

Especies halladas: *C. albicans* (10), *C. no albicans* (12), *C. tropicalis* (7), *C. parapsilosis* (8), *C. krusei* y *C. glabrata* (1 para cada una). Recibieron Anfo B 53.8%, Anfo B + fluconazol 33.3% y sin tratamiento 12.8%. Antibióticos más empleados: imipenem (18), vancomicina (16), colistin (18), tazonom (12), ciprofloxacina (9), ampi-sullactam (13). En **candidemia asociada a catéter**: *C. albicans* (4), *no albicans* (3), *C. parapsilosis* (5).

Líquidos abdominales: *C. albicans* (14), *C. no albicans* (4), ambas candidas y *C. tropicalis* (1 cada una).

Conclusiones: En candidemia e infección urinaria, se observó prolongada internación, criterios de severidad y extenso uso de ATB. En hemocultivos, hubo una mediana de tiempo al rescate de 10 días y predominó *C. no albicans*.

0151 EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN UCI

F CALDERON(1), E GUTIERREZ MEYER(1), P MARIA JULIA(1), M MENDOZA(1), ME RATTO(1), A BORDOGNA(1), F PODESTA(1), C CARDOZO(1), MS LABAT(1), P CASTELLANI(1), O RECUPERO(1)
(1) Sor Maria Ludovica.

Objetivos: 1. Describir las 4 urgencias psiquiátricas en UCI.
2. Proponer algoritmo de Síndrome Neuroléptico Maligno (SNM).

Introducción: Las emergencias psiquiátricas en uci son frecuente-

mente subdiagnosticadas, lo que generaría además del disconfort un aumento de la morbimortalidad. Las que describiremos son: Delirium, SNM, Síndrome Serotoninérgico (SS), e Intoxicación con psicofármacos/abstinencia.

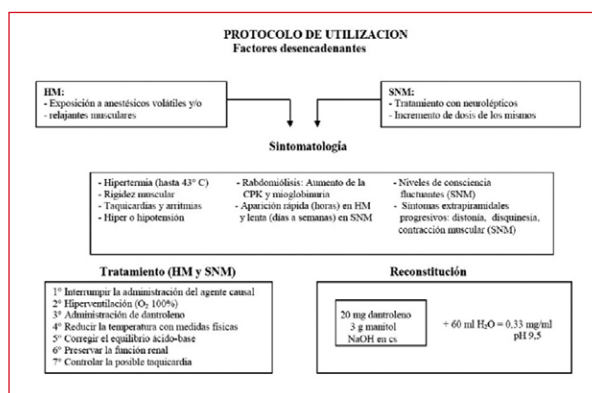
Resumen:

Delirium: Es la alteración de la conciencia, (ej.: déficit de memoria, desorientación o alteración del lenguaje) o disturbio de la percepción (alucinaciones). Puede ser hipo o híper activo. Hasta el 75% de los pacientes críticamente enfermos lo padecen, tiene múltiples causas, (infección del SNC, abstinencia, alteraciones metabólicas aguda, trauma, hipoxia, etc). Se debe realizar prevención disminuyendo los factores de riesgo y tratamiento oportuno de causas desencadenantes. Hay guías que recomiendan haloperidol como medicación de elección.

SS: Cuadro caracterizado por clonus, agitación, diaforesis, aumento del tono muscular, hipertermia, hiperreflexia y temblor. Desencadenado por dosis habituales o tóxicas de los inhibidores de la recaptación de serotonina (IMAO), opiáceos, antibióticos, etc. El tratamiento implica discontinuar la medicación desencadenante, terapia de sostén: fluidoterapia, estabilizar los signos vitales, y benzodiazepinas. Evitar la bromocriptina y el dantroleno.

Intoxicación con psicofármacos/abstinencia: Es prioritario mantener la medicación o en caso de intoxicación suspenderla, ofreciendo siempre una alternativa por el médico especializado.

SNM: La clínica se superpone a la del SS, presenta rigidez muscular severa, hipertermia, diaforesis, mutismo, labilidad en la presión arterial, CPK elevada, asociado al uso de neurolépticos. El SNM tiene mayor relevancia en UCI debido a la frecuente administración de antipsicóticos en casos de delirio hiperactivo. Su mayor incidencia esta asociada a la vía endovenosa y los pacientes vírgenes de tratamiento con neurolépticos.



0152 PROGNOSTICO DE LOS PACIENTES CON HEMATOMA CEREBRAL ESPONTANEO INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA

J CAPELLA(1), D VARELA(1), E ARISTA(1), M GUAYMAS(1), A MARINO(1)
(1) Churruca.

Objetivo: Analizar las variables clínicas y el pronóstico de los pacientes que se internan en la Unidad de Terapia Intensiva con diagnóstico de Hematoma Cerebral Espontáneo teniendo en cuenta el tipo de tratamiento instaurado.

Material y Método: Estudio retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) desde 01/08/09 hasta el 30/04/13 con diagnóstico de Hematoma Cerebral Espontáneo (HCE). Se consideró edad, sexo, score de APACHE II, score de SAPS II, estadía en UTI, mortalidad, Glasgow Ingreso y Egreso; escala de GOSe, necesidad y días de Catéter de PIC, Score de ICH, localización y volumen del hematoma. Se evaluó el requerimiento y días de ARM, requerimiento de traqueotomía, vasopresores, transfusiones, fallo renal y complicacio-

nes infecciosas. Además se tuvo en cuenta para su análisis, el tipo de tratamiento instaurado (quirúrgico vs médico). Los datos se expresaron como media y desvío estándar para las variables continuas, y como porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó chiCuadrado para las variables nominales y test de Student para las continuas. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Ingresaron a la UTI 2860 pacientes, de los cuales 160 (5.6 %) presentaron HCE.

Conclusiones: Los pacientes con HCE son pacientes de mediana edad, con una mayor incidencia en el sexo masculino. Las localizaciones más frecuentes fueron la lobar y gangliobasal. El tratamiento más frecuentemente instaurado fue el médico. El tratamiento quirúrgico fue más frecuentemente instaurado en los HCE de localización lobar. Los pacientes que fueron sometidos a un tratamiento quirúrgico fueron en su mayoría de localización lobar, requirieron una mayor tasa de utilización de catéter de PIC, con una mayor incidencia y densidad de incidencia de NAV; mayor estadía en ARM e internación en UTI. El pronóstico expresado por GOSe y mortalidad fue similar en ambos grupos de pacientes.

	Todos	Tratamiento Quirúrgico	Tratamiento Médico	n
n	160	20.1%	79.9%	
Sexo	Femenino	40%	37.9%	0.066
	Masculino	60%	62.1%	0.066
Edad	64.1 (15.4)	57.8 (17.1)	66.6 (14.4)	<0.05
Apache II	14.6 (8.1)	13.1 (8.1)	14.8 (7.9)	0.6
SAPS II	35.5 (18.9)	32.7 (17.6)	36.1 (19.2)	0.38
Estadía en UTI (días)	8.3 (8.9)	14.9 (13)	6.6 (7.1)	<0.05
Mortalidad	27.5%	26.6%	28.5%	0.98
Glasgow de Ingreso	9.6 (4.6)	10 (4.1)	9.5 (4.2)	0.56
Glasgow de Egreso	12.3 (3.1)	12.7 (3.4)	12.3 (2.9)	0.52
GOSe	2.8 (3.8)	2.8 (1.5)	2.7 (1.5)	0.74
Requerimiento catéter de PIC	Tasa	16.9%	41.4 (12/29)	12.2%
	Días	6.6 (3.8)	6.9 (4.5)	6.1 (3.4)
Score de ICH	1.8 (1.3)	1.7 (0.6)	1.8 (1.5)	0.72
Localización Del HCE	Lobar	47%	72.4%	32.3%
	Gangliobasal	34.4%	13.8%	40.9%
	Tronca	6.8%	0	8.7%
	Cerebeloso	10.8%	13.8%	10.4%
Volumen del Hematoma (cm ³)	37.6 (31.2)	44 (24.5)	35.7 (34)	0.21
Voleno Ventricular	11.4%	3.4%	13.9%	0.21
Requerimiento de Transfusiones	4.4%	13.8%	5.2%	0.22
Requerimiento de Vasopresores	23.1%	34.5%	20.9%	0.19
Fallo Renal Agudo	10.6%	20.7%	9.6%	0.18
Requerimiento de ARM	Tasa	56.2%	65.5%	53%
	Días	7.5 (6.5)	11.8 (7)	6.2 (5.8)
	Traqueostomía	34.4%	42.1%	29.5%
	Día de Traqueo	9.9 (3.3)	10.2 (2.4)	9.6 (3.8)
NAV	Incidencia	23.3%	42.1%	18%
	D. Incidencia	31.1 ep. c/1000 días ARM	35.5 ep. c/1000 días ARM	28.9 ep. c/1000 días ARM
Infecciones		26.2%	41.4%	22.6%
	Pulmón	52.4%	27.6%	10.4%
	Endovascular	9.5%	6.9%	2.6%
	Urinaria	35.7%	17.2%	7.8%
	Meninges	9.5%	6.9%	1.7%
	Otros	4.8%	3.4%	1.7%

0153 TRASPLANTE HEPÁTICO POR INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL

C GAZZANO(1), D NOVAL(2), A SANTA MARIA(2), P SURRACO(2), C DE FILIPO(2), M BERTE(2), J GUILLEN(2), V MAZZOLA(2), N SEGURA(2), S TORRES(2), S ILUTOVICH(2)
(1) Sanatorio De La Trinidad Mitre. (2) S. Trinidad Mitre.

La falla hepática fulminante (FHF) por paracetamol es una entidad dosis dependiente. La mayoría de los casos presentan una evolución favorable con tratamiento médico. Existe un pequeño porcentaje de pacientes en los que el único tratamiento efectivo es el trasplante, por lo que representan un desafío terapéutico.

Paciente femenina de 27 años sin antecedentes que consume 20 gr de paracetamol, fue atendida en centro de atención primaria donde se le realizó lavado gástrico y fue dada de alta.

Ingresó a guardia luego de 18 hs con cuadro de dolor abdominal y vómitos. Se realizó laboratorio que evidenció elevación de transaminasas y acidosis metabólica. Se inició tratamiento con N-acetilcisteína (NAC). Ingresó a UTI con encefalopatía grado III, coagulopatía con TP 9% y RIN 8.54 , bilirrubina total 3.7 mg% , transaminasas en aumento (GOT y GPT > 4.100 UI/L), hipofosfatemia de 1 mg% y acidosis metabólica con pH 7.30, Hco3 de 11.8 meq/L y lactato de 3,2 mmol/L .

Se realizo a las 72 hs trasplante hepático ortotópico de donante

cadavérico y tratamiento inmunosupresor con basiliximab, mico-fenolato, tacrolimus y esteroides. Biopsia de hígado explantado: necrosis submasiva con predominio de zona III.

Evolucionó con falla renal oligúrica con respuesta favorable al tratamiento médico.

La FHF es el deterioro abrupto de la función hepatocelular expresada por la presencia de coagulopatía y encefalopatía en pacientes con una función hepática normal previa.

Ante la sospecha de intoxicación con paracetamol se recomienda un dosaje del mismo en sangre

y extrapolarlo al nomograma de Rumack-Matthew. Se deberá iniciar tratamiento con NAC cuando el dosaje de paracetamol supera la "línea 150" del nomograma o cuando la ingesta supera los 150mg/kg o 12gr, preferentemente entre las 4 y 24 hs de la ingesta.

La intoxicación con paracetamol es una causa poco frecuente de FHF en el país a diferencia de Estados Unidos y Reino Unido donde es la principal causa. La mayoría de los casos responden con tratamiento

médico y alrededor del 2% de los pacientes requiere trasplante hepático. Se reporta el primer caso de trasplante hepático debido a intoxicación por paracetamol realizado en nuestro país. Esta entidad dispone de un tratamiento médico específico siendo excepcional la necesidad de Trasplante hepático.

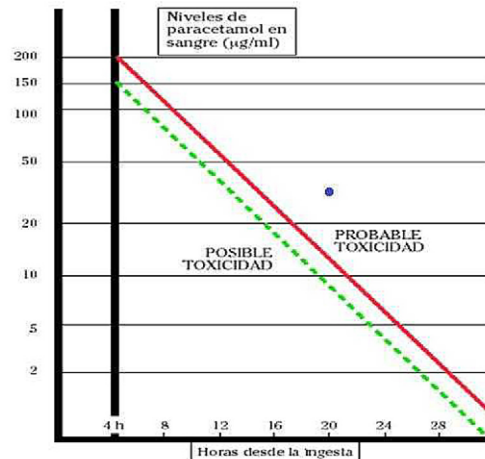
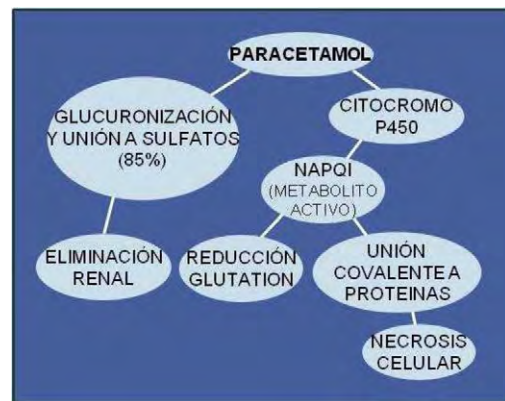


Figura 1. Nomograma Rumack-Matthew.



0154 PACIENTES ANCIANOS INGRESADOS EN LA UCI

JR PINAZZO RODRIGUEZ(2), G BURGI(1), P ALZUGARAY(1), M RODRIGUEZ VERDE(2), J CASTRO(2)
(1) Manuel Quintela. (2) Escuela Del Litoral.

Análisis y factores asociados a la mortalidad

Introducción El incremento de la esperanza de vida en la población general se refleja en el aumento de la edad de los pacientes que ingresan en la UCI. La edad avanzada es un elemento de discriminación en la práctica médica diaria. Muchas veces se decide la limitación terapéutica o se limita el ingreso de los pacientes basados exclusivamente en la edad.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes mayores de 75 años ingresados en UCI y evaluar los factores asociados a mortalidad en esta población.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, incluyendo los pacientes mayores de 75 años ingresados entre los años 2007 y 2010 en la UCI del Hospital de Paysandú.

Se analizaron diversas variables así como los índices de comorbilidad de Katz, de APS y score APACHE II. Los factores predictores de mortalidad se evaluaron mediante análisis multivariado por regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 190 pacientes con una edad de 79 años menos 4 años. El 59,5% de los pacientes incluyó ARM, y el 56,8% vasopresores.

La mortalidad en UCI fue de 45%. No existieron diferencias en la edad de los pacientes fallecidos y sobrevivientes (79 más menos 4 vs 79 más menos 4 p=ns).

Los factores asociados independientemente a mortalidad en UCI fueron APS>12 (OR 5,8; IC 95% 1,2-26; p=0,02), la necesidad de ARM (OR 5,1; IC 95% 2-13; p=0,001) y el requerimiento de vasopresores (OR 4,0; IC 95% 1,6-10; p=0,003).

Conclusiones: Debemos concluir en nuestro estudio que las variables asociadas a mortalidad están vinculadas a la gravedad de la patología que determinó el ingreso o sus complicaciones. Ni la edad ni el nivel de autonomía se relacionaron con la mortalidad.

0155 ECLAMPSIA Y PREECLAMPSIA SEVERA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE GONZÁLEZ CATAN

C FARIAS(1), C PEIN(1), M ANCHORENA(1), G IZZO(1), P CENTENO(1)
(1) Simplemente Evita G Catan.

El objetivo del trabajo fue evaluar la morbimortalidad de las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia severa y Eclampsia.

Se realizó un estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia o eclampsia severas que ingresaron a la terapia intensiva del Hospital Simplemente Evita. González Catán desde enero de 2012 hasta mayo 2013.

Resultados: Se estudiaron 34 pacientes edad promedio 21 años (+/- 7.9). La semana promedio de gestación fue 35 semanas (+/- 4). De los 34 el 35% presentó eclampsia. (n:12). La media de números de embarazos 1.41 (+/- 1.71) El 50% (n: 17) fueron embarazos controlados El 50% de los recién nacidos presentaron sufrimiento fetal. El 2% (n:1) feto muerto.

La mediana de los días de UTI fue 4 (RR 3). El 26% (n:8) requirió ARM. No se registró mortalidad materna.

La Tasa de internación de con patologías relacionadas con el embarazo en nuestra terapia es de 8.4% y la tasa de internación de pacientes Preeclámpticas/eclámpticas fue de 6.8%. La mortalidad de las pacientes no preeclámpticas fue del 62.5%.

Conclusión: La eclampsia y Preeclampsia severa es una enfermedad que afecta a un importante número de embarazadas. Es una patología con alta mortalidad, se reportan cifras de muerte materna en UTI 8% (Vazquez 2007) y la mortalidad perinatal 4.7% (Tuffnell 2005) en nuestro estudio no se identificaron muertes maternas y la mortalidad perinatal fue de 2%. La tasa de Eclampsia fue más alta (35%) que la reportada en la Argentina (10%).

La tasa de HELLP es más alta que la reportada mundialmente (0.75-0.85%) comparada con la nuestra que fue de 26%. Solo el 50 % de los embarazos fueron controlados. La edad promedio de nuestra terapia (21 +/- 7.3 años) fue más baja que la reportada en la Argentina y mundialmente (30.5 +/- 6.3 años).

Nuestra conclusión es que debido a las características de nuestra población y la baja tasa de controles prenatales la incidencia de preeclampsia severa puede no ser la real. Pero con el porcentaje de mortalidad reportado podemos inferir que este tipo de patología requiere personal entrenado para realizar un rápido diagnóstico con una rápida intervención para disminuir la tasa de mortalidad materna sin necesidad de centros de alta complejidad.

Complicaciones	NUMERO	PORCENTAJE
Eclampsia	12	35%
HELLP	8	23%
Disfunción hepática	11	32.35%
PLAQUETOPENIA	5	3%
MENOR DE 100000		
IRA	0	0
VENTRILACION MECANICA	9	26.47%
SUFRIMIENTO FETAL	17	50%
MORTALIDAD FETAL	1	2%
HEMATOMA HEPATICO	1	2%
MORTALIDAD MATERNA	0	0

0156 BRADICARDIA SINTOMÁTICA Y ASISTOLIA SECUNDARIA A INJURIA MEDULAR TORÁCICA. UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LESIÓN ESPINAL DORSAL.

C PEREZ ACOSTA(1), P MENDEZ(1), M MARTINEZ NAVARRRO(1), L AGUIRRE(1), A PIRIZ(1), E DULBECCO(1), F KLEIN(1)
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: Durante la cirugía de reemplazo de aorta toracoabdominal, la lesión de la médula espinal podría deberse a isquemia o isquemia - reperfusión. Esta puede estar mediada por una baja presión de perfusión como en la interrupción del flujo aórtico distal o trombosis en las arterias espinales segmentarias. Existen numerosos reportes que evidencian arritmias secundarias a lesiones medulares cervicales, pero en escasas ocasiones en relación a injuria espinal torácica.

Caso Clínico: Hombre de 54 años, a quien se le realizó un reemplazo de aorta toracoabdominal complicado con paraplejía. La exploración somatosensitiva reveló déficit motor y sensitivo a nivel dorsal III-IV (DIII-DIV). El paciente evolucionó con hipertensión arterial requiriendo nitropusiatu de sodio. A la cuarta semana del postoperatorio, presentó 2 episodios autolimitados de asistolia, colocándose un marcapasos transitorio endocavitario en modo VVI. A partir de ese momento, intercurrió con otros cinco episodios de bradicardia sinusal con descompensación hemodinámica, seguidos por ritmo nodal y taquicardia sinusal a 120 latidos por minuto. Una resonancia magnética nuclear de columna dorso lumbar mostró una imagen compatible con isquemia medular a nivel de DIII-DIV. Ante estos hallazgos se colocó un marcapasos definitivo 8 semanas posterior a la cirugía. Fue derivado a un centro de rehabilitación luego de 107 días de internación.

Discusión: La bradicardia sinusal se ha reportado en hasta un 100% de los pacientes con injuria medular cervical, la asistolia en cambio, solo en un 1%. La patogenia incluye un desequilibrio del sistema nervioso autónomo; consecuencia del estímulo vasovagal predominante y un plexo simpático cardíaco lesionado. El nódulo sinusal, recibe inervación simpática de las últimas raíces cervicales y primeras dorsales, siendo excepcional su origen torácico, la inervación parasimpática es dada por el vago. La bradiarritmias son frecuen-

temente reportadas luego de una lesión cervical alta, aunque también puede ocurrir en injurias dorsales ya que la inervación cardiaca puede depender de niveles más bajos. En este caso, la disautonomía resultante de la lesión medular torácica fue documentada por labilidad de la tensión arterial; bradicardia sinusal, asistolia seguidas de ritmo nodal y taquicardia sinusal.

0157 ESTADO CATATÓNICO. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL SÍNDROME SEROTONINÉRGICO.

L EBBEKE(1), M MARTINEZ NAVARRO(1), A THOMSON(1), M ALTOUNIAN(1), L AGUIRRE(1), A PIRIZ(1), F KLEIN(1)
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: El síndrome (sme) serotoninérgico se produce por un exceso de serotonina (5-HT) a nivel del sistema nervioso central y periférico. Es de presentación creciente por el mayor uso de inhibidores selectivos de la recaptación de 5-HT. Se produce en aproximadamente 1 de cada 10 pacientes con sobredosis, y las dificultades diagnósticas radican en su desconocimiento en relación al uso generalizado, siendo más difícil aún su detección si se presenta como un estado catatónico.

Caso clínico: Varón de 73 años que por trastorno del estado del ánimo, fue medicado con sertralina 25 mg al día. En dos semanas, aumentó la dosis a 100mg por día. Evolucionó bradipsíquico, con disminución de la fluencia verbal espontánea, con agitación y dificultad para deambular. Ingresó con tensión arterial de 180/110 mmHg y frecuencia cardiaca de 110 latidos por minuto. Se encontraba vigil, inatento y bradipsíquico con fluencia verbal espontánea disminuida, con hipertonia, pérdida súbita y transitoria del tono muscular e hiperreflexia bilateral, con temblor mandibular y en cuatro miembros en reposo. La tomografía, resonancia magnética nuclear de cerebro y electroencefalograma el fueron normales. La punción lumbar arrojó un líquido normal. Al segundo día por sospecha de sme serotoninérgico se suspendió la sertralina y se inició ciproheptadina 2 mg c/8 hs. Evolucionó favorablemente egresando asintomático luego 7 días.

Conclusión: La posibilidad de un Sme. serotoninérgico debe considerarse cuando se indiquen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Los casos extremos presentan hipertemia severa, hiperactividad muscular, rabdomiolisis, falla renal y coagulación vascular diseminada. El sme. catatónico es una forma rara de presentación donde predomina la rigidez muscular, pérdida del tono muscular y el negativismo, como se presentó este caso. El diagnóstico surge de la anamnesis, el examen físico y la rabdomiolisis, insuficiencia renal aguda y acidosis metabólica severa que puede mostrar el laboratorio. El tratamiento incluye suspender la droga, control de temperatura y sostén de las fallas orgánicas. En los casos graves se debe usar antagonistas 5-HT 2A siendo la ciproheptadina el de elección. Para prevenirlo se debe evitar la combinación y cambios bruscos de dosis además de mantener un alto nivel de sospecha clínica.

0158 USO DEL ECMO EN LA FALLA PRIMARIA DEL INJERTO PULMONAR. UNA NUEVA FORMA DE SOPORTE EN COMPLICACIONES DEL TRASPLANTE DE PULMÓN.

Y ASIS(1), A FERRE(1), A PIRIZ(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1), J OSES(1), A BERLOTTI(1)
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: La membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) es un mecanismo de soporte temporal ante falla cardiopulmonar refractaria a terapias convencionales. La falla primaria del injerto en el postoperatorio inmediato de trasplante pulmonar se presenta hasta en el 25% de los pacientes. El soporte con ECMO surge como una medida que mantendría el aporte de oxígeno mientras se recupera la función del injerto pulmonar, y que podría cambiar el pronóstico de estos pacientes.

Caso clínico: Mujer de 48 años con Fibrosis pulmonar idiopática con requerimiento de oxigenoterapia domiciliaria. Ingresó a lista de emergencia para trasplante por progresión de su disnea habitual y uso de ventilación no invasiva. El día 23 de internación se realizó trasplante unipulmonar izquierdo presentando durante el procedimiento disfunción primaria del injerto severa (PAFI: 65), que requirió reentrada a circulación extracorpórea y colocación de ECMO veno-venoso (femoral-yugular). En las Fibrobronoscopias de control se constató la sutura bronquial en buen estado y un lavado bronquio alveolar descartó infección. La paciente requirió ECMO durante 96 hs con mejoría de la PAFI (>250) y de los infiltrados radiológicos. Presentó una extubación fallida al día 10 posttrasplante y extubación exitosa en el día 14 quedando con soporte con ventilación no invasiva en forma transitoria. Cumplió tratamiento por neumonía intrahospitalaria por Klebsiella BLEE y por aislamiento de Haemophilus influenzae en secreciones del donante. El día 77 de internación y a los 24 días de la cirugía, fue dada de alta, saturando 95% al aire ambiente y con PAFI de 370.

Conclusión: Las indicaciones del soporte veno-venoso en la hipoxemia y el veno-arterial ante falla cardiaca están bien establecidas y existen algunos estudios que apoyarían su uso en el SDRA severo. Con respecto al trasplante pulmonar esta descrito su uso como puente en los casos que evolucionan con hipoxemia severa refractaria. Esta medida podría también ser útil en los casos de falla primaria del injerto pulmonar, cuya mortalidad se aproxima al 50%. Existen trabajos que apoyarían el uso del dispositivo veno-venoso en las primeras 48 horas posteriores al trasplante, aunque todavía no hay indicaciones claras de cuando instaurar el ECMO y ante que condiciones clínicas.

0159 PROTECCIÓN DE LA SUTURA TRAQUEAL MEDIANTE USO DE ECMO. ¿UNA NUEVA ALTERNATIVA DE SOPORTE EN COMPLICACIONES DE TRASPLANTE CARDIOPULMONAR?

M MARTINEZ NAVARRO(1), E CORREGER(1), A FERRE(1), A PIRIZ(1), G TUHAY(1), F KLEIN(1), J OSES(1), A BERLOTTI(1)
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: Las complicaciones tempranas de las anastomosis en la vía aérea luego del trasplante de pulmón incluyen infecciones, necrosis y dehiscencia, siendo esta última de difícil manejo y alta mortalidad. La región de la sutura traqueal queda sin irrigación directa luego de la cirugía dependiendo solo de la que recibe desde la submucosa. La vía aérea es sometida a altas presiones durante la asistencia respiratoria mecánica en las primeras horas postoperatorias. Estos dos factores podrían predisponer a la dehiscencia de la sutura traqueal con eventual fracaso del trasplante y pronóstico sombrío para el paciente.

Caso clínico: Mujer de 34 años con Hipertensión pulmonar idiopática y deterioro severo de la función biventricular cursando el postoperatorio de trasplante cardiopulmonar. Presento en el postoperatorio falla ventricular derecha, shock cardiogenico y vasopléjico, requiriendo soporte con isoproterenol, noradrenalina, balón de contrapulsación intraaórtico y carga de levosimendan. En el día 14 intercurrió con neumotórax hipertensivo y luego del avenamiento pleural se realizó fibrobroncoscopia observando dehiscencia de la sutura traqueal. Se realizó cierre simple con cianocrilato. Al día siguiente se programó la reconstrucción traqueal utilizando colgajo de epiplón para proteger la sutura. Para el procedimiento se colocó membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) veno-venoso a 1200 rpm con 2,3 litros por minuto de flujo, asociado a ventilación protectora, para favorecer el cierre de la sutura traqueal. Evolucionó con mejoría de los parámetros de oxigenación, iniciándose el weaning del soporte extracorpóreo con ECMO y suspendiéndose al cuarto día de su instalación.

Conclusión: Si bien se ha descrito el uso del ECMO como puente al trasplante o durante el SDRA con hipoxemia severa refractaria, en esta oportunidad se lo utilizó como herramienta para mantener la oxigenación, sin someter a la vía aérea a las presiones generadas

por la ventilación mecánica y así proteger la reconstrucción de la sutura traqueal. En este caso los resultados del uso del ECMO fueron satisfactorios permitiendo el procedimiento quirúrgico programado. Si bien están descritos otros casos semejantes aún no está clara la indicación y los parámetros de retiro de la asistencia extracorpórea cuando es utilizada para la protección de la sutura bronquial.

0160 EMERGENCIAS ONCOLÓGICAS: SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR, PRESENTACION POCO HABITUAL. REPORTE DE UN CASO

G BONETTO(1)
(1) Sanatorio Allende.

Bonetto, G; Flores Tonfi, M; Fessia, A; Mas, M; Rizzi, M; Calvo, B
Introducción: Las emergencias oncológicas son asociadas con significativa morbimortalidad, el retraso en el diagnóstico y tratamiento conlleva a evoluciones desfavorables. El síndrome de vena cava superior (SVCS) considerado una emergencia, requiere tratamiento inmediato, por lo que el diagnóstico de la patología subyacente es esencial antes de decidir el tratamiento a instaurar requiriendo biopsia previa. El manejo del SVCS consiste en alivio de los síntomas, tratamiento de las complicaciones y de la enfermedad subyacente. Los tratamientos pueden ser con dispositivos endovasculares, esteroides o quimioterápicos, todos ellos con el objetivo de restituir el flujo sanguíneo. Comunicamos un caso secundario a una tumoración cardíaca, etiología poco habitual de SVCS.

Caso clínico: Paciente de 5 años de edad, con antecedente de LLA tipo B, que requirió trasplante de médula ósea en 2010 y 2011. Su estado oncohematológico era remisión total y en febrero de 2013 consultó por síndrome de dificultad respiratoria (SDR) de rápida evolución y edema facial que progresó a edema en esclavina en 24 hs. En Rx de tórax se evidenció derrame pleural bilateral, con citoquímico compatible con quilotorax.

Resultados: Se realizó Angio TC de tórax y vasos de cuello, evidenciando tejido pseudonodular que protruye en VI y masa de similares características en AD que comprime VCS antes de su desembocadura auricular (fig 1). Se realiza biopsia endocavitaria de urgencia que informa infiltración difusa linfoproliferativa.

Paciente evolucionó con bajo gasto cardíaco e injuria renal, evidenciando buena evolución luego del tratamiento quimioterápico con reducción de las masas tumorales cardíacas. El niño se le otorga el alta de UTI luego de 12 días de internación.

Conclusion: El SVCS es una emergencia oncológica que requiere de diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato a fin de mejorar los resultados.



0161 ESTRONGILOIDIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON SIDA EN UCI

V TADEO GARISTO(1), JP ROSSINI(1)
(1) J.M. Ramos Mejía.

Introducción: El síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*, es rara pero conocida. La utilización de inmunosupresores y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) son los principales factores de riesgo para la diseminación. El diagnóstico se realiza por la visualización de larvas en muestras corporales o biopsias y la mortalidad es alta.

Reporte de Caso: Paciente femenino de 23 años de edad oriunda de Jujuy con antecedentes de VIH (hace 11 años) estadio C3, con abandono de tratamiento antiretroviral hace 1 año. Ingresó por fiebre, disnea, tos productiva, dolor abdominal, vómitos y síndrome de impregnación de 1 mes de evolución. En Clínica Médica se realizaron hemocultivos, muestra de esputo, tórax se interpretó como Neumocistis Carini (PCP) y se inició tratamiento. A las 72hrs evoluciona con Insuficiencia Respiratoria Aguda requirió de IOT+AVM e ingresa a UCI.

En la exploración, paciente caquética con temperatura 38,2°C, FR 25x/min, TA 90/60 mmHg. La FC 101 x/min auscultación Respiratoria con crepitantes bibasales y la exploración abdominal era normal. En el laboratorio: 5230 leuc, (55% neutrófilos, 22% linfocitos, 66% monocitos, eosinófilos 0,91), Hto 24%, Hb 7,9 g/dl, VCM 85 fl, plaquetas 200.000, urea 45mg/dl, creat 0,48 mg/dl, LDH 1080, Na 127 mmol/L, K 3,5 mmol/L, CD4 20/ul, carga viral 20.000 copias/ml. EAB: pH 7,38, HCO₃ 21,6, pO₂ 42,3 mmHg, pCO₂ 37,4 mmHg, SO₂ 86%. La radiografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral difuso. Se recibe informe de esputo presencia de larvas de strongyloides, se inicia tratamiento con Ivermectina y al 3er día evoluciona con diarrea se realiza coproparasitológico donde se evidencia larvas de strongyloides. Con extubación fallida, por mala mecánica ventilatoria y Rx de tórax con infiltrados difusos bilaterales, se realizó IOT+AVM, mismo día informe control de esputo negativo para strongyloides (15 días), con persistencia en materia fecal. A los 22 días de internación a pesar de la terapéutica fallece.

Conclusiones: La mayoría de las infecciones producidas por *Strongyloides stercoralis* son fatales, se debe tomar atención en pacientes inmunocomprometidos con síntomas gastrointestinales y pulmonares sugestivos de infección por este helminto, pueden tener mejor evolución ante detección y tratamiento precoz.





0162 SÍNDROME PULMONAR HEMORRÁGICO POR LEPTOSPIROSIS

M POMBO(1), N MOLINA(2), A STEINBERG(2), C TONELLI(2), J MORENO(2), G CUETO(2), C CCOZZANI(2), M TORRES BODEN(2), E BRAÑA(2), W CORNISTEIN(2)
(1) Dr. Cosme Argerich. (2) Argerich.

Introducción La leptospirosis es considerada la zoonosis de mayor incidencia mundial. Su agente etiológico es una espiroqueta aeróbica Gram-, *Leptospira interrogans*, que se adquiere a través del contacto con el agua o suelo contaminado. Las ratas son la fuente mas común de diseminación. La infección aguda mas frecuente se presenta como leptospirosis anictérica (90%), síndrome de Weil y síndrome Pulmonar hemorrágico severo (menos del 5%). La fisiopatogenia de sus manifestaciones es por una vasculitis infecciosa sistémica que conduce a daño endotelial.

Caso clínico: Paciente de 41 años, comienza con cuadro pseudogripal, cefalea y artromialgias de 48hs de evolución. Progresa con fiebre, disnea CF III-IV, tos y expectoración hemoptoica. Refiere antecedentes de tabaquismo y contacto laboral con ratas (jardinero). La Rx de tórax mostró un infiltrado algodonoso bilateral.

Ingresa a UTI con insuficiencia respiratoria, requiriendo IOT y AVM, inyección conjuntival, secreciones respiratorias mucohemáticas, ictericia e inestabilidad hemodinámica. Evolucionan con SOFA de 6, SDRA severo con sospecha de hemorragia alveolar, que obligo a estrategias de salvataje respiratorio. La TAC de tórax mostró ocupación alveolar bilateral. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, ciprofloxacina, vancomicina, oseltamivir, dexametasona. Se recibe IgM positiva para leptospirosis. Completa tratamiento con ceftriaxona, con tapering esteroideo. Evolucionan favorablemente, se desvincula de la AVM y pasa a Clínica Medica.

Discusion: La Leptospirosis se da principalmente en regiones de clima tropical y subtropical. Realizar tareas de agricultura, habitar viviendas precarias, inundaciones, actividades recreacionales como la pesca o la natación, aumentan la probabilidad de exposición. Sus manifestaciones van desde un cuadro pseudogripal a afecciones graves potencialmente letales. Con frecuencia, no se reconoce la asociación de afección pulmonar con leptospirosis, fallando el diagnostico y su consecuente tratamiento.

Es diagnostico diferencial con dengue, fiebres hemorrágicas, hepatitis, o influenza.

Conclusiones: El síndrome pulmonar hemorrágico es una forma rara de presentación de Leptospirosis. Debe sospecharse en pacientes con clínica respiratoria y antecedentes de contacto con las fuentes de diseminación.

Por la elevada probabilidad de exposición de la población, la similitud con otras entidades infecciosas, ser potencialmente fatal y tener un tratamiento específico, es relevante aumentar su indice de sospecha, realizando un interrogatorio dirigido para arribar al diagnostico y no perder oportunidades terapéuticas.

0163 OPTIMIZACION EN LA PROCURACION ORGANOS DESPUES DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCION

G BASCOLO(1), L ZACARIAS(1), J HADDAD(1), N RISSO(1), N SANCHEZ(1), J TEVES(1), J PONCE(1), M CHOY(1), E GIMENEZ(1)
(1) Alende.

Introduccion: El transplante es una practica medica ampliamente difundida y aceptada a nivel mundial, para que pueda llevarse a cabo necesita de algo absolutamente imprescindible que en la donacion de organos.

Por los magros resultados en la procuracion, decidimos iniciar una intervencion involucrando a todos los integrantes des servicio y fundamentalmente a los medicos en formacion (residentes y concurrentes). Durante este periodo capacitamos a nuestros medicos con reuniones internas y externas, quedando asi todos nuestros residentes y concurrentes con las herramientas básicas para poner en marcha la tarea de procuracion de organos.

Objetivo: Evaluar los resultados en un periodo de 12 meses; de la procuracion de organos en una terapia intensiva polivalente luego de la implementacion de un programa de intervencion

Material y metodo: Es un estudio descriptivo de los pacientes internados en una uci con glasgow menor a 8. Las variables analizadas fueron: potenciales donantes, posibles donantes y donantes reales; resultados de las entrevistas y organos ablacionados.

Resultados: En el periodo 2005-2010: la cantidad de donantes reales por año vario entre 4 y 6. Con una cantidad de organos reales procurados entre 14 y 18 por año. Manteniendose a nivel nacional entre los puestos n°20 y n°31 en el ranking de hospitales. Entre el periodo de octubre 2011- octubre 2012 se comenzo a utilizar el programam de glasgow 7, se denunciaron 80 pacientes, de los cuales 40 fueron posibles donantes, 21 fueron potenciales donantes teniendo una negativa en las entrevistas de 36%, 19 fueron donantes reales, logrando obtener 99 organos (38 corneas, 27 riñones, 14 hígados, 14 valvulas, 2 pulmones, 2 corazones y 2 renopancreas) lo cual nos llevo a nivel nacional al puesto n°3 y a nivel provincial en los puestos 1° y 2° dependiendo de los meses .

Conclusiones: Al implementacion una estrategia de prevencion que involucra a todos integrantes del servicio de terapia intensiva ,mejoramos la deteccion de potenciales donantes , logrando aumentar de una manera muy significativa la cantidad de donantes reales y de organos para transplante en nuestro hospital que lo posiciona en los primeros puestos a nivel nacional y provincia

0165 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y SÍNDROME DE HIPERINFESTACIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS: UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

L DE VEDIA(1), G PIOVANO(1), E DI VIRGILIO(1), N LISTA(1), M CALDERÓN(1), A RODRÍGUEZ(1), G SANDEZ(1), N DE GRAZIA(1), A DE FINI(1), J CISNEROS(1), R PRIETO
(1) Muñiz.

Introducción: El *Strongyloides stercoralis* (Ss) es un nematodo que, en pacientes con trastornos inmunológicos, puede producir el fenómeno de "hiperinfestación", con notable incremento en el número

de parásitos fuera del tracto intestinal. Una de las más frecuentes localizaciones del síndrome de hiperinfestación por SS (SHSS) es la pulmonar, que puede llevar a la insuficiencia respiratoria (IR), con mortalidad muy elevada.

Objetivo: Presentar una serie de casos de SHSS con IR, con el objeto de evaluar factores predisponentes, características clínicas y de laboratorio, y evolución de los mismos.

Material y métodos: Revisión de la base de datos de hospitalizaciones por IR en una unidad de cuidados intensivos en los últimos 10 años, identificando aquellos casos con diagnóstico de HSS. Descripción de las principales características de los mismos.

Resultados: Se identificaron 9 casos con SHSS sobre 1686 ingresos por IR registrados en el período estudiado (0,53%). Ocho pacientes eran hombres, y la mediana de edad fue 47 años. Cuatro sujetos eran paraguayos, y cinco argentinos, tres de ellos del conurbano y dos de la provincia de Buenos Aires. Seis pacientes eran HIV positivos (mediana de edad 47 años) y tres HIV negativos (mediana de edad 67 años). Entre los pacientes HIV negativos, uno tenía cáncer de pulmón, otro cáncer de próstata con metástasis pulmonares y en el tercero no se identificó ningún factor predisponente. Todos los pacientes presentaron disnea, y cuatro cursaron con hemoptisis. El PAFI promedio fue de $219,4 \pm 67,9$ (rango 150-290). Cinco pacientes requirieron ventilación mecánica y dos se manejaron con ventilación no invasiva. Fallecieron 5 pacientes.

Estudios complementarios: Entre los HIV positivos, la mediana de CD4+ fue 34 células/mm³. En 7 pacientes se observaron infiltrados radiológicos bilaterales. Dos pacientes cursaron con eosinofilia (8 y 19% respectivamente). La identificación de larvas de SS se realizó en MF (4 pacientes) y material respiratorio (9 pacientes).

Conclusión: El SHSS es una entidad poco frecuente, pero de alta mortalidad, que debe ser sospechada en sujetos provenientes de áreas endémicas que cursen cuadros de inmunosupresión y se presenten con insuficiencia respiratoria de inicio brusco. La ausencia de eosinofilia no descarta el SHSS.

0167 ESTUDIO DE DISINCRONIAS EN VENTILACIÓN MECÁNICA (INFORME PRELIMINAR)

M BERMEJO(1), F RÍOS(2), L AGUILAR(3), C APEZTEGUÍA(4), C FALLIATTI(5), N MÁRQUEZ(6), V RODRÍGUEZ(3), R REYES(3), E PEZZOLA(3)

(1) Hospital Nacional Prof A Posadasposadas. (2) Hospital Nacional Prof A. Posadas. (3) Hospital Nacional Prof. A. Posadas. (4) Hospital Nacional Pro. A. Posadas. (5) Hospital Nacional Prof A.posadas. (6) Hospital Nacional Prof A Posadas.

Introducción: Las disincronias paciente-ventilador son múltiples y complejas. Con la tecnología disponible pueden ser exploradas mediante la inspección de las curvas de presión y de flujo en la vía aérea. Existe una clara asociación entre las disincronías y la disfunción diafragmática inducida por el ventilador; su presencia en varios estudios se asoció a un incremento en la duración de la ventilación mecánica (VM). Se acuerda como significativo un índice de disincronía >10%.

Casos: pacientes con índice de disincronía (ID) >10%.

Definiciones: "trigger inefectivo" Caída súbita de presión de -0.5 cmH₂O, acompañado de una disminución del flujo que no se acompaña de una presurización (inspiración mecánica) durante el período espiratorio; "Doble trigger": sucesión de 2 inspiraciones consecutivas sin período espiratorio intermedio; **Diferencias entre Ti mecánico / Ti Neural:** "Ciclo corto": presencia en la curva de presión de una concavidad y una amputación del flujo espiratorio. "Ciclo prolongado": incremento de la presión (mayor al nivel programado) en la porción final de la inspiración, que coincide con una rápida reducción del flujo inspiratorio.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Criterios de inclusión: todo paciente bajo VM invasiva con presencia de esfuerzos inspiratorios. Criterio de exclusión permanencia.

Variable principal: Registro durante 20 minutos de las curvas de presión y flujo en la vía aérea (Fluxmed®).

Objetivos: Describir la incidencia de disincronías, el número y tipo de disincronías y su relación con la duración de la VM.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes, edad 54 ± 19 años, masculinos 64%, APACHE II 18 ± 6 , RASS 0 ± 1 , pacientes con diagnóstico de EPOC= 3, días de VM previos 5 ± 3 . Modos de VM: PCV 12 (54,5%), PSV 9 (41%), VCV 1 (4,5%), P 0,003. VT utilizado 460 ± 100 , PEEP $6,5 \pm 4$ mmHg, VE $10 \pm 2,7$ L/min, FR 23 ± 5 resp/min, FIO₂ $0,5 \pm 0,14$, trigger $-0,67 \pm 0,45$ mmHg, días de VM 16 (8-20). Presentaron ID >10%: 15 pacientes (68%). Frecuencia de tipo de disincronía (totales): doble trigger $1,4 \pm 1,7\%$, trigger inefectivo $2,18 \pm 2,08\%$, ciclado prematuro $4,1 \pm 5,4\%$, ciclado tardío $10,8 \pm 14,6\%$.

Variable	ID <10% n(7)	ID >10% (n15)	P
Índice Asincronia (%)	3,7±2,4	25,5±16	<0,001
Edad	52±21	56±16	0,628
APACHE II	14±8	20±6	0,056
RASS	0 (-2-1)	0 (0-1)	0,456
Días de VM	16 (6-20)	18(10-18)	0,815
doble Trigger (%)	0,38±0,5	1,9±1,8	0,008
Trigger Inefectivo (%)	1,23±0,6	2,62±2,3	0,048
Ciclado Prematuro (%)	0,18±0,3	5,9±5,7	0,001
Ciclado Tardío (%)	1,88±2,6	15±16,1	0,007
Vol Tidal	487±54	447± 117	0,417
V minuto	10,1±2,9	10,3±2,3	0,305
T Inspiratorio	0,91±0,06	0,96±0,23	0,416
Ph	7,38±0,04	7,41±0,09	0,842

Conclusiones: la incidencia de disincronías fue alta aunque no se encontró asociación con prolongación de la duración de la VM (error tipo II?). Las disincronías más frecuentes se relacionaron con diferencias entre Ti mecánico / Ti Neural, fenómeno probablemente vinculado con la utilización de modos PCV y PSV en forma casi excluyente.

0168 EMERGENCIA HIPERTENSIVA, SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, ECLAMPSIA.

S SERRA(1), LA FLORES(1), NE MOLINAS(1), MA GUZMAN(1), R DI PAOLI(1), C LOMBARDO(1), L ABEDIN(1), G SMURRA(1), S VERA LUNA.(2)

(1) Isidoro G. Iriarte. (2) Isidoro G. Iriarte.

Introducción: La Emergencia hipertensiva asociada al síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) y eclampsia, es una asociación infrecuente.

Presentación de caso: Paciente de 17 años, Primigesta, sin antecedentes, embarazo de 37 s. Consulta por cefalea y amaurosis bilateral. Se interna Servicio Obstetricia, ingresando hipertensa (180/120 mmHg), taquicárdico, amaurosis bilateral, reflejos exaltado simétrico (+++), edemas MI simétricos (++), y pulso presentes. A las 2 horas ingreso presenta convulsiones tónico-clónicas. Se indica sulfato de magnesio (carga e infusión continua) y antihipertensivo (Labetalol). Se realiza cesárea de urgencia. Pasa a UTI, presentando HTA (170/80 mmHg), Vigil, ceguera bilateral y parálisis de cuerdas vocales. Se indica ARM, sulfato de magnesio y tratamiento antihipertensivo (Amlodipina y Labetalol). Se realiza RMI de encéfalo: lesiones hiperintensas (secuencias FLAIR y T2) en el hemisferio cerebeloso, en la región temporal, medial y posterior, en la región parasagital, en los núcleos de la base (nucleo caudado) y lenticular lado derecho (LD) y en la región occipital parasagital, tálamo, nucleo lenticular, cápsula externa e interna lado izquierdo (LI). Restricción de difusión en pequeñas aéreas parte posterior del tálamo izquierdo, región

occipital anterior parasagital del LI, el núcleo lenticular del LI y en la región occipital parasagital del LD. Los ventrículos laterales y el tercer ventrículo están comprimidos, no obstante conservan su topografía normal. A los 10 días en UTI, pasa a clínica médica con recuperación neurológica, visual y movilidad de las cuerdas vocales ad integrum.

Resultados: La paciente presentó Eclampsia con amaurosis y parálisis de cuerdas vocales, diagnosticándose PRES, entidad clínico-radiológica que puede relacionarse con etiologías como encefalopatía hipertensiva, eclampsia, insuficiencia renal. Cursa con cefalea, alteración de la consciencia, trastornos visuales (inclusive ceguera) y convulsiones, generalmente coincidiendo con aumento rápido en las cifras de tensión arterial. La neuroimagen es esencial para su diagnóstico y el hallazgo típico es el edema en los hemisferios cerebrales posteriores. La hipótesis más aceptada para explicar su mecanismo fisiopatológico es el fallo de la autorregulación cerebral y disfunción endotelial, con desarrollo de edema vasogénico.

Conclusiones: Es importante reconocer el PRES, puesto que su tratamiento adecuado y oportuno resuelve adecuadamente el trastorno sin secuelas neurológicas.

0169 TAPONAMIENTO CARDIACO Y DERRAME PERICARDICO SEVERO POR HISTOPLASMOSIS.

MA GUZMAN(1), NE MOLINAS(2), LA FLORES(2), S SERRA(2), L ABEDIN(2), G SMURRA(2), C LOMBARDO(2), R DI PAOLI(2), S VERA LUNA.(3)

(1) Isidoro G. Iriarte De Quilmes. (2) Isidoro G. Iriarte. (3) Isidoro G. Iriarte.

Introducción: La histoplasmosis es una enfermedad endémica, producida por el *Histoplasma capsulatum*. La forma sintomática representa menos del 5% de los individuos expuestos. Es infrecuente la presentación con pericarditis y derrame pericárdico masivo.

Presentación caso: Paciente femenino, 59 años, antecedentes Hta crónica, hepatitis autoinmune con tratamiento crónico por Disnea con telitsona. Ingresó con disnea de reposo, ingurgitación yugular y Shock. ECG complejo de bajo voltaje y taquicardia sinusal. Por Ecocardiograma se constata derrame pericárdico severo con signos de taponamiento por lo que se realiza punción pericárdica, drenando líquido que se envía a FQ: informa 95 % PMN y cultivo. Se estabiliza hemodinámicamente con drogas inotrópicas. Se realiza ventana pericárdica más biopsia, dada la evolución tórpida de la paciente. En su evolución inestable, a pesar del tto. ATB, empírico, donde los cultivos: hemocultivo negativos, Hidatidosis (-) TBC (-), HIV/Elisa (-) micológico (-), presenta Distrés Respiratorio del Adulto, ingresa ARM, minibal, (-). A los 14 días con un informe preliminar de histoplasmosis por anatomía patológica, se realiza tto. Con anfotericina, Vancomicina, imipenem, colistin, persiste con evolución de Shock cardiogénico, en ARM, presenta arritmia ventricular, paro cardíaco, óbito.

Resultados: En las diversas manifestaciones de la histoplasmosis, se han destacado en los últimos años, aunque con poca frecuencia, la participación del corazón. El *Histoplasma capsulatum* puede invadir el endocardio, miocardio, pericardio. Los pacientes pueden presentar cuadros asintomáticos de pericarditis por *Histoplasma*, sólo sospechados por cambios electrocardiográficos inespecíficos, calcificación pericárdica y/o una prueba de piel positiva para histoplasmina. Se han reportado 4 casos de pacientes con pericarditis constrictiva por *H. capsulatum*. Sólo 14 casos de pericarditis aguda, debido a *H. capsulatum* han sido publicados en la literatura. La pericarditis aguda con derrame, debido a *H. capsulatum*, ocurre en pacientes inmunocompetentes que presentan: SIDA, neoplasias linfoproliferativas, linfocitopenia CD4 idiopática, diabetes, enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, LES, vasculitis primaria) y como en el caso presentado, tratamiento crónico con corticoides.

Conclusiones: El derrame pericárdico con taponamiento cardíaco es una presentación poco frecuente en la histoplasmosis, se la de-

be sospechar en los casos de enfermedad pericárdica asociada a patologías o tratamientos que afecten el sistema inmunológico.

0170 ATAQUE CEREBRO VASCULAR (ACV) CRIPTOGÉNICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD TUMORAL OCULTA

JC BOSSIO(1), Y MANCHO(1), S PAVON(1), V GAZZONI(1), E IGLESIAS(1), V CAGLIERI(1), C GALLETTI(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivo: Ocasionalmente, el ACV puede preceder al diagnóstico de cáncer y ser la primera evidencia clínica de una neoplasia subyacente. En general se presenta con linfomas, carcinomas y tumores sólidos. Se presenta un caso que ejemplifica esta situación debida a adenocarcinoma de páncreas (ACP) con sus particularidades fisiopatológicas propias.

Caso Clínico: sexo femenino 31 años de edad, casada hacía 3 meses. Sin antecedentes patológicos. Ingiere anticonceptivos orales. Derivada por convulsiones tónicas y trastornos de conciencia. Ingresó con Glasgow 7/15. Es intubada y asistida con ventilación mecánica. Unas 48 horas previas tuvo dificultad motora transitoria en miembro superior derecho al peinarse. En el examen físico hepatomegalia marcada. Una Resonancia Magnética (RM) de cerebro con angiografía mostró, en difusión, imágenes compatibles con lesiones isquémicas hiperagudas y otras más tardías, sugestivas de causa trombo embólica. Vasos intra y extracraneales normales, lo mismo que el ecocardiograma transesofágico. CEA, CA19.9, CA 125 elevados. Tomografía de abdomen imágenes nodulares sólidas múltiples en hígado, y riñones y un infarto masivo en bazo. Anatomía patológica (AP) de nódulo hepático adenocarcinoma poco diferenciado infiltrante metastásico con mucosecreción intracelular. En RM de abdomen además, lesión sólida irregular en región caudal del páncreas. AP de esa lesión e histoquímica compatible con ACP mucosecretante. Recibió anticoagulación con heparina de bajo peso. Evolución inmediata con recuperación neurológica, es extubada y alta al internado. A las dos semanas reingresa con nuevo foco motor y afasia mixta, ictericia progresiva e intolerancia digestiva. Se limitan esfuerzos terapéuticos. Fallece a las 10 semanas del ingreso.

Discusión. Conclusiones: El caso pone de relieve que el ACV puede ser la primera manifestación de un cáncer no diagnosticado. Los eventos arteriales son poco comunes en el ACP, con una incidencia estimada de sólo el 2 a 5%. La patogénesis es compleja e incluye invasión vascular del tumor, fragmentación y embolización de metástasis intracardíacas o intravasculares, activación de la cascada de la coagulación, así como trombogénesis mediada por mucina, que interactúa con P- y L-selectinas e induce, a la formación de microtrombos independientemente de la trombina.

0171 ANTICOAGULACION EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

A FERNANDEZ(1), M MORALES(2), D PEREZ(2), L KUMAR(2)

(1) Federico Abete. (2) Abete.

Introducción: Presentación de un caso clínico de hemorragia subaracnoidea de causa etiológica no conocida que evoluciona con enfermedad tromboembólica, en el cual se decide una terapéutica poco usual.

Resumen: Paciente masculino de 62 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, alergia al yodo y síncope a repetición. Ingresó a Uti por deterioro de su estado de conciencia y trauma encefalocraneano leve por caída de su propia base de sustentación, con diagnóstico imagenológico de HSA de causa no conocida debiéndose realizar diagnóstico diferencial que sea secundario a TEC vs Aneurisma.

Con ECG, Ecocardiograma y doppler de vasos de cuello sin patología, se decide realizar angiografía magnética por antecedente de alergia a soluciones yodadas donde no se evidencia formación

aneurismática, se decide repetir estudio a la semana. Durante ese periodo presenta TVP del 70% de femoral común, y del 100% de la safena, poplítea y gemelares, con indicación de colocación de filtro de vena cava, se decide inicio de anticoagulación por negativa de paciente de realizarse desensibilización al yodo. Se indica Heparina sodica en rangos bajos de anticoagulación hasta nuevo estudio que descarte enfermedad aneurismática, quedando pendiente a futuro mas estudios para diagnostico etiológico de causa de pérdida de conciencia.

Conclusión: Existen pocos casos clínicos en donde se reporte la indicación de anticoagulación en paciente que presenta un sangrado, en este caso clínico debido a que el paciente presentaba una hemorragia subaracnoidea con alta probabilidad que sea secundaria a un traumatismo a que sea secundaria a un aneurisma, con diagnostico de Enfermedad Tromboembolica, y ante la imposibilidad de colocar un filtro de vena cava debido a su antecedente patológico, se evaluaron los riesgos y se encontró un beneficio de la anticoagulación.

0172 ¿ASMA "CASI" FATAL?

A FERNANDEZ(1), A JUAN(2), D PEREZ(2), L KUMAR(2)

(1) Federico Abete. (2) Abete.

Objetivos: Describir la evolución de aquellos pacientes que ingresaron a nuestro hospital en paro respiratorio o lo desarrollan inmediatamente a su ingreso, como consecuencia de una obstrucción severa al flujo aéreo, secundaria a crisis asmática.

Introducción: El asma es una patología con elevada prevalencia en el mundo (del 3 al 7%) presentaremos una serie de casos en la Terapia Intensiva en pacientes con Asma casi fatal

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional de una serie de seis casos clínicos de nuestra Terapia Intensiva en pacientes con Asma casi Fatal, pacientes que ingresan en paro Respiratorio o lo presentan inmediatamente al ingreso en la sala de emergencias como consecuencia de obstrucción severa al flujo aéreo, requiriendo intubación orotraqueal y reanimación avanzada cardiopulmonar. Se analizaron la edad, apache al ingreso, días de internación, principales complicaciones y la mortalidad.

Resultados: Se realizaron la revisión de seis casos clínicos de Asma Casi fatal, con edad de presentación de 40 a 50 años (83.4%) 27 años (16.6%), con el 100% ASMA TIPO I, con score APACHE de ingreso de 35(31-43) (100%) , con requerimiento de vasopresores : 3días (51%) 5 días (33%) 8 días (16%) , con días de internación 6-17 (83%) 32 días (16.6%) ,días de Asistencia mecánica respiratoria de 13-16 días(83.4%) 3 días (16.6%), presentando las siguientes complicaciones. Neumonía asociado a la ventilación (51%), Distres Respiratorio del Adulto (33%), polineuropatía del paciente crítico (16%), iniciando antibióticoterapia 100% en las primeras 72 hrs. Con mortalidad del 83.4% de los casos revisados.

Conclusión: En nuestra población de pacientes estudiados presentaron una alta morbi-mortalidad, correlacionándose con el Apache de ingreso, fueron pacientes que si bien conocían su enfermedad de base no tenían un adecuado seguimiento y tratamiento de su enfermedad viéndose reflejado en su mala evolución. El tratamiento adecuado en una Terapia Intensiva no logra disminuir la mortalidad del Asma CASI FATAL siendo importante plantearse programas de educación en la población antes que este tipo de crisis obstructivas siga evolucionando a la fatalidad.

0173 EXPERIENCIA DE VENTILACION MECANICA EN DECUBITO PRONO, EN PACIENTES OBESOS CON SME. DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO

A FERNANDEZ(1), E PALACIOS(2), D PEREZ(2), L KUMAR(2)

(1) Federico Abete. (2) Abete.

Objetivo: Publicar nuestra experiencia en la terapeutica de pacientes críticos obesos que evolucionaron con SDRA y se realizó Ventilación Mecánica en decúbito prono

Introducción: El síndrome de Distres Respiratorio Agudo es una patología con una mortalidad elevada, el manejo de la misma consiste en el tratamiento de la enfermedad que lo desarrolla, desde la Terapia Intensiva realizamos estrategias en la ventilación mecánica para mejorar los parámetros de oxigenación, también conocemos los resultados beneficiosos de posicionar al paciente en decúbito prono como estrategia ventilatoria. En este trabajo describiremos una serie de casos clínicos de pacientes Obesos que presentaron SDRA, se realizó ventilación mecánica en decúbito prono, y analizaremos los resultados teniendo en cuenta que son pacientes de difícil manejo no solo por aumento de la carga restrictiva sino también por que son pacientes con comorbilidades, susceptibles a complicaciones y de difícil movilización.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional de una serie de nueve casos clínicos de nuestra Terapia Intensiva en pacientes Obesos con SDRA ventilados en decúbito prono. Se analizaron la edad, apache al ingreso, Modo y estrategia ventilatoria, Score de Murray, días de sedación, días de internación, evolución, complicaciones, supervivencia y Morbi-Mortalidad.

Conclusión: Teniendo en cuenta que uno de cada 5 pacientes es obeso y que es una patología declarada por Ley en nuestro país, que va aumentando en su incidencia, es importante el conocimiento y la inclusión de estos pacientes en el área crítica.

La ventilación en decúbito prono resulta técnicamente difícil en los pacientes obesos, no existen publicaciones sobre la misma y la bibliografía es muy escasa. La utilización de la misma, si bien se deberían realizar estudios mas extensos, mostro un buen resultado en nuestra experiencia. Poder contar con un equipo interdisciplinario en terapia intensiva hace que podamos tratar a los pacientes por igual sin la exclusión de aquellos en la que el manejo resulta mas difícil.

0174 UTILIZACION DE ESCORES EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

A FERNANDEZ(1), P CARDOZO(2), D PEREZ(2), L KUMAR(2), G BALDERRAMA(2)

(1) Federico Abete. (2) Abete.

Introducción: En argentina hay mas de 90.000 pacientes hospitalizados por incidentes de tránsito al año de los cuales mueren mas de 4.000 personas. Debido a esta problemática, tratándose que trabajamos en un hospital de Trauma y que la intervención es interdisciplinaria, es necesario tener un mismo idioma, razón por la cual la utilización de los scores en el trauma es indispensable.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de una serie de veinte pacientes hospitalizados en ultimo semestre en nuestra terapia Intensiva, donde se estudiaron pacientes Politraumatizados dividiéndose en dos grupos: sobrevivientes (Grupo 1) y fallecidos (Grupo 2). Se evaluó en cada grupo el Glasgow al ingreso, Trauma score revisado (TSR), Índice de Trauma y Emergencia (ITE), Apache II y Injury severity score (ISS),.

Conclusiones: Los pacientes que lograron sobrevivir luego del politraumatismo presentaron un TEC leve-moderado y los que fallecieron presentaron un TEC grave, según la escala de Glasgow.

Los pacientes recibidos fueron correctamente derivados según el ITR, tanto los pacientes del Grupo 1 y del Grupo 2, presentaron un ITR por debajo de 12.

Con respecto al ITE, los pacientes que tienen una puntuación entre 0 a 1 presentan muy baja mortalidad, mientras que los pacientes que tienen un peor pronóstico presentan una puntuación mayor a 8 con una mortalidad por encima del 80%. En nuestro estudio los pacientes del Grupo 1 presentaron una mediana de 3 y los del Grupo 2 una mediana de 6. No obteniéndose buena correlación con la literatura.

El Apache tampoco tuvo buena correlación en parte por que la lesión secundaria suele aparecer también luego de las 24hs del ingreso. Los pacientes del Grupo 1 presentaron mediana de Apache 10(mortalidad del 15%) y los del Grupo 2 mediana de Apache 17 (mortalidad del 25%).

El ISS fue el score que mas se correlaciono con la evolución de los pacientes que estudiamos, dentro de los fallecidos, 2 pacientes presentaron un AIS de 6, la mediana de este grupo fue de 51. De los pacientes que sobrevivieron la mediana del ISS fue de 25.

0175 MENINGITIS POSTOPERATORIA: UNA COMPLICACION TEMIDA. ANALIZANDO FACTORES DE RIESGO.

Y RECUERO(1)

(1) Hospital Transito Caceres De Allende.

Objetivo: La meningitis nosocomial es principalmente una enfermedad de pacientes neuro- quirúrgicos y una vez que aparece incrementa la morbi-mortalidad en los pacientes internados en UTI. **Método:** Estudio Observacional caso control. Se analizaron 62 pacientes desde 01/09 hasta 08/10 sometidos a neurocirugía y postoperatorio en UTI. Para su comparación e inferencia se aplicó prueba de chi-cuadrado. Para variables numéricas se utilizó prueba "t".

