

XV Congreso Uruguayo de **MEDICINA INTENSIVA**

XI Congreso Uruguayo de **ENFERMERÍA EN MEDICINA INTENSIVA**

ENCUENTRO DEL MERCOSUR
VIII JORNADA DE RESIDENTES EN MEDICINA INTENSIVA
IV ENCUENTRO DE NEUMOCARDIÓLOGOS EN MEDICINA INTENSIVA
XII ENCUENTRO DE FISIOTERAPEUTAS EN MEDICINA INTENSIVA
ENCUENTRO DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE NUTRICIÓN

03 - 06
noviembre
2017

ACTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO
INTERCAMBIO CIENTÍFICO

MULTIDISCIPLINARIEDAD

PROFESIONALISMO

TRABAJO EN EQUIPO

HUMANIZACIÓN

REENCUENTRO

Microgestión Clínica

Mesogestión



LIBRA

Centro de
Convenciones
Radisson
Montevideo



PROGRAMA OFICIAL



AUTORIDADES

XV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Carlos Cardoso
Presidente

Dr. Julio Cabrera
Vicepresidente

Dr. Andrés Cebey
Secretario

Dr. Pedro Alzugaray
Tesorero

Dr. Gustavo Pittini
Vocal

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Alberto Biestro
Dr. Mario Cancela
Dr. Javier Hurtado
Dr. William Manzanares
Dra. Gloria Rieppi
Dr. Mario Rodríguez Verde
Dra. Cristina Santos

COMITÉ DE HONOR

Dr. Néstor Campos
Dr. Humberto Correa
Dra. Norma Mazza

XI CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTENSIVA

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Ana Galeano
Presidente

Lic. Aldo Pomar
Vicepresidente

Lic. Milka Curbelo
Secretaria

Lic. Fanny Basignani
Lic. Carina Candia
Lic. Verónica Casanova
Lic. Sara Ocampo
Vocales

COMITÉ CIENTÍFICO

Lic. María del Carmen Alvarez
Lic. Gloria Piñero
Lic. Gloria Trindade

COMITÉ DE HONOR

Lic. Elina Letamendia
Lic. Jackeline Mininni
Lic. María Ramona Recarte
Lic. María del Carmen Velázquez



AUSPICIOS

Academia Nacional de Medicina
 Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay
 Asociación de Técnicos Numocardiólogos del Uruguay
 Colegio Médico del Uruguay
 Escuela de Graduados del Uruguay
 Facultad de Medicina
 Facultad de Enfermería
 Federación Médica del Interior
 Ministerio de Salud Pública
 Sindicato Médico del Uruguay
 Sociedad de Cirugía del Uruguay
 Sociedad de Medicina Interna del Uruguay
 Sociedad Uruguaya de Cardiología
 Sociedad Uruguaya de Enfermería en Cuidados Intensivos
 Sociedad Uruguaya de Neumología

INVITADOS EXTRANJEROS

Dra. Carmen Barbas (Brasil)
 Lic. Darío Bejarano (Argentina)
 Dr. Lluís Blanch (España)
 Dr. Rubens Costa Filho (Brasil)
 Dr. José Luis Do Pico (Argentina)
 Dr. Guilherme Furtado (Brasil)
 Dra. Claudia Kecskes (Argentina)
 Lic. Claudia Poggi (Israel)
 Dr. Jaime Retamal (Chile)
 Dr. Jorge Salluh (Brasil)
 Lic. Idalia Sepúlveda (Chile)
 Dra. María Cristina Zurrú (Argentina)

Declarado de Interés Turístico por resolución del Ministerio
 de Turismo y Deporte según Exp. N° 2017-9-1-0001408



UruguayNatural
 Ministerio de Turismo

ACTIVIDAD PROTOCOLAR Y SOCIAL

Viernes 3 de Noviembre

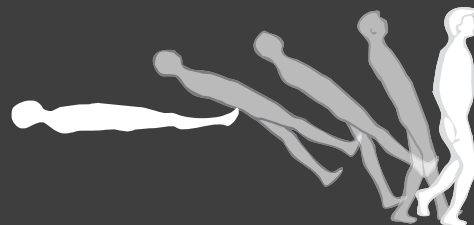
18.30 **Ceremonia de Apertura**
 Sala Ball Room B – piso 2
 Hotel Radisson
Conferencia de Apertura
Lic. Jaime Clara
 Sala Ball Room B – piso 2
 Hotel Radisson
 19.00 **Brindis de Bienvenida**
 Foyer del Ball Room – piso 2
 Hotel Radisson

Domingo 5 de Noviembre

19.30 **Cena de Clausura**
 Casona del Prado (Av. 19 de Abril 3531)
 Valor del ticket:
 Para inscriptos y Acompañantes: USD 20
 Adquirirlo en Secretaría antes del
 Domingo 5 de Noviembre - 12.00 hs.
 Cupos limitados

Lunes 6 de Noviembre

19.30 **Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios**
 Sala Ball Room B – piso 2 – Hotel Radisson



VIERNES 3 DE NOVIEMBRE

SALA: BALL ROOM A

CURSO PRE CONGRESO
Ventilación Mecánica

Coordinadores: *Dra. Cristina Santos, Dr. Pedro Alzugaray, Dr. Arturo Briva*

Docentes: *Dr. Pedro Alzugaray, Dr. Martín Angulo, Dr. Rodrigo Beltramelli, Dr. Arturo Briva, Dra. Cecilia Imperio, Dr. Gustavo Pittini, Dr. Jorge Neme, Dra. Cristina Santos*

Invitados: *Dra. Carmen Barbas (Brasil), Dr. Lluís Blanch (España), Dr. Jaime Retamal (Chile)*

Organizado por:

- › Laboratorio de Función Respiratoria
- › Cátedra de Medicina Intensiva. Hospital de Clínicas. UdelaR
- › Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva

08.00 – 10.30 **Taller con ventiladores**

Modos de ventilación mecánica y monitoreo

- › Controlada por volumen
- › Controlada por presión
- › Presión de soporte

10.30 – 11.00 **Descanso – Café**

11.00 – 11.30 **Continuación de Taller con ventiladores**

- › Ventilación no invasiva

11.30 – 12.00 **Miniconferencia**

Utilidad de la capnografía volumétrica

Dr. Arturo Briva

12.00 – 12.30 **Conferencia**

¿Catéter nasal de alto flujo o VNI en la IRA hipoxémica?

Dra. Carmen Barbas (Brasil)

12.30 – 14.00 **Intervalo**

14.00 – 16.00 **Taller con ventiladores**

Reclutamiento y titulación de PEEP

16.00 – 16.30 **Descanso – Café**

16.30 – 17.00 **Actividad plenaria**

17.00 – 18.00 **Conferencia**

Ventilación espontánea previa a la intubación como generador de daño

Dr. Jaime Retamal (Chile)

18.00 – 18.30 **Conferencia**

Ventilación controlada o asistida en el SDRA

Dra. Carmen Barbas (Brasil)

18.30 – 19.00 **Conferencia**

Tratamiento de las asincronías paciente ventilador

Dr. Lluís Blanch (España)

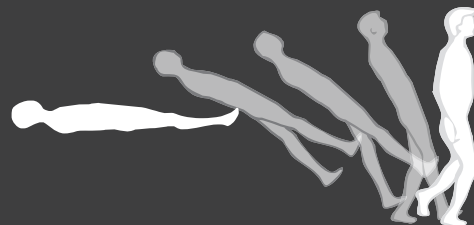


VIERNES 3 DE NOVIEMBRE

SALA: BALL ROOM B

CURSO PRE CONGRESO **Broncoscopía flexible**

- Coordinador: *Dr. Eduardo Quintana*
 Instructores: *Dra. Ana Inés Gruss, Dr. Juan Pablo Soto, Dr. Nicolás Arechavaleta, Dr. Eduardo Quintana*
- 08.00 – 09.00 **Bienvenida, introducción y objetivos de aprendizaje**
Pretest
Dr. Eduardo Quintana
- 09.00 – 09.20 **Evaluación pre-broncoscópica**
Dr. Eduardo Quintana
- 09.20 – 09.40 **Inspección broncoscópica**
Dr. Eduardo Quintana
- 09.40 – 10.00 **Broncoscopía: relaciones anatómicas**
Dr. Juan Pablo Soto
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café**
- 10.30 – 10.50 **Broncoscopía en poblaciones especiales**
Dra. Ana Inés Gruss
- 10.50 – 11.10 **Prevención y manejo de las complicaciones**
Dr. Eduardo Quintana
- 11.10 – 11.30 **Biopsia, cepillado y lavado bronquioloalveolar**
Dra. Ana Inés Gruss
- 11.30 – 11.50 **Broncoscopía en paciente en UCI – parte 1**
Dr. Juan Pablo Soto
- 11.50 – 12.20 **Broncoscopía en paciente en UCI – Parte 2**
Dr. Nicolás Arechavaleta, Dr. Eduardo Quintana
- 12.20 – 12.40 **Manejo de vía aérea**
Dr. Nicolás Arechavaleta
- 12.40 – 14.00 **Intervalo**
- 14.00 – 15.30 **Sesión interactiva**
- 15.30 – 18.30 **Taller práctico**
Estación 1: Inspección broncoscópica. Paso a paso
Estación 2: Limpieza y desinfección, procesamiento de muestras (Lba, cepillado, biopsias)
Estación 3: Videos, instrumental endoscópico: “practical approach”
Estación 4: Manejo de la vía aérea
- 18.30 - 19.00 **Ceremonia y Conferencia de Apertura**
Una mirada desde el periodismo
Lic. Jaime Clara
- 19.00 **Brindis de Bienvenida**



VIERNES 3 DE NOVIEMBRE

SALA: FLORIDA

CURSO PRE CONGRESO

Optimizando el tratamiento antimicrobiano en el paciente crítico

Coordinadoras: *Dra. Andrea Iturralde, Dra. Gloria Rieppi*

Docentes: *Dra. Leticia Caiata, Dra. Antonella Gómez, Dra. Andrea Iturralde, Dra. Daniela Paniel, Dr. Julio Pontet, Dra. Gloria Rieppi, Dra. Verónica Seija, Dr. Jordan Tenzi, Dr. Federico Verga, Dra. Cecilia Villarino*

08.15 – 08.30 **Objetivos y metodología del Curso – Taller**

08.30 – 10.00 **Módulo 1: Aspectos a considerar para realizar un tratamiento precoz y apropiado**

08.30 – 08.45 **El problema de la resistencia: génesis y permanencia.**
¿Se puede disminuir?

08.45 – 09.00 **Diagnóstico de infección**

09.00 – 09.15 **Herramientas microbiológicas para mejorar los tiempos de respuesta y adecuación de la antibioticoterapia en infecciones graves**

09.15 – 09.30 **Aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos a considerar en el paciente crítico**

09.30 – 09.45 **¿Cuándo importa la CIM?**

09.45 – 10.00 **Antibióticos en la injuria renal**

10.00 – 10.30 **Descanso – Café**

10.30 – 12.30 **Módulo 2: Sepsis abdominal**

10.30 – 10.45 **Aspectos farmacodinámicos: penetración de ATB en este foco**

10.45 – 11.00 **Duración del tratamiento: ¿marcadores? ¿clínica?**

11.00 – 12.30 **Discusión de casos**

12.30 – 14.00 **Intervalo**

14.00 – 16.00 **Módulo 3: Neumonía asociada a la ventilación mecánica**

14.00 – 14.10 **Diagnóstico de NAV: ¿es posible?**

14.10 – 14.20 **De que depende la presunción de MO resistentes**

14.20 – 14.35 **Aspectos farmacodinámicos: penetración de ATB en este foco**

14.35 – 15.45 **Discusión de casos**

15.45 – 16.00 **Duración y ATB combinados, nebulizados**

16.00 – 16.30 **Descanso – Café**

16.30 – 18.30 **Módulo 4: Bacteriemias (fungemias)**

16.30 – 16.40 **Bacteriemia a SAMS. ¿Todos los antiestafilocócicos son eficaces?**

16.40 – 16.55 **Tratamiento específico: se pueden emplear todos los antimicrobianos. ¿Cuándo se aconseja tratamiento combinado?**

16.55 – 17.05 **Duración del tratamiento de acuerdo al microorganismo**

17.05 – 17.15 **Aspectos a considerar más allá del tratamiento antimicrobiano**

17.15 – 18.30 **Discusión de casos**

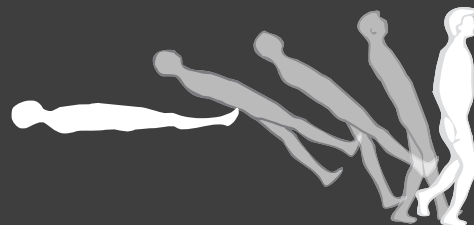


SÁBADO 4 DE NOVIEMBRE

SALA: BALL ROOM A

XI CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTENSIVA

- 08.00 – 08.30 **Acto de Apertura**
- 08.30 – 10.00 **Politrauma. Un problema de salud nacional**
 Coordina: *Lic. Ana Galeano*
- 08.30 – 08.50 **Introducción al tema país**
Dr. Gerardo Barrios
- 08.50 – 09.10 **Importancia del aerotraslado del PTM**
Dr. Jorge Gerez
- 09.10 – 09.30 **Recepción y valoración del PTM**
Lic. Alberto Barrios
- 09.30 – 09.50 **Una mirada compartida**
Lic. Claudia Poggi (Israel)
- 09.50 – 10.00 **Discusión:** *Dr. Fernando González*
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café**
- 10.30 – 12.30 **Politrauma. Un problema de salud nacional**
 Coordina: *Lic. Ana Galeano*
- 10.30 – 11.10 **Tipos de trauma y manejo de sus principales complicaciones**
Lic. Darío Bejarano (Argentina)
- 11.10 – 11.40 **Manejo del TEC en una UCI**
Lic. Claudia Poggi (Israel)
- 11.40 – 12.20 **Neuromonitoreo**
Lic. Claudia Poggi (Israel)
- 12.20 – 12.30 **Discusión:** *Lic. María Eugenia Pereira, Lic. Lurdes Mello*
- 12.30 – 14.30 **Intervalo**
- 14.30 – 16.00 **Monitoreo hemodinámico**
 Coordina: *Lic. Aldo Pomar*
- 14.30 – 15.00 **Medición de gasto cardíaco invasivo y medianamente invasivo**
Lic. Idalia Sepúlveda (Chile)
- 15.00 – 15.20 **Monitoreo hemodinámico. Vigilancia y Flotrac**
Lic. Paola Vázquez, Lic. María Eugenia Pereira
- 15.20 – 15.50 **Importancia de la medición de precarga y microcirculación en el monitoreo hemodinámico**
Lic. Idalia Sepúlveda (Chile)
- 15.50 – 16.00 **Discusión:** *Lic. María del Carmen Alvarez*
- 16.00 – 16.30 **Descanso – Café**



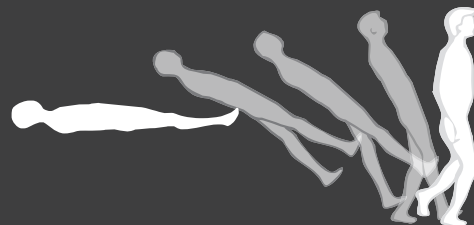
- 16.30 – 18.00 **Terapia intravenosa en UCI: uso de tecnología en enfermería**
Coordina: *Lic. Aldo Pomar*
- 16.30 – 17.00 **Principales complicaciones asociadas a la terapia intravenosa en UCI**
Lic. Johanna Valecka
- 17.00 – 17.30 **Ultimas recomendaciones en el manejo de catéteres venosos**
Lic. María del Carmen Alvarez
- 17.30 – 17.50 **Uso de tecnología en nuestra práctica diaria**
Lic. Darío Bejarano (Argentina)
- 17.50 – 18.00 **Discusión:** *Lic. Andrea Aldaya*
- 18.00 – 19.00 **Temas Libres**
Coordina: *Lic. Paola Vázquez*
- 18.00 – 18.20 **Cuidados de enfermería en el transporte aeromédico en paciente politraumatizado**
Lic. Fernando Delgado, Lic. Mauro Texeira
- 18.20 – 18.40 **Protocolo de preparación de lesiones de piel y mucosas. Nuestra experiencia**
Lic. Raquel Bueno, Lic. Ana Guillenea
- 18.40 – 19.00 **Infarto agudo de miocardio lejos de hemodinamia, percepción de la calidad de vida post fibrinolíticos y factores relacionados**
Lic. Nury Pintos
- 19.00 – 19.20 **Presentación E-posters**
- 19.00 – 19.10 **Estudio de la carga bacteriana presente en los teléfonos celulares del personal sanitario del Hospital Escuela del Litoral “Galán y Rocha” de la ciudad de Paysandú – Uruguay**
Lic. Alejandra Alvarez
- 19.10 – 19.20 **Diagnóstico de tuberculosis en pacientes con VIH-SIDA**
Lic. Virginia Alvarez