El seguimiento de los pacientes se realizó del ingreso hospitalario hasta el alta. Los criterios de inclusión fueron: 1. Signos y síntomas de meningitis. 2. Sujetos mayores de 18 años. 3. Todo tipo de neurocirugía excepto aquellas en las que se dejan shunts o catéteres ventriculares y/o espinales. Los criterios de exclusión fueron: 1. Menores a 18 años. 2. Colocación de catéteres ventriculares o espinales, o derivaciones. 3. Embarazo. 4. S.I.D.A. 5. Otras inmunodeficiencias. 6. Cáncer terminal. 7. Quemados. Todos fueron sometidos al tratamiento convencional de meningitis nosocomial según criterios infectológicos y microbiológicos. A todos se les realizó análisis y cultivo de líquido céfalo-raquídeo (LCR), para realizar diagnóstico. En los casos con cultivos positivos los pacientes fueron tratados con antibiótico terapia específica. En los casos con cultivos negativos se tomaron criterios diagnósticos del examen físico químico, y se los trató según la flora nosocomial habitual

Resultado: Se estudiaron 62 pacientes, 43 hombres y 19 mujeres, sometidos a neurocirugía, con un promedio de edad 42,5 años \pm 14,6 años. Hubo una incidencia de 25,8% de casos con meningitis postoperatoria (n.16). La mortalidad global fue del 4,83% (n. 62; 3 muertes), una muerte ocurrió en el grupo sin meningitis (n. 46 = 2,17%), y dos en el grupo que se complicó con meningitis (n= 16; 12,5%). Tanto el tipo de antibiótico utilizado para la profilaxis pre operatoria como el tiempo de anestesia se asociaron con un aumento de aparición de meningitis nosocomial. No se encontró asociación con el resto de los factores de riesgo estudiados.

Conclusión: La meningitis postoperatoria aumenta su incidencia cuando utilizamos combinaciones antibióticas para realizar profilaxis, y también, cuando los tiempos de anestesia exceden las 4,5 hs.

0176 COARTACIÓN DE LA AORTA. DOS CASOS CLÍNICOS SIMILARES CON ALTERACIÓN ANATÓMICA DIFERENTE

L VILLALOBOS(1), G TERÁN(2), K ELLEFSEN(2), R LARA(3), A DARRAS(4), C ZABALA(5), I GAINSBORG(5)

(1) Smb. (2) Caja Petrolera. (3) Caja Petrolera De Salud. (4) Centro Diagnostico Dr. Darras. (5) Instituto Gastroenterológico Boliviano Japones.

Introducción: La Coartación Aórtica se presenta tanto en infantes, jóvenes y adultos, siendo la mayoría diagnosticada durante el estudio de HTA. La incidencia es de 4 en 1000 nacidos vivos con una relación hombre a mujer de 1,5:1, y se asocia a hipertensión, diferencia entre pulsos de brazos y piernas, fatiga en piernas con el ejercicio o hallazgo de soplo. La muerte se debe a insuficiencia cardíaca, disección aórtica, hemorragia cerebral, o muerte súbita. Por lo que existe un consenso sobre la intervención con un enfoque ya sea quirúrgico o percutáneo.

La aterosclerosis aórtica es causa de embolia cerebral, sobre todo si es a nivel del arco aórtico. La calcificación difusa de la media por inflamación prolongada se denomina "aorta de porcelana".

El diagnostico se realiza mediante ecocardiograma, tomografía o RM. Su manejo se basa en anticoagulación y estatinas. La endarterectomía es de alto riesgo.

Caso 1: Varón de 19 años con 3 meses de cefalea occipito-parietal, angina de pecho crónica y parestesia en hemicuerpo izquierdo. TA 140/100 en ambos brazos. ECG normal. Holter de TA con elevación sisto-diastólica en el 49%. Ecocardiograma sin alteraciones valvulares y función sistólica conservada. AngioTAC con coartación a nivel de Aorta torácica descendente, aspecto de reloj de arena (Fig.1).

Caso 2: Varón de 37 años con 6 años de HTA sistólica con mala adherencia al tratamiento. Hace 3 años con cefalea, dolor y frialdad en extremidades inferiores. TA 190/80, soplo sistólico en foco aórtico de tipo eyectivo con irradiación a cuello y escápula; pulsos en extremidades superiores y carotídeos intensos y femorales muy disminuidos. ECG normal. Ecocardiograma sin alteraciones valvulares, relajación diastólica alterada, con FE 65%. AngioTAC con segmentoestenótico en aorta torácica descendente de 23cm de extensión asociado a placas ateroscleróticas calcificadas anulares con zona más estrecha de 10mm de lumen a nivel superior (Fig. 2)

Conclusión: Ambos casos presentados de pacientes jóvenes con clínica similar pero con alteración estructural a nivel aórtico diferente.



0177 SÍNDROME DEL DEDO AZUL ASOCIADO A CRIOGLOBULINEMIA, LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO.

Y MANCHO(1), S PAVON(1), E ASINARI(1), D MINOLDO(1), M GOTTERO(1), V CAGLIERI(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivo: El síndrome del dedo azul (SDA) es la manifestación de distintas enfermedades que producen un compromiso isquémico agudo o subagudo en uno o más dedos, de las manos o los pies, debido a la disminución del flujo arterial por el compromiso u oclusión de pequeños vasos periféricos por diferentes mecanismos: trombosis, embolia, vasoconstricción severa o inflamación de la pared vascular. El dedo que sufre la isquemia adquiere un tono azul o violáceo, lo que da nombre al síndrome. Se presenta una paciente con SDA, como manifestación de crioglobulinemia asociado a Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome antifosfolípido (SAF).

Caso Clínico: Mujer de 33 años, derivada por síndrome anémico severo. Antecedente mediato: Cirrosis biliar primaria. Inmediatos: amputación 2° falange del índice mano izquierda de origen dudoso por rechazo a injerto. Se constata Hemoglobina 4,5 mg/dl y Hematocrito 16%. En prueba de tipificación se observa gran cantidad de auto anticuerpos que no permiten compatibilidad ABO 100% segura, Coombs directa positiva, ingresando a Terapia Intensiva para control durante transfusión. En la internación presenta fenómeno de Raynaud en ambas manos y SDA. Se solicita serología para enfermedades autoinmunes, obteniendo Ena (ro), Ac Anti M2, Ena (sm), Factor reumatoideo, crioglobulinemias y anticardiolipinas positivos, hipergamaglobulinemia e hipocomplementemia.

Se diagnóstica: LES, SAF y Crioglobulinemia. Se comenzó tratamiento con inmunoglobulina hiperinmune, pulsos de ciclofosfamida y anticoagulación. En seguimiento ambulatorio se constata SDA en mano contralateral. Reingresa, para realizar sesiones de recambio plasmático seguido de Anti CD20 (Rituximab). Se observa muy buena respuesta con reversión de los signos. Hasta el día de la fecha se encuentra bajo tratamiento con muy buena evolución.

Conclusiones: El SDA es inespecífico. Una vez instaurada la isquemia se puede desarrollar ulceración, pérdida de tejido, infección y gangrena, siendo necesaria en ocasiones la amputación. Se ha descrito en pacientes con crioglobulinemia, LES y SAF. Este caso muestra la combinación de las tres patologías y la necesidad de un abordaje terapéutico combinado y agresivo ya que, constituye una urgencia médica que requiere un diagnóstico y tratamiento específico rápido, dado el riesgo de progresión a necrosis irreversible.

0178 RECAÍDA DE PURPURA TROMBOTICA TROMBOCITOPÉNICA CON AFECCIÓN NEUROLÓGICA Y CARDIACA. ESQUEMA DE TRATAMIENTO AGUDO Y SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES.

Y MANCHO(1), S PAVON(1), J BOSSIO(1), D MINOLDO(1), F MINOLDO(1), E ASINARI(1), V CAGLIERI(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivo: La Púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) es una forma de microangiopatía trombótica caracterizada por anemia hemolítica, fiebre, trombocitopenia, insuficiencia renal y síntomas neurológicos, siendo poco diagnosticada la afección cardíaca. Se expone la presentación de un caso de recaída de PTT con afectación cardíaca y neurológica, realizando un esquema de tratamiento específico en agudo y seguimiento a los 6 meses.

Caso Clínico: Paciente masculino de 53 años, ingresa a terapia intensiva en Octubre del 2011 con cefalea intensa, hemiparesia facio-braquio-crural izquierda y disartria. RMN cerebro: lesiones isquémicas agudas en ambos hemisferios cerebelosos. HTO 23% Hb 7.2 mg/dl, plaquetopenia 18.000, esquistocitos 5%. Inicia Recambio Plasmático (RP) asociado a corticoides. Presenta mejoría neurológica

ca y de laboratorio, siendo dado de alta. Noviembre del 2012, sufre accidente moto vs auto, con episodio de desmayos, nueva RMN cerebro: Lesiones hiperintensas corticales agudas, probable origen tromboembólico en hemisferio cerebeloso izquierdo, con lesiones múltiples ya evolucionadas. Laboratorio: 5% esquistocitos, anemia, plaquetopenia y aumento de LDH. Inicia RP asociado a corticoides, seguido de Anti CD20 (Rituximab) por recaída de PTT. Día 3, dolor precordial atípico, cambios ECG, elevación de troponinas, Ecocardiograma con disfunción diastólica grado II y sistólica, Fey 38% (previa Junio 65%). Inician betabloqueantes y IECA, junto antiagregación y heparinoprofilaxis, con mejoría. Dos semanas después de la última infusión de rituximab fue documentada una remisión clínica completa y de laboratorio. Se realizaron controles a lo largo de 6 meses, donde no se observaron signos de recaída de PTT. RMN cardíaca junto a ecocardiograma control, con recuperación total de función sistólica.

Conclusiones: La recaída de PTT se define como un episodio de más de 30 días después de la remisión, y se produce en el 20-50% de los casos. En PTT aguda idiopática refractaria o con recaída, rituximab debe ser considerado en la admisión, en combinación con RP y esteroides. Las lesiones del miocardio y el infarto son poco diagnosticadas en pacientes con PTT estando asociadas a una mayor mortalidad.

0179 VALIDACIÓN DE PREDICTORES DE DESENLACES ADVERSOS EN LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

M ESPERATTI(1), M ESPERATTI(2), M FERRER(3), J GANDINI(2), V GIUNTA(3), L SAUCEDO(3), A TORRES(3)

(1) Hospital Privado De Comunidad. (2) Privado De Comunidad. (3) Clinic.

Antecedentes: La Neumonía Adquirida en la Unidad de Cuidados Intensivos (NAUCI) es la principal infección en pacientes críticos, sin embargo no existen criterios universalmente aceptados para identificar precozmente a los pacientes con ulteriores desenlaces adversos.

Objetivos: Validar un conjunto de predictores de desenlaces adversos (PDA) en pacientes con NAUCI en relación con desenlaces clínicamente relevantes.

Diseño: Estudio prospectivo, observacional.

Contexto: seis UCIs de un hospital universitario.

Pacientes: 335 pacientes con NAUCI.

Mediciones: El desarrollo de PDA se definió por la presencia de al menos uno de los siguientes criterios evaluados a las 72-96 horas posteriores al inicio del tratamiento antibiótico: ausencia de mejoría de PaO₂/FiO₂, necesidad de intubación debido a neumonía, persistencia de fiebre o hipotermia con secreciones respiratorias purulentas, aumento $\geq 50\%$ de los infiltrados pulmonares, aparición de shock séptico o síndrome de disfunción orgánica múltiple. Desenlaces primarios: mortalidad y días libres de ventilación mecánica (DLVM) (28 días); desenlaces secundarios: días de estadía en UCI, días de estadía hospitalaria. La respuesta inflamatoria sistémica se midió a través de diferentes biomarcadores séricos. Se evaluó, asimismo, el comportamiento del Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) y el Clinical Pulmonary Infection Score (SOFA) en relación con la mortalidad a los 28 días.

Resultados: Ciento ochenta y cuatro pacientes (55%) tuvieron al menos un PDA. Los pacientes con PDA presentaron mayor mortalidad (45% vs 19%; p < 0,001), menos DLVM [mediana (IQR)] 0 (0-17) vs. 22 (0-28) (p < 0,001) y mayor estadía en UCI (14 [8-24] vs. 18 [10-29] P=0.002). El Marginal Structural Model mostró un odds ratio de 2.042 (IC 1.01-4.12) (p=0.047) para mortalidad en pacientes con cualquier PDA. La falta de mejoría de la PaO₂/FiO₂ (72-96 hs) y falta de mejoría en la puntuación SOFA del día 1 al día 5 se asociaron de forma independiente con mayor mortalidad a los 28 días.

Los pacientes con PAO tuvieron una mayor respuesta inflamatoria aunque sin asociación independiente con los desenlaces evaluados.

Conclusiones: La presencia de PDA se asoció con mayor mortalidad y menos DLVM. La falta de mejoría en la PaO₂/FiO₂ y en la puntuación SOFA se asociaron de forma independiente con la mortalidad.

0186 FASCITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN DE CESAREA PROGRAMADA EN PACIENTE PRIMIGESTA Y SIN COMORBILIDAD, COMO CASO ÚNICO

L CABANA(1), L OROPEZA(1), F FARFAN(1), O TEJERINA(1), L DE ROSA DE VIDAL(1), AL PLAZA(1)
(1) Pablo Soria.

La cesárea es el parto después de las 28 sem. de gestación del feto, placenta y membranas a través de una incisión de las paredes abdominales y uterinas. En Argentina los índices alcanzan el 25,4%. Las infecciones son causa de rehospitalización; factores predisponentes: sobrepeso, ruptura de membrana prolongada, revisiones vaginales frecuentes, preeclampsia. La Fascitis Necrotizante(FN) postcesárea tiene una incidencia de 1,8/1000 cesáreas y la mortalidad 76%. Son fundamentales la alta sospecha y el debridamiento precoz.

Objetivo: presentación de caso único de FN postcesárea programada con Shock Séptico (SS) y extenso debridamiento de pared abdominal e histerectomía por endomiometritis.

Material y Método: primigesta sana, 31 años, embarazo controlado, cesárea programada, RN 3,150 kg. Al 5to día por fiebre y dolor intenso en herida se interna. Culdocentesis (-). Toilette de herida, útero s/p. En UTI APACHE: 14, SOFA: 9. Shock. **Diagnóstico:** SS, FN postcesárea de pared abdominal. **Laboratorio:** Hcto 34%, GB 4600 mm³(N 87%), plaquetas 57800 mm³, urea 53mg/dl; PH7,22, CO 231, O 2329, HCO 313, EB-13, 99%(FIO 2:50%), SVO 268%; Ac.Láctico: 3,2 mmol/l. Urocultivo:(-). Ex. Directo de Secreción: polimicrobiano. Cultivo/hemocultivos: *Staphylococcus Aureus* (S). **Evolución:** SS sostenido. **Toilettes en quirófano:** (5) resección extensa de tejido en hipogastrio, flancos y fosas lumbares. **TAC Abdominal:** gas endomiometrial. **Relaparotomía:** dehiscencia de brecha, endomiometritis, histerectomía. **Días de Internación:** 26; **UTI:** 13; **ARM:** 11. ATB amplio espectro. Soporte Nutricional. Al alta en espera de injerto dermo-epidérmico.

Comentarios: Las cirugías gineco-obstétrica tienen complicaciones que se presentan en cualquier cirugía abdomino-pelvíana y las propias. La pte. primigesta, sin co-morbilidad y sin inmunocompromiso cursó un embarazo fisiológico y la cesárea por circular de cordón. La fiebre y el dolor desesperante motivaron la internación, decidiéndose la toilette quirúrgica inmediata. La persistencia del SS alertaron la posibilidad de infección ginecológica que se corroboró con TAC y relaparotomía. La FN postcesárea se presentó como único caso.

Conclusión: A pesar del refinamiento de la técnica quirúrgica, la asepsia y antibioticoterapia la infección puerperal sigue siendo potencialmente mortal. La fiebre y el dolor intenso en la zona quirúrgica deben hacer sospechar la FN, la presunción diagnóstica y la cirugía agresiva contribuyen al buen resultado materno.



0187 HIPERINFECCION Y DISEMINACION MASIVA POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS CON FALLA MULTIORGANICA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

L CABANA(1), JF APAZA(1), F FARFAN(1), DLB DIEGO(1), C DIAZ(1), D VARGAS(1)
(1) Pablo Soria.

El *Strongyloides stercoralis* (Ss), es un geo-helmineto endémico mundial, exclusivo del humano, con un ciclo vital que le permite provocar auto-infestación. La infección cursa asintomática siendo la eosinofilia la única manifestación. En inmunocomprometidos puede ocurrir la Hiperinfestación (H) y Diseminación Masiva (DM) con neumonitis, insuficiencia respiratoria aguda (IRA) y fallo multiorgánico (FMO), la mortalidad alcanza el 87 %.

Objetivo: Presentación de un caso de H y DM por Ss en paciente con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de reciente diagnóstico, SDRA y FMO.

Material y Método: femenino, 22 años, procedencia rural, LES, tratamiento corticoideo. Cuadro de seis días con tos productiva, disnea progresiva y síntomas digestivos. Se internó con neumonía bilateral iniciando antibioticoterapia. Por IRA pasa a UTI. ARM. APACHE 24, SOFA 13. Shock, crepitantes, condensación basal, distensión abdominal.

Diagnóstico: Neumonía Severa, SDRA. Shock Séptico/FMO.

Laboratorio: Hcto: 28%, GB: 17.700 (NC:8 NS: 78, L: 11, E: 0) PH: 7.30, CO₂: 32, PO₂: 52, HCO₃: 14 EB: -9, 86% (FIO₂ 1) SVO₂: 54%. Creatinina: 1,9 md/dl, plaquetas: 43000 mm³. Ac.Láctico: 3,4 mmol/l. Rx/TAC de Tórax: infiltrado pulmonar intersticio-nodular, condensación. Examen directo de MF, esputo/minibal: larvas filariformes Ss. Hemocultivos/Urocultivo (-).

Evolución: hipoxemia y shock refractarios. Antibioticoterapia + Ivermectina. Fallece al 3er día.

Comentarios: la infección por Ss se adquiere por la penetración a través de piel de las larvas filariformes, cumplido el ciclo, en la luz intestinal permanecen no infectivos. En los inmunocomprometidos se transforman en filariformes y ocasionan reinfección. La pte. era de procedencia rural con clima subtropical. La afectación inmune por LES agravada por los corticoides fueron determinantes en la H y DM que se manifestó con IRA/SDRA refractario y FMO. Se descartó el abdomen agudo quirúrgico como causa del shock séptico. La eosinopenia marcadora de mal pronóstico. La identificación de las larvas de Ss definieron el inicio de ivermectina asociado a los antibióticos para gérmenes comunes, atípicos y oportunistas.

Conclusión: el Ss debe sospecharse y descartarse precozmente en inmunocomprometidos. El tratamiento corticoideo acelera el ciclo parasitario y favoreciendo formas graves y diseminadas potencialmente mortales. La implementación de técnicas de screening en poblaciones de riesgo evitaría el desenlace fatal de esta infección.



0188 EL VALOR PRONOSTICO DE LA TROPONINA T ULTRASENSIBLE EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN HEMODIALISIS PERSISTE A LARGO PLAZO POR LA ESTABILIDAD DE LA CONCENTRACIÓN DE LA MISMA.

J MORENO(1), P NOVOA(1), R GUGLIELMONE(1), R D'ELÍAS(1), O KIENER(1), S BARZON(1), J BONO(1)
(1) Sanatorio Allende.

No está claro del valor pronostico de la Troponina T Ultrasensible (TnTus) en pacientes (P) renales crónicos terminales en hemodiálisis (ERCH) y si la concentración de la TnTus permanece estable en el tiempo.

Objetivos: 1. Evaluar prevalencia de TnTus en P ERCH. 2. Determinar si existe correlación entre TnTus elevada con distintas variables clínicas. 3. Determinar si la TnTus tiene valor pronóstico y si se relaciona con mayor incidencia de Eventos Cardiovasculares Adversos Mayores (ECAM) a largo plazo. 4. Establecer si la concentración de la TnTus en ERCH permanece estable a largo plazo.

Materiales y Métodos: Se incluyeron P con ERCH durante Marzo del 2012 a quienes se les determinó en suero, previo a la diálisis, TnTus (EQL, ROCHE Diagnostics). P<18 años o con evidencias de estar cursando un SCA fueron excluidos. A los 6 meses, se evaluó incidencia de ECAM (hospitalización y muerte cardiovascular o por cualquier causa). A los 10 meses se efectuó nuevo dosaje de TnTus.

Resultados: Se incluyeron 93 P, 74% hombres, edad promedio 59±17 años. Fueron divididos en terciles de acuerdo a la TnTus (6-37ng/L(n= 33); 38-74ng/L(n= 29) y 75-226 ng/L(n= 31)). 5,4% tuvieron TnTus normal (<14 ng/L) y 35% tuvieron >74ng/L. Variables asociadas a TnTus elevada, con diferencias estadísticamente significativa entre los grupos, fueron: Edad (p<0,01), HTA (p<0,04), Diabetes (p<0,0001), IMC (p<0,02), Enfermedad Coronaria Previa (ECP) (p<0,003), y Necrosis ECG (p<0,009). A los 6 meses, los ECAM fueron significativamente más frecuentes en el último tercio, con tendencia significativa entre los grupos (p<0,02). Variables independientes asociadas a TnTus >74ng/L fueron diabetes OR=13,2(IC95%:3,9-44,5) y necrosis ECG OR=6,4(IC95%: 1,52-26,9). Los ECAM en el tercer tercio se asociaron con ECP OR=7,53(IC 95% 1,43 - 39,6) y Edad: OR=1,10(1,0-1,22). A los 10 meses, se compararon las concentraciones de TnTus y no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos 47ng/L vs 50ng/L p=0,205.

Conclusiones: 1. La Prevalencia de TnTus fue elevada en ERCH y estaba relacionada a mayor edad, HTA, diabetes, sobrepeso y ECP. 2.

Variables independientes asociadas a TnTus >74 ng/L fueron Diabetes y necrosis. 3. Las variables asociadas a mayor incidencia de ECAM con TnTus>74ng/L fueron Edad y ECP. 4. No se observó diferencias significativas en la concentración de TnTus basal y a los 10 meses, lo que demuestra su estabilidad en el tiempo estudiado. Esto resalta la importancia de conocer el valor basal de TnTus en ERCH para establecer pronóstico Cardiovascular a 10 meses.

0189 ANÁLISIS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE MAL GRADO EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CON DERIVACIÓN EN RED

N GALLUCCI(1), E AMUNDARAIN(1), M CASANOVA(1), O FARIÑA(1), B DORFMAN(1)

(1) Hospital De Alta Complejidad El Cruce.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea aneurismática de mal grado (HSAMG) era considerada una patología vinculada con pobres resultados, pero la evidencia ha demostrado que el tratamiento precoz mejora la recuperación y la mortalidad.

Objetivos: 1) Determinar la mortalidad en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de pacientes con HSAMG. 2) Evaluar la recuperación neurológica a los 6 meses.

Materiales y Materiales: Estudio retrospectivo, sobre una base prospectiva, descriptivo y observacional, de pacientes con diagnóstico de HSAMG definido por escala de Hunt y Hess (H-H) 4-5. **Criterios de Ingreso:** mayores de 18 años con diagnóstico tomográfico de HSA espontánea, H-H 4-5. **Criterios de Exclusión:** embarazadas y diagnóstico de muerte encefálica (ME) al ingreso. Variables analizadas: sexo, edad, escala de H-H y Fisher, vasoespasmio por doppler transcraneano (DTC), hidrocefalia, hipertensión endocraneana (HEC), resangrado, derivación ventricular externa (DVE) o catéter de PIC intraparenquimatoso, APACHE II y mortalidad en UTI. Se utilizó la escala de recuperación de Glasgow (GOS) para valorar los pacientes a los 6 meses, buenos resultados GOS 4 y 5. Los datos se expresaron como media +/- SD ó mediana para variables continuas y porcentajes para variables categóricas.

Resultados: Ingresaron 29 pacientes, hombres 12. La media de la edad fue de 49.79 ±12.58 años. HyH 4 41.4%, HyH 5 58.6%. El 79.3% Fisher 3+4. El 65.5% presentó hidrocefalia. Se realizó monitoreo de presión intracraneana (PIC) en el 93% de los pacientes: derivación ventricular externa (DVE) 58.6%; catéter intraparenquimatoso 34,4%. Todos los pacientes presentaron 1 registro de HEC. El 34.5% presentó resangrado y sobre 27 evaluados el 77.8% vasoespasmio. El APACHE II promedio fue de 21 ±6 puntos. La mediana de días de internación: hospitalaria 33 (1-153) y en UTI 20 (1-114). La mortalidad en UTI fue 48.3%, el 24% con diagnóstico de ME. Durante el seguimiento a los 6 meses se perdieron 6 pacientes, en 6 (25%) se obtuvieron buenos resultados. La mediana de GOS fue de 1 (1-4) punto.

Conclusiones: En esta serie de pacientes con HSAMG, se obtuvo una mortalidad del 48.3 %. La mediana de GOS fue de 1 punto, obteniendo buenos resultados en el 25% de los pacientes.

0190 DEXMEDETOMIDINE EN UCI, INDICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS

F RIOS(1), A RISSO VÁZQUEZ(1), M LUGARO(1), J HIDALGO(1), G DÍAZ(1), H CICHERO(1), E BARROZO(1), I MOYANO(1), A TORN(1)

(1) Sanatorio Las Lomas.

Introducción: Brindar una adecuada sedo-analgésia y control de la agitación son objetivos esenciales en UCI. Dexmedetomidina (Dex) es un potente y selectivo agonista de los receptores alfa2 adrenérgicos, produce sedación, analgesia y por su efecto simpático como asocia a bradicardia e hipotensión como principales efectos adversos (EA), estos EA se presentan entre un 10-30% de los pacientes (pac) según diversos reportes.

■ Resúmenes

Objetivo: describir los motivos para indicar de Dex en UCI y evaluar prevalencia y gravedad de los efectos adversos.

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo (febrero 2012- Marzo 2013), criterio de inclusión; todo paciente al que se le indicó Dex. Se registraron variables demográficas, tiempo de infusión y dosis, motivo de suspensión, promedio de frecuencia cardíaca y TAM 3 hs antes y post inicio de la infusión de Dex.

Resultados: en el periodo ingresaron a UCI 412 pac (internación >24 hs) se analizaron 33 pacientes, edad 65 ± 15 años, Apache II 15 ± 6 , masculinos 20 (60,6%), Diagnóstico Clínico 27 vs 6 quirúrgicos (P 0,003), la estancia en UCI 16 (4-24) días. Las indicaciones de Dex fueron: tratamiento del Delirio en 10 (30,3%), Abstinencia: 6 (18,1%), como Sedación: 16 (48,5%), de estos para aplicar VNI: 6 (18,1%) pac. El tiempo de infusión (mediana y cuartiles) fue 72 (34-96) hs, la dosis fue 0,23 (0,12-0,30) $\mu\text{mg/kg/h}$, en ningún paciente se indicó dosis de carga. Se infundió en asociación con Opioides: 8 pac, Benzodiazepinas: 6 pac, combinados: 7 pac. La frecuencia cardíaca pre administración de Dex fue 89 ± 10 vs post-infusión 72 ± 10 Lpm (P <0,001), TAM pre-infusión 85 ± 11 vs 75 ± 8 mmHg (P <0,001), Dex se suspendió por efectos adversos en 16 pac (48,5%), se suspende por bradicardia en 13 (39,3%), hipotensión arterial en 6 (18,1%), en 1 pac por deterioro del sensorio, existió combinación de hipotensión/bradicardia en 4 pac. Por hipotensión 1 pac requirió de noradrenalina y 5 requirieron administración de fluidos para tratar la hipotensión, el resto al suspender Dex se corrigió el trastorno. El tiempo de administración de Dex entre quienes se suspendió por EA fue 72 (24-108) hs vs 56 (44-96) hs P 0,818.

Conclusión: En nuestra serie Dex fue indicado para tratar delirio/abstinencia y como sedante para realizar ventilación mecánica o VNI. Dex se usó combinado con opioides y benzodiazepinas frecuentemente. Los tiempos de infusión fueron prolongados, por presencia de bradicardia e hipotensión se debió suspender Dex en el 48,5% de los pacientes (porcentaje superior a la descrita en la literatura), aunque en la mayoría de los pacientes al suspender Dex se corrigió el problema.

0191 EFECTO DEL EMPLEO DE PRESIÓN POSITIVA, CON Y SIN ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL, DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE EXTUBACIÓN. ESTUDIO DE LABORATORIO.

M ANDREU(1), M BEZZI(1), I SALVATI(1), M DONNIANNI(1), G MONTES(1), MB IBAÑEZ(1), M COTIGNOLA(1), MP PEDACE(1), MF ESMORIS(1), M FREDES(1), C AGUIRRE(1)
(1) Santojanni.

Introducción: Durante la presencia del tubo endotraqueal (TET) las secreciones se acumulan en el espacio subglótico existiendo riesgo de que se filtren hacia la vía aérea durante el desinflado del balón y la extubación. Con el objetivo de minimizar este riesgo se utilizan principalmente dos técnicas de extubación: "con catéter de aspiración" y "con ventilación a presión positiva con bolsa de resucitación". Otros procedimientos que aún no han sido estudiados, como el uso de Presión Soporte (PS) y PEEP, podrían ser tanto o más beneficiosos.

Objetivo: Determinar la existencia y la magnitud de las diferencias en el volumen filtrado durante la maniobra de desinflado del balón y extubación, según distintas combinaciones de presión positiva con o sin aspiración endotraqueal (ASP).

Material y método: En un modelo de tráquea artificial se introdujo un TET de 8 mm de diámetro interno cuyo balón fue posicionado a 4,5 cm del orificio proximal. Se anexó al extremo distal del modelo una trampa de agua y un pulmón de prueba. El extremo proximal del TET fue anexado a un ventilador. Se introdujeron 10 ml de agua coloreada con azul de metileno a través del puerto subglótico del TET. La variable de resultado fue el volumen filtrado, medido en mililitros. Los procedimientos que arrojaron valores inferiores a 1 ml fueron evaluados mediante el test de Friedman (significancia: $p < 0.05$). Las comparaciones post hoc se efectuaron mediante el test de Wilcoxon con corrección de Bonferroni.

Resultados: Los procedimientos CPAP15, PSV15/10 y PSV20/5 obtuvieron 0,4, 0,2 y 0,1 ml, respectivamente. Se observaron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó PSV15/10 y PSV20/5 con CPAP15 ($p=0.003$ y $p=0.014$, respectivamente). No hubo diferencia entre PSV15/10 y PSV20/5 ($p=0.303$). El agregado de aspiración incrementó el volumen filtrado con diferencias estadísticamente significativas entre CPAP15 y CPAP15+ASP ($p=0.001$) y entre PSV15/10 y PSV15/10+ASP ($p=0.001$).

Conclusión: La aspiración endotraqueal durante el desinflado del balón y la extubación produjo incremento de la filtración. Los procedimientos CPAP15, PSV15/10 y PSV20/5 obtuvieron los menores valores de filtración. No obstante, los mejores resultados se observaron con la utilización de PSV15/10 y PSV20/5.

0192 INTERVENCIÓN EN EL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CRÍTICOS

G CAPURRO(1), J TEVES(1), G BASCOLO VIVIANI(1), G NUÑEZ(1), G ESTRELLA(1), L ZACARIAS(1), J HADDAD CONTE(1), N RISSO(1), J PONCE(1), N SANCHEZ(1)
(1) Hospital Interzonal Dr Oscar Alende.

El paciente crítico se caracteriza por la presencia de un hipermetabolismo e hipermetabolismo que dan lugar a una rápida desnutrición.

Cuanto más precoz se comience el aporte nutricional menos déficit calórico acumularán los pacientes y menor impacto en su estado nutricional. La existencia de protocolos de manejo del soporte nutricional se relaciona con mejores resultados.

Objetivo: Analizar cambios en la calidad de administración de nutrición enteral aplicando protocolo de implementación y control a través de equipo multidisciplinario.

Material y método: Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo en unidad de terapia intensiva polivalente, antes y después de estrategia de intervención en soporte nutricional.

Se incluyeron 276 pacientes ingresados consecutivamente, para el análisis se dividieron en: grupo 1 preintervención, 118 pacientes (enero-julio 2011) y grupo 2 intervención, 158 pacientes (enero 2012-mayo 2013).

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, Apache II, TISS28, SOFA y ARM.

Como indicadores de calidad se analizaron: tiempo de inicio de la nutrición enteral, días de nutrición, uso de bombas de infusión y suspensiones mayores.

Las complicaciones analizadas fueron: alto residuo gástrico, diarrea, vómitos y broncoaspiración.

Resultados: Los grupos fueron comparables en edad, TISS28, SOFA, días de ARM y Apache II.

La nutrición enteral precoz se inició en el 37,3% en grupo 1 y en el 41,8% en grupo 2 y el inicio fue tardío en el 35,1% en grupo 1, contra el 29,1% en grupo 2.

En el segundo periodo hubo mayor tasa de uso de bomba de infusión 78,5% vs 55,9%.

No hubo diferencias en suspensiones mayores, grupo 1: 2,8 veces vs grupo 2: 2,3 veces.

Con respecto a las complicaciones, alto residuo gástrico, en grupo 1: 34,2% , grupo 2: 25,3% , diarrea: grupo 1: 9,5% , grupo 2: 9,5% , vómitos: grupo 1: 17,6% , grupo 2: 13,3% , broncoaspiración: grupo 1: 1% , grupo 2: 0,6%.

Conclusión: Tras la implementación del programa, más pacientes comenzaron la nutrición enteral precoz en detrimento del inicio tardío, resultando en mayores días de nutrición, no hallando diferencias significativas en las complicaciones, entre los dos periodos. La presencia de personal médico y de enfermería en la UTI dedicada al manejo del soporte nutricional mejora la calidad de los resultados.

0193 SERIE DE 22 CASOS DE INTOXICACIÓN POR LITIO: CUANDO LA CLÍNICA DEFINE GRAVEDAD Y CONDUCE EL MANEJO TERAPÉUTICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

S CORTESE(1), H TRAPASSI(1), M RISSO(1), V DI NARDO(1), M MONTENEGRO(1)
(1) Toximed Argentina.

Introducción: pese al constante desarrollo de nuevos psicofármacos, el litio continúa siendo una herramienta terapéutica eficaz e irremplazable en Psiquiatría. Su estrecho margen terapéutico hace frecuente la presentación de intoxicaciones agudas o crónicas reagudizadas.

Presentación de casos: se asistieron 22 pacientes entre 28 y 74 años de edad - 19 mujeres - en Unidades de Terapia Intensiva (UTI) entre mayo de 2012 y mayo de 2013; cinco fueron por intento autolítico. Cuatro pacientes requirieron hemodiálisis (HD), de los cuales la litemia más baja fue de 2,5 mEq/L asociada a encefalopatía severa, y la más alta fue de 4 mEq/L asociada a temblor fino distal e insuficiencia renal. De los pacientes sin realización de HD: la litemia más baja fue de 0,4 mEq/L asociada a hiponatremia y estado confusional, y la más alta fue de 4 mEq/L asociada a temblor fino distal. En este grupo de pacientes, predominaron ataxia, bradilalia y temblor distal. Una paciente presentó una convulsión tónico-clónica generalizada pero se descartó el litio como causa. Tres pacientes con deterioro del sensorio presentaron litemias en el límite terapéutico superior y el cuadro se atribuyó a coingesta de valproato y/o hiperamonemia concomitante.

Resultados: no hubo óbitos. Todos de los pacientes que requirieron HD presentaron valores de litemia dentro de margen terapéutico luego de entre dos o tres sesiones de HD. Dos de ellos, persistieron con confusión y rigidez de cuatro miembros hasta diez días posteriores a finalizar la HD. Los pacientes que no requirieron HD presentaron mejoría dentro de los primeros 3 a 5 días con tratamiento conservador (principalmente reposición hidrosalina -para mantener natremias normales y evitar así la reabsorción de Litio a nivel renal y tratamiento o supresión de causas desencadenantes -ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos-).

Conclusiones: la intoxicación por litio es una causa frecuente de morbilidad en pacientes con patología psiquiátrica, que generalmente requiere ingreso a UTI dada su severidad. La gravedad y la indicación de HD no deben sólo definirse por los valores de litemia, sino que debe guiarse fundamentalmente por el cuadro clínico en cada caso en particular, para brindar el tratamiento más eficaz y oportuno.

0194 VENTILACIÓN A FUGA: UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN DEL PACIENTE EN VENTILACIÓN MECÁNICA

J TEVES(1), C GOROSTEGUI(2), D GELABERT(3), M CHOY(2)
(1) H.i.g.a Oscar Alende Mar Del Plata. (2) H.i.g.a Oscar Alende. (3) H.i.g.a Oscar Alende Mar.

Introducción: De todos los eventos que tienen lugar en la UCI, los dos que se perciben como más estresantes por los propios pacientes son la intubación y la incapacidad para hablar. Los pacientes que no pueden hablar experimentan pánico, inseguridad, trastornos del sueño y elevados niveles de estrés. Los pacientes desean transmitir mensajes acerca de sus sensaciones dolorosas y de discomfort. Es posible recuperar la voz en pacientes traqueostomizados que presenten sus funciones cognitivas intactas. La ventilación a fuga (VF) es una técnica que permite recuperar la voz y su utilidad no ha sido explorada en el ámbito de la terapia intensiva.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la VF en pacientes traqueostomizados internados en Cuidados Intensivos que en están en proceso prolongado de desvinculación de la ventilación mecánica.

Material y Método: Estudio de tipo prospectivo descriptivo de intervención, en pacientes traqueostomizados que reciben ventilación mecánica y están en proceso de desvinculación de la misma. Las

variables evaluadas fueron: blue test, para evaluar la función laríngea; Pa/FiO₂, pO₁, PiMax, PeMax: como predictores de destete; modos de ventilación mecánica y gases sanguíneos pretest y posterior a VF, saturación en los minutos 0,3,6,10,20 y el desarrollo de neumonía posterior al procedimiento como indicadores de seguridad y evaluación de la capacidad de hablar según una escala propia diseñada ad hoc, para determinar la eficacia del procedimiento.

Resultados: En un periodo desde el 28/07/12 al 2/11/12 se evaluaron 12 pacientes, con una edad promedio de 55.44 años (DS 15) 5 mujeres y 11 varones. El tiempo medio de ventilación mecánica hasta la intervención fue de 16,7 días (DS 6,3), en todos se había realizado una traqueostomía quirúrgica (día 9,1 DS 4,1). con una cánula N8, con balón de baja presión, 9 (45%) -

Los resultados de los predictores de weaning exitoso fueron: Pa/FiO₂:206.11 (DS 60), PiMax de -37.4 (DS 10.7), PeMax de +35,5 (DS 13) y pO₁ de -1,2 (DS 0.77).

El Blue Test fue positivo en 10 (81.8 %) pacientes.

En la tabla se comparan seteos del ventilador y gases en sangre pretest y luego de VF.

	Modo	Vol.	Frec	FiO2	PEEP	pH	PCO2	pO2	Sat
Pretest	CMV	531	20.7	45.5	5.4	7.48	40.0	98.7	96.5
PostVF	PS16.2	748	20.6	45.5	9.7	7.49	39.0	92.6	96.8
		<.05	NS	NS	<.05	NS	NS	NS	NS

Durante la Ventilación a Fuga no se vieron episodios de desaturación: Sat0:96.6(DS3.4), Sat3:96.4(DS10.7), Sat6:96.2(DS3.9), Sat10:96.0(3.6), Sat20:96.7(DS1.8).

Ningún paciente desarrollo episodios de Neumonía luego de la VF. 10 pacientes pudieron desarrollar un lenguaje comprensible expresándose con frases, 1 paciente con lenguaje comprensible pero solo con monosílabos y en 1 paciente el lenguaje fue incomprensible.

Conclusiones: La Ventilación a Fuga en este grupo de pacientes se mostró segura, pues ningún paciente presentó alteraciones del intercambio gaseoso ni desarrolló nuevos episodios de neumonía. La Ventilación a Fuga se mostró eficaz pues 10 de los 11 pacientes pudieron expresarse de manera comprensible.

Esta experiencia permitió mejorar la comunicación con este grupo de pacientes y debería extenderse su uso.

0195 SINDROME DE MAY THURNER EN PACIENTE CON ATAQUE CEREBRO VASCULAR CRIPTOGENETICO Y PATENTE DE FORAMEN OVAL

S PAVON(1), Y MANCHO(1), J BOSSIO(1), MJ CABRERA(1), V CAGLIERI(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivo: El Síndrome de May Thurner (SMT), se debe a la compresión de la vena iliaca izquierda (VII) por la arteria iliaca derecha (AID) contrala zona vertebral lumbar. Es una variante anatómica reconocida. La asociación con ataque cerebro vascular criptogénico (ACV- C) en el contexto de un foramen oval permeable (FOP) no ha sido extensamente estudiada. Se presenta un caso que ejemplifica esta asociación con la resolución propuesta.

Caso clínico: Sexo masculino, 38 años sin antecedentes patológicos. Su madre tuvo un evento de trombosis venosa profunda en miembro inferior sin causa determinada. Ingresa con disfasia, hemiparesia derecha, luego de esfuerzo físico (ejercicio activo con dorsiflexión del tronco sobre pelvis). En RNM de cerebro focos hiperintensos en las secuencias T2 y FLAIR, en región subcortical frontal izquierda; en difusión 2 focos hiperintensos corticales (insular posterior y parietal izquierdo), sugestivos de lesiones isquémicas agudas; disminución de ramas distales de arteria cerebral media del lado izquierdo de más tiempo evolutivo, (imágenes sugestivas de fenómenos embólicos). Doppler de vasos de cuello normal; Doppler Trans Craneal: se objetivan señales transitorias de alta intensidad (HITS), luego de administrar solución fisiológica con burbujas y maniobra de valsalva

(MV). Ecocardiograma transesofágico: Foramen Oval Permeable y Aneurisma Atrial con pasaje de más de 20 burbujas desde cavidades derechas a izquierdas con MV. RNM de pelvis: Aplanamiento de VII con compresión por la AID, confirmada por venografía de pelvis, con patrón típico de síndrome de May Thurner. Tratamiento con anticoagulación y posterior cierre percutáneo del FOP. Mejora clínica franca, prácticamente asintomático. Alta a las 72 hs.

Discusión. Conclusiones: Se teoriza que el SMT se debe a una combinación de compresión y pulsación de la AID que conduce al desarrollo de la hipertrofia de la íntima dentro de la pared de la VII. Esto puede conducir a cambios endoteliales y formación de trombos. La etapa asintomática del SMT puede ser una causa oculta de ACV C en FOP. La incidencia global de la condición sería del 6,3%. Este caso ilustra la necesidad de tener presente y estudiar el SMT como causa oculta y potencial de ACV C en FOP.

0196 EVALUACIÓN DEL IMPACTO ENTRE EL TIEMPO DE TRATAMIENTO DEFINITIVO Y LOS RESULTADOS EN UNA POBLACION DE PACIENTES CON HSA ANEURISMATICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CON DERIVACIÓN EN RED.

E AMUNDARAIN(1), M CASANOVA(1), N GALLUCCI(1), O FARIÑA(1), B DORFMAN(2)

(1) Hospital De Alta Complejidad El Cruce. (2) Hoapital De Alta Complejidad El Cruce.

Introducción: En el manejo de la Hemorragia Subaracnoidea (HSA) espontánea, la exclusión del aneurisma es una de las principales intervenciones. El tiempo de llevar a cabo la misma fue discutido, aunque los últimos estudios muestran que la exclusión dentro de las 72 horas mejora los resultados sobre todo en pacientes con HSA de buen grado neurológico. Nosotros intentamos reproducir estos resultados, incluso en paciente que llegaron a nuestro hospital luego de la ventana óptima para la exclusión recomendada por la guías.

Objetivos: 1) Analizar las características y resultados en la población de pacientes con HSA espontánea en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI). 2) Evaluar el impacto del tiempo terapéutico en esta población sobre el resangrado y los resultados.

Materiales-Métodos: Estudio retrospectivo, sobre una base prospectiva, descriptivo y observacional, de pacientes con HSA que ingresaron a la UTI entre noviembre de 2010 y marzo de 2013. **Criterio de Inclusión:** mayores de 18 años con diagnóstico tomográfico de HSA. **Criterios de Exclusión:** embarazadas, pacientes con evolución a la muerte encefálica y/o paro cardiorespiratorio al ingreso y pacientes ingresados a la UTI luego del 15° día de sangrado. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, escalas Hunt y Hess (HyH) y Fisher, APACHE II, estancia en UTI, mortalidad, resangrado y escala de recuperación de Glasgow (GOS) a los 6 meses. Se consideraron buenos resultados GOS 4-5. Se evaluó tiempo de sangrado al ingreso, ventana ingreso-arteriografía cerebral y el intervalo sangrado-exclusión. Definimos tratamiento precoz a la exclusión del aneurisma antes de las 72 hs de sangrado. Los datos se expresaron como media +/- SD ó mediana para variables continuas y porcentajes para variables categóricas. Se realizó *Test Exacto de Fisher* para comparar variables continuas. *p* significativa <0.05.

Resultados: Ingresaron consecutivamente 73 pacientes, hombres 32. El promedio de edad fue 47 ± 12 años. HyH I 38.9%, HyH II 1.9%, HyH III 13%, HyH IV 16.7%, HyH V 29.6%. APACHE II promedio 15.39 ± 7.2 puntos. Mortalidad: hospitalaria 28.8%, en UTI 27.4%, el 15.1% evolucionó a la ME. Sobre 54 pacientes que fueron evaluados a 6 meses, 25 (46.3%) presentaron buenos resultados. No se trataron 6 pacientes por no hallarse aneurismas responsables en las correspondientes arteriografías. La mediana del tiempo de sangrado al ingreso fue de 1.5 días (0.2-11). La mediana de tiempo desde el ingreso hasta a la realización de la arteriografía cerebral fue de 9 hs (0-60). Sobre 67 pacientes evaluados se identificó resangrado en el 33.3% de los pacientes excluidos después de las 72 hs y en el 16.3% del grupo de pacientes excluidos antes de las 72 hs (p

0.098). La mortalidad de los tratados antes de las 72 hs fue 27.9% y 29.2% en aquellos tratados después de las 72 hs. (p 0.56). De 52 pacientes evaluados a los 6 meses se obtuvieron buenos resultados en 48.5% del grupo tratado precozmente y en 42.1% de los tratados tardiamente (p 0.43).

Conclusiones: En esta serie de pacientes con HSA en una UTI de un hospital exclusivamente de derivación, se obtuvo una mortalidad fue 27.4%. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto mortalidad y resultados de recuperación neurológica pero sí una tendencia no significativa a reducir la incidencia de resangrado en el grupo tratado precozmente.

0197 VALOR DEL LACTATO ARTERIAL COMO PREDICTOR PROGNOSTICO EN LOS DIFERENTES ESTADIOS DE LA SEPSIS.

M GALARZA HANGLIN(1), AE PIACENZA(1), JA CIALZETA(1), JA OJEDA(1), JFA RÍOS(1), FM RIVERO(1)

(1) Instituto De Cardiología De Corientes.

Objetivos: Correlacionar los niveles de lactato arterial en los diferentes estadios de la sepsis con el síndrome de disfunción multiorgánica y la mortalidad.

Determinar el punto de corte en el nivel de lactato arterial como factor pronóstico de mala evolución en los pacientes sépticos de nuestra institución.

Determinar el perfil clínico e infectológico de los pacientes sépticos de nuestra institución.

Material y método: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que reunieron los criterios vigentes para sepsis, sepsis severa y shock séptico al ingreso o durante su internación. Los datos obtenidos fueron analizados con el programa SPSS 18. Se usó el test de t-student para las variables continuas y el test del chi cuadrado para las variables categóricas. Se usó curva ROC para determinar el punto de corte de los niveles de lactato arterial para predecir evolución desfavorable. Nivel de significación $p < 0.05$.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 210 pacientes, 41 pacientes (20%) ingresaron con diagnóstico de sepsis, sepsis severa y shock séptico. La edad media de nuestra población fue de 67 años. Se realizó dosaje de lactato a un subgrupo de 10 paciente de los 41 ingresados en el trabajo (25%). Se realizó dosaje de lactato al ingreso con un valor promedio de 2.32mmol/l se aplicó la terapéutica estándar según la campaña Sobreviviendo a la Sepsis, se realizó nuevo dosaje a las 24hs en donde se observó un descenso a 1.84mmol/l. Se analizó el lactato de ingreso en pacientes vivos y óbitos sin significancia estadística.

Conclusiones: Una mayor edad y comorbilidades son características de nuestra población de pacientes sépticos y está relacionada con el tipo de pacientes de nuestra institución. Esto podría explicar la mayor mortalidad respecto a la publicada en la literatura. Las variables que se asociaron independientemente a mayor mortalidad fueron hipotensión arterial y menor temperatura.

0198 PIRFENIDIONA: NUEVA OPCION EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA. PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO

N MERCADO(1), Y MANCHO(1), S PAVON(1), J ARROYO(1), V CAGLIERI(1), C GALLETI(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una enfermedad pulmonar intersticial progresiva y potencialmente mortal, de etiología desconocida. La inflamación no desempeñaría un papel fundamental en la fisiopatogenia, sino que se trataría de una enfermedad epitelial-fibroblástica. El uso de Pirfenidona, agente inmunosupresor con efecto antiinflamatorio y antifibrotico, jugaría un rol importante en la terapéutica.

Presentación de caso: Mujer de 58 años, ingresa a UTI por insufi-

ciencia respiratoria aguda. Radiografía de tórax objetiva infiltrados pulmonares bibasales. Inicia tratamiento con Claritromicina y Ampicilina-Sulbactam. Mala evolución clínica. Tomografía Computada (TC) de tórax con infiltrado pulmonar difusos bilaterales. Hemocultivos negativos. Se realizan tres pulsos de Metilprednisolona. ANCAp, ANCAc, AC anti-MB, C3, C4, complejo ENA y serología para Chlamydia y Micoplasma negativos. PCR para CMV y Ag. para virus Influenza y HIV negativos. Mala evolución con ventilación no invasiva por lo que se progresa a invasiva. TC de tórax control, con signos claros de fibrosis pulmonar bilateral, sin signos de TEPA. Se realiza biopsia pulmonar. (posteriormente confirmatoria). Inicia tratamiento con Azatioprina 150 mg/día, meprednisolona 60 mg/día y N-acetil-cisteína 1800 mg/día. Con buena respuesta clínica-imagenológica en 28 días. Pasa a sala común, con requerimiento de oxígeno por cánula nasal. Pruebas funcionales pulmonares, (PFP) con severa alteración funcional restrictiva y severo compromiso de la capacidad de transferencia pulmonar. En TC de tórax de control, notable reducción de la opacidad en vidrio esmerilado. Se repite PFR quince días después, observándose moderada alteración funcional restrictiva con moderado compromiso de la capacidad de transferencia pulmonar. Se asocia al tratamiento Pirfenidona. Es dada de alta, con muy buena evolución clínica. A los 40 días camina 400 metros con aceptable tolerancia, con saturación de 96% y frecuencia cardíaca de 85 latidos por minuto. En control ambulatorio a los tres meses se constata franca mejoría clínica, en TC y PFR.

Discusión. Conclusiones: La FPI no tiene tratamiento eficaz. La sobrevida media es de 2 a 5 años. Numerosos ensayos clínicos fracasaron en la búsqueda de un tratamiento adecuado, hasta 2011 cuando se aprobó en Europa el primer tratamiento con Pirfenidona. En Argentina existen a la fecha 9 casos tratados. Los resultados parecen alentadores.

0199 NOCARDIOSIS CUTÁNEA Y CEREBRAL SIN APARENTE COMPROMISO PULMONAR. CASO CLÍNICO.

F ROMERO(1), F MINOLDO(1), Y MANCHO(1), S PAVON(1), J BOSSIO(1), J ARROYO(1), V CAGLIERI(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivos: Las infecciones causadas por especies nocardia (EN) son infrecuentes. Tienen una amplia variedad de manifestaciones clínicas en pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos (IC). El diagnóstico es complejo ya que no existen síntomas o signos característicos. Se presenta un caso en una paciente IC, con participación cutánea y neurológica sin evidencias claras de compromiso pulmonar a pesar de su patología de base.

Caso clínico: Sexo femenino de 73 años de edad con diagnóstico de Fibrosis Pulmonar (FP), medicada con N-Acetilcisteína, Azatioprina y Metilprednisolona. Presenta 14 días antes nódulos subcutáneos en abdomen, miembros inferiores y cuero cabelludo, con cultivo de material de las mismas sin desarrollo bacteriano. Se realizó biopsia de piel (BP). Ingresa por cuadro de cefaleas holocraneanas asociado a hemiparesia facio-braquio-crural izquierda. La RMN de cerebro mostró ligero desplazamiento de línea media hacia la izquierda, colapso del ventrículo lateral derecho; 4 lesiones nodulares quísticas con refuerzo periférico con edema vasogénico. Ante la sospecha de patología infecciosa, se inició tratamiento antibiótico con Amikacina, Trimetoprima-Sulfametoxazol (TSM) y Meropenem asociado a corticoides. Progresivamente presentó mejoría de su cuadro clínico. Se realizaron RMN con gadolín de control observándose disminución del tamaño de lesiones así como del edema perilesional. La B P idéntico nocardiosis. A los 21 días tras mejoría clínica y en RMN se da alta con Amoxicilina/Clavulánico y TSM. En posteriores controles mensuales ambulatorios la paciente presentó franca mejoría de su cuadro clínico y en RMN de control trimestral. A los 12 meses se suspende antibioticoterapia. Hubo recuperación neurológica plena.

Discusión. Conclusiones: Las EN infectan más comúnmente tracto respiratorio por inhalación, siendo el pulmón el principal órgano afectado. En el caso presentado pudo tomar un patrón infrecuente,

miconodular, confundido con la FP. La infección primaria de la piel es rara, a menudo tiene un curso subagudo, que se presenta como celulitis linfocutánea o micetoma. La infección del sistema nervioso central se produce en aproximadamente el 22%, probablemente secundaria a la diseminación hemática de una infección asintomática o curada de pulmón. La mejor evolución requiere alta sospecha, un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y prolongado.

0200 SARCOMA DE KAPOSI INTESTINAL EN TRASPLANTADO HEPATICO INMUNOSUPRIMIDO

F MINOLDO(1), N MERCADO(1), Y MANCHO(1), F ROMERO(1), J BOSSIO(1), S PAVON(1), E IGLESIAS(1), V CAGLIERI(1), C GALLETTI(1)
(1) Sanatorio Allende.

Introducción: La frecuencia del Sarcoma de Kaposi en transplantados es 400-500 veces superior a la población general. Su curso varía desde una enfermedad crónica, de curso benigno, limitada a los miembros inferiores, hasta una forma rápidamente progresiva con extensa afectación mucosa y visceral. La extensión y la evolución del SK dependen del nivel de inmunosupresión. Su aparición es más frecuente dentro de los dos primeros años postrasplante, con un pico en el primer año. Se presenta un caso de SK intestinal en transplantado hepático

Caso clínico: Hombre de 34 años de edad, con antecedentes de colitis ulcerosa, colangitis esclerosante y trasplante hepático (tres años previo), en tratamiento inmunosupresor con mesalazina y tacrolimus. Presenta reagudización de colitis ulcerosa asociado a dolor abdominal, diarrea y hemorragia digestiva baja, se trata con esteroides, mesalazina y azatioprina, sin resolución de sus síntomas. Comenzó reemplazo nutricional parenteral. Se realizó video colonoscopia observando ulceraciones y sangrado en napa con toma de biopsia que informa inflamación crónica severa. Tomografía computada (TC) abdominal que evidencia alteración densidad parietal de todo el marco colónico, concéntrica y simétrica, que coincide con el diagnóstico de colitis ulcerosa, sin signos de fístula o perforación intestinal.

Evoluciona con intolerancia gástrica y fiebre, se suspende tratamiento inmunosupresor y comienza tratamiento antibiótico (Meropenem), antifúngico (Caspofungina) y antiviral (Ganciclovir). Presentó enterorragia profusa y cuadro compatible con abdomen agudo se realiza nueva TC que demuestra abundante líquido libre, distensión con engrosamiento asas intestino delgado y lesión compatible con perforación ileal. Se practica cirugía de urgencia, con resección ileo terminal e ileostomía. Anatomía patológica que informa microscopia e inmunohistoquímica compatibles con Sarcoma de Kaposi. Se suspende tratamiento antiviral y cumple tratamiento antibiótico y antifúngico, evoluciona favorablemente sin repetir episodios de enterorragia se realiza tratamiento quimioterápico

Conclusiones: El régimen inmunosupresor basado en el uso de inhibidores de la calcineurina se asocia al desarrollo de tumores entre ellos SK y a una evolución más severa del mismo. Solo 10% son viscerales, siendo más frecuente en trasplantes de hígado y corazón. El SK tiene muy baja incidencia intestinal siendo necesario un alto índice de sospecha para su diagnóstico temprano.

0201 NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA: EXPERIENCIA DE UN AÑO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

OR GALLINI(1), C CARVALHO(1), C RUANO(1), M GRAZIANI(1), C DE RUEDA(1), C COLOMBO(1)
(1) San Roque Gonnet.

Introducción: La neumonía intrahospitalaria (NIH) representa una complicación frecuente y grave en pacientes hospitalizados, especialmente en las Unidades de Cuidados Intensivos, con el consiguiente aumento de la estadía hospitalaria, la mortalidad y los costos.

Objetivo: describir las variables epidemiológicas y factores de riesgo de neumonía intrahospitalaria en pacientes asistidos en una Unidad de Cuidados Intensivos

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional de los pacientes asistidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un Hospital Interzonal, desde el 01/01/2012 hasta el 31/12/2012. Se incluyeron los pacientes que presentaron diagnóstico de NIH. Se consideraron los siguientes factores de riesgo: edad, sexo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, cardiopatía, traqueostomía, postoperatorio, patología traumática o clínica, días de Asistencia respiratoria mecánica (ARM); y se los analizó en función de la mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: en el periodo estudiado ingresaron a UCI 268 pacientes. La NIH se presentó en 11,5 % (31 /268). La edad promedio fue de 45,75 años, el tiempo de estadía promedio de 34,21 días y la duración de la asistencia respiratoria mecánica de 8,8 días. El microorganismo aislado con mayor frecuencia fue la *Klebsiella pneumoniae*, siguiendo en frecuencia *Acinetobacter* spp., y *Staphylococcus aureus*. Los factores de riesgo más frecuentes fueron, diabetes 12,90.% (4 /31) , cardiopatía 9,67..% (3 / 31) EPOC 6,45% (2 / 31). La mayor letalidad se relacionó con edad, sexo masculino, comorbilidades.

Conclusiones: los factores de riesgo asociados a NIH fueron la edad, el antecedente de cardiopatía, Diabetes, la patología clínica grave de base. No se encontró diferencia en los días de ARM, traqueostomía y EPOC.

0203 HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE MOYA MOYA: REPORTE DE UN CASO

M FERREYRA(1), S SILLITANO(1), C SÁNCHEZ(1), F MOS(1), D VASQUEZ(1), D INTILE(1)
(1) Sanatorio Anchorena.

Introducción: La enfermedad de Moya Moya es una condición cerebrovascular que resulta de la estenosis progresiva de las arterias carótidas internas intracraniales y de sus ramas proximales, a partir de una hiperplasia de células del músculo liso y trombosis intraluminal. El desarrollo de bajo flujo de la circulación anterior genera colaterales de pequeños vasos desde la corteza, leptomeninges, ramas de arteria carótida externa que suplen la duramadre y base de cráneo. En raros casos, este proceso de neoformación involucra a la circulación posterior.

Los síntomas más frecuentes son accidente cerebrovascular isquémico, hemorragia intracerebral, convulsiones, cefalea y raramente movimientos coreiformes y manifestaciones psiquiátricas.

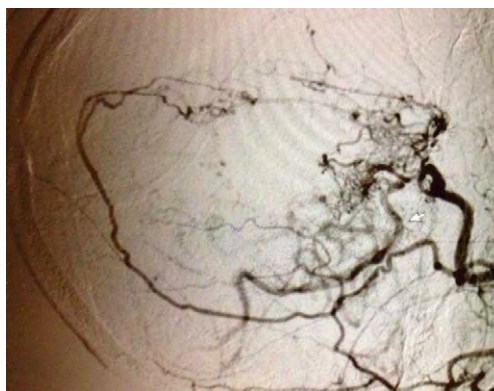
Presentación de caso: Paciente femenina de 28 años de edad sin antecedentes de relevancia.

Consulta por cervicalgia de 72 horas de evolución, agregando náuseas y vómitos. La TC y resonancia de cerebro evidencian hemorragia intraventricular derecha con compromiso del esplenio del cuerpo caloso asociado a leve hidrocefalia. En angiografía se visualiza disminución global de la señal de flujo de ambas carótidas intracraniales en sus segmentos distales.

Resultados: La angiografía digital muestra disminución progresiva de ambas carótidas con ausencia de relleno silviano. Las arterias cerebrales posteriores no presentan alteración angiográfica, ambas arterias comunicantes posteriores de grueso calibre dan irrigación a ambas arterias silvianas por múltiples anastomosis.

La paciente evoluciona sin déficit neurológico, egresando posteriormente con controles ambulatorios.

Conclusiones:



0204 TRAUMATISMO CRÁNEO ENCEFÁLICO Y LESIÓN VASCULAR GRAVE

P SZEKELY, S RACERO(1), D STURBA(1), R ERUSALIMSKI(1), A HLAVNICKA(1), C NOSTI(1)
(1) Clínica De Los Virreyes.

Introducción: Las alteraciones tisulares causadas por el traumatismo cráneo encefálico (TEC), son por transmisión energía cinética. Provoca una lesión primaria y posteriormente, lesión secundaria. El infarto cerebral postraumático es una complicación del TEC, su causa, frecuencia y la influencia que ejerce en la mortalidad no están bien definidos. Según un estudio, la mortalidad (68%) en el TEC con infarto cerebral postraumático, no difirió de la de los pacientes con TEC sin infarto cerebral postraumático, cuando se combina con los resultados de admisión para Glasgow Coma Score.

Objetivo: Presentación de un caso de TEC e hipertensión endocraneana (HEC) por lesión neurológica y vascular por compresión y disección de la porción intrapetrosa de la arteria carótida interna.

Caso clínico: Paciente de 21 años, presentó TEC secundario a golpe por objeto contundente, evolucionó con pérdida de conocimiento, en centro de salud presentó deterioro del sensorio y excitación psicomotriz, se realizó tomografía (TC) de cerebro con hematoma temporoparietal, hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural derecho. En nuestra institución donde presentó profundización de su estado neurológico, pupilas 5 mm arreactivas, se decidió intubación y conexión a asistencia respiratoria mecánica. En nueva TC de cerebro se evidenció aumento de tamaño de las contusiones temporoparietales, desplazamiento de línea media de 12 mm, fractura de

peñasco y de hueso occipital. Se realizó craniectomía de compresiva, lobectomía temporal y colocación de catéter monitoreo de presión intracraneana (PIC). PIC refractaria. El doppler de vasos de cuello evidenció disminución de la velocidad en la arteria carótida interna derecha compatible con obstrucción distal, en angiografía digital se vio disección de carótida intrapetrosa, nueva TC que mostró infarto masivo de hemisferio derecho. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica y óbito.

Conclusión: El TEC grave, encierra dependiendo de su mecanismo gran diversidad de complicaciones. Las lesiones vasculares no siempre son tenidas en cuenta en la etapa de diagnóstico inicial, en especial las asociadas a fracturas en la base del cráneo, debido a que su diagnóstico involucra un alto grado de sospecha clínica y requiere de métodos diagnósticos y tratamiento invasivos.

0205 VARIABILIDAD DEL TIEMPO DE RELLENO CAPILAR Y CORRELACIÓN CON OTROS INDICADORES DE PERFUSIÓN PERIFÉRICA EN VOLUNTARIOS SANOS

ED VALENZUELA ESPINOZA(1), S WELSH(1), A DUBIN(1)
(1) Sanatorio Otamendi Y Miroli.

Introducción: las alteraciones de la perfusión periférica son una de las manifestaciones clínicas más relevantes del shock. El enlentecimiento del tiempo de relleno capilar (TRC) es uno de los signos más comúnmente empleados para objetivar la hipoperfusión tisular. Sin embargo, la reproducibilidad de la medición del TRC, así como su correlación con otros indicadores de perfusión periférica, están insuficientemente estudiados.

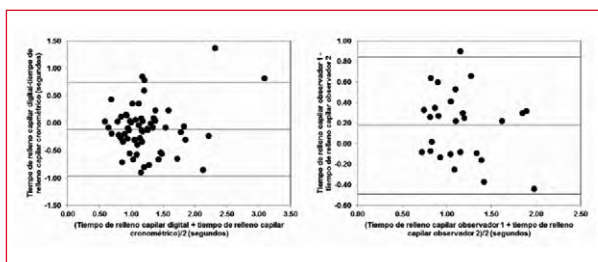
Objetivo: determinar la concordancia entre distintos métodos de cuantificación del TRC y entre diferentes observadores, como así también su correlación con otros marcadores de perfusión periférica, en voluntarios normales.

Material y método: En 63 individuos sanos, se realizaron mediciones de TRC por medio de la visión directa (TRC cronométrico) y por análisis de videos (TRC digital), índice de perfusión (IP) derivado de la pletismografía de pulso, temperaturas axilar (T° axilar) y del pulpejo del dedo índice (T° periférica), diferencia entre T° axilar y T° periférica (ΔT°) y presión arterial media, en una temperatura ambiental de 25°C . En 27 individuos, el TRC cronométrico fue medido por dos observadores diferentes.

La concordancia entre los métodos se evaluó con el método de Bland y Altman. Se realizaron correlaciones por la prueba de Pearson. Se consideraron significativos valores de $P < 0,05$.

Resultados: los límites de concordancia del 95% fueron de 1,66 segundos entre TRC cronométrico y TRC digital y de 1,30 segundos entre dos observadores para el TRC cronométrico. El TRC digital presentó correlaciones significativas con T° periférica ($R = -0,64$), ΔT° ($R = 0,57$) e IP ($R = -0,36$) pero no con presión arterial media ($R = -0,19$).

Conclusiones: en voluntarios normales, la medición del TRC capilar por diferentes métodos y entre distintos observadores, tiene una variabilidad considerable. El TRC se correlaciona con otros parámetros de perfusión periférica, particularmente con la T° periférica. Estudios ulteriores son necesarios para corroborar estos datos en pacientes críticos.



0206 FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE DELIRIUM EN PACIENTES QUE SOBREVIVIERON A UNA ENFERMEDAD CRÍTICA

M BUSICO(3), D INTILE(1), N IRASTORZA(1), A ALVAREZ(2), G PLOTNIKOW(1), A JARQUE(3), J QUINTANA(3), L VASQUEZ(2), F PALIZAS(2), F VILLAREJO(3), P DESMERY(1)
(1) Sanatorio Anchorena. (2) Clínica Bazterrica. (3) Clínica Olivos.

Introducción: El Delirium es una disfunción neurológica aguda frecuente en pacientes en ventilación mecánica (VM) y se asocia en forma independiente con pobres resultados tanto a corto como a largo plazo.

Objetivo: Describir los factores de riesgo para Delirium en pacientes con requerimiento de VM que sobrevivieron a una enfermedad crítica.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico observacional en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron a terapia intensiva (TI) de Clínica Olivos, Clínica Bazterrica y Sanatorio Anchorena entre abril 2011 y enero 2012 con requerimiento de más de 24 hs de VM. Durante la estadía en TI se realizaron mediciones diarias de Delirium (CAM-ICU), debilidad (MRC), drogas utilizadas, parámetros de VM y weaning. Para el análisis de datos se utilizaron pruebas paramétricas (t test, anova) y no paramétricas (Mann Whitney), de acuerdo a la distribución de frecuencias de las variables continuas y Chi cuadrado para las variables categóricas. Los factores de riesgo se analizaron con un modelo de regresión logística. Se considero significativo a un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Ingresaron 181 pacientes con más de 24 hs de VM, 52 fueron excluidos y 8 no firmaron el consentimiento; 37 fallecieron en TI y 84 se incluyeron en el análisis. De los 79 pacientes evaluados para Delirium, en el 72% resultó positivo. Los días de Delirium fueron 3 [2-6]. En el análisis univariado, las siguientes variables resultaron significativas: debilidad al despertar de la VM [$p=0,018$ OR 3.4(1.22-9.44)], estadía en TI [$p=0,011$ OR 1.12 (1.03-1.22)], bipedestación al menos 1 vez en TI [$p=0,001$ OR 5.92(2.04-17.12)], haber recibido más de 3 ampollas de midazolam [$p=0,07$ OR 2.69(0.89-8.10)]. Otras variables como edad >65 años ($p=0,147$), el uso de Dexmedetomidina ($p=0,47$) o coma como causa de ingreso a la VM ($p=0,06$) no mostraron diferencia significativa. El modelo multivariado se presenta en la tabla a continuación.

Conclusiones: En base a nuestros resultados, la disminución del uso de benzodiacepinas así como la rehabilitación motriz precoz podrían ser objetivos de prevención y tratamiento en el escenario de la disfunción neurológica.

Variable	OR (IC 95%)	P
Estadía en TI	1.14(1.01-1.290)	0.0298
Más de 45mg MDZ	5.31(1.20-23.53)	0.0277
Bipedestación TI	6.08 (1.77-20.88)	0.0042
Coma	7.58 (0.72-79.26)	0.0909

0208 METAHEMOGLOBINEMIA EN PACIENTE HIV+: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

L DE VEDIA(1), J LLANOS(1), N LISTA(1), G SANDEZ(1), M RODRIGUEZ LLANOS(1), E DI VIRGILIO(1), E MAIOLO(1), M VALERGA(1), J CISNEROS(1), R PRIETO(1)
(1) Muñiz.

Paciente sexo femenino de 32 años. HIV (+), diagnosticado hace 13 años (CD4+ 103, abril/2013), sin TARGA por abandono. Motivo de consulta: disnea, fiebre, 1 semana de evolución. EAB(21%): 7,33/29,8/59,2/-6,5/17,3/89,4%. Laboratorio: HTO 28%, GB 8200, PLAQ 282.000, LDH 1367 (VN 460) Rx tórax: infiltrado intersticial bilateral. Con diagnóstico de neumonía intersticial bilateral, sospecha de PCP, ingresa a UTI el 14-4-13. Se inicia tratamiento empírico con TMP/SMX, CPAP, corticoides. Se confirma diagnóstico de PCP a las 24 hrs del ingreso por BAL. Evoluciona satisfactoriamente, pasa

a sala general el 21-4-13. A los 6 días intercorre con rash cutáneo generalizado, elevación de transaminasas, lo que se interpreta como hepatitis farmacológica. Se suspende TMP/SMX y se rota a dapsona. El 5-5-13 presenta nuevamente disnea, cianosis facial y distal marcada, escalofríos e hipotensión arterial, por lo que pasa nuevamente a UTI. Se constata TA 70/40, FC 115, FR 28, SAT O2: 82%(21%). sin signos de fallo de bomba. EAB(21%): 7,42/29/90/-4,1/19,3/97%, rx de torax sin infiltrados patológicos. En muestra de EAB seriadas, sin variar la FIO2, a través de co-oximetría, se obtienen niveles de **metahemoglobina** entre 18 % y 24% (VN 0,4 a 1,5%), corroborándose diagnóstico de metehemoglobinemia inducida por dapsona.

Evolución clínica de nuestra paciente: Se suspende dapsona, dejándose pentamidina profiláctica. Se controla en forma seriada los valores de metahemoglobina, evidenciándose mejoría clínica y disminución de los niveles de metahemoglobina y de la cianosis. La paciente pasa a sala general con 15% de metahemoglobinemia por co-oximetría. Ya en sala, evoluciona favorablemente, y la semana se obtiene un nivel de metahemoglobinemia de 0.6%, por lo que se concede alta hospitalaria.

Comentarios: Normalmente 2 a 3 % de la hemoglobina es oxidada diariamente a metahemoglobina. La metahemoglobina reductasa (NADH) y la citocromo B5 reductasa son las enzimas de mayor eficacia para reducir la metahemoglobina. La MetHb, junto a la sulfahemoglobina (SHb), representan dishemoglobinas (dysHb), es decir, un tipo de hemoglobina que no se une O2, por lo que desplaza la curva de disociación de la Hb a la izquierda, dificultando la liberación de O2 en los tejidos. Los fármacos más implicados son anestésicos locales(benzocaina) y **dapsona**.

0209 ¿CÓMO REALIZAMOS LA EXTUBACIÓN? RESULTADOS DE UNA ENCUESTA ONLINE.

I SALVATI(1), M BEZZI(1), M ANDREU(1), M DONNIANNI(1), MB IBAÑEZ(1), M COTIGNOLA(1), A OCCHIUZZI(1), MP PEDACE(1), MF ESMORIS(1), M FREDES(1), S MARTINEZ VENTIMIGLIA(1)
(1) Santojanni.

Introducción: La extubación es un procedimiento frecuentemente utilizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se conocen principalmente dos técnicas: "con guía de catéter de aspiración" y "con ventilación a presión positiva". La primera, es el método tradicional que consiste en introducir un catéter de aspiración dentro del tubo endotraqueal (TET) y la tráquea. Una vez iniciada la succión se procede a desinflar el balón del TET y éste es retirado conjuntamente con el catéter de aspiración. La segunda consiste en la entrega de presión positiva a través del TET utilizando una bolsa de insuflación o bien mediante el mismo ventilador. Una vez entregada la ventilación asistida, se desinfla el balón de TET y se retira el mismo.

Objetivo: Realizar una encuesta online dirigida a kinesiólogos y médicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires con el fin de recolectar información respecto a los procedimientos más utilizados en la práctica diaria.

Materiales y método: Durante el mes de febrero de 2013 se envió por correo electrónico una encuesta online a 500 médicos y kinesiólogos que se desempeñan en área crítica. Los contactos fueron obtenidos a través de una base de datos constituida por los autores de este trabajo.

Resultados: Del total, 217 (44%) participantes respondieron la encuesta. El 59,4% son kinesiólogos y el resto médicos. La gran mayoría (79,3%) se desempeñan en atención de adultos. En cuanto al procedimiento de extubación el 57,1% posiciona al paciente semisentado. El 98,6% realiza aspiración de secreciones orofaríngeas previo a la extubación y sólo el 35,5% incrementa el suministro de oxígeno previo a este procedimiento. El 53,5% reportaron complicaciones inmediatas a este procedimiento. Entre ellas se destaca el estridor laringeo con un 52%. Doscientos tres de los encuestados (93,5%) utilizan aspiración endotraqueal durante el procedimiento

de extubación. Sólo 27 (12%) realiza el desinflado y la extubación con ventilación a presión positiva.

Conclusión: Según los resultados de esta encuesta, la mayoría de los profesionales utiliza aspiración endotraqueal durante la extubación. No es habitual el uso de presión positiva durante el desinflado del balón y la extubación.

0210 OPTIMIZACIÓN DE LA EXTRACCIÓN DE SANGRE EN NEONATOLOGÍA CRÍTICA. ESTUDIO PRELIMINAR

S DER PARSEHIAN(1), A TOVO(1), S MARZANO(1), S VILLAVERDE ABUIN(1)
(1) Mat Inf R Sarda.

La calidad de los resultados y la seguridad del paciente son de fundamental importancia en todo laboratorio clínico del área crítica, en especial en los establecimientos con población neonatológica de riesgo como la que se atiende en el HMIRSardá.

Objetivo general: Disminuir el volumen de sangre extraído en neonatos críticos a través de la optimización de las etapas preanalítica y analítica.

Objetivo específico: Evaluar la concordancia de los valores de Bilirrubina neonatal (Bb), del recuento de glóbulos blancos (Rto GB) y concentración de hemoglobina (ccHb) en muestras contenidas EDTA y Heparinato de Litio (HepLi).

Materiales y Métodos: 1-Para Rto GB y cc Hb se emplearon 30 muestras de sangre obtenidas por punción venosa en microtubos conteniendo EDTA y HepLi como anticoagulante y remitidas al laboratorio dentro de los 30 minutos. Se usó el contador hematológico CD Ruby (Abbott). 2- Para la medición de Bb se utilizaron 40 muestras de sangre obtenidas en las mismas condiciones descriptas con un multiparamétrico Cobas 221(Roche) vs método químico habitual. Se procesaron por el oxímetro, se centrifugaron y el plasmase utilizó para el método químico. Análisis estadístico: regresión lineal y método de Bland y Altman.

Resultados: a) En las muestras con EDTA y HepLi y leídas por oximetría-química: EDTA: $r^2=0.946$, y la ecuación de la recta $Y=0.911X+0.492$; Bias (oxímetro-química)= 0.621 mg %; DS= 0.94 HepLi: $r^2=0.973$, $Y=1.027X+0.3426$. Bias (oxímetro-química)= -0.685 mg%, DS = 0.63. c) La comparación de los valores de las muestras obtenidas con distinto anticoagulante (**MyM (1)**-En el contador hematológico; **RtoGB:** $y=1.0001x+0.3639$ $R^2=0.9594$. ES:0,0484 IC95% 0,89-1,10; **Hb:** $y=0.997x+0.24$ $R^2=0.9936$ Est:0,45 rango 11-23 mg/dl.

Conclusiones: La correlación entre métodos con ambos tipos de muestras es buena. El Bias (BAltman) es clínicamente aceptable para el rango de Bbs entre 8 y 22 mg%. Los datos de GB y Hb presentan una concordancia significativa.

Discusión: Con un mínimo de 500 microl se puede obtener el perfil completo de medio interno, bilirrubina y hemograma básico siempre que las etapas pre analítica y analítica se estandaricen, se acorten los tiempos de extracción y envío de muestras al laboratorio, mejorando el TAT. De esta manera se brindará al medico neonatólogo intensivista de nuestro nosocomio resultados de calidad con el menor volumen de sangre.

0211 GRADIENTE DE LA CONCENTRACIÓN DE LACTATO Y DE LA SATURACIÓN DE OXÍGENO ENTRE AURÍCULA DERECHA Y ARTERIA PULMONAR EN PACIENTES QUE CURSAN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

J SOSA(1), JC PENDINO(1), L HESS(2), S BELTRAME(3), S PICOS(3), J TRUJILLO(3), G ALDAMIZ(3), G VIVES(3)
(1) Centenario. (2) Facultad De Ciencias Médicas. (3) Capió Albacete.

Introducción: Normalmente la saturación de oxígeno (SO2) en sangre de la arteria pulmonar (AP) es más baja que en aurícula derecha (AD), posiblemente por mezclarse con sangre poco oxigenada del

seno venoso coronario. La concentración de lactato ([Lac]) de la sangre venosa coronaria es pobre, probablemente reflejando consumo del mismo por el miocardio y en algunas circunstancias, dicha concentración aumenta. El metabolismo miocárdico puede variar en situaciones tales como el uso de circulación extracorpórea (CEC) en cirugía cardiovascular (CCV). Esto último, puede inferirse a través del análisis de muestras de sangre de AD y de la AP obtenidas de un catéter de Swan-Ganz (CSG).

Objetivos: Comparar la [Lac] y la SO₂ de sangre obtenida a través del orificio proximal (AD) y distal (AP) de un CSG, en pacientes cursando postoperatorio inmediato (POP de CCV) con CEC.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 36 pacientes monitorizados con CSG. Se extrajo sangre de los orificios proximal y distal del CSG para medición de lactato y SO₂. Análisis estadístico: prueba de t de Students y el método de Bland y Altman (BA).

Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la SO₂ de la sangre de AD y AP. El test de BA para SO₂ mostró un *bias* de 0,00061 (IC 95% de -0,185169 a 0,186391).

La [Lac] de sangre de AD fue mayor que la de AP ($p < 0,0002$) con un gradiente de $0,125 \pm 0,032$ mmol/L. El test de BA para [Lac] mostró un *bias* de 0,125 a favor de AD (IC 95% de -0,25092 a 0,50092).

Conclusiones:

1. Los valores de SO₂ en sangre de AD y AP no son intercambiables.
2. No hubo diferencias entre SO₂ en sangre de AD y AP por posible disminución en la extracción de O₂ por el miocardio en una situación caracterizada por un menor consumo de oxígeno por el mismo.
3. Existe una diferencia en la [Lac] entre AD y AP, posiblemente determinadas por un aporte de sangre del seno venoso coronario con bajo contenido de lactato. Esto hace suponer que el miocardio utiliza en forma preferente el lactato como sustrato en dichas situaciones.

0212 AMBIENTE DE RELAJACIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)?

S BAESSO(1), C CHÁVEZ MANSILLA(1), D COLQUE(1), D VEGA(1)

(1) Instituto De Rehabilitación Marcelo J. Fitte - Alpi.

Introducción: El ruido ambiental de la UTI excede con frecuencia los límites permitidos y recomendados siendo un factor estresante que repercute negativamente en la salud de los pacientes internados en ella, provocando efectos fisiológicos y psicológicos no deseables. Un ambiente de relajación como de medida complementaria neutraliza benéficamente tales efectos.

Objetivo: Determinar si propiciar un ambiente de relajación en la UTI disminuye la frecuencia cardíaca (FC) y la respiratoria (FR) e inducen al sueño en los pacientes internados.

Material y método:

Muestra:

Se incluyeron en este trabajo a todos los pacientes internados en la UTI a los que se les propició un ambiente de relajación con una frecuencia mayor o igual a 10 días y que no presentaron modos controlados de ventilación mecánica, entre marzo y mayo del año 2012, de cada uno de ellos se recolectaron diariamente antes, durante y después la FR, la FC y el estado de conciencia (vigil, somnoliento, dormido).

Intervención:

Durante una hora (de 17 a 18hs) se aplicaron una serie de medidas:

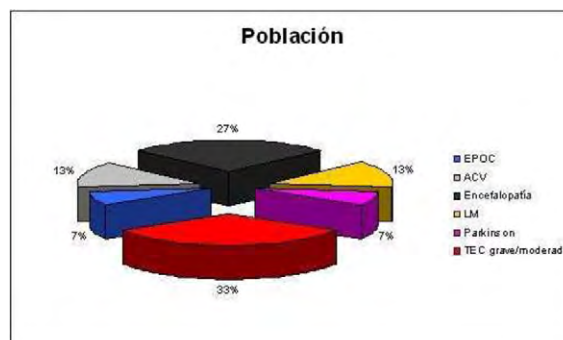
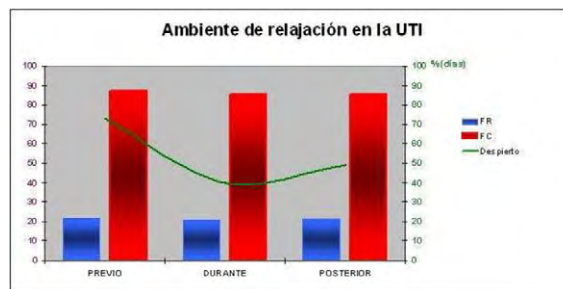
- se apagaron la mayor cantidad de luz posible
- se evitaron y/o disminuyeron el tono de las conversaciones
- se evitaron las intervenciones de cuidados
- se utilizó música ambiental de envoltura y paisaje sonoro

Una vez finalizado el estudio, se analizaron las tres instancias de la FR, FC y estado de conciencia.

Resultados: Tanto en la FR como en la FC no se evidenciaron cambios significativos (disminución promedio 5% y 2,15%), no así en el estado de conciencia en donde hubo cambios en el estado vigilia-sueño.

El 72,9% de los días estuvieron despiertos previo a la relajación, durante ella el 43,4% se durmieron, el 16,6% somnoliento y el 40% se mantuvo despierto; y posteriormente el 32,5% dormido, el 18,8% somnoliento y el 48,8% despierto.

Conclusiones: Los pacientes internados en la UTI comparten la característica de la vulnerabilidad tanto de los efectores del cuidado como del ambiente circundante, generalmente hostil en relación a su estado de salud-enfermedad, un ambiente de relajación forma parte de un continuo compromiso multidisciplinario en que su aplicación aumenta favorablemente la calidad en la salud durante su estadía, sobre todo del sueño para su recuperación.



0213 SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO TÍPICO DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

J SANTILLAN(1), M LAS HERAS(1), S GIANNASI(1), E SAN ROMAN(1)

(1) Italiano De Buenos Aires.

Paciente de 31 años con cuadro de 48 horas de evolución de diarrea sanguinolenta y dolor abdominal por lo que se interna, con diagnóstico presuntivo de rectosigmoiditis.

A las 24 horas intercorre con tendencia al sueño, bradipsiquia y temblor fino, agrega plaquetopenia (50.000), insuficiencia renal (creatinemia de 1,7), Bilirrubinemia de 2.3 (directa 0,7), LDH de 700 y lactacidemia de 17. Ingresa a Terapia intensiva para monitoreo, intercorre con episodio de crisis convulsivas generalizadas requiriendo intubación.TC de cerebro sin alteraciones. Por informe de frotis de sangre periférica con esquistocitos inicia plasmaferesis. Anúrico, inicia Hemodiafiltración continua. Escasa respuesta. TC de cerebro de control con múltiples focos de isquemia. Se inicia corticoterapia con metilprednisolona. Al tercer día presenta extrasístoles ventriculares y salvas de TV. Ecocardiograma con deterioro severo de la función del ventrículo izquierdo. Toxinas negativas en materia fecal, se envían muestras a Instituto Malbram. Evoluciona con falla hepática, vasopresores en ascenso. Se toman cultivos y se progresa antibióticoterapia. Se coloca catéter de Swan Ganz, presenta patrón cardiogénico: IC de 1,9 PEOP de 22, PVC de 22. Se inicia dobutamina con mala respuesta, progresando las fallas orgánicas. Se realiza ateneo multidisciplinario. Se decide suspender corticoterapia debido a la poca respuesta y a la mala relación riesgo benefi-

cio, continuando con antibioticoterapia y soporte multiorgánico. Se propone evaluar tratamiento con eculizumab, se decide contraindicarlo por el elevado riesgo de un cuadro de shock séptico y la falta de vacunación para meningococo. En falla orgánica múltiple obita al cuarto día. Se recibe del Instituto Malbran resultados de toxina shiga positiva y de la Academia de Medicina dosaje de ADAMST 13 del 89% de actividad.

El SUH típico, infrecuente en adultos, se presenta por lo general como un cuadro de SUH – PTT. Los pacientes que son tratados precozmente con plasmáferesis pueden tener mejor evolución. Presentamos este caso por la tórpida evolución que el mismo tuvo a pesar de la terapéutica instaurada. Podría presentarse esta situación en casos de déficit congénito del complemento, que provoca la falta de respuesta a la plasmáferesis, difícil de diagnosticar en la situación del paciente y por la disponibilidad de laboratorio.

0216 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA POR DILATACION, NUESTRA EXPERIENCIA.

MA FLORES MONTES(1), MA AGARIE(1), H CABRERA(1), M WILLIG(1), Y SALOMON(1), A TORRES(1), MC FARIAS(1), C FARINA(1), GC IZZO(1), EP CENTENO(1), M ANCHORENA(1) (1) Hgza "simplemente Evita".

El uso de Traqueostomía percutánea por dilatación (TP) es cada vez más frecuente, luego de que el kit comercial estuviera disponible desde la década del '80. Desde entonces, varios estudios han demostrado que la TP fue por lo menos equivalente a la traqueostomía quirúrgica, con menor tasa de complicaciones perioperatorias y menor costo. Permite el procedimiento en la cama del paciente y ser realizado por médicos intensivistas.

Objetivo: Analizar la utilización de TP en el servicio de terapia intensiva del HZGA Simplemente Evita, entre enero de 2010 y diciembre de 2012 y las complicaciones inmediatas.

Material y métodos: Los datos obtenidos de los pacientes en los que se realizaron TP en el servicio de terapia intensiva, retrospectivamente desde enero de 2010 hasta diciembre 2012, con un total de 65 pacientes. Todos los procedimientos se realizaron en la cama del paciente, bajo anestesia general. TP se llevó a cabo mediante el uso de la técnica de Griggs o por dilatación con kit comercial. En todos los casos se prescindió del uso de fibrobroncoscopia intraprocedimiento. Se obtuvieron datos de edad, sexo, días de internación, tiempo de internación hasta la realización de TP. APACHE II, y motivo de ingreso.

Resultados: Se incluyeron 65 procedimientos, realizados por médicos del staff del servicio de terapia intensiva.

La media de edad fue 31,9 años (rango entre 14–65). La media del tiempo para la realización de TP fue de 16 días. Los pacientes que requirieron TP fueron inicialmente neurocríticos 53% (35), respiratorios 18% (12) y post-quirúrgicos diversos 27% (18)

Las complicaciones agudas evaluadas fueron: sangrado significativo, lesiones del ostoma, fuga de aire, imposibilidad de canular la vía aérea, inflamación o edema severo cervical.

No se observaron complicaciones dentro de las primeras 24 hs. de realizado el procedimiento.

Conclusión: La TP es un procedimiento programable, seguro y se puede realizar fácil y rápidamente en la cama del paciente en la unidad de cuidados intensivos. Puede realizarse sin ayuda de fibrobroncoscopia intraprocedimiento.

Este método independiza la decisión de realizar la traqueostomía de la disponibilidad de quirófano, cirujanos y fibrobroncoscopia.

0217 EFECTO DEL PULVERIZADOR DE CRIO-ANALGESIA EN LA ELONGACIÓN MUSCULAR. ESTUDIO PRELIMINAR

MM VERONESI(1), J CÓRDOBA(1), L GAREGNANI(1), F LARROCCA(1), C POZO(1), B VAZQUEZ(1), C PEREYRA(1), D VIOLLI(1), G CHIAPPERO(1) (1) Clinica Altergarten.

Introducción: La escasa movilización precoz de los pacientes, tanto en estado crítico como en hospitalizaciones prolongadas, con alto grado de comorbilidades conllevan a la disminución de los rangos de movilización articular (RMA) por el acortamiento muscular y de los tejidos blandos periarticulares. Esto genera dificultades en la higiene, la sedestación y las actividades de la vida diaria (AVD) deteriorando su calidad de vida. En la bibliografía se describe el efecto positivo de la pulverización de crío-analgésia en la elongación muscular para aumentar el RMA en voluntarios sanos. Se desconoce el efecto en pacientes críticos y crónicos.

Objetivos: Evaluar los grados de variación del RMA (pasivo y máximo) antes y después de realizar la técnica de elongación con y sin pulverización de crío-analgésia. Comparar el efecto de conservación de la elongación muscular a las 24 hs en ambos grupos.

Materiales y métodos: Estudio preliminar prospectivo con intervención. Se evaluaron articulaciones con limitación del RMA en pacientes con internación prolongadas (mayores de 6 meses), que presentaron espasticidad. Se definió elongación, al lograr un cambio del RMA $\geq 10^\circ$. En el protocolo de trabajo la medición del RMA pasivo y máximo se realizó con un goniómetro, previo y posterior al estiramiento máximo sin y con crío-analgésia. A las 24 hs se evaluó el efecto conservador de los RMA pasivos y máximos. Estadística descriptiva con media y mediana con DS y percentilos 25-75 según corresponda, estadística inferencial con test de Wilcoxon para pruebas no paramétricas. Significación con $p < 0.05$.

Resultados: Se evaluaron 10 articulaciones (7 rodillas y 3 codos) en 6 pacientes con limitación del RMA pasivo 115 ± 25 , percentilos 25-75 (98-150) y RMA máximo 145 ± 18 , percentilos 25-75 (130-166). Edad 58 ± 25 (23-75), días de internación al procedimiento 145 ± 126 (70-287).

	Grados (\pm SD)	p=
Elongación convencional	$15^\circ \pm 9.5^\circ$	0.05
Elongación con pulverización de Crío-analgésia	$17.5^\circ \pm 13.3^\circ$	0.59
Conservación de Elongación convencional	$-15^\circ \pm 6.5^\circ$	0.005
Conservación de Elongación con pulverización de Crío-analgésia	$15^\circ \pm 9.8^\circ$	

Conclusión: Los datos obtenidos en este estudio sugieren que se conserva la elongación por 24 horas en el grupo de pacientes con utilización de crío-analgésia.

0219 INCIDENCIA DE MALNUTRICIÓN Y APLICACIÓN DE UN SCORE DE RIESGO NUTRICIONAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

R FRAIRE(1)
(1) Hua.

Introducción: La desnutrición en las unidades de cuidados críticos pediátricos es un problema pocas veces diagnosticado y cuantificado. Scores validados de riesgo nutricional nos alertaran sobre este problema que suma comorbilidades en las UCIPs

Objetivos:

- Describir la incidencia de desnutrición en una unidad de cuidados intensivos pediátricos.
- Aplicar una herramienta de screening nutricional para identificar pacientes con riesgo de malnutrición durante la internación en UCIPs.

Diseño: Estudio descriptivo de una cohorte prospectiva sobre 383 niños.

Material y Métodos: Se consignaron los datos de edad, sexo, medidas antropométricas, pérdida de peso $> 2\%$ de su peso de referencia, tipo de nutrición recibida (parentera, enteral), diagnóstico de

base, motivo de ingreso a UCIP, PIM al ingreso, requerimientos de drogas vasoactivas, necesidad de asistencia ventilatoria mecánica, días de internación en UCIP y estancia hospitalaria.

Se empleo el screening de riesgo nutricional dentro de las 48 hs de ingreso a la unidad y se clasificó en riesgo leve-moderado o severo de malnutrición.

El riesgo de malnutrición se correlacionó con la pérdida de peso <2% a través de regresión logística multivariada.

Resultados: En el periodo 1/04/2011 a 30/03/2013 338 niños ingresados a UCIP fueron evaluados. 63 % fueron varones, la mediana de edad fue de 35 meses (rango 1- 192 meses) Pérdida de peso > al 2% ocurrió en el 51% de los pacientes. El análisis multivariado indicó que score severo, necesidad de inotrópicos y AVM se asociaron con significancia estadística a malnutrición. Si bien Score moderado y nutrición parenteral también se asociaron a malnutrición pero sin significancia estadística.

Conclusión: La malnutrición es frecuente en pacientes pediátricos críticos. La aplicación de una herramienta que valore Scores de riesgo nutricional nos alertará a prevenir esta variable.

0220 ABSCESO ESPLENICO POR SAMR DE LA COMUNIDAD: UNA PATOLOGIA INUSUAL

A MARTINEZ(1), S CASTRO(1), G GUTIERREZ(1), G ROBERT(1), JC RIVAS(1), N D'AGOSTINO(1), JL MANRIQUE(1), O CRISTALDI(1)

(1) Higa Eva Peron De San Martin.

Introducción: El absceso esplénico es una patología rara, vinculada a comorbilidades y/o enfermedad subyacente. El objetivo del trabajo es relatar un paciente con absceso esplénico sin causa aparente de inmunocompromiso.

Presentación de caso: Presentamos un paciente con absceso esplénico y glúteo por SAMR, que respondió favorablemente a la esplenectomía y tratamiento dirigido al germen.

Resultado: Paciente masculino de 54 años. Inyección intramuscular en domicilio 3 meses antes de la internación, síndrome de impregnación de 2 meses de evolución consultando a otro centro hospitalario internándose por síndrome anémico. Se realiza TAC, observándose en riñón izquierdo imagen sólida de 35 x 28 mm. Por probable patología tumoral renal se decide tratamieto quirúrgico, negándose el paciente, por lo que se retira. El paciente evoluciona desfavorablemente agregando fiebre y dolor en fosa iliaca izquierda, ingresando por guardia de nuestro hospital. Se tomografía visualizándose esplenomegalia heterogénea a expensas de formación nodular hipodensa de contornos imprecisos, colección pararenal posterior izquierda y absceso en región glútea derecha. El paciente ingresa a UTI en postoperatorio de esplenectomía abscedada, multitabcada y drenaje de absceso glúteo; se inicia ceftriaxona y metronidazol, cultivándose en ambas muestras SAMR. En laboratorio de ingreso se observa leucocitosis a predominio polimorfonucleares y trombocitopenia. Posteriormente se coloca pigtail para drenar colección retroperitoneal cultivando también SAMR.

Se rota a vancomicina evolucionando favorablemente; es sometido a ecocardiograma transesofágico el cual es negativo para vegetaciones. La anatomía patológica del bazo evidenció focos de necrosis, abscedación y hemorragia. En TAC control no se evidencia colecciones remanentes. El paciente es retirado de alta a los 19 días de internación.

Conclusiones: El absceso esplénico es de baja incidencia. Los gérmenes más frecuentes son *Streptococcus* y *Staphylococcus*. Se debe tener alto índice de sospecha ante síntomas de fiebre, dolor en hipocondrio izquierdo y vómitos.

Se observa en estos últimos años aumento de incidencia de esta patología por mayor número de pacientes inmunocomprometidos y perfeccionamiento en técnica de imágenes. Nuestro paciente se vio beneficiado por la esplenectomía, que es recomendada frente a

coleciones multiloculadas ó fracaso en drenaje percutáneo previo, así como en la recurrencia.

0221 MARCADORES Y SU CORRELACION CLINICA EN LA REANIMACION INICIAL DEL SHOCK SEPTICO

J CENTORBI(1), M MARENGO(1), J SANCHEZ(1), C PELEGRINI(1), C CASTRO(1), A MARTIN(1), A CHENA(1), AM SANCHEZ(1), JL MARENGO(1)

(1) Lagomaggiore.

Objetivo: Comparación de marcadores en sepsis (SvO₂, bicarbonato, lactato y su clearance, deltaCO₂, delta de T° central y periférica) y su correlación como predictores de reanimación en pacientes con shock séptico.

Diseño: Estudio prospectivo, observacional y analítico, incluyo pacientes mayores 18 años, ingresados entre 1 de julio de 2011 y el 31 de abril de 2013, con diagnóstico de shock séptico según **International Sepsis Definitions 2001**. Se registraron, APACHE II, uso de vasopresores, corticoides, volumen de fluido, gasometría arterial y venosa al, 0 hora (basal), 3 y 6 hora. La evolución del paciente sobreviviente o fallecido. Las muestras de sangre se obtuvieron de catéter venoso central y de guía arterial. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DS) y para su análisis se utilizó U de Mann Whitney, para la comparación de variables gasométricas y su evolución basal, 3 y 6 horas se utilizó test de Friedman. Se considerado significación estadística p ≤ 0.05.

Resultados: Fueron incluidos 35 pacientes, promedio edad de 55,1 ± 20,2, de los cuales 23, (65,7%) femenino. El 77.1% requirió vasopresores, y 80,0% recibió corticoides. El valor de puntaje APACHE II medio fue de 20,43 ± 7,54. La mortalidad alcanzó 34,3% (12 pacientes)

En tablas 1 y 2 las variables clínicas muestran tendencia a mejorar en sobreviviente sin alcanzar significación estadística. En cuanto a metabólicas, se encontró significación estadística en niveles de lactato basal 3 y 6 hs, nivel de bicarbonato, SVC basal y delta CO₂ a las 3 hs.

En la tabla 3 se comparan valores basales, 3 y 6 horas divididos en fallecidos y sobrevivientes. En sobrevivientes observamos una evolución estadísticamente significativa del EB y una tendencia a mejorar en los valores de, pH, Bic, SvO₂ y delta de T°. El Delta de CO₂ mantienen un valor cercano a 6 en los sobrevivientes y mas elevado en los fallecidos.

Conclusiones: observamos que entre sobrevivientes y fallecidos, las variables metabólicas como lactato al ingreso, y su dinámica, el delta de co₂, el bicarbonato basal, y SVC. Se mostraron como los mejores predictores. Mientras que las variables clínicas, con tendencia a mejorar no alcanzaron significación estadística.

Tabla 1. Comparación sobrevivientes vs fallecidos signos vitales

Variable	Fallecidos n = 12		Sobrevivientes n = 23		p
	Media	DS	Media	DS	
PVC _{02a} (cm H ₂ O)	48,9	9,7	11,7	6,4	NS
PVC _{02b} (cm H ₂ O)	17,7	0,1	15,8	0,7	NS
PVC _{02c} (cm H ₂ O)	19,5	0,0	18,3	0,8	NS
T° central (°C) _{0a}	38,9	1,9	37,6	,7	NS
T° central (°C) _{0b}	38,8	1,8	37,8	,8	NS
T° central (°C) _{0c}	38,5	2,1	37,5	,7	NS
T° periférica (°C) _{0a}	30,7	5,3	28,8	4,1	NS
T° periférica (°C) _{0b}	28,2	4,9	30,4	4,0	NS
T° periférica (°C) _{0c}	28,0	4,7	31,3	4,2	NS
Delta T° _{0a}	8,9	4,4	8,8	4,8	NS
Delta T° _{0b}	9,8	3,7	8,9	4,7	NS
Delta T° _{0c}	8,7	5,9	0,0	4,8	NS
Volumen (ml)	4083,3	1952,1	3650,4	1087,0	NS

Tabla 2. Comparación sobrevivientes vs fallecidos gastroenteritis

Variable	Fallecidos n = 12		Sobrevivientes n = 23		p
	Media	DS	Media	DS	
pH _{mes}	7,25	,11	7,27	,10	ns
pH _{tarde}	7,24	,14	7,29	,10	ns
pH _{noche}	7,23	,10	7,31	,09	ns
pCO ₂ _{mes} (mm Hg)	40,2	12,2	38,1	20,9	ns
pCO ₂ _{tarde} (mm Hg)	43,2	10,7	41,2	10,7	ns
pCO ₂ _{noche} (mm Hg)	36,7	15,0	38,2	12,8	ns
pO ₂ _{mes} (mm Hg)	91,4	46,4	95,7	60,1	ns
pO ₂ _{tarde} (mm Hg)	90,8	47,4	98,0	31,8	ns
pO ₂ _{noche} (mm Hg)	107,8	90,1	92,3	22,4	ns
SO ₂ _{mes} (%)	84,4	17,7	91,3	8,7	ns
SO ₂ _{tarde} (%)	84,4	20,0	94,0	8,0	ns
SO ₂ _{noche} (%)	90,0	4,0	95,1	2,0	ns
Bic _{mes} (mEq/L)	17,5	4,4	17,1	5,0	ns
Bic _{tarde} (mEq/L)	17,5	4,0	18,5	4,0	ns
Bic _{noche} (mEq/L)	13,7	0,1	19,4	4,7	0,014
EB _{mes}	-8,0	0,2	-9,9	7,1	ns
EB _{tarde}	-9,7	0,3	-7,3	4,1	ns
EB _{noche}	-9,0	7,4	-8,8	5,0	ns
Lactato _{mes} (mEq/L)	4,4	2,2	2,6	4,7	0,031
Lactato _{tarde} (mEq/L)	4,9	2,7	2,9	3,1	0,004
Lactato _{noche} (mEq/L)	3,0	1,8	2,1	1,3	0,006
SvO ₂ _{mes} (%)	67,4	15,0	67,0	11,0	0,013
SvO ₂ _{tarde} (%)	67,0	8,0	70,1	8,7	ns
SvO ₂ _{noche} (%)	69,0	9,1	64,0	14,1	ns
Delta CO ₂ _{mes}	6,8	9,1	0,0	2,8	ns
Delta CO ₂ _{tarde}	7,0	2,2	6,1	2,7	0,03
Delta CO ₂ _{noche}	6,6	4,4	0,0	3,2	ns

Tabla 3. Comparación de variables basales, tres y seis horas de evolución

Variable	Basal		3 horas		6 horas		p
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	
PVC (cm H ₂ O)	16,9	8,7	17,7	6,1	19,6	8,0	ns
pH	7,26	,11	7,24	,14	7,23	,10	ns
pCO ₂ (mm Hg)	40,2	12,2	43,2	10,7	36,7	15,9	ns
pO ₂ (mm Hg)	91,4	46,4	95,8	47,4	107,8	96,1	ns
SO ₂ (%)	84,4	17,7	84,4	28,3	90,8	4,5	ns
Bic (mEq/L)	17,5	4,4	17,5	4,8	13,7	6,1	ns
EB	-8,0	0,2	-8,7	6,3	-8,8	7,4	ns
Lactato (mEq/L)	4,4	2,2	4,9	2,7	3,5	1,8	0,013
SvO ₂ (%)	67,4	15,0	67,0	8,5	69,5	9,1	,044
Delta CO ₂	8,8	9,1	7,6	2,2	6,8	4,4	ns
T _{central} (°C)	36,9	1,9	36,5	1,8	36,5	2,1	ns
T _{periférica} (°C)	30,7	5,3	28,2	4,9	28,5	4,7	ns
Delta T _°	6,9	4,4	8,0	3,7	8,7	5,9	ns

Variable	Basal		3 horas		6 horas		p
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	
PVC (cm H ₂ O)	11,7	6,4	15,8	6,7	19,3	8,8	,0001
pH	7,27	,10	7,29	,10	7,31	,09	ns
pCO ₂ (mm Hg)	38,1	20,9	41,2	10,7	38,2	12,6	ns
pO ₂ (mm Hg)	95,7	68,1	98,0	31,8	82,3	22,4	ns
SO ₂ (%)	91,3	8,7	94,0	8,0	95,1	2,9	ns
Bic (mEq/L)	17,1	5,9	18,5	4,6	19,4	4,7	ns
EB	-8,9	7,1	-7,3	4,1	-6,8	5,0	,007
Lactato (mEq/L)	2,8	2,0	2,3	1,1	2,1	1,3	ns
SvO ₂ (%)	67,0	11,0	70,1	8,7	64,0	14,1	ns
Delta CO ₂	0,0	2,8	6,1	2,7	6,0	3,2	ns
T _{central} (°C)	37,0	,7	37,0	,8	37,6	,7	ns
T _{periférica} (°C)	28,8	4,1	30,4	4,0	31,5	4,2	ns
Delta T _°	8,0	4,0	6,9	4,7	6,0	4,8	ns

0224 SINDROME DE TAKO-TSUBO

J VINCENTI(1), D DELGADO(1)

(1) Alejandro Posadas.

Introducción: Existe una entidad que clínica, analítica, electrocardiográfica y ecocardiográficamente mimetiza un infarto de miocardio, con coronarias sin lesiones significativas. En la ventriculografía se evidencia una disminución de la motilidad en los segmentos apicales, con hipercontractilidad basal, lo que remeda la imagen de un botellón similar a las trampas utilizadas para atrapar pulpos por eso su nombre de Tako-Tsubo.

Caso clínico: Se presenta paciente femenina de 66 años con antecedente de asma, geriátrica, con lesión de apoyo en región sacra grado IV, cursando internación inicialmente en sala general por infección del tracto urinario/piel realizando tratamieto empírico sin aislamientos. Intercurre con insuficiencia respiratoria hipoxémica e hiperclápnica, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. En electrocardiograma que evidencia ritmo sinusal, supradesnivelación del segmento ST de V1 a V4 compatible con injuria subepicárdica

anterior, Troponina I 1,47, ecocardiograma que evidencia ventrículo izquierdo con leve dilatación, acinesia de segmentos medial y apical de pared inferior configurando aneurisma de la zona del ápex. Función sistólica deprimida. Se interpreta el cuadro como infarto de miocardio anterior y se realiza cinecoronariografía que informa arterias coronarias permeables con flujo lento sin lesiones angiográficamente significativas, ventrículo izquierdo con acinesia anteroapical e inferoapical con hipercontractilidad de los segmentos basales, insuficiencia cardíaca con presiones diastólicas del ventrículo izquierdo aumentadas realizándose el diagnóstico de Síndrome de Tako-Tsubo. Se realiza tratamiento antiagregante y sostén. Evoluciona inicialmente de forma favorable con electrocardiograma sin alteraciones atribuibles a isquemia, ecocardiograma, función sistólica conservada. La paciente presenta un destete prolongado y múltiples intercurencias infecciosas. Fallece en contexto de shock séptico secundario a neumonía asociada a la ventilación luego de dos meses de su ingreso.

Conclusiones: Se presenta el caso de Síndrome de Tako-Tsubo debido a la baja frecuencia del mismo y a la falta de datos epidemiológicos en lo relativo a la incidencia del mismo. A pesar del pronóstico benigno de esta patología puede presentar complicaciones graves, siendo la más frecuente la insuficiencia cardíaca. En el caso presentado, si bien la paciente falleció, consideramos que la causa del deceso no está directamente relacionada con la miocardiopatía de stress sino con la internación prolongada que sufrió debido a las intercurencias infecciosas y el destete prolongado.

0225 EXPERIENCIA DEL BIENIO 2011-2012 EN EL CONTROL DE LAS ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPE- NEMASAS EN UNA UTI DE ADULTOS MAYORES. PERFIL EPIDEMIOLOGICO, IMPACTO EN LOS INDICES DE CALIDAD Y ALERTA SOBRE EL EMERGENTE DE LA RESISTENCIA A COLISTINA

A VALDIVIA DAHL(1), L CUSMANO(1), AA CHIRICO(1), MG BADINO VARELA(1), BC VARELA(1), C CANESSA(1), D MAESTRE TORRES(1), MC EZCURRA(1), A VITERI(1), AL TERUSI(1), JM REBORA(1)

(1) Unidad Asistencial Dr. Cesar Milstein.

Introducción: Uno de los desafíos actuales de los sistemas de salud a nivel mundial es la lucha contra las enterobacterias productoras de carbapenemasas (KPC). En febrero de 2011 se presentó el primer brote en la UTI por lo que se inició la fase intensificada del subprograma en control de microorganismos multirresistentes. En diciembre de 2012 tuvimos la primera muestra clínica de KPC resistente a colistina (KPC-R).

Objetivos: Establecer el efecto deletéreo de la colonización/infección x KPC sobre los índices de calidad de atención en la UTI. Identificar las características comunes en busca de un perfil epidemiológico para lograr una identificación precoz, con el fin de optimizar los costos de atención. Caracterizar como grupo independiente a los pacientes que presentaron resistencia a colistina.

Material y método: Estudio analítico, prospectivo y longitudinal. Realizado desde enero de 2011 a diciembre de 2012. La población se compuso por mayores de 65 años que cursaron internación en UTI por más de 24 Hs. Se analizaron variables epidemiológicas, de laboratorio, clínicas y los índices de calidad de atención más relevantes. El método de screening fue el hisopado anal. Se dividieron 4 grupos: **GRUPO A:** NO Colonizados/NO Infectados. **GRUPO B:** Colonizados/NO Infectados. **GRUPO C:** Infectados con KPC. **GRUPO D:** Infectados por KPC-R. El ODDS RATIO y un intervalo de confianza (IC) del 95% fueron realizados para todas las asociaciones que emergieron. Se definió una p significativa < 0,05.

Resultados: Ingresaron 1228 pacientes, con 753 Hisopados anales, 673 negativos y 80 positivos. 39 muestras clínicas, 12 Hemocultivos,

9 respiratorias, 7 urinarias, 5 catéteres, 3 abdominales, 2 traumatólogicas y 1 de senos maxilares. Las variables evaluadas de los grupos A/B/C/D fueron: **Edad:** 77/76/77,5/80,5; **Apache II de Ingreso:** 16,5/19/23/31; **% de cirugía abdominal en los 6 meses previos:** 28/50/73/50; **% de mortalidad:** 26,5/57,5/83,5/100; **N° de esquemas antibióticos previos:** 2/3,5/5,5/5,5; **Días de estada:** 7,5/19/31/46; **% de pctes. con AVIM:** 60/69,5/95/100; **Días de AVIM:** 6,5/14/28/25,5; **N° de vías centrales por pcte.** 0,75/2,4/4,25/6; **Albumina de ingreso (mg/%):** 3,3/2,4/1,95/2,06; **Comorbilidades por pcte:** 4,15/4,4/4,5/7. **Conclusiones:** Las infecciones por KPC, se asociaron a un efecto negativo en los índices de calidad de atención. La resistencia a colistina nos obliga a acelerar los tiempos. Se identificó un perfil epidemiológico inicial estadísticamente significativo. El mantenimiento y optimización de un subprograma en control de infecciones es clave para enfrentar el problema, teniendo este, necesidad de lo multidisciplinario como piedra angular.

0226 VNI PARA EXTUBACION

C PELLEGRINI(1), M MARENGO(1), J SANCHEZ(1), J CENTORBI(1), C CASTRO(1), A MARTIN(1), A CHENA(1), AM SANCHEZ(1), JL MARENGO(1)
(1) Lagomaggiore.

- 1) Comparar uso de VNI como apoyo para retirada ARM con prueba de ventilación espontánea o sin ella, (TT).
- 2) Comparar uso de VNI como apoyo para retirada ARM con prueba de ventilación espontánea o sin ella, (TT) en subgrupos de pacientes obesos o en post operatorio como causa de ARM.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional, entre febrero 2011 y diciembre 2012. Fueron incluidos pacientes en ARM, por más de 48 hs, se registraron, diagnóstico ingreso a UTI, APACHE II, estadia UTI y hospital, causas de ARM, comorbilidades, signos vitales basales, durante la prueba de TT y 2 horas de VNI, gasometría arterial basal, durante TT y 2 hs de VNI, complicaciones de la VNI, interface utilizada y fracaso.

Se los dividió en dos grupos, A (prueba de TT y VNI) y grupo B (extubación y VNI); también se analizaron subgrupos de pacientes obesos y PO. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar, (SD) y para su análisis se utilizó U de Mann Whitney y las cualitativas como porcentajes, analizadas mediante prueba de Chi2. Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

Resultados: estudio incluyó 56 pacientes, edad $51,5 \pm 17,1$ años; Estadia promedio UTI $14,8 \pm 10,0$ días y hospitalaria $24,3 \pm 15,7$ días. El nivel de APACHE II fue $19,2 \pm 7,3$ y mortalidad global alcanzó 21,4%, (12 pacientes)

El gráfico 1 motivos inicio de ARM y el 2 causas más frecuentes de IR. Del total, 25 (44,6 %) realizó prueba de TT previo a extubación y colocación VNI (grupo A) y 31 (55,3%) fueron extubados y colocados VNI sin TT (grupo B). El porcentaje global de fracasos fue 28,6 % (16 casos); el porcentaje de fracaso para cada grupo fue, grupo A 8 casos (32%) vs grupo B 8 casos (25,8%); $p = NS$. En los subgrupos, tampoco hubo diferencias en porcentaje de fracasos. (Tabla 2). En ambos la alteración de conciencia fue mayor significativamente en los pacientes que fracasaron, grupos A y B, 33,3% de los pacientes $p = 0,031$.

Conclusión: no pudo demostrarse diferencia en cuanto a porcentaje de fracasos en la extubación, utilizando VNI con o sin TT.

Tabla 3. Comparación grupos con y sin prueba TT pre extubación

	Grupo A n = 25		Grupo B n = 31		p
	Medio	SD	Medio	SD	
Edad (años)	54,8	17,1	48,9	17,0	ns
Estadia UTI (días)	15,5	11,9	14,2	8,3	ns
Estadia Hospital (días)	22,2	15,4	26,1	16,3	ns
APACHE II	20,6	7,4	18,0	7,3	ns
pH B	7,4	.1	7,4	.1	ns
pH TT	7,4	.1	7,4	.1	ns
pH 2 hs	7,4	.1	7,4	.1	ns
pO2a	96,9	26,0	92,6	22,7	ns
pO2vv	97,5	42,3	81,8	26,7	ns
pO2aa	94,9	29,0	95,7	25,5	ns
pCO2a	37,9	5,4	43,5	13,7	ns
pCO2vv	37,4	6,4			
pCO2aa	37,9	7,0	44,7	12,9	0,042
pAFiO2a	215,1	68,3	196,1	46,0	
pAFiO2vv	214,4	86,0			
pAFiO2aa	207,1	65,1	202,1	48,9	ns
Temperatura (°C) a	36,6	,8	36,5	,6	ns
Temperatura (°C) vv	36,7	,8			
Temperatura (°C) 2 hs	36,8	-.6	36,5	.7	ns
Frec. Cardíaca (lpm)	92,9	13,9	94,0	19,6	ns
Frec. Cardíaca vv (lpm)	99,1	16,4			
Frec. Cardíaca aa (lpm)	97,6	14,6	89,0	17,4	ns
Frec. Respiratoria a (rpm)	19,0	5,9	19,3	5,5	ns
Frec. Respiratoria vv (rpm)	21,3	5,7			
Frec. Respiratoria aa (rpm)	20,4	4,8	19,7	4,8	ns
pAFiO2 FR a	13,1	3,5	10,6	4,7	ns
pAFiO2 FR vv	11,0	5,7			
pAFiO2 FR aa	10,9	5,2	11,0	4,5	ns

Tabla 1. Comorbilidades

Comorbilidad	Nº casos	%
Hipertensión arterial	23	41,1
Obesidad	22	39,3
Diabetes mellida	11	19,6
EPOC	10	17,9
Insuficiencia cardíaca	8	14,3
Hemodiálisis	8	14,3
Asma	2	3,6
Hipertrofia	1	1,8
Demencia	1	1,8
Lesión renal crónica	1	1,8
Polineuropatía	1	1,8



0227 ENFERMEDAD DE MOYAMOYA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A SAVIA(1), G FERRARA(1), C GAUNA(1), T FUNES(1), F LONGO(1), P DESMERY(1), R REY(1)
(1) Sanatorio Anchorena.

Introducción: Le enfermedad de Moyamoya es una enfermedad cerebrovascular crónica y progresiva caracterizada por estenosis bilateral de las arterias circundantes al polígono de Willis con la generación de circulación colateral. Es más frecuente en pacientes asiáticos y la experiencia en nuestro medio es limitada.

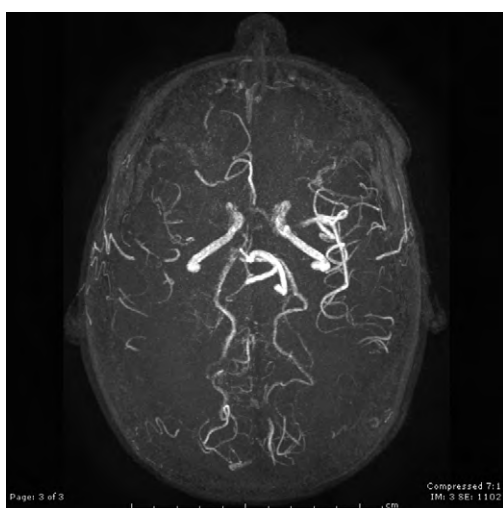
Caso Clínico: Mujer 15 años antecedente de distonía muscular tratada con carbamacepina. Consulta por distonías en mano derecha que progresan hasta la pierna del mismo lado y dificultad en el habla. Al ingreso lúcida, normotensa, afebril, sin déficit motor, movimientos anormales en mano derecha y peribulcal del lado derecho. ROT disminuidos. Resto s/p. Lab s/p.

RMN de Cerebro: Imagen puntiforme hiperintensa en T2 y flair con restricción en la secuencia de difusión en localización paraventricular izquierda. AngioRMN: reducción en el calibre y señal de flujo en las estructuras intracraneanas, particularmente en el circuito anterior involucrando las arterias cerebrales anteriores y medias

a predominio derecho, signos de circulación colateral. Se realiza **angiografía**: carótida derecha: oclusión completa de A1 y M1 de ese lado, variedad embriológica de comunicante posterior derecha que aporta suplencia por vía leptomenígea a través de los ramos distales occipitales de la cerebral posterior al territorio de A2 derecho. Una red de arterias perforantes permiten revascularizar M1 y M2. A nivel de carótida izquierda se observa una estenosis crítica de la porción distal de la carótida supraclinoidea que incluye el origen de A1 y M1 que aun así mantiene flujo anterogrado. Existe una oclusión completa de A2 izquierda que se compensa en forma dominante por aporte leptomenígeo de las ramas silvianas. El sistema vertebrobasilar es de apariencia normal, teniendo un gran protagonismo aportando suplencia colateral a ambos territorios carotídeos derecho e izquierdo.

Evoluciona asintomática, sin progresión de las distonías por lo que se decide mantener conducta expectante y control ambulatorio. Hasta el momento sin nuevos episodios isquémicos.

Conclusión: La enfermedad de Moyamoya es una condición rara de muy baja frecuencia en la población hispana y en general con un muy mal pronóstico asociado. El diagnóstico de la misma es dificultoso, por la alta complejidad que requiere para arribar al mismo. Se presenta este caso por su baja frecuencia y su buena evolución dado la complejidad del mismo



0228 EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CRÍTICOS ONCOLÓGICOS VS. LOS NO ONCOLÓGICOS

C BALASINI(1), MG SAENZ(1), L NAVEIRO(1), L TUMINO(1), MG VIDAL(1), AL GONZALEZ(1), G FERRARA(1), L DILUCA(1), L CARRERAS(1), MC MARCHENA(1), F IGLESIAS (1) San Martín.

Introducción: El ingreso a Terapia Intensiva (UTI) de pacientes oncológicos se ha incrementado en los últimos años debido al aumento de la expectativa de vida, la detección temprana y las nuevas terapias oncológicas. El concepto de que todo paciente oncológico era un paciente terminal que ingresaba a UTI para morir se ha modificado por la de un enfermo con patología crónica que necesita cuidados críticos para mejorar su expectativa y calidad de vida.

Objetivos: Evaluar la epidemiología y la evolución de pacientes oncológicos vs no oncológicos críticos

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes ingresados desde el 1/01/01 al 31/12/12. Se evaluaron variables epidemiológicas, escores de gravedad al ingreso, diagnóstico de admisión, uso de ventilación mecánica (VM), días de VM, días de estadía y mortalidad.

Análisis estadístico: Los datos se presentan como media \pm DS, mediana, RI y porcentajes. Las comparaciones fueron con test t, Wilcoxon o X². Se consideró significativa una p <0.05.

Resultados: Las características epidemiológicas y evolución se muestran en la Tabla 1.

	Todos N=2693	Oncológicos N=512 (19%)	No Oncológicos N=2081 (81%)	p
Edad	43 \pm 18	52 \pm 17	40 \pm 18	0.00001
Masculino	57%	63%	56%	0.001
APACHEII	16 \pm 8	15 \pm 8	16 \pm 8	0.15
Riesgo APACHE	26 \pm 22	25 \pm 22	27 \pm 22	0.25
SOFA	5 \pm 4	4 \pm 4	6 \pm 4	0.00001
Médicos	45%	17%	52%	0.001
C. Urgencia	24%	7%	28%	0.001
C. Programada	31%	76%	20%	0.001
% VM	66%	15%	88%	0.001
Días de VM	4[1-14]	2[1-8]	5[1-15]	0.005
Días de UTI	5[2-14]	3[2-7]	6[2-16]	0.005
Mortalidad	34%	30%	34%	0.007

Conclusiones: La internación de pacientes oncológicos en UTI fue frecuente. Con respecto a los no oncológicos, presentaron igual gravedad al ingreso, y significativamente mayor edad, menos fallas orgánicas y uso de VM, y mayor frecuencia de cirugía programada. La duración de VM, de estadía en UTI y mortalidad fueron significativamente menores.

0229 ENCEFALITIS LÍMBICA A PROPOSITO DE UN CASO

DE PORJOLOVSKY(1), DN CORNEJO(1), DL FRANCONIERI(1), DR LORENZO(1), DJ CAMPOS(1), DC GARAYALDE(1), DS CAMERLINGO(1), DB ZAMUDIO(1), DI RIOS(1)
(1) Sanatorio San Justo.

Introducción: La encefalitis límbica es un cuadro probablemente subdiagnosticado que debe estar presente en el diagnóstico diferencial de cuadros confusionales de instalación subaguda. Su diagnóstico se basa en el examen físico, el apoyo con neuroimágenes y el dosaje de anticuerpos. La mayoría de las veces su origen es paraneoplásico, lo que obliga a descartar patología oncológica.

Caso clínico: Paciente de 38 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de tabaquismo 40 pack year. Es derivado a nuestro

sanatorio desde otra institución por cefalea de 48 hs de evolución asociado a lenguaje incoherente y alteración de la memoria anterógrada, sin foco motor ni meníngeo. Se descartan drogas de consumo habitual, se realiza TAC de SNC normal y se lleva a cabo punción lumbar que se informa con líquido cefalorraquídeo (LCR) dentro de valores normales. Se toma muestra para hemocultivos y cultivo de LCR (gérmenes comunes y panel viral). Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona más Aciclovir. Se solicita resonancia magnética nuclear, la cual presenta aumento de intensidad de señal en secuencia T2 y flair de ambos hipocampos a predominio del derecho cortico subcortical, compatible con encefalitis límbica. Se realiza electroencefalograma con resultado anormal, presentando leve desorganización difusa bilateral sin focos ni paroxismos.

Evolución: Se solicita serología HIV la cual es negativa. Se descarta patología autoinmune (Anti ro, Anti la, FAN y anti Sm negativos). Se realiza PAN TAC normal, ecografía de gónadas normal, ecografía de glándula tiroides normal. Todos los cultivos cierran negativos para gérmenes comunes y virus (CMV Y HSV 1 y 2 PCR neg). Marcadores tumorales normales. El paciente es evaluado por servicio de neurología quien dado el resultado del electroencefalograma indica ácido valproico y seguimiento al alta por la especialidad. Al egreso el paciente mantenía episodios de amnesia anterógrada y lenguaje incoherente.

Conclusión: Una vez hecho el diagnóstico se deberá descartar su origen como paraneoplásico al menos durante los próximos 5 años. El dosaje de anticuerpos específicos como "anti canales de potasio voltaje dependiente" (anti-ckvd) permite llegar al diagnóstico de origen en gran parte de las causas idiopáticas. Lamentablemente su dosaje no se encuentra disponible en nuestra región.

0230 OLIGURIA EN POSTOPERATORIO INMEDIATO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA TERAPIA INTENSIVA

PN RUBATTO BIRRI(1), R GIANNONI(1), FD MASEVICIUZ(1), A RISSO(1), N NAVARRO(1), M BENITES(2), A DUBIN(1)
(1) Sanatorio Otamendi. (2) Sanatorio Otamendi.

Introducción: La oliguria es frecuente en el postoperatorio inmediato y es un marcador de hipoperfusión tisular. Sin embargo, sus implicancias pronósticas están insuficientemente definidas.

Objetivos: evaluar la asociación entre el desarrollo de oliguria en el postoperatorio inmediato y estadías en terapia intensiva y hospitalaria, y gravedad del paciente.

Nuestra hipótesis fue que la oliguria precoz y persistente luego de la reanimación hemodinámica inicial identifica pacientes más graves y con internaciones más prolongadas.

Materiales y métodos: se estudiaron prospectivamente pacientes internados en terapia intensiva en el postoperatorio inmediato. Se considero oliguria a la diuresis $<0,5$ ml/kg/h. Los pacientes fueron agrupados en: 1) Grupo 0: ausencia de oliguria. 2) Grupo 1: oliguria que revierte luego de la expansión con 20 ml/kg de soluciones cristaloides. Grupo 2: oliguria que no revierte con la expansión inicial y requiere un protocolo de optimización hemodinámica guiado por metas. Se consideraron como eventos a la estadía en terapia intensiva y hospitalaria, puntaje APACHE II, aumento de la creatinemia $>0,3$ mg/dl a las 48hs. Se analizó la asociación entre oliguria y los distintos eventos en forma cruda y ajustada por distintas variables de severidad (edad, shock, ventilación mecánica, APACHE II y ASA). Se considero significativa un valor de $p < 0,05$ y se establecieron los intervalos de confianza.

Resultados: se reclutaron 399 pacientes. Los grupo 0, 1 y 2 incluyeron 239 (60%), 101 (25%) y 58 pacientes (15%), respectivamente. El grupo 2 tuvo mayor APACHE II (5,17, 3,85-6,49, $p = 0,0001$), y estadía en terapia intensiva (1,36, 0,81-1,89, $p = 0,0001$) y hospitalaria (4,98, 2,89-7,06, $p = 0,0001$) con respecto al grupo 0. No hubo diferencias entre los grupos 0 y 1. Ajustando a distintas covariables, el grupo 2 mantuvo la significancia estadística en relación con APACHE II (3,07, 1,80-4,20, $p = 0,001$), y estadía en terapia intensiva (0,56, 0,01-1,12, $p = 0,001$) y hospitalaria (2,80, 0,59-5,05, $p = 0,001$).