SÁBADO 4 DE NOVIEMBRE

SALA: BALL ROOM B

- 08.00 – 10.00 **Mesa**
Un problema de salud Nacional: politraumatizado en incidente automovilístico
 Coordina: *Dr. Alberto Biestro*
- 08.00 – 08.20 **Enfoque general del problema**
Dr. Alberto Biestro
- 08.20 – 08.40 **Situación epidemiológica actual del problema en Uruguay y visión futura**
Dr. Gerardo Barrios
- 08.40 – 09.00 **Politrauma. Visión del intensivista**
Dr. Francisco Pracca
- 09.00 – 09.20 **Control del daño**
Dr. Ricardo Misa
- 09.20 – 09.40 **Tórax agudo traumático**
Dr. Siul Salisbury
- 09.40 – 10.00 **Discusión**
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café**
- 10.30 – 11.30 **Conferencia**
Trombolisis en el stroke isquémico: el yin y yang
Dra. María Cristina Zurrú (Argentina)
 Coordina: *Dra. Elia Caragna*
- 11.30 – 12.40 **Mesa**
Craniectomía descompresiva (CD): ¿qué lugar tiene en el manejo del paciente neurocrítico?
 Coordinan: *Dr. Pedro Grille, Dra. Ana Canale*
- 11.30 – 11.45 **CD en el stroke isquémico**
Dr. Leandro Moraes
- 11.45 – 12.00 **CC en el TEC grave**
Dr. Pedro Grille
- 12.00 – 12.15 **Complicaciones de la cranioplastia**
Dr. Ramiro Lima
- 12.15 – 12.30 **Monitorización de la PIC post CD**
Dr. Alberto Biestro
- 12.30 – 12.40 **Panel de discusión**
Dr. Leandro Moraes, Dr. Fernando Martínez, Dr. Pedro Grille, Dr. Alberto Biestro, Dra. Ana Canale
- 12.40 – 14.00 **Intervalo**



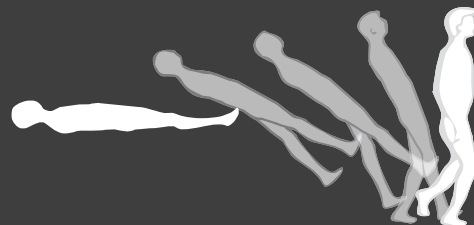
- 14.00 – 15.00 **Mesa**
Daño pulmonar en el paciente ventilado: un enfoque clínico
Coordina: *Dr. Arturo Briva*
- 14.00 – 14.15 **Frecuencia respiratoria y vili**
Dr. Jaime Retamal (Chile)
- 14.15 – 14.30 **Interacción paciente ventilador: ¿son todas las asincronías igual de lesivas?**
Dr. Lluís Blanch (España)
- 14.30 – 14.45 **Monitorización multimodal del paciente con insuficiencia respiratoria aguda**
Dra. Carmen Barbas (Brasil)
- 14.45 – 15.00 **Discusión**
- 15.00 – 16.00 **Mesa**
Destete de la ventilación mecánica: ¿cuándo y cómo iniciar y cómo controlar?
Coordina: *Dra. Cristina Santos*
- 15.00 – 15.10 **Introducción**
Dr. Rodrigo Beltramelli
- 15.10 – 15.40 **Panel de discusión con Expertos**
*Dra. Carmen Barbas (Brasil), Lluís Blanch (España),
Dr. Jaime Retamal (Chile)*
- 15.40 – 16.00 **Novedades en destete post insuficiencia respiratoria aguda**
Dra. Carmen Barbas (Brasil)
- 16.00 – 16.30 **Descanso – Café**
- 16.30 – 17.30 **Mesa**
Disección arterial traumática y/o trombosis venosas. Cerebrales. Cuándo pensar en su posibilidad, métodos diagnósticos y tratamientos
Coordina: *Dra. Corina Puppo*
- 17.30 – 18.00 **Conferencia**
¿Cómo será la UCI del futuro?
Dr. Lluís Blanch (España)
- 18.00 – 19.00 **Mesa**
Endocrinopatías en el paciente crítico: actualizaciones terapéuticas
Coordina: *Dr. Walter Olivera*
- 18.00 – 18.25 **Cetoacidosis diabética, coma hiperosmolar e hiperglicemia de stress en el paciente crítico**
Dra. Gabriela Mintegui
- 18.25 – 18.50 **Coma mixedematoso, la crisis tireotóxica y la enfermedad notiroidea o hipotiroidismo del paciente crítico**
Dra. Beatriz Mendoza
- 18.50 – 19.00 **Discusión**



SÁBADO 4 DE NOVIEMBRE

SALA: FLORIDA

- 08.00 – 10.00 **XII Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva**
 Coordina: *Lic. Ft. Viviana Melaragna*
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café**
- 10.30 – 12.30 **XII Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva (Cont.)**
- 12.30 – 14.00 **Intervalo**
- 14.00 – 16.00 **IV Encuentro de Neumocardiólogos en Medicina Intensiva**
 Coordinan: *Lic. NC. Lorena La Ruina, Lic. NC. Blanca Martínez, Lic. NC. Germán Iriart*
- 14.00 – 14.20 **Capnografía volumétrica aplicada al paciente crítico**
Br. Alejandra Vargas
 Coordinadores: *Lic. NC. Germán Iriart, Lic. NC. Lorena La Ruina*
- 14.20 – 15.00 **Capnografía volumétrica para monitorización de peep en POCC**
Dra. Inés Lujambio
 Coordinadores: *Lic. NC. Germán Iriart, Lic. NC. Lorena La Ruina*
- 15.00 – 16.00 **Taller de gasometría**
 Coordinadores: *Lic. NC. Fabiana Deus, Lic. NC. Germán Iriart*
- 16.00 – 16.30 **Descanso – Café**
- 16.30 – 18.30 **IV Encuentro de Neumocardiólogos en Medicina Intensiva (Cont.)**
- 16.30 – 16.50 **Oxigenoterapia de alto flujo**
Dr. Rodrigo Beltramelli
 Coordinadoras: *Lic. NC. Blanca Martínez, Lic. NC. Lorena La Ruina*
- 16.50 – 17.10 **Asincronía paciente ventilador aplicado a la práctica**
Lic. NC. Karla García Montejo
 Coordinadoras: *Lic. NC. Blanca Martínez, Lic. NC. Lorena La Ruina*
- 17.10 – 17.30 **Impacto de la fisioterapia respiratoria a corto plazo en pacientes ventilados**
Lic. Ft. María Etchechury, Lic. Ft. Mariana Ferreira
 Coordinadoras: *Lic. NC. Lorena la Ruina, Lic. NC. Germán Iriart*
- 17.30 – 17.50 **Marcapaso externo en la UCI**
Lic. NC. Guillermo Ortiz
 Coordinadoras: *Lic. NC. Germán Iriart, Lic. NC. Blanca Martínez*
- 17.50 – 18.15 **¿Qué hay de nuevo en la medición de gasto cardíaco?**
Bioerix
 Coordinadoras: *Lic. NC. Lorena La Ruina, Lic. NC. Germán Iriart*
- 18.15 – 18.30 **Cierre del Encuentro**



DOMINGO 5 DE NOVIEMBRE

SALA: BALL ROOM A

XI CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTENSIVA

08.00 – 10.00 **Ventilación mecánica**

Coordina: *Lic. Carina Candia*

08.00 – 08.30 **¿Qué hay de nuevo en ventilación mecánica?**

Lic. Dario Bejarano (Argentina)

08.30 – 09.00 **Importancia del destete en nuestra práctica diaria**

Lic. NC. Lorena La Ruina

09.00 – 09.30 **Avances en VNI**

Lic. Ana Inés Fernández

09.30 – 09.50 **¿Una realidad diferente en ventilación?**

Lic. Claudia Poggi (Israel)

09.50 – 10.00 **Discusión**

Dr. Fernando Rodríguez

10.00 – 10.30 **Descanso – Café**

10.30 – 13.00 **Infecciones en UCI**

Coordina: *Lic. Carina Candia*

Principales infecciones asociadas a las UCI, ¿qué estamos haciendo para prevenirlas?.

Una mirada compartida MSP – Comité de Infecciones

10.30 – 10.50 **MSP**

Lic. Rosa Echague

10.50 – 11.10 **Comité de Infecciones del CCOU**

Lic. Cristina De Vila

11.10 – 11.30 **Experiencia de una unidad extranjera**

Lic. Claudia Poggi (Israel)

11.30 – 11.50 **Experiencia de una unidad extranjera**

Lic. Idalia Sepúlveda (Chile)

11.50 – 12.00 **Discusión**

Lic. Gloria Trindade, Lic. Eduardo Silvera

Higiene hospitalaria, un método de control de infecciones

12.10 – 12.30 *Lic. Carina Boschiero*

12.30 – 12.50 *Lic. Idalia Sepúlveda (Chile)*

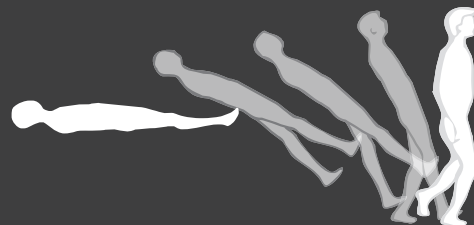
12.50 – 13.00 **Discusión**

Lic. Andrea Herrera, Lic. Soledad Ferreira

13.00 – 14.30 **Intervalo**



- 14.30 – 16.00 **Prevención y cuidados de la piel en los pacientes de UCI**
Coordina: *Lic. Fanny Basignani*
- 14.30 – 15.00 **Recomendaciones para la prevención del daño cutáneo y UPP en UCI**
Lic. Rocío González
- 15.00 – 15.30 **Guías clínicas del paciente para la prevención de dermatitis**
Lic. Cristina de Vilas
- 15.30 – 16.00 **Actualización en el tratamiento de UPP**
Lic. Rocío González
- 16.00 – 16.30 **Descanso – Café**
- 16.30 – 17.30 **Prevención y cuidados de la piel en los pacientes de UCI**
Coordina: *Lic. Fanny Basignani*
- 16.30 – 17.00 **¿Se puede vivir sin UPP en UCI?**
Lic. Claudia Poggi (Israel)
- 17.00 – 17.30 **Pasado, presente y futuro en relación a las UPP en Uruguay**
Lic. Rocío González



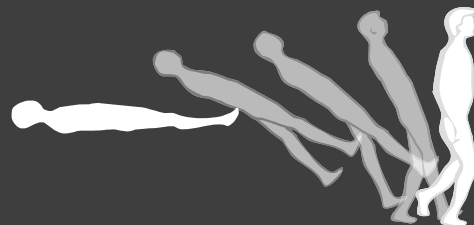
DOMINGO 5 DE NOVIEMBRE

SALA: BALL ROOM B

- 08.00 – 09.00 **Mesa**
Monitoreo hemodinámico en CTI
Coordina: *Dr. José Gorrasi*
- 08.00 – 08.15 **Valoración del uso de la presión arterial y sus modificaciones para guiar la reanimación cardiovascular. ¿Son realmente útiles?**
Dr. Julio Cabrera
- 08.15 – 08.30 **Monitoreo hemodinámico en la disfunción cardiovascular vinculada a valvulopatías y alteraciones estructurales cardíacas. ¿Cuál es su rol en el postoperatorio de cirugía cardíaca?**
Dr. Santiago Grun
- 08.30 – 08.45 **Uso de la ecocardiografía en el monitoreo hemodinámico. ¿Cuáles son los factores a considerar en la evaluación del estado de la hemodinamia?**
Dr. Arturo Pazos
- 08.45 – 09.00 **Monitoreo hemodinámico multimodal. ¿Cuáles son sus variables y su significado?**
Dr. José Gorrasi
- 09.00 – 10.00 **Mesa**
Evento coronario agudo: visión desde la capital y el interior
Coordina: *Dr. Carlos Quiroga*
- 09.00 – 09.20 **Situación actual de la reperfusión en el Uruguay**
Dra. Andrea Simeone
- 09.20 – 09.35 **Tratamiento de reperfusión en los SCA con elevación del ST. Visión desde el interior del país**
Dr. Gerardo Arambillete
- 09.35 – 09.50 **Tratamiento de reperfusión en los SCA con elevación del ST. Visión desde la capital**
Dr. Pedro Trujillo
- 09.50 – 10.00 **Discusión**
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café**
- 10.30 – 11.30 **Mesa**
Disautonomía en pacientes neurocríticos
Coordina: *Dr. Leandro Moraes*
- 10.30 – 10.45 **Edema pulmonar neurogénico**
Dr. Pedro Grille
- 10.45 – 11.00 **Cardiomiopatía catecoláminérgica**
Dr. Leandro Moraes
- 11.00 – 11.15 **Monitoreo**
Dra. Corina Puppo
- 11.15 – 11.30 **Discusión**
- 11.30 – 12.30 **Mesa**
Alteraciones endocrinológicas e hidroelectrolíticas en la neuroinjuria
Coordina: *Dr. Ignacio Aramendi*
- 11.30 – 11.45 **Diabetes insípida central: encare diagnóstico y terapéutico**
Dr. Leandro Moraes



- 11.45 – 12.00 **Cerebro perdedor de sal o secreción inapropiada de ADH: ¿los tratamos diferente?**
Dr. William Manzanares
- 12.00 – 12.15 **Disfunción hormonal en la neuroinjuria**
Dr. Ignacio Aramendi
- 12.15 – 12.30 **Discusión**
- 12.30 – 14.00 **Intervalo**
- 14.00 – 15.00 **Mesa**
Monitoreo de la presión intraabdominal: ¿Cuándo, cómo, por qué? ¿Cuál es el gesto terapéutico?
 Coordina: *Dr. Francisco Pracca*
- 14.00 – 14.15 **Monitoreo de la presión intraabdominal: ¿cuándo, cómo?**
Dr. Francisco Rodríguez
- 14.15 – 14.30 **Monitoreo de la presión intraabdominal: ¿por qué?**
Dr. Marcelo Acevedo
- 14.30 – 14.45 **Monitoreo de la presión intraabdominal: ¿cuál es el gesto terapéutico?**
Dr. Francisco Pracca
- 14.45 – 15.00 **Discusión**
- 15.00 – 16.00 **Mesa**
Complicaciones digestivas en el paciente crítico: ¿una rareza o algo que no tenemos en mente frecuentemente?
 Coordina: *Dr. William Manzanares*
- 15.00 – 15.18 **Microbiota y bacterioterapia en la enfermedad crítica: estado del arte**
Dr. William Manzanares
- 15.18 – 15.36 **Intestino bajo presión: disfunción gastrointestinal en el paciente crítico**
Dr. Eduardo Moreira
- 15.36 – 15.54 **Terapia nutricional en la disfunción gastrointestinal aguda**
Dra. Estela Olano
- 15.54 – 16.00 **Discusión**
- 16.00 – 16.30 **Descanso – Café**
- 16.30 – 17.10 **Conferencia**
Rehabilitación cognitiva en el paciente crítico
Dr. Lluís Blanch (España)
- 17.10 – 17.50 **Conferencia**
Antibióticos en infusión continua o intermitente: ¿cuáles son las indicaciones para cada una de las opciones?
Dr. Guilherme Furtado (Brasil)
 Coordina: *Dr. Julio Medina*
- 17.50 – 18.35 **Mesa**
Perilitas para el tratamiento de las infecciones más frecuentes adquiridas en la UCI
 Coordina: *Dra. Gloria Rieppi*
- 17.50 – 18.05 **Relacionada a cateterización urinaria**
Dra. Andrea Iturralde
- 18.05 – 18.20 **Relacionada a catéter endovenoso**
Dra. Cecilia Villariño
- 18.20 – 18.35 **Relacionada a neumonía asociada a la ventilación mecánica**
Dr. Julio Pontet