Conclusiones: La presencia de oliguria postoperatoria inmediata que no revierte con la administración inicial de fluidos es un factor predictivo independiente de la severidad del paciente y está asociada con mayores tiempos de internación.

0231 ANGIOEDEMA POR ENALAPRIL CON COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA. A PROPOSITO DE UN CASO.

A SAVIA(1), G FERRARA(1), C GAUNA(1), P DESMERY(1), F LONGO(1), E GONZA(1)
(1) Sanatorio Anchorena.

Introducción: Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) tales como el enalapril son drogas de uso extenso en la patología cardiovascular en el mundo entero. El angioedema es un efecto adverso poco frecuente (0.1-2% de los tratados) pero ocasionalmente fatal. Se presenta un caso de angioedema inducido por enalapril.

Caso Clínico: Paciente Masculino de 64 años de edad. Antec: HTA, Dislipidemia, Hipotiroidismo, Trastorno de Ansiedad. Osteosíntesis cervical por Colisión vial hace 30 años. Medicación habitual: Fenofibrato, Alprazolam, Zolpidem, Candesartan. Sin historia de alergias o atopía. Derivado de otro centro por cuadro de confusión, disartria y desviación de la comisura labial hacia la derecha de 16hs de evolución; se lo constata hipertenso interpretándose como emergencia hipertensiva vs. ACV y se le administra Enalapril 10mg VO tras lo cual se deriva a nuestro centro. Durante el traslado sufre nuevo episodio confusional.

Examen físico ingreso: Lúcido, desorientado en tres esferas, disártrico no afásico, sin signos meníngeos, pupilas isocóricas reactivas. Desviación comisura labial hacia la derecha. Edema lingual. Resto SP. Hipertenso, afebril. Buena mecánica ventilatoria. En el traslado a TC, evidencia progresión del edema lingual sin hipotensión ni prurito (Fig1). Se inicia Hidrocortisona 400mg IV, Difenhidramina 50mg IV, Ranitidina 50mg IV (luego infusión continua 12.5mg/h). Sin mejoría progresa con compromiso de la vía aérea, mala mecánica y desaturación que se interpreta como edema angioneurótico, se indica Adrenalina 0.5mg IM sin respuesta por lo que se decide intubación de secuencia rápida y posterior conexión a ARM. En la laringoscopia directa se observa extenso edema lingual con compromiso glótico. Se realiza TC cerebro sin evidencia de sangrado y RMN de cerebro con difusión sin hallazgos agudos. Angio RMN sin alteraciones. Se realiza laboratorio que evidencia hiponatremia 122 mEq/L. Se realiza EEG con actividad epileptiforme. Se interpreta como episodio convulsivo en el contexto de hiponatremia.

Continuó tratamiento con dexametasona 8mg c/8hs. Al tercer día de internación se decide extubación bajo FBC en conjunto con ORL. Con buena evolución y pase a sala general al 5° día.

Conclusión: El angioedema por IECA es una complicación conocida pero muy poco frecuente cuya etiología no está del todo dilucidada. Esta complicación puede ser fatal si no es sospechada de inmediato.



0234 SINDROME DE MOYAMOYA

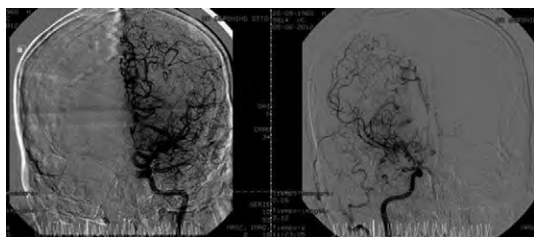
C BALASINI(1), G VALIDO(1), R MENÉNDEZ(1), A FELDMAN(1), S GONZALEZ(1), B SAVASTANO(1), CDV BARRIOS(1), F LUNA(1), F COSTA(1), M VISCIGLIA(1)
(1) Pirovano.

Caso clínico: Paciente de raza asiática, masculino, de 52 años con antecedentes de tabaquismo. Ingresó por deterioro del sensorio sin foco motor, Glasgow 8/15 que requirió intubación y ARM. En la tomografía se observó hemorragia subaracnoidea (HSA), Fisher IV con hematoma bilateral de ganglios basales, hemoventrículo e hidrocefalia. El diagnóstico presuntivo fue HSA, Hunt y Hess 4. En la angiografía digital cerebral se observó estenosis de ambas arterias cerebrales anteriores con hipoflujo y variante fetal de la arteria comunicante posterior izquierda que alimenta la arteria cerebral posterior. Red vascular anómala bilateral por anastomosis de vasos piales. Estenosis de la arteria vertebral derecha donde solo se observó la emergencia de la arteria cerebelosa postero inferior (vertebro PICA).

El diagnóstico angiográfico fue síndrome de Moyamoya.

El paciente evolucionó con deterioro neurológico severo y falleció posteriormente por intercurencias infecciosas.

Conclusión: El síndrome de Moyamoya es una patología cerebrovascular llamada así debido a su apariencia angiográfica típica que recuerda al humo de un cigarrillo (moyamoya en japonés). El diagnóstico se realiza por angiografía o angiografía resonancia donde se observa estenosis u oclusión de la porción terminal de la carótida y/o porción proximal de la cerebral anterior y/o media y una red vascular anormal adyacente a la lesión estenótica. Es una enfermedad de etiología y tratamiento desconocidos, con un pico a los 7 y otro a los 40 años, predominante en la raza asiática. Puede presentarse como cuadros de isquemia o hemorragia cerebral. La hemorragia intracraneal es común en adultos asiáticos, la ubicación puede ser intraventricular, intraparenquimatosa (generalmente en los ganglios basales), o subaracnoidea. Los agentes antiplaquetarios se han utilizado para prevenir la embolia de microtrombos formados en sitios de estenosis arterial. La cirugía de revascularización parece ser eficaz en la prevención de ictus. La historia natural del síndrome de Moyamoya es variable, sin embargo puede ser progresiva en la mayoría de los pacientes.

**0235 NUTRICIÓN ENTERAL Y SHOCK: CONDUCTAS E IMPLICANCIAS**

L TUMINO, C MARCHENA(1), C LOUDET, R GIMBERNAT(2), M CABANA(3), G CAPURRO(4), P ASTEGIANO(5), M VELASQUEZ(6), M CASANOVA(7), MC ROTH(8), G RODA(9)

(1) Higa San Martín. (2) Centro De Cuidados Intensivos. (3) Hospital Pablo Soria. (4) Hospital General Dr Oscar Allende. (5) Hospital Jose Maria Cullen. (6) Sanatorio Nuestra Sra Del Rosario. (7) Hospital El Cruce. (8) Hieayc San Juan De Dios. (9) Hospital Municipal Eva Peron.

Introducción: Los pacientes críticos, una vez lograda la implementación de la Nutrición enteral (NE), están expuestos a múltiples suspensiones de la misma dificultando su mantenimiento. Uno de los principales motivos es la intercurencia de shock.

Objetivos: Describir la incidencia de shock durante la NE en pacien-

tes críticos, la conducta médica respecto a la NE y las implicancias probables sobre los resultados clínicos de los pacientes.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico, realizado en 10 UCIs de Argentina, durante un año. Pacientes: adultos críticos consecutivos ingresados en las UCIs participantes con requerimiento de NE ≥ 5 días.

En todos los pacientes con NE que presentaron shock evolutivo se registraron por cada día de shock: conducta del médico tratante sobre la NE (1. Suspensión 2. No progresión/disminución 3. Mantenimiento), SOFA cardiaco(SOFAC), tasa de eficacia NE (EfNE)=Kcal administradas/prescritas x 100 y Kcal/día recibidas. Se realizaron comparaciones entre esas variables diarias y entre los pacientes que desarrollaron shock versus los que no respecto a suspensiones de NE y evolución clínica.

Meta calórica programada=25kcal/día. Suspensión mayor NE = suspensión >50% del tiempo de infusión/24hs o EfNE<50%; suspensiones causas no evitables incluyen shock, intolerancia gastrointestinal, cirugías, extubación.

Datos presentados de acuerdo a su naturaleza. Comparaciones con Ttest o Chi2 según corresponda. Comparaciones múltiples con ANOVA o kruskalwallis, corrección de bonferroni. Programa STATA 11.1.

Resultados: 322 pacientes incluidos: 63% (202) presentaron al menos un episodio de shock, duración 3 días[1-7] SOFAC 3,5 \pm 0,7. Se contabilizaron 1093 días de shock y NE. Las conductas fueron suspensión 27%, no progresión/disminución 24%, mantenimiento 49%. EfNE fue en la suspensión 34,4 \pm 29, no progresión 87 \pm 22, mantenimiento 88 \pm 19 (p<0.01 suspensión vs los otros dos) con una media de Kcal/kg/día de 12 \pm 5, 17 \pm 5, 22 \pm 319 (p<0.05 suspensión vs los otros dos) SOFAC en la suspensión 3,6 \pm 0,7; no progresión 3,6 \pm 0,6; mantenimiento 3,4 \pm 0,7 (p<0.05 mantenimiento vs los otros dos).

Los pacientes con shock durante la NE comparados con los que no lo desarrollaron presentaron mayor APACHEII 19 \pm 7 vs 17 \pm 7, SOFA 24 5[3-8]vs 4[3-6], incidencia de neumonía asociada a VM 63 vs 52%, mortalidad 47 vs 25% y menor estadía hospitalaria 21[12-37] vs 24[16-41] (p<0.05 para todo).

Estos pacientes también presentaron significativamente mayor número de suspensiones mayores 3[1-5]vs 2[1-3] y de causas no evitables 2[1-4]vs 1[0-2](p<0.05 para ambos).

Conclusiones: En esta cohorte se observó una alta incidencia de shock evolutivo, pese a ello en la mitad de los episodios se continuó la NE con una meta calórica cercana a la programada (mantenimiento de NE), aún con requerimientos moderados/altos de vasopresores.

En el resto de los episodios de shock la conducta médica se repartió entre suspender o no progresar/disminuir la NE, aportando aproximadamente la mitad de la meta calórica.

La EfNE sólo se vio afectada en los casos de suspensiones de la NE ante el shock.

Los pacientes con shock evolutivo presentaron mayor incidencia de suspensiones mayores de NE y de causas no evitables, como así también mayor morbilidad clínica y mortalidad.

0236 EFECTO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA CON VOLUMEN CORRIENTE ELEVADO: ANÁLISIS DEL IMPACTO EN TEJIDO PULMONAR Y CARDÍACO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE INJURIA PULMONAR EN RATAS.

E CORREGER(1), GRUPO DE TRABAJO EN FISIOPATOLOGIA PULMONAR EXPERIMENTAL, FCM, UNLP, P STRINGA(5), FCM, UNLP, J MARCOS(8), SERVICIO DE REUMATOLOGIA, M HUBERT(10), FCM, UNLP, B ROMAN(13), FCM, CONICET, C MUNDIÑA(13), FCM, CONICET, G LAGUENS(16), FCM, UNLP, L VITTONI(19), FCM, UNLP, CIC, FCM, CONICET

(1) El Cruce. (2) Grupo De Trabajo En Fisiopatología Pulmonar Experimental. (3) Fcm. (4) Unlp.. (5) Laboratorio De Trasplante De Organos Y Tejidos. (6) Fcm. (7) Unlp. (8) Higa San Martin. (9) Servicio De Reumatología. (10) Grupo De Trabajo En Fisiopatología Pulmonar Experimental. (11) Fcm. (12) Unlp.. (13) Centro De Investigaciones Cardiovasculares.

(14) Fcm. (15) Conicet. (16) Catedra De Patología B. (17) Fcm. (18) Unlp. (19) Cátedra De Fisiología Y Física Biológica. (20) Fcm. (21) Unlp. Cic. (22) Fcm. (23) Conicet.

Introducción: Se responsabiliza a la ventilación mecánica (VM) con volumen corriente (V

T) elevado de provocar un mayor daño pulmonar biofísico tanto en pacientes ventilados mecánicamente como en modelos experimentales de animales en VM. Pero, desde un punto de vista biológico, la respuesta inflamatoria desencadenada por la VM con V

T elevado, así como las complicaciones que comporta para el futuro desarrollo de disfunción multiorgánica sigue siendo objeto de estudio.

Objetivo: En el presente trabajo, basado en un modelo agudo (de 3 hs) de VM con V

T elevado en ratas, pretendemos caracterizar el patrón de lesión pulmonar y cardíaco derivados de la VM lesiva.

Métodos: Se utilizaron ratas macho adultas Wistar ventiladas mecánicamente durante un periodo de estabilización inicial de 20 min (V T=8 ml/kg, PEEP=5 y FIO₂=0.4) seguido de un V T=25 ml/kg y ZEEP durante 3 h (alto V T, HVT) y un grupo sham en ventilación espontánea durante el mismo periodo. Se midieron gases arteriales, presión arterial media (PAM) y ganancia de peso pulmonar. Se analizó histológicamente la injuria pulmonar (score ATS) y la anatomía patológica de la punta del corazón. Los datos se analizaron mediante test ANOVA (* p<0.05).

	Sham n=6	HVT n=6
PAM (mmHg)	95 ± 5	89 ± 7
PaO ₂ /FIO ₂	225 ± 26	280 ± 13
Ganancia de peso (g)	0.43±0.017	0.92±0.59*
Histología pulmonar	0.0050 ± 0.0077	0.030 ± 0.003*
Histología miocárdica	3.16 ± 2.8	8.3 ± 0.94*

* p<0.005

Resultados: No se observaron cambios estadísticamente significativos en el comportamiento hemodinámico y funcional respiratorio en los 2 grupos. El grupo HVT mostró edema pulmonar, empeoramiento del score histológico pulmonar como daño vascular benigno y lesión del miocito.

Conclusiones: En estas condiciones experimentales la VM con un V T elevado promovió edema pulmonar como empeoramiento del score ATS asociado a cambios estructurales del corazón.

0237 COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS DEL SETEO RESPIRATORIO Y EL ROL DE LA GRAVEDAD EN LA PATOGÉNESIS DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA

M ESPERATTI(1), G LI BASSI(2), M ESPERATTI(3), JD MARTI(2), M RIGOL(2), L SAUCEDO(2), N LUQUE(2), M FERRER(2), O TAVAREZ RANZANI(2), V GIUNTA(2), A TORRES(2)

(1) Hospital Privado De Comunidad. (2) Clinic Barcelona. (3) Privado De Comunidad.

Objetivos: Determinar si la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) y la translocación de microorganismos faríngeos dependiente de la gravedad pueden ser evitados mediante una estrategia destinada a prevenir la aspiración de secreciones y mejorar el clearance mucoso.

Materiales y Métodos: Veinticuatro cerdos sometidos a ventilación mecánica fueron aleatoriamente asignados a una de las siguientes estrategias: 1) Control: posición anti-Trendelenburg, tiempo inspiratorio/tiempo total (TI/TOT): 0,33, sin PEEP ; 2) Tratamiento: posición anti-Trendelenburg, PEEP 5 y TI/TOT para lograr un flujo

expiratorio medio de 10 L/min ; 3) Trendelenburg: posición de Trendelenburg e igual seteo al control. Los animales fueron instilados con *P. aeruginosa* en la orofaringe. El clearance mucoso se midió mediante el seguimiento fluoroscópico de marcadores. La aspiración de secreciones fue evaluada mediante microesferas instiladas en la traquea (nivel subglótico). La NAVM fue determinada en autopsia mediante histología y cultivos.

Resultados: Las diferencias entre el flujo expiratorio medio - flujo inspiratorio medio en los grupos tratamiento, control y Trendelenburg fueron 10,7 ± 1,7 L / min, 1,8 ± 3,7 L / min y 4,3 ± 2,8 L / min, respectivamente (p < 0,001). La velocidad del flujo mucoso traqueal fue 11,3 ± 9,9 mm/min en el grupo de Trendelenburg, vs 0,1 ± 1,0 en el grupo control y 0,2 ± 1,0 en el grupo tratamiento (p = 0,002). La tasa de microesferas recuperadas en las secreciones traqueales respecto de las microesferas instiladas, fue 1,35 ± 1,24%, 0,22 ± 0,25 y 0,97% ± 1,44% en los grupos control, tratamiento, y Trendelenburg, respectivamente, (p = 0,031). La NAVM se desarrolló en el 66,67% de los animales en el grupo de control, en el 85,71% del grupo de tratamiento y nunca se desarrolló en los animales del grupo Trendelenburg (p < 0,001).

Conclusión: La relación de los flujos inspiratorios-expiratorios y la PEEP no impiden los efectos de la gravedad sobre la translocación de patógenos orofaríngeos y el desarrollo de la NAVM. Estos resultados confirman el rol primario de la gravedad en la patogénesis de la NAVM y sugieren un potencial beneficio de la posición de Trendelenburg para prevenir la NAVM.

0238 HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR IDIOPATICA GRAVE TRATAMIENTO CON TERAPIAS AVANZADAS. CASO CLINICO

S PAVON(1), Y MANCHO(1), J BOSSIO(1), V GAZZONI(1), V CAGLIERI(1), C GALLETI(1)

(1) Sanatorio Allende.

Introducción. Objetivo: La hipertensión arterial pulmonar idiopática (HAPI) es una enfermedad grave. Su tratamiento se ha basado en la utilización de la terapia vasodilatadora con antagonistas de calcio. Actualmente existen terapias de avanzada (TA) que no sólo corrigen la vasoconstricción sino también otros efectos patogénicos, como el remodelado vascular. Se presenta un caso, clase funcional IV inicial, con evolución favorable con TA

Caso clínico: Hombre de 46 años, sin antecedentes. Con disnea desde hace tres años, que en los últimos 40 días se exacerba a clase III/IV. Examen físico: taquipnea, ingurgitación yugular sin colapso inspiratorio, tensión arterial 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca 110 por minuto, galope derecho, hepatomegalia, edema discreto en miembros inferiores. Radiografía de tórax agrandamiento de arco pulmonar; ECG: compatible con agrandamiento de cavidades derechas; TC de tórax: Elongación infundibular del tracto de salida del ventrículo derecho, aumento del diámetro transversal de arteria pulmonar (AP)-34 mm-, sin signos de tromboembolismo. Ecocardiograma: hipertensión pulmonar severa con presión en AP de: media (PMAP), de 60 mmHg, sistólica (PSAP), 100 mmHg. En hemodinamia: PMAP de 70mmHg, PSAP de 110 mmHg, arteria coronarias normales. Test reactividad vascular con adenosina con discreta respuesta. Tratamiento: milrinona por 48 hs, sildenafil, diltiazem, diuréticos y anticoagulación. Disminución de la PMAP a 50 mmHg. Al día 3 se agrega iloprost en nebulizaciones, luego bosentan; presenta mejoría clínica; prueba funcional en bicicleta a los 9 minutos disnea grado II. Al día 8 ecocardiograma con PSAP de 51 mmHg; Continúa tratamiento ambulatorio con todas las drogas excepto iloprost. A los 8 meses de seguimiento disnea grado I, recuperación de su actividad laboral. PMAP: 41mmHg. Franca reducción de la dilatación del infundíbulo pulmonar en la TC

Discusión. Conclusiones: No hay terapias primarias eficaces para la HAPI. Sin embargo, durante los últimos años, las opciones de tratamiento han evolucionado contribuyendo a mejorar el pronóstico. A menudo se necesita TA que incluyen: prostanoïdes, antagonistas

■ Resúmenes

del receptor de endotelina, inhibidores de la fosfodiesterasa y, en raras ocasiones bloqueante de los canales de calcio. Como muestra el caso, estas TA han conseguido mejorar la calidad de vida, y la sobrevida.

0239 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS EN ARGENTINA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)

DN VASQUEZ(1), HIGA GRAL SAN MARTIN, A DAS NEVES(3), L VIDAL(4), M MOSEINCO(5), J LAPADULA(6), G ZAKALIK(7), A SANTAMARINA(8), A GOMEZ(9), M CAPALBO(10), D INTILE(1), E ESTENSSORO(12)

(1) Sanatorio Anchorena. (2) Higa Gral San Martín. (3) Higa Gral San Martín. (4) Hospital Pablo Soria. (5) Sanatorio Otamendi. (6) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. (7) Hospital Luis Lagomaggiore. (8) Sanatorio Mitre. (9) Sanatorio De Los Arcos. (10) Hospital Gral De Agudos José M.penna. (11) Sanatorio Anchorena. (12) Higa Gral. San Martín.

Objetivo: Describir las características y evolución de las pacientes obstétricas críticas (POC) en la Argentina

Material y método: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico. Población: pacientes embarazadas/púerperas que requirieron ingreso a 20 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de la Argentina, desde el 01-01-2012 al 31-12-2012.

Resultados: Durante el período de estudio, 362 POC ingresaron a 20 UTIs; 186(51%) en el sector Público y 176(49%) en el Privado. Sus características principales fueron: edad 30±7 años, años de estudio 12±4 (1.3% analfabetas), 88% sin comorbilidades, 28% derivadas de otros hospitales, APACHE II 9±6 y SOFA

24 [10-3]. La estadía en UTI y hospitalaria fue de 2[2-4] y 7[5-13] días. La mortalidad materna fue de 3.6% (13), las pérdidas fetales/neonatales de 17%(55/326) y la edad gestacional de 35±8 semanas. El 86.5% había recibido algún control prenatal, el cual había sido apropiado (≥ 5 controles) en 87%. Las causas de ingreso a UTI fueron: **Obstétricas** (298;82%) (enfermedad hipertensiva del embarazo (172;58%), hemorragia obstétrica (96;32%), sepsis Obstétrica (38; 12,5%) y otras (9;3%), con superposición) y **No Obstétricas** (64;18%) (sepsis No obstétrica (21; 32,5%), complicaciones Neurológicas (15;23,4%), abdomen agudo (10; 15,6%) y otras). Los requerimientos en UTI fueron: ARM (91;25%), VNI (18;5%), Vía central (148;41%), Histerectomía (72;20%), catéter de TAM (34;9,4%) y catéter de Swan-ganz (6;1,7%). Las complicaciones en UTI fueron: síndrome de distrés respiratorio agudo (19;5%), Shock (102;28%), Disfunción multiorgánica (123;34%), RIFLE-Riesgo (35;10%). RIFLE-Injuria (18;5%), RIFLE-Falla (19;5,3%) y diálisis (12; 3,3%).

Conclusiones: Durante un período de 1 año, 362 pacientes embarazadas/púerperas requirieron admisión en 20 UTIs del sector público y privado de la Argentina. Eran pacientes jóvenes, sin comorbilidades, que cursaron una internación hospitalaria ≥5 días, con el impacto socio-familiar que esto representa. Se evidenció un mayor control prenatal en comparación a estudios previos de nuestro país; aunque la mortalidad materna y fetal-neonatal fue considerable. Asimismo, la morbilidad materna severa y el nivel de intervención en UTI fueron elevados. La principal categoría de ingreso a UTI fue Obstétrica, con la enfermedad hipertensiva del embarazo en primer lugar, seguida por hemorragia y sepsis, las cuales representan las principales causas de muerte materna en la Argentina.

0240 HEPATITIS ISQUEMICA EN ADULTO SANO

F LASCAR(1), S SAC(1), E DESCOTTE(1), F GRASSI(1), S CHAPELA(1), M BLASCO(1), J CHERTCOFF(1)

(1) Británico.

Introducción: La hepatitis isquémica es un cuadro de necrosis hepatocelular centrolobulillar extensa con ausencia de elementos inflamatorios. Potencialmente grave debida a una disminución

significativa de la perfusión hepática. Generalmente existe el antecedente de un episodio de hipotensión arterial significativa que condiciona una elevación brusca y reversible de al menos 20 veces el valor normal de las transaminasas, alcanzando un máximo dentro de los primeros 1 a 3 días del evento isquémico. Deben excluirse otras causas de daño hepatocelular tanto infecciosas, exposición a tóxicos y/o fármacos hepatotóxicos. Con un adecuado manejo de soporte hemodinámico y de la enfermedad de base es posible observar la regresión casi completa de las alteraciones hepáticas dentro de un período de 7 a 10 días. La mejoría puede observarse incluso después de una necrosis hepática masiva.

Caso Clínico: Masculino de 21 años, deportista sin antecedentes, presenta un episodio sincopal sin TEC y sin pródromos durante actividad física intensa por lo que es llevado a otro centro. Ingresó lucido, normotenso, con FC de 180/min; con taquicardia supraventricular que requirió tratamiento.

Derivado a nuestro hospital. Ingresó lucido, sin signos de foco, eupnéico, hemodinámicamente estable. Se constata IRA prerenal. (Cr: 1,84 mg/dl, urea: 44 mg/dl, CPK: 2743 UI/l, TnT:241 pg/dl, GOT :195 UI/l, GPT: 90 UI/l, bilirrubina total: 1,1 mg/dl, TP: 42, factor V: 19, fibrinógeno: 178, factor VIII: 178 y plaquetas de 95000) Se solicita ecocardiograma, ecodoppler hepático y serologías para hepatitis A, B, C, HIV, CMV y EBV, todos negativos. Se descarta enfermedad reumatológica y oncohematológica/hemolítica mediante perfil inmunológico, frotis de sangre periférica y dosaje de ceruloplasmina que también fueron negativos.

Evoluciona con mejoría progresiva de todos los parámetros de laboratorio cumpliendo un total de 11 días de internación.

Conclusion: La hepatitis isquémica se conoce como "hepatitis hipoxica" o "hígado de shock. La isquemia hepática se considera el único mecanismo hemodinámico responsable de la hepatitis y se ha creído que es necesario un estado de shock para su presentación. Sin embargo, otros mecanismos hemodinámicos de hipoxia, tales como la congestión pasiva del hígado y la hipoxemia arterial han demostrado ser mecanismos importantes en la inducción de daño de los hepatocitos.

0241 RUPTURA INTRAQUIRÚRGICA DE QUISTE DERMOIDE CEREBRAL COMO CAUSA DE ISQUEMIA HEMISFÉRICA

JA STEINBERG(1), M NATALIA(1), P MARTIN(1), P IGNACIO(1), CF WILLIAM(1), C IVAN(1), M JUAN(1), T CECILIA(1), C CARLOS(1), C GRACIELA(1)

(1) Argerich.

Introducción: El quiste dermoide cerebral, es un tumor benigno infrecuente, con indicación quirúrgica en caso de presentar clínica de compromiso neurológico. Durante la resección, existe la posibilidad, infrecuente, de rotura del mismo y siembra de su contenido hacia el resto del tejido cerebral. Una de las complicaciones de dicho evento es el desarrollo de isquemia cerebral por vasoespasmos (16.3%).

Caso clínico: Paciente de 41 años, con antecedentes de tabaquismo, enolismo y consumo de marihuana. Es ingresado en 2008 por convulsiones TC generalizadas. En la tomografía computada se observa imagen compatible con quiste dermoide. Se realiza su resección sin complicaciones, con estadía en terapia intensiva de 24 hs y posterior alta hospitalaria, sin secuelas funcionales.

En 2013 es reingresado por recidiva, que se presenta con convulsiones y cefalea. Se realiza la resección incompleta del quiste recidivado, por rotura del mismo intraoperatorio. Al ingreso a la terapia intensiva, ingresa en AVM, hemodinámicamente estable, con compromiso motor (IZQUIERDO). Se realiza TC de cerebro, evidenciando imágenes hipodensas múltiples, de diámetro pequeño, sin indicios de isquemia. A las 72 hs el paciente evoluciona con deterioro del sensorio, profundización de foco motor y en nueva TC, se evidencia áreas de infarto extenso hemisférico, con desviación de línea media y edema maligno. Refractario a tratamiento médico, requiere craneotomía descompresiva. Evoluciona con signos de muerte en-

cefálica, confirmando a las 24 hs y cumpliendo requisitos para donación de órganos.

Discusión: El quiste dermoide cerebral representa el 0.04 – 0.6% de las lesiones tumorales cerebrales, es de origen benigno y de baja incidencia. Su crecimiento se debe a la descamación celular y a la secreción de elementos dérmicos dentro de la cavidad quística. La recidiva es poco común y la transformación maligna solo fue descrita en 3 casos.

Hay autores que recomiendan su resección solo en casos en que se presenten manifestaciones neurológicas (déficit motor o crisis comiciales) o efecto de masa. Las complicaciones intraoperatorias son infrecuentes, aun así debe ser tenida en cuenta la posibilidad de su rotura con posterior siembra de contenido quístico, que provoca vasoespasmo e isquemia.

Su presencia no es contraindicación para la ablación de órganos

0242 RELEVAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

M MENDOZA(1), ME GUTIERREZ MEYER(1), F CALDERON(1), P CASTELLANI(1), A BORDOGNA(1), F PODESTA(1), O RECUPERO(1), ME RATTO(1)
(1) Sor Maria Ludovica.

Introducción: La sepsis es un grave problema de salud en la población pediátrica, sin embargo es una enfermedad prevenible y tratable. La comprensión de la epidemiología y la patogénesis de la misma en pediatría ha evolucionado con el tiempo, mejorando la calidad de sobrevida.

Objetivos: Describir la epidemiología de la sepsis y la evolución de la enfermedad.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de sepsis en nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos en el periodo comprendido entre 01/01/2011 y 31/12/2012.

Resultados: De un total de 210 pacientes que ingresaron con diagnóstico de sepsis se analizaron los datos de 115. La mediana de edad fue de 6 meses y la media 24.65. El PIM2 promedio fue 15.77%. En cuanto a los días de internación la media fue de 17.55 y la mediana de 11 (desvío estándar (18, 12) 55 (47,8%) pacientes presentaban comorbilidades.

El sitio primario de infección más frecuente fue respiratorio (68,69%) seguido por el neurológico, piel y partes blandas, siendo los gérmenes más frecuentemente aislados el Virus Sincicial Respiratorio (21,73%), St. Aureus meticilino resistente (9,56%), Neumococo (7,82%), E.coli (6%) y Bordetella pertusis (6%). En un 21,73% los cultivos fueron negativos

Del total de pacientes 73 (63.16 %) presentaron shock séptico y 91(79,1%) fallo multiorgánico (respiratorio 89.57%, cardiovascular 75.65%, hematológico 27.83%, neurológico 17.39%, hepático 17.34%, renal 13.04%).

De los pacientes con shock séptico 28 (24,56%) requirieron un solo inotrópico/vasopresor, 26 (22,81%) dos y 19 (16,67%) tres. El 19.30% recibió corticoides.

Solo el 26.73 % de los pacientes cursaron una reinfección. La mortalidad fue del 26.9% (31 pacientes). No se encontró diferencia significativa entre mortalidad y edad (p 0.98)

Conclusión: La sepsis continua siendo una importante causa de muerte entre nuestros pacientes, siendo más frecuente en los menores de 6 meses. La elevada mortalidad observada respecto a la esperada nos alerta a investigar las causas e implementar medidas para poder modificarlas, constituyéndose en un desafío para los próximos años.

0243 MIASIS OROFARINGEA

F LASCAR(1), A BOEDO(1), S CHAPELA(1), E DESCOTTE(1), E SOLOAGA(1), F BALLESTERO(1), J CHERTCOFF(1)
(1) Británico.

Introducción: La miasis se trata de una patología causada por la presencia de larvas de dípteros que se alimentan de tejidos vitales o necróticos de un huésped vertebrado. Es una enfermedad de distribución mundial que se da más frecuentemente en personas con algún nivel de déficit neurológico como pacientes con parálisis cerebral, epilépticos con labios lacerados, pacientes geriátricos, etilistas y/o con malos hábitos higiénicos.

El ciclo total del parásito es 3 a 8 semanas; pasa por las etapas de huevo, larva, pupa y adulto. Se infiltran y cavan túneles. Puede destruir cartílago o hueso, a partir de infecciones superficiales. Generalmente se localiza en paladar duro o encía. El diagnóstico es clínico y el diagnóstico definitivo se hace al visualizar la larva ya sea macroscópicamente o mediante biopsia.

La mortalidad es inferior al 10% y puede asociarse con lesiones en el sistema nervioso central. El cuadro clínico es habitualmente autolimitado.

Caso clínico: Paciente masculino de 20 años con antecedentes personales de hipoxia neonatal- parálisis cerebral, traqueostomizado ventilado crónico en domicilio y epilepsia.

Refiere el familiar cuadro de 24 hs. de evolución caracterizado por aumento de secreciones respiratorias, a su ingreso presenta miasis orofaríngea a nivel de paladar óseo y conducto lacrimal derecho. A nivel de paladar se evidencia erosión mucosa y ósea. Presencia de larvas en botón gástrico. Se realiza toilette quirúrgica de macizo facial y recibe tratamiento con ivermectina, Se realiza TC de cerebro y tórax sin evidencia de lesiones estructurales agudas. Fibrobroncoscopia-BAL: sin rescate microbiológico, ni evidencia de larvas. Videoscopia digestiva alta: cambio de botón de gastrostomía sin evidencia de larvas a nivel gástrico. Se deriva a su domicilio luego de 21 días de internación.

Conclusión: Se debe instruir a la población en riesgo para actuar de la forma más adecuada en relación con los cuidados de las heridas, así como dar instrucciones de higiene bucal y general, uso de máscaras para aquellos pacientes que presenten trastornos mentales, así como para las personas que no cierran completamente los labios sobretodo al dormir, control riguroso de la presencia de moscas, así como otras medidas de higiene básica.

0244 CARACTERIZACIÓN DE LA MICROCIRCULACIÓN SUBLINGUAL EN VOLUNTARIOS SANOS Y SUJETOS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

V KANOORE EDUL(1), C INCE(2), G FERRARA(3), FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, Y ARZANI(5), C SALVATORI(5), A DUBIN(5)

(1) Juan A Fernandez. (2) Academic Medical Center. (3) Catedra De Farmacología Aplicada. (4) Facultad De Ciencias Medicas. (5) Sanatorio Otamendi Y Miroli.

Introducción: En los últimos años, se ha registrado un número creciente de estudios que evalúan la microcirculación sublingual en pacientes críticos. Sin embargo, sólo unos pocos han analizado la microcirculación de los sujetos sanos.

Objetivos: Caracterizar cuantitativamente los parámetros microcirculatorios de individuos sanos. Evaluar la influencia que la edad, el estado físico y los factores de riesgo cardiovascular pueden tener en la microcirculación sublingual.

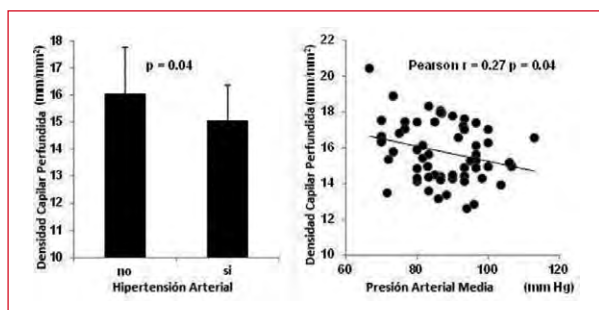
Métodos: Estudiamos 61 voluntarios (19-94 años) completamente sanos o con algún factor de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes o tabaquismo. La microcirculación fue evaluada mediante el uso de un videomicroscopio en la región sublingual. Se midieron densidad capilar total (DCT), densidad capilar profunda (DCP), índice de flujo microvascular (IFM), velocidad de los glóbulos rojos (VGR) y parámetros demográficos.

Resultados: El 47% de los voluntarios tenían al menos un factor de riesgo cardiovascular mientras que el 27% tenía más de una condición. Los parámetros microcirculatorios no fueron diferentes entre los voluntarios sanos y los sujetos con factores de riesgo cardiovascular (Tabla 1). La cantidad de horas de ejercicio por semana se correlacionó negativamente con la VGR ($r = -0.437$, $p = 0.0001$) y positivamente con la DCT ($r = 0.246$, $p = 0.05$). Los sujetos con hipertensión arterial presentaron menor DCT y DCP comparados con los voluntarios sin comorbilidades (Figura 1). Además, la DCP correlacionó con la presión arterial media (PAM) en el grupo entero. Se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple que evaluó la asociación entre los parámetros microcirculatorios, la edad y las comorbilidades. Se encontró una asociación significativa entre la PAM y la DCP que fue independiente de la edad (coeficiente -0.44 , $p = 0.039$ (IC 95% -0.80 ; -0.02)).

Conclusiones: La DCT y la DCP pueden estar afectadas en presencia de hipertensión arterial y el valor actual de la PAM. El estado físico también puede afectar la densidad capilar. Este estudio puede ser utilizado como referencia para comparar con estudios microcirculatorios en pacientes críticos que presenten factores de riesgo cardiovascular.

Tabla 1

	Todos los participantes	Voluntarios Sanos	Voluntarios con Factores de Riesgo	p-valor	
N	61	32	29		
Edad (años), media \pm (DS)	50.8 (19,2)	42 (15)	59 (19)	<0.001	
Femenino, (%)			50	55	0.799
IMC (kg/m ²), media \pm (DS)	25.4 (4.5)	23.9 (4.2)	27.2 (4.1)	0.004	
PAM (mmHg), media \pm (DS)	87.4 (10.6)	82.9 (9.6)	92.3 (9.6)	<0.0001	
Ejercicio/semana (horas), media \pm (DS)	1.9 (2.4)	2.9 (2.4)	0.8 (2.1)	0.0001	
DCT (mm/mm ²), media \pm (DS)	15.8 (1.6)	16.0 (1.8)	15.5 (1.5)	0.512	
IFM (0-3), media \pm (DS)	2.9 (0.0)	2.9 (0.0)	2.9 (0.0)	0.269	
VGR (um/segundo), media \pm (DS)	1298 (145)	1309 (156)	1286 (133)	0.156	
DCP (mm/mm ²), media \pm (DS)	15.8 (1.6)	16 (1.8)	15.5 (1.5)	0.502	



0245 ASOCIACION ENTRE COBERTURA DE SALUD Y CARACTERISTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS: ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)

A VANINA(1), DN VASQUEZ(1), HIGA GRAL. SAN MARTÍN, A RISSO VAZQUEZ(3), M ESTEBAN CHACON(4), S ILLUTOVICH(5), C FERNANDEZ(6), E AGUERO VILLAREAL(7), S VOMMARO(8), F MOS(1), P DESMERY(1), JL SCAPELLATO(1)

(1) Sanatorio Anchorena. (2) Higa Gral. San Martín. (3) Sanatorio Otamendi. (4) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. (5) Sanatorio Mitre. (6) Hospital De Agudos Ramon Madariaga. (7) Hospital Policlínico Regional Dr. Ramon Carrillo. (8) Sanatorio Mater Dei. (9) Sanatorio Anchorena.

Objetivo: comparar las características y evolución de pacientes obstétricas críticas (POC) del sector público vs. el privado en Argentina
Material y método: Estudio observacional prospectivo multicéntrico. Población: pacientes embarazadas/púerperas que requirieron ingreso a 20 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de la Argentina, desde el 01-01-2012 al 31-12-2012, en el sector público vs. el privado.

Resultados: 362 POC ingresaron a 20 UTIs; 186(51%) en el sector Público y 176(49%) en el Privado. Las diferencias entre ellas fueron: edad (27 ± 7.5 vs. 33 ± 6); años de estudio (9 ± 3 vs. 15 ± 3); derivación desde otro centro (43% vs. 13%); APACHE II ($9[5-13,75]$ vs. $7[4-9]$) y SOFA ($2[1-4,5]$ vs. $0[0-2]$) ($p < 0.000$ para todas). La estancia en UTI y hospitalaria fue de $2[1,75-5]$ vs. $2[2-3]$ ($p < 0,132$) y $10[6-17]$ vs. $6[4-9]$ ($p < 0,000$). La mortalidad materna fue de 5,6% ($10/178$) vs. 1,7% ($3/174$) ($p < 0,087$) y las pérdidas fetales/neonatales de 24,6% ($40/162$) vs. 9% ($15/164$) ($p < 0,000$).

Las intervenciones en el sector público vs. privado fueron: ARM (40% vs. 9%; $p < 0,000$), vía central (64% vs. 17%; $p < 0,000$), diálisis (5,4% vs. 1%; $p < 0,036$) e histerectomía (30% vs. 9,25%; $p < 0,000$). Las complicaciones en UTI fueron: Distrés respiratorio (8% vs. 2%; $p < 0,017$), shock (39% vs. 16%; $p < 0,000$), disfunción multiorgánica (46% vs. 22%; $p < 0,000$) y RIFLE-Falla (8% vs. 2%; $p < 0,017$).

Las causas de admisión a UTI fueron Obstétricas en 77% vs. 88% de las POC del sector público vs. privado ($p < 0,005$), incluyendo hipertensión (32% vs. 64%; $p < 0,000$), hemorragia (29% vs. 24%; $p < 0,27$) y Sepsis (15,5% vs. 5%; $p < 0,001$). El aborto séptico ocurrió exclusivamente en el primero. La edad gestacional fue de $30,5 \pm 9$ vs. 33 ± 7 ($p < 0,001$); el control prenatal de 75% vs. 99% ($p < 0,000$) (adecuado en 77% vs. 95% ($p < 0,000$)) y la historia previa de abortos inducidos de 16% vs. 3% ($p < 0,000$). El embarazo fue terminado en cesárea en 72% vs. 87,6% ($p < 0,001$).

Conclusiones: Las POC del sector público tuvieron menor nivel de escolaridad y mayor gravedad a su ingreso, numero de complicaciones y requerimiento de procedimientos invasivos. Las causas de ingreso de tipo obstétrico fueron más frecuentes en el sector privado, así como los trastornos hipertensivos, mientras la sepsis lo fue en el sector público. El antecedente de aborto inducido fue más frecuente en el sector público; siendo el aborto séptico exclusivo de dicho sector. La finalización del embarazo en cesárea fue muy frecuente en ambos sectores, siendo aún más frecuente en el sector privado. Las pérdidas fetales/neonatales fueron más frecuentes en el sector público, aunque la mortalidad materna no fue significativamente diferente.

0246 MEDICIÓN NO INVASIVA DE LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL CON DOPPLER TRANSCRANEANO EN PACIENTES CON CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

L PREVIGLIANO(1), E MARTINEZ(1), J POLISZUK(2), L BOFFINO(2), I PREVIGLIANO(2)

(1) Sanatorio Sagrado Corazón. (2) Juan A. Fernandez.

Objetivo: Los estudios de medición no invasiva de la Presión de Perfusión Cerebral (PPC) con doppler transcraneano (DTC) se focalizaron en pacientes no quirúrgicos. El objetivo del estudio es de-

terminar la utilidad del doppler transcraneano para medir presión de perfusión cerebral en pacientes con craniectomía descompresiva y evaluar si existen diferencias entre ambos lados.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte, prospectivo, observacional. Incluyó pacientes con lesión cerebral aguda luego de craniectomía descompresiva, normoventilados ($PCO_2 > 35$ mmHg), afebriles, con monitoreo de presión intracraneana y medición invasiva de presión arterial. Se realizó doppler transcraneano y se estimó presión de perfusión (PPC) con tres diferentes ecuaciones. PPCe se comparó con PPC real. Se verificaron los supuestos de normalidad y homogeneidad de las variables, se realizó test de t de Student, análisis de correlación de Pearson y concordancia con Bland-Altman entre PPC real y PPC calculada.

Resultados: Se realizaron 58 mediciones en 10 pacientes, que incluyeron lado descomprimido (D) y no descomprimido (ND). La ecuación Schmidt y col. ($CPP = TAM * VD / VM + 14$) presentó la mejor correlación con PPC real (r: 0,75, para D; r: 0,73 para ND) Edouard y col = $(VM / (VM - VD)) * (TAM - TAD)$ (r: 0,34 D; r: 0,40 ND), la fórmula de Czosnka para PPC (r: 0,75 D; r: 0,46 ND). El análisis de Bland Altman mostró similares valores en PPC media real vs PPC media estimada por fórmula de Schmidt, tanto en el lado con craniectomía descomprimida como del lado sin craniectomía, mostrando alta concordancia.

Conclusión: Este estudio demuestra que no existen diferencias entre la PPC estimada ni la medida tanto en el lado descomprimido como en el que no. La fórmula publicada por Schmidt y col. fue superior a otras fórmulas en este grupo de pacientes.

0247 BOTULISMO DEL LACTANTE EN MENDOZA, SAN JUAN Y NEUQUEN

E VANELLA DE CUETOS(1), L DE JONG(2), O SARTORI(3), B PEREYRA(3), N BUSTOS(4), AM POIDOMANI(5), G KALTENBACH(5), J PONCE(6), M MOSCIARO(3), E DAVILA(3), R FERNANDEZ(2)

(1) Dr.humberto Notti. (2) Microbiología Unc. (3) Humberto Notti. (4) Schestakow. (5) Castro Rendon. (6) Rawson.

Introducción: El botulismo del lactante (BL) es una enfermedad huérfana.

Objetivos: Analizar epidemiología, clínica e influencia ambiental en el BL en Mendoza, Neuquén y San Juan. Investigar clima y esporas de botulismo en suelos.

Materiales y métodos: Historias clínicas de BL de los Hospitales Notti (Mendoza), Schestakow (San Rafael Mendoza), Castro Rendon (Neuquén) y Rawson (San Juan) desde 1 de enero de 2008 hasta 31 de diciembre de 2012 y diagnóstico microbiológico, que ingresaron a unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP) con asistencia respiratoria mecánica (ARM), con menos de siete días de evolución de la enfermedad, confirmada por laboratorio.

Se consideró: edad, sexo, días: previos al ingreso, hasta diagnóstico laboratorio, en UTIP, totales de internación, de ARM, alimentación por sonda nasogástrica (SNG), tratamiento, complicaciones y secuelas. El análisis estadístico fue realizado con Statistix 7.0; Analytical Software, Tallahassee, FL. Las diferencias estadísticas fueron evaluadas con el test Mann-Whitney, con un nivel de significación de 0,05.

Resultados: Ingresaron a UTIP 49 pacientes con BL, requirieron ARM 39 niños.

Edad promedio 4 meses, 62% varones, 95% con alimentación materna.

Promedio días previos al ingreso 2,8 días. Todos con igual tratamiento de sostén.

De los 39 pacientes con ARM, 15 recibieron antitoxina botulínica equina (a-TBeq) antes de cinco días del inicio de los síntomas. El diagnóstico (Toxina A de Clostridium botulinum) fue a los 5 días en los tratados con a-TBeq y de 11,5 días en no tratados.

Los pacientes tratados con a-TBeq tuvieron una mediana de 505 días de internación vs. 1604 de los no tratados ($p = 0,0003$). Días de UTIP 331 vs. 1.321, respectivamente ($P = 0,0001$). Días de ARM 269 vs. 1.001 ($p = 0,0035$); y alimentación por SNG, 468 y 1.608 ($p = 0,0002$)

Los **tratados con a-TBeq** presentaron neumonía asociada a respirador 40% y sepsis 23%. Secuelas al alta 9%.

Los **no tratados** presentaron neumonía asociada a respirador 60% y sepsis 77%. Secuelas al alta hospitalaria 91%.

En la región se encontró alta frecuencia de esporas en suelos, clima seco y ventoso.

Conclusiones: El tratamiento precoz con a-TBeq es una alternativa hasta disponer de inmunoglobulina botulínica humana. Los Climas secos y ventosos favorecen la enfermedad.

0248 MEDIASTINITIS POS TRAUMA CERRADO DE TÓRAX

A QUINTEROS(1), M GARCIA(1), E GARCIA(2), S ROJAS(1), J CELIA(3), J ORTEGA(4), J FERNANDEZ(1), S CARRIZO(1), M RUIZ(1), N BONETTO(1)

(1) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Víctor Sanguinetti. (2) Hospital Regional Comodoro Regional Víctor Sanguinetti. (3) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Víctor Sanguinetti. (4) Hospital Regional Comodoro Rivadavia Víctor Sanguinetti.

Introducción: La mediastinitis es una infección poco frecuente y la mayoría de los pacientes presentan una evolución letal. Excluyendo las relacionadas a cirugía cardiovascular, la causa más frecuente de mediastinitis aguda es la necrosante descendente, seguida por la perforación esofágica y menos frecuentemente por trauma penetrante, traumatismo cerrado y diseminación hematógena. Algunos factores predisponentes para el desarrollo son diabetes, inmunosupresión, cirugía de tórax reciente y endoscopia.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino 50 años de edad. Antecedentes patológicos de DBT tipo 2, traumatismo cerrado de tórax con fractura de esternón por incidente vehicular 20 días previo al ingreso a terapia intensiva e internación 10 días después de este episodio durante 72 hs por disnea luego del cual cumplió tratamiento antibiótico por diagnóstico presuntivo de neumonía aguda de la comunidad. Ingresó al servicio de cirugía por celulitis en región esternal de dos semanas de evolución, con drenaje espontáneo de material purulento; se realizó TAC de tórax observándose fractura esternal y continuidad de la lesión a mediastino, motivo por el cual se efectuó toracotomía, en la que se observa absceso retroesternal con compromiso mediastinal, realizándose debridamiento amplio y colocación de tubo de tórax derecho más drenaje mediastinal aspirativo, enviándose material para cultivo. Ingresó a UTI en el posoperatorio inmediato, requiriendo asistencia ventilatoria y soporte hemodinámico, iniciando tratamiento con vancomicina, clindamicina. Desarrolla en el líquido mediastinal *Enterococo Fecalis* y *Enterobacter Cloacae*. Presenta como complicación posoperatoria fistula bronco-pleuro-mediastino-cutánea indicándose sistema de vacío y compactación (SIVACO). Se descartó lesión esofágica y lesión traqueal. Evoluciona favorablemente cumpliendo tratamiento con vancomicina y meropenem. A los 22 días de ingreso es externado de UTI con drenaje mediastinal y SIVACO, a los 45 días es externado del hospital.

Comentario: Nuestro paciente tenía como factor predisponente un trauma cerrado de tórax con fractura esternal y desarrolló *Enterobacter*, BGN más frecuentemente hallado. La mediastinitis aguda es una enfermedad de baja incidencia que presenta un alto índice de mortalidad. Debe sospecharse por su clínica y confirmarse mediante la realización de una tomografía axial computada precoz. Su tratamiento debe ser multidisciplinario y agresivo, ya que así se consigue disminuir la morbimortalidad asociada.

0249 TRAUMA E INFECCIONES: NUESTRA EXPERIENCIA

G BAEZA(1), A MARTINUZZI(1), M ALONSO(1), VH BORRERO(1), M ARAGÜES(1), B GONZALES ORÉ(1), C VAZQUES(1)

(1) Cmic.

Introducción: El trauma es un motivo frecuente de ingreso a las Unidades de Terapia Intensiva (UTI). La prevalencia de infecciones

en el trauma es variable, con alta repercusión en la evolución del paciente.

Objetivos: Evaluar incidencia y caracterizar procesos infecciosos en paciente politraumatizados en UCI.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, con base de datos en Excel, expresando los resultados en porcentaje o media según corresponda. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años, que no presentaban infección al momento del ingreso, se registraron APACHE II, ISS score, tiempo al inicio y sitio de infección, tipo de trauma.

Resultado: Durante el estudio ingresaron 953 pacientes, cumplieron criterios de ingreso 24 (2,5%), de estos 6 (25%) presentaron infección adquirida en la unidad. Los traumas más frecuentes TEC 79% (19/24), Tórax 58% (14/24), Abdomen 54% (13/24) y raquimedular 12,5% (3/24). Los pacientes no infectados tenían una edad de 39±18 años, un apache II de 13± 8, e ISS 20± 17. Los pacientes infectados tenían una edad de 35± 15 años, Apache II 19,5± 5 e ISS 34± 19. La internación promedio de los pacientes no infectados fue de 8±4 vs 76± 27 días en los pacientes infectados.

Desde el ingreso al desarrollo del proceso infeccioso pasaron 4±1 días. Los focos infecciosos: Respiratorio 83% (5/6), endovascular 33,3% (2/6), urinario 33,3% (2/6) y meningitis post-neuroquirúrgica 16,6% (1/6). Severidad sepsis: Severa 33,3% (2), Shock séptico 16,7% (1) y Disfunción multiorgánica 50% (3/6). El esquema empírico inicial fue efectivo en el 83% de los casos, se ajustó al rescate a la sensibilidad en el 50%. Microorganismos aislados más frecuentes: Enterobacter cloacal (3), Acinetobacter (2), Klebsiella (2), SAMS (2) y SAMR (1).

Se observó una mortalidad global por-todas-las-causas de 16,6% (4/24), en los pacientes con infección la mortalidad fue del 50% (3/6) vs 5,5% (1/18) en los politraumatizados no infectados.

Conclusiones: Los pacientes con predisposición a desarrollar procesos infecciosos fueron aquellos con apache II e ISS más alto. También se observó una internación mayor en los pacientes infectados. El foco más frecuente fue el respiratorio. La mortalidad-por-todas-las-causas fue mayor en el grupo de politraumatizados infectados.

0250 ENCEFALITIS HERPÉTICA EN UN RECIÉN NACIDO CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE SÍNDROME FEBRIL

MB EHLERS(1), A ALVAREZ(1), RF RAMOS(1)
(1) Policlínico Neuquen.

Introducción: La infección por virus herpes simple en RN si bien es poco frecuente presenta una significativa mortalidad y secuelas a largo plazo de gran importancia. En la mayoría de los casos prima la dificultad diagnóstica, debido a que los síntomas en este grupo etario son inespecíficos. Reconociéndose el patrón EEG, las imágenes de RMN y la PCR de LCR como posibles orientadores diagnósticos.

Objetivo: Demostrar la importancia de la clínica y la relevancia de los estudios complementarios para el diagnóstico de encefalitis herpética.

Material y método - caso clínico: paciente RNT sin antecedentes que ingresa a UCIN a los 24 días de vida por fiebre. Se policlítica y medica con ampicilina y gentamicina por sospecha de sepsis. Hemograma, reactantes de fase aguda y físicoquímico de LCR: normales. Presenta a las 48 horas movimientos tónico clónicos en miembro superior derecho, se medica con fenobarbital. Se reciben policultivos: negativos. Ecografía cerebral: normal. Persiste febril, con repetición de convulsiones focales, agrega sensorio alternante. Se repite carga de fenobarbital y lorazepam. Se repite punción lumbar para serología viral. TAC de cráneo: hipodensidad frontoparietal derecha. EEG: bajo voltaje generalizado. RMN de cráneo: Hiperintensidades difusas córtico- subcorticales en ambas regiones frontoparietales, en ambos brazos posteriores de la cápsula interna y porción lateral de los talamos. Comienza tratamiento con aciclovir EV por sospecha de encefalitis herpética. No repite convulsiones, afebril, con franca mejoría clínica y neurológica. Se recibe serología para HVS I y II en LCR (Ig G e IgM): negativos. PCR herpes virus: positivo para herpes

I ó II (resultado a los 15 días de tratamiento con aciclovir) Cumple tratamiento por 21 días.

Resultados: Los estudios complementarios realizados: EEG, TAC, RMN, a diferencia de lo reportado en la literatura, no mostraron un patrón característico de encefalitis. Siendo solo la PCR del LCR positiva compatible con el diagnóstico.

Conclusiones: Se debe dar prioridad a la presentación clínica y sospechar esta entidad en todo neonato con estas características. Los estudios complementarios pueden entorpecer y demorar el diagnóstico.

0251 USO DE OCTREOTIDE COMO TRATAMIENTO DEL QUILO-TÓRAX EN UCIN

MB EHLERS(1), A ALVAREZ(1), RF RAMOS(1)
(1) Policlínico Neuquen.

Introducción: El quilotórax es el derrame pleural más frecuente en UCIN. Su etiología es primaria en el caso de anomalías congénitas del conducto torácico y secundaria a cirugías cardiotorácicas. La morbimortalidad asociada es elevada. El tratamiento en general tiende a ser conservador. Uno de los tratamientos a implementar es el uso del octreotide, con evidencia clara en pacientes pediátricos y adultos.

Objetivo: Dar a conocer la experiencia en nuestra UCIN con el uso de octreotide como tratamiento del quilotórax de un paciente prematuro.

Material y método - caso clínico: Paciente prematuro de 27 semanas de edad gestacional con diagnóstico de hipoplasia pulmonar e hidrocefalia. Nace deprimido grave e ingresa en ARM. Presenta dos episodios de neumonía sin rescate de germen y bronquiolitis por VSR+. A las 31 semanas de edad gestacional presenta desmejoría clínica y aumento de parámetros de ARM, se evidencia derrame pleural, características de quilo, se coloca drenaje pleural. Permanece con drenaje intermitente, ayuno, NPT y posterior alimentación con fórmulas hidrolizadas sin desaparición completa del quilotórax. Inicia tratamiento con octreotide dosis de 3 µg/Kg/h como instancia previa a exploración quirúrgica de conducto torácico.

Resultados: Tras el uso del octreotide, si bien no se logró observar la rápida y franca mejoría descrita en otros estudios, sí se logró la disminución del quilotórax tras 7 días de tratamiento, el cual se mantuvo por 30 días, obteniéndose el cese completo del derrame. No presentó efectos adversos descriptos para esta droga.

Conclusiones: El uso del octreotide podría ser una buena opción en el tratamiento del quilotórax en la población neonatal a pesar de la falta de evidencia científica. Sobre todo como opción previa a tratamiento quirúrgico, y cuando el tratamiento conservador convencional no demuestra mejoría.

0253 PROCESOS DE CALIDAD DE ATENCION EN LA UCI. DIAGNOSTICO DE SITUACION-PRIMERA FASE

S FERNADEZ, V ROMERO(1), M RAMIREZ, P MARGUELICHE, C MORENO, J BORGET, I HERRERA
(1) Higa San Martín.

Introducción: Como parte de una estrategia de diagnóstico y solución de problemas relacionados a la calidad de la atención, se generó un proyecto con una primera etapa de medición de tres indicadores de calidad.

Objetivo: Determinar el desempeño y factores relacionados de tres procesos de calidad de atención en pacientes críticos con sospecha de desviaciones, para la aplicación posterior de una intervención educativa.

Materiales y Métodos:

Diseño: Estudio cuasi-experimental, antes y después.

Pacientes/Lugar: Adultos, ingresados consecutivamente a una UCI médico-quirúrgica.

Se consignaron datos demográficos y de severidad al ingreso.

■ Resúmenes

Indicadores (medidos por enfermería entrenada): -Posición semi-incorporada en pacientes en VM, medida con goniómetro:(N°días-paciente en VM con posición de cabecera $\geq 30^\circ$ o $\geq 45^\circ$ /N°días-paciente en VMx100); -Valoración de riesgo de úlceras por decúbito (UD) con escala de Braden (N°días paciente con valoración de escala/N°días pacientes en riesgo de desarrollar UDx100); -Sedación adecuada (SA) (N°días paciente con VM y SA/N°días paciente con VM y sedaciónx100), valorados con escala de RASS.

Resultados: Se incluyeron 28pacientes. Datos demográficos: edad 52 ± 17 , género masc.72%, APACHEII 16 ± 6 , SOFA $246[3-10]$, categoría diagnóstica: médica48%, cirugía urgencia32%, cirugía programada20%; días VM9[2-15], mortalidad UCI26%.

Posición semi-incorporada $\geq 30^\circ$: 28%días-paciente, $\geq 45^\circ$:6% días-paciente. Se realizaron 235 mediciones del ángulo de cabecera de cama (indicación 30° y 45° , n181 y 54 respectivamente).

SA: 41%. 129 mediciones de RASS: mediana -4[-5-0].

Valoración de riesgo de UD: 87%(238 mediciones de 274días-paciente). De todas las mediciones 75%fueron de riesgo alto y muy alto y 25%leve y moderado. En 46% se contó con colchón preventivo de UD. Un 37%de los pacientes desarrolló una UD grado I en una mediana de 3días del ingreso. Este proceso fue el primero en abordarse para intervención de calidad.

Conclusiones: El desempeño de los procesos valorados se encontró por debajo de los valores recomendados, poniendo de manifiesto la relevancia de la medición y detección de estos problemas y el alto riesgo e implicancias probables sobre los resultados de los pacientes.

La programación de una intervención multimodal educativa con un equipo de abordaje interdisciplinario constituyó el paso inicial para una futura mejora de la calidad de estos procesos.

0254 PURPURA FULMINANS FATAL POR STREPTOCOCCUS PYOGENES. DEBUT DE LEUCEMIA.

D ARRIAGADA(1), A DONOSO(1), P CRUCES(1)

(1) Padre Hurtado.

Introducción: Las infecciones por *Streptococcus pyogenes* han aumentado en incidencia, pudiendo ocasionar infecciones potencialmente letales como púrpura fulminans. Ocasionalmente se reportan infecciones bacterianas graves como debut de leucemia. Se comunicó un caso fatal de púrpura fulminans ocasionado por *Streptococcus pyogenes* en un niña de 21 meses de edad.

Caso Clínico: Paciente de 21 meses, sexo femenino, sana previamente. 48 horas previo a su ingreso con púrpura febril, sin consulta en hospital. Ingresó en shock séptico con pancitopenia (hematocrito 16%, plaquetas $6.000/\text{mm}^3$ y neutropenia $2.700/\text{mm}^3$ (RAN:81mm3). Perfil de coagulación: Proteína C anticoagulante 9% (VN:40-93), Factor V lábil 18% (VN 62-139), Factor X 18% (77-131), Fibrinógeno 135 mg/dL (200-496), antitrombina III 30% (VN 83-128), dímero D $>10000 \text{ ng/mL}$ (VN 0-500). Evolucionó rápidamente con púrpura fulminans. Requirió VM, fluidoterapia, vasopresores, inótropos, suplementación esteroideal, antibioterapia de amplio espectro, hemoderivados, infusión de insulina, suplementación de inmunoglobulina y terapia de sustitución renal con hemodiafiltración venovenosa continua. Al ingreso se descartó asplenia anatómica. Hemocultivo resultó positivo para *Streptococcus pyogenes* multisensible. Recibió ATRA (*all-trans retinoic acid*). Desarrolló SDOM y CID refractaria falleciendo al tercer día de evolución. No se utilizó plasmaféresis. Evaluación hematológica confirmó leucemia promielocítica (LMA M3). No se realizó estudio necrópsico. PIM 2/PELOD:71,1%/99,5%.

Conclusiones: Este caso destaca la asociación clínica de una grave infección bacteriana como debut de leucemia, con una presentación clínica infrecuente y de resultado letal.

0255 TRAQUEOSTOMIA EN EL PACIENTE CRITICO ¿QUÉ HE-MOS MODIFICADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

J TEVES(1), M CHOY(2), M CORNELIO(3), L ZACARIAS(2), J HADDAD(2), N RIZZO(2)

(1) H.i.g.a Oscar Alende Mar Del Plata. (2) H.i.g.a Oscar Alende. (3) H.i.g.a Oscar Alende Mar del Plata.

Introducción: En las últimas décadas se ha observado un aumento en la frecuencia de realización de traqueostomías, condicionado quizás por la introducción de la técnica percutánea y por teóricas ventajas que tiene frente a la intubación translaríngea. Aunque estas por sí solas no tienen la evidencia suficiente.. Estudios observacionales indican que la ausencia de criterios claros para seleccionar los pacientes resulta en una considerable variación del momento ideal para realizar la misma, donde prima la experiencia de cada servicio.

Objetivo: Analizar la tasa de uso de la traqueostomía y el tiempo de realización de la misma y las variables relacionadas en los últimos 12 años en un servicio de terapia intensiva.

Material y metodo: Estudio descriptivo en que se comparan dos periodos PERIODO I (I)(enero 2001-junio 2005) la traqueostomía era realizada Cirugía y PERIODO II(II) (junio 2011- febrero 2013) realizada por el Team de UCI. Se incluyen todos los pacientes con ventilación mecánica (VM) por más de 48 hs. Las variables analizadas son edad, sexo, APACHE II, días de VM ,días de internación y mortalidad. Se denomina traqueostomía precoz la realizada antes del 8º día.

Resultados: En I fueron admitidos 4671 pacientes 57.9% (2704) recibieron VM , en II 1764 pacientes 67,5% (1169) recibieron VM. Ambos grupos fueron comparables en edad, sexo, APACHE II . En el PERIODO II la traqueostomía fue mas frecuentemente indicada (II=23.1% vs I=18%) . El día promedio de la realización de la misma fue :- 15.4 días(DS 9.7) y II=9.09 días (DS 4) .La traqueostomía precoz fue indicada en I solo 3,2% y en II 34.2% de las veces. La duración de la VM y la estancia en UCI en el PERIODO II fue significativamente menor los pacientes que recibieron traqueostomía (días de VM II = 18.4 vs. I= 23.6 días) (días internación II=23.1vs. I=33.8). No hubo diferencias significativas en la mortalidad.

Conclusiones: Se observó un aumento de la frecuencia de realización de traqueostomías , menor tiempo hasta la indicación de la misma y mas traqueostomías precoces. Esto no afectó la mortalidad pero redujo los días de ventilación mecánica y la estancia en UCI.

0256 FÍSTULA NEFROBRONQUIAL OCASIONA EPISODIO CASI LETAL EN PACIENTE CON NEFROLITIASIS Y PIELONEFRITIS

D ARRIAGADA(1), A DONOSO(1), P CRUCES(1)

(1) Padre Hurtado.

Introducción: La fístula nefrobronquial es una rara complicación de infecciones renales, ocurriendo habitualmente en asociación con pielonefritis xantogranulomatosa. La mayoría de los casos descritos son pacientes adultos en la era pre-antibiótica. Comunicamos el caso de una paciente escolar, en quién se presentó clínicamente con inundación de la vía aérea.

Caso Clínico: Paciente de 12 años, sexo femenino. Obesa. Antecedentes de mielomeningocele e hidrocefalia con derivación ventrículo peritoneal. Portadora de vejiga neurogénica y antecedente de infección urinaria recurrente. Historia de un mes de fiebre, tos productiva, disnea y compromiso del estado general. Recibió tratamiento antibiótico en forma ambulatoria, sin mejoría de síntomas. El día de su admisión presentó brusco deterioro respiratorio. Al ingreso pálida, mal perfundida, febril, taquicárdica, hipotensa, polipneica, Sat O2 60%. Al examen físico destacaba crepitaciones en ambos campos pulmonares. En exámenes de laboratorio, destacó acidosis metabólica grave y lactacidemia de 4 mmol/L . Radiografía de tórax evidenció condensación pulmonar basal izquierda. Se planteó diagnóstico de shock séptico de foco pulmonar. Se inició reanimación con fluidos, antibioterapia, drogas vasoactivas y ventilación

mecánica. Al momento de la intubación endotraqueal presentó episodio de asistolia por inundación de vía aérea por secreciones purulentas, requiriendo reanimación cardiopulmonar avanzada, la cual fue exitosa luego de 2 minutos. Se realizó TAC de abdomen que evidenció extensa colección perirrenal izquierda, desde diafragma hasta fusión de fascias perirrenales y litiasis del uréter distal izquierdo. Se realizó drenaje percutáneo bajo visión ecográfica, dando salida a aire y pus. Por salida de aire por sitio de drenaje se planteó diagnóstico de fístula nefrobronquial, realizándose TAC que evidenció comunicación entre la base pulmonar izquierda y colección intraabdominal con fístula transdiafragmática (figura). Urocultivo positivo a *Providencia rettgeri*. Hemocultivo, cultivo de aspirado bronquial y de absceso perirrenal positivo a *Proteus mirabilis*. Se efectuó nefrectomía radical y cierre de fístula. Examen anatomopatológico mostró pielonefritis crónica abscedada. La paciente evolucionó favorablemente, completando tratamiento antibiótico por 6 semanas.

Conclusión: Este caso clínico ilustra sobre una complicación poco frecuente en la edad pediátrica, la importancia del diagnóstico precoz de infección urinaria en pacientes con comorbilidades y el presentar un elevado índice de sospecha ante una complicación potencialmente letal.



0257 GOLPE DE CALOR Y FALLO MULTIORGÁNICO EN LACTANTE CON SÍNDROME DE PRADER-WILLI. CASO CLÍNICO

D ARRIAGADA(1), A DONOSO(1), S CAMPBELL(1), P CRUCES(1)

(1) Padre Hurtado.

Introducción: El síndrome de Prader-Willi (SPW) es un trastorno genético secundario a una alteración en la región 15q11-q13 del cromosoma 15. Estos pacientes son susceptibles a desarrollar problemas de termorregulación. Comunicamos el caso de una lactante, en quien se estableció el diagnóstico de SPW en el curso de un episodio febril sin foco conocido, que evolucionó con disfunción multiorgánica (SDOM) y rhabdomiólisis secundaria a golpe de calor.

Caso Clínico: Paciente sexo femenino, 5 meses de edad, antecedentes recién nacida de 38 semanas. Durante el periodo neonatal hospitalizada por síndrome hipotónico, sin diagnóstico etiológico. Historia de un día de deposiciones líquidas, sensación febril y deterioro brusco del estado general. Luego de reanimación inicial en servicio de urgencia regional, donde se objetivó alza térmica hasta 40,2°C, se refirió a nuestro centro con diagnóstico de shock séptico de foco abdominal. Al ingreso estaba pálida, deshidratada, mal perfundida, taicárdica, hipotensa y con temperatura rectal de 39,4°C. Se inició reanimación con fluidos, antibioterapia, drogas vasoactivas, suplementación esteroidea y ventilación mecánica. La

paciente evolucionó con graves alteraciones en sus exámenes de laboratorio (tabla). Desarrolló síndrome compartimental abdominal, SDOM y rhabdomiólisis. Por SDRRA y fallo renal agudo se inició ventilación de alta frecuencia oscilatoria y peritoneodiálisis. Presentó actividad convulsiva efectuándose una tomografía computarizada cerebral que reveló trombosis de venas profundas y corticales con colecciones hemáticas yuxtadurales. Cultivos bacterianos y estudio virológico resultaron negativos. Espectrometría de masa en tándem fue normal. Por antecedentes de hipotonía central, dismorfias faciales y episodio agudo de hipertermia sin foco infeccioso demostrado, se sospechó diagnóstico de SPW, confirmándose con test de metilación. Evolución favorable, con mejoría progresiva luego de 6 días de peritoneodiálisis. Alta a su domicilio luego de 24 días, con suplementación esteroidea.

Conclusiones: La hipertermia debe considerarse como una de las manifestaciones clínicas del SPW. Cuando ésta se presenta se debe tener una conducta proactiva en relación a la monitorización, terapia y búsqueda de complicaciones que puedan poner en riesgo vital al paciente. Asimismo se debe educar, permanentemente, a los padres con respecto al mayor riesgo de complicaciones graves ante intercurencias banales.

Laboratorio	Día 1	Día 2	Día 3
Plaquetas (μl)	130.000	19.000	54.000
CPK (U/l)	275	3.319	7.993
SGOT (U/l)	97	4.633	1.651
TP (%)	98	13.4	13.7
Calcio / Fósforo (mg/dL)	7.1/6.6	7.5/9.9	10.6/3.0

0258 ENFERMEDAD DE POMPE EN TERAPIA INTENSIVA, REPORTE DE DOS CASOS

L LANNOO, P CANAVESSI(1), M ALMENDROS, M COLOMBO, M SIMIONATO, E DI BERARDINO, W DAVALOS, C MORENO, F IGLESIAS, C LOUDET, R REINA
(1) Higa San Martín.

Introducción: La Enfermedad de Pompe o glucogenosis tipo II es una enfermedad neuromuscular progresiva, debilitante y frecuentemente fatal, con una incidencia reportada de 1:2.000.000. Se presenta como una insuficiencia respiratoria restrictiva (especial afectación del diafragma) asociada o no a debilidad muscular proximal. El diagnóstico se realiza con el dosaje de la actividad de la alfa-glucosidasa ácida en gota de sangre seca. Posee tratamiento sustitutivo con la enzima alfa-glucosidasa recombinante humana que detiene la progresión de la enfermedad..

Casos Clínicos:

1.-Paciente masculino de 31 años con antecedentes familiares de debilidad muscular que ingresa a UTI por insuficiencia ventilatoria, con diagnóstico presuntivo de polimiositis. Tratado con metotrexato y glucocorticoides a altas dosis. Examen físico: debilidad muscular proximal en cinturas escapular y pelviana, enzimas musculares normales. EMG: axonomielitis crónica leve-moderada. Sensibilidad conservada. Biopsia muscular: miositis inflamatoria inespecífica. Se realiza diagnóstico de Enfermedad de Pompe mediante test de inhibición de α glucosidasa. Evoluciona con shock séptico foco respiratorio, DMO y muerte.

2.-Paciente femenina de 42 años con antecedentes familiares de debilidad muscular, retraso mental, debilidad muscular de 2 años de evolución e imposibilidad de deambular. Ingresó a UTI desde UCO por weaning dificultoso. Intercurre con VAP y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. TC encéfalo: hidrocefalia con predominio de ventrículos laterales. Se sospecha mitocondriopatía vs Enfermedad de Pompe. Se realiza diagnóstico de esta última mediante test de inhibición de la alfa-glucosidasa, y se efectuó tratamiento sustitutivo, no obstante lo cual evoluciona con shock séptico y DMO, y muerte. No se realizó tratamiento por diagnóstico postmortem.

Resultado: Ambos pacientes presentaban antecedentes familiares, sin realizarse un diagnóstico oportuno. El cuadro clínico que motivó el ingreso a UTI fue la disfunción respiratoria, ya sea por insuficiencia o por imposibilidad de desvinculación del ventilador. Si bien se realizó biopsia muscular en ambos casos, el diagnóstico de certeza se efectuó con el test de inhibición de la enzima alfa-glucosidasa. **Conclusiones:** La Enfermedad de Pompe es una enfermedad hereditaria que cursa con insuficiencia respiratoria asociada a debilidad muscular, de incidencia reportada baja. Posee un método de diagnóstico de fácil realización y un tratamiento específico.

0259 PERFIL HEMODINAMICO DE LOS PACIENTES CON SHOCK SEPTICO CON Y SIN DETERIORO DE LA FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VI

A RIOS(1), AE PIACENZA(1), JA OJEDA(1), JA CIALZETA(1), M GALARZA HANGLIN(1), FM RIVERO(1)
(1) Instituto De Cardiología De Corrientes.

Introducción: El fallo circulatorio del shock séptico tiene un perfil hiperdinámico caracterizado por un Gasto Cardíaco (GC) elevado con disminución de la Resistencia vascular Sistémica (RVS). A su vez existe una depresión de la función contráctil del miocardio. La determinación de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) pone de manifiesto que la función ventricular está deprimida, la cual se puede ver acrecentada en pacientes que presentan un deterioro previo.

Objetivos: Analizar el patrón hemodinámico en pacientes con Shock Séptico con y sin deterioro de la FEVI. Comparar perfil hemodinámico y correlacionar disfunciones orgánicas. Determinar su mortalidad.

Material y método: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años admitidos en UTI que presentaron diagnóstico de shock séptico (según Conferencia de Consenso del año 1991). Del 01 de Mayo de 2012 hasta el 29 de Febrero de 2013. Se excluyeron aquellos con shock de otras causas y con internación menor a 24 hs. Se colocó catéter de Swan Ganz y se determinó la FEVI mediante ecocardiograma doppler de no contar con uno de 6 meses previo.

Resultados: En el periodo ingresaron 281 pacientes, de los cuales 64 (23%) presentaron diagnóstico de sepsis, 20 (31%) evolucionaron al shock séptico, 7 fueron excluidos. Se clasificó a la muestra en dos grupos: Grupo I con FEVI <50% (n: 5), y Grupo II con FEVI ≥50% (n: 8). No se hallaron diferencias significativas en las características basales de la población. La FEVI promedio fue en grupo I 35.6%, grupo II 65.6%. El Grupo I presentó edad promedio de 75 años (DS 9), el 60% masculinos, con internación en UTI de 20 días (DS 10), siendo el 60% Diabéticos, 100% Hipertensos, 40% Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC), 60% cirugía cardiovascular previa. El Grupo II edad promedio de 64 años (DS 19), 50% sexo masculino, con 22 días (DS 16) de internación en UTI, el 12% eran diabéticos, 75% hipertensos, ICC en el 62%, y el 37% cirugía cardiovascular previa. El análisis de las variables hemodinámicas observó que en el Grupo I las presiones de llenado fueron mayores PVC 11.8, PCP 22, evidenciándose RVS de 1544, y RVP 249 con menor VM e IC (4.4 y 2.4 respectivamente), en comparación con el grupo II que presentó PVC 10.6, PCP 17, RVS 1081, RVP 1081, Sin diferencia significativas. El Grupo I, presentó APACHE de 29 (DS 5.79) y SOFA de 9.8 (DS 4.27). El Grupo II APACHEII 19.1 (DS 4.7) y SOFA 8.5 (DS 3.25) presentando diferencias significativas en el APACHEII (p: 0.006). La mortalidad del Grupo I fue del 40% y del 75% en el grupo II, no hallando diferencias significativas.

Conclusiones: En el grupo I se observaron mayores presiones de llenado y resistencias vasculares con menores flujos cardíacos (IC y VM), sin diferencias significativas. Presentando un APACHEII de ingreso más elevado en el grupo I. Las disfunción orgánica fueron de mayor severidad en el grupo I. Paradójicamente se observó mayor mortalidad en el grupo II, concluyendo como probable causa el limitado número de pacientes.

0262 VENTILACIÓN MECÁNICA, EDAD, COMORBILIDADES Y RESULTADOS EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

G PLOTNIKOW(1), D VASQUEZ(1), S CARLA(1), N IRASTORZA(1), C QUIROGA(1), P D'ANNUNZIO(1), R PRATTO(1), V RIENZI(1), A LEOZ(1), F JANSMA(1), D INTILE(1)
(1) Sanatorio Anchorena.

Introducción: El envejecimiento se acompaña de un aumento en las tasas de ingreso en las unidades de terapia intensiva (UTI). Si bien sería posible asociar la edad avanzada, comorbilidades y la asistencia ventilatoria mecánica (AVM) con una peor evolución, aun esta premisa no ha sido estudiada extensamente.

Objetivo: Evaluar el impacto de la edad, comorbilidades y requerimiento de AVM sobre la mortalidad en UTI y hospitalaria de pacientes adultos >65 años.

Materiales y métodos: Estudio de serie de casos, descriptivo-retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes >65 años que ingresaron a una UTI y requirieron AVM por ≥24h, entre el 1 de enero y 1 de noviembre de 2012.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, 48% hombres edad promedio de 76.6±8 años. El principal motivo de ingreso fue sepsis (32%), con un Charlson 2[1-5.2], y un APACHEII 20[16-28] con una mortalidad predicha de 39.2%[15.3-73.6]. La duración de la AVM fue de 5[1.5-15] días. Se destetaron 28 pacientes y traqueostomizaron 11. La estadía en UCI fue de 12[5-20.2] días con una mortalidad del 58%. La estadía hospitalaria fue 19[11.5-56] días con una mortalidad del 60%. La edad promedio de los 30 pacientes que murieron fue 77.9 años, el 70% de estos tenía un Score de Charlson ≥2, y el 63.3% tenía como patología subyacente enfermedad neoplásica. Cuando se dividió a la muestra entre pacientes con y sin enfermedad neoplásica la mortalidad en UCI fue del 78,2% y 47% respectivamente, y la predicha por APACHEII fue 40,5% y 33,6%. La regresión logística no encontró diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: La mortalidad en UTI y hospitalaria de los pacientes ancianos que requirieron ventilación mecánica por más de 24h fue elevada. Si bien la misma fue mayor que la predicha por los scores de severidad, esta situación ya ha sido reportada en otros estudios, y nosotros encontramos aun una mayor diferencia en aquellos pacientes con presencia de enfermedad neoplásica. La falta de asociación estadística entre las variables podría deberse a un insuficiente poder de la muestra.

Por lo tanto, deberíamos considerar un potencial aumento de la mortalidad en pacientes ancianos críticos bajo AVM y con enfermedad neoplásica.

0263 EXPERIENCIA EN USO DE VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA (VAFO): DE HIPOXEMIA REFRACTARIA A PROTECCIÓN PULMONAR

D ARRIAGADA(1), A DONOSO(1), J VALENZUELA(1), F DÍAZ(2), P CRUCES(1)
(1) Padre Hurtado. (2) University Of Alabama At Birmingham.

Introducción: La ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) constituye un importante avance en el cuidado de niños con falla respiratoria aguda.

Objetivo: Reportar nuestra experiencia con VAFO, evaluando momento, indicaciones, efectividad y complicaciones, en pacientes pediátricos con falla respiratoria aguda y fracaso de ventilación mecánica convencional (VM).

Material y método: Estudio retrospectivo de trece años de VAFO, en UCI pediátrica terciaria en hospital universitario. Se realizó análisis comparativo entre períodos 1999-2004 (A) vs 2005-2012 (B), evaluando duración y parámetros previos en VM, indicación y permanencia en VAFO, complicaciones y mortalidad. Resultados expresados según distribución de datos. Consideramos significativo un p <0.05.

Resultado: 128 pacientes (131 episodios) fueron manejados con

VAFO (15.333 horas). Uso de VM en 75% de los ingresos como UCI (rango: 64-78%) y empleo de VAFO en el 12% de los pacientes en VM. 88,5% con SDRa primario. Peso 5 kg (4-10). En el Período B es posible apreciar una conexión a VAFO más precoz, con menos complicaciones hemodinámicas y barotrauma, asociados a una mejor sobrevida (Tabla). La indicación más frecuente fue SDRa persistente grave, aunque en el Período B un 70% se asoció a Hipercapnia grave.

Conclusiones: Comparando ambos períodos es posible apreciar un empleo más precoz y oportuno de la VAFO en pacientes refractarios a VM, con menor hipoxemia y transgresión de límites de seguridad de VM. En consecuencia, hay una reducción de complicaciones y mortalidad. La indicación de VAFO modificó su perfil temporal, desde hipoxemia grave a estrategia de protección pulmonar. Tabla. Caracterización de pacientes en VAFO en ambos períodos. Mediana (IQR), *p< 0.05.

	Total	Período A	Período B
Episodios VAFO	128	53	77
VMC			
Permanencia (horas)	36 (16-84)	48 (14-144)	35 (18-60)
P plateau >30 cmH2O	38,1%	64,7%	21,7% *
PaO2/FiO2	89 (65-136)	64 (50-85)	108 (81-164) *
PaCO2 pre-VAFO	67 (51-90)	64 (47-82)	68 (56-92)
Barotrauma previo	21%	27%	17%
VAFO			
Permanencia (horas)	92 (57-142)	95(59-162)	82 (52-120) *
Hipotensión	18,3%	24,5%	14,1% *
Barotrauma por VAFO	11,7%	23,5%	5,2% *
Mortalidad	19,5%	33%	10,4% *

	TODOS	Período A	Período B	P		
	%	N	%	N	%	
Hipoxemia grave	94	71,7	51	96,2	43 55,8	NS
Hipercapnia grave	70	53,4	16	30,2	54 70,1	P<0.05
Escape aereo	27	20,6	14	26,4	13 16,8	NS

0264 PERFIL EVOLUTIVO DE PARÁMETROS MICROCIRCULATORIOS EN NIÑOS CON SHOCK SEPTICO. ESTUDIO PILOTO D ARRIAGADA(1), F DÍAZ(2), P CRUCES(1), A FUENTEALBA(3), A DONOSO(1)

(1) Padre Hurtado. (2) University Of Alabama At Birmingham. (3) Pontificia Universidad Católica De Chile.

Introducción: Los reportes del comportamiento de la microcirculación en shock séptico (SS) pediátrico son escasos. El análisis de parámetros microcirculatorios (MC) entregan una perspectiva única del proceso fisiopatológico a nivel tisular. (Figura 1). La falta de mejoría de los parámetros MC se ha asociado con un pobre pronóstico, a pesar de la normalización de variables de hemodinamia sistémica y oxigenación. **Objetivo:** Determinar el curso temporal de los parámetros MC sublinguales en niños con SS.

Material y método: Evaluación secuencial de la MC sublingual en condiciones iniciales y luego de 48 h de una resucitación guiada por metas metabólicas. Adquisición de imágenes en quintuplicado mediante videomicroscopía *Sidestream Darkfield* (SDF) Microscan®. Análisis posterior por investigador ciego a la condición del paciente, de acuerdo a comité de expertos(1).

Resultado: 10 pacientes con una mediana de 4 meses (IQR 2.1-9.8), 7.6kg (IQR 4.5 – 9.5), PIM2 8.3% (7-21) y pSOFA 7 (6-8) fueron incluidos. 4 con foco respiratorio y 3 con meningitis bacteriana. Respecto a la admisión a UCI, la primera medición fue realizada a las 14 ± 4 h (M1) y la segunda a las 58 ± 8 h (M2). No hubo correlación entre las evaluaciones MC con parámetros macrohemodinámicos, soporte vasoactivo, puntajes de gravedad, días de VM y estadía en UCI y hospitalaria. Al momento de la primera medición SvO2 fue 74,2 ± 9,1%, DVACO2 4,4 ± 3,0 mmHg y lactato 2,3 ± 2,9 mmol/l. No se encontró correlación entre monitorización convencional y MC. La evaluación secuencial mostró una mejoría significativa en el *Microvascular Flow Index* (MFI) en un 11% (p=0.01) (Figura 2) y una tendencia a mejoría en la *Proportion of Perfused Vessels* (PPV) en un 4,4% (p=0.06), sin diferencias en *Perfused Vessel Density* (PVD).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes pediátricos con SS, adecuadamente reanimados al momento de la primera medición, hubo mejoría del MFI al proseguir la reanimación hemodinámica. Las alteraciones MC no fueron predichas por variables macrohemodinámicas ni de disoxia sistémica. Futuros estudios en pacientes pediátricos debieran considerar el rol de parámetros microcirculatorios, especialmente MFI, en guiar la reanimación de pacientes con SS.

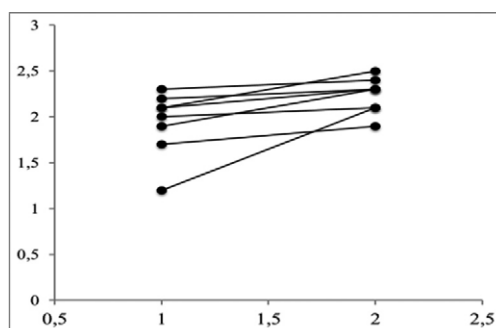


Figure 2. Cambios del *Microvascular Flow index* (MFI) M₁ y M₂.

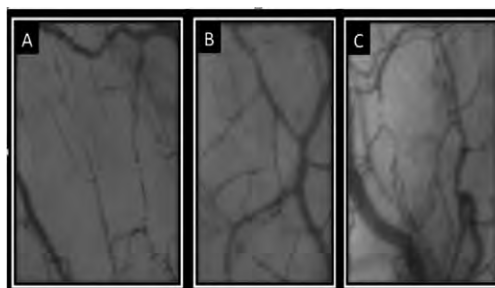


Figura 1. Fotografía de videos de microcirculación sublingual adquiridos mediante técnica de videomicroscopía *sidestream dark field* (SDF). A. Alteraciones graves: disminución de la densidad capilar y flujo. B. Alteraciones leves en flujo C. Normal.

0265 OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS DISPONIBLES EN LA DETERMINACIÓN Y ACLARAMIENTO DE LACTATO ARTERIAL: NUESTRA EXPERIENCIA.

MA GONZÁLEZ(1), R GARNICA(1), A AVELLANEDA(1)
(1) Centro De Salud.

Introducción: El aumento del metabolismo en Sepsis puede resultar en hipoxia tisular, con elevaciones del lactato, conocido marcador pronóstico y de mortalidad. Determinar su aclaramiento, con dosajes seriados del mismo (al

ingreso, 6, 12 y 24 hs respectivamente), con el recurso disponible (humano y económico) en nuestro hospital era imposible. Fue necesario evaluar cuál sería la frecuencia con la que se obtendrían las muestras optimizando el recurso de este importante biomarcador, para lograr un correcto abordaje al paciente crítico, de manera de realizar determinaciones dentro de nuestras limitaciones.

Objetivo: Optimizar los recursos disponibles (económico y humano) en las determinaciones de lactato arterial y aclaramiento del mismo.

Material y método: Se analizaron 273 determinaciones de lactato arterial en 118 pacientes de U.T.I, desde noviembre de 2012 a marzo de 2013. Los mismos fueron admitidos bajo criterios de Sepsis y Shock Séptico, independiente del Score APACHE II de ingreso. Se utilizó Técnica cinética automatizada en COBAS 311 (sección química, Laboratorio Central). Valor de referencia del método hasta 14 mg/dl. Método utilizado: prospectivo observacional.

Resultados: De 118 pacientes, 58 fallecieron, se analizaron 32 pacientes del total con determinaciones al ingreso y 24 hs; los restantes fueron descartados por poseer 1 sola determinación o por ser las determinaciones muy distantes entre sí, encontrando que en los pacientes de alta, 11 presentaron un aclaramiento en 24hs entre 11% y 40% con una media de 25,5%. Tanto el valor de ingreso como el porcentaje de aclaramiento en 24hs se reflejaron en los días de internación. En los fallecidos, 12 presentaron aumento a las 24hs entre 6,35% y 49,86% con una media de 28,10%; 9 presentaron un aclaramiento en 24hs entre 6,21% y 49,31% con una media de 27,76%. Fue determinante el valor al ingreso tanto para el aumento como para el aclaramiento comparado con los días de sobrevivencia de los pacientes.

Conclusiones: Dado las limitaciones en insumos y recursos humanos, encontramos que aporta al tratamiento y pronóstico la realización de lactato arterial al ingreso, 24 y 72 hs. En internaciones prolongadas se deben realizar no menos de tres determinaciones consecutivas para poder analizar una tendencia.

0266 TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN TERAPIA INTENSIVA

F LASCAR(1), L MALDONADO(1), M BLASCO(1), F BALLESTERO(1), E SOLOAGA(1), J CHERTCOFF(1)
(1) Británico.

El Tromboembolismo Pulmonar (TEP) es causa frecuente de ingreso en Terapia Intensiva(UTI).

Conocer las características, los métodos diagnósticos, la evolución y el tratamiento de estos enfermos es importante.

Material y Métodos: Analizamos prospectivamente los enfermos que ingresaron con diagnóstico de TEP en nuestra UTI desde Julio del 2011 a Mayo 2013.

Se registraron las características demográficas, los síntomas y signos, los métodos diagnósticos, el tratamiento y la evolución a 6 meses. Se analizaron las probabilidades diagnósticas aplicando los criterios de Wells tradicional y simplificados y los de Ginebra simplificados.

Resultados: Durante ese periodo ingresaron 33 pacientes con una edad media: 63 años, 20 femeninos (60,66%) ,con algún factor de riesgo en el 97% , antecedentes de inmovilidad 69,7% , neoplasia en 39,5%, trombosis venosa previa o presente 41,2%, y enfermedad cardiovascular previa 54,5%. El motivo de ingreso fue compromiso hemodinámico (24,2%), disnea (69,7%), dolor(21,2%) o hemoptisis (6,1%). Al examen se halló TVP (41,2%), taquicardia (66%) y el 54,5% de los pacientes no tenían otro diagnóstico alternativo que TEP.

El método diagnóstico fue la angiogramografía helicoidal (ATACH) en el 96,9% y en un caso la arteriografía pulmonar. Fueron tratados con enoxaparina 23 (69,6%) y 3(9%) con heparina no fraccionada, cinco además recibieron un filtro de vena cava, 4 fueron tratados con filtro solamente (12%) y en 2 casos se realizaron fibrinolíticos intraarteriales pulmonares (6%), 1 paciente no recibió tratamiento por decisión familiar.

Dos fallecieron en UTI 6% (2/33) y a los seis meses de seguimiento

el 32% (8/32), no hallamos en el análisis univariado ningún factor que al ingreso se asocie con mayor mortalidad salvo la taquicardia. Los criterios de Ginebra simplificados se correlacionaron con alta probabilidad de TEP (3/30) 90% si fueran analizados al ingreso, siendo el Wells simplificado 72 % para probable y del 87% para el tradicional si sumamos alta y mediana posibilidad lo que indica menor capacidad en la discriminación.

Conclusión: Los factores de riesgo continúan siendo importantes en el diagnóstico de TEP, la ATACH es el método mas frecuente del diagnóstico, y la mortalidad es del 6% y 32 % temprana y tardía respectivamente.

0267 POLITRAUMATISMOS POR CAÍDA DE ALTURA QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN SOBRE 36 CASOS

ME PENAZZI(1), E MARI(1), P PACHECO(1)
(1) Hospital Del Niño De San Justo.

Introducción: las injurias por trauma no intencionales constituyen la principal causa de morbimortalidad en pediatría. Si bien ubicuas, gran parte de ellas ocurren en el hogar.

Desde su apertura en el año 2006, la UCIP del HNSJ recibe alrededor de 35 pacientes al año por lesiones secundarias a politraumatismos y entre ellas, un alto porcentaje son debidas a caídas desde alturas moderadas.

Objetivos: Valorar características epidemiológicas, evolución y mortalidad de la población ingresada a UCIP por politraumatismo por caída de altura.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo por revisión de la base de datos de pacientes politraumatizados de entre 1 mes y 18 años ingresados a la UCIP del HNSJ entre el 1 de enero del 2010 y el 31 de mayo del 2012 por politraumatismo secundario a caída de altura.

Resultados: En el período estudiado, 74 (11,3%) de 655 pacientes ingresaron por politraumatismos . De estos, 36 (48,64%) fueron por caída de altura. El 70% (25) de ellos, varones. Mediana de edad: 3 años (2 meses a 17 años). El 25,4% de los motivos de ingreso fue por depresión del sensorio y el 13,5%, coma. Todas las caídas fueron desde alturas moderadas y la mayoría hogareñas. El principal lugar de caída fue la terraza del domicilio (39% - 14). El diagnóstico exclusivo de ingreso fue traumatismo de cráneo. Las principales lesiones fueron fractura parietal (44,4%) y frontal (27,7%). Al ingreso 6 pacientes presentaban edema cerebral (16,6%), 10, hematoma extradural (27,7%) y 4, hemorragia intraparenquimatosa (11,1%). Diez pacientes (27,7%) requirieron algún tipo de neurocirugía. A 5 se les colocó catéter para monitoreo de presión intracraneana y 6 debieron ser deplquetados. El 44,4% requirió asistencia respiratoria mecánica por una mediana de 2 días. La mediana de internación fue de 3 días. Fallecieron 2 pacientes (5,5%), 4 presentaron secuelas neurológicas y 2 pacientes fueron derivados.

Conclusiones: el politraumatismo por caída de altura moderada es un cuadro grave que amenaza a un grupo etario específico (alrededor de los 3 años) con potenciales lesiones neurológicas severas y que requiere de medidas simples de prevención pero mucha educación y especial atención por parte de los cuidadores.

0268 INCIDENCIA DE EXTUBACIÓN NO PLANEADA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

P CASTELLANI(1), ME RATTO(1), C CARDOZO(1), N TODARO(1), S LABAT(1), E GUTIERREZ(1), B PRECIOZO(1), F DE ANGELI(1)
(1) Hospital De Niños La Plata.

Introducción: La extubación no planeada (ENP) se define como el deslizamiento del tubo endotraqueal en cualquier momento del periodo de la Asistencia respiratoria mecánica (ARM) que no sea

el elegido para la extubación planificada. Internacionalmente se acepta una incidencia menor a 1 ENP/100 días de ARM. Aumenta el riesgo de mortalidad, la morbilidad y la utilización de recursos en la UCIP

Los eventos de ENP (eventos/100días de uso de dispositivo) representan un indicador de calidad.

Objetivo: Describir la epidemiología de las ENP durante el periodo de estudio en nuestro Servicio y las variables asociadas al evento. Mostrar nuestro indicador relacionado a ENP y evaluar posibles factores asociados a su variación.

Material y métodos: Estudio observacional analítico retroprospectivo. Se incluyeron los pacientes admitidos a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos durante el periodo comprendido entre enero de 2010 a diciembre de 2012 que requirieron ARM durante un lapso de tiempo mayor o igual a 24 horas. Medimos mensualmente el indicador de ENP. Los pacientes y las variables se registraron a través de la base de datos SATIQ. Para el análisis se utilizó el programa estadístico STATA10.

Resultado: Durante el periodo de estudio, 695 pacientes ingresaron a ARM, 69 se extubaron en forma no planificada.

Durante los tres años observamos una disminución de las ENP, pero no se pudo sostener por debajo de 1/100 días de uso de dispositivo.

ENP	EDAD(meses) X(Des. St.)	Sexo Masculino	NAR	Mortalidad	ARM(días) X(Des. St.)	Estadia(días) X(Des. St.)	PIM2 X(Des. St.)
NO	46.30(54.99)	59.58	46(7.35%)	169(27.08%)	11.18(14.71)	16.06(24.69)	18.03(22.50)
SI	29.34(38.73)	55.07	9(13.04%)	4(5.80%)	15.24(17.05)	33.78(106.38)	10.87(14.00)
Total	44.61(+/-53.80)	59.14	55(7.91%)	172(24.82%)	11.58(+/-14.99)	17.83(41.12)	17.30(21.88)
	p:0.02	p:0.46	p:0.09	p:0.00	p:0.00	p:0.00	P:0.00

Conclusiones: Coincidente con la bibliografía, las ENP se produjeron en el grupo etéreo menor de 4 años, siendo también coincidente los días de ARM y los días de estadía mayores en quienes presentaron el evento.

La no concordancia de la mortalidad es difícil de explicar dado el carácter retrospectivo del estudio.

Con respecto a las NAR, en esta cohorte no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

0269 IMPLICANCIA DEL TIEMPO DE REALIZACION DE TRAQUEOSTOMIA EN UNA UCI NIVEL I

NC POZO(1), E D'ANDREA(2), M DAZA(2), J VOSS(2), C PEREYRA(2), D VIOLI(2), L BENITO MORI(2), P SCHOON(2)

(1) Higa Prof Dr Luis Guemes Haedo. (2) Higa Prof Dr Luis Guemes.

El conocimiento de la técnica de traqueotomía (TQT) por dilatación percutánea acerca este procedimiento a la cabecera del paciente. Siendo aún controversial el mejor momento para realizar una traqueotomía y sus beneficios a corto y mediano plazo.

Objetivo:

A) Analizar mortalidad, destete preTQT, reintubación y NAVM preTQT.

B) Analizar estos eventos agrupados como Traqueotomía Precoz (TQTp) y Traqueotomía Tardía (TQTt).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, cohorte, único centro, durante el periodo 2007-2012 consecutivo. Se define como TQTp a aquella realizada antes del día 14 inclusive y TQTt la realizada posterior al día 14. Criterio de inclusión: todos los pacientes con TQT percutánea luego de las primeras 48 horas de AVM consecutivas. Criterios de exclusión: pacientes con TQT previa al ingreso a UCI y pacientes con TQT quirúrgica.

Variables analizadas: mortalidad, destete preTQT, reintubación, NAVM preTQT, edad, APACHE II, sexo, días internación en UCI, días totales AVM, días AVM post-TQT.

Análisis estadístico: datos cualitativos se expresan en frecuencia

(porcentaje), datos cuantitativos se expresan como media y/o mediana con (rango) según distribución gaussiana. Para el análisis se utilizó el software Statistix 7.0, utilizando los test de Student para dato cuantitativo gaussiano y Wilcoxon Rank sum test para dato cuantitativo no gaussiano. Chi cuadrada para datos cualitativos. Se consideró p significativa < 0.05.

Resultados: Se analizó de 202 pacientes, edad 57 (17-88), APACHE II 23 (7-37), sexo masculino 138 (68%), mortalidad en UCI 88 (44%), días a TQT 14 (1-32), días de destete pre TQT 6 (1-20), días de AVM post-TQT 13 (1-87). Se analizaron los grupos TQT precoz 104 (51%) vs TQT tardía 98 (49%). No se evidenció diferencia significativa en Mortalidad 39 (37%) vs. 50 (50%) p 0.053, destete preTQT 3 (3%) vs. 6 (6%) p 0.26, edad, sexo y APACHE II.

Si se encontraron diferencias significativas en evento de reintubación 27 (26%) vs. 44 (49%) p 0.005 y NAVM 49 (47%) vs. 64 (65%) p 0.009.

Conclusión: No se evidenció diferencias significativas en días de destete preTQT, en mortalidad parecería ser menor en los pacientes con TQTp. Se evidenció menor cantidad de eventos reintubación y NAVM preTQT.

0270 COMPRESION CARDIACA Y SHOCK CARDIOGENICO POR SARCOMA SINOVIAL PERICARDICO

P LAZARTE(1), M SEOANE(1), I LUIS(1), P CELARIO(1), J SANCHEZ(1)

(1) Angel Cruz Padilla.

Paciente varón de 19 años, con antecedentes de sarcoma de pericardio de dos años de evolución, con intervenciones quirúrgicas previas y múltiples ciclos de quimioterapia adyuvante. Ingresó a U.C.I. en preoperatorio de nueva exeresis tumoral, cursando disnea clase funcional IV por insuficiencia cardíaca congestiva y compromiso del sensorio. Se realiza secuencia rápida de intubación, ventilación con estrategia preventiva y analgesedación con RASS objetivo. A posteriori se coloca catéter en arteria femoral y en arteria pulmonar (Swan-Ganz) para manejo perioperatorio. Se constata patrón de bajo volumen minuto por restricción debido a masa pericárdica; se adecúan fluidos e infunden vasopresores con mejoría del IC a valores superiores a 2,2 l/min/m². Ingresó a cirugía acompañado por personal de UCI bajo monitoreo intraoperatorio interdisciplinario, con persistencia del patrón descrito previamente y requerimiento de vasopresores; se realiza toracotomía izquierda y se resaca minuciosamente tumoración con disminución de PVC y POAP y aumento progresivo de VS e IC. A pesar de mejoría hemodinámica progresiva, antes de culminar la cirugía presenta bradicardia extrema y parada cardíaca por asistolia. Bajo estricto control de las variables intraoperatorias se realiza protocolo de reanimación avanzada con masaje interno en forma exitosa y reversión a ritmo sinusal sin presentar evidencias etiológicas asociadas al paro. Regresa a terapia intensiva, donde se instauran cuidados postparada cardíaca, se optimizan parámetros de reanimación guiados por metas; evolucionando sin embargo, con disminución progresiva de IC y patrón de shock cardiogénico, sin respuesta a maniobras terapéuticas por lo que se realiza ecocardiograma transtorácico, descartando compresión extrínseca recidivada, e iniciando luego infusión con inotrópicos con escasa mejoría. Luego de 12 horas de postoperatorio, presenta nuevo paro cardíaco por asistolia sin respuesta a maniobras de reanimación avanzada, con posterior óbito.

El resultado de la pieza quirúrgica arroja al análisis anatomopatológico e inmunohistoquímico neoplasia compatible con sarcoma sinovial de pericardio.

Los sarcomas sinoviales primarios de corazón son altamente agresivos y extremadamente raros. Hasta la fecha, pocos casos han sido revisados en la literatura y todos los casos salvo uno, murieron antes de 12 meses de diagnóstico.

0271 MARCAPASOS DEFINITIVO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

MA BARBIERI(1), M ESCARAIN(1), A CICOLINI(1), M RENEDO(1), L VARELA FALCON(1), F ZEPPA(1), JP OCHOA(1), RR FAVALORO(1)
(1) Fundacion Favaloro.

Introducción: En el postoperatorio de cirugía cardíaca se pueden presentar arritmias que requieren la colocación de marcapaso definitivo en la internación, por lo que pensamos es importante analizar este grupo de pacientes e identificar predictores de requerimiento de marcapaso al alta del paciente.

Objetivo: Evaluar en pacientes (p) operados de cirugía cardíaca el requerimiento de marcapasos definitivo (MCPD) e identificar sus predictores.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de 542 p operados en forma consecutiva de cirugía cardíaca en nuestro centro desde 01/2012 hasta 02/2013. Se identificaron los p que requirieron implante de MCPD en el postoperatorio y se identificaron sus predictores mediante regresión logística.

Resultados: De la población analizada 13 p requirieron implante de marcapaso definitivo, 11 p debido a bloqueo auriculoventricular completo (BAVC). Los p que requirieron MCPD en el postoperatorio eran predominantemente de sexo femenino (53.3% vs 28.5%, p=0.03) y presentaban mayor porcentaje de hipertensión pulmonar en el preoperatorio (26.7.0% vs 8.0%, p=0.01). Los tiempos de circulación extracorpórea (tCEC) (175 ± 52.1 vs 124 ± 50.4 minutos, p<0.01) y de clampeo (136 ± 37.6 vs 99.5 ± 41.9 minutos, p<0.01), fueron significativamente mayores entre los p con MCP definitivo. Respecto al tipo de procedimiento quirúrgico, todos los p que requirieron MCPD fueron operados de cirugías valvulares, aisladas o combinadas, y dentro de éstas, la cirugía de válvula mitral mostró significancia estadística (46.7% vs 12.2%, p<0.01). Además estos p tuvieron una estadía hospitalaria más prolongada (13 vs 7, p<0.01). Las variables que demostraron ser predictores independientes en el análisis de regresión logística para el requerimiento de MCPD en el postoperatorio de cirugía cardíaca fueron: el tCEC (OR 1.01, IC 95%: 1.00-1.02), la cirugía de válvula mitral (OR 5.71, IC 95%: 1.98-16.4).
Conclusiones: El requerimiento de MCPD en el postoperatorio de cirugía cardíaca fue más frecuente en nuestra población en las cirugías valvulares y dentro de ellas en la cirugía valvular mitral y se asoció una estadía hospitalaria más prolongada. Los predictores independientes del requerimiento de MCPD en el postoperatorio fueron el tCEC y la cirugía de válvula mitral.

0272 SEGURIDAD DE PACIENTE: INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES EN AVIM

RV GONZALEZ(2), MP FUNES(1), JA GERVÁN(2), ME GARAY (1) Clínica De La Familia. (2) Hospital Militar Regional Córdoba.

Introducción: Las Ulceras por Presión (UPP) constituyen uno de los problemas preponderantes en el sistema de salud, debido a los múltiples factores causales que ocasionan la aparición de las mismas y que suelen agravar el pronóstico de los pacientes, elevar el riesgo de infecciones y complicaciones lo que ocasiona la prolongación de la estancia hospitalaria con el consecuente aumento de los costos.
Objetivo: conocer la incidencia y determinantes de la formación de UPP en pacientes sometidos a Ventilación Mecánica (VM), con el propósito de establecer estrategias y/o protocolos preventivos.

Material y método: estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, de pacientes con VM >7 días, < 7 días, en UCC. Se diseñó una planilla estructurada para la recolección de datos, donde se transcribieron los datos recolectados para su agrupamiento y clasificación, se establecieron las frecuencias absolutas con variable según la categoría establecida y las tablas de simple entrada y, gráfico circular según la variable, con estadística descriptiva.

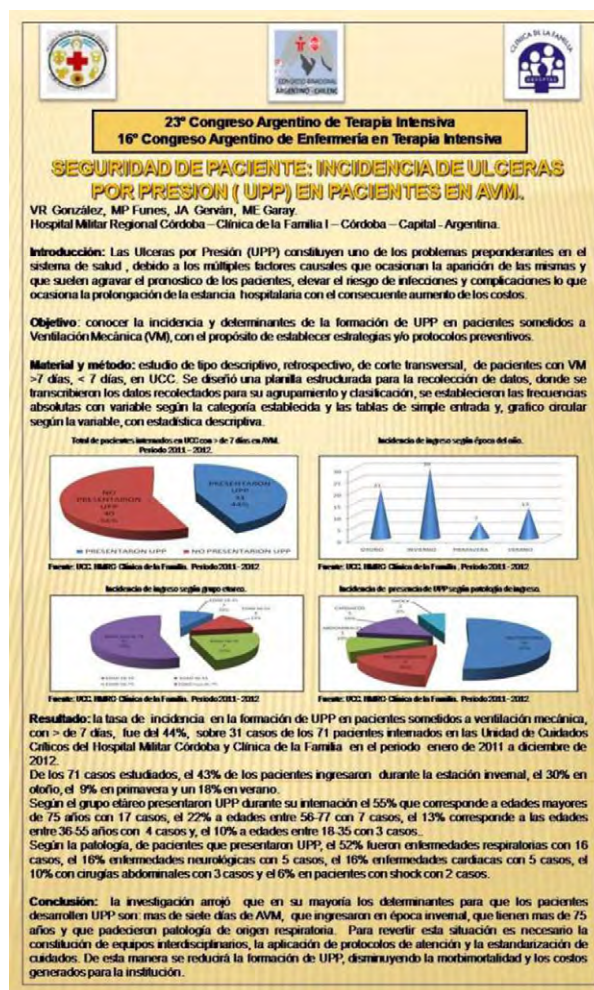
Resultado: la tasa de incidencia en la formación de UPP en pacientes sometidos a ventilación mecánica, con > de 7 días, fue del 44%, sobre 31 casos de los 71 pacientes internados en las Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Militar Córdoba y Clínica de la Familia en el periodo enero de 2011 a diciembre de 2012.

De los 71 casos estudiados, el 43% de los pacientes ingresaron durante la estación invernal.

Según el grupo etáreo presentaron UPP durante su internación el 55% que corresponde a edades mayores de 75 años

Según la patología, el 52% fueron enfermedades respiratorias con 16 casos.

Conclusión: la investigación arrojó que en su mayoría los determinantes para que los pacientes desarrollen UPP son: mas de siete días de AVM, que ingresaron en época invernal, que tienen mas de 75 años y que padecieron patología de origen respiratoria.



0273 ISQUEMIA DIGITAL AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

M QUINTEROS(1), C GROER(1), A CAÑIZO(1), L SCALISE(1), D CERASO(1)
(1) Sanatorio San Lucas.

Introducción: Paciente masculino, 27 años, sin antecedentes, comienza hace 72 hs con dolor y cianosis distal de mano derecha. Episodio similar 1 año atrás que cedió espontáneamente. Trabaja con máquinas neumáticas. Presentó 24 hs de aumento del dolor automedicado con AINES. Ingresa a UTI lúcido, TA 200/110 mmHg, Fc 56, Fr 16, cianosis en dedos índice (cara interna), medio, anular

y meñique mano derecha. Doppler radial y cubital con flujos. Sin asimetría en TA y pulsos. Inicia tratamiento con NPS para disminuir TA y opiodes, Prostaglandina E1 en BIC como vasodilatador, Nifedipina oral y antiagregación con Aspirina. Estudios de laboratorio, Rx tórax y ECG dentro de los parámetros normales.

Estudios complementarios: negativos para patología infecciosa o procoagulante.

Se realiza Arteriografía por escasa respuesta al tratamiento, con pseudoaneurisma de 12 mm en el sector terminal de la Arteria Cubital y origen de ambas arcadas palmares. Se realiza resección quirúrgica, evolucionando con remisión de todos los síntomas isquémicos.

Discusión: Ante una isquemia digital se debe descartar causas traumáticas, vasoconstricción y/o obstrucción; además de embolias, enfermedades autoinmunes, hematológicas, neoplasias y diabetes, medicamentos, drogas de abuso, exposición a químicos y/o tóxicos. El síndrome del Martillo Hipotenar es una enfermedad laboral infrecuente que puede llevar a necrosis tisular, es de origen traumático cerrado que produce un aneurisma/oclusión con embolia distal. Dado que existe una fácil prevención y tratamiento con buenos resultados su conocimiento es importante. Los síntomas son distintos grados de isquemia digital, dolor y tumoración. La característica de ser unilateral hace sospechar una lesión de tipo anatómico y no trastornos sistémicos.

Conclusiones: Con el antecedente laboral del uso de la mano como martillo e isquemia digital de grado variable en una sola mano, la angiografía es el examen de elección para la confirmación del diagnóstico y la cirugía el tratamiento definitivo de este síndrome.

0274 DELIRIO: DESARROLLO DE MODELO PREDICTIVO EN UCI. VALIDACIÓN INTERNA

D MOLINA(1), F LASCAR(1), S SAC(1), E REQUESENS(1), M FERREYRA(1), E BORSINI(1), E SOLOAGA(1), M BLASCO(1), F BALLESTERO(1), J CHERTCOFF(1)
(1) Británico.

Introducción: El delirio tiene una incidencia del 20-80%, aumentando días de estadía y VM, siendo factor independiente de mortalidad. Se desarrolló un modelo predictivo para identificar a aquellos pacientes propensos a presentarlo, para prevenirlo y tratarlo.

Objetivos: Desarrollar un modelo predictivo para identificar delirio en UCI.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, excluyéndose aquellos con estadía menor de 24 horas, RASS <-4, idioma no español y pacientes con intoxicación medicamentosa. Se realizó diariamente el test de CAM ICU.

El trabajo tuvo dos etapas: la primera desde septiembre 2011 a febrero 2012 y la segunda etapa de agosto 2012 a enero 2013. En la primera se confeccionó un modelo predictivo y en la segunda se realizó su validación interna. En ambas etapas se analizaron datos demográficos, antecedentes, APACHE II, factores predisponentes y factores asociados con la internación.

Resultados: En la primer etapa se incluyeron 476 pacientes, el 19.9% presentaron delirio. Se realizó el análisis univariado y luego el multivariado a partir del cual se construyó un modelo predictivo utilizando regresión logística múltiple para identificar los mejores predictores de delirio.

Se otorgó un puntaje de 3 puntos a la VM y 1 punto al resto de las variables. La probabilidad de tener delirio con 1 punto fue 7.97%, con 2 puntos 16.27%, con 3 puntos 32.43%, con 4 puntos 53.4%, con 5 puntos 70.59%, con 6 puntos 86.54% y con mayor o igual a 7 puntos 93.9%.

La segunda etapa, incluyó 449 pacientes, con una incidencia de delirio de 24.07% y realizándose la validación interna del modelo predictivo.

La probabilidad de tener delirio con 1 punto era 1.98%, con 2 puntos 12.24%, con 3 puntos 23.16%, con 4 puntos 58.82%, con 5 puntos 74.29% y con más de 6 puntos del 100%. Observándose un

área ROC del modelo predictivo de 0.86 y del score de 0.84, con sensibilidad del 60% y especificidad del 92% con más de tres puntos.

Conclusión: El score desarrollado nos permitió en nuestra validación interna una buena correlación con la probabilidad de presentarlo, lo cual es importante dado la significación a corto y largo plazo de sus consecuencias

Análisis multivariado. Regresión logística múltiple.

	OR (IC 95%)	Coficiente	p
VM	12.30 (5.92- 24.44)	2.48	<0.001
Hipernatremia	4.17 (1.43- 12.10)	1.42	0.009
Uso de beta bloqueantes	2.34 (1.43- 4.57)	0.85	0.012
Neurocríticos	2.24 (1.22- 4.11)	0.80	0.009
Mayor 65 años	2.23 (1.23-3.70)	0.80	0.008
Hlpokalemia	2.11 (1.20- 3.70)	0.74	0.009

Area ROC bajo la curva: 0.8326

0275 MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP) EN LAS PRIMERAS 24 HS DEL INGRESO (F24) . CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y MOTIVOS DE FALLECIMIENTO

ME PENAZZI(1), E MARI(1), P PACHECO(1)
(1) Hospital Del Niño De San Justo.

Introducción: el análisis de la mortalidad en la UCIP contribuye a identificar los factores que pudieron haber influido en su incidencia y por otro lado a evaluar paralelamente el funcionamiento de la UCIP en sí misma y de los demás componentes del Sistema de Salud en su conjunto.

Los pacientes (F24) constituyen un grupo sensible que merece especial atención sobre todo en cuanto a la consideración de medidas preventivas.

Objetivos: valorar características epidemiológicas de la población pediátrica F24 y sus causas.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo por revisión de historias clínicas de pacientes F24 entre 1 mes y 18 años que ingresaron a la UCIP de un hospital bonaerense entre noviembre del 2006 y mayo del 2013.

Resultados: Ingresaron 1740 pacientes; fallecieron 149. Tasa de mortalidad: 8,56%. F24: 50. Mediana de edad: 17 meses. Ingresados en PCR: 15 (30%). Causas: 6%: ACV, 6%: trauma, 6%: disfunción de VDVP, 64% infecciones extrahospitalarias (IEH). Infecciones respiratorias: 22%. Gérmenes aislados: neumococo 22% de las IEH, coqueluche y staphylococo: 9.4% c/u. Fallecimientos prevenibles: 14%, evitables: 30%.

Conclusiones: el hecho de que el 64% de los F24 lo hizo por infección extrahospitalaria, muchas de ellas prevenibles, lleva a pensar en el rol de los distintos eslabones de la cadena de salud, desde la atención primaria (educación, pautas de alarma, inmunizaciones) pasando por traslado (medios de transporte urbano hasta ambulancias especializadas) y atención en guardia externa (muchas veces superpobladas) antes del ingreso a las UCIP. A revisar también, protocolos de RCP y de atención inicial del paciente hipercrítico.

0276 HEMATOMA CEREBELOSO EN POSTOPERATORIO DE COLUMNA LUMBAR. A PROPOSITO DE UN CASO.

L BUIRA(1), M QUINTEROS(1), H NUÑEZ(1), A ABDALA(1), C AGUILERA(1)
(1) Sanatorio San Lucas.

Introducción: La hemorragia cerebelosa lejana es una rara complicación en cirugía de columna, con un número escaso de reportes de casos en la literatura mundial.

La fisiopatología de dicha entidad, sería la hipotensión de líquido cefalorraquídeo (LCR), en ocasiones oculta, con la consiguiente lesión venosa (elongamiento y oclusión del sistema venoso superior del Vermis). Esto provocaría un infarto venoso hemorrágico que habitualmente se localiza en la parte superior de los hemisferios cerebelosos. Otro mecanismo propuesto es un incremento en la presión transmural venosa asociada a la pérdida de LCR con hipotensión intracraneal.

La presentación clínica suele ser cefalea intensa (58%), deterioro del nivel de conciencia (37%) y, en menor medida, disartria o signos cerebelosos.

El tiempo de aparición de los síntomas puede variar desde las 3h hasta 7días después de la cirugía. La prevalencia es mayor en mujeres que en hombres (2,6:1). Por lo florido e ilustrativo del caso se realiza la comunicación.

Se presenta una paciente de 36 años con antecedentes de hernia lumbar a nivel L5, espondilodiscitis, dolor en miembro inferior derecho; que ingresa a Terapia Intensiva para control postoperatorio de disectomía L5-S1 con artrodesis de L4-S1 por vía posterior. En las primeras 24 h desarrolla cefalea intensa, fotofobia y vómitos. Presenta al examen neurológico leve descomposición del movimiento a la prueba índice-nariz. Débito por drenaje lumbar en las primeras 12h fue de 300ml de características hemáticas.

Se realiza TC de encéfalo constatándose sangrado en fosa posterior, con compromiso de ambos hemisferios cerebelosos. Angiotomografía sin evidencia de patología vascular cerebral. Ante la sospecha de fístula de LCR se reinterviene quirúrgicamente a las 72h, constatándose lesión puntiforme en cara dorsal del saco dural y se realiza plástica dural.

Evoluciona favorablemente, sin secuelas neurológicas y 8 días después de la cirugía es dada de alta de terapia intensiva sin modificaciones en su capacidad cerebral ni signos cerebelosos.

Conclusiones: El hematoma remoto cerebeloso post cirugía de columna si bien es una complicación poco frecuente cuando se diagnostica y trata rápidamente tiene excelentes resultados.

0277 VALOR PRONOSTICO DE LA DISFUNCION TIROIDEA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA DESCOMPENSADA

F ZEPPA(1), P KLIN(1), C ZAMBRANO(1), JP OCHOA(1), JA MOURKARZEL(1), L VARELA(1), A BILBAO(1), F KLEIN(1)
(1) Hospital Universitario Fundación Favaloro.

Introducción: Se ha descrito disfunción tiroidea en pacientes internados por insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD). Existe escasa información acerca de su valor pronóstico en esta población.

Objetivos: Analizar la evolución y variables pronósticas en pacientes (p) internados por ICAD que presentan disfunción tiroidea.

Materiales y métodos: Se incluyeron prospectivamente 199 p consecutivos, internados por ICAD entre Junio de 2011 y Abril de 2013. Se analizaron variables demográficas y clínicas, cardiopatía estructural, perfil tiroideo y evolución durante la internación.

Se definió hipotiroidismo (HIPOT) a TSH > 4.64 UI/ml; síndrome de T3 baja (STB) a T3 < 0.79 ng/ml con valores normales de TSH y T4 libre según límites de nuestro laboratorio. El antecedente de hipotiroidismo previo (HIPOT P) fue recabado a través del interrogatorio. Se determinó internación prolongada a aquella > de 7 días. Se definió resistencia a los diuréticos (RDIUR) a la imposibilidad de mantener diuresis de al menos 1.5 ml/kg/hora tras terapia endovenosa (EV) con Furosemida. Se consideró como empeoramiento de la ICAD (EMP) a la necesidad de implementar terapia EV luego de compensación inicial.

Resultados: Un 19.6% de los p presentó HIPOT, el 13.5% HIPOT P y el 50.7% cursó con STB. El 57% presentó FSVI disminuida y la forma clínica de presentación se distribuyó de la siguiente manera: sobrecarga hídrica 30%, congestión pulmonar 55% e hipoperfusión 15%. De los p con diagnóstico de HIPOT P la mayoría fueron mujeres (68% vs. 32% p=0.01).

Se observó una asociación entre STB e hiponatremia al ingreso (52 vs. 33%; p<0.01).

El HIPOT se asoció a EMP (37.5% vs 19% p=0.05), internación prolongada (68% vs 38% p=0.07) y RDIUR (25% vs 10% p=0.03).

Los p con STB presentaron una tendencia a mayor mortalidad (12% vs. 5% p=0.07) y se observó una asociación significativa entre STB y el punto combinado mortalidad + reinternaciones (34% vs 20% p=0.02).

Conclusiones: HIPOT fue prevalente en nuestra población, en particular bajo la forma de STB. El HIPOT se asoció a internación prolongada, resistencia a diuréticos y empeoramiento de la Insuficiencia cardíaca. Los p con STB presentaron una tendencia a mayor mortalidad hospitalaria en ICAD.

0280 TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIATRICO : COMPLICACIONES DURANTE LA PRIMERA SEMANA. FUNDACIÓN VALLE DEL LILI, CALI, COLOMBIA .

E ZEMANATE(1), MT AGUDELO(1), A PAREDES(1), E MANZI(1), F BERMUDEZ(1)
(1) Fundación Valle Del Lili.

Introducción: El trasplante hepático (TE) es una modalidad terapéutica consolidada actualmente para pacientes con enfermedad hepática terminal. Las causas más comunes de trasplante hepático pediátrico son atresia de vías biliares, falla hepática fulminante, enfermedades metabólicas y neoplasias hepáticas.

Objetivo: Identificar las complicaciones tempranas postrasplante en cuidado intensivo pediátrico.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó todos los niños hasta 16 años trasplantados de hígado en el periodo descrito.

La información se obtuvo a partir de la base de datos del grupo de trasplantes y de las historias clínicas.

Las variables cuantitativas se resumen como promedio±DE ó mediana. La normalidad fue evaluada con la prueba de Shapiro Wilk. Las variables cualitativas se resumen como porcentajes. La sobrevida fue estimada por el método Kaplan Meier. Se utilizó el software estadístico STATA 12.

Resultados: Se encontraron 88 con una edad máxima de 16 años, de ellos 6 fueron retrasplantados para un total de 94 trasplantes. La mediana de la edad fue 1 (RIQ:0.7 – 2.4) años y peso 7.6 kilos (RIQ:6.7 – 10.5). Fue más frecuente el donante fallecido (67%) y el injerto reducido en el 57,2%. La principal indicación de trasplante fue atresia de vías biliares seguida por falla hepática fulminante y hepatoblastoma.

Las complicaciones presentadas durante los primeros siete días se dividieron en tres : quirúrgicas, clínicas y metabólicas, la quirúrgica más frecuente : fístula biliar. Las clínicas se dividieron en seis sistemas: Neurológico, Cardiovascular, Renal; Respiratorio, Infeccioso y Hematológico.

Las metabólicas están relacionadas con acidosis metabólica, glicemia y desequilibrios electrolíticos (sodio, potasio y magnesio). El 77,6% cursaron con acidosis metabólica, con una mediana de pH de 7,25 y bicarbonato sérico fue 17mmol/L (RIQ 15-18). La sobrevida del paciente a siete días postrasplante fue de 94.5% (IC95% [87 – 97]).

Conclusiones: Las principales complicaciones del TH en etapa temprana ocurren principalmente dentro de UCI, el diagnóstico y manejo implica un alto índice de sospecha y una intervención temprana diagnóstica y terapéutica para lograr un buen resultado.

0281 HEMORRAGIA PULMONAR REFRACTARIA OCASIONADA POR NEUMONIA LIPOIDEA ENDOGENA

D ARRIAGADA(1), A DONOSO(1), P CRUCES(1)
(1) Padre Hurtado.

Introducción: La neumonía lipoidea endógena (NL) es una enfermedad infrecuente en pediatría. Su diagnóstico es difícil pues su

■ Resúmenes

presentación clínica y características radiológicas son variadas y similares a otras enfermedades pulmonares. Comunicamos el caso de un paciente escolar quien se presentó en forma catastrófica.

Caso Clínico: Paciente de 9 años, sexo masculino, sano. Hospitalizado por neumonía atípica completando siete días de tratamiento con azitromicina. Reingresó luego de cinco días por persistencia de sintomatología respiratoria, tratándose con levofloxacino por 10 días (IgM *Mycoplasma pneumoniae* +). Evolucionó torpidamente realizándose LBA que mostró macrófagos cargados con lípidos (80%) por lo que se sospechó neumonía lipoidea endógena. Desarrolló falla respiratoria aguda hipoxémica por lo cual ingresa a UCI. Presentó episodio de hemorragia alveolar requiriendo ventilación mecánica invasiva. Se inició terapia antibiótica, viral y antifúngica y pulsos de metilprednisolona. TAC de tórax con hallazgos inespecíficos. Estudio etiológico infeccioso negativo para hMNV, HIV, adenovirus, influenza, virus hanta, VEB, CMV, *pneumocistis jiroveci*, aspergillosis, leptospirosis y TBC. Cultivos bacterianos negativos. Marcadores serológicos para LES, Síndrome Goodpasture negativos. Perfil lipídico normal. Enzima convertidora de Angiotensina (-) para sarcoidosis. Estudio para errores innatos del metabolismo fue normal descartándose, además, intolerancia a la proteína lisinúrica. No hubo evidencia de vasculitis y/o capilaritis en otros órganos. Se planteó diagnóstico de enfermedad de Niemann-Pick, realizándose test de deficiencia de la enzima esfingomielinasa ácida resultando negativo.

Evolucionó con SDRA grave y barotrauma masivo por lo cual requirió VAFO. Sin respuesta a terapia antimicrobiana y pulsos de esteroides, iniciándose plasmaféresis. Por SDRA grave refractario, se evaluó posibilidad de ECMO (IO 50) al día 10 de estadía, no efectuándose por foco hemorrágico intracerebral. A pesar de plasmaféresis, presentó episodios semanales hemorragia alveolar. A la tercera semana de hospitalización presentó hemorragia pulmonar masiva que ocasionó su fallecimiento. Estudio necróscopico reveló infiltración pulmonar lipoidea extensa y hepatoesplenomegalia. PIM 2: 11.82%.