DOMINGO 5 DE NOVIEMBRE

SALA: FLORIDA

- 08.30 – 10.00 **Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición**
Coordinan: *Lic. Mabel Pellejero, Lic. Nut. Serrana Tihista, Dra. Ana Gavazzo*
- 08.30 – 08.35 **Apertura**
Lic. Mabel Pellejero
- 08.35 – 09.30 **Mesa**
Optimización de la nutrición enteral. ¿Qué estamos haciendo y qué podemos cambiar?
Coordina: *Dra. Ivette Huelmo*
- 08.35 – 08.50 **¿Qué debe protocolizarse para optimizar resultados de la nutrición enteral en el paciente crítico?**
Dr. Alejandro López
- 08.50 – 09.10 **Experiencia en protocolo PEP Up. Mejora en provisión de energía y proteínas**
Lic. Nut. Cristina Gaiero
- 09.10 – 09.30 **Responsabilidades de la Lic. en Enfermería en la terapia nutricional vía enteral**
Lic. Johanna Valecka
- 09.30 – 10.00 **Conferencia**
Aportes calóricos proteicos en paciente crítico
Dra. Claudia Kecskes (Argentina)
Presidente: *Dra. Estela Olano*
- 10.00 – 10.30 **Descanso – Café**
- 10.30 – 12.30 **Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición (Cont.)**
- 10.30 – 11.30 **Mesa**
Valoración del riesgo y del estado nutricional en el paciente crítico. ¿Qué hay de nuevo en nuestro medio?
Coordina: *Lic. Nut. Serrana Tihista*
- 10.30 – 10.50 **Herramientas para detección de la malnutrición en el paciente crítico**
Lic. Nut. Julia Salas
- 10.50 – 11.10 **Experiencia en el uso de Nutric score para detectar riesgo nutricional**
Dra. Ana Freire, Lic. Nut. Michelle Sillanovich
- 11.10 – 11.30 **Rol de la Lic. en Enfermería en la evaluación nutricional en el CTI**
Lic. Lourdes Silva
- 11.30 – 12.15 **Conferencia**
Microbiota en el paciente crítico
Dra. Claudia Kecskes (Argentina)
- 12.15 – 12.30 **Clausura del Encuentro**



LUNES 6 DE NOVIEMBRE

SALA: BALL ROOM A

XI CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERÍA EN MEDICINA INTENSIVA

09.00 – 10.00 **Temas Libres**

Coordinan: *Lic. Paola Vázquez, Lic. Verónica Casanova*

09.00 – 09.20 **Implementación de protocolo de normaglicemia en una unidad de cuidados intensivos en cooperativa médica de Rivera**

Lic. Mariana Martínez, Lic. Miriam Olivera

09.20 – 09.40 **Meningitis tuberculosa en paciente portador de virus de inmunodeficiencia humana**

Lic. Lurdes Mello

09.40 – 10.00 **Experiencia, unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas, percepción de los profesionales**

Lic. Claudia Montaña

10.00 – 10.30 **Descanso – Café**

10.30 – 12.00 **Temas Libres**

Coordinan: *Lic. Paola Vázquez, Lic. Verónica Casanova*

10.30 – 10.50 **Seguridad en el paciente: herramientas comunicacionales en el cuidado de los catéteres**

Lic. Inés Lavega

10.50 – 11.10 **Requerimiento de personal de enfermería según cargas de trabajo medida por TISS-28 en una unidad de cuidados intensivos de Rivera**

Lic. Miriam Olivera, Lic. M. Martínez

11.10 – 11.30 **Gestión del servicio de CTI de Gremeda en el marco de su ampliación**

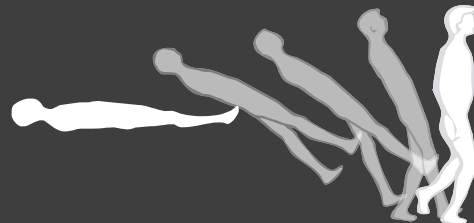
Lic. Miriam Segura

11.30 – 11.50 **Cuidados enfermeros en paciente crítico con Síndrome de Bardet-Biechl. Reporte de caso**

Lic. Ana Alvarez, Lic. Solange Cardozo. Lic. Karen Figueira

12.15 – 13.45 **Claves de la investigación científica y su comunicación efectiva**

Lic. Carmen Ferreira



14.30 – 16.30 **Gestión clínica y seguridad en UCI**

Coordina: *Lic. Sara Ocampo*

Indicadores de calidad en terapia intensiva

14.30 – 15.15 **Importancia en el seguimiento de indicadores**

*Lic. Milka Curbelo, Lic. Claudia Poggi (Israel),
Lic. Darío Bejarano (Argentina), Lic. Idalia Sepúlveda (Chile)*

15.15 – 15.30 **¿En qué estamos trabajando en Uruguay?**

Dr. Marcelo Barbato

Seguridad de paciente

15.30 – 16.00 **Principales eventos adversos en UCI y cómo prevenirlos**

Lic. Rocío González

16.00 – 16.30 **Importancia de la comunicación y el trabajo en equipo**

Dr. Henry Albornoz

16.30 – 17.00 **Descanso – Café**

17.00 – 18.00 **Gestión clínica**

Coordina: *Lic. Ana Galeano*

17.00 – 17.30 **Importancia de humanización en terapia intensiva**

Lic. Darío Bejarano (Argentina)

17.30 – 18.00 **¿Qué enfermería en medicina intensiva queremos?**

Lic. Gloria Piñero, Lic. Isabel Silva, Lic. Alvaro Fernández

18.00 – 18.30 **Ceremonia de Clausura**

Entrega de Premios

18.30 – 19.30 **Conferencia de Clausura**

Motivacional

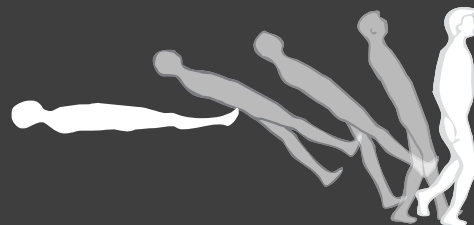
Dr. Roberto Canessa



LUNES 6 DE NOVIEMBRE

SALA: BALL ROOM B

- 09.00 – 11.00 **Mesa**
Gestión en UCI
Coordinan: Dr. Pedro Alzugaray, Dr. Gastón Burghi
- 09.00 – 09.20 **Utilidad de Benchmarking en la gestión clínica**
Dr. Jorge Salluh (Brasil)
- 09.20 – 09.40 **Gestión del talento humano**
Dr. Mario Godino
- 09.40 – 10.00 **Comunicación en crisis**
Mag. Patricia Schroeder
- 10.00 – 10.20 **Ética de la eficiencia**
Dr. Marcelo Barbato
- 10.20 – 10.40 **¿Qué indicadores utilizar para gestionar una UCI?**
Dr. Jorge Salluh (Brasil)
- 10.40 – 11.00 **Discusión**
- 11.00 – 11.30 **Descanso – Café**
- 11.30 – 12.30 **Conferencia**
Rol de la medicina intensiva en donación y trasplante
Dr. Raúl Mizraji
- 12.30 – 13.30 **Conferencia**
Humanismo en medicina intensiva
Dr. Humberto Correa
- 13.30 – 15.00 **Intervalo**
- 15.00 – 17.00 **Mesa**
Medicina intensiva en el Uruguay
Coordina: Dr. Carlos Cardoso
- 14.00 – 14.20 **Visión de la medicina intensiva desde el Ministerio de Salud Pública. Regulación. Decreto 399/08. Futuro de la CHAMI**
Dr. Jorge Basso
- 14.20 – 14.40 **Visión de la medicina en la formación del posgrado**
Dr. Alberto Biestro
- 14.40 – 15.00 **Formación de los jefes de servicios de las UCI y relación con la reglamentación actual. Propuesta**
Dr. Arturo Briva
- 15.00 – 15.20 **Visión de la medicina intensiva desde la SUMI. Formación médica continua y educación médica permanente. Recertificación**
Dr. Juan Pablo Soto
- 15.20 – 15.40 **¿Cuál es la formación de la especialista en medicina intensiva?**
Lic. Isabel Silva
- 15.40 – 16.00 **Discusión**
- 17.00 – 17.30 **Descanso – Café**
- 17.30 – 19.30 **Espacio SUMI**
- 19.30 **Ceremonia de Clausura – Entrega de Premios**



LUNES 6 DE NOVIEMBRE

SALA: FLORIDA

- 09.00 – 10.30 **Mesa**
Sangrado en el paciente crítico
Coordinan: *Dra. Stella Calvo, Dr. Miguel Alfonso*
- 09.00 – 09.05 **Introducción**
- 09.05 – 09.45 **Videoconferencia: Sangrado médico crítico**
Dr. Rubens Costa Filho (Brasil)
- 09.45 – 10.00 **Coagulopatía asociada al trauma**
Dr. Pedro Grille
- 10.00 – 10.15 **Sangrado obstétrico crítico**
Dr. Darwin Tejera
- 10.15 – 10.30 **Resucitación hemostática**
Dra. Stella Calvo
- 10.30 – 11.00 **Conferencia**
Plaquetopenia en el crítico. ¿Un marcador de gravedad?. Hit en medicina intensiva
Dr. Mario Cancela
- 11.00 – 11.30 **Descanso – Café**
- 11.30 – 12.10 **Conferencia**
Ecografía crítica realizada por el equipo de cuidados críticos
Dr. José Luis Do Pico (Argentina)
Coordina: *Dr. Andrés Cebey*
- 12.10 – 12.50 **Conferencia**
Pancreatitis aguda en la UCI
Dr. Julio Pontet
Coordina: *Dra. Daniela Paciel*
- 12.50 – 13.30 **Conferencia**
Alteraciones hidroelectrolíticas y ácido base frecuentes en el paciente crítico
Dr. José Luis Do Pico (Argentina)
- 13.30 – 15.00 **Intervalo**
- 15.00 – 17.00 **VIII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva**
Coordina: *Dr. Darwin Tejera*
- 15.00 – 15.30 **Aspectos legales en el donante de órganos**
Dr. Marcelo Lander
- 15.30 – 16.00 **Discusión de Casos Clínicos**
- 16.00 – 16.30 **Urgencias oncológicas no respiratorias**
Dr. Gastón Burghi
- 16.30 – 17.00 **Discusión de Casos Clínicos**



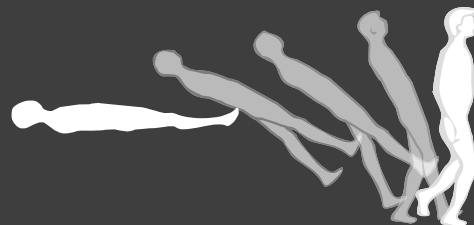
FOYER SALA FLORIDA
 PRESENTACIÓN DE E-POSTERS
 Sábado 4 de Noviembre

12.30 – 14.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 1

Comentador: *Dr. Gustavo Pittini*

- Nº1** ATROFIA MUSCULAR DE MIEMBROS Y RESPIRATORIA DETECTADA POR ECOGRAFÍA EN PACIENTES CRÍTICOS.
Carámbula A, D'Amico S, Visca A, Barbato M, Angulo M.
 Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.
- Nº4** ATROFIA Y REGENERACIÓN MUSCULAR EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO
Angulo M, Noboa L, Fernández A, Rodríguez R, Iglesias M, Marin M, Vacca A, Pereyra S, Amilivia G, Santos D, Rey A, Gámbaro F, Suárez A, Cayota A, Dapuerto J, Hurtado J, Briva A.
 Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelAR. Montevideo, Uruguay
- Nº9** INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS VIRALES GRAVES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
González F, Verga F, Burghi G, Albornoz H, Galiana A, Barbato M
 Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay
- Nº10** AUTOPSIA PULMONAR EN MEDICINA INTENSIVA. SU IMPORTANCIA EN EL CONTROL DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL.
Rodríguez F, Nin N, Hurtado J, Vilas A, Davila C, Alba A
 Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Español, Montevideo, Uruguay
- Nº15** TUBERCULOSIS PULMONAR EN MEDICINA INTENSIVA
Nin N, Giordano A, Buroni M, Rodríguez F, Fleitas M, Sande L, Montoya E, Greif G, Robello C, Coitinho C, Hurtado FJ
 Unidad de Medicina Intensiva (UMI) de Hospital Español-ASSE. Laboratorio de Biología Molecular Instituto Pasteur Montevideo, Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. Montevideo. Uruguay
- Nº21** AUTOPSIAS PULMONARES EN PACIENTES FALLECIDOS CON TUBERCULOSIS GRAVE
Nin N, Rodríguez F, Vila A, Buroni M, Giordano A, Quiroga C, Tenzi J, Davila C, Hurtado JF
 Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Español, Montevideo, Uruguay
- Nº23** OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN ADULTOS
Beltramelli R; Burghi G; Alzugaray P
 Sanatorio Americano. Montevideo, Uruguay
- Nº28** ESTRATEGIA DE MANEJO RESPIRATORIO Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE DISTRÉS (SDRA) GRAVE CON HIPOXEMIA REFRACTARIA
Rodríguez Olivera F.
 Hospital Español, Montevideo, Uruguay



12.30 – 14.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 2

Comentador: *Dr. Andrés Cebey*

- Nº6** HIPOXEMIA REAL Y ESPURIA POR HIPERLEUCOCITOSIS EXTREMA: REPORTE DE UN CASO.
Larrosa L, Machado D, Biestro A, Angulo M.
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.
- Nº7** EXPERIENCIA EN LA COLOCACIÓN DE VIA VENOSA CENTRAL GUIADA POR ULTRASONIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). ESTUDIO CONTROLADO.
Rodriguez P, Pontet J, Svidirenko I, Fabretto S, Martella R, Noveri S, Soca A.
Hospital Pasteur- Montevideo, Uruguay.
- Nº8** IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE ULTRASONIDO MULTISISTEMICO AL INGRESO A UCI. ESTUDIO CONTROLADO.
Julio Pontet, Pablo Rodriguez, Christian Yic, Igor Sviridenko, Diego Méndez, Sylvia Noveri, Ana Soca, Mario Cancela.
Hospital Pasteur, Asociación Española. Montevideo, Uruguay
- Nº20** UTILIDAD DE LA MEDIDA ECOGRÁFICA DEL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIO ÓPTICO PARA DETECTAR HIPERTENSION ENDOCRANEANA. RESULTADOS DEFINITIVOS
Yic C, Pontet J, Bioni I, Biestro A, Cancela M
Asociación Española Primera en Salud y Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay
- Nº25** FALLA HEPATICA FULMINANTE POR SIFILIS
Bonilla C., Castelli J., Greco G, Mainardi V.
CTI, Centro de Trasplante hepático, H.CC.FFAA, Montevideo, Uruguay.
- Nº26** DIAGNÓSTICO DE TEPY MONITOREO DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO POR ECOCARDIOGRAFÍA POR MÉDICOS INTENSIVISTAS
Bonilla C., Klaps C., Tolosa L., Lucero F, De Armas A.
CTI polivalente del H.C.FF AA, Montevideo, Uruguay
- Nº27** DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE COMO COMPLICACIÓN DE LA INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN (BCG). REPORTE DE CASO.
Moreira E, Goleniuk D y Albornoz H.
CASMER, Rivera, Uruguay.