Conclusiones: El diagnóstico de NL requiere un alto índice de sospecha, siendo inhabitual su presentación en forma catastrófica. Su diagnóstico se confirma por la presencia de macrófagos cargados con lípidos en muestra respiratoria. Corticoides, antibióticos y LBA seriados son los pilares del tratamiento, sin embargo en la población pediátrica están pocos definidos.

0282 NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS Y SEUDOANEURISMAS HEPÁTICOS A PROPÓSITO DE 1 CASO

D STURBA(1), G EISELE(1), S RACERO(1), F MARTINEZ(1), A HLAVNICKA(1), C NOSTI(1)
(1) Clínica De Los Virreyes.

Introducción/Objetivos: En los últimos años, la terapéutica endovascular (TE) se ha impuesto como la modalidad terapéutica mejor adaptada al tratamiento de aneurismas (A) y pseudoaneurismas (SA) de múltiples localizaciones. Presentamos nuestra experiencia en TE de A y SA hepáticos de 16 pacientes haciendo referencia a un caso con fracaso inicial a la embolización (E) arterial y que no obstante optamos por retratar con TE respondiendo satisfactoriamente.

Reporte: Un varón de 33 años de edad con sospecha de hepatopatía crónica luego de una punción biopsia hepática evoluciona con shock, hematoma hepático y hemoperitoneo. Luego de una laparotomía negativa se confirma un SA arterial del hígado derecho resuelto con E con coils siendo dado de alta. Derivado a nuestra institución por abdomen agudo a las 48 horas del alta, se confirmó mediante TAC la revascularización y persistencia del SA embolizado. Sin dudarlo se procedió a realizar nueva TE con coils fibrados y acrilato (NDBA) constatando la definitiva oclusión lesional y hemostasia. En la evolución posterior, los hematomas hepáticos fueron drenados percutáneamente exitosamente.

Conclusión: En nuestra experiencia con A y SA de distintas causas,

todos respondieron a la TE exitosamente. El complejo caso reportado sin respuesta inicial satisfactoria, pudo rápidamente controlarse con una segunda E de más agresividad y sin complicaciones. La posibilidad de repetir o escalar las TE en diferentes sesiones es una gran ventaja en la resolución de esta patología particular.

0283 SINDROME UREMICO HEMOLITICO

P CARVAJAL(1), CJ JUAREZ(1), E VAZQUEZ(1), S NIEVAS(1)
(1) Nuestra Señora De La Misericordia.

Pte de sexo femenino de 40 años con APP :tabaquista.Familiar refiere que comienza con sind catarral que consulta y se le indica levofloxacina 2 comp días .Pte evoluciona con enterorragia por lo que consulta nuevamente y se le indica ciprofloxacina 1 comp por día ,familiar no entiende las indicaciones y le administra los dos atb .Luego la pte presenta hemoptisis ,petequias ,esquimosis en rostro y tronco mas livideses en extremidades por lo que consulta por guardia central con los siguientes signos vitales t 35 fc 70 ta90/70 fr 18 sat o 94 % .La pte evoluciona con desasociado, deterioro del sensorio por lo que se indica intubacion orotraqueal evoluciona con hipotencion que no responde a volumen por lo que se le indica dopamina .Presenta un laboratorio con HTO:50 HB:16 GB:10800 PLAQ:26000 GLU:24 CR:3,77 UR:78 NA:139 K:3,5 CL:100 BT:2,77 BD1,31 B1:46 GOT:871 GPT:576 FAL:83 GGT:46 LDH:1995 APP:13 KPTT:126 PCT:92,2 FIBRINOGENO:79 PH:6,98 CO2:39 O2: 24 HCO2:9,3 EB:-21 SAT O2:17% venoso. Se le transfunden 4 UPFC y 6 U de plaquetas. Diagnósticos presuntivos: *síndrome hemorrágico *shock séptico *púrpura trombogénica trombótica *dengue *síndrome urémico hemolítico.

La paciente presenta hemocultivos positivos por dos para pneumococo y un frotis de sangre periférica que informa poiquilocitos+++ , esquistositos+++ , crenocitos+++.

La paciente con shock refractario con fallo multiorgánico (hematológico, hemodinámico, respiratorio, neurológico, renal y hepático). Se constata el óbito a las 15 horas del ingreso a la institución.

Diagnóstico: Síndrome Urémico Hemolítico.-

0284 COLONIZACION POR KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA EN LA UCI: FACTORES RELACIONADOS DEL PACIENTE E IMPLICANCIAS.

W DAVALOS, M SIMIONATO(1), F IGLESIAS, P CANAVESSI, L LANNOO, R PADLOG, L TUMINO, C MARCHENA, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET
(1) Higa San Martín.

Objetivos: Determinar la incidencia de colonización por KPC en pacientes críticos (PC), los factores relacionados y las implicancias probables.

Métodos: cohorte retrospectiva en UCI médico-quirúrgica entre julio 2011 y marzo 2013. Se realizó screening semanal de colonización por KPC con hisopado rectal a todos los ingresos consecutivos con ≥ 2 días en la UCI. Se definió colonización en la UCI con la positivización luego de una 1ª muestra negativa. Se determinaron factores de riesgo al ingreso para la colonización, y se construyó un modelo multivariado con colonización por KPC como variable dependiente. También se exploraron los factores independientes asociados a mortalidad de la cohorte. Los datos son presentados según su naturaleza. Para la construcción de los modelos de regresión logística se incluyeron las variables con $p < 0.2$. Modelos definitivos con $p < 0.05$. Programa STATA 11.1.

Resultados: se incluyeron 294 pacientes; 2% presentaron colonización previa. Incidencia de colonización en UCI: 14% (N=49). Año 2011(6 m):19%, 2012:10%; 2013(3 m):28%. Tiempo de positivización 14[7-28] días. Los pacientes colonizados presentaron al ingreso mayor edad 49[27-58]vs 37[24-58] $p=0,23$; APACHEII 16 \pm 7 vs 14 \pm 7 $p=0,14$; SOFA24 7[5-9]vs 5[3-8] $p<0,05$; shock 74% vs 39% $p<0,05$; cirugía de urgencia 51% vs 29% $p<0,05$; días VM 27[12-46] vs 8[5-

16] $p < 0,01$ y días UCI 34[19-17] vs 8[4-15] $p < 0,01$. Los únicos factores asociados independientemente a la colonización en el análisis multivariado fueron cirugía de urgencia: OR 2,11- IC95% [1,03-4,36] y shock OR 2,48- IC95% [1,19-5,19]. La mortalidad fue 59% en colonizados vs 27% en no colonizados $p < 0,05$. Sin embargo, la colonización con KPC no se comportó como factor independiente de mortalidad. En el análisis multivariado para mortalidad se encontraron independientemente asociados: edad OR 1,03- IC95% [1,01-1,04], APACHE II OR 1,11- IC95% [1,06-1,18], días VM OR 1,02- IC95% [1,01-1,04] y shock OR 3,35- IC95% [1,70-6,58].

Conclusiones: La incidencia de colonización por KPC en nuestro medio fue frecuente y de tendencia creciente.

Los factores de riesgo independientes fueron el ingreso quirúrgico de urgencia y el shock al ingreso.

La mortalidad fue mayor en los colonizados por KPC, pero la real asociación estuvo vinculada a otros factores de gravedad al ingreso, comportándose como factor confundidor.

0286 LA COMPACTACION ABDOMINAL ASPIRATIVA COMO ADYUVANTE DE LA CIRUGIA EN LA PERITONITIS SECUNDARIA DE MUY DIFICIL RESOLUCION

JA BERRETA(1), D FERRO(1), D KOCIK(1), P FERNÁNDEZ MARTY(1), A BALDUCCI(1), R AMAYA(1), MV LAPLACETTE(1), MF VÁZQUEZ(1), A CORONEL(1), M ORTIZ(1)
(1) Dr C.b. Udaondo.

Objetivo: Evaluar la técnica de compactación abdominal aspirativa (CAA) como terapia adyuvante de la cirugía entre reoperaciones en pacientes con peritonitis secundaria generalizada y mala respuesta quirúrgica por imposibilidad de controlar la infección peritoneal, con necesidad de realizar más de 1 reoperación.

Métodos: Entre Enero 2006 y Marzo 2013 se evaluaron 59 pacientes afectados de peritonitis secundaria y necesidad de efectuar más de 1 reoperación por falta de resolución de la misma, 37 hombres y 22 mujeres con edad de $50,8 \pm 14,3$ años. La decisión de efectuar o no CAA fue tomada por el cirujano responsable, con solo el consentimiento habitual para cirugía en Críticos. Se constituyeron 2 cohortes no aleatorizadas simultáneas en el tiempo: 1) cohorte CAA: pacientes tratados con todas las medidas habituales, más CAA (200 mm Hg subatmosférica) con ulterioridad a la segunda reintervención, y 2) cohorte no CAA: pacientes tratados convencionalmente, dejando abdomen abierto o cerrado entre reoperaciones. Se contabilizó como órgano disfuncionante a aquel que alcanzó o superó la puntuación 2 del SOFA. La mortalidad fue medida a 3 los meses luego del alta hospitalaria. Estadísticos: t de Student, Mann-Whitney, Chi cuadrado y test exacto de Fisher.

Resultados: No hubo diferencias de significación estadística entre ambas cohortes al ingreso en edad, sexo, antecedentes patológicos, etiología de la peritonitis, cáncer asociado a la etiología, estado nutricional ni score APACHE II al ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. Al tiempo de efectuarse la compactación (cohorte CAA) o al del postoperatorio de la segunda reoperación (cohorte no CAA), los pacientes a quienes se compactó tenían mayor número de órganos disfuncionantes [(mediana (rangos medios de Wilcoxon)) 2(36.2) vs 1(25.4) $p = 0,0138$. Durante la evolución, los días de internación en UTI y el número de reoperaciones no fueron diferentes en ambas cohortes. La cohorte CAA tuvo menor número de órganos disfuncionantes al momento de la máxima DMO [3(22.8) vs 4(35.3) $p = 0,0042$], y menor mortalidad (24% vs 52,9% $p = 0,0252$).

Conclusiones: La compactación abdominal aspirativa mejora la evolución de pacientes con peritonitis secundaria y necesidad de efectuar más de 1 reoperación por imposibilidad de controlar la infección, reduciendo la DMO y la mortalidad.

0287 DISFUNCIÓN GASTROINTESTINAL EN PACIENTES CRÍTICOS: FRECUENCIA, FACTORES DE RIESGO Y RESULTADOS ASOCIADOS.

C LOUDET, L TUMINO(1), R GIMBERNAT(2), M CABANA(3), G CAPURRO(4), P ASTEGIANO(5), Y BALMACEDA(2), J RODRIGUEZ BUGUEIRO(6), P OKURZATI(7), MC ROTH(8), M VELASQUEZ(9)

(1) Higa San Martín. (2) Centro De Cuidados Intensivos. (3) Hospital Pablo Soria. (4) Hospital General Dr Oscar Allende. (5) Hospital Jose Maria Cullen. (6) Hospital El Cruce. (7) Casa Hospital San Juan De Dios. (8) San Juan De Dios. (9) Sanatorio Nuestra Sra Del Rosario.

Objetivos: Determinar la incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de síntomas GI en pacientes críticos y su asociación con intolerancia a la nutrición enteral (NE) y resultados clínicos.

Métodos: Cohorte prospectiva de 10 UCIs de Argentina. Pacientes: adultos críticos ingresados consecutivamente con requerimiento NE \geq a 5 días. Síntomas GI definidos según la ESICM Working Group on Abdominal Problems*.

Se definieron: tasa de eficacia de NE (EfNE) = Kcal administradas/Kcal prescritas NE x100; Suspensiones mayores: interrupción NE $\geq 50\%$ del tiempo o EfNE $\leq 50\%$. Se realizó análisis multivariable para predictores independientes de los 2 síntomas GI más frecuentes. También se valoraron las implicancias asociadas a los mismos. Datos presentados de acuerdo a su naturaleza. Para los modelos multivariados se incluyeron variables con $p < 0,2$. Programa STATA 11.1

Resultados: 334 pacientes incluidos: edad 45 ± 18 , APACHE II 18 ± 7 , SOFA 5[3-8], VM 12[8-17] días ICU 16[11-23], 62% tuvo shock; mortalidad 39%. 4508 días de NE, ENEf 79 ± 16 , NE temprana 72%, suspensiones mayores NE 79%.

Síntomas GI: Constipación 76%, Gastroparesia (GP) 34%, vómitos 16%, diarrea 7%, sangrado GI 3%. Las tablas 1 y 2 muestran comparaciones entre los pacientes con/sin GP y con/sin constipación. Factores independientemente asociados a constipación: shock OR 1.73 [IC95% 1.10-3.21], GP OR 2.76 [IC95% 1.25-6.06], días de opioides OR 1.09 [IC95% 1.03-1.16] y uso de fentanilo OR 3.14 [IC95% 1.63-6.05].

Factores independientemente asociados a GP: edad OR 0.97 [IC95% 0.96-0.99], constipación OR 2.94 [IC95% 1.46-5.92], vómitos: OR 2.95 [IC95% 1.30-6.69] y días de opioides OR 1.03 [IC95% 1.00-1.07]. Tanto la GP como la constipación incrementaron los días de VM, días-UCI y hospitalarios, suspensiones mayores NE y redujeron la EfNE ($p < 0,01$); sólo GP incrementó NAV ($p < 0,01$).

Conclusiones: A excepción de la alta incidencia de suspensiones mayores de la NE, las variables nutricionales fueron aceptables.

Los síntomas GI más frecuentes coexistieron e interactuaron como así también compartieron similares determinantes, reflejando probablemente disfunción GI.

Los síntomas GI tuvieron un claro efecto en otros resultados clínicos, especialmente los relacionados a los días de VM, días-ICU y hospitalarios.

Tabla 1 [Gastroparesia. Factores de riesgo.]

	GP SI (34%)	GP NO (66%)	VALOR P
Edad, media \pm SD	39 \pm 17	47 \pm 17	<0.01
Shock, n (%)	33 (30)	89 (42)	<0.05
Trauma, n (%)	32 (29)	35 (16)	<0.01
Constipación, n (%)	97 (89)	148 (69)	<0.01
Días opioides mediana [p25-75]	9 [5-14]	6 [3-11]	<0.01
Vómitos, n (%)	25 (23)	25 (12)	<0.01

Tabla 2 [Constipación. Factores de riesgo.]

	CONSTIPACION SI(76%)	CONSTIPACION NO (24%)	VALOR P
Edad, media \pm SD	44 \pm 18	49 \pm 18	<0.05
Shock, n(%)	165 (67)	37 (48)	<0.01
Gastroparesia, n(%)	97 (40)	12 (16)	<0.01
Días opioides, mediana [p25-75]	7 [5-13]	5 [3-8]	<0.01
Fentanilo, n(%) (vs morfina)	181 (80)	35 (57)	<0.01

0288 VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS EN CALI, COLOMBIA.

E ZEMANATE(1), F BERMUDEZ(1), E MANZI(1), MT AGUDELO(1)

(1) Fundacion Valle Del Lili.

Introducción: La ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en adultos se inició a finales de la década de los 80, en el paciente pediátrico se inicia a mediados de los años 90 en Estados Unidos en pacientes con falla respiratoria crónica y solo en la última década se describe su uso en pediatría.

Objetivo: Evaluar los resultados de la utilización de VMNI en una unidad de cuidado intensivo pediátrico UCIP.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional bidireccional, incluyó todos los niños menores de 15 años ingresados a UCIP entre julio 1 y diciembre 31 de 2012 sometidos a VMNI.

De forma prospectiva se recolectaron y registraron los datos relacionados con la caracterización de la población.

Las variables cuantitativas se resumen como promedio \pm DE ó mediana. La normalidad fue evaluada con la prueba de Shapiro Wilk. Las variables cualitativas se resumen como porcentajes. Se utilizó prueba de Wilcoxon pareada para comparar los parámetros de monitoreo antes y después de la VMNI. Los análisis se realizaron con el software STATA 12.

Resultados: Se seleccionaron 93 pacientes, mediana de edad 1 año y del peso 8,1Kg. Se agruparon según su patología de base. 449 niños ingresaron a la UCI pediátrica, de los cuales 20.7% fueron tratados con VMNI, con éxito en 88.17%. Once pacientes que requirieron VMI. Se usaron cuatro tipos de modalidad de VMNI.

Una menor edad y menor peso al momento del ingreso a la UCI pediátrica al igual que la patología de base fuera cardiopatía fueron tres características que mostraron diferencias en el grupo que presentó falla a VMNI con respecto al grupo que no falló.

En el grupo que fallo la VMNI se incrementó la PCO2 ($p=0.0001$) igual que en la frecuencia respiratoria con valores más altos entre los que fallaron.

La tasa éxito de la VMNI en nuestro estudio (88,17%).

Conclusión: La VMNI puede ser usada como primera línea en niños con factores de riesgo para falla ventilatoria. La decisión de ingreso a la VMNI, debese tomada basada en los aspectos clínicos y experiencia de los médicos tratantes.

0289 EFECTOS DE LOS INHIBIDORES DE ASPARTIL PROTEASAS DEL VIH EN LA VIRULENCIA Y PATOGENICIDAD DE CANDIDA ALBICANS

F MATTEOLI(1), L SILVA(1), D GONÇALVES(1), D ZACARON(2), C TABORDA(3), M PINTO(1), A SANTOS(1)

(1) Universidade Federal Do Rio De Janeiro. (2) Hospital Federal De Ipanema. (3) Universidade De São Paulo.

Introducción: Recientes reportes sitúan a la candidemia entre el 4o y 5o lugar de los aislados positivos de hemocultivos en pacientes hos-

pitalizados (1). En *Candida albicans* se han descrito varios miembros de una gran familia de enzimas de secreción aspártico proteinasas (SAP), que han sido bastante estudiadas en estos hongos. En particular, las aspartil proteinasas secretadas (Saps) son codificadas por los genes de la familia SAP, que cuenta con diez miembros y que está regulada diferencialmente. Estas enzimas son importantes en varios procesos, tales como: la nutrición, el crecimiento, adhesión, invasión, emergiendo como una alternativa prometedora para el desarrollo de nuevos agentes quimioterapéuticos (2).

Objetivo: Evaluar las consecuencias de lopinavir, inhibidor de la proteasa del VIH, en un modelo de la candidiasis sistémica utilizando ratones Balb/c.

Material y método: Ratones Balb/c inmunocompetentes fueron inoculados con 2×10^5 levaduras de *Candida albicans*. Um día después de la inoculación los animales fueron tratados con lopinavir o fluconazol, en concentraciones (10mg o 15mg/kg/día), durante cinco días consecutivos. Después del quinto día los animales fueron sacrificados y sus órganos removidos (riñon, bazo y hígado). Los órganos fueron macerados y sembrados, después se contaron el número de UFC. Se aplicó la prueba de *t-Student* a los datos obtenidos.

Resultados: El riñon fue el organo más colonizado por *Candida albicans*. El tratamiento con ambos fármacos fueron efectivos, pero de diferentes maneras.

Conclusiones: Este trabajo sugiere que el lopinavir es capaz de, *in vivo*, inhibir la *Candida albicans* probablemente por la inhibición de las SAPs.

Bibliografía:

(1)- Almirante, B.; Rodriguez, D.; Park, B. J.; Cuenca-Estrella, M.; Planes, A. M.; Almela, M. (2005). Epidemiology and predictors of mortality in cases of *Candida* bloodstream infection: results from population-based surveillance, barcelona, Spain, from 2002 to 2003. *J. Clin. Microbiol.* 43: 1829-35.

(2)- Silva, L.A.B.; Santos, A.L.S. (2011). Aspartic protease inhibitors as potential anti-*Candida albicans* drugs: impacts on fungal biology, virulence and pathogenesis. *Curr. Med. Chem.* 18: 2401-2419, 2011.

0290 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA NUEVA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS EN LA CIUDAD DE MENDOZA, ARGENTINA

AP CORREA(1), J FIGUERO(1), C CÁRDENAS VOLNY(1), I MARINELLI TRILLER(1), G ECHENIQUE(1), R MARQUEZ(1), J IPHAIS(1), D MARCONI(1), MB PERALTA ROCA(1)

(1) Hospital Pediátrico Alexander Fleming-obra Social De Los Empleados Públicos (osep).

Introducción: Conocer las características de la población que requiere internación en UCIP permite identificar grupos vulnerables para la distribución de recursos según dichas necesidades. La evaluación continua en la calidad de atención, con utilización de indicadores pronósticos permite comparar la eficacia y eficiencia de los tratamientos instaurados como así también entre distintas unidades. Nuestro trabajo describe el funcionamiento de una nueva UCIP y cuantifica la situación clínica de los pacientes y el riesgo de mortalidad a través del Paediatric Index of Mortality (PIM).

Objetivos: 1) Conocer las características de la población en la UCIP durante los primeros 20 meses de funcionamiento. 2) Evaluar el riesgo de morir de los pacientes mediante PIM2. 3) Comparar la mortalidad observada con la esperada según PIM2 en la población total.

Material y método: Estudio de diseño descriptivo, sobre serie de casos, que incluyó pacientes entre 30 días y 14 años ingresados en la UCIP del Hospital Pediátrico Alexander Fleming desde el 01/10/2011 hasta el 01/06/2013. Los datos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas y fueron volcados en planillas Excel. Se analizaron variables clínicas y epidemiológicas y se realizó PIM2.

Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 89 pacientes, siendo excluidos tres por falta de datos. Mediana de edad: 18 meses (intervalo 1-346). Distribución por sexo: 50% varones, 50% mujeres. Mediana de estadía: 5 días (intervalo 1-234). Principales

diagnósticos de ingreso: patología respiratoria 29,1%, neurológica 17,4%, postoperatorio cirugía general 16,3%. Procedencia: sala de internación 40%, otros hospitales 29%, quirófano 23%, emergencias 8%. Requirieron ARM con ventilación invasiva 79,6%, con una mediana de 9,5 días y 16,3% con VNI. El 9,3% recibió alimentación parenteral. La mortalidad estimada por PIM2 fue de 8,1% y la tasa bruta de mortalidad de 9,3%. La razón de mortalidad estandarizada fue de 1,14. La causa más frecuente de fallecimiento fue patología respiratoria (37,5%)

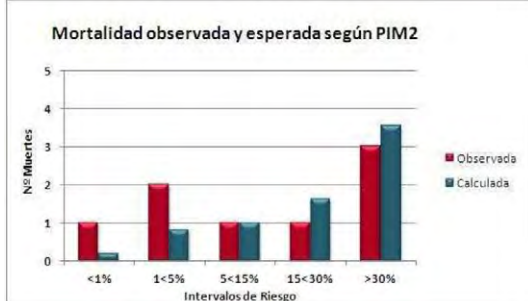
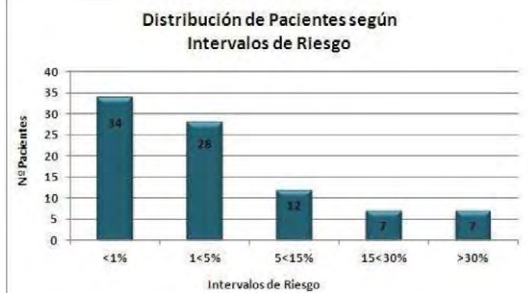
Conclusiones: 1) La supervivencia de los pacientes fue de 90,7%. 2) La causa más frecuente de ingreso fue patología respiratoria. 3) La procedencia en su mayoría fueron de sala de internación y quirófano. 4) La tasa bruta de mortalidad y el índice de mortalidad estandarizada es comparable con otras UCIP de Argentina.

Distribución de los pacientes y mortalidad por grupos de diagnóstico al ingreso a UCI

Grupos Diagnóstico	N° Pacientes (%)	N° Fallecidos (%)
Patología Respiratoria	25 29,1	3 12,0
Suprat/Intra craneal	4 4,8	0 0,0
Trauma	3 3,5	1 33,3
Patología Cardiovascular	4 4,7	2 50,0
Patología Neurológica	15 17,4	0 0,0
Patología Nefrológica	1 1,2	0 0,0
Patología Oncológica/Hematológica	3 3,5	1 33,3
DIROS (metabólico, deshidratación etc)	9 10,5	0 0,0
POC Cirugía General	10 11,9	1 10,0
POC Neurocirugía	7 8,1	0 0,0
TOTAL	86	8 9,30

Tabla de Valores de PIM2

Intervalos de Riesgo	N° Pacientes	Riesgo calculado	Riesgo observado	Mortalidad calculada	Mortalidad observado	RME
<1%	34	0,65%	3,13%	0,16	1	6,55
1<5%	28	2,92%	7,14%	0,85	2	2,35
5<15%	12	8,25%	8,33%	0,58	1	1,01
15<30%	7	23,22%	14,29%	1,67	1	0,61
>30%	7	60,61%	42,86%	3,64	3	0,85



**0291 PRIMER PRÓTESIS METÁLICA RECUBIERTA AUTOEXPAN-
DIBLE COLOCADA EN ARGENTINA COMO TRATAMIENTO
TEMPORARIO DE LA HEMORRAGIA VARICEAL REFRACTARIA SIN GUÍA ENDOSCÓPICA NI RADIOLÓGICA**

F LASCAR(1), G DOVA(1), A GONZALEZ FLOREZ(1), M VILLARROEL(1), M BLASCO(1), S PAZ(1), E SOLOAGA(1), L COLOMBATO(1)

(1) Británico.

Introducción: La hemorragia digestiva variceal (HDAV) presenta alta mortalidad en los pacientes cirróticos a pesar de los tratamientos farmacológicos y endoscópicos. El objetivo es presentar un caso de hemorragia variceal refractaria que se controló con un stent esofágico (The SX-Ella Danis stent (Ella-CS, Hradec Kralove, Czech Republic-SEMS) colocado sin guía radioscópica ni endoscópica.

Caso Clínico: Varón de 62 años con cirrosis enólica descompensado, síndrome ascítico edematoso, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea y episodio de hemorragia variceal 15 días previos tratado con escleroterapia y ligadura con bandas. Ingresó por HDAV con descompensación hemodinámica. Inicia tratamiento con terlipresina y videoendoscopia alta, donde evidencia esófago con escaras de ligaduras previas y varices esofágicas grandes con puntos rojos. Se colocan 3 bandas. Evolución con sangrado masivo, se intenta hemostasia con AET 1% sin éxito, se coloca balón de Sengstaken-Blakemore (BSB). Logrando estabilización hemodinámica. 24hs posteriores se retira BSB. Presenta nueva HDAV con descompensación hemodinámica se coloca SEMS con sistema introductor, sin guía endoscópica ni radioscópica con cese del sangrado en minutos. Se constata correcta posición con radiografía de tórax. Posteriormente se realiza TIPS como terapéutica definitiva. A los 13 días, se realiza videoendoscopia observándose sobrecrecimiento mucoso en el extremo proximal del SEMS; no se logra visualizar el hilo extractor por lo cual se extrae desde el extremo distal sin complicaciones. El paciente evoluciona favorablemente otorgándose alta hospitalaria.

Conclusiones: Los SEMS es una opción en el manejo de la HDAV refractarias, si bien aún se requieren nuevos estudios. Dichos dispositivos controlan el sangrado, según las series de la literatura, en un 70-100% de los casos con baja tasa de complicaciones. Se pueden colocar en la emergencia sin necesidad de asistencia endoscópica. A diferencia del BSB, los stents pueden estar colocados por 10-15 días, lo cual permite el tiempo necesario para realizar un tratamiento definitivo como, colocación del TIPS, pudiendo incluso alimentar a los pacientes por vía enteral. Todas estas ventajas parecen apoyar el uso de SEMS como la opción más adecuada en aquellos pacientes con hemorragias variceales refractarias como puente hacia el TIPS e incluso, en pacientes con contraindicaciones para TIPS.

0292 HEMATOMA SUBDURAL AGUDO Y COAGULOPATIA

G IRUSTA(1), M TERÁN(2), E SAN ROMÁN(3), M BACCANELLI(2), P CALO(2), G FERNANDO(2)

(1) Italiano De Bs. As.. (2) Italiano De Buenos Aires. (3) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La aparición de un Hematoma Subdural Agudo (HSDa) en ausencia de trauma obliga a sospechar la presencia de anomalía vascular o coagulopatía subyacente.

La enfermedad de Von Willebrand es el trastorno hemorrágico hereditario más común, afectando aproximadamente al 1% de la población general y la presencia de hemorragia intracraneana espontánea es infrecuente. Habitualmente el recuento de plaquetas es normal así como también el tiempo de protrombina y el aPTT.

Caso clínico: Paciente de 39 años portador de un quiste aracnoideo temporal izquierdo asintomático y sin medicación habitual ni uso de drogas anti-inflamatorias no esteroideas que consulta por cefalea intensa de comienzo súbito. La tomografía de cerebro inicial evidencia quiste aracnoideo conocido con sangrado en su interior y HSDa hemisférico izquierdo con significativo efecto de masa. Niega

antecedente de trauma, el recuento de plaquetas y los tiempos de protrombina y aPTT fueron normales. La prueba de función plaquetaria (PFA 200) resultó anormal y sugestiva de Von Willebrand. Se doso Cofactor de Ristocetina 31%, Factor de Von Willebrand 26 (VN 60-160), Antígeno de Factor de Von Willebrand 37% confirmando el diagnóstico sospechado. Recibió aporte exógeno intravenoso de factor VIII y concentrado de plaquetas antes, durante y después de la evacuación quirúrgica del HSD que resultó sin complicaciones, evolucionando sin secuelas.

Conclusión: La posibilidad que una coagulopatía congénita o adquirida (no iatrogénica) sea la causa de un HSDa, en ausencia de anomalías vasculares y de ingestión de fármacos antitrombóticos, es alta.

Usualmente la sospecha de coagulopatía disminuye si los tests convencionales como recuento de plaquetas, tiempo de protrombina y aPTT son normales. Sin embargo los tests de agregación plaquetaria están indicados en estas situaciones ya que sirven como método de screening para enfermedades como el Von Willebrand. El conocer la presencia de esta patología en el preoperatorio es de fundamental importancia para un manejo clínico-quirúrgico óptimo y para evitar una posible catástrofe neurológica.

0293 PREDICTORES TEMPRANOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CRÍTICOS

C BALASINI(1), MG SAENZ(1), L NAVEIRO(1), L TUMINO(1), MG VIDAL(1), AL GONZALEZ(1), G FERRARA(1), L DILUCA(1), L CARRERAS(1), E VALGOLIO(1), E ESTENSSORO(1)
(1) San Martín.

Introducción: Objetivos: Evaluar variables tempranas predictoras de mortalidad en pacientes oncológicos críticos

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes oncológicos críticos ingresados desde el 1/01/01 al 31/12/12. Se evaluaron variables epidemiológicas, escores de gravedad al ingreso, diagnóstico de admisión, tipo de tumor (sólidos u oncohematológicos), neutropenia, falla renal, distres respiratorio, uso de ventilación mecánica (ARM) y mortalidad.

Análisis estadístico: Los datos se presentan como media±DS, mediana, RI y porcentajes. Se realizó análisis bivariado y las variables con un valor < 0.20 se incluyeron en un análisis de regresión logística, con el fin de identificar predictores independientes de mortalidad, se evaluó el modelo con test de Hosmer&Lemeshow (H&L) y ABC ROC. Se utilizó STATA 11.

Resultados: Durante el periodo ingresaron 512 pacientes oncológicos críticos, edad 52±17, masculino 63%, APACHEII 15±8, riesgo mortalidad 25±22, SOFA 4±4, médicos 17%, cirugía de urgencia 7%, Cirugía programada 76%, ARM 15%, Días de ARM 2 [1-8], Días de UTI 3 [2-7] y Mortalidad 30%. El modelo final del análisis multivariable se observa en la Tabla 1.

	OR	p	IC 95%
APACHE II >20	2.5	0.013	1.2-5.0
SOFA >10	10.4	0.019	1.5-73
Glasgow <8	25.4	0.022	1.6-100
ARM	2.9	0.001	6.2-32.1
Shock	2.9	0.002	1.5-5.8
Cirugía programada	0.2	0.001	0.1-0.5

El test de H&L fue p=0.15 y el ABC ROC fue de 93% con un IC95% 0.90-0.95, lo que demuestra que el modelo calibra y discrimina globalmente bien.

Conclusiones: Se realizó un modelo predictivo temprano de mortalidad en pacientes oncológicos críticos encontrando como variables Apache II mayor a 20, SOFA mayor de 10, Glasgow menor de 8, necesidad de ARM, la presencia de shock y el único factor protector fue el ingreso por cirugía programada. El modelo es estable y robusto.

0294 SÍNDROME DE CUSHING. VALOR DE KETOCONAZOL, ESPIRONOLACTONA Y VITAMINA D EN EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS HIDROELECTROLÍTICOS.

SF GRIMALDI(1), AG ARTEAGA PANOZO(1), JA MEDINA MENDOZA(1), L ARGUEYES(1), A FERNÁNDEZ(1), E PEZZOLA(1), F VILLAREJO(1), F RÍOS(1), C APEZTEGUÍA(1), N CACA-CE LINARES(1), L AGUILAR(1)

(1) Posadas.

Introducción: El síndrome de Cushing (SC) es resultado del exceso de glucocorticoides, como consecuencia de su administración exógena o por la producción endógena de cortisol debida a tumores suprarrenales u otras patologías. El ketoconazol es utilizado para acelerar el metabolismo del cortisol, resultando efectivo en el manejo del SC por producción endógena de cortisol.

Presentación de caso: Mujer de 23 años, con antecedentes de asma en la infancia, tabaquismo, consumo de cocaína y presunción de SC, sin controles ni tratamiento. Había presentado dolor abdominal difuso, debilidad en miembros inferiores, disnea progresiva hasta clase funcional IV, poliuria y polidipsia. Ingresó con abdomen agudo médico, síndrome febril y aspecto cushingoide. Laboratorio: leucocitosis (18.200/mm³), hipernatremia (149 mEq/L), hipokalemia (1.9 mEq/L), hipocalcemia (0.64 mEq/L), hipofofosfatemia (1 mEq/L), hiperlactacidemia (3.2 mmol/L) y normoglucemia (114 mg/L), alcalosis metabólica cloro resistente (Clu 74 mEq/L), gradiente trans-tubular de potasio aumentado y osmolaridad urinaria normal. ECG con taquicardia sinusal, extrasístoles ventriculares frecuentes y ondas T aplanadas. Radiografía de tórax con imágenes nodulares bilaterales. Las TAC de tórax y abdomen evidencian múltiples imágenes nodulares pulmonares bilaterales y hepáticas, imagen nodular irregular en riñón derecho y glándula suprarrenal derecha. Se constata hipercortisolemia (34 µg/dl) con ACTH disminuida (3,6 pg/ml), hiperaldosteronismo (57,7 pg/ml) normoreninémico (renina 35,5 µUI/ml) y gonadotrofinas disminuidas (LH 0,10 µUI/ml y FSH 0,30µUI/ml) y testosterona elevada (4,70 ng/ml). Evoluciona afebril. Internada en UTI, es tratada con reposición de electrolitos por vía central, ketoconazol, espironolactona y vitamina D, lográndose la normalización de los valores electrolíticos. Dada de alta de UTI, continúa internación en Clínica Médica. Se le realiza punción de lesión suprarrenal, sin demostración de patología tumoral. Valorada por oncología, fue interpretada como un tumor suprarrenal con metástasis pulmonares y hepáticas fuera de las posibilidades de tratamiento, falleciendo en su internación.

Resultados: Se alcanzó la corrección del desequilibrio hidroelectrolítico mediante el tratamiento con reposición de electrolitos, ketoconazol y espironolactona.

Conclusiones: Se remarca el valor del tratamiento con ketoconazol, espironolactona y vitamina D, más allá de la administración de líquidos y electrolitos, para la corrección de los trastornos del medio interno en el SC.

0295 UTILIZACION DE UN SCORE DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAIDAS: EXPERIENCIA CLÍNICA EN TRES UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

MA SALAS(1), N RIVAS(1), V RIVADENEIRA(2), R MACIEL(3)
(1) Hospital Universitario Austral. (2) Instituto Cardiovascular De Buenos Aires. (3) Instituto Fleni.

Introducción: Una caída se define como un movimiento descendente, repentino no intencionado, del cuerpo hacia el suelo u otra superficie, excluyendo, caídas resultantes de golpes violentos o acciones deliberadas. Según la OMS, "la caída es consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad". La NANDA -North American Nursing Diagnosis Association - establece el riesgo de lesión y riesgo de traumatismo como parte importante del patrón de seguridad y protección. En la adaptación realizada para el riesgo de caídas como diagnóstico de enfermería dentro del grupo de daño físico, a lo cual la evaluación

y prevención de caídas da una gran implicación para formularse como indicador de calidad de la atención de enfermería. Las caídas de pacientes son el sexto evento más notificado de la base de datos de sucesos centinela de la JointComission (JCI).

Objetivos: 1. Evaluar la utilidad de la implementación del instrumento de valoración de riesgo de caída J.H. Downton en pacientes internados en las Unidades de Cuidados Intensivos Adultos (UCI) del Instituto F.L.E.N.I., Instituto Cardiovascular de Buenos Aires (I.C.B.A.) y del Hospital Universitario Austral (HUA) durante los meses de febrero y marzo de 2012. 2. Identificar a los pacientes con alto riesgo de caídas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y cuantitativo sobre 100 pacientes internados en las UCI anteriormente mencionadas.

Resultados: Teniendo en cuenta el análisis de datos, la edad promedio de la población estudiada fue de 55,11 con una mediana de 59 años y el 54% de los pacientes son de sexo femenino. Si bien el 71% tenía Alto riesgo de caídas, la población masculina es el que mayor riesgo tiene de sufrir este evento. Los pacientes con patologías clínicas cardiovasculares y los pacientes neurológicos quirúrgicos poseían *Alto riesgo*.

Conclusión: Si bien no hubo ningún evento adverso durante el periodo de implementación de la escala de Downton, podemos inferir que la utilización de un instrumento validado para valorar el riesgo de caídas nos permite detectar precozmente a aquellos pacientes que se encuentran con riesgo planificar cuidados especializados y crear estándares de calidad de atención de enfermería dentro de la UCI.

0296 VALORACION Y MONITOREO DE PACIENTES CRITICOS CON ALTO RIESGO DE ULCERAS POR PRESION

MA SALAS(1), M FERNANDEZ YAÑEZ(1), A OJEDA(1), P ROMERO(1), G MARIA(1), S BOSSOLASCO(1), M ENRIQUEZ(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La OMS considera las úlceras por presión (UPP) un indicador de la calidad asistencial, tanto a los pacientes que las presentan como a los que corren riesgo de presentarlas. Los pacientes en cuidados intensivos tienen alto riesgo a desarrollar UPP debido a diversos factores como ser los cambios frecuentes del estado neurológico, la inmovilización por inestabilidad hemodinámica y la sedación, el déficit nutricional y la presencia de la humedad de la piel por incontinencia urinaria o fecal. El uso de ventilación mecánica y de drogas vasopresoras por inestabilidad hemodinámica, restricción de movimientos por un periodo prolongado de tiempo por alteración del nivel de conciencia son otros factores que predisponen a la aparición de UPP.

Objetivos: Describir la incidencia de UPP, el sistema de monitoreo y estimar el impacto de los resultados posterior a la implementación de un protocolo de valoración de riesgo de UPP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes internados en la UCI Adultos del Hospital Universitario Austral desde enero a abril de 2013. Se valoraron todos los pacientes ingresados a las 24 hrs y aquellos que poseían ALTO RIESGO de padecer UPP implementando la aplicación de una escala (EMINA). Los datos sustraídos fueron recolectados de la historia clínica informatizada realizada por los enfermeros de la UCI (sección MONITOREOS).

Resultados: Se valoraron 280 pacientes, con una edad promedio de 58.09, un Apache II promedio de 12 y un promedio de permanencia en UCI de 5.4 días. El 52.85% de la población estudiada ha sido ingresada por patologías quirúrgicas. Durante este periodo 15 pacientes realizaron UPP lo que equivale al 5.35% de la población total.

Conclusión: Se pudo observar que del total de pacientes estudiados solo 15 realizaron UPP posterior a la implementación de un sistema de monitoreo y valoración a través de una escala validada. Este sistema nos ha permitido valorar y detectar precozmente aquellos

pacientes con alto riesgo de desarrollar UPP e implementar medidas preventivas. El impacto que ha tenido es importante no solo en materia de costos sino también en estándares de calidad.

0297 ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: PRIMER CAUSA DE INGRESO A UTI DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS-ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)

M MOSEINCO(1), DN VASQUEZ(2), HIGA GRAL. SAN MARTÍN, M MORETTI(4), SB SOLÍ(5), F BALLESTERO(6), JP SOTTILE(7), V CHAPIER(8), C LOVESIO(9), J SANTOS(10), F BERTOLETTI(11), S CHAPELA(6)

(1) Sanatorio Otamendi. (2) Sanatorio Anchorena. (3) Higa Gral. San Martín. (4) Hospital Naval. (5) Sanatorio Julio Corzo. (6) Hospital Británico. (7) Hospital Zonal Bariloche. (8) Hospital Español De Mendoza. (9) Sanatorio Parque. (10) Clínica Colón. (11) Sanatorio San Jorge.

Objetivo: Describir las características y evolución de POC que ingresan a UTI por enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE)

Material y método: Estudio observacional prospectivo multicéntrico. Población: pacientes embarazadas/puerperas que requirieron ingreso a 20 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de la Argentina, desde el 01-01-2012 al 31-12-2012 por EHE.

Resultados: 172 POC con EHE ingresaron a UTI, 112 del sector privado (65%) y 60 del público (35%). Sus características eran: edad 30±8 años, años de estudio 12[9,75-17], edad gestacional 34±5 y paridad 1,5[1-3] gestas. El 78% ingresaba a UTI post-parto y el 96%(158/165) había recibido control prenatal (apropiado en 85%). El 91% no presentaba comorbilidades según el score de Charlson, pero 27%(47) presentaban factores de riesgo para EHE no contemplados en tal score (HTA crónica (12%), obesidad (11%), preeclampsia-eclampsia en embarazo previo (14,5%) e historia familiar de preeclampsia (10%)). La distribución de la EHE (172) fue: Preeclampsia severa 85(49%), HELLP 38(22%), Eclampsia 30(17%), Eclampsia-HELLP 7(4%) y otras 12 (7%).

Las intervenciones en UTI fueron: ARM 20(12%), días de ARM 1[1-2,75], VNI 4(2,3%), vía central 35(20,5%) y diálisis 4(2,3%). Las complicaciones en UTI fueron: disfunción multiorgánica 32/171(18,7%), RIFLE-Riesgo 16(9%), RIFLE-Injuria 5(3%), RIFLE-Falla 6(3,5%), ACV hemorrágico 3/172(1,74%) y Distrés respiratorio 2/169(1,2%).

La resolución del embarazo fue cesárea en 84%. La mortalidad en UTI-hospitalaria fue de 2,3%(4/168); siendo el diagnóstico de admisión HELLP=3 y eclampsia=1. Tres de las pacientes fallecidas presentaron ACV hemorrágico. Las pérdidas fetales-neonatales en este grupo fueron de 10% (17/160).

Conclusiones: Las POC con EHE eran pacientes jóvenes y sin comorbilidades según el score de Charlson; aunque un cuarto presentaba factores de riesgo para EHE no contemplados en tal score. La mayoría de las pacientes ingresaban a UTI postparto y habían recibido control prenatal. La principal causa de ingreso fue la preeclampsia severa seguida por el HELLP y la eclampsia. La mayoría de los embarazos fueron terminados en cesárea (84%), porcentaje excesivo según las recomendaciones mundiales. La disfunción multiorgánica, particularmente la disfunción renal fue frecuente en estas pacientes. La mortalidad en UTI fue de un 2,4%, siendo la principal causa de muerte el ACV hemorrágico. Las pérdidas fetales-neonatales fueron elevadas.

0298 LOXOCELISMO CUTÁNEO VISCERAL, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

MB PERALTA ROCA(1), É VANELLA(1), M MOSCIARO(1), E DÁVILA(1), L PIOVANO(1), I MARINELLI TRILLER(1)

(1) Hospital Pediátrico Humberto J. Notti.

Introducción: Los accidentes causados por mordeduras de arañas del género Loxoceles producen en su mayoría lesiones locales con

necrosis tisular. En algunos casos se presentan cuadros sistémicos graves por efecto tóxico del veneno. Éste desencadena activación del sistema de complemento produciendo hemólisis intravascular, CID e insuficiencia renal aguda; principal causa de muerte en el Loxocelismo cutáneo visceral (LCV).

Presentación de casos: **Caso N°1:** Niño de 4 años de edad con antecedentes de mordedura de arácnido en rostro de 12 hs de evolución, con lesión preauricular eritematoviolácea hasta base de cuello, fiebre, ictericia, anuria sin respuesta a diuréticos y depresión del sensorio. Ingres a UCIP con diagnóstico presuntivo de LCV. Laboratorio: anemia, leucocitosis con neutrofilia, plaquetopenia, coagulograma alterado, elevación de transaminasas e hiperbilirrubinemia, CPK 4500 U/L, LDH 10500 U/L, uremia 0,7 gr/l, creatinina 1,35 mg% e hipercalemia. Recibe Antiveneno del Instituto Butantán, corticoides, antibióticos, hemoderivados e hiperhidratación. Evolucion a fallo orgánico múltiple y CID. Requiere ARM por 15 días, sostén inotrópico, hemodiálisis y posterior diálisis peritoneal por 19 días, alimentación parenteral y múltiples esquemas antibióticos sin rescate de germen. Presenta evolución clínica favorable con recuperación de función renal. Lesión en piel que requiere debridamiento quirúrgico. Alta hospitalaria a los 27 días de internación. **Caso N° 2:** Varón de 3 años de edad que ingresa a UCIP con sospecha de LCV. Presenta lesión equimótica en muslo izquierdo de 24 hs de evolución, fiebre, ictericia, hematuria, oliguria y parámetros de laboratorio con signos de hemólisis, fallo renal y coagulación alterada. Recibe Antiveneno del Instituto Butantán, hemoderivados, diuréticos, antibióticos, corticoides y analgesia. Buena evolución clínica y cicatrización adecuada de herida. Pasa a sala de internación luego de 7 días con normalización de parámetros de laboratorio.

Conclusiones: Los antecedentes epidemiológicos, las lesiones compatibles en piel y la evolución clínica con compromiso sistémico sugieren el diagnóstico a fin de instaurar oportuna y precozmente el tratamiento de sostén. La indicación de uso de antiveneno específico es controvertida en la literatura. En series de casos publicadas no se han observado efectos evidentes que permitan suponer ni inferir de modo definitivo que el suero tiene algún efecto protector.



0299 POLIMIOSITIS CON COMPROMISO PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

N KURIGER(1), MF ZUAZAGA(1), D CAMPS, MV OJEDA, M SIKURA, J PIVETTA, O RUBIO, D MOLINA, M RIVERO, L RODRIGUEZ

(1) Clínicas.

La polimiositis es una enfermedad inflamatoria sistémica que provoca debilidad de los músculos esqueléticos. Es frecuente que pacientes con polimiositis presenten afectación pulmonar en el curso de la enfermedad; las tres causas principales son la enfermedad pulmonar intersticial, la insuficiencia ventilatoria por la debilidad de los músculos torácicos, y neumonía por aspiración debido a disfunción de los músculos faríngeos, esófago.

Presentación del caso: paciente de 26 años de edad ingresada por infección pulmonar; presenta insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, presentando una evolución tórpida, con destete dificultoso y manifestaciones musculares luego del destete.

Resultados: Paciente de sexo femenino, de 26 años de edad, sin APP previos. Consulta por falta de aire; ingresa pálida, disneica, sudorosa, hablando palabras entrecortadas. Al examen físico se objetiva utilización de músculos respiratorios accesorios, hipoxémica, taquipnea, taquicardia, afebril, hipertensa, hipoventilación bibasal, silencio auscultatorio, mala mecánica ventilatoria. Se indica tratamiento médico, pero presenta depresión del sensorio, paro respiratorio, requiriendo intubación orotraqueal. Laboratorio muestra Dímero D (-), CPK total 1143, albumina 3,7. Se recibe cultivo para coco gran + tipo estreptococo sensible a los antibióticos que se le estaban realizando. Al examen neurológico paciente vigil, fuerza bípalebral conservada, no presenta ptosis, debilidad muscular en miembros inferiores a predominio proximal, resto normal; se solicita biopsia muscular. A las 48hs se inicia destete, que no es exitoso ya que presenta a las 48hs falla ventilatoria súbita, requiriendo nuevamente VM. A los 4 días paciente evoluciona favorablemente, se extuba, con buena mecánica ventilatoria. Evolucion a disfonía, disfagia, debilidad proximal en miembros inferiores con marcha atáxica miopática, recuperando la debilidad muscular de forma rápidamente progresiva. La electromiografía evidencia trazado sugestivo de compromiso miopático. La anatomía patológica muestra compatible con polimiositis. ACRAS (+). Al 11 día de internación en UCI se decide pase a sala, con corticoides; luego alta.

Conclusiones: La polimiositis es una enfermedad infrecuente, y que puede afectar el aparato respiratorio. La sospecha hace que se plantee dentro de los diagnósticos diferenciales en casos de disnea súbita, por lo que al llegar a un diagnóstico precoz y aplicar el tratamiento oportuno los pacientes obtienen un beneficio a largo plazo en su calidad de vida.



0300 ESTUDIO DE CALIDAD EN SOPORTE NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

AM NIEVA(1), E KOCH(1), E MONTEVERDE(1), M RATTO(2), C LUTKEVICIUS(2), K FIKEPRON(3), N LACQUANITI(3), J STEINER(4), M TANUZ(5), A CABRERA(6), H FAIN(7)

(1) H. De Niños R. Gutierrez. (2) Sor María Ludovica. (3) El Cruce N. Kirchner. (4) Lucio Melendez. (5) H. De Niños H. Quinata. (6) H. de Niños V. J. Vilela. (7) .h. de Niños V. J. Vilela.

Introducción: El soporte nutricional (SN) es una práctica fundamental en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs). Sin embargo, no se dispone de protocolos validados y las características del SN varían entre unidades.

Objetivo: Describir las características y desenlaces de pacientes pediátricos internados en UCIPs que reciben SN. Estudiar la calidad del SN y sus desviaciones.

Diseño: C. Prospectiva con inclusión de pacientes consecutivos a lo largo de un año en 6 UCIPs. Seguimiento durante 28 días. CENTROS. 6 UCIPs médico-quirúrgicas de la República Argentina.

Pacientes: Pacientes de 1 a 216 meses internados en UCIP por más de 48 horas

Resultados: Se registraron 355 pacientes pertenecientes a 6 instituciones. La distribución fue (%): RG (37), SL (23), EC (17), HV (12), LM (6) y HQ (5). La mediana de edad fue 10 meses (RIC 4-36) y 213 (60%) fueron varones. Los diagnósticos de ingreso fueron: respiratorio (57%), neurológico (10%), causas externas (8%), posquirúrgico (7%), cardiovascular (1%) y otros (15%), con una mediana de PIM2 de 5.6% (RIC 2-13)

La estadía en la UCIP fue de 15 días (RIC 8-26) y la tasa de utilización de ventilación mecánica (VM) fue 90%. Se registraron 5674 días de NE en 7299 días de internación en UCIP (77.7%). La relación días NE/días UCIP en forma individual tuvo una mediana de 88% (RIC 74-98). El tiempo hasta el inicio de la nutrición enteral (NE) tuvo una mediana de un día (RIC 1-2), habiéndose iniciado en el 61% en las primeras 24 horas. Hubo 11% con NE tardía.

Hubo 703 suspensiones que sumaron 8527 horas. 246 pacientes (69%) tuvieron al menos una suspensión. Analizado por cada paciente, el tiempo total de suspensión tuvo una mediana de 10hs (RIC 1-36).

Los motivos principales de las suspensiones fueron (n, %): extubación 117(17.4), distensión abdominal 86 (12.8), alto residuo gástrico 66 (9.8) y shock. El 72% de las suspensiones fueron consideradas no evitables. Las complicaciones más frecuentemente reportadas fueron gastroparesia y distensión abdominal

Conclusión: pudo observarse una tasa aceptable de NE precoz, una alta eficacia de administración pero con una alta tasa de suspensiones, el 30% de ellas evitables. Las complicaciones asociadas a NE fue 10%.

0301 BENEFICIOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESTETE GUIADO POR KINESIÓLOGOS

CS LÓPEZ(1), MJ GARCÍA INOSTROSA(2), MP GORI(2), JM JOAQUÍN(2), AI CASTRO(2), LF CABEZAS(2), MC RUFFO(2), RC CATTANEO(2), NS CAPUTO(2)

(1) Central De Mendoza. (2) Hospital Central De Mendoza.

Introducción: La desconexión de la asistencia ventilatoria mecánica (AVM) guiada por protocolo es más efectiva que aquella guiada únicamente por opinión médica.

Objetivos: Comparar tiempo de AVM y tasa de neumonía asociada a ventilación (NAV) entre una población de pacientes sometidos a protocolo de destete guiado por kinesiólogos versus un registro histórico.

Materiales y métodos: El equipo de kinesiólogía de la unidad de terapia intensiva (UTI) elaboró un protocolo de destete basado en la evidencia actual.

Se realizó estudio de cohorte, retro – prospectivo, con intervención (separación de la AVM bajo protocolo).

Criterios de inclusión: Pacientes ingresados a UTI en el periodo de terminado, que requirieron AVM y dados de alta.

Criterios de exclusión: Pacientes ingresados a UTI y trasladados intubados o en las primeras 6 horas. Pacientes fallecidos durante el periodo de estudio.

Periodo 1 (P1): 01/04/2010 – 31/03/2011: 734 pacientes ingresados, 276 fallecidos, 458 altas (155 sin AVM, 303 con AVM). Sin protocolo. Periodo 2 (P2): 01/04/2012 – 31/03/2013: 716 pacientes ingresados, 271 fallecidos, 445 altas (210 sin AVM, 235 con AVM). Con Protocolo.

Resultados:

Edad: media P1 40,8 años SD±17,07; P2 41,14 años SD± 18,14; sin diferencia significativa (coeficiente F 0,88 p<0,05).

Sexo: igual proporción de pacientes masculinos (M) y femeninos (F): P1 F:31,7%, M:68,3%; P2 F:33,2%; M:66,8%.

Días AVM: media P1 8,9 días SD±12,2; P2 7,69 SD± 10,15; diferencia significativa (coeficiente F 1,44 p<0,05). Man Whitney Z obs 1,78 (p<0,05) diferencia significativa.

NAV: se divide el periodo en 4 trimestres (T1, T2, T3, T4). Acorde a los informes otorgados por el comité de infectología del hospital.

T1: incidencia NAV (INAV) P1: 26,15% p<0,05; P2: 18,84% p<0,05; RR 1,39. Se observa correlación entre no aplicación de protocolo y mayor incidencia de NAV.

T2: INAV P1: 15,38% p<0,05; P2: 9,83% p<0,05; RR 1,56. Se observa correlación entre no aplicación de protocolo y mayor incidencia de NAV.

T3: INAV P1: 20% p<0,05; P2: 17,39% p<0,05; RR 1,15. Se observa correlación entre no aplicación de protocolo y mayor incidencia de NAV.

T4: INAV P1: 17,77% p<0,05; P2 27,77% p<0,05. Durante parte de este trimestre el protocolo fue aplicado por equipo kinésico nuevo no entrenado.

Conclusión: El implementar un protocolo de destete guiado por kinesiólogos entrenados en weaning pareció reducir en forma significativa el tiempo de AVM y tasa de NAV.

Palabras claves: Asistencia Ventilatoria Mecánica, Destete, Weaning.

0302 REPORTE DE CASO: NUTRICION PARENTERAL PERIFERICA EN UN PACIENTE CRITICO INMUNOSUPRIMIDO CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICE GASTRICA.

MA SALAS(1), M MARCIANO(1), G KLIGER(1), S JUAREZ(1)
(1) Hospital Universitario Austral.

Introducción: La WFCCN define al paciente crítico como aquel individuo que manifiesta alteraciones reales o potenciales de sus funciones vitales. En estos pacientes, la ingesta oral se encuentra seriamente comprometida debido a diversos factores que alteran la deglución en forma transitoria. Esta situación justifica la necesidad de implementar algún tipo de terapia nutricional para aportar los requerimientos calóricos y proteicos necesarios para afrontar los estados hipermetabólicos que conducen a un rápido proceso de desnutrición.

Presentación de caso: Paciente masculino de 49 años de edad con antecedentes de HIV, HCV, hipertensión portal, varices esofágicas y gástricas y hepatopatía terminal en plan de trasplante. Ingresó a la UCI derivado de otra institución ventilado, hemodinámicamente inestable por lo que comienza con reanimación de fluidos y soporte vasopresor y analgosedación, con múltiples UPP y desnutrición. Se realizan cultivos, comienza con tratamiento antibiótico. El paciente cursa shock distributivo por lo que requiere soporte vasopresor y colocación de catéter de swan ganz para monitoreo hemodinámico, persiste con episodio de hematemesis en contexto de coagulopatía con lavado gástrico positivo y abundante débito gástrico de tipo hemático sin melena. Se realizó VEDA que evidenció gran varice de techo gástrico con coágulos y restos hemáticos frescos. Se realizó hemostasia mediante esclerosis de varice gástrica. Se recomienda no colocación de acceso enteral dentro de las 48 horas. Desde la evaluación nutricional realizada por la USN (MUST 3, EGS C, BMI 20, Requerimiento calórico 1800 y proteína de 90 gr.) se decide imple-

mentar nutrición parenteral periférica con un aporte de 1900 kcal con buena tolerancia durante 96 horas y sin complicaciones hasta que se pudo conseguir acceso enteral y cubrir los requerimientos que el paciente necesita por vía enteral.

Conclusión: Se presenta el caso por ser la primera experiencia con nutrición parenteral periférica en la institución y el rol que ha tenido en aportar los requerimientos calóricos proteicos que el paciente requería sin necesidad hacer ayunos prolongados y de colocar nuevo acceso venoso central para NPT, no solo por las consecuencias que tiene estos métodos invasivos en un paciente crítico sino también por sus costos.

0303 VIGILANCIA DE COLONIZACIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN Y CUIDADOS CRÓNICOS. ESTUDIO PROSPECTIVO (12 MESES).

C PEREYRA(1), D VIOLI(1), B VAZQUEZ(1), G CHIAPPERO(1)
(1) Clínica De Rehabilitación Altergarten.

Introducción: Los últimos avances tecnológicos y el manejo de las enfermedades agudas críticas, han permitido la sobrevivencia de un número creciente de enfermos, los cuales son derivados a centros de rehabilitación para la atención de las secuelas tanto neurológicas, motoras como respiratorias. Las unidades de cuidado intensivo y los centros terciarios de las áreas urbanas tienen mayores tasas de prevalencia de MOMRs que los hospitales comunitarios pequeños o los centros de rehabilitación.

Objetivo: Describir la tasa de prevalencia de colonización por MOMRs en un centro de rehabilitación y cuidados crónicos.

Material y métodos: Estudio prospectivo en un centro de rehabilitación respiratoria y neurológica que cuenta con 16 camas y 75% de tasa de ocupación. El periodo de estudio fue de 12 meses (abril 2012- marzo 2013). Criterio de Inclusión: Todo paciente que al ingreso se realizó hisopado rectal (HR) en búsqueda de MOMRs.

Criterio de exclusión: Todo paciente al que no se realizó HR ó que reingresó al centro dentro de los 15 días del HR inicial. Se definió como MOMRs al hallazgo de *Enterococcus spp* vancomicina resistente (EVR), Enterobacterias productoras de BLEE (EBL) Enterobacterias productoras de carbapenemasa (ECP) ó *Acinetobacter spp* multiresistente (ABA). Se definió como "Tasa de prevalencia de colonización": n° HR positivos/n° ptes días x1000.

Resultados: En este periodo ingresaron un total de 61 ptes y se tomaron 56 HR. Se obtuvieron 41 HR positivos (73%) con aislamiento de 1 germen 27 HR (66%) y 14 (34%) con más de 1 germen. A continuación se describen los hallazgos obtenidos:

	PTE DIA	EVR	EBL	ECP	ABA
2°Trim 2012	1092	4	6		2
3°Trim 2012	1053	7	9		4
4°Trim 2012	1170	6	2	1	5
1°Trim 2013	1109	3	4	2	
Total	4424	20	21	3	11

Dentro del grupo de EBL, se aislaron 13 *Klebsiella pneumoniae*, 6 *E.coli* y 2 *Pmirabilis* y en el grupo de ECP se aislaron 2 *K.pneumoniae* y 1 *E.coli*. La tasa de colonización anual para EVR fue de 4,5/1000 ptes día y para EBL 4,7/1000 ptes día

Conclusión: En la población estudiada -pacientes derivados a un centro de rehabilitación- se registró un predominio de enterobacterias BLEE y de Enterococo Vancomicina resistente. La vigilancia de los pacientes colonizados constituye el primer paso para efectuar en la etapa siguiente las medidas de control de la diseminación de estos microorganismos.

0304 METODOS MAS UTILIZADOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA CURACION DE ULCERAS POR PRESION EN LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL ANGEL CRUZ PADILLA

MF MORALES(1), JL LESCANO(1), RM RIVERO(1)
(1) Ángel C. Padilla.

Introducción: El presente trabajo de investigación aborda las técnicas de curación utilizadas con mayor frecuencia por parte del personal de enfermería del hospital y su relación con el nivel de formación.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue determinar las técnicas de curación que se realizan a los pacientes con UPP en dicho hospital y la relación que existe entre el nivel de formación del personal de enfermería con el uso de los recursos.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, que incluyó a toda la población del personal de enfermería encargada de la curación de las UPP, la cual la muestra fue de 40. Para la recolección de los datos se elaboró un cuestionario con preguntas cerradas, dicotómicas y de opción múltiple, que se aplicó a través de una entrevista.

Resultados: Del análisis de datos se observó que el 40% corresponde a enfermeros universitarios y profesionales. El 87% de la población utiliza solución fisiológica para realizar la curación y que un 97% realiza el lavado de manos antes y después de cada curación. El 57% utiliza guantes estériles para realizar la curación de la UPP, el 53% utiliza el instrumental quirúrgico, un 45% realiza la curación una vez al día, mientras que un 37% lo hace una vez por turno. El 50% utiliza elementos de bioseguridad, mientras que el 3% de la misma no lo hace. Sólo un 20% del personal valora previamente a las UPP. El 75% de los Lic en enfermería si utiliza instrumental quirúrgico, y el 56% de los enfermeros universitario no lo utiliza.

Conclusiones: Se puede sostener que el personal de enfermería desempeña un rol preponderante en la prevención, valoración y curación de las úlceras por presión. Es de significativa importancia que el personal de enfermería encargado de la curación de las UPP sea profesional y con conocimientos específicos sobre este tema. De igual modo es la importancia en la valoración de la UPP para la adecuada selección de la técnica de curación y la existencia de un protocolo de actuación.

0305 EVALUACIÓN DE LA HUMIDIFICACIÓN ACTIVA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN CENTROS DE REHABILITACIÓN Y CUIDADOS CRÓNICOS

J CÓRDOBA, L GAREGNANI(1), F LARROCCA(1), S SCHONFELD(1), MM VERONESI(1), C POZO(1), B VAZQUEZ(1), D VIOLI(1), G CHIAPPERO(1)
(1) Clínica Altergarten.

Introducción: La ventilación mecánica invasiva pasa por alto el tracto respiratorio superior (tubo endotraqueal y traqueostomía) provocando pérdida de humedad y calor del gas inspirado; acondicionando el gas artificialmente para evitar lesiones. Según las guías de la American Association for Respiratory Care (AARC), se recomienda una humidificación a temperatura entre 34- 41°C en la pieza Y, humedad relativa (HR) 99% y una humedad absoluta (HA) de 33-44 mgH₂O/l. Si bien la humidificación es una práctica cotidiana en pacientes con VM (invasiva y no invasiva) no existen recomendaciones de su uso para pacientes traqueostomizados con ventilación espontánea en unidades de estadía prolongada.

Objetivos: Evaluar si el gas entregado a un paciente traqueostomizado en ventilación espontánea a temperatura ambiente no constante (rango 24-27°C) cumple las recomendaciones AARC. Comparar un sistema de humidificación activa (SHA) de industria nacional con el SHA extranjero de elección por la comunidad científica.

Materiales y métodos: Se evaluaron 2 SHA, con flujímetro de pared a 2 l/m (calibrado a 21°C -3.45 Bar), pieza de efecto Venturi 24% logrando un flujo de 20 l/m a la salida de la carcasa medido por FluxMed. Tubuladura de 1,75m con trampa de agua a la mitad del

recorrido, carcasa sin llenado automático con 200 cc de agua destilada, pieza en Y/T y conector flexible proximal (CFP). Se midió HR, HA, condensación (en trampa de agua y conector flexible) y temperatura del ambiente, del plato calentador, del agua de la carcasa y en CFP con un termohigrómetro digital DT-3.

Resultados: Se realizaron 350 mediciones durante el estudio. El rango de temperatura ambiente fue 24 a 27,5 °C.

	SHA nacional	SHA extranjero
Punto de potencia	máximo	máximo
Temperatura del plato	63.5°C	65.8°C
Temperatura del agua	55°C	60°C
Temperatura CFP*	33.22 °C ± 1.04	33.82°C ± 0.18
HR	99%	99%
HA	36.2 mgH ₂ O/l ± 1.95	37.33 mgH ₂ O/l ± 0.35
Condensación/día	232 ml/día	184 ml/día

*p= 0.001

Conclusión: EL SHA de marca nacional logro acondicionar el gas entregado según las recomendaciones AARC. Se observó diferencia significativa de la temperatura a favor del SHA extranjero

0306 MENINGITIS POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE: COMPLICACIÓN OMINOSA, EMERGENTE Y DE DIFÍCIL SOLUCIÓN.

JD ORQUERA(1)

(1) Hospital San Juan Bautista.

JD Orquera, A. Cabrera, L. Segura, KF Tolosa, DA Godoy

Introducción: La meningitis por *Acinetobacter baumannii* es una entidad clínica cuya incidencia y problemática se incrementa con el paso del tiempo, especialmente en pacientes neurocríticos. Su morbimortalidad es elevada debida a la elevada tasa de resistencia antibiótica y a la pobre penetración de los mismos en el SNC. Factores predisponentes incluyen; trauma craneal, neurocirugías, fístula de líquidocefalorraquídeo (LCR), dispositivos para monitoreo de presión intracraneana (PIC) o sistemas de drenaje de LCR.

Objetivo: Determinar características clínicas, epidemiología y evolución.

Métodos: Análisis retrospectivo anual (2011-2012), de casos de meningitis nosocomial por *Acinetobacter baumannii*. El diagnóstico se efectuó según los criterios de Mayhall mas la comprobación del germen en cultivos de LCR, con el antibiograma correspondiente.

Resultados: 10 pacientes (8M/2F), edad media 36 años componen el estudio. Todos fueron sometidos a craniectomía de urgencia por TEC grave con monitoreo de PIC. En 2 casos se consideró puerta de entrada fístula de LCR, y en 8 vía hematológica (infección respiratoria y urinaria concomitante al mismo germen con hemocultivos +). El cuadro clínico y los hallazgos de laboratorio fueron similares al de cualquier meningitis, siendo la fiebre el síntoma más frecuente. En todos los casos efectuamos TAC previa a la Punción lumbar, y tratamiento combinado: intratecal (amino glucósidos, colistin) y sistémico (colistin, ampicilina-sulbactam, meropenem, minociclina). La duración media del tratamiento fue 14 días. En 65% de los casos se evidencio cura microbiológica, pero el 100% de los pacientes falleció por gravedad del trauma o comorbilidades asociadas.

Conclusiones: La meningitis por *Acinetobacter baumannii* aparece en enfermos colonizados previamente en otras localizaciones, favorecido por la presencia de fístula LCR y procedimientos neuroquirúrgicos de emergencia. Su elevada mortalidad radica en las lesiones asociadas al trauma de ingreso.

0307 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR FIBROSIS PULMONAR RÁPIDAMENTE PROGRESIVA EN PACIENTE CON TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

G BUSTINGORRY(1), J FUENTES(1), EA ROMERO(1), MB RETAMOZO(1), AA CABRERA(1), GW BONGIORNI(1)
(1) Privado.

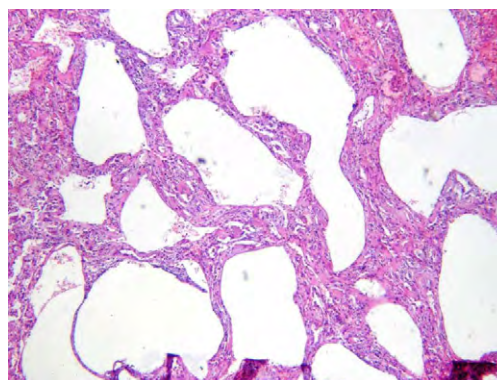
Introducción: Las sociedades internacionales (ATS/ALAT/ERS/JRS) definen la fibrosis pulmonar idiopática como una forma específica de neumonía intersticial progresiva y fibrosante de causa desconocida, limitada a los pulmones, y asociada con el patrón histopatológico y radiológico de la Neumonía Intersticial Usual (NIU).

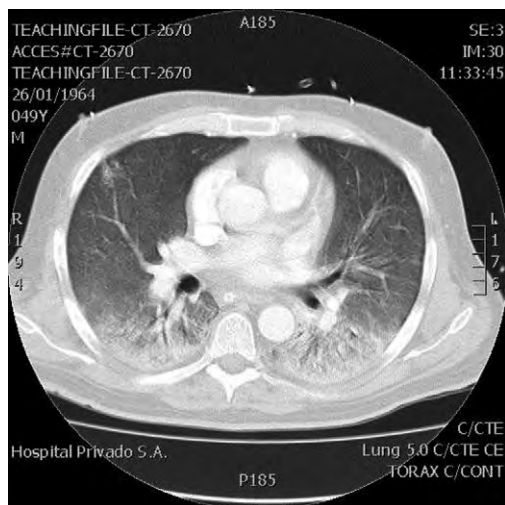
Presentación de caso: Paciente de sexo masculino de 49 años, con antecedentes de Leucemia Mieloide Aguda y trasplante autólogo de medula ósea (TAMO), en remisión hematológica completa por medulograma, que presenta tos seca y fiebre de siete días de evolución. Recibe tratamiento antibiótico empírico por consultorio. Consulta cuatro días después en nosocomio local por empeoramiento del cuadro clínico con disnea III - IV. Al **examen físico** SpO₂ 82%, FC 110 lpm, FR 36 rpm, crepitantes en ambas bases pulmonares y alteración de la mecánica ventilatoria. **Laboratorio:** *leucocitos* 11.300 k/μl, *Gasometría arterial:* pH 7.44; PaCO₂ 40 mmHg; HCO₃⁻ 26.4 mmol/l; EB 2.1; PaO₂ 76 mmHg. Radiografía de tórax con patrón intersticial bilateral. Progresó con necesidad de ventilación mecánica invasiva (VM) y es derivado a nuestra institución. Ingresó a unidad de cuidados críticos hemodinámicamente estable, 36.5°C, TA: 145/75 (85) mmHg, SpO₂ 94% en VM con FiO₂ 100%. La **TC de tórax** mostró extenso infiltrado intersticial en "vidrio esmerilado" a predominio de la región posterior de ambos lóbulos inferiores (Fig.1). Se toman hemocultivos y muestras de secreción bronquial. Se cubre con tratamiento antibiótico empírico con: imipenem, claritromicina, Trimetoprima sulfametoxazol, valganciclovir, oseltamivir, voriconazol. Al segundo día de internación se realiza lavado bronquiolo-alveolar (LBA). Persiste con hipoxemia de rápida progresión. El noveno día se toma biopsia de pulmón por toracotomía. Evoluciona con hipoxemia refractaria, con trastorno severo de la difusión, con presiones de meseta elevadas y disminución de la complacencia pulmonar. Finalmente fallece el día 13 de internación.

Resultados: Secreción bronquial: Cultivos y PCR negativos. PCR CMV en sangre *Pneumocystis jirovecii* e *Histoplasma capsulatum* negativas. PCR CMV detectable.

Biopsia: neumonía intersticial fibrosante con patrón en "panal de abeja" en la periferia del parénquima (Fig. 2)

Conclusiones: La NIU rápidamente progresiva debe ser sospechada en los pacientes con TAMO con infiltrado intersticial difuso, como una entidad independiente.





0308 PRESENTACION CLINICA Y TRATAMIENTO DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO: ESTUDIO ARGENTINO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)

L VIDAL(1), DN VASQUEZ(2), HIGA GRAL. SAN MARTÍN, A DAS NEVES(3), J LAPADULA(5), V APHALO(2), F MOS(2), M CAPALBO(7), A GOMEZ(8), JP SOTTILE(9), A RISSO VAZQUEZ(10), E AGUERO VILLAREAL(11)

(1) Hospital Pablo Soria. (2) Sanatorio Anchorena. (3) Higa Gral. San Martín. (4) Higa Gral. San Martín. (5) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. (6) Sanatorio Anchorena. (7) Hospital Gral De Agudos José M.penna. (8) Sanatorio De Los Arcos. (9) Hospital Zonal Bariloche. (10) Sanatorio Otamendi. (11) Hospital Policlínico Regional Dr. Ramon Carrillo.

Objetivos: Describir la presentación clínica y el tratamiento de pacientes obstétricas críticas (POC) con enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE).

Material y método: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico. Población: pacientes embarazadas/puérrperas que requirieron ingreso a 20 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de la Argentina, desde el 01-01-2012 al 31-12-2012 por EHE

Resultados: 172 POC ingresaron a UTI por EHE. La presentación clínica se caracterizó por:

1. Signos vitales: PAS/PAD=167±20mmHg/99,5±16mmHg; HTA severa (PAS≥160mmHg y/o PAD≥110mmHg) en 112/72(65%).

2. Manifestaciones Clínicas:

-Neurológicas:77%(129/167)(cefalea 60%(100/166); hiperreflexia 33%(55/165); convulsiones 22%(37/166); somnolencia 16%(26/165); confusión 6%(10/165); coma 2,4%(4/166); ACV hemorrágico 1,74%(3/172)

-Gastrointestinales: 54%(88/164)(dolor abdominal 47,5%(78/164); náuseas 26%(42/164), vómitos 17%(28/164), hematoma hepático 1/172(0,6%).

-Visuales: 47%(78/165)(fotopsias/escotomas 27%(44/165); visión borrosa 26%(43/165); fotofobia 9%(15/165), amaurosis 2%(3/165)).

-Renales: 41%(68/165) (creatinina >0.8mg/dl, punto de corte en embarazo/puerperio= 40%(67/167), creatinina ≥1,2mg/dl(punto de corte en SOFA)= 15%(25/167), RIFLE-Riesgo 9%(16), RIFLE-Injuria 3%(5), RIFLE-Falla 3,5%(6), diálisis 2%(4)).

-Pulmonares: edema agudo de pulmón 5,5%(9/165).

-Proteinuria al azar (evaluada en 41%(71/172)): 150mg/dl[66-490]; proteinuria de 24h (evaluada en 45%(78/172)): 1,02g[0,44-2,6]; proteinuria al azar y de 24h negativa en 32% y 11,5%.

Tratamiento: 90% recibió dosis de carga de SO4Mg (4g[4-5]) y 94% recibió dosis de mantenimiento (24g/día[20-24]), con importante variabilidad en esta última.

3.Tratamiento antihipertensivo: 80%; drogas más frecuentes: labetalol (50%), nifedipina (39%), alfametildopa (29,5%), NTG (18%), nitroprusiato-Na (8%) y clonidina (8%).

Conclusiones: La mayoría de las pacientes con EHE presentó HTA severa pero en solo un 40% se midió proteinuria. En aproximadamente 1/3 y 1/10 de las pacientes la proteinuria al azar y de 24h fue negativa. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las neurológicas, con cefalea e hiperreflexia como los síntomas preponderantes; seguidas por las alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal), las visuales (fotopsias/escotomas y visión borrosa) y las renales. La incidencia de disfunción renal fue mayor cuando se utilizó el punto de corte de creatinina sugerido para pacientes embarazadas/puérrperas vs. los escores habituales, que subestiman esta disfunción.

Si bien la mayoría de las pacientes recibió dosis de carga y mantenimiento de SO4Mg, existió una importante variabilidad en esta última. El 80% de las pacientes recibió tratamiento antihipertensivo, con el labetalol, nifedipina y alfametildopa, como las más frecuentemente utilizadas.

0309 NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL "ÁNGEL C. PADILLA" SOBRE LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y MANTENIMIENTO DE UN POTENCIAL DONANTE EN SITUACIÓN DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS.

MF MORALES(1), EF KUGEL(1), RM RIVERO(1)

(1) Ángel C. Padilla.

Introducción: El presente trabajo de investigación aborda el Nivel de conocimiento del personal de enfermería respecto a la detección, diagnóstico y manejo del potencial donante multiorgánico en los pacientes internados en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo fueron determinar el nivel de conocimiento que posee el personal de enfermería en la detección, diagnóstico y manejo del potencial donante multiorgánico.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal cuya población estuvo constituida por el personal de enfermería de la Unidad Terapia Intensiva del Hospital "Ángel C. Padilla (n= 40), durante el mes de Mayo de 2013. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario autoadministrado.

Resultados: Se observó que el grupo etáreo predominante es el de 31-40 años con el 39% y el 74% es femenino. En el nivel de formación en enfermería se destaca que el 83% son enfermeros universitarios/profesionales. El 73% de los enfermeros encuestados poseen un nivel de conocimiento regular sobre el tema.

Conclusiones: De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo apreciar que si bien el porcentaje de enfermeros encuestados tiene formación universitaria o terciaria, existe un escaso conocimiento en la detección, diagnóstico y mantenimiento de un potencial donante multiorgánico. Es recomendable incluir en la currícula de la carrera de enfermería conocimientos específicos sobre la detección diagnóstico y manejo de potenciales donantes de órganos, como así también dictar cursos de capacitación al personal referido al tema.

0310 MEDICIÓN DE LA RESISTENCIA DE LA VÍA AÉREA USANDO LA PRESIÓN ESOFÁGICA EN SUJETOS CON EPOC DURANTE LA RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA

M MADORNO(1), P RODRIGUEZ(2), G MURIAS(3)

(1) Itba. (2) Cemic. (3) Clínica Bazterrica Y Clínica Santa Isabel.

Introducción: Tradicionalmente la medición de la resistencia de la vía aérea (R) en sujetos respirando espontáneamente se realiza por pletismografía con la técnica descrita por A. Dubois. A partir del registro de las presiones de la pleura y de la vía aérea, el flujo y el volumen, usando una derivación de la ecuación de movimiento es posible calcular la resistencia de la vía aérea.

Objetivo: Validar una técnica alternativa para calcular la R en pacientes con EPOC respirando espontáneamente sin necesidad de pletismografía utilizando la presión esofágica como subrogado de la presión pleural.

Material y método: Se midió la presión esofágica, presión de la vía aérea, flujo y volumen a 5 sujetos con EPOC con el monitor Flux-Med (MBMed, Argentina). Se calculó la R promedio (Res) durante una inspiración espontánea sin artefactos luego de un período de estabilización mediante la siguiente fórmula:

$$R(t) = (V(t) \times EL - (Pes(t) - Pes(0))) / F(t)$$

V(t) es el volumen en el instante t, EL es la elastancia del pulmón, Pes(t) es la presión esofágica en el instante t, Pes(0) es la presión esofágica al inicio de la inspiración y F(t) es el flujo en el instante t. El cálculo se realizó sobre el tercio medio de la inspiración. Se comparó el valor obtenido con el aquel registrado a partir de pletismografías realizadas previamente (Rplet).

Resultados: El análisis de Bland y Altman mostró un sesgo de +0.24 cmH₂O/L/s con una precisión (rango que incluiría el 95% de las muestras) entre -0.53 y 1. El coeficiente de correlación entre las dos R fue de 0.999 (p<0.001).

Sujeto	Referencia cmH 20/L/s	Rplet cmH 20/L/s (%)	Res cmH 20/L/s (%)
1	1.20	4.65 (387)	4.44 (370)
2	1.45	7.44 (513)	7.45 (514)
3	1.45	7.05 (486)	7.31 (504)
4	1.44	2.88 (199)	2.35 (162)
5	1.45	2.60 (179)	1.89 (130)

Conclusiones: Esta evaluación preliminar sugiere que es posible calcular con precisión aceptable la resistencia de la vía aérea de un paciente con EPOC en ventilación espontánea utilizando la presión esofágica.

0311 ESTUDIO DE DOS VARIANTES DEL ESCORE DE RIESGO NUTRICIONAL "NUTRIC" EN PACIENTES CRITICOS VENTILADOS

D MORETTI(1), D BAGILET(1), M BUNCUGA(1), C SETTECASE(1), R QUINTANA(1), M QUAGLINO(2), UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

(1) Hospital Escuela Eva Peron. (2) Facultad De Ciencias Económicas Y Estadística. (3) Universidad Nacional De Rosario.

Objetivo: Estudiar dos variantes del escore "NUTRIC" en pacientes críticos con asistencia ventilatoria mecánica (AVM).

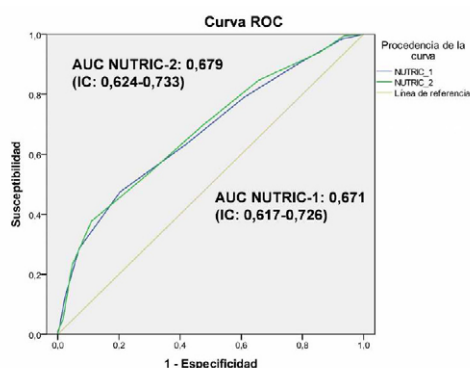
Material y método: Cohorte prospectiva observacional. Se incluyeron 368 enfermos con AVM >24 horas. Se utilizaron dos variantes del NUTRIC original, la primera de ellas omitiendo la interleucina-6 (NUTRIC-1) y la segunda incorporando la PCR como biomarcador inflamatorio (NUTRIC-2). Se evaluó mortalidad en la UCI y días de AVM de los sobrevivientes. La edad media fue de 52 años y el 68% fueron varones. El promedio (± DE) de APACHE II y SOFA fueron: 20,73 (±7,84) y 7,69 (±3,52). Las variables continuas y nominales se compararon mediante test t y chi-square. Se utilizó regresión logística binaria y se evaluó el área bajo la curva ROC (AUC) como así también sensibilidad, especificidad, valores predictivos, positivos y negativos, definiendo como punto de corte para la clasificación a 0,5. El nivel de significación empleado fue alfa = 0,05.

Resultados: Fallecieron en la UCI 196 pacientes (53%). Los sobrevivientes tuvieron un promedio de días de AVM de 8,55 (± 9,71). La edad y la patología médica fueron mayor en los fallecidos: 55,72 vs. 47,73 años y 83,7% vs. 62,2% (p = 0,000). Los promedios (± DE) del NUTRIC-1 y -2 fueron mayores en el grupo de pacientes fallecidos: 4,23 (±1,92) vs. 3,06 (±1,72) y 4,68 (±1,98) vs. 3,39 (±1,83) puntos respectivamente (p = 0,000). Se observó un aumento de la mortalidad

en relación al aumento del puntaje del escore (p = 0,000). La PCR fue mayor en promedio en los pacientes fallecidos: 13,07 vs. 8,97 (p = 0,001) y logró un incremento del AUC similar al alcanzado con IL-6 en el trabajo original (0,008 y 0,007). Ambas variantes mostraron asociación con los días de ventilación mecánica. La incorporación de la PCR mejoró discretamente esa correlación (p 0,034 y p 0,010)

Conclusión: Las dos variantes del escore NUTRIC estudiadas se comportaron en forma similar al NUTRIC original. La incorporación de la PCR como marcador biológico de inflamación mejora el rendimiento de dicho escore y podría reemplazar a la IL-6 en caso de que esta no esté disponible.

		Medida	Limites del IC 95%
NUTRIC-1 (valor de corte 3,26)	Sensibilidad	63,27%	56,06-69,94%
	Especificidad	58,14%	50,38-65,53%
	Valor predictivo positivo	63,27%	56,06-69,94%
	Valor predictivo negativo	58,14%	50,38-65,53%
NUTRIC-2 (valor de corte 3,60)	Sensibilidad	69,39%	62,35-75,65%
	Especificidad	52,91%	45,18-60,50%
	Valor predictivo positivo	62,67%	55,84-69,05%
	Valor predictivo negativo	60,26%	51,96-68,03%



0312 ABDOMEN ABIERTO Y CONTENIDO EN LA UCI: FACTORES ASOCIADOS Y PRONOSTICO

E DI BERARDINO, M ALMENDROS(1), M COLOMBO, W DAVALOS, M SIMONATO, C MORENO, C MARCHENA, L TUMINO, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET
(1) Higa San Martín.

Introducción: El abdomen abierto y contenido (AAC) es una terapéutica de rescate que se indica para prevención del síndrome compartimental abdominal, control de daño, permitir el drenaje y facilitar la re-exploración de la cavidad. Se ha reportado alta mortalidad de los pacientes con AAC.

Objetivo: Describir las características, factores asociados y pronóstico de los pacientes con AAC.

Métodos: cohorte retrospectiva en UCI médico-quirúrgica 2009-2012. Incluidos todos los pacientes con requerimiento de AAC, clasificados en 2 grupos: control de daño (CD) y Zario a peritonitis (P). Entre ambos grupos se exploraron las variables de ingreso y evolutivas que pudieran incidir sobre el pronóstico de estos pacientes. Se exploraron los factores independientes asociados a mortalidad de la cohorte. Los datos son presentados según su naturaleza. Para la construcción del modelo de regresión logística se incluyeron las variables con p<0.2. Programa STATA 11.1.

Resultados: 34 pacientes incluidos: 17 en cada grupo. En la tabla 1 se comparan las características de ingreso y evolutivas de ambos grupos. La mortalidad global de esta cohorte fue de del 56% (19 pa-

cientes). En el análisis multivariado para mortalidad se encontraron independientemente asociados: edad OR 1,06- IC95% [1,01-1,11] y grupo (P) OR 5,25- IC95% [1,03-26,8].

Conclusiones: Los pacientes con ACC por control de daño fueron más jóvenes y tendieron a ingresar más graves y con más disfunciones, sin embargo en los parámetros evolutivos los pacientes con AAC 2ario a peritonitis tendieron a presentarse con mayor gravedad, con una mortalidad significativamente mayor. No se encontraron otras diferencias evolutivas.

Las variables independientemente asociadas a mortalidad fueron la edad y el AAC de causa 2aria a peritonitis.

Tabla 1. Abdomen abierto y contenido

Variables	2ario peritonitis 17 (50%)	Control de daño 17 (50%)	p
Edad	49 [30-57]	34 [25-50]	0.17
APACHEII	14 ± 6	16 ± 5	0.33
SOFA24	7 [6-9]	9 [7-10]	0.14
Shock ingreso	10 (59)	14 (82)	0.26
Días UCI	21 [9-36]	28 [18-46]	0.19
Mortalidad	13 (76)	6 (35)	0.03
Shock evolutivo	14 (82)	9 (56)	0.14
ARDS evolutivo	9 (53)	5 (31)	0.29
SOFA renal evolutivo	2 [0-4]	0.5 [0-2]	0.14
Infecciones	12 (71)	15(92)	0.18
Re-infecciones Intra-abdominales	7 (43)	6 (38)	0.9
N°de reintervenciones abdominales	4 [1-5]	3 [1.5-5]	0.76
Día de abdomen abierto	9 [3-35]	26 [8-46]	0.12

Datos expresados como n (%), promedio ± DS o mediana [p 25-75]

0313 TEC GRAVE EN LA GUARDIA CUANDO NO HAY CAMA EN LA UCI EN LATINO AMÉRICA: PACIENTES HUÉRFANOS

W VIDETTA(1), RM CHESNUT, N TEMKIN, S DIKMAN, C RONDINA, G PETRONI, S LUJAN, J PRIDGEON, J BARBER, J MACHAMER, K CHADDOCK
(1) Nac. Prof. A. Posadas.

Introducción: Existe una selección de pacientes con TEC Grave ante la falta de camas disponibles en UCI para estos pacientes. Estos pacientes continúan su tratamiento fuera de la UCI, este grupo se denomina Pacientes Huérfanos.

Objetivos: Analizar los resultados de los pacientes huérfanos con TEC Grave.

Métodos: Se analizó la información sobre 519 pacientes de dos estudios prospectivos sobre TEC Grave en América Latina. Se admitieron los pacientes que ingresaron dentro de las 24 horas del TEC Grave y sobrevivieron más de 48 horas con un GCS ≤ 8 (GCS Motor ≤ 5) al ingreso o en las 48 horas de la lesión. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo al tiempo de admisión a la UCI, entre 24-48 horas y >48 horas.

Resultados: El 14% (72/519) de los pacientes no fue admitido a la UCI dentro de las 24 horas, el 9% permanecía fuera de la Unidad luego de las 48 horas. Hubo una diferencia significativa a favor de los pacientes con lesiones menos severas en la TAC inicial (p<0.001). La recuperación neurológica fue peor en aquellos pacientes que fueron admitidos a la UCI entre las 24-48 horas en comparación a los otros grupos (P=0.001).

Conclusiones: El manejo de los pacientes con TEC Grave fuera de la UCI se asocia con influencias negativas en la recuperación neurológica.

0314 MANEJO DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL "ÁNGEL C. PADILLA" Y SU RELACION CON INFECCIONES ASOCIADAS

MF MORALES(1), AA GANIN(1), RM RIVERO(1)
(1) Ángel C. Padilla.

Introducción: Este trabajo de investigación aborda el manejo de los CVC por parte del personal de enfermería y la relación que existe con respecto a la aparición de infecciones asociadas a la manipulación de estos catéteres.

Objetivos: Los objetivos del estudio fueron conocer el manejo del CVC por parte del personal de enfermería, determinar porcentaje de infecciones asociadas a catéter e identificar zona donde estos se infectan con mayor frecuencia.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, que incluyó a toda la población del personal de enfermería (n=64); también se tomó al total de la población de pacientes con CVC (n=18). La recolección de los datos se efectuó mediante guía de observación estructurada que se puso en efecto en tres oportunidades en el mes de Mayo de 2013.

Resultados: Del análisis de datos se observó que el 49% del personal posee formación profesional. El 75% de los enfermeros no utiliza guantes estériles para realizar la curación y un 48% cura el catéter cada vez que es necesario y un 41% lo hace una vez al día. El 56% utiliza clorhexidina al 4% para la curación del sitio, un 97% realiza desinfección del conector de goma previo a la administración de un medicamento y un 75% utiliza guantes para manipular el circuito del paciente. El 65% de los pacientes internados posee patologías neurológicas, y el 78% permanecen más de 48 hs. internados en ese servicio. El 55% posee CVC en la región yugular y el 100% fue colocado en UTI. El 61% de los pacientes permanece con CVC más de 7 días. El 7% de los que estuvieron más de 48 hs. tuvieron un retrocultivo (+) para infección asociada a catéter.

Conclusiones: El personal de enfermería cumple un papel fundamental para asegurar el mantenimiento sin infecciones del CVC y debe aplicar medidas que contribuyan con este objetivo para erradicar totalmente las infecciones asociadas a catéter y brindar una mejor calidad de atención a los pacientes internados. Para ello debe cumplimentar la totalidad de medidas destinadas a prevenir infecciones relacionadas a CVC.

0315 PREVALENCIA DE HIPONATREMIA Y SU ETIOLOGIA EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICAS SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADO DE HORMONA ANTIDIURÉTICA VERSUS SÍNDROME CEREBRAL PERDEDOR DE SAL UCI DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

A RAMIREZ(1), F AYALA ORTIZ(1), A GAUDIOSO(1), K OBREGON(1), C ANTUNEZ(1), M LOPEZ(1), G ROJAS(1), G GRANBERG(1), R CONTRERAS(1), C BASTOS(1), M BRITZ(1)
(1) Hac.

La hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente en pacientes con HSA de etiología aneurismática. Este trastorno aumenta morbilidad y mortalidad sobre todo si no se realiza correcto diagnóstico y tratamiento. La hiponatremia en desórdenes neurológicos es generalmente hiposmolar, causado por dos síndromes: secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) y síndrome cerebral perdedor de sal (CSWS). El objetivo de este estudio es establecer nuestra prevalencia de hiponatremia en pacientes con HSA aneurismática y dentro de ella las etiologías más frecuentes y su relación con los resultados clínicos valorando mortalidad y días de internación. Se recolectó información de las historias clínicas de base de datos informática de 32 pacientes que fueron admitidos en UCI con un diagnóstico de HSA aneurismática, durante el periodo de 01/01/12 al 30/03/13. La edad de la muestra (n = 32) varió desde 18 hasta 74 años (media: 55 años); mayor número de mujeres (n = 22

vs 10); APACHE II medio 24. Por clasificación de gravedad clínica de HSA eran de buen grado 5 pacientes, y de mal grado 27. La hiponatremia se observó en 12 (37,5%) pacientes. Media de Na fue de 132.5 mmol/L, rango de 128 a 134 mmol/L. La duración media de la estancia en la UCI fue 7 días, rango 1 a 31 días, mediana 5 días. La asociación entre hiponatremias, HSA de mal grado y mayor APACHE II no fue estadísticamente significativa ($P = 0,544$). No hubo diferencia en la prevalencia entre hombres y mujeres ($p = 0,654$). Edad > 55 años se asoció con hiponatremia y SIADH ($P = 0,015$). La hiponatremia se asoció con un aumento leve en días de internación (7= SIADH y 6= sin hiponatremias), no se demostró mayor mortalidad en pacientes con hiponatremias para mismo grado clínico. La etiología más prevalente fue el SIADH (90%), se observó hiponatremia severa en pacientes con SIADH. Se concluyó que la hiponatremia es un disturbio frecuente, siendo la etiología más prevalente el SIADH. Los pacientes mayores de 50 años tienen más riesgo de presentar SIADH y mayor severidad de hiponatremia.

0316 MENINGITIS POR ACINETOBACTER BAUMANNII EN TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE: COMPLICACIÓN OMINOSA, EMERGENTE Y DE DIFÍCIL SOLUCIÓN

CF TOLOSA(1)

(1) San Juan Bautista.

Introducción: La meningitis por *Acinetobacter baumannii* es una entidad clínica cuya incidencia y problemática se incrementa con el paso del tiempo, especialmente en pacientes neurocríticos. Su morbimortalidad es elevada debido a la elevada tasa de resistencia antibiótica y a la pobre penetración de los mismos en el SNC. Factores predisponentes incluyen; trauma craneal, neurocirugías, fístula de líquidocefalorraquídeo (LCR), dispositivos para monitoreo de presión intracraneana (PIC) o sistemas de drenaje de LCR.

Objetivo: Determinar características clínicas, epidemiología y evolución.

Métodos: Análisis retrospectivo anual (2011-2012), de casos de meningitis nosocomial por *Acinetobacter baumannii*. El diagnóstico se efectuó según los criterios de Mayhall mas la comprobación del germen en cultivos de LCR, con el antibiograma correspondiente.

Resultados: 10 pacientes (8M/2F), edad media 36 años componen el estudio. Todos fueron sometidos a craniectomía de urgencia por TEC grave con monitoreo de PIC. En 2 casos se consideró puerta de entrada fístula de LCR, y en 8 vía hematogena (infección respiratoria y urinaria concomitante al mismo germen con hemocultivos +). El cuadro clínico y los hallazgos de laboratorio fueron similares al de cualquier meningitis, siendo la fiebre el síntoma más frecuente. En todos los casos efectuamos TAC previa a la Punción lumbar, y tratamiento combinado: intratecal (amino glucósidos, colistin) y sistémico (colistin, ampicilina-sulbactam, meropenem, minociclina). La duración media del tratamiento fue 14 días. En 65% de los casos se evidenció cura microbiológica, pero el 100% de los pacientes falleció por gravedad del trauma o comorbilidades asociadas.

Conclusiones: La meningitis por *Acinetobacter baumannii* aparece en enfermos colonizados previamente en otras localizaciones, favorecido por la presencia de fístula LCR y procedimientos neuroquirúrgicos de emergencia. Su elevada mortalidad radica en las lesiones asociadas al trauma de ingreso.

0317 HEMORRAGIA INTRACEREBRAL, UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE VASCLITIS SISTÉMICA

N CIARROCCHI(1), M TERÁN(2), P CALO(3), E SAN ROMÁN(2), F GOLDENBERG(2)

(1) Italiano De Bs. As. (2) Italiano De Buenos Aires. (3) Italiano De Buenos Aires.

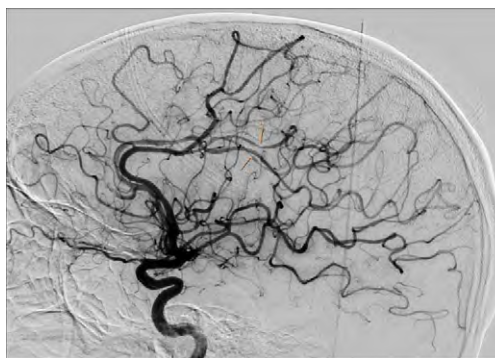
Introducción: Las vasculitis sistémicas pueden inducir injuria neurológica inicialmente o durante la evolución de la enfermedad. La hemorragia intracerebral (HIC) como manifestación inicial es infrecuente.

Describimos un caso de vasculitis sistémica de presentación neurológica aislada inicialmente diagnosticado como vasculitis aislada del SNC.

Caso clínico: Hombre de 43 años que consulta por cefalea intensa subaguda; la tomografía cerebral revela la presencia de un hematoma parietal y otro occipital con un examen neurológico inicialmente normal. La angiografía cerebral mostró alteraciones compatibles con vasculitis difusa (Fig 1). Durante el procedimiento angiográfico el paciente presentó deterioro neurológico no atribuible a oclusión vascular visible angiográficamente y sin evidencia de nuevas lesiones en una tomografía de urgencia. Con sospecha de vasculitis del SNC recibió pulsos de metilprednisolona. Evolucionó con múltiples lesiones isquémicas agudas.

Como investigación de una bacteriemia a bacilo gram negativo de origen desconocido, una angio TC de abdomen mostro lesiones vasculíticas en la arteria mesentérica superior (Fig 2) y ambas renales. El panel reumatológico fue negativo. Recibió ciclofosfamida evolucionando favorablemente y fue externado con mínimo déficit neurológico.

Discusión: La afección del SNC en las vasculitis sistémicas es infrecuente, más rara aún es la presencia de HIC como manifestación inicial. La ausencia de manifestaciones clínicas extra neurológicas en este paciente con vasculitis sistémica llevo inicialmente al diagnóstico de vasculitis aislada del SNC. A partir de este caso, planteamos el interrogante de cuantos pacientes diagnosticados como portadores de vasculitis aislada del SNC pueden tener compromiso vascular inflamatorio extra-craneano oligosintomático y entonces sugerimos considerar la necesidad de realizar estudios vasculares sistémicos en casos seleccionados.



0318 SHOCK SÉPTICO FATAL SECUNDARIO A INFECCIÓN DISEMINADA POR HERPES VIRUS EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

J FUENTES(1), MB RETAMOZO(1), GA BUSTINGORRY(1), V SÁNCHEZ(1), A ALVARELLOS(1), GW BONGIORNI(1), EA ROMERO(1)

(1) Hospital Privado Centro Médico De Córdoba.

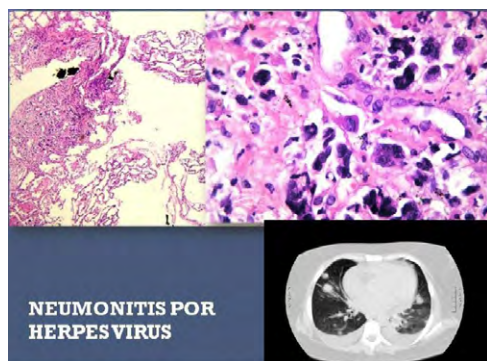
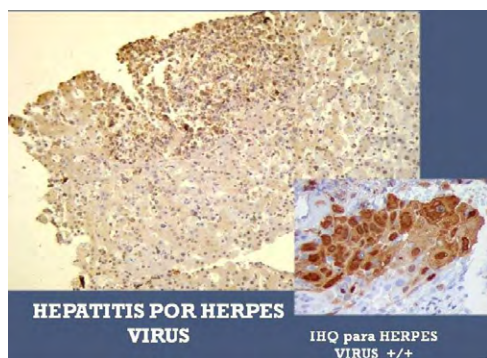
Introducción: El LES tiene un amplio espectro de manifestaciones clínicas. El tratamiento inmunosupresor aumenta el riesgo de in-

fecciones. La superposición de características entre infección viral aguda y LES activo conlleva a un retraso diagnóstico y un manejo inadecuado de la terapéutica antiviral temprana.

Presentación de Caso: Mujer de 50 años, *antecedentes* de LES (ANA +, hipocomplementemia), síndrome antifosfolipídico, anemia hemolítica autoinmune Coombs +, esplenectomizada. Admitida por síndrome febril y úlcera bucal de 20 días de evolución. Recibió esquemas antibióticos y aumento de corticosteroides por hemólisis; sin respuesta clínica se interna. Tratamiento: prednisona y azatioprina. *Al examen:* fiebre (38°C) y úlcera bucal dolorosa en mucosa yugal (4 cm) con rodete inflamatorio y secreción purulenta. Adenopatía submaxilar indurada y móvil. *Laboratorio:* anemia hemolítica (hemoglobina 5.5 g/dl, bilirrubina total: 4.78mg/dL e indirecta: 2.24, LDH: 1921 U/L), leucocitosis (18.5 k/ul), PCR 4.33 mg/dL, procalcitonina: 0.40ng/ml, C3: 79 mg/dl, C4: 19 mg/dl. Orina: sedimento normal. *Ecografía:* tumefacción en celular laxo yugal sin colecciones. *Tomografía* maxilar sin compromiso profundo. Se realiza *biopsia*. Inicia prednisona por sospecha de actividad lúpica agregando piperacilina/tazobactam y anfotericina por sospecha de úlcera sobreinfectada. Evoluciona con shock séptico, SDR, acidosis metabólica láctica y fallo múltiple orgánico; se traslada a unidad de *cuidados intensivos*. Asistencia respiratoria mecánica. Monitoreo con catéter de Swan Ganz: patrón mixto distributivo más cardiogénico. Vasopresores e inotrópicos. *Tomografía tóraco-abdominal:* lesiones nodulares sólidas en pulmón e hígado con regeneración esplénica. Se amplía esquema antimicrobiano (ganciclovir, trimetropin/sulfametoxazol, anidulafungina, voriconazol, imipenem, vancomicina). Presenta fallo renal agudo con criterio dialítico. Mala evolución. *Fallece* al sexto día. *Se realiza autopsia*.

Resultado: Biopsia de úlcera bucal: efecto citopático viral; infección por HERPES VIRUS. Autopsia: INFECCIÓN DISEMINADA POR HERPES VIRUS: hígado, pulmón, riñón, ganglios linfáticos, mesenterio. Hemofagocitosis en ganglio, bazo e hígado.

Conclusión: El diagnóstico diferencial de fiebre en LES debe considerar el origen infeccioso; investigar gérmenes comunes, oportunistas y también infecciones virales agudas y crónicas. Éstas son tardamente sospechadas por imitar brotes lúpicos, aumentando el tratamiento inmunosupresor y retrasando el tratamiento antiviral; así se eleva la morbimortalidad por infecciones virales sistémicas. Se recomienda serología viral de rutina: Virus Ebstein Baar, Citomegalovirus, Herpes simples, Parvovirus B19.



0319 EVALUACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN PACIENTES OBSTÉRICAS CRÍTICAS: ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)

A SANTAMARINA(1), DN VASQUEZ(2), HIGA GRAL. SAN MARTÍN, A DAS NEVES(3), C FERNANDEZ(5), L VIDAL(6), G ZAKALIK(7), A GOMEZ(8), M MORETTI(9), S SOLI(10), V CHAPIER(11), C LOVESIO(12)

(1) Sanatorio Mitre. (2) Sanatorio Anchorena. (3) Higa Gral. San Martín. (4) Higa Gral. San Martín. (5) Hospital De Agudos Ramon Madariaga. (6) Hospital Pablo Soria. (7) Hospital Luis Lagomaggiore. (8) Sanatorio De Los Arcos. (9) Hospital Naval. (10) Sanatorio Julio Corzo. (11) Hospital Español De Mendoza. (12) Sanatorio Parque.

Objetivo: Evaluar y caracterizar la muertes maternas entre pacientes obstétricas críticas (POC)

Material y método: Estudio observacional prospectivo multicéntrico. Población: pacientes embarazadas/púerperas que ingresaron a 20 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de la Argentina desde el 01-01-2012 al 31-12-2012 y fallecieron.

Resultados: Durante el período de estudio, 362 POC ingresaron a UTI, produciéndose 13 muertes maternas (3.6%). De las pacientes fallecidas, 5(38.5%) fueron derivadas desde otro centro, 10(77%) pertenecían al sector público, 6(46%) tenían alguna comorbilidad, 4(31%) presentaban HIV-SIDA. Su edad promedio era 28±7 años, su nivel de escolaridad 8±3 años, la paridad 3[1-5,5], el APACHE II 18±6,87 y el SOFA 7[4-9,5].

En 7 pacientes (54%) la admisión fue No Obstétrica y anteparto, la edad gestacional era de 27,57±8,25; 10(76,9%) había recibido algún control prenatal, adecuado en 6(61,5%).

El 100% de las pacientes requirió ARM, el 92,3%(12) requirió vía central, el 53,8%(7) TAM y el 23%(3) diálisis. El 61.5%(8) presentó distrés respiratorio, el 69%(9) shock, el 100% MODS y el 38,5%(5) falla renal.

Las causas de ingreso de las pacientes fallecidas fueron: no Obstétricas en 7(54%) y Obstétricas en 5(46%). Entre las primeras: neumonía=4 (3 HIV-SIDA); TEC=1, leucoencefalopatía-multifocal-progresiva=1 (HIV-SIDA) y shock en postoperatorio de tumor desmoide=1. Entre las segundas: enfermedad hipertensiva del embarazo=4 (HELLP=3 y eclampsia=1), con ACV hemorrágico en 3 de ellas; hemorragia obstétrica=1 y sepsis puerperal=1.

Conclusiones: Durante el período de estudio, 13 de las 362 POC (3.6%) fallecieron. Se trataba de mujeres jóvenes con una paridad mínima de 1 y máxima de 5,5; cuyo fallecimiento se asocia a un impacto negativo socio-económico y familiar. El 50% presentaba comorbilidades, principalmente HIV-SIDA. La mayoría de las pacientes pertenecía al sector público, presentaba un moderado nivel de instrucción y había recibido algún control prenatal, ingresando a UTI anteparto y a una temprana edad gestacional.

La causa de ingreso de estas pacientes fue No obstétrica en casi la mitad de ellas, principalmente neumonía, y Obstétrica en el resto, con enfermedad hipertensiva en primer lugar, seguida por hemorragia y sepsis, principales causas de mortalidad materna en el país. Es notable la incidencia de ACV hemorrágico, complicación prácticamente ausente en países desarrollados.

0320 EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS CRÍTICOS COMPARANDO ONCOHEMATOLÓGICOS VS TUMORES SÓLIDOS

C BALASINI(1), E DI BERARDINO(1), W DÁVALOS(1), C MORENO(1), M SIMIONATO(1), M ALMENDROS(1), M COLOMBO(1), P CANAVESSI(1), L LANNOO(1), F IGLESIAS(1), R REINA(1)

(1) San Martín.

Introducción: Los pacientes oncológicos críticos representan una población creciente en Terapia Intensiva, lo que ha permitido mejorar el pronóstico y la supervivencia.

Objetivos: Evaluar la epidemiología y la evolución de pacientes con tumores sólidos (TS) versus oncohematológicos (OH) que ingresan a Terapia Intensiva.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes ingresados desde el 1/01/01 al 31/12/12. Se evaluaron variables epidemiológicas, escores de gravedad al ingreso, diagnóstico de admisión, uso de ventilación mecánica (VM), días de VM, días de estadía y mortalidad.

Análisis estadístico: Los datos se presentan como media±DS, mediana, RI y porcentajes. Las comparaciones fueron con test t, Wilcoxon o X2. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Las características epidemiológicas y evolución se muestran en la Tabla 1.

	Todos p=512	Oncohematológicos N= 68(13%)	Tumores sólidos N= 444(87%)	P
Edad	52±17	45±17	53±17	0.001
Masculino	63%	60%	64%	0.55
APACHEII	16±8	27±8	14±7	0.001
Riesgo APACHE	25±22	53±25	21±19	0.001
SOFA	4±9	10±4	4±3	0.001
ARDS	22%	53%	16%	0.001
Shock	20%	56%	15%	0.001
Médicos	17%	93%	6%	0.001
C. Urgencia	7%	4%	8%	0.33
C. Programada	76%	3%	87%	0.001
% VM	48%	88%	42%	0.001
Días de VM	4[1-13]	4[1-11]	3[1-10]	0.82
Días de UTI	3[2-7]	4[1-11]	3[2-9]	0.19
Mortalidad	26%	71%	20%	0.001

Conclusiones:

- Los pacientes OH ingresaron mayormente por patología clínica, estaban más graves por tener mayor escore APACHE II, SOFA, ARDS, shock y requerimientos de VM y tuvieron mayor mortalidad.
- Los pacientes con TS ingresaron mayormente por cirugías programadas presentándose menos críticos.
- Los días de estadía y de VM fueron similares en ambos grupos debido a que en los OH fallecieron tempranamente, mientras que los pacientes con TS fueron dados de alta.

0322 EVALUACIÓN DEL USO DE ANTIBIÓTICOS DENTRO DE UN PROGRAMA DE VIGILANCIA EN UNA CLÍNICA DE REHABILITACIÓN Y CUIDADOS CRÓNICOS

D VIOLI(1), C PEREYRA(1), B VAZQUEZ(2), C POZO(1), C CESARI(1), M VERONESI(1), C DE FARIAS(1), G CHIAPPERO(1)
(1) Clínica Altergarten. (2) Clínica Altergarten.

Introducción: El uso excesivo de antibióticos de amplio espectro genera un aumento en los mecanismos de resistencia, costos institucionales y carga horaria de trabajo. La bibliografía describe que los programas de vigilancias activas generan reducción del uso de antibióticos.

Objetivos: Comparar el uso de antibióticos de dos cuatrimestres antes y después de la implementación de una estrategia de vigilancia infectológica, evaluando criterios de eficacia clínica

Materiales y métodos: Se registraron la cantidad de ampollas de antibióticos/día utilizadas durante el periodo 1/Enero 2012 al 30/Abril 2013. Los antibióticos fueron: Imipenem + Cilastatina (500 + 500) mg, Vancomicina 500 mg, Colistin 100 mg, Piperacilina tazobactam 4.5 gr y Meropenem 1g. Se anotaron los días cama/pte, n° de ingresos de pacientes a la unidad de rehabilitación y cuidados

crónicos, tasa de uso de traqueostomía, ARM, sonda vesical, catéter venoso central, derivaciones a centros de agudos, n° de infecciones diagnosticadas y bajo tratamiento. Se definió eficacia clínica según el número de infecciones y cantidad de derivaciones a centros de agudo.

La estrategia incluyó un programa que consistía en vigilancia activa mensual de colonización rectal para gérmenes multiresistentes y de infecciones según foco, educación a personal de la salud, toma de decisión terapéutica por equipo interdisciplinario (incorporación de médicos de planta).

Estadística: Variables cuantitativas se expresaron en media y mediana con desvío estándar según corresponda. Se calculó con test de t para muestras apareadas para medias normales y Wilcoxon para muestras no paramétricas. Significación $p = 0.05$

Resultados: Durante este periodo ingresaron 93 pacientes, con una tasa de uso de traqueotomía 92%, de ARM 31%, de sonda vesical 57% y de acceso central 17%. La tasa global de infecciones 19/1000 Pte día. Se presentan los datos del 1°cuatrimestre 2012 y 2013.

	1° cuatrimestre 2012	1°cuatrimestre 2013	p
Día cama/pacientes	361±37	353± 30	0.61 NS
Ampollas de atb	516± 239	268± 86	0.001
Ingresos	6± 4	4± 2	0.4 NS
Infecciones	7±3	4± 1	0.28 NS
Derivaciones	2± 1	1.5± 1.7	0.66 NS

Conclusiones: Se observó una disminución significativa del uso de antibióticos en los periodos analizados, sin variación en la cantidad de derivaciones a centros de agudos, n° de ingresos y n° de infecciones. El uso de antibióticos depende de una estrategia racional con criterio infectológica sin alteración de la eficacia clínica.

0323 IAM EN TRAUMA CERRADO DE TÓRAX. INFORME DE UN CASO

Z GALLARDO(1), C GÓMEZ(1)
(1) Municipal De Urgencias.

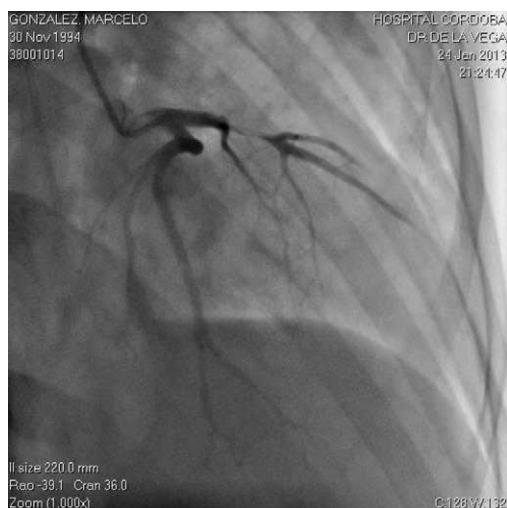
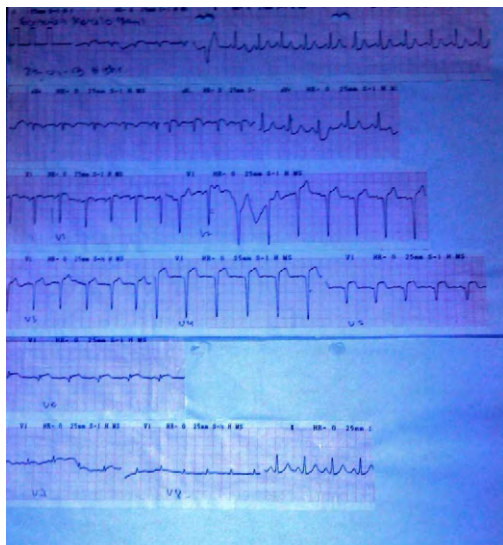
Introducción: el IAM es una inusual complicación del trauma torácico, a menudo relacionado con colisión vehicular. Se produce por disección, laceración y trombosis coronaria. La arteria descendente anterior es la arteria que resulta más afectada.

Caso clínico: varón de 19 años que ingresa el 23/01/13 por Politraumatismo 2° a colisión de moto (conductor sin casco) vs moto, con impacto lateral izquierdo. Presenta TEC leve, trauma torácico cerrado con fractura (F) clavicular derecha, con contusión pulmonar bilateral y sospecha de contusión miocárdica, F cerrada de cubito y radio izquierdos, luxación de 1° art interfalangica del 5° dedo de mano izquierda, F cerrada de 2° falange de mano izquierda, F expuesta de 1° metatarsiano de pie izquierdo. Ingresó lúcido, SCG 15/15 con dolor generalizado. Examen físico: TA: 170/100 mmHg, FC: 100 lat/min, FR: 24 rpm, SPO2 97% con O2 por máscara. R1 R2 NF con MV presente con roncus bilaterales, resto sin particularidades. Sin antecedentes patológicos. ECG: taquicardia sinusal, FC 100 lat./min, Eje 110° PR 0.16, QS DI, AVL, V1 a V5 además de supradesnivel del ST con ondas T negativas trazado que sugiere IAMCEST anterior extenso. Enzimas cardíacas: CPK total 7638 U/L, CPK MB 686 U/L, Troponina I 19,32 mcg/l. Ecocardiograma: hipocinesia anterior. Fey 47%, CCG de urgencia: disección obstructiva severa de la arteria DA en 1/3 proximal, se realizó ATC con stent con flujo TIMI 3. El paciente inicialmente requiere de VNI pero finalmente presenta una evolución favorable.

Discusión: los mecanismos lesionales cardíacos en las colisiones vehiculares, son la compresión brusca del corazón entre la columna vertebral y el esternón y por aceleración y desaceleración. El IAM por disección coronaria traumática es poco frecuente, su incidencia real puede estar subestimada por su dificultad diagnóstica, muchas

veces enmascarado por el contexto traumático y por el bajo índice de sospecha.

Conclusión: en este caso ante la alta sospecha, se activaron estrategias diagnósticas y el tratamiento adecuado precozmente con buenos resultados.



0324 TRASPLANTE HEPÁTICO, NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA

D MOLINA(1), S CHAPELA(1), A GONZALEZ FLORES(1), N DACIUK(1), E DESCOTTE(1), F BALLESTERO(1), M BLASCO(1)
(1) Británico.

Introducción: El trasplante hepático es considerado el tratamiento de elección para pacientes con hepatopatías agudas o crónicas, una vez agotadas otras alternativas terapéuticas.

Objetivo: Analizar las complicaciones en el postoperatorio y si las mismas cambiaron en el tiempo.

Materiales y métodos:

Se realizaron 85 trasplantes hepáticos durante 33 meses. Se analizaron variables demográficas, causas de cirrosis, datos de laboratorio y complicaciones post operatorias. Se dividió la muestra en dos según el mes de ingreso: 37 pacientes en los primeros 16 meses y 48 en los segundos 17 meses, se compararon las muestras y sus complicaciones.

Resultados: 71,76% fueron varones (IC 95% 60,96-81). La edad media 56,58 años, el promedio de internación 6,13 días. El apACHE II promedio 13 puntos, la mortalidad durante la internación 4,71% (IC 95% 1,30-11,61).

El MELD promedio 21. Las causas de la cirrosis fueron: cirrosis alcohólica: 28,24% (IC 95% 19,00-39,04%), hepatitis c 36,47% (IC 95% 26,29-47,62), hepatitis toxica 1,18% (IC 95% 0,03-6,38), hepatitis autoinmune 5,88% (IC 95% 1,94-13,20), criptogénica 11,75% (IC 95% 5,79-20,57), cirrosis biliar primaria 7,06% (IC 95% 2,63-14,73), hemocromatosis 4,71% (IC 95% 1,30-11,61).

Las complicaciones fueron: sangrado postoperatorio 20% (IC95% 12,02-30,08), insuficiencia renal aguda 15,29% (IC95% 8,4-24,73), infecciosas 15,29% (IC95% 8,4-24,73), insuficiencia cardiaca 8,24% (IC95% 3,38-16,24), TRALI 4,71% (IC95% 1,3-11,61), cardiopatía isquémica 3,53% (IC95% 0,73-9,97).

Se analizaron variables demográficas de ambos grupos observándose similares características. Se evaluaron las complicaciones en ambos periodos, observándose que en la primer mitad, 9 sangrados postoperatorios y en la segunda 8 (p=0,38), TRALI 2 eventos en cada periodo (p=0,78), falla cardiaca 3 y 4 eventos (p=0,97), infecciones 5 y 8 (p=0,68), insuficiencia renal aguda 6 y 8 eventos (p=0,83), cardiopatía isquémica 1 y 2 eventos (p=0,71) y otras complicaciones 6 y 10 eventos respectivamente (p=0,58). La mortalidad en ambos grupos fue similar.

Conclusión: El trasplante hepático es un postoperatorio complejo, que demanda un constante entrenamiento y aprendizaje. No se observaron diferencias significativas en la incidencia de complicaciones en ambos periodos. Esto probablemente se deba al trabajo multidisciplinario con los equipos de cirujanos y especialistas en trasplante hepático, los cuales ya tenían experiencia previa y médicos especialistas en terapia intensiva.

0325 EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN MATERNO-FETAL-NEONATAL ENTRE PACIENTES OBSTERICAS CRÍTICAS: ESTUDIO ARGENTINO MULTICENTRICO PROSPECTIVO (PROPOC)

G ZAKALIK(1), DN VASQUEZ(2), HIGA GRAL. SAN MARTÍN, D INTILE(2), V APHALO(2), J LAPADULA(5), S VOMMARO(6), M CAPALBO(7), F BALLESTERO(8), J SANTOS(9), F BERTOLETTI(10), C LOUDET(3)

(1) Hospital Luis Lagomaggiore. (2) Sanatorio Anchorena. (3) Higa Gral. San Martín. (4) Sanatorio Anchorena. (5) Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. (6) Sanatorio Mater Dei. (7) Hospital Gral De Agudos José M.penna. (8) Hospital Británico. (9) Clínica Colón. (10) Sanatorio San Jorge. (11) Higa Gral. San Martín.

Objetivo: Determinar factores de riesgo de mala evolución materno-fetal-neonatal entre pacientes obstétricas críticas (POC) en la Argentina.

Material y método: Estudio observacional prospectivo multicéntrico. Población: pacientes embarazadas/púperas que requirieron ingreso a 20 Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de la Argentina, desde el 01-01-2012 al 31-12-2012.

Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 362 POC a UTI. Se produjeron 13(3.6%) muertes maternas y 55(17%) pérdidas fetales/neonatales; arrojando un total de 58 eventos adversos combinados (*muertes maternas y/o muertes fetales-neonatales*).

Estas evoluciones adversas (58) se compararon con las evoluciones favorables (265) (sobrevivida materna-fetal-neonatal), con los siguientes resultados: sector público 42(72%) vs.120 (45,3%) p0.000; años de estudio 9,6±4 vs. 12,12±4 p0.000, derivación desde otro centro 20(37,7%) vs. 58(25,6%) p0,075, APACHEII 13,15±7,27 vs. 7,75±5,24 p0,000, ausencia de comorbilidades 47(82,5%) vs. 235(89,7%) p0,122, admisión anteparto 22(38,6%) vs. 59 (22,3%) p0,010, edad gestacional 25,74±8,36 vs. 34,48±5,11 p0,000, control prenatal 39(71%) vs. 239(94%) p0,000.

Complicaciones en UTI: ARDS 11(19%) vs. 6(2,3%) p0,000, shock 31(53,4%) vs. 56(21,1%) p0,000, ACV 3(5,17%) vs. 1(0,38%) p0,019, diálisis 8(14%) vs. 2(0,75%) p0,000.

Categoría de ingreso: HTA 18(31%) vs. 142(53,6%) p0,002, Sepsis obstétrica 13(22,4%) vs. 12(4,5%) p0,000.

Modelos de regresión logística binaria: Tablas1, 2, 3.

Tabla 1

Variable	OR[IC 95%]	p
Público	2,03[0,643-6,432]	0,22
Anos de estudio	0,92[0,819-1,043]	0,20
Centro de derivación	0,058[0,010-0,352]	0,002
Control prenatal	0,252[0,094-0,674]	0,006
APACHEII	1,139[1,07-1,21]],	0,000

Tabla 2

Variable	OR[IC 95%]	p
APACHEII	1,07[1,013-1,137]],	0,016
Shock	2,62[1,26-5,44]	0,010
Diálisis	8,36[1,47-47,55]	0,017
Distrés	2,94[0,85-10,16]	0,088
ACV	15,91[1,27-198,24]	0,032

Tabla 3

Variable	OR[IC 95%]	p
APACHEII	1,13[1,07-1,186]	0,000
Categoría sepsis obstétrica	4,15[1,59-10,83]	0,004
Categoría hipertensión	0,667[0,33-1,35]	0,259

Conclusiones: Se constataron 58 eventos adversos materno-fetal-neonatales, principalmente en hospitales del sector público, entre mujeres con menor nivel de escolarización, derivadas de otros centros, con menor edad gestacional y que presentaban mayor severidad al ingreso a UTI en comparación con las que presentaron evolución favorable.

Las variables relacionadas independientemente con evolución adversa materno-fetal-neonatal fueron: APACHEII, sepsis obstétrica, shock, ACV y el requerimiento de diálisis, mientras que las variables protectoras fueron: control prenatal y atención en un hospital de derivación, lo que podría relacionarse con una mayor experiencia en el manejo de estas pacientes en tales centros.

0326 IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE RESPUESTA RÁPIDA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE ADULTOS

C ANTUNEZ(1), M LOPEZ(1), R CONTRERAS(1), G ROJAS(1), G GRANBERG(1), C BASTOS(2), M BRITZ(1), N RAIMONDI(1), G CHIAPERO(1), H NUÑEZ(1), M PROCHASKO(2)

(1) Hospital De Alta Complejidad Juan Domingo Peron. (2) Hospital De Alta Complejidad.

Introducción: El tratamiento precoz de pacientes cuyo estado clínico se encuentra en deterioro progresivo y/o rápido redundaría en una mejoría de los resultados y menor utilización de camas de UTI. La implementación de equipos de respuesta rápida se asocia a un descenso del 33% de paro cardiovasculares fuera de la UTI. En estudios multicéntricos no se demostró reducción de mortalidad hospitalaria ni en UTI, en estudios de hospitales individuales insinúa algún beneficio.

Objetivos: Evaluar la utilidad de Equipo de Respuesta Rápida com-

parado con interconsulta tradicional en sala general, para disminuir la mortalidad hospitalaria, en UTI y en las primeras 24 hs en UTI y el número de ingresos desde sala general.

Método: Se comparan dos grupos de pacientes ingresados a UTI en dos períodos de seis meses, desde sala general. Uno a través de activación del equipo de respuesta rápida y otro por interconsulta tradicional. Los pacientes estuvieron internados en sala general al menos 24 hs previas a su ingreso a UTI. Fueron excluidos cirugías programadas.

Resultado: El número de ingresos a UTI (n239 y n247) fue similar, edad promedio 56 y 54 años. El APACHE II fue mayor para el grupo ERR 25,83, que para interconsulta 19,6. Ingresaron a UTI 36 pacientes (2.29% de los ingresos hospitalarios) en el período de ERR y 52 pacientes (3.09% de los ingresos hospitalarios) en el lapso de interconsulta tradicional (p=0.086). Representa el 15% y 21,03% de los ingresos totales a UTI con un descenso del 5%. La mortalidad global fue similar en ambos grupos, tanto en la sala general (1.23% vs.1.19%), como en UTI (22.59% vs 23%). La mortalidad dentro de las primeras 24 hs en UTI fue diferente, a favor del grupo ERR se produjeron 3 óbitos (8,33%), en contraste el grupo interconsulta con 7 óbitos (13,46%) p0,5.

Conclusión: La implementación del Equipo de Respuesta Rápida resultó útil, reflejado en una disminución de la mortalidad en UTI en las primeras 24 hs. y del número de ingresos desde sala general optimizando la utilización de camas en UTI. No se observó descenso de la mortalidad global de sala general, ni de UTI.

0327 LESIÓN VASCULAR GRAVE POR PICADURA DE HYMEOPTERO APIS MIELLIFERA

C FARIAS(1), M FLOREZ MONTES(1), Y SALOMON(1), A TORRES(1), C FARINA(1), M WILLIG(1), I GABRIELA(1), M ANCHORENA

(1) Simplemente Evita.

Introducción: La incidencia de picadura de abejas en el ámbito urbano es baja. En estos pacientes se cree que la mortalidad está relacionada a eventos vasculares asociados o no con reacciones anafilácticas.

Objetivo: Descripción de un caso clínico.