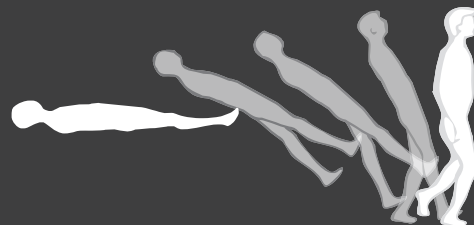
FOYER SALA FLORIDA
 PRESENTACIÓN DE E-POSTERS
 Domingo 5 de Noviembre

12.30 – 14.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 1

Comentador: *Dr. Gustavo Pittini*

- Nº2** EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON INJURIA RENAL AGUDA Y REQUERIMIENTOS DE TÉCNICAS DE SOPORTE RENAL EN MEDICINA INTENSIVA
Sande L, Tenzi J
 Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Español, Montevideo, Uruguay
- Nº5** POR UNA UCI SIN DELIRIUM: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA
Mesa P, Orellano M, ALtez S., Lecor C., Favretto S., Da Luz J., Leyes C., Pereira E., Pereira L., Soca A.
 Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay
- Nº11** CALIDAD DE VIDA A LOS 6 MESES DE UNA QUEMADURA GRAVE
Caratte MJ, Aramendi I., Moreno L., Cabrera J., Burghi G.
 Centro Nacional de Quemados. MSP – UDELAR. Montevideo – Uruguay
- Nº12** ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUEMADOS. ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN CENTRO DE QUEMADOS.
Lemos F, Morelli P, Degiovanangelo M, Aramendi I, Cabrera J, Burghi G.
- Nº18** EVENTOS ADVERSOS DURANTE LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS.
Carámbula A, Ruiz A, Moreira E, Godino M, Barbato M, Burghi G.
 Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay
- Nº19** ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS MÉTODOS PARA MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL
Maciel F, Mendaña S, Bousas P, Pracca F, Machado F, Biestro A
 Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay
- Nº22** FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON BACTERIEMIAS POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES QUEMADOS
Ruiz A¹, Giudici P¹, Aramendi I¹, Cabrera J¹, Burghi G¹
¹ Centro Nacional de Quemados, Montevideo, Uruguay
- Nº24** FALLA HEPÁTICA AGUDA EN URUGUAY: ANÁLISIS DE MORTALIDAD
Garaza Melany, Castelli Jorge, Grecco Gustavo, Mainardi Victoria, Olivari Daniela, Rando Karina, Leites Alejandro, Harguindeguy Martín, Gerona Solange.
 Unidad Bi-institucional de Trasplante Hepático, Hospital Central de las Fuerzas Armadas- Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay



12.30 – 14.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 2

Comentador: *Dr. Andrés Cebey*

- Nº3** HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS DE MÉDICOS INTENSIVISTAS URUGUAYOS EN ACTIVIDAD Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

FREIRE A

Montevideo, Uruguay

- Nº13** ANÁLISIS DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA MUERTE ENCEFÁLICA Y LOS INDICADORES DE DONACIÓN EN URUGUAY: EL ROL DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Godino, M⁽¹⁾; Mizraji, R⁽¹⁾; Cacciatore A⁽¹⁾; Bengochea, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, MSP- UDELAR. Montevideo, Uruguay

- Nº14** ESTUDIO PILOTO DE VALORACIÓN DE LA AUTORREGULACIÓN CEREBRAL EN PACIENTES SÉPTICOS. RESULTADOS PRELIMINARES.

Moraes L., De Araújo W., Furtado S., Noble M., Olivera J., Panelli L., Rodriguez I., Machado D., Mercado M, Calhueque A., Yelicich B., La Paz F, Biestro A., Puppo C.
CTI Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

- Nº16** AUDITORIA DE FALLECIDOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN APOORTE A LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y COMUNICACIÓN DE LA MUERTE ENCEFÁLICA

Godino, M⁽¹⁾; Mizraji, R⁽¹⁾; Cacciatore A⁽¹⁾; Bengochea, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, MSP- UDELAR. Montevideo, Uruguay

- Nº17** PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA QUE INGRESAN AL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE.

Tommasino N, Saravia M, Rodriguez A, Mizraji R.

INDT



INFORMACIÓN GENERAL

Entrega de documentación:

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 07.30 hs. del día 3 de Noviembre. Se entregará tarjeta de identificación, bolso y programa oficial a los inscriptos al Congreso.

Tarjeta de identificación:

La tarjeta de identificación, la cual le acredita como participante del Congreso, debe ser presentada para ingresar a las salas de actividad académica ya que se realizará control a través del sistema de scanner. Su uso es obligatorio.

Sala de pruebas de audiovisuales:

Se deberán entregar los materiales a proyectar, en la Sala de Pruebas que estará ubicada en la Sala Vip del Hotel Radisson (piso 2). Se deberán entregar con 2 horas de anticipación. La Secretaría del Congreso, Atenea Eventos, no se hace responsable por materiales olvidados tanto en sala de pruebas como en sala de sesiones.

Teléfonos celulares:

El uso de teléfonos celulares está prohibido dentro de las salas de conferencias. Por favor silencie su teléfono al entrar a las mismas.

Diplomas:

Los diplomas se entregarán el último día del Congreso (Lunes 6 de Noviembre) a partir de las 10.00 hs, con tarjeta de identificación.

Idioma oficial:

El idioma oficial es el castellano.

Área de exposición comercial:

Ubicada en el piso 2 del Hotel Radisson, permanecerá abierta al público entre las 08.30 y 18.00 durante el desarrollo del Congreso.

Inscripción en Dólares Americanos

COSTOS DE INSCRIPCIÓN

Categoría	Costo
Médicos Socios SUMI, SUNPI, SATI, SUC	170
Posgrados y Residentes	80
Médicos No socios	200
Licenciados: Enfermería, Nutrición, Fisioterapia, Neumocardiología	150
Auxiliares Enfermería y Estudiantes	70
Inscripción por día (*)	70

(*) Inscripción no habilita a acceso resto de los días. No incluye materiales ni actividades sociales

Cursos Pre-Congreso (c/u)

3 de Noviembre de 2017

- › Ventilación Mecánica
- › Antibioticoterapia en el paciente crítico

Categoría	Costo
Inscriptos al Congreso	50
No inscriptos al Congreso (*)	80

(*) Inscripción exclusiva al Curso. No habilita a resto de actividades del Congreso ni actividades sociales

Actividades Parciales:

Inscripción solo a estas actividades (*)

Categoría	Costo
Encuentro de Fisioterapia: (4 de Noviembre en la mañana)	50
Encuentro de Neumocardiología: (4 de Noviembre en la tarde)	50
Encuentro de la SUNUT (5 de Noviembre en la mañana)	50

(*) Inscripción solamente a la actividad que corresponda. No incluye materiales ni actividades sociales

Forma de pago:

Exclusivamente Contado efectivo



1 ATROFIA MUSCULAR DE MIEMBROS Y RESPIRATORIA DETECTADA POR ECOGRAFÍA EN PACIENTES CRÍTICOS.

Carámbula A, D'Amico S, Visca A, Barbato M, Angulo M.
Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción: El desarrollo de debilidad muscular periférica y respiratoria es una complicación frecuente en los pacientes críticos. (1) Tanto la disminución de la fuerza diafragmática como de los músculos de miembros superiores e inferiores se asocia a mayor tiempo de asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVMI), mayor estadía en UCI y a un incremento en la mortalidad. (2)

Objetivo: Describir la evolución del espesor muscular de las extremidades y diafragmático a lo largo del tiempo durante la ventilación mecánica.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, realizado en una UCI polivalente. El espesor de los músculos de las extremidades superiores e inferiores (bíceps, antebrazo y muslo) y el espesor del diafragma se determinó por ecografía en los días 1, 3, 7 y 10. Cuando fue posible, la fuerza muscular se evaluó mediante el score MRC y la dinamometría de prensión manual al momento de despertar.

Resultados. Se incluyeron 26 pacientes (siete mujeres, 19 hombres, 54 ± 20 años, SAPS II 42 ± 16). El espesor de los músculos de las extremidades ATROFIA superiores e inferiores disminuyó progresivamente con el tiempo ($p < 0,001$, Figura 1). Diez días después del inicio de la ventilación mecánica, el espesor del bíceps, músculos del antebrazo y muslo había disminuido en $10 \pm 8\%$, $8 \pm 2\%$ y $9 \pm 2\%$, respectivamente. La fuerza muscular al despertar fue evaluada en nueve pacientes. El score MRC se redujo en siete pacientes (MRC puntuación 31 ± 7). La fuerza de prensión manual se encontró severamente reducida en el momento del despertar en todos los pacientes evaluados ($27 \pm 15\%$ del valor predicho). El espesor del diafragma también disminuyó con el tiempo, reduciéndose hasta $13 \pm 21\%$ al séptimo día ($p < 0,05$, Figura 2).

Conclusión. En nuestra población en estudio, el desgaste muscular ocurrió rápidamente y de forma tiempo dependiente comprometiendo tanto los músculos de las extremidades superiores e inferiores como el diafragma. En el momento del despertar, se detectó debilidad muscular severa. El ultrasonido podría ser un método no invasivo útil para evaluar secuencialmente el desgaste muscular de extremidades y respiratorio en pacientes en AVMI.

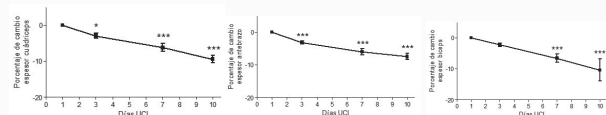


Fig 1. Porcentaje de cambio del espesor muscular nivel de miembros (bíceps, antebrazo y cuádriceps) durante la estadía en UCI.

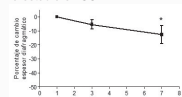


Fig 2. Porcentaje de cambio del espesor muscular diafragmático durante la estadía en UCI.

1. Kress JP, Hall JB, JCU-acquired weakness and recovery from critical illness. *N Engl J Med*. 2014;370:1626-35.
2. Supinski GS, Callahan LA. Diaphragm weakness in mechanically ventilated critically ill patients. *Crit Care*. 2013;17:R120.

Bibliografía

3 HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS DE MÉDICOS INTENSIVISTAS URUGUAYOS EN ACTIVIDAD Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

AUTORA: FREIRE A
Montevideo, Uruguay

Introducción: Alrededor de 23,3 millones de personas morirán de enfermedad cardiovascular en 2030, siendo la principal causa de muerte en el mundo (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 75% de la mortalidad cardiovascular se puede disminuir realizando cambios de estilo de vida.

Un metaanálisis realizado en 2013 demostró la vinculación entre stress laboral y riesgo de enfermedad cardiovascular.

También se ha relacionado el régimen de guardias con mayor grado de stress laboral (2).

Los médicos han sido estudiados en relación a las causas de muerte como población y por especialidad. (3).

Los médicos intensivistas se desempeñan en condiciones laborales especiales. Este estudio intenta aproximarse a un diagnóstico de situación para estos especialistas.

Material y método: Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo, no experimental, comparativo y de corte transversal.

Se relevaron médicos intensivistas en actividad en Uruguay entre los meses de Julio a Setiembre 2016.

Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 22 para Windows. La distribución de las variables continuas se evaluó con un nivel de significación de 0,05.

Resultados: El 63,5% de la población de médicos intensivistas en actividad en Uruguay, presentan sobrepeso y/u obesidad, encontrándose significación estadística entre ello y el desempeño de más de 16 horas de trabajo nocturno semanal y fuerte relación con horarios mayores a 48 horas semanales.

Conclusiones:

Los hábitos higiénico-dietéticos de los médicos intensivistas se relacionan al desarrollo de factores de riesgo cardiovascular, principalmente sobrepeso y obesidad.

Referencias: 1-OMS. Global Status Report on Non Communicable Diseases. ; 2014.

2-Roskoden F, Krüger J, Vogt L, Gärtner S, Hannich H, Aghdassi A, et al. Physical Activity, Energy Expenditure, Nutritional Habits, Quality of Sleep and Stress Levels in Shift-Working Health Care Personnel. *Plos ONE* (2017, Jan 12), 12(1): 1-

3-. Antonio L. Turnes, Caliope Maria Ciriacos. Mortalidad de los médicos en Uruguay-1er. parte-Años 1974-2002. *Revista médica del Uruguay*. 2003; 19.

2 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON INJURIA RENAL AGUDA Y REQUERIMIENTOS DE TÉCNICAS DE SOPORTE RENAL EN MEDICINA INTENSIVA

Sande L, Tenzi J

Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Español, Montevideo, Uruguay

Introducción: La injuria renal aguda (IRA) que requiere de técnica de soporte renal (TSR) en el paciente crítico se asocia con mal pronóstico; existiendo diversos factores implicados en el mismo. Este estudio tiene como objetivo analizar la evolución y desenlaces de los pacientes críticos con IRA y requerimientos de TSR de acuerdo a dos de los factores referidos previamente cómo son el momento de inicio del TSR (precoz vs tardío) y la presencia de inestabilidad hemodinámica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico de una serie de pacientes críticos con IRA y requerimiento de TSR. Se realizó un análisis descriptivo de la serie de datos cuantitativos y categóricos. Se realizó un análisis inferencial univariado (empleando los test correspondientes de acuerdo al tipo y distribución de las diferentes variables) y un análisis multivariado para determinar factores de riesgo asociados a mortalidad y persistencia de IRA. Nivel de significación empleado: p menor de 0.05.

Resultados: $n = 74$, sexo masculino: 51,4%, edad promedio: de 64 años, APACHE II promedio: 25,74, SOFA promedio: 6,93. Etiología séptica: 62,2%. TSR empleada: hemodiálisis intermitente (HDI): 100%. Mortalidad y persistencia de IRA significativamente mayor en pacientes con inestabilidad hemodinámica (66 % vs 17%, $p < 0,000$; 100% vs 85,7%, $p < 0,02$). No diferencias significativas en mortalidad, persistencia de IRA y estadía en UMI con los diferentes criterios empleados para definir el inicio precoz versus tardío de la TSR. En el análisis multivariado, el score SOFA y la presencia de diuresis al momento de la TSR fueron identificados como factores de riesgo para mortalidad.

Conclusiones: En este serie de pacientes críticos con IRA y requerimientos de TSR en base a HDI no se encontraron diferencias al comparar una estrategia de inicio precoz de TSR con respecto a una tardía. La mortalidad y la persistencia de IRA fueron mayores en los pacientes que presentaron inestabilidad hemodinámica al momento de iniciar la TSR.

Bibliografía.

1. Zarbock A, Kellum JA, Schmidt Ch et al. Effect of Early vs Delayed Initiation of Renal Replacement Therapy on Mortality in Critically Ill Patients With Acute Kidney Injury. The ELAIN Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;315(20):2190-2199.

4 ATROFIA Y REGENERACIÓN MUSCULAR EN EL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO

Angulo M, Noboa L, Fernández A, Rodríguez R, Iglesias M, Marin M, Vacca A, Pereyra S, Amilivia G, Santos D, Rey A, Gámbaro F, Suárez A, Cayota A, Daputo J, Hurtado J, Briva A.

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Udelar. Montevideo, Uruguay.

Introducción. El Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) se asocia a disfunción muscular, aumentando la morbi-mortalidad y deteriorando la calidad de vida luego del alta. Nuestro objetivo fue estudiar el proceso de atrofia y regeneración muscular en el SDRA.

Material y método. Evaluamos las fuerzas musculares en pacientes con SDRA previo al egreso de la UCI ($n=11$). A los 3 meses se evaluaron fuerzas musculares, se realizó estudio funcional respiratorio, test de marcha de 6 minutos (TM6M) y calidad de vida mediante cuestionario EQ-5D-5L ($n=6$). Posteriormente generamos un modelo de SDRA en ratones mediante LPS intratraqueal. En distintos tiempos de evolución evaluamos el grado de injuria pulmonar, atrofia muscular (masa y área de sección transversal miofibrilar) y contractilidad muscular. En vistas a obtener información sobre el proceso de regeneración muscular, la expresión de Pax7 y MyoD (mediadores centrales del proceso de miogénesis llevado a cabo por las células satélite) fue estudiado mediante Western blot. Finalmente, la expresión de los microARN miR-133 y miR-206, reguladores críticos del proceso de atrofia/regeneración muscular, fue evaluada por qPCR.

Resultados. Los pacientes con SDRA presentaron fuerzas musculares disminuidas al momento del egreso de UCI ($p < 0,01$). A los tres meses persistía la reducción de las fuerzas musculares periféricas, así como de las presiones máximas respiratorias, capacidad vital forzada, distancia en TM6M y calidad de vida ($p < 0,05$). Los animales tratados con LPS presentaron un aumento significativo del contenido proteico y celular en lavado bronquioloalveolar, normalizándose luego de siete días. La lesión pulmonar se asoció a atrofia y disfunción muscular. La expresión proteica de Pax7 aumentó progresivamente durante la lesión pulmonar, incluso luego de la resolución de la misma. Al contrario, la expresión de MyoD disminuyó gradualmente. Finalmente, evidenciamos un marcado aumento en la expresión muscular de miR-133 y miR-206 durante el transcurso de la injuria pulmonar.

Conclusiones. El SDRA se asocia a atrofia y debilidad muscular periférica y respiratoria, que persiste luego del egreso hospitalario. El patrón de expresión de Pax7/MyoD sugiere activación progresiva de células satélite durante el curso de la injuria pulmonar. miR-133 y miR-206 podrían estar involucrados en este proceso.

5 POR UNA UCI SIN DELIRIUM: EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Mesa P., Orellano M., Altez S., Lecor C., Favretto S., Da Luz J., Leyes C., Pereira E., Pereira L., Soca A.

Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay

Introducción: En la unidad de cuidados intensivos (UCI) el uso de la escala de agitación y sedación Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) y de la herramienta diagnóstica para delirium, Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), no están sistemáticamente incorporadas en la práctica clínica.

En la UCI del Hospital Pasteur, hasta 2013 no se aplicaban en forma protocolizada.

En 2014-2015 se diseñó el primer estudio prospectivo sobre delirium en la UCI evidenciando un escaso uso y grado de cumplimiento de las escalas (RASS: 0.17 [DE 0.07], CAM-ICU: 0.20 [DE 0.11]).

En 2016 se implementaron talleres educativos en el uso del CAM-ICU para screening del delirium.

El presente estudio tiene como objetivos:

Evaluar la mejora en la aplicación del RASS y del CAM-ICU.

Describir la incidencia del delirium y variables relacionadas post intervenciones educativas.

MÉTODOS: estudio descriptivo, prospectivo de pacientes ingresados en la UCI entre 1/3 y 31/5 del 2017.

Criterios de inclusión: ≥ 18 años, estaba ≥ 24 horas.

FASE EDUCACIONAL

Entrenamiento: divulgación del RASS y CAM-ICU, modo taller y bed side, durante 3 meses dirigido a médicos y enfermería.

Uso de la herramienta: proporción de pacientes evaluados por RASS y CAM-ICU.

Grado de cumplimiento: cociente entre número de aplicaciones del RASS y CAM-ICU sobre frecuencia de aplicación recomendada, comparándose con datos del 2015.

FASE CLÍNICA

Se diagnosticó delirium con CAM-ICU positivo, evaluándose su incidencia y variables relacionadas.

Estadística: las variables asociadas al delirium fueron ajustadas por modelo logístico ($p < 0.20$).

RESULTADOS: 225 pacientes incluidos.

FASE EDUCACIONAL. Uso de la herramienta: RASS aplicado en 225 pacientes (100%). CAM-ICU aplicado en 206/209 (91.6%), 16 permanecieron en coma.

Grado de cumplimiento: RASS: 0.54 (DE 0.3) CAM-ICU: 0.70 (DE 0.4)

FASE CLÍNICA. Incidencia: de 206 pacientes 99 (48%) presentaron delirium, de éstos 76 (76.7%) tuvieron ventilación mecánica invasiva (VMI).

Análisis multivariado. Factores asociados al delirium: edad ≥ 65 años (OR 7.56 [IC 3.34–17.1]), VMI (OR 3.46 [IC 1.15–10.4]), días de sedación (OR 1.88 [IC 1.19–2.96]).

CONCLUSIONES

La capacitación aumentó el uso de las herramientas, siendo aun inferior a lo recomendado.

La incidencia de delirium fue 48%.

Debemos continuar educando.

7 EXPERIENCIA EN LA COLOCACIÓN DE VIA VENOSA CENTRAL GUIADA POR ULTRASONIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI). ESTUDIO CONTROLADO.

Rodriguez P, Pontet J, Svidrenko I, Fabretto S, Martella R, Noveri S, Soca A.

Hospital Pasteur- Montevideo, Uruguay.

Introducción: A pesar de las ventajas descritas en la colocación de accesos venosos centrales (VVC) bajo guía ecográfica, en nuestro medio su realización en UCI es reciente, y sólo una parte de los Intensivistas lo han implementado en su práctica asistencial.

Objetivos: Comparar el grado de dificultad y la incidencia de complicaciones en la colocación de VVC con y sin ultrasonido (US). Analizar si influye el grado de experiencia del operador.

Material y Métodos: Estudio unicéntrico prospectivo controlado.

Se comparó un grupo de estudio con VVC eco-guiada (Grupo US), versus un grupo control con VVC guiada por repères anatómicos (operadores no entrenados en US). Aprobado por Comité de Ética del Hospital.

Resultados: Se realizaron 191 VVC en 152 pacientes, 86 con ultrasonido (US) y 105 guiado por repères (grupo control). La edad, sexo e incidencia de obesidad fue similar entre ambos grupos. 180 VVC (94%) fueron realizadas por médicos residentes.

La mayoría de los accesos fueron vía yugular en ambos grupos, pero 90% acceso yugular anterior en el grupo US frente a 80% de yugular posterior en el grupo control ($p = 0.0001$).

El grado de dificultad (3 o más punciones) fue más frecuente en el grupo control: 32 casos (30%) frente a 3 en el grupo US (3.4%) (OR=12, $p = 0.0001$). También hubo mayor frecuencia de complicaciones en el grupo control (21 casos, 20%): 11 hematomas, 8 punciones arteriales, 2 neumotórax; versus 1 complicación (1.1%) en el grupo US (1 hematoma) ($p < 0.0001$). No hubo relación entre complicaciones y experiencia del operador. No hubo casos de bacteriemia relacionada con el catéter.

Conclusiones: La colocación de VVC guiada por ultrasonido en tiempo real se asoció con menor grado de dificultad y complicaciones, comparado con la técnica convencional. Los resultados estimulan el uso habitual de US para realizar VVC en la UCI constituyendo un indicador de mayor calidad asistencial.

Palabras clave: vía venosa central, protocolo de ultrasonido, complicaciones en UCI.

6 HIPOXEMIA REAL Y ESPURIA POR HIPERLEUCOCITOSIS EXTREMA: REPORTE DE UN CASO.

Larrosa L., Machado D., Biestro A., Angulo M.

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Udelar. Montevideo, Uruguay.

Introducción. La hiperleucocitosis extrema puede ocasionar pseudohipoxemia, lo que en caso de no ser reconocido puede llevar a terapéuticas innecesarias.

Caso clínico. Presentamos el caso de un hombre de 25 años, portador de leucemia mieloide crónica (LMC) diagnosticada hace 10 años. Ingresó al Servicio de Emergencia por disnea de 24 horas de evolución. Al examen físico se encontraba lúcido, apirético, polipnea de 29 rpm, estertores crepitantes difusos, oximetría de pulso (SpO₂) 90% con máscara de bajo flujo. Hemodinámicamente estable. De la analítica se destacaba hemoglobina 3,6 g/dL, leucocitosis 688.000 células/μL, plaquetas 321.000 células/μL. Lámina periférica compatible con LMC en fase crónica. La radiografía de tórax evidenció una discreta opacidad parahiliar derecha. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se inicia asistencia ventilatoria mecánica (AVM) no invasiva, y por peoría de la insuficiencia respiratoria se procede a la intubación orotraqueal y AVM invasiva.

Se plantea insuficiencia respiratoria causada por leucostasis, iniciándose tratamiento citorreductor y específico para LMC.

Desde el ingreso a la unidad se evidenció una marcada disociación entre la oximetría de pulso (SpO₂ $\geq 95\%$) y la gasometría arterial (GSA, SaO₂ $< 90\%$, PaO₂ ≤ 50 mmHg). Con planteo de pseudohipoxemia, realizaron GSA de muestras conservadas a temperatura ambiente o en hielo durante 30 minutos. Mientras que a temperatura ambiente se evidenció un descenso progresivo y marcado de la PaO₂ y SaO₂, la conservación en frío de la muestra y el rápido procesamiento de la misma permitió minimizar este error preanalítico.

Discusión. La hiperleucocitosis se define como un recuento de glóbulos blancos (RGB) mayor a 100.000 células/μL. La GSA puede evidenciar pseudohipoxemia, debido a la disminución de la PaO₂ por el elevado consumo metabólico in vitro por parte de un alto recuento celular inmaduro. Este fenómeno fue descrito por primera vez en 1979 por Hess et al.

Conclusión. La hiperleucocitosis puede provocar hipoxemia verdadera y/o espuria. Es fundamental mantener un elevado índice de sospecha y despistar la existencia de esta última. No reconocerla puede condicionar la aplicación de tratamientos innecesarios, diagnosticando insuficiencia respiratoria en pacientes que no la tienen o sobredimensionando la gravedad de la misma.

8 IMPACTO DE UN PROTOCOLO DE ULTRASONIDO MULTISISTÉMICO AL INGRESO A UCI. ESTUDIO CONTROLADO.

Julio Pontet, Pablo Rodríguez, Christian Yic, Igor Sviridenko, Diego Méndez, Sylvia Noveri, Ana Soca, Mario Cancela.

Hospital Pasteur, Asociación Española. Montevideo, Uruguay.

Introducción: El ultrasonido Point-of-care (POCUS) es una herramienta en creciente utilización por clínicos, pero su impacto ha sido poco estudiado en la asistencia del paciente crítico. **Objetivos:** Medir el impacto de POCUS en la evolución inicial en UCI, diagnósticos, uso de recursos, demoras, terapéuticas y morbimortalidad.

Material y método: Estudio prospectivo controlado, en dos ICU, con asignación aleatoria a dos grupos: Un grupo de estudio con ultrasonido (US), aplicando un protocolo en las primeras 24 horas del ingreso a UCI, versus un grupo Control con manejo convencional. En el grupo US se realizó ultrasonido de nervio óptico, pleuropulmonar, cardio, abdomen y sistema venoso por Intensivista entrenado. El grupo control se formó con pacientes ingresados el mismo día (con Intensivistas que no realizan US). Aprobado por Comité de Ética, con Consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 72 pacientes, 36 en cada grupo. No hubo diferencias entre grupos en edad, sexo, score APACHE II, ni motivo de ingreso. Por la información de US, hubo cambios en 34 casos (94%) del grupo US: cambios del diagnóstico o nuevo diagnóstico en 12 (33%), cambios farmacológicos en 15 (42%) y maniobras intervencionistas en 7 (19%). Hubo menor utilización de recursos en los primeros 5 días en UCI en el grupo US vs. Control (por paciente): radiologías de tórax (media 2.6 $\pm$ 2.0 vs 4.1 $\pm$ 3.5, $p = 0.01$), ecografías solicitadas a imagenólogo extra-UCI (0.6 $\pm$ 0.7 vs. 1.1 $\pm$ 0.7, $p = 0.003$), CT scan (0.5 $\pm$ 0.6 vs. 0.9 $\pm$ 0.7, $p = 0.01$). La demora en realizar ecografía fue menor en grupo US (2.1 $\pm$ 1.6 vs. 7.7 $\pm$ 6.7 h, $p = 0.0001$). El balance hídrico (BH) fue menor en el grupo US a las 48 h (-1600 $\pm$ 2750 vs -400 $\pm$ 2230 ml, $p = 0.04$) y a las 96 h (-3200 $\pm$ 3510 vs -890 $\pm$ 3900, $p = 0.01$). Hubo significativa correlación entre BH y FEV1. El tiempo de ventilación mecánica fue menor en grupo US (5.1 $\pm$ 5.7 días vs 8.8 $\pm$ 9.4 ($p = 0.04$). No hubo diferencias en estadía ni mortalidad.

Discusión y conclusiones. Un protocolo POCUS al ingreso a UCI determina cambios diagnósticos y en la conducta terapéutica, logrando mayor eficiencia en el uso de recursos y menor tiempo de asistencia ventilatoria, posiblemente por mayor precisión en el tratamiento de la volemia.

Palabras clave: Ultrasonido point-of-care, Protocolo, Unidad de Cuidados Intensivos.



9 INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS VIRALES GRAVES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Autores: González F, Verga F, Burghi G, Alborno H, Galiana A, Barbato M

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción: Las infecciones respiratorias bajas virales graves son causa importante de admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las técnicas moleculares han permitido aumentar su identificación.

El objetivo del presente estudio es comparar las características clínico-epidemiológicas de las neumonías virales con las bacterianas y coinfecciones.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, que incluyó pacientes adultos con infección respiratoria baja de la comunidad grave, que ingresaron a UCI en el período de Enero 2016 a Junio 2017. Se obtuvo el resultado mediante la Reacción en Cadena de Polimerasa por Transcripción Reversa (Film Array®).

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes, 64,2% hombres, edad 60 ± 13 , Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) 10 ± 5 , estaba en UCI 13 ± 13 días, requirieron ventilación mecánica (VM) el 81%, duración de la VM $9,3 \pm 9$ días. Mortalidad en UCI 22,6%.

Se obtuvo identificación microbiológica en 36/53 (67%), correspondiendo a: 14 virales, 13 bacterianas y 9 coinfecciones. De las 23 infecciones virales, identificamos: 9 Influenza A, 8 Rhinovirus, 3 Virus respiratorio sincitial, 1 Adenovirus, 1 Coronavirus, 1 Influenza B.

Las características de las infecciones exclusivamente virales, comparadas con las bacterianas y coinfecciones fueron: edad 54 ± 18 , vs 60 ± 13 ($p=0,33$), SOFA 10 ± 5 vs 10 ± 6 , estancia en UCI 19 ± 16 vs 14 ± 15 , sepsis 50% vs 45% ($p=0,79$), VM 93% vs 77% ($p=0,22$), distrés respiratorio 29% vs 18% ($p=0,46$), mortalidad 9% vs 27% ($p=0,19$), respectivamente.

Conclusiones:

Las infecciones respiratorias virales con causa mayor de enfermedad infecciosa pulmonar severa admitidas en UCI (64%), principalmente como agente único (39%), presentando similar severidad y mortalidad que la etiología bacteriana.

Referencias:

Burke M et al "Viral infection in community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis" Eur Resp 2016; 25: 178-188

Ramsey C.D and Kumar A Influenza and endemic viral pneumonia" Crit Care 2013; 1069-1086

Luchsinger V et al "Community-acquired pneumonia in Chile: the clinical relevance in the detection of viruses and atypical bacteria" Thorax 2013; 68 1000-1006

11 CALIDAD DE VIDA A LOS 6 MESES DE UNA QUEMADURA GRAVE

Caratte M.J., Aramendi I., Moreno L., Cabrera J., Burghi G.

Centro Nacional de Quemados. MSP - UDELAR. Montevideo - Uruguay

Introducción. Los pacientes con quemaduras severas presentan habitualmente internaciones prolongadas con necesidad de múltiples intervenciones quirúrgicas. Esto genera secuelas físicas y funcionales frecuentes.

Si bien esto hace pensar en alteraciones de la calidad de vida, la misma no ha sido evaluada a largo plazo luego del egreso del Centro Nacional de Quemados.

Objetivos. Evaluar la calidad de vida a los 6 meses del alta del Centro Nacional de Quemados.

Determinar los factores asociados al desarrollo de una mala calidad de vida posterior al egreso.

Conocer el acceso a fisioterapia y apoyo psicológico luego del alta del centro.

Metodología. La calidad de vida se midió mediante el cuestionario PROMIS. Se evaluaron 6 aspectos de la calidad de vida: depresión, ansiedad, fatiga, dolor, función física y rol social. Los datos se obtuvieron mediante encuesta telefónica a los pacientes a los 6 meses del alta.

Resultados. Analizamos 50 pacientes con una edad $44,5$ ($33-62,5$) años, con una superficie quemada de 7% ($1-15$).

Los aspectos más frecuentemente alterados fueron la función física (44%), y la presencia de depresión (36%). El dolor, el desarrollo de ansiedad, y la presencia de fatiga se presentan en el 30% de los casos, mientras que la alteración del rol social se observó en el 20%.

Los factores asociados con la alteración de al menos 3 aspectos fueron una mayor edad [58 ($39-69,5$) vs $39,5$ ($30,25-50,5$), $p=0,017$], una SCQ superior [16 ($5-21$) vs $3,5$ ($0-4,5$), $p=0,028$], una estancia en UCI más prolongada [27 ($12,5-38,5$) vs 16 ($5-21,5$), $p=0,01$], mayor necesidad de cirugías [2 ($0,5-2$) vs 0 ($0-1$), $p=0,001$] y la necesidad de ARM (60% vs 24%, $p=0,013$).

El acceso a fisioterapia luego del alta ocurrió en el 38% de los pacientes, mientras que el 46% recibió apoyo psicológico.

Conclusiones. Las alteraciones de la calidad de vida son frecuentes y afectan diversos aspectos de la misma. Identificamos factores asociados al desarrollo de una mala calidad de vida que permitirían individualizar los pacientes hacia los cuales deberíamos realizar los mayores esfuerzos para lograr mayor soporte social y por parte de sus prestadores de salud.