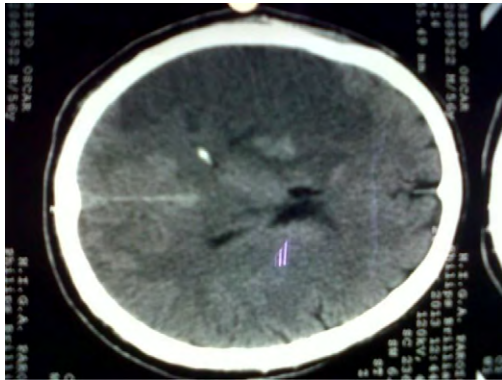
Material y método: Análisis retrospectivo de historia clínica.

Resultado: Paciente masculino de 56 años con antecedente de infarto en 2009. Ingres a guardia por múltiples picaduras de abejas (más de 150 picaduras). Evoluciona con hipertensión de 180/90 mmHg y dolor precordial típico. ECG donde se observa bloqueo de rama izquierda agudo.

Se interpreta como síndrome coronario agudo. Ingres a cuidados críticos. Se inicia tratamiento con nitritos, desapareciendo el bloqueo en ECG. Ecocardiograma anormal con deterioro severo de función sistólica de VI, enzimas cardíacas positivas. Como intercurriencia dentro de las primeras 24 horas de internación presenta hemiplejía facioabrahioquocrural izquierda por lo que se realiza TAC de encéfalo donde se observa infarto de la cerebral media. Laboratorio: trombocitopenia, elevación de los valores nitrogenados y rdbdomiolisis, Falla renal aguda de causa renal, Presenta arritmia ventricular. PCR FV/TV sin respuesta.

Conclusiones: Presentamos un caso de un paciente que ingresa por múltiples picaduras.

Presento compromiso cardiovascular, neurológico y renal, si bien estos eventos vasculares severos no se correlacionaron con eventos de accidente de placa, la evolución es comparable a los casos reportados en la literatura en los cuales se observo que esta evolución con compromiso de dichos órganos, puede ser generada por uno de los componentes del veneno del himenóptero, principalmente de la metilina.



0328 IMPLICANCIA DE UN ESTUDIO RANDOMIZADO SOBRE EL TRATAMIENTO DEL TEC GRAVE BASADO EN LA PIC EN COMPARACIÓN CON EL TRATAMIENTO BASADO EN LA CLÍNICA Y LA TAC INICAL. EL ESTUDIO BEST TRIP

W VIDETTA(1), RM CHESNUT, N TEMKIN, S DIKMEN, C RONDINA, G PETRONI, S LUJAN, J PRIDGEON, J BARBER, J MACHAMER, K CHADDOCK
(1) Nac. Prof. A. Posadas.

Introducción: El estudio BEST TRIP (Randomised Controlled Trial of ICP Monitoring for Managing Severe Traumatic Brain) publicado recientemente no demostró diferencias significativas en los resultados entre los pacientes con TEC Grave en la rama guiada por monitorización de la PIC en comparación con la rama basada en la clínica y las imágenes.

Objetivos: Analizar la interpretación adecuada de este estudio y su importancia en las UCI de países con recursos limitados.

Métodos: Se analizaron los datos de 324 pacientes asignados al azar para controlar la hipertensión endocraneana en pacientes con TEC Grave basado en que no hubo diferencias significativas entre los grupos en la incidencia de empeoramiento neurológico.

Conclusiones: El valor de la monitorización de la PIC en sí, mismo

no fue examinado en este estudio. El protocolo guiado por PIC no funcionó de la forma que se esperaba. Esto exige que se debe investigar más sobre análisis de la PIC en terminus de umbres críticos, análisis de curva y tendencias y la integración con los otros monitores. En los países con recursos limitados el tratamiento basado en las imágenes y la clínica da resultados aceptables, pero se asocia a tratamientos más intensivos.

0329 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES ASISTIDOS EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA, PROVINCIA DE JUJUY, EN EL PERIODO 2011 - 2012.

R CASTELLANO(1), P BAEZ(1), A VELAZQUEZ(1)
(1) Pablo Soria.

Resumen: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de los pacientes ingresados al servicio, haciendo una comparación del periodo 2011 y 2012, con una muestra de 1.235 pacientes, que representan al total de pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Pablo Soria, de la Provincia de Jujuy. Con el propósito de conocer las características de los pacientes, se realizó un análisis de los mismos considerando mes y año, utilizando variables tales como edad y sexo, días promedio de internación, porcentaje ocupacional de camas y tipo de alta. Además se analizó tipos de patologías con las que ingresaron al servicio, agrupados por especialidad, donde se pudo determinar que las patologías prevalentes de atención fueron las neurológicas con un 43% durante el año 2011, el 44% en el 2012. El sexo prevalente fue el masculino, con un 60% en el 2011 y un 64% en el 2012. Con respecto a la edad, predominó la atención de pacientes entre 21 y 30 años en ambos periodos, correspondiendo esto a un 23 % del total de pacientes atendidos, el porcentaje ocupacional de cama promedio para el año 2011 fue del 89% mientras que para el 2012 fue del 92%, con 5 días de internación promedio para el 2011 y 6 días para el 2012 respectivamente, además se determinó que la tasa de mortalidad promedio durante el año 2011 fue del 26%, mientras que para el 2012 fue del 25%.

Objetivos:

- Conocer las características de los pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva.
- Identificar la patología que prevalece en el servicio.
- Determinar la Tasa de Mortalidad.

Conclusión: Los resultados obtenidos en el estudio demostraron que la mayoría de los pacientes son jóvenes/adultos comprendidos entre los 21 y 30 años de edad, con una prevalencia de patología neurológicas, entre las que se incluye TEC, relacionados con incidentes de tránsito por vehículo de 2 o 4 ruedas, atropellos a peatones o las relacionadas a caída de altura, siendo esta una causa común a casi todas las provincias del país con prevaleciendo del sexo masculino.

0330 PSEUDONORMALIZACION CORTICAL EN STROKE ISQUEMICO SECUNDARIA A NECROSIS CORTICAL LAMINAR

M FERREYRA(1), M TERÁN(2), G IRUSTA(3), P CALO(2), E SAN ROMÁN(2), F GOLDENBERG(2)
(1) Británico. (2) Italiano De Buenos Aires. (3) Italiano De Buenos Aires.

Introducción: La necrosis cortical laminar es un tipo específico de infarto cortical incompleto donde la tercera y sexta láminas de la corteza cerebral se necrosan debido a su vulnerabilidad selectiva a la isquemia dado su alto consumo energético.

Casos Clínicos: Incluimos dos pacientes que se presentaron con infarto isquémico agudo en el territorio de la arteria cerebral media. La TC realizada a las 72 horas del ictus (Fig 1) mostro hipodensidad homogénea en todo el territorio infartado, edema cerebral y efecto de masa. Una TC de seguimiento realizada 14 días más tarde mostro el mismo territorio infartado pero con un patrón de pseudonorma-

lización radiográfica de la corteza cerebral (Fig 2). Las imágenes de seguimiento tardío documentaron el infarto completo de dicho territorio vascular incluyendo la corteza cerebral y dilatación ventricular ipsilateral ex-vacuo.

Discusión: Este patrón transitorio de pseudonormalización tomográfica cortical o hiperdensidad lineal giriforme visible entre los 7 y 20 días posteriores al infarto puede inducir a pensar que se trata de la preservación anatómica de la corteza o a la presencia de transformación hemorrágica petequeal. Sin embargo estos hallazgos son típicos de necrosis cortical laminar y deben ser entendidos así para evitar confusiones sobre todo en relación a pronóstico funcional neurológico. La Resonancia Magnética Nuclear de cerebro ayuda a clarificar el estado de la corteza cerebral en casos donde hubieren dudas.



0331 COMPARACIÓN DE DOS ENFOQUES PARA LA INTERPRETACIÓN DEL ESTADO ACIDO – BASE EN PACIENTES SOMETIDOS A POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

L HESS(1), JC PENDINO(2), S BELTRAME(3), ALBACETE, J TRUJILLO(3), ALBACETE, G ALDAMIZ(3), ALBACETE, M VIVES(5)
(1) Facultad Ciencias Médicas Unr. (2) Centenario. (3) Capiro. (4) Albacete. (5) Capiro Albacete.

Introducción: Los enfoques tradicionales, pueden ser insuficientes para explicar todos los trastornos del equilibrio ácido base (EAB). El análisis físico químico del EAB (Stewart), puede detectar alteraciones no identificadas de otro modo. En el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular (POP-CCV) con circulación extracorpórea (CEC) se observa con gran frecuencia hipoalbuminemia y se generan cambios del EAB.

Objetivos: Comparar dos análisis del EAB: el tradicional y el de Stewart en el POP-CCV con CEC, para determinar si existen diferencias entre los mismos, al clasificar un trastorno del EAB.

Pacientes y métodos: En 50 pacientes en forma prospectiva se analizaron los datos de laboratorio necesarios para la interpretación de los trastornos del EAB tradicionales y el de Stewart. Análisis estadístico: análisis de regresión lineal y el test de Bland y Altman entre las variables de los métodos utilizados para evaluar el EAB.

Resultados: Hubo 22 pacientes con CO_3H^+ y Exceso de Base (EB) normales y todos ellos tuvieron trastornos Acido-Base solo determinados por el enfoque Stewart. Todos los pacientes tuvieron hipoalbuminemia ($24,3 \pm 3,74$ g/l). El 50% de los pacientes, tuvieron alcalosis respiratoria con el enfoque tradicional pero ellos, a su vez fueron clasificados como acidosis metabólica por leve reducción del SID ($33,13 \pm 18,1$ mEq/l). El análisis de regresión entre SIDe y Exceso de Base (EB) mostró fuerte correlación ($r^2=0,735$; $p<0,0001$) y buena concordancia (IC 95%; de 30,3 a 35,6 mEq/l). Hubo muy buena correlación entre SIG y Anión Gap (AG) corregido para albúmina ($r^2=0,9436$; $p<0,0001$) y buena concordancia (IC 95%; de 9,31 a 11,82 mEq/l).

Conclusiones:

1. En presencia de CO_3H^+ y Exceso de Base (EB) normales, el enfoque físico químico permite detectar trastornos, por otra parte ocultos.
2. El componente metabólico del EAB, es bien evaluado, tanto por el EB como por el SID.
3. Cuando el AG se corrige para concentración de albúmina no aporta mayores datos a los mostrados por el SIG.
4. El efecto acidificante de un SID disminuido puede no ser identificado a causa del efecto alcalinizante de la hipoalbuminemia.
5. El efecto compensador de la alcalosis respiratoria puede ser erróneamente interpretada como acidosis por SID disminuido.

0332 NESIDIOLASTOSIS. COMUNICACIÓN DE UN CASO

P VARGAS(1), A TEMBRAS(1), F MARTINEZ(1), E SALCEDO(1)
(1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: La nesidioblastosis es una rara afección pancreática que provoca hipoglucemia por hipersulinismo endógeno en la infancia. Es poco habitual en el adulto, donde también llamada "Síndrome de hipoglucemia pancreatogena no insulinoma".

Presentación del caso: Se trata de una paciente femenina de 62 años de edad, con antecedentes de hernia hiatal, colecistectomía, extabaquismo, y tumor ampular en estudio. Ingresa para realizarse una duodenopancreatocetomía cefálica programada. A los 3 días desarrolla una Neumonía Intrahospitalaria, y comienza con episodios de hipoglucemia. Evolución con cuadro de sepsis y AVM prolongada. A los 2 meses de la intervención y superado el cuadro séptico se hacen más manifiestos los eventos hipoglucémicos a pesar de

■ Resúmenes

alimentación enteral con aporte calórico adecuado. Con glucemia de 45 mg/d se realiza medición de laboratorio:

	RESULTADO	VN
GLUCEMIA	42 mg/dl	
PEPTIDO C	6,68 ng/ml	0,9-4 ng/ml
INSULINEMIA	25,45 mUI/ml	2-14,5 mUI/ml

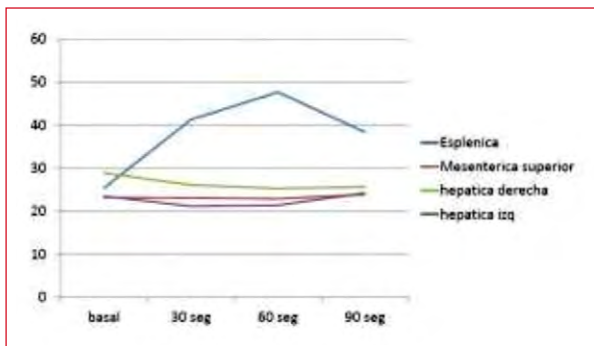
Se realizaron imágenes sin hallazgo de tumores.

Se le realizó arteriografía de páncreas estímulo con gluconato de calcio evidenciándose elevación de insulínemia en un territorio arterial.

Anatomía Patológica: Se realizaron técnicas de inmunohistoquímica observándose incremento moderado de células neuroendocrinas y focal de las mismas con disposición en islotes bien definidos y de manera difusa, y asociación con estructuras ductales. COMPATIBLE CON NESIDIOBLASTOSIS.

Resultados: La paciente recibe tratamiento con diazóxido, somatostatina, alimentación parenteral y enteral por yeyunostomía. Presentaba íleo gástrico persistente e importante reflujo gastroesofágico. Se le realiza Esplenopancreatectomía total + Hernioplastia Hiatal + Funduplicatura parcial tipo Toupet. La paciente fallece en el postoperatorio.

Discusión: La nesidioblastosis del adulto se presenta como una disfunción difusa de las células beta, de causa desconocida, ocurren esporádica. Sin embargo, se ha venido informando asociada con la cirugía bariátrica en los obesos. Como mecanismo de génesis se ha sugerido un aumento de factores beta-citotróficos, que producen hipertrofia de células beta en pacientes con previo hiperinsulinismo por resistencia. El tratamiento es quirúrgico, la paquectomía subtotal (70-95%) es lo más utilizado. En cuanto al manejo médico, el diazóxido es el medicamento más frecuentemente empleado. La respuesta clínica es variable y generalmente se usa como terapia de soporte, mientras el paciente es llevado a una intervención quirúrgica definitiva.



0333 PREVALENCIA Y NIVEL DE RIESGO DE LA UPP EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UCI DEL HOSPITAL ÁNGEL C. PADILLA Y SU RELACIÓN CON LA PATOLOGÍA

MF MORALES(1), F MERCADO(1), RM RIVERO(1)
(1) Ángel C. Padilla.

Introducción: El presente trabajo de investigación aborda el número de nuevos casos de úlceras por presión y el nivel de riesgo de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos y su relación con la patología.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo fueron determinar el nivel de riesgo de úlceras por presión y establecer la presencia de úlceras por presión en los pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos del Adulto del Hospital Ángel C. Padilla, como así también la relación con su patología.

Material y método: Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal cuya población estuvo constituida por el total de los

pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Ángel C. Padilla (n= 53), durante los meses de Abril y Mayo de 2013. Para la recolección de los datos se utilizó la escala de Norton y se tuvo en cuenta el estado general, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia y se observó la presencia de upp en la población bajo estudio y para relacionarla con las patologías se clasificó en hemorragia subaracnoidea, pos operados complicados, politraumatismos, tec y otros.

Resultados: Se ha determinado que el 72% de los pacientes internados en las U. C.I. no presentan úlceras por presión. El 47% de los pacientes tiene un riesgo muy alto de presentar úlceras por presión y solo el 11 % el riesgo es mínimo. Se observa que la presencia de upp es más frecuente en los pacientes que ingresan con hemorragia subaracnoidea 71% y en el grupo de otras patologías con el 67%, encontrándose estas variables significativamente asociadas. (Test exacto p=0,84).

Conclusiones: Si bien el porcentaje de pacientes con upp es menor, no deja de ser significativo dado a que supera ampliamente a lo establecido por estándares internacionales, como así también la cantidad de pacientes en riesgo de adquirirlo. En relación a la patología de los pacientes con upp, esta es significativamente mayor en los pacientes neurológicos.

Por todo ello es que deben existir protocolos de actuación en cuanto a la prevención y tratamiento de las upp en las unidades de cuidados intensivos.

0334 ENDOCARDITIS INFECCIOSA A CÁNDIDA HAEMULONII

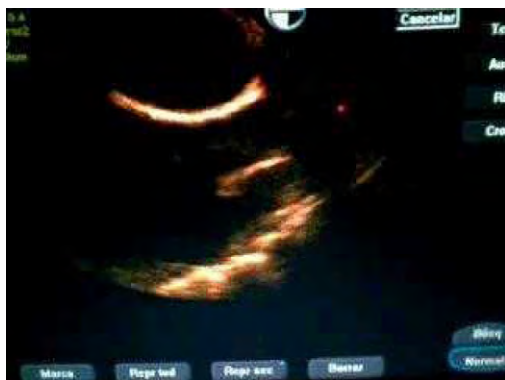
J MODERNE(1), M SILVA(1), T RODRIGUEZ(1), F ALONSO(1), D TEJERA(1), G LIMOGI(1), M CANCELA(1)
(1) Asociación Española.

Introducción: La endocarditis infecciosa es la infección del endocardio. Su lesión característica es la vegetación, compuesta por células inflamatorias, plaquetas, fibrina, microorganismos. Afecta en forma frecuente el endocardio valvular, pudiendo comprometer además cuerdas tendinosas, endocardio mural, etc. Los factores predisponentes son las prótesis valvulares, la valvulopatía degenerativa, el uso de drogas por vía parenteral, los procedimientos invasivos y los accesos venosos prolongados. Los agentes etiológicos más frecuentes son las bacterias, siendo las fúngicas las de menor frecuencia y con baja tasa de curación, 15 a 20 % según series. Es una enfermedad que aumenta la morbi-mortalidad en forma marcada, tanto dentro como fuera de la UCI.

Caso Clínico: Paciente de 33 años, sin AP a destacar, sufre herida de bala que afecta hemitórax izquierdo y abdomen. Estada prolongada en la UCI con múltiples complicaciones infecciosas, incluidas tromboflebitis sépticas en diferentes territorios venosos. Presenta tres hemocultivos (HC) en diferentes períodos que desarrollan levaduras del género *Candida spp*, el primero a *C. albicans*, los posteriores fueron *no albicans*. Concomitante con el último HC positivo a *Candida no albicans*, luego de 60 días en UCI, se diagnostica mediante Ecocardiograma **Transesofágico Tromboflebitis séptica que asocia Endocarditis mural**. Paciente bajo tratamiento antifúngico, se inicia Voriconazol. Se envían muestras para tipificación de *Candida*. Se prescindieron en forma progresiva de accesos vasculares centrales.

Luego de 3 semanas se observa descenso de su actividad infecciosa. A los 40 días del se realiza Ecocardiograma de control el cual muestra ausencia de dicha vegetación. Asociado a esto se obtienen HC negativos en varias oportunidades. El paciente fue dado de alta a domicilio, con antifúngicos orales. A los meses del alta se recibe tipificación de la *Candida* aislada, con el sorprendente hallazgo de ser una *Candida Hamulonii*, la misma presentaba la particularidad de ser resistente a todos los antifúngicos testados in vitro, incluidos los usados en la terapéutica.

Conclusiones: Patología de alta mortalidad, la cual presentó un agente etiológico de muy baja prevalencia y de gran virulencia in vitro. Evolucionó a la curación a nivel de cultivos e imagenológica.



0335 TROMBOSIS SEPTICA DEL SENO CAVERNOSO:

A CABRERA(1), C TOLOSA(1), J ORQUERA(1), S LISE(1)
(1) San Juan Bautista.

Introducción: La trombosis séptica del seno cavernoso es un proceso tromboflebitico de las venas intracraneales de etiología infecciosa (5% de causas de trombosis venosa cerebral), con foco primario: sinusitis (30%); infecciones faciales (25%), poco frecuentes la otitis media (<10%) y de origen odontogénico (<8%). La mortalidad promedio es de 30% y la morbilidad residual del 50% (mas frecuente la neuritis craneal). El pronóstico se basa en el tiempo de diagnóstico y administración de ATB.

Materiales y métodos: Presentación de un caso clínico. Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, con obesidad tipo I, con antecedentes de haber padecido una infección del oído medio; tratada durante 7 días con ATB (amoxi-clavulánico). Consulta por cefalea intensa holocraneana, vómitos, fiebre (38,8°C). Ingresó con un Glasgow de 15 pts. TA: 130/70 mmHg - FC: 98 lpm - FR: 16 x'. Laboratorio destaca leucocitosis de 20.400, con un 85% de neutrófilos.

Se solicita urocultivo, hemocultivo, con resultados posteriores negativos. Punción lumbar: LCR claro, células 8, proteínas 130, Glucosa 62, Gram negativo. Tac de cerebro estándar: hiperdensidad del seno venoso transversal y longitudinal superior. Se inicia tratamiento con ceftriaxona (2g c/12 hs).

Evolución clínica: A las 24 hs del ingreso presenta depresión del sensorio, con un Glasgow de 9 pts. (M4 V3 O2), ante la sospecha de posible trombosis venosa cerebral, se realiza angioTAC cerebral, que evidencia una imagen en falta de relleno en el seno longitudinal superior, tercio posterior.

Se asume el diagnóstico como trombosis séptica secundaria a proceso infeccioso contiguo (otitis media). Se agrega vancomicina (1g c/12 hs) y metronidazol (500 mg c/8 hs).

Se solicita perfil inmunológico (complemento, C3, C4, PCR, FR, ANA, AntiADN; antifosfolípidos) para descartar posible causa vascular, en espera de los resultados (negativos a los 5 días) se coloca tratamiento anticoagulante en forma conjunta con los ATB. Luego de 6 días de

internación, se encuentra asintomática y con un Glasgow de 15 pts.
Conclusión: Si bien es una patología poco frecuente debe ser sospechada ante un cuadro meníngeo, asociada a infección del oído medio, considerando administrar de manera precoz ATB empírico, y valorar la posibilidad de la anticoagulación, la cual tendría efecto antirombótico y prevención de la diseminación de embolos sépticos, mejorando así el pronóstico de la enfermedad.

0336 ROL DE LA PROCALCITONINA Y PCR EN EL POST OPERATORIO CARDIOVASCULAR INFANTIL

F SANCHEZ(1), R FRAIRE(1), S TORRES(1)
(1) Hua.

Introducción: El diagnóstico de la respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) es muy frecuente en el postoperatorio de la cirugía cardíaca. En el presente estudio se evalúa la curva de valores en sangre tanto de la procalcitonina (PCT) como de la proteína C reactiva (PCR).
Objetivo: Describir el valor de la PCT y PCR en la población pediátrica como marcador de respuesta inflamatoria sistema (SIRS) del postoperatorio cardiovascular (POC).

Material y Método: Se tomó muestra sanguínea a nueve pacientes para PCT y PCR al día 1 PO (postoperatorio), al 4 y al 7. NO se reclutaron pacientes con fiebre o antecedente de foco infectológico positivo previo a la cirugía.

Numerosos factores durante la cirugía cardiovascular como la anestesia, la liberación de endotoxinas, la bomba cardíaca, y la hipotermia inducen una compleja respuesta celular inflamatoria. En diferentes estudios los parámetros elevados de PCT y PCR en el PO cardiovascular en ausencia de infección, se asociaron al bajo gasto cardíaco (BGC) severo.

Diseño: Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes.

Resultados: La media aritmética de los valores de PCT fueron al día 1: 31.6 ng/dl al día 4: 10.9 y al día 7: 1.3. Los valores de PCR fueron: al día 1: 209 ng/dl, al día 4: 198 y al día 7: 83. El 81 % de los pacientes fueron varones; según la escala de RACHS-1: tres pacientes (33.3%) fueron grado 2, tres pacientes fueron grado 3 (33.3%), dos pacientes fueron grado 4 (22.2%) y un paciente fue grado 6 (11.1%). El tiempo de bomba cardíaca tuvo una media de 103 mts y el clampeo de aorta de 59 mts.

Conclusiones: La PCT vuelve a VN rápidamente, dentro de los 7 días: (7 de 9 px tienen VN), mientras que de PCR (5 de 9 px tienen VN) mas de la mitad llega a VN al séptimo día PO.

Tomando en consideración que el número de pacientes enrolados es muy limitado, se debe continuar investigando para confirmar si tanto la PCT como la PCR son marcadores de importancia en el monitoreo de la respuesta inflamatoria sistémica luego de la cirugía cardiovascular.

0337 SUSPENSIÓN DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES CRÍTICOS: INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS.

C MARCHENA, C LOUDET(1), M CABANA(2), G CAPURRO(3), P ASTEGIANO(4), M CASANOVA(5), MC ROTH(6), R GIMBERNAT(7), G RODA(8), P OKURZATI(9), M VELASQUEZ(10)
(1) Higa San Martín. (2) Hospital Pablo Soria. (3) Hospital General Dr Oscar Allende. (4) Hospital Jose Maria Cullen. (5) Hospital El Cruce. (6) San Juan De Dios. (7) Centro De Cuidados Intensivos. (8) Hospital Municipal Eva Peron. (9) Casa Hospital San Juan De Dios. (10) Sanatorio Nuestra Sra Del Rosario.

Introducción: La Nutrición Enteral (NE) constituye un cuidado estándar en la UCI. Sin embargo, los pacientes críticos (PC) están expuestos a la interrupción frecuente de la misma con probables efectos indeseados a consecuencia de ello.

Objetivo: Determinar la incidencia y causas de suspensiones de la NE. Determinar la tasa de utilización y causas de recambio de sondas para administración de NE.

Material y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo, multicéntrico, realizado en 10 UCIs de Argentina, durante un año. Pacientes consecutivos adultos críticos con requerimientos de NE \geq a 5 días. Suspensiones mayores: interrupción de NE \geq 50% del tiempo indicado o EfNE \leq 50%. Suspensiones menores las que no cumplen criterio anterior. Suspensiones no evitables: las ocasionadas por shock, gastroparesia (GP), vómitos, diarrea, cirugía, extubación. Suspensiones evitables: las relacionadas a calidad de atención. Se registraron número y causas de recambio de sondas por paciente. Datos presentados de acuerdo a su naturaleza. Comparaciones realizadas con Wilcoxon rank sum or X2 tests según corresponda. Gráficos de Pareto para causas de suspensiones y recambios de sondas. Programa STATA 11.1.

Resultados: Se analizaron 334 pacientes, 4508 días NE. Edad 44.5 ± 18 , APACHE II 18 ± 7 , mortalidad 39%, días VM 12[8-17], días UCI 16[11-23].

Se registraron 1024 episodios de suspensiones: 531 no evitables y 493 evitables, 758 mayores y 266 menores. Comparando suspensiones no evitables con evitables éstas fueron principalmente mayores: 85% vs 62% $p < 0,01$, con un tiempo de suspensión significativamente mayor 18[10-24] vs 10[6-18]hs, $p < 0,01$.

El 54% de las causas de suspensiones no evitables se debieron a GP, cirugía y shock. El 65% de las suspensiones evitables fueron producto de factores mecánicos, indeterminados y falta de insumos. Tasa de utilización de sondas: 14/100díasNE. El 76% de recambios de debió a autoextracción, extracción por terceros o desplazamiento.

Conclusiones: En esta cohorte los pacientes estuvieron expuestos a frecuentes suspensiones de la NE

Entre las suspensiones las de mayor impacto por su duración fueron las consideradas no evitables, pero la mitad de ellas estuvieron relacionadas a calidad de atención.

El alto recambio de sondas para administrar NE manifiesta también un problema de calidad pasible de mejorar con intervenciones educativas.

0338 STATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO: A PROPOSITO DE UN CASO

L GATTI(1), M CASANOVA(1), K BUSTAMANTE GALARZA(1), O FARIÑA(1), B DORFMAN(1)

(1) Hospital El Cruce.

Introducción: El status epiléptico súper refractario (SESR) se define como SE continuo o recurrente dentro de las 24 horas del tratamiento con anestésicos, incluyendo las recidivas al reducir o retirar los. No se conoce con exactitud la frecuencia. Según pequeños estudios se estima que $< 15\%$ de todos los casos de SE, se convierten en SESR. Presentación de caso: Paciente de 26 años ingresa al Hospital derivante por cefalea y convulsiones tónico clónicas. Recibe Difenilhidantoina (DFH). TC encéfalo sp. LCR no inflamatorio. Inicia Ceftriaxona, Vancomicina y Aciclovir (21 días de tratamiento empírico). Evoluciona con convulsión tónico clónica que requiere IOT/AVM. Recibe Benzodiazepinas y DFH, sin respuesta, se indica Propofol y Tiopental. Se administra Metilprednisolona por sospecha de Vasculitis (3 pulsos). Se deriva a nuestra unidad, EEG: descargas paroxísticas se aumenta Tiopental hasta 6 mg/kg/h con EEG: supresión periódica de ondas. RM Encéfalo: imágenes en ambos Hipocampos Hiperintensas en T2 Y FLAIR, Hipointensas en T1, sin realce. Neurovirus, PCR TBC y Herpes: Negativos. Bandas Oligoclonales: Negativo. VDRL y HIV No reactivo. ESD elevada. Colagenograma y Perfil tiroideo: Normal. Para descartar etiología paraneoplásica se realiza TC de Tórax, Abdomen y Pelvis con contraste, sp. Persiste con convulsiones clínicas y EEG. Tratamiento anticonvulsivo: Tiopental, Lamotrigina, Ac. Valproico, DFH, Clobazam, Fenobarbital, Topiramato. Se sospecha de Encefalitis Limbica recibe Gammaglobulina y Plasmaferesis. Evoluciona con shock séptico con disfunción multiorgánica y fallece. BP. Post Mortem de región frontal derecha: cambios histológicos vinculables a anoxia isquémica cerebral.

Resultados: El objetivo principal del tratamiento del SESR es controlar las convulsiones para prevenir la excitotoxicidad, aunque sea

ineficaz. También la Neuroprotección para bloquear la progresión de la excitotoxicidad. Si bien no hay acuerdo acerca del mejor tratamiento es sabido que las drogas anestésicas son fundamentales, no existe consenso sobre cual es el fármaco indicado. Tradicionalmente se utilizan Tiopental, propofol y midazolam. Cada uno tiene ventajas y desventajas por ello otro objetivo es evitar o tratar las complicaciones de su uso prolongado.

Conclusión: El SESR es una entidad poco frecuente pero con una elevada mortalidad no solo por la patología desencadenante (de difícil diagnóstico) sino también por la terapéutica instaurada.

0339 LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO

D SANTOS(1), F MATTEOLI(2), G TORTURELA(3)

(1) Hospital Federal De Ipanema. (2) Universidade Federal Do Rio De Janeiro. (3) Instituto Nacional Do Câncer.

Introducción: Los cuidados paliativos deben seguir la línea de la atención de pacientes con cáncer, desde el diagnóstico hasta posibles hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos – UTI (1). Es importante estructurar la inversión para mejorar la calidad de la supervivencia, de acuerdo con los preceptos de los cuidados paliativos (2), y reducir las comorbilidades relacionadas en la UTI como polineuromyopatía, el síndrome de inmovilidad.

Presentación de caso: Paciente N.M.S, 75 años, masculino, jubilado, ex-fumador (25 años), alcohólico. Diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado (Bulhok II), en 17/04/2013. Se sometió a una gastrectomía total en Y Roux paliativa (21/04/2013) en un hospital de referencia en oncología quirúrgica na ciudad del Rio de Janeiro, Brasil. Permaneció 43 días na UTI. El soporte ventilatorio invasivo se produjo en tres períodos distintos de hospitalización: entre D11H a D31H (día de internação hospital devido ao procedimento da gastrectomia; entre D22IH a D26IH por reabordagem cirúrgica (lavado de cavidad y esofagostomía); entre D32IH a D38IH por insuficiencia respiratoria aguda. Las complicaciones clínicas fueron: acidose metabólica, sepsis abdominal, hiperglicemia, choque séptico. Se realizó una evaluación preoperatoria: Performance Status PS = 2; KPS = escala de Karnofsky 70%; Medida de la independencia funcional MIF = 116; Consejo de Investigación Médica MRC = 60. Ya el sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) fue evaluado cada atención. Cada cinco días el MRC y la MIF eran evaluadas y el programa de rehabilitación era direccionado en consonancia con los resultados y con las condiciones clínicas.

Resultados: Los resultados el día del alta de la UTI fueron: PS=3; KPS=60%; MIF= 90, siendo que solamente los ítems motores sufrieron alteraciones; MRC= 49, siendo asimismo después de un largo periodo de internação permaneció parcialmente independiente para actividades de vida diaria. No hubo fallo en los procedimientos de extubação orotraqueal. Además de eso, no hubo necesidad de traqueostomía.

Conclusiones: Los pacientes considerados sin posibilidad terapéutica de cura deben recibir la inversión necesaria para mantener una calidad de sobrevivencia.

(1) National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.

(2) Santos, F.S. Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de síntomas. Atheneu, 2011.

0340 CASO CLINICO ECLAMPSIA-HIPOTENSION INTRACRANEANA

S OLIVERA(1), M CANCELA(1)

(1) Asociación Española.

Caso clínico: Introducción: Se presentara caso de Ginecoobstétrica crítica que sufre estado hipertensivo del embarazo, Sd preeclampsia- Eclampsia, que en la evolución instala síntomas neurológicos agudos y alteraciones en la resonancia magnética (RM).

Caso Clínico: Paciente de 30 años, Sin AP a destacar, Primigesta, cursando 40 semanas de embarazo. Se realiza Inducción de trabajo de parto, Analgesia epidural L3-L4, con punción accidental de duramadre. Acto 1.30 hs

Posparto:

- Parche hemático epidural 15 ml de sangre periférica por catéter peridural.
- 1° 24hs Agrega cefalea por lo que ingresa a Cuidados Intermedios
- 48hs postparto. HTA: PA 180/60 160/80

Crisis tónica clónica, Sopor poscrítico con rápida recuperación.

- TC cráneo sin contraste normal
- tto Anti HTA y reposo.
- Paraclínica sp

Los Planteos iniciales en un Puerperio de 48hs +HTA + CTC fueron de:

Eclampsia puerperal.

ACV (HSA, Hematoma Subdural)

Durante su estadía en Cuidados Intermedios persiste con HTA + cefaleas posturales, Post Valsalva: cefalea holocraneana intensa acompañada de PA 190/110 con rigidez de nuca y sin elementos de focalidad neurológica.

Planteos:

- ACV
- Eclampsia puerperal.
- Meningitis

Estudios:

- Ecocardio, RxTx sin elementos a destacar
- RMN (5 día de post parto): realce de la sustancia blanca. Lesiones hiperintensas difusas en T2, Difusión y Flair en pedúnculo cerebeloso derecho, pedúnculos cerebrales. Lesiones en SB periventricular bilateral y gangliobasal.

Lesiones que pueden corresponder a edema por eclampsia o preeclampsia.

Posteriormente control de cifras tensionales, disminución progresiva de los episodios de cefalea, buena evolución ALTA del binomio, PA 140/90 bajo tto HTA.

En suma: Eclampsia + Hipotensión intracraneana, leucoencefalopatía.

Resultados y Conclusiones: Nuestra paciente presento como complicaciones del acto anestesico Sd de hipotensión intracraneana que junto la evidencia de alteraciones en la RNM determinaron el debut neurológico agudo, en el contexto de un estado hipertensivo del embarazo.

0341 USO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA PALIATIVA REPORTE DE SERIE DE CASOS EN LA TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

F LASCAR(1), M BLANCO(1), E SOTO(1), H IRIARTE(1), I BROZZI(1), A CUZZOLINO(1), J CHERTCOFF(1), E BORSINI(1), M BLASCO(1)
(1) Británico.

Introducción: La indicación de la ventilación no invasiva (VNI) en ocasiones ocurre en pacientes con enfermedades terminales, con directivas anticipadas de no intubar o limitación del esfuerzo terapéutico.

Objetivos: Describir las situaciones en las que VNI fue instituida como indicación paliativa (VNIP) en el período de dos años.

Materiales y Métodos: Casos extraídos de una base de datos de recolección sistemática de pacientes con VNI. Se analizaron, características demográficas, días de internación general, estancia en UTI, Indicación de VNIP, modalidad ventilatoria e interfases y uso de sedoanalgesia.

Resultados: En 110 pacientes, se definió VNIP en 8 (7.2%). 4 hombres y 4 mujeres, media de edad: 68,3 años y BMI medio: 21.7 kg/m². El tiempo de internación total 8 días (SD: 5.3) y estancia en UTI 5.75 días (SD: 4.06). Los diagnósticos: 3 insuficiencias respiratorias agudas. Cinco episodios de fallo ventilatorio sin hipoxemia en: 2

casos de sepsis, un ACV isquémico, un TEP y un post-operatorio. Seis tenían neoplasias avanzadas. Cuatro presentaban metástasis confirmadas. Dos presentaban trastornos cognitivos severos con enfermedad por aspiración e insuficiencia cardíaca crónica CF IV. La decisión de no intubar se consensuó entre los médicos tratantes y la familia.

La VNIP fue para alivio de la disnea en 7 y por fallo ventilatorio post-extubación, un paciente. Valores medios de CO₂ 36.2 (SD: 13.04), HCO₃: 22.4 (SD: 8.01) y PO₂: 113.3 (SD: 109.3). Se indicó siete en modo bilevel (S/T) con back up de FR. Un caso ventilación presométrica con VT asegurado. Tipos de interfase; máscaras total face (6) y nasobucal con apoyo frontal (2). Todos recibieron analgesia con fentanilo o morfina. La sedación se realizó con benzodiacepinas. 7 fallecieron con VNIP. Un paciente fue intubado por cambio en la directiva de los familiares.

Conclusiones: El manejo de los pacientes terminales es complejo. La sedación en el paciente con disnea, es éticamente aceptada, pero impone al médico conductas difíciles por el riesgo de producir en forma directa el fallecimiento. La VNIP es una aplicación infrecuente y escasamente comunicada, pudiendo representar una herramienta útil para alivio de la disnea acompañada por el uso de opioides y benzodiacepinas.

0343 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA MASIVA

T RODRIGUEZ(1)

(1) Asociación Española.

Rodríguez T., Modernel J., Olivera S., Cancela M.

La hemorragia obstétrica es la principal causa de morbi-mortalidad materna en el mundo y junto con los Estados Hipertensivos del embarazo una de los mas frecuentes motivos de ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos por patología obstétrica. Las etiologías más frecuentes son la atonía uterina, placenta previa, acretismo placentario, así como coagulopatías. De la magnitud del sangrado dependerá las acciones que debamos implementar para controlarlo, ya que puede generar trastornos severos e incluso la muerte de la paciente.

Se comenta el caso de una paciente de 33 años, secundigesta, cursando su segundo trimestre de embarazo gemelar, bien controlado, complicado con Estado Hipertensivo del embarazo. Presentando una rotura uterina con hemorragia severa, producto de una placenta ácreta, que produce shock hipovolémico por anemia aguda. Requiriendo reposición masiva con hemocomponentes y cristaloides, apoyo vasopresor y en donde las medidas quirúrgicas fueron insuficientes para yugular el sangrado. Se administró como medida de salvataje Factor VII activado, obteniéndose la detención del sangrado y lográndose paulatinamente la estabilidad hemodinámica.

Si bien aun no está bien demostrado la utilidad del uso de Factor VII en los sangrados masivos, creemos importante destacar los resultados favorables que obtuvimos en este caso.

0344 ENCEFALOMIELITS DISEMINADA AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA

P VARGAS(1), A TEMBRAS(1), F MARTINEZ(1), E SALCEDO(1)
(1) Sanatorio Colegiales.

Introducción: La Encefalomiélitis Diseminada Aguda (ADEM) es una enfermedad poco frecuente del SNC, que evoluciona en forma monofásica a diferencia de la Esclerosis Múltiple, y se caracteriza por compromiso multifocal de la sustancia blanca del cerebro y de la médula espinal. Descripto luego de infecciones del tracto respiratorio superior o postinmunización.

Presentación del caso: Paciente masculino de 42 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, obesidad, HTA y uso de cocaína. Presenta 1 semana de evolución de fiebre, paraparesia de MMII, paresia de miembro superior derecho, cefalea intensa y excitación

psicomotriz. Evolucionan con deterioro del sensorio por lo que requiere intubación orotraqueal e ingreso a UTI.

LCR	
Glucorraquia	75 mg/dl (P 100 mg/dl)
Proteínas	0.55 g/dl
Leucocitos	7/mm3
Láctico	1.45 mM/l

Cultivos: todos negativos

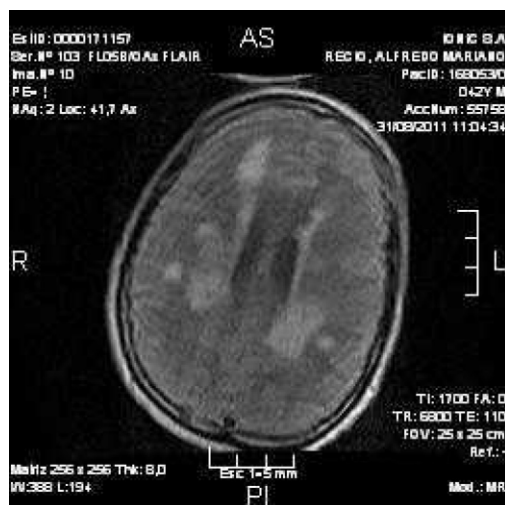
Ecodoppler vasos del cuello: sin patología.

RMN: múltiples imágenes brillante en técnicas de difusión hiperintensas en FLAIR y T2 y sin cambios con contraste a nivel del pedículo cerebeloso medio izquierdo, subcortical frontal derecha y otras que afectan coronas radiatas y centros semiovais bi-hemisférico bilateral, a predominio supratentorial de menor tamaño.

Resultados: A los 3 días de internación en UTI se realiza pulso de Metilprednisolona EV por 5 días seguida de metilprednisolona 80 mg por SNG. Ante la falta de respuesta se inicia gamaglobulina EV por 5 días. A los 25 días del ingreso se encontraba con midriasis bilateral, MOE fijos, cuadriplejía.

Discusión: La ADEM es una enfermedad desmielinizante aguda cuya anatomía patológica muestra áreas de desmielinización perivenosas e infiltración por linfocitos y macrófagos, hiperemia, edema endotelial, e invasión de las paredes de los vasos por células inflamatorias. Clínicamente se caracteriza por fiebre, astenia, mialgias, cefalea, náuseas y vómitos; seguidos 4-21 días después por un cuadro de encefalopatía y signos de compromiso neurológico multifocal. En la RMN imágenes múltiples asimétricas, usualmente afectan el talámo.

El tratamiento con corticosteroides por vía parenteral mejora el outcome en aproximadamente los 2/3 de los pacientes. Algunos estudios mostraron beneficios con plasmaféresis o gamaglobulina en pacientes que no respondieron a los corticoides.



0345 FIBROBRONCOSCOPIA EN TERAPIA INTENSIVA

M CHERTCOFF(1), J CHERTCOFF, M BLASCO, E BORSINI, S SAC, D MOLINA, S CHAPELA
(1) Británico.

Introducción: El uso de la fibrobroncoscopia (FBC) en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) siempre ha generado temor dada el hecho de que su indicación somete a los enfermos en insuficiencia respiratoria al riesgo de complicaciones asociadas con su realización.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es analizar las FBC realizadas, sus indicaciones, complicaciones, y mortalidad.

Resultados: En 1 año y medio se analizaron retrospectivamente 94 FBC, en pacientes ingresados en UTI, 58 varones (61,7%), edad media 59 años (16-92 años), la media de APACHE II fue de 18 con un mínimo de 2 y un máximo de 36. La mortalidad durante la internación de los pacientes sometidos a este procedimiento fue de 33,3%. Del total de pacientes, 65,96% (IC95: 55,46-75,42) tenían al momento del estudio ventilación mecánica invasiva y solo 4,26% (IC95: 1,17-10,54) ventilación mecánica no invasiva.

Con respecto a las indicaciones 86,17% (IC95: 77,51-92,43) fueron lavado bronquioalveolar por sospecha de neumonía, 32,10% (IC95: 22,15-43,40) de ellas en paciente inmunocomprometidos, 2,13% (IC95: 0,26-7,48) por intubación o extubación dificultosa, solo 1,06% (IC95: 0,03-5,79) por hemoptisis y 10,64% (IC95: 5,22-18,70) por análisis de lesión de vía aérea superior.

De los 94 procedimientos, solo el 11,70% (IC95: 5,99-19,97) tuvieron complicaciones, siendo la mayoría hipoxemia, representando 10,64% (IC95: 5,22-18,70) del total.

No hubo diferencia en la incidencia de las complicaciones entre el grupo de pacientes mas graves (con APACHE II mayor a 20) y los menos graves (APACHE II menor a 20) $p=0,12$, ni diferencias en la mortalidad de ambos grupos durante la internación $p=0,69$. Tampoco hubo diferencia en la mortalidad durante la internación de los pacientes ventilados (tanto invasivamente como no invasivamente) con los no ventilados sometidos a este procedimiento, $p=0,109$. No hubo diferencia en la mortalidad durante la internación entre los pacientes inmunocompetentes y los inmunosuprimidos ($p=0,41$). Se utilizó el software Epi-info y el X2 para su significación.

Conclusion: La fibrobroncoscopia es un método diagnóstico de gran utilidad. Si bien se acompaña complicaciones en nuestra población su realización no mostro incremento de la mortalidad ni aun los enfermos mas graves o bajo asistencia respiratoria mecánica.

0346 USO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y SU MORTALIDAD ASOCIADA EN UTI DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA (ARGENTINA)

M BRIZUELA(1), G KAHAN(1), C DÍAZ(1), F RÍOS(2), C AHUMADA(1)
(1) Tránsito Cáceres De Allende. (2) Posadas.

Introducción: La ventilación mecánica (VM), constituye el tratamiento principal en los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA). En UTI del Hospital Tránsito Cáceres de Allende (Córdoba) la realidad no se aleja de esto. No obstante no se tenían registros sobre características clínicas, manejo ventilatorio, evolución y mortalidad. **Objetivo:** Describir el uso de la VM en mencionada UTI e identificar los factores de riesgo relacionados con la mortalidad.

Material y método: Estudio observacional, prospectivo, de cohorte incluyendo pacientes mayores de 16 años que ingresaron a UTI y recibieron VM por más de 12 horas, entre el 1 de Marzo y el 30 de Junio de 2011; con el seguimiento en la duración de la VM hasta 28 días. Recolección de características generales, causas de inicio de VM, parámetros ventilatorios y gasométricos diarios, comorbilidades y fallos orgánicos asociados, método de destete y estado al alta de UTI y hospital.

Resultados: 64 de 210 pacientes ingresados, (30,47%) requirió VM cumpliendo los criterios de inclusión. Media de edad 52 años y predominio en hombres (59,4%). El SAPS II y APACHE II fueron de $46,64 \pm 17,16$ y $20,75 \pm 7,54$ puntos respectivamente, el SOFA de $7,86 \pm 4,01$ puntos. El motivo más frecuente fue IRA (59,4%), seguido de coma (17,2%) y EPOC (12,5%). 80% recibieron ventilación controlada por volumen (VCV) al inicio. En el 41,7% se usó ventilación controlada por presión (PCV) durante el curso de la VM. El Vt promedio fue de $7,33 \pm 1,41$ ml/kg de PCI. La PEEP media fue de $4,87 \pm 3,7$ cmH₂O, y 11 ± 5 cmH₂O en los pacientes con Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Hubo diferencias significativas entre sobrevivientes y no sobrevivientes en los días de VM ($5,35 \pm 4,78$ vs. $8,88 \pm 8,07$ días, $p=0,03$) y en los días de destete ($1,73 \pm 3,46$ vs. $10,57 \pm 9,36$ días, $p<0,0001$). La mortalidad en UTI fue del 35,9%

asociada fuertemente a un SOFA >10 puntos, SDRA, reintubación, shock y disfunción renal.

Conclusiones: El presente trabajo nos permitió conocer el perfil de enfermos que requieren VM y como es aplicada en nuestra UTI. Hubo alta mortalidad relacionada con comorbilidades y desarrollo de disfunción orgánica, tal como lo reportaron diversos estudios multicéntricos internacionales.

0347 PREDICCIÓN DE MORTALIDAD BASADA EN ESTABILIDAD FISIOLÓGICA Y ESTADO NUTRICIONAL EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE GUATEMALA.

L MOYA(1), J MARTINEZ-GOMEZ(1), C LARA-MENDEZ(1), R ESPINOZA-MONTES(1), E CASTAÑEDA-PINEDA(1)
(1) General San Juan De Dios.

Introducción: La adaptación que permite la supervivencia del paciente con desnutrición proteico-calórica es un desafío para la predicción de la mortalidad basada en la adaptación fisiológica debido a riesgos usualmente no cuantificados indefinidos.

Objetivo: Determinar la predicción de mortalidad basada en la estabilidad fisiológica medida por el PRISM y la determinación basada en el estado nutricional.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, con inclusión de pacientes admitidos a UTIP entre Agosto 2011 y Agosto 2012. Registro de evaluación clínica de ingreso por motivo de consulta, evaluación nutricional antropométrica y bioquímica, predicción de riesgo de mortalidad en base a punteo de Pediatric Risk of Mortality – PRISM.

Resultados: 219 pacientes (101 femeninos, con edad 26.53 meses +/- 44.90 y 118 masculinos con edad 34.66 meses +/- 51.28) , falleciendo 35 / 48 en un total de 83 pacientes. Del total de pacientes 119 presentaban desnutrición desde moderada a severa. Por agrupamiento de patologías de ingreso fueron insuficiencia circulatoria (33.8%), respiratoria (32 %) y neurológica (22 .4 %), 80.4 % de pacientes tuvieron menos de 20 puntos de PRISM, 19.2 % se consideró con un riesgo moderado (20 a 29 puntos de PRISM) y solo 1 se encontró en >30 puntos. No se demostró asociación significativa con el estado nutricional y la mortalidad. Los pacientes con valoración de PRISM moderado o alto (> 20 puntos) tienen 29 veces más riesgo de morir en comparación con los pacientes de PRISM bajo; independientemente su estado nutricional.

Conclusión: La predicción del riesgo de muerte en pacientes desnutridos, tomando en cuenta la adaptación fisiológica secundaria y que los márgenes de los puntos de corte de signos vitales y de laboratorio pueden tener umbrales menores; puede ser eficientemente relacionada con el puntaje PRISM en pacientes de mediano-alto riesgo.

0348 AUDITORIA DE PROCESOS RELACIONADAS CON LA REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE GUATEMALA.

L MOYA(1), C LARA-MENDEZ(1), J MARTINEZ-GOMEZ(1), R ESPINOZA-MONTES(1), E CASTAÑEDA-PINEDA(1)
(1) General San Juan De Dios.

Introducción: La Auditoria de la reanimación cardiopulmonar pediátrica como un proceso con tareas, responsables, tiempo, insumos y reevaluaciones sirve para asegurar la calidad y ofrecer una mejor oportunidad de supervivencia y limitar el daño secundario a la injuria subyacente.

Objetivo: Verificar desempeño y cumplimiento de algoritmos establecidos en la RCP Avanzada en pacientes con parada cardiorrespiratoria en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, con inclusión de pacientes admitidos a UTIP entre Noviembre 2011 y Agosto 2012. Registro de evaluación clínica de ingreso con guías estilo Utstein pacientes ingresados a la UTIP que presenten parada cardiorrespiratoria y que no tengan limitantes ético-jurídicas para la

aplicación de los algoritmos de reanimación cardiopulmonar definidos en el Consenso ILCOR2010.

Resultados: 121 casos de parada cardiorrespiratoria, en 114 pacientes (58 F/ 56 M) Las patologías de ingreso eran referentes problemas infecciosos (43 %), respiratorio (41 %) y Trauma de Cráneo (5%). 99 % pacientes en ventilación mecánica, 1 paciente 48 hr post extubación. 100 % con monitoreo en UTIP de frecuencia cardiaca, presión arterial y pulsoximetría. 97.5 % casos presento bradicardia de trazo inicial, el resto fue asistolia. 100 % atendidos por personal certificado en RCP. Se administró una media de 4 dosis de adrenalina, en promedio de cada 3 minutos entre cada dosis; Bicarbonato de sodio en promedio con 2 dosis a 1mEq/kg a los 10 minutos y cada 10 min. , en 4.13 % se administró expansor del volumen relacionado con hipovolemia, el promedio de estancia fue de 10.3 +/- 2.1 días, 15 % presento Parada cardiorrespiratoria en las primeras 24 horas de ingreso. 100 % tenían acceso vascular central antes de la parada, 11 casos tuvieron relación con escape de la vía aérea.

Conclusión: Se documenta el apego a los procedimientos y algoritmos difundidos por ILCOR 2012, la mortalidad esta mas asociada con la evolución intrahospitalaria e insuficiencia orgánica por su tiempo de solución en UTIP que por falla de reconocimiento e intervenciones tempranas en el paciente ya ingresado; la eficiencia de cuidado no puede contener la prolongación de hipoxia e isquemia extra hospitalaria.

0349 YERSINIOSIS AGUDA SEVERA Y SHOCK SÉPTICO

M FIGUEROA(1), S CAMPOS(1), M GRUNAUER(1), R YEROVI(1)
(1) Hospital De Los Valles.

Introducción: Yersiniosis ocurre en 8/10.000 habitantes, al ingerir agua, leche o alimentos contaminados procedentes de animales enfermos. Causa con mayor frecuencia enterocolitis, ocasionalmente invaginación intestinal o afectación multisistémica. Mortalidad descrita: 34 – 50%, incrementándose en infecciones multisistémicas. El tratamiento incluye: aminoglucósidos, cefalosporinas 3era generación, TMP – SMZ o ciprofloxacina. Presentamos un caso de yersiniosis sistémica severa con invaginación, shock séptico y posible meningitis.

Presentación de caso: Lactante 5 meses, con antecedente de invaginación intestinal y resección ileal con anastomosis primaria. Al cuarto día: peritonitis, shock séptico hipotensivo, neumonía, coagulación intravascular diseminada. El informe de anatomía patológica del segmento ileal: yersiniosis entérica severa aguda. Después de laparotomía e ileostomía: ventilación mecánica y sedoanalgesia (midazolam y fentanyl). Resucitación hídrica durante las primeras 24 horas con cristaloides 200 ml/kg, coloides 85 ml/kg, productos sanguíneos (PFC, PG). Requirió norepinefrina y dopamina. Por shock refractario iniciamos hidrocortisona (cortisol basal 11.25 µg/dl, RN 8 – 18 µg/dl). Durante las primeras 72 horas acidosis metabólica. PCR 254 mg/l (RN 0 – 10 mg/l), procalcitonina 4.24 ng/ml (RN ≤ 0,5 ng/l), neutropenia (leucocitos 2000 mm3, neutrófilos 1100 mm3), anemia (hematocrito 23.3%), y coagulopatía (TP 23.7 seg, TTP 69.5 seg, INR 1.9). Función hepática, renal y electrolitos: normales. Citoquímico de LCR: 76 leucocitos/mm3 (mononucleares 82.9 %), proteinorraquia: 49 mg/dl (RN 5 – 40 mg/dl), glucorraquia: 48 mg/dl (RN 40 – 80 mg/dl); Gram: negativo. Cultivo de líquido peritoneal: *E.coli*; sangre, LCR, orina y aspirado traqueal: negativos. Inicialmente cefotaxima, metronidazol y vancomicina modificados a piperacilina/tazobactam, amikacina.

Resultados: Destete ventilatorio y circulatorio al 4to día. En esta fase, privación de benzodiazepinas, se controla disminuyendo midazolam e iniciando lorazepam y dexmedetomidine. Dada de alta a los 15 días: buen estado general, normalidad neurológica, laboratorio, alimentándose por succión.

Conclusiones:

- La infección por Yersinia enterocolitica es una zoonosis poco frecuente pero de gravedad considerable en pacientes de corta edad y en relación con los sistemas afectados.
- Yersinia enterocolitica puede provocar afectación gastrointestinal y extraintestinal.

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
A					
AGUIRRE OJEA, MF	138	CIARROCCHI, N	317	G	
ALÓ, MV	129	COLMAN, SC	119	GALARZA HANGLIN, M	197
AMUNDARAIN, E	196	CÓRDOBA, J	305	GALLARDO, Z	323
ANDREU, M	191	CORREA, AP	290	GALLINI, OR	201
ANTUNEZ, C	326	CORREGER, E	236	GALLUCCI, N	189
ARAOZ OLIVOS, RB	134	CORTESE, S	193	GATTI, L	338
AREAS, L	125	CUÉLLAR, V	117	GAZZANO, C	153
ARRIAGADA, D	254	CUNTO, E	81	GERBALDO, ML	149
ARRIAGADA, D	256	CUNTO, E	83	GIMARAYZ, M	52
ARRIAGADA, D	257	CURA, AJ	132	GIRA, A	27
ARRIAGADA, D	263	D			
ARRIAGADA, D	264	DAS NEVES, A	54	GONZÁLEZ, MA	265
ARRIAGADA, D	281	DAVALOS, W	284	GONZALEZ, RV	272
ASIS, Y	158	DE VEDIA, L	127	GRIMALDI, SF	294
B					
BAESSO, S	212	DE VEDIA, L	165	GUIMARAENS, P	106
BAEZA, G	249	DE VEDIA, L	208	GUTIERREZ MEYER, ME	90
BALASINI, C	228	DEHEZA, M	18	GUTIERREZ, G	101
BALASINI, C	234	DER PARSEHIAN, S	210	GUTIÉRREZ, G	147
BALASINI, C	293	DI BERARDINO, E	312	GUZMAN, MA	169
BALASINI, C	320	DIAB, Y	133	H	
BALLESTRACCI, L	28	DIAZ, D	121	HADDAD, J	47
BARBIERI, MA	271	DUARTE, D	23	HESS, L	331
BAROSCO, R	98	E			
BARRIOS FERRO, L	137	EBBEKE, L	157	I	
BASCOLO, G	163	ECHAVE, J	135	INSAURRALDE, PG	146
BERMEO, M	167	EHLERS, MB	250	IRUSTA, G	292
BERRETA, JA	139	EHLERS, MB	251	IVULICH, D	104
BERRETA, JA	286	ESPERATTI, M	179	J	
BLANCO, ME	113	ESPERATTI, M	237	JULIO FRANCISCO, PC	21
BONETTO, G	160	ESQUIVEL, S	110	JULIO FRANCISCO, PC	22
BOSSIO, JC	170	F			
BOTASSO, Y	120	FARIAS, C	155	K	
BRIZUELA, M	346	FARIAS, C	327	KAMARISKI, M	118
BUIRA, L	276	FARINA, C	69	KANOORE EDUL, V	244
BUSICO, M	206	FELDMAN, A	41	KURIGER, N	299
BUSTINGORRY, G	307	FELDMAN, A	42	L	
C					
CABANA, L	186	FELDMAN, A	43	LANNOO, L	258
CABANA, L	187	FELDMAN, A	44	LASCAR, F	240
CABRERA, A	335	FELDMAN, A	45	LASCAR, F	243
CACIAGUERRA, JA	19	FELDMAN, A	80	LASCAR, F	266
CALDERON, F	151	FERNADEZ, S	253	LASCAR, F	291
CAMPOS MIÑO, S	143	FERNANDEZ, A	171	LASCAR, F	341
CAMPUTARO, L	89	FERNANDEZ, A	172	LAZARTE, P	270
CAMPUTARO, L	103	FERNANDEZ, A	173	LÓPEZ, CS	301
CAPELLA, J	152	FERNANDEZ, A	174	LOUDET, C	287
CAPURRO, G	192	FERNANDEZ, F	5	LOURO, A	105
CARLUCCI, F	86	FERNANDEZ, F	9	M	
CARRASCO, V	82	FERNANDEZ, F	15	MADORNO, M	310
CARVAJAL, P	283	FERNANDEZ, F	17	MANCHO, Y	177
CASSON, W	68	FERNANDEZ, F	141	MANCHO, Y	178
CASTAÑO, R	73	FERNANDEZ, MB	147	MARCHENA, C	337
CASTELLANI, P	268	FERNÁNDEZ, R	64	MARTINEZ NAVARRO, M	159
CASTELLANO, R	329	FERNÁNDEZ, R	65	MARTINEZ, A	58
CASTRO, SI	150	FERNÁNDEZ, R	67	MARTINEZ, A	220
CENTORBI, J	221	FERREYRA, M	203	MARTINEZ, E	62
CHERTCOFF, M	345	FERREYRA, M	330	MARTINEZ, F	282
CIARROCCHI, N	145	FIGUEROA, M	349	MARTINEZ, F	32
		FLORES MONTES, MA	216	MARTINUZZI, A	114
		FRAIRE, R	219	MARTINUZZI, A	114
		FUENTES, J	318	MATTEOLI, F	289

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
MENDOZA, M	242	PLOTNIKOW, G	262	TAMAYO, A	91
MERCADO, N	198	POMBO, M	162	TAVOSNANKA, J	112
MEREGALLI, C	59	PONCIO, G	92	TEIJEIRO, MDC	107
MINOLDO, F	200	PORJOLOVSKY, DE	229	TEVES, J	194
MIRANDA, C	79	PORJOLOVSKY, E	87	TEVES, J	255
MODERNEL, J	334	POZO, NC	269	TOLOSA, CF	316
MOLINA, D	95	PREVIGLIANO, L	246	TORRES, A	71
MOLINA, D	97	PRIETO, I	116	TUMINO, L	235
MOLINA, D	274			TURCHETTO, E	56
MOLINA, D	324				
MOLINA, N	123	Q		U	
MONGES, G	12	QUINTEROS, A	93	ULLOA, M	142
MONTENEGRO, R	26	QUINTEROS, A	248		
MONTENEGRO, R	130	QUINTEROS, M	273	V	
MONTEVERDE, E	144			VALDIVIA DAHL, A	225
MORALES, MF	304	R		VALENZUELA ESPINOZA, ED	205
MORALES, MF	309	RAGAZZOLI, M	124	VANELLA DE CUETOS, E	247
MORALES, MF	314	RAMIREZ, A	315	VANINA, A	245
MORALES, MF	333	RECUERO, Y	175	VARGAS, P	332
MORENO, J	188	RIOS, A	259	VARGAS, P	344
MORETTI, D	311	RIOS, F	49	VASQUEZ, D	88
MOSEINCO, M	297	RIOS, F	190	VASQUEZ, DN	239
MOYA, L	347	RODRIGUEZ, N	20	VAZQUEZ, E	53
MOYA, L	348	RODRIGUEZ, T	343	VAZQUEZ, JA	70
		ROMERO, F	199	VAZQUEZ, JA	72
		ROSALES, NI	109	VAZQUEZ, JA	75
N		RUBATTO BIRRI, PN	230	VAZQUEZ, JA	76
NAVARRO ARCE, G	55			VAZQUEZ, JA	77
NAVARRO ARCE, G	57	S		VERONESI, MM	217
NIEVA, AM	300	SALAS, MA	295	VIDAL, L	308
		SALAS, MA	296	VIDETTA, W	313
O		SALAS, MA	302	VIDETTA, W	328
OLIVERA, S	340	SALVATI, I	209	VIGLIOTTA, L	63
ORQUERA, JD	306	SANCHEZ, E	102	VILLALOBOS, L	176
OTERO, D	136	SANCHEZ, F	336	VINCENTI, J	224
		SANTAMARINA, A	319	VIOLI, D	322
P		SANTILLAN, J	213		
PALACIO, C	60	SANTOS, D	339	Y	
PAVON, S	195	SAVIA, A	227	YUNGE, M	66
PAVON, S	238	SAVIA, A	231		
PEDROZO, L	122	SERRA, S	168	Z	
PELLEGRINI, C	226	SIERRA, F	126	ZAKALIK, G	325
PENAZZI, ME	267	SOSA, J	211	ZEMANATE, E	280
PENAZZI, ME	275	SPEZIALE, C	115	ZEMANATE, E	288
PENDINO, JC	50	STEINBERG, JA	241	ZEPPA, F	277
PERALTA ROCA, MB	298	SZEKELY, P	204		
PEREYRA, C	303				
PEREZ ACOSTA, C	156	T			
PINAZZO RODRIGUEZ, JR	154	TADEO GARISTO, V	161		
PISTILLO, N	108	TAFFAREL, P	94		