10 AUTOPSIA PULMONAR EN MEDICINA INTENSIVA. SU IMPORTANCIA EN EL CONTROL DE CALIDAD DEL PROCESO ASISTENCIAL.

Rodríguez F, Nin N, Hurtado J, Vilas A, Davila C, Alba A

Unidad de Medicina Intensiva, Hospital Español, Montevideo, Uruguay
fferrodd@gmail.com

Introducción: la autopsia clínica sigue siendo aún hoy, una fuente inagotable de conocimiento médico y de enseñanza. Esto determina que en muchos hospitales de referencia, sea necesario un número determinado de autopsias (10% fallecidos) para ser un centro acreditado. A pesar de ello, las autopsias clínicas han disminuido en el mundo, siendo en Uruguay casi inexistentes.

Objetivos: iniciar un protocolo de autopsias clínicas pulmonares y analizar las concordancias y discrepancias entre el diagnóstico clínico y los hallazgos anatómicos patológicos (AP) y microbiológicos de la autopsia, focalizados en 4 entidades frecuentes en medicina intensiva: neumonía, distress respiratorio agudo (SDRA), HIV/ SIDA y tuberculosis.

Pacientes y método: pacientes fallecidos en la unidad de Medicina Intensiva con insuficiencia respiratoria aguda e infiltrados pulmonares.

Resultados: 90 pacientes/93 solicitadas (97%) (19% fallecidos); edad 59 ± 16 años, APACHE II 25 ± 9 , hombres 53%, estaba 5 (iq 2-13) días.

Se realizó un porcentaje de autopsias/fallecidos (19%) que supera ampliamente los estándares internacionales.

Los familiares en su amplia mayoría autorizaron el procedimiento

Se constató error médico en 42% de los casos (29% error microbiológico; 13% error nosológico)

Neumonías ($n=40$) se objetivó un sobrediagnóstico de las mismas (37%) y error en el plan ATB empírico inicial (42%)

SDRA ($n=32$): se objetivaron 5 patrones AP diferentes: neumonía, hemorragia alveolar, daño alveolar (DAD), neumonitis intersticial y fibrosis que se correlacionaron con el tiempo de evolución del SDRA

Tuberculosis ($n=20$): se objetivó un predominio de granulomas y necrosis caseosa en la AP y 60% de coinfección bacteriana.

HIV/SIDA ($n=10$): presentación con predominio de SDRA que evidenció a nivel de la AP los mismos patrones que en el resto de los SDRA analizados.

Conclusiones: en contra de lo que se plantea, es viable retomar un protocolo de realización de autopsias clínicas en pacientes fallecidos con dudas diagnósticas

A pesar de las nuevas tecnologías, el error médico sigue siendo un evento frecuente. La autopsia sigue aportando datos importantes y pone en evidencia que a pesar de la nueva tecnología el error médico sigue siendo un hecho frecuente.

12 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUEMADOS. ESTUDIO PROSPECTIVO EN UN CENTRO DE QUEMADOS.

Lemos F, Morelli P, Degiovanangelo M, Aramendi I, Cabrera J, Burghi G.

INTRODUCCION: El ingreso de un paciente a la UCI supone un evento estresante para sus seres queridos. La valoración del sufrimiento de las familias y el conocimiento de sus preferencias es fundamental para mejorar la calidad asistencial de nuestras unidades.

OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión al ingreso y a los 90 días del alta en una unidad de quemados.

Determinar los factores asociados a persistencia de depresión a los 90 días del alta.

Conocer los deseos de participar en los cuidados y decisiones por parte de los familiares.

MÉTODOS: Estudio prospectivo, realizado en el Centro Nacional de Quemados. Durante el período de abril del 2015 hasta abril del 2016. Los elementos de ansiedad y depresión se evaluaron a través del HADS. Se encuestó a los familiares a las 72 horas del ingreso y a los 3 meses del alta.

RESULTADOS: Se analizaron respuestas de 113 familiares de 96 pacientes ingresados al Centro nacional de quemados. A las 72 horas del ingreso, el 59% de los familiares presentaron elementos de ansiedad, y el 44% presentó elementos de depresión. A los 90 días, el 30% persistía con elementos de ansiedad, y el 14% con elementos de depresión.

Los factores asociados al desarrollo de depresión a los 90 días son: no haber comprendido la enfermedad (100% vs 13%, $p=0,013$), el fallecimiento del paciente (44% vs 11%, $p=0,008$) y el no retorno del familiar a sus tareas habituales (67% vs 9%, $p=0,001$).

El 89% de los familiares desean participar de los cuidados del paciente. Un 28% desea participar en la discusión de opciones terapéuticas y un 61% desea participar de las decisiones al final de la vida.

CONCLUSIONES: La prevalencia de ansiedad y depresión al ingreso y a los 90 días es muy elevada. La identificación de los factores de riesgo asociados al desarrollo de depresión permitirá guiar a este grupo de familiares para un mejor cuidado de su salud.

Los deseos de participación de la familia en los cuidados está habitualmente presente y debe pensarse como una oportunidad de comunicación entre el equipo tratante y la familia.

13 ANÁLISIS DE LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA MUERTE ENCEFÁLICA Y LOS INDICADORES DE DONACIÓN EN URUGUAY: EL ROL DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Godino, M⁽¹⁾; Mizraji, R⁽¹⁾; Cacciatori A⁽¹⁾; Bengochea, M⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, MSP- UDELAR. Montevideo, Uruguay

Introducción / Objetivo: El Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos (INDT), centraliza el proceso de donación. Las Muertes encefálicas (ME) comunicadas son registradas.

Conocer su perfil epidemiológico, los indicadores de donación es fundamental para planificar estrategias que aumenten la donación.

Método y Materiales: Base de datos de ME 2004 a 2016. Se calcularon los indicadores de rendimiento relacionando ME y Donantes reales (DR) con la población, fallecidos, fallecidos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y camas de UCI a nivel país y por departamento.

Resultados: En el periodo se reportaron 2137 ME, 850 fueron DR (40%). El 64% de MC (1377) tenía 20 a 60 años, mayores de 70 años 5,6%(121). Solo 4% (89) menores de 10 años. El 58% hombres. El 84% (1800) fueron en Montevideo. El 40% de MC se reportaron de viernes a domingo, 65% entre las 06 y las 18 horas. Las causas de MC fue Stroke (Isquémico, hemorrágico y hemorragia subaracnoidea) en 49% Trauma de cráneo 24%. Heridas de bala 9%. Media de días en UCI fue 2,7 DE 5. En el 23% (484) el diagnóstico fue por Doppler Transcraneano (DTC). Contraindicación médica en 750(35%), Sepsis (20%) , HTA severa (19%), edad (9%).

La tasa promedio de ME por millón de población (pmp) es 40,5, DR pmp 17,3. ME del total de fallecidos 1,2% y de fallecidos en UCI 3,4%, la relación ME cama de UCI fue de 0,3.

Montevideo presento una tasa de DR pmp de 26,1 contra 11,6 del resto del País. Las variaciones entre departamentos van de 1,5 a 17 DR por millón.

Conclusiones:

Conocer la epidemiología de la ME y los indicadores de generación de donantes es necesario para planificar políticas que optimicen las tasas de donación de un país.

Permite diagnosticar inequidades en la procuración de órganos a nivel territorial. Y está influenciada por la gestión aplicada desde los ministerios y organizaciones nacionales, así como la gestión diaria de la UCI. Descentralizar mediante una RED Nacional de Trasplantes y las auditorías de los fallecidos en UCI son estrategias validas para incrementar la Donación

15 TUBERCULOSIS PULMONAR EN MEDICINA INTENSIVA

Nin N, Giordano A, Buroni M, Rodríguez F, Fleitas M, Sande L, Montoya E, Greif G, Robello C, Coitinho C, Hurtado FJ

Unidad de Medicina Intensiva (UMI) de Hospital Español-ASSE.

Laboratorio de Biología Molecular Instituto Pasteur Montevideo,

Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa y Enfermedades

Prevalentes. Montevideo. Uruguay.

Introducción. La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa de localización pulmonar y extrapulmonar, que puede determinar el ingreso a CTI en los casos más graves. La incidencia anual en Uruguay es menor a 30 por 100.000 habitantes, pero en los últimos años ha habido un preocupante aumento del número de casos. El objetivo de este trabajo es describir una población de pacientes con TB pulmonar grave, internados en la UMI del Hospital Español (HE), para identificar factores asociados a morbi mortalidad. A nivel internacional, las series de TB grave en pacientes críticos son muy escasas y en nuestro país no existen reportes previos.

Pacientes y métodos. Análisis retrospectivo de casos graves de TB pulmonar que ingresaron a la UMI del HE de 2010 a 2015. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del HE. Además, se conformó un equipo de trabajo multidisciplinario para un abordaje prospectivo no sólo desde el punto de vista clínico, sino también desde lo molecular y genómico.

Resultados y Discusión. Se reportan 73 casos (70% masculinos), con edad promedio de 41.5(16.1) años. La severidad al ingreso por APACHE II fue 18.5(11). Comorbilidades: tabaquismo (66%), abuso de drogas (34%), trastornos nutricionales (71.2%), EPOC (16.4%) y VIH (16.4%). La estadía mediana en UMI fue 8 (4-19) días y 70% necesitaron Ventilación Mecánica (VM) por insuficiencia respiratoria grave o disfunciones multiorgánicas. La mortalidad en UMI fue de 42.5%. Los fallecidos (31/73) no mostraron diferencias significativas con los sobrevivientes respecto a edad, sexo, porcentaje de VIH y otras comorbilidades. Sin embargo, presentaron mayor APACHE II, proporción de Distres Respiratorio Agudo (SDRA), necesidad de VM y Shock Circulatorio. El Shock y el SDRA fueron factores independientes asociados a mortalidad (p<0.05).

Conclusiones. En medicina intensiva la TB tiene muy alta mortalidad y ocurre en pacientes jóvenes, cuyas principales comorbilidades fueron desnutrición, tabaquismo y abuso de drogas, pero con un porcentaje relativamente bajo de VIH. El SDRA y el Shock fueron factores asociados a mortalidad. La TB sigue siendo un importante problema de salud y es necesario profundizar en el estudio de los mecanismos moleculares y genómicos que explican su severidad y virulencia. Este Proyecto fue financiado en parte por ANII-FSS 2016.

14 ESTUDIO PILOTO DE VALORACIÓN DE LA AUTORREGULACIÓN CEREBRAL EN PACIENTES SÉPTICOS. RESULTADOS PRELIMINARES.

Moraes L., De Araújo W., Furtado S., Noble M., Olivera J., Panelli L., Rodríguez I., Machado D., Mercado M., Calhúeque A., Yelichich B., La Paz F., Biestro A., Puppo C.

CTI Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

INTRODUCCIÓN: Las guías de práctica clínica recomiendan una PAM mayor a 65 mmHg para todos los pacientes sépticos. La encefalopatía séptica es una disfunción marcadora de gravedad. Sus bases fisiopatológicas están aún en estudio. Investigaciones recientes plantean como posible mecanismo involucrado a la alteración de la autorregulación cerebral (ARC). El monitoreo no invasivo de la ARC continua, permite buscar la PA óptima para cada paciente (concepto extrapolado desde la medicina neurocrítica).

OBJETIVO: Valorar la ARC continua en pacientes sépticos, empleando espectrofotometría cercana al infrarrojo (NIRS) y Doppler transcraneano (DTC) integrados digitalmente entre sí y con la PA a través del software CONTINE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes: se presentan los primeros 4 pacientes sépticos (diagnosticados según el tercer consenso internacional de sepsis y shock séptico) de este estudio, prospectivo. Se estudió la ARC continua, a través del índice Mx y Tox.

El primero, constituye el coeficiente de correlación móvil entre la PAM y VFSC. El segundo, representa el mismo coeficiente, entre saturación de oxígeno (SO2) y PAM.

Los coeficientes cero o negativos indican un comportamiento del FSC independiente de las fluctuaciones de PA (buena ARC) mientras que los positivos (mayores a 0.3) implican un comportamiento pasivo del FSC y evidencian mala ARC

Se determinó, la mejor PAM para cada paciente, que es aquella que determina el menor índice Mx y/o TOx.

RESULTADOS

Paciente

1) masculino, 55 años. Antecedentes personales (AP): hipertenso y alcohólico, foco: endocarditis infecciosa. Lactato: 0.6 mmol/L. Mx medio de 0.65 con PAM próxima a 100 mmHg.

2) masculino, 24 años. AP: politraumatizado grave, foco: neumonía. Lactato: 1mmol/L. Mx medio de -0.96 con de PAM entre 75 y 95 mmHg.

3) masculino de 27 años. AP: consumidor de PBC, alcoholista, tabaquista, foco: neumonía. Lactato: 0.6 mmol/L. Mx medio 0.069 con PAM 80-100 mmHg

4) masculino de 67 años. AP: se desconocen, foco: peritoneal. Lactato: 0.6 mmol/L. Mx medio 0.22 con PAM próxima a 90 mmHg.

CONCLUSIONES:

La ARC puede estar alterada en la encefalopatía séptica. Existen variaciones individuales en la mejor PPE, que no son tomadas en cuenta por las guías.

REFERENCIAS

1. Cerebral Blood Flow Autoregulation in Sepsis for the Intensivist: Why Its Monitoring May Be the Future of Individualized Care. Goodson CM, Rosenblatt K, Rivera-Lara L, Nyquist W, Hogue CW. J Intensive Care Med. 2016 Oct 25.
2. Is impaired cerebrovascular autoregulation associated with outcome in patients admitted to the ICU with early septic shock? Bindra J, Pham P, Chuan A, Jaeger M, Aneman A. Crit Care Resusc. 2016 Jun;18(2):95-101.
3. Non-invasive Monitoring of Dynamic Cerebrovascular Autoregulation Using Near Infrared Spectroscopy and the Finometer Photoplethysmograph. Bindra J, Pham P, Aneman A, Chuan A, Jaeger M. Neurocrit Care. 2016 Jun;24(3):442-7.

16 AUDITORIA DE FALLECIDOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN APOORTE A LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y COMUNICACIÓN DE LA MUERTE ENCEFÁLICA

Godino, M(1); Mizraji, R(1); Cacciatori A(1), Bengochea, M(1)

(1)Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos, MSP- UDELAR. Montevideo, Uruguay

Introducción: Trabajar hacia un Sistema de garantía de calidad implica definir claramente el objetivo de la organización y evaluar el desempeño del Sistema, para el Instituto Nacional de donación y trasplante, el objetivo es aumentar el número de donantes y para esto es fundamental el desempeño de la UCI en la captación, diagnóstico y comunicación de la ME. La generación de Donantes Reales es un indicador de calidad en MI. La auditoría de fallecidos en la UCI permite ajustar los procesos que redundan en un aumento de la captación y comunicación de las ME

Objetivo: Auditar los fallecidos en las Unidades de Cuidados intensivos y calcular los indicadores básicos de detección y generación de donantes para cada UCI, detectando la fuga de ME y sus causas

Material y Métodos: Auditoría presencial. Análisis de fallecidos del primero semestre, cálculo de indicadores de potencial de donación. Auditoría de los pacientes neurocríticos fallecidos: Detección de ME. Devolución de resultados en reunión con jefaturas de UCI y DT institucional

Resultados: Se auditaron 20 UCI de Montevideo, Canelones y Maldonado en 2015, 2016 y 2017. Para el indicador ME por millón de población (VR: 40 a 60) 11 UCI estuvieron por debajo, 4UCI lograron el indicador y 5 estuvieron por encima.

ME/ fallecidos institucionales (VR:1 a 3%). Lo alcanzaron 6 instituciones

ME/ fallecidos UCI 8% Este es el que falta

ME/ Cama con ARM: (VR:0,5 a 1) Ninguna unidad llevo al indicador

ME/Fallecido neurocrítico (VR: 20%) 10 unidades no llegaron y 10 alcanzaron el indicador.

Las comunicaciones de ME tienen al mes siguiente de la auditoría (agosto) su pico máximo (Fig 1)

Se detectaron en las auditoría que existen fugas de ME que no son diagnosticadas, las mismas representan un 30 a 40% del Total de las ME reportadas. En general responden a pacientes en los cuales no se diagnostica la ME por plantear que tienen contraindicaciones a la donación.

Conclusiones:

La auditoría demostró ser una herramienta efectiva para detectar fuga de ME y aportar para la mejora continua en el proceso de detección y comunicación de ME en la UCI





17 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y EVOLUTIVO DE LOS PACIENTES PORTADORES DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA QUE INGRESAN AL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES NEUROCÍTICOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE.

Tommasino N, Saravia M, Rodríguez A, Mizraji R. INDT

Introducción: La mejora en la comprensión del proceso que determina el fallecimiento de un individuo y su evolución a la muerte encefálica (ME) permite organizar y planificar políticas de salud, optimizar la actividad clínica y eventualmente gestionar procesos de procuración de órganos para trasplante. **Objetivo:** analizar el perfil epidemiológico y evolutivo de los pacientes portadores de Hemorragia Subaracnoidea espontánea (HSAe) con Glasgow Coma Score (GCS) ≤ 8 ingresados al programa de Seguimiento de Pacientes Neurocríticos (SPN) del INDT. **Material y método:** Análisis retrospectivo de datos prospectivos de 4 UCI. Se identificaron 160 pacientes con HSAe con GCS ≤ 8 en 10 años. Con un modelo anidado en dos pasos se identificaron los factores de riesgo independientes para mortalidad, se analizaron en diferentes combinaciones, se seleccionaron usando la mejor tasa de clasificación correcta (TCC). En un segundo paso, se investigaron los determinantes para evolucionar a ME en los pacientes efectivamente fallecidos. **Resultados:** La mortalidad de los pacientes con HSAe con GCS ≤ 8 fue de 68%. Aumenta a medida que disminuye el GCS. La mortalidad para GCS 3 fue 82%, mayor que para otros valores de la escala ($p=0,0025$). El sexo femenino ($p=0,011$) y la hipertensión arterial ($p=0,017$) se asociaron con mayor mortalidad. No hubo asociación significativa entre la mortalidad y la edad o APACHE y SAPS II. La administración de analgesia y/o sedación se comportó como un factor protector ($p < 0,0001$). 50% de los pacientes que fallecen lo hacen en muerte encefálica. No encontramos elementos clínicos capaces de identificar una probabilidad incrementada de evolucionar a la ME. **Conclusiones:** Basados en el análisis de la epidemiología local se pueden generar modelos capaces de mejorar la comprensión del complejo proceso que determina la evolución hacia el fallecimiento y la muerte encefálica. Hacen falta más estudios que exploren los comportamientos diferenciales de las patologías que conforman el heterogéneo grupo de los neurocríticos.

19 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS METODOS PARA MEDICION DE PRESION INTRAABDOMINAL

Maciel F, Mendaña S, Bousas P, Pracca F, Machado F, Biestro A
Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la Republica.
Montevideo. Uruguay

Introducción: CTI Hospital de Clínicas se planteó medir presión intraabdominal (PIA) por técnica indirecta continua (Balog et al 2004) y técnica de medición directa por catéter intraabdominal colocado en block quirúrgico mediante visión directa por cirujano.

Objetivo: Comparar medición de técnica continua indirecta con técnica directa

Material y Métodos: Diseño prospectivo, comparativo entre técnica indirecta y directa para medición de PIA. 3 pacientes del sexo masculinos fueron estudiados. 111 medidas apareadas entre ambas técnicas fueron obtenidas. PIA continúa indirecta medida a través sonda vesical conectada a monitor mediante transductor. Técnica directa con catéter Seldinger intraabdominal en Douglas, que se introduce durante la cirugía abdominal bajo visión directa, exteriorizado por contravertura supra púlica.

Estadística: se estudió con coeficiente de correlación de Pearson y coeficiente no paramétrico de Spearman. Se usó test de Bland y Altman, se consideró aceptable si la diferencia media entre las lecturas fue menos de 1 mmHg.

Resultados: Edad media 37,3 (16 – 67). Se realizaron mediciones simultáneas con técnica indirecta continua y catéter intraabdominal. La asociación entre los resultados de la medida de la PIA con técnica de SV y con técnica de catéter peritoneal valorada mediante correlación, fue significativa al nivel 0,01 bilateralmente con un coeficiente de correlación Pearson (p) de 0,963 y un coeficiente no paramétrico de Spearman de 0,841. Se utilizó la comparación gráfica de Bland y Altman entre las medidas de PIA por SV y catéter peritoneal, no encontrándose diferencias significativas entre ambas medidas, con una diferencia de medias $-0,009$ (CL $-0,168$ y $0,150$) con desviación estándar de 0,84741 y un test de variación de Pitman de: $r = 0,085$; $n = 111$; $p = 0,377$.

Conclusiones: medir PIA en forma indirecta continua por sonda vesical es segura, requiriendo su puesta a cero cada 3 horas.

Referencias:

- 1) Zsolt Balogh, M.D., Felicity Jones, M.S., Scott D'Amours, MD, Michael Parr, M.B.B.S., Michael Sugrue, M.D. Continuous intra-abdominal pressure measurement technique The American Journal of Surgery 188 (2004) 679–684.
- 2) Francisco Pracca, M.D.; Alberto Biestro, M.D.; Leandro Moraes, M.D.; Corina Puppo, M.D.; Stella Calvo, M.D.; Mario Cancela, M.D. DIRECT MEASUREMENT OF INTRA-ABDOMINAL PRESSURE WITH A SOLID MICROTRANSDUCER Journal of Clinical Monitoring and Computing (2007) 21:167–170

18 EVENTOS ADVERSOS DURANTE LOS TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS.

Carámbula A, Ruiz A, Moreira E, Godino M, Barbato M, Burghi G.
Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción. Los pacientes críticos se ven frecuentemente enfrentados a traslados intrahospitalarios. En cada traslado interactúan múltiples actores y situaciones que favorecen la generación de eventos adversos.

Objetivos. Evaluar la prevalencia y tipo de eventos adversos generados en los traslados intrahospitalarios.

Determinar los cambios terapéuticos que determinan estos eventos adversos.

Metodología. Estudio prospectivo observacional realizado entre el 1º de octubre y el 31 de diciembre del 2016 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Maciel. Se recolectaron datos referentes a las condiciones del paciente previo al traslado, los eventos desarrollados durante el traslado y la necesidad de cambios o instalación de tratamientos posteriormente al traslado.

Resultados. Se analizaron 100 traslados intrahospitalarios. El 72% correspondieron a traslados a tomografía y un 22% a block quirúrgico.

Se reportaron eventos adversos (daño real o potencial al paciente) en el 8% de los casos. Los eventos más frecuentes fueron el desarrollo de hipoxemia en el 5% de los pacientes e hipotensión en el 4% de los mismos.

Por otra se reportaron incidentes de seguridad en el 57%, correspondiendo mayoritariamente a malfuncionamiento de monitores en el 55% de los casos.

Finalmente ocurrieron retrasos tanto en el inicio del traslado, vinculados a falta de personal en el 37% de los casos., como en esperas no planificados a la llegada al sitio de estudio en el 25%.

El 58% de los pacientes trasladados requirieron la instalación o incremento de algún tratamiento: analgesia (58%), sedación (38%), vasopresores (6%) e incremento de FiO2 en el (9%). Estos cambios se asociaron significativamente al desarrollo de un evento adversos durante el traslado (100% vs 55%, $p=0,013$).

Conclusión. Nuestro estudio puso en evidencia que los incidentes de seguridad son frecuentes durante los traslados. Los eventos adversos se asocian a la necesidad de instalación o incremento de tratamientos una vez finalizado el traslado.

Gran parte de los mismos serían fácilmente evitables. Es imperativo diseñar intervenciones con el objetivo de incorporar prácticas seguras (protocolos, check list, mantenimiento preventivo de equipamiento).

20 UTILIDAD DE LA MEDIDA ECOGRÁFICA DEL DIÁMETRO DE LA VAJNA DEL NERVO ÓPTICO PARA DETECTAR HIPERTENSION ENDOCRANEANA. RESULTADOS DEFINITIVOS.

Autores: Yic C, Pontet J, Bioni I, Biestro A, Cancela M
Asociación Española Primera en Salud y Hospital de Clínicas.
Montevideo. Uruguay

Objetivo: Evaluar en pacientes neurocríticos, la capacidad predictiva del diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO) medida de forma no invasiva en la detección de Hipertensión intracraneana (HIC), en comparación con el aumento de la presión intracraneana (PIC) medida de forma invasiva.

Estudio Multicéntrico, observacional, prospectivo en pacientes adultos que requieran monitorización invasiva de la PIC.

Fueron enrolados veintisiete pacientes adultos en coma, que requirieron monitorización de la PIC luego de una injuria encefálica aguda (IEA) de etiología estructural.

Se midió el DVNO mediante la colocación de una sonda de ultrasonido de 7,5 -10 MHz en el párpado cerrado del paciente.

La PIC se midió de forma invasiva a través de un dispositivo intracraneal. Se realizaron mediciones simultáneas al menos una vez al día durante los 3 días siguientes a la inserción de monitoreo de PIC y en caso de ascensos por encima de 20 mmHg.

Se encontró una relación significativa entre DVNO y PIC (68 medidas simultáneas, $r = 0,76$, $p = 0,0001$).

Para el total de pacientes se concluyó que el aumento del DVNO por encima de 5,7 mm fue predictor adecuado de PIC mayor a 20 mmHg (área bajo la curva ROC = 0,995). El Likelihood ratio positivo (LR) para este punto de corte fue 16.

Cuando la PIC es baja (menor o igual a 20 mmHg), la correlación entre DVNO y PIC no fue significativa: Coeficiente r Spearman 0,27 ($p=0,06$).

En 14 pacientes se comparó la correlación existente entre el Índice de pulsatilidad (IP) y la PIC y entre el DVNO y la PIC. La correlación entre el DVNO y la PIC con Coeficiente r de Spearman fue 0,78 ($p=0,001$) frente a un Coeficiente r de Spearman entre el IP y la PIC 0,53 ($p=0,053$).

Conclusión: En pacientes neurocríticos con GCS menor o igual a 8, la medida del DVNO se correlaciona fuertemente con la PIC medida de forma invasiva y la probabilidad de tener una PIC por encima de 20 mmHg si el DVNO es inferior a 5,7 mm es muy baja.

Este método podría ser utilizado como prueba de detección no invasiva cuando se sospecha la presencia de HIC.

Palabras claves: Injuria encefálica aguda grave, Ecografía ocular, Presión Intracraneana elevada, Vaina del nervio óptico.

21 AUTOPSIAS PULMONARES EN PACIENTES FALLECIDOS CONTUBERCULOSIS GRAVE

Nin N, Rodríguez F, Vila A, Buroni M, Giordano A, Quiroga C, Tenzi J, Davila C, Hurtado JF
Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Español, Montevideo, Uruguay

Metodología: Pacientes ingresados durante durante enero del 2014 hasta mayo 2017 que presentaron tuberculosis grave y fallecieron. La familia firmó consentimiento informado. Se realizó autopsia pulmonar. Se les realizó cultivo de pulmón (tuberculosis, microbiología y micología) y anatomía patológica.
Resultados: Se estudiaron 20 pacientes, que presentaron una edad media de 42 ± 15 años, predomina el género masculino con 85%, estaba promedio de 12 días (rango 1 a 52 días), con 11 ± 13 días de ventilación mecánica la media de APACHE II fue de 24 ± 6 . La comorbilidad más frecuentemente asociada fue el tabaquismo 50%, seguida de las adicciones (alcoholismo 30%, cocaína 30%). Solo el 10% de los pacientes presentaban HIV positivo. El principal motivo de ingreso fue la insuficiencia respiratoria (80%). La localización más frecuente fue la pulmonar (85%). De los hallazgos radiológicos, la presentación más frecuente es el infiltrado de 4 cuadrantes (30%) e infiltrados asimétricos (32%). La principal causa de muerte fue el shock refractario en 85% de los pacientes. A nivel de la macroscopía se evidencio como patrón más frecuente, granulomas, cavernas y caseum. A nivel de la microscopía, los hallazgos más frecuentes fueron los granulomas en el 80% y la necrosis caseosa en el 75% de los pacientes. Los cultivos de pulmón fueron positivos para TBC en 17 pacientes (85%). La sobreinfección bacteriana concomitante se presentó en 13/20 casos (65%). Error nosológico: no se planteó TBC en 2 casos (10%); Error microbiológico: en 7 casos (35%) no se trataron infecciones pulmonares concomitantes con un plan antibiótico adecuado.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes presentaron sobre infección bacteriana y el error antibiótico fue del 35%.

23 OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO EN ADULTOS

Beltramelli R; Burghi G; Alzugaray P
Sanatorio Americano. Montevideo, Uruguay

Introducción: la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) se ha incorporado recientemente en nuestro medio para el tratamiento de la IRA en adultos ingresados a terapia intensiva. El objetivo de este estudio es valorar el beneficio de la OAF en IRA; conocer los cambios fisiológicos relacionados a su uso y medir el éxito de la misma.

Materiales y métodos: se realizó un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, incluyó pacientes >18 años, con IRA que recibieron OAF durante el período de marzo a diciembre de 2016. Se recogieron datos de antecedentes personales, motivo de ingreso, APACHE II, gasometría arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca, y presión arterial al ingreso y en la primera hora del inicio de la OAF. Se consideró falla de OAF la necesidad de VM dentro de las 48hs del inicio de la OAF. Se separó a la población en dos grupos: como tratamiento inicial de la IRA o como profilaxis de IRA a la salida de la ventilación mecánica (VM). Las variables continuas se presentan como media $\pm$ desvío estándar, se compararon con la prueba t-Student. Los resultados se expresan con un intervalo de confianza de 95%. Se aceptó una significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados: 32 pacientes fueron tratados con OAF durante el período del estudio, 53.17% fueron hombres; edad 63.4 ± 17.9 años (rango: 18-95 años); estaba en CTI 8.9 ± 6.9 días (rango: 1-31 días); APACHE II: 14.3 ± 8.1 (rango: 4-33 puntos). El grupo de OAF como tratamiento inicial de IRA, presentó mejoras en la oxigenación arterial (69.60 ± 19.55 vs 121.80 ± 27.39 ; $p < 0.001$), frecuencia respiratoria (28.70 ± 3.53 vs 22.40 ± 4.21 , $p < 0.001$), y frecuencia cardíaca (102.50 ± 14.96 vs 99.50 ± 14.34 , $p = 0.021$), con una tasa de éxito del 65%. El grupo de profilaxis de IRA post desvinculación de la ARM, no mostró variaciones significativas en las variables analizadas, con una tasa de éxito del 70%.

Conclusiones: en este grupo de pacientes la OAF fue efectiva como tratamiento inicial de la IRA. La OAF podría tener utilidad como profilaxis de IRA a la salida de la VM. El éxito de la OAF en ambos grupos fue superior al 65%.

22 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON BACTERIEMIAS POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES QUEMADOS

Ruiz A¹, Giudici P¹, Aramendi I¹, Cabrera J¹, Burghi G¹
¹ Centro Nacional de Quemados, Montevideo, Uruguay

Introducción: Las infecciones por microorganismos multiresistentes constituyen un problema creciente en nuestras unidades. En pacientes quemados, se ha demostrado que las mismas se asocian a incremento en los costos asistenciales y mayor estadía en la unidad; aunque no siempre se ha demostrado impacto en la mortalidad de los pacientes.

Los factores de riesgo asociados a la aparición de infecciones por multiresistentes varían dependiendo de los estudios. Esto jerarquiza la importancia de conocer la realidad de nuestras unidades.

Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar los factores asociados al desarrollo de bacteriemias por microorganismos multiresistentes (MR).

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó los pacientes quemados ingresados al Centro Nacional de Quemados entre enero de 2006 y diciembre de 2016 que desarrollaron bacteriemias.

Las variables cualitativas se presentan como frecuencia (porcentaje) y aquellas continuas como mediana (percentiles 25-75). Las variables asociadas al desarrollo de bacteriemias por MR se introdujeron en un modelo multivariado. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Analizamos 125 bacteriemias en 94 pacientes, con una edad de 43,5 (25,75-62,25) años y una superficie quemada de 26% (12%-40%).

El análisis univariado evidenció que una mayor superficie corporal quemada [38% (26%-55%) vs 19 (9,75%-40%), $p < 0.001$], un tiempo desde el ingreso hasta la bacteriemia más prolongado [19 días (11-31) vs 9,5 días (5 -26) $p = 0.018$], el uso previo de betalactámicos (90% vs 74%, $p = 0.027$), quinolonas (76% vs 43%, $p < 0.001$) y cefalosporinas de 3a generación (41% vs 23%, $p = 0.03$), se asociaron al desarrollo de bacteriemias por microorganismos multiresistentes.

Los factores independientemente asociados con desarrollo de MR fueron: la superficie quemada [OR 1,035, IC 95% (1,013 -1,057), $p = 0,001$], el incremento en el tiempo desde la admisión al hospital hasta la bacteriemia [OR 1,025, IC 95% (1,004 - 1,047), $p = 0,021$] y el uso previo de quinolonas [OR 3,56 IC 95% (1,39 - 9,06), $p = 0,008$].

Conclusión: Identificamos los factores de riesgo asociados al desarrollo de bacteriemias por microorganismos multiresistentes. Estos hallazgos nos obligan a optimizar las políticas antibióticas.

24 FALLA HEPATICA AGUDA EN URUGUAY:

ANÁLISIS DE MORTALIDAD

Garaza Melany, Castelli Jorge, Grecco Gustavo, Mainardi Victoria, Olivari Daniela, Rando Karina,, Leites Alejandro, Harguindeguy Martin, Gerona Solange.

Unidad Bi-institucional de Trasplante Hepático, Hospital Central de las Fuerzas Armadas- Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: La falla hepática aguda (FHA) es un síndrome caracterizado por el desarrollo de coagulopatía y encefalopatía en pacientes sin hepatopatía previa, con alta mortalidad.

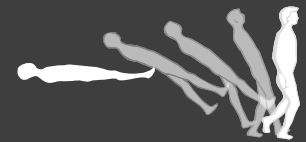
OBJETIVO: Describir las características, resultados e identificar factores asociados a mortalidad en la FHA en Uruguay.

MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de 33 pacientes adultos ingresados con FHA en el Programa Nacional de Trasplante Hepático (TH) entre 2009 y 2017.

RESULTADOS: La edad promedio fue 39 años y 63% fueron mujeres. El MELD al ingreso fue de 34 ± 9 , el tiempo de derivación al centro de TH fue de $14,1 \pm 17,0$ días y las etiologías más frecuentes fueron la hepatitis viral (28%), indeterminada (21%), autoinmune (18%) y enfermedad de Wilson (15%). El APACHE al ingreso promedio fue de 16 puntos. La mortalidad global fue 51,5%, siendo de 71% en los trasplantados y 46% en los no trasplantados. Los pacientes fallecidos presentaron mayor MELD, porcentaje de encefalopatía grado III - IV y tiempo de derivación al centro de TH que aquellos que sobrevivieron. Los pacientes que nunca cumplieron criterios de TH (N=4) presentaron valores de MELD al ingreso (25 ± 4) y tiempo de derivación ($5,3 \pm 6,0$ días) menores que el resto de los pacientes, todos ellos sobrevivieron. Los pacientes que presentaban criterios de TH pero contraindicaciones (N=7) presentaron valores de MELD al ingreso (40 ± 6) y tiempo de derivación ($29,5 \pm 25,5$ días) mayores que el resto de los pacientes, todos ellos fallecieron. Los pacientes que ingresaron a lista de espera (N=22) se derivaron al centro de TH a los $7,2 \pm 6,9$ días (tiempo menor al de los pacientes que no ingresaron por contraindicaciones) y el tiempo en lista fue de $12,9 \pm 19,2$ días. De este grupo, 7 se trasplantaron (21% de las FHA), 10 se retiraron de lista por mejoría y 5 murieron (23% de mortalidad en lista). Los retirados de lista por mejoría elevaron menos el MELD en la evolución que los fallecidos en lista (32 ± 7 vs. 43 ± 2 $p = 0,001$) y tuvieron menor tiempo de derivación que los fallecidos en lista y trasplantados ($4,8 \pm 4,7$ vs. $7,8 \pm 5,7$ $p = 0,3$ y $10,4 \pm 9,5$ días $p = 0,13$). Los trasplantados estuvieron $21,4 \pm 31,4$ días en lista de espera.

CONCLUSIÓN: La FHA en Uruguay presenta una alta mortalidad vinculada al retardo en la derivación al centro de TH, la demora en la disponibilidad de órganos y el empeoramiento de la situación clínica del paciente durante la espera en lista.

PALABRAS CLAVES: falla hepática aguda, mortalidad, resultados, trasplante hepático.



25 FALLA HEPÁTICA FULMINANTE POR SIFILIS

Bonilla C., Castelli J., Greco G., Mainardi V.

CTI, Centro de Trasplante hepático, H.C.C.F.F.A.A., Montevideo, Uruguay.

Introducción: La falla hepática fulminante es un síndrome caracterizado por coagulopatía, con INR > 1,5 y encefalopatía en pacientes sin cirrosis o enfermedad hepática preexistente menor a 26 semanas, que tiene alta mortalidad. En Uruguay las etiologías más frecuentes son la hepatitis viral (28%), indeterminada (21%), autoinmune (18%) y enfermedad de Wilson (15%). Presentamos el caso de falla hepática fulminante por *Trypanosoma Pallidum*, Sífilis.

Presentación del caso:

SF, 28 años, con AP consumo social de alcohol. Consumidora ocasional de AINES y paracetamol. Múltiples parejas sexuales.

29/05: Intolerancia digestiva, fiebre, ictericia, lesiones eritematosas ovoideas en piel. PC: BT 8,76, BD 5,9, TGO/TGP/SGT 1433/1784/116, TP 45 %, GB 5000. Eco abdomen: hígado de características normales, VBP no dilatada. Alta a domicilio.

30/05: Serología Hepatitis B, C y A no reactivo.

13/06 Reconsulta: BT 12, BD 8, se otorga alta por mejoría clínico – humoral.

29/06: Reconsulta: Tendencia al sueño, coluria, PC: BT 29, BD 20, TGO/TGP 1100/1163, TP 17 %, VDRL relativo 1/256, HIV negativo. Con diagnóstico de falla hepática fulminante se consulta y traslada a nuestro centro.

Deterioro del GSC, IOT, traslado aéreo. TAC cráneo con borramiento de surcos. Factor V de 29. DTC: patrón de hipoperfusión, con alta resistencia. Ingres a lista de emergencia para trasplante hepático.

Serología para hepatitis E, CMV, VEB negativos. Panel de anticuerpos negativo. Se inicia penicilina, gentamicina, fluconazol y ganciclovir. N – acetilcisteína (protocolo del centro).

03/07: DOMS renal, crisis, compromiso hematológico, CDL, Prometheus.

04/07: HC x 4, UC negativos

07/07 DOM hemodinámica, midriasis bilateral arreactiva, TAC cráneo que muestra hipodensidad difusa, disminución de ventrículos, borramiento de surcos y cisternas. DTC con patrón de parada circulatoria. Fallece hora 13:45.

Discusión: Paciente de SF, 26 años, FHF, VDRL positivo. No hay literatura nacional, sólo un caso en literatura internacional de FHF por Sífilis.

Conclusión: Su mala evolución se puede vincular al retraso en la derivación al centro de referencia, y la demora en la disponibilidad de órgano, y progreso fatal de su falla hepática.

27 DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE COMO COMPLICACIÓN DE LA INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN (BCG). REPORTE DE CASO.

Moreira E, Goleniuk D y Albornoz H.

CASMER, Rivera, Uruguay.

Introducción: La instilación intravesical de bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es el tratamiento de elección para determinados carcinomas de vejiga. Aunque su uso es relativamente seguro, se producen complicaciones que pueden ser letales.

Presentación del caso: Paciente de 64 años diabético, con diagnóstico de carcinoma superficial de vejiga. En el contexto de recidiva tumoral se inició segunda serie de tratamiento con instilaciones intravesicales de BCG (BCG-IV) semanales durante seis semanas y posteriormente una instilación mensual. Subsecuentemente a las últimas 3 instilaciones presentó fiebre, dolor hipogástrico, disuria y mal estar general que persistieron por 72 horas. Luego de la sexta instilación instaló un síndrome de DOM con compromiso de conciencia, injuria renal aguda, insuficiencia respiratoria asociada a SDRA, disfunción hepática, anemia y trombocitopenia. Ingresó a la UCI, requiriendo ARM invasiva y TRR mediante hemodiálisis. El urocultivo no presentó desarrollo y la búsqueda de antígeno neumocócico en orina fue negativa. La punción lumbar presentó presión de apertura elevada (50 cm de H₂O), el LCR exhibió hiperproteinorraquia y no presentó desarrollo bacteriológico en medios para bacterias inespecíficas ni para micobacterias en LCR, hemocultivos ni cultivos de orina. La PCR para Mycobacterias en secreciones traqueales y LCR fue negativo, tampoco se observó amplificación de genoma viral en LCR. La TC de cráneo evidenció aumento de la densidad de la sustancia gris y blanca supratentorial, con reintensificación espontánea y con contraste intravenoso de la corteza. Con planteo de DOM secundaria a BCG-IV se inició sostén de funciones vitales, glucocorticoides y tratamiento para micobacterias (isoniacida, etambutol y rifampicina). El paciente presentó mejoría de las disfunciones, pero persistió en coma durante aproximadamente 15 días, posteriormente presentó un despertar tardío que se caracterizó por recuperación de los ciclos de sueño-vigilia, sin contenido de conciencia y con una cuadrí-paresia flácida sin reflejos osteotendinosos. Las subsiguientes PL evidenciaron presión de apertura baja y los estudios de LCR y de imagen posteriores no mostraron cambios significativos ni lesiones estructurales secundarias a hipertensión intracraneana persistente. Sucesivos electroencefalogramas evidenciaron sufrimiento cerebral difuso severo, sin actividad paroxística. Falleció a los 70 días de evolución en la unidad bajo directivas de adecuación del esfuerzo terapéutico.

Discusión: Se han comunicado casos excepcionales de complicaciones graves luego de inmunoterapia intravesical con BCG, las complicaciones precoces (en los primeros 3 meses después de la instilación), se caracterizan por manifestaciones sistémicas tales como: sepsis por BCG o DOM por reacción sistémica de hipersensibilidad, como es el caso que se presenta, dado la ausencia de diagnósticos alternativos y que no se identificó M bovis en ninguna de las muestras estudiadas.

Conclusiones: Presentamos un caso grave de complicación sistémica secundaria a la BCG-IV. La particularidad del este caso radica en el compromiso severo y persistente del SNC. Esta presentación ha sido excepcional y solamente encontramos un caso similar reportado en la literatura.

26 DIAGNÓSTICO DE TEP Y MONITOREO DEL TRATAMIENTO FIBRINOLÍTICO POR ECOCARDIOGRAFÍA POR MÉDICOS INTENSIVISTAS.

Bonilla C., Klaps C., Tolosa L., Lucero F., De Armas A.

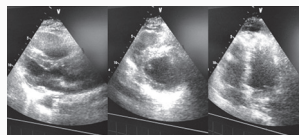
CTI polivalente del H.C.C.F.F.A.A., Montevideo, Uruguay

Objetivos: Demostrar la utilidad de la ecografía realizada por intensivistas para el diagnóstico de TEP y monitoreo del tratamiento fibrinolítico.

Presentación del caso clínico: Caso clínico, Mujer, 57 años, AP Obesa. Ingres a por síncope, hipotensión, insuficiencia respiratoria, elementos de falla cardíaca. Al examen: polipnea, desaturación, taquicardia, IV. Se intuba. Falla cardíaca derecha que requiere noradrenalina a altas dosis y aporte de volúmen. Se realiza ETT por médicos de la unidad.

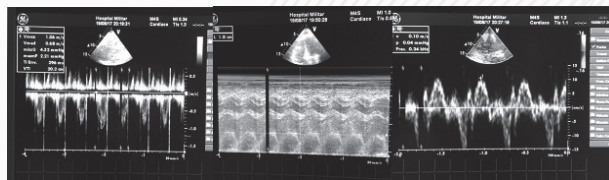
Resultados:

1-Diagnostico de TEP:



- Sobrecarga de VD
- Aumento de la relación VD/VI
- Dilatación proximal de la arteria pulmonar
- HTP
- Dilatación de la VCI que no colapsa en inspiración
- Signo de Mc - Connell
- Visualización del trombo

1-r-TPA (post 48 hs del fibrinolítico):



Conclusiones:

El ecocardiograma en el TEP:

- Permite realizar diagnóstico en pacientes hemodinámicamente inestables.
- Estratifica el riesgo y establece el pronóstico.
- Puede ser realizado por médicos intensivistas al lado de la cama del paciente para diagnóstico y monitoreo del tratamiento.
- Se extuba a los 6 días con buena tolerancia, alta a sala a los 8 días. Ecodoppler de MMII mostró TVP aguda de lagos venosos de ambas pantorrillas.

28 ESTRATEGIA DE MANEJO RESPIRATORIO Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME DE DISTRES (SDRA) GRAVE CON HIPOXEMIA REFRACTARIA,

Rodriguez Olivera F.

Hospital Español, Montevideo, Uruguay

Introducción: la hipoxemia severa caracteriza al SDRA grave; la hipoxemia refractaria es infrecuente, determinando solo el 15% de las muertes por ARDS. En estos pacientes, son aplicables las llamadas técnicas de rescate, que incluyen desde maniobras de reclutamiento alveolar (MRA), altos niveles de PEEP, decúbito prono (DP) y ECMO

Objetivos: analizar los resultados de la estrategia respiratoria utilizada en el manejo de los pacientes con ARDS severo e hipoxemia refractaria.

Materiales y Método: ARDS severo (consenso de Berlín 2) e hipoxemia refractaria: PEEP > 15 cm H₂O y/o técnicas de rescate para lograr PaFi > 150. Se registraron al día 1, 3 y 5 distintos parámetros. Se analizó la mortalidad global y se compararon parámetros entre pacientes vivos y fallecidos.

Resultados: 31 pacientes, 45 ± 19 años, sexo masculino: 63%, APACHE II: 25 ± 11, Murray Score: 3,3 ± 0,3, índice oxigenación: 23 ± 7, mortalidad: 39%

No hubo diferencias basales en APACHE II, PaFi, score Murray, índice oxigenación.

	Vivos (n=19)	Muertos (n=12)	p
día 1			
P plat (cm H ₂ O) media ± DS	35 ± 7	36 ± 3	ns
Compliance (ml/cm H ₂ O) media ± DS	27 ± 10	26 ± 11	ns
PEEP (cm H ₂ O) media ± DS	18 ± 3	17 ± 2	ns
PaFi	221 ± 98	187 ± 80	ns
Driving Pressure (cm H ₂ O) media ± DS	17 ± 6	18 ± 2	ns
VC (ml/k)	6 ± 1	6 ± 1	ns
VM (lt/min) media ± DS	9,8 ± 1,6	9,4 ± 2,4	ns
SOFA (no resp)	8 ± 3	9 ± 3	ns
día 3	n=19	n=12	
P plat (cm H ₂ O) media ± DS	35 ± 7	35 ± 4	ns
Compliance (ml/cm H ₂ O) media ± DS	27 ± 9	28 ± 11	ns
PEEP (cm H ₂ O) media ± DS	18 ± 5	17 ± 4	ns
PaFi	249 ± 71	201 ± 65	0,07
Driving Pressure (cm H ₂ O) media ± DS	17 ± 6	16 ± 4	ns
VC (ml)	428 ± 41	442 ± 39	ns
VM (lt/min) media ± DS	10,1 ± 1,3	9,1 ± 1,4	ns
CO2 (mmHg)	53 ± 9	63 ± 12	0,03
pH	7,33 ± 0,09	7,27 ± 0,09	0,07
SOFA (no resp)	8 ± 2	10 ± 3	0,06
día 5	n=8	n=8	
SOFA (no resp)	6 ± 1	11 ± 4	0,02

Al día 5 el resto de los parámetros evaluados no evidenció diferencias significativas; p=0.05

Conclusiones: 1) Los pacientes no fallecieron de hipoxemia refractaria 2) la mortalidad estuvo asociada a peoría de la disfunción multi-orgánica no respiratoria. 3) la mortalidad global se situó por debajo de los scores predictivos. **Bibliografía:** 1) Montgomery AB et al. Am Rev Respir Dis. 1985; 132(3):485-489. 2) Ranieri VM, et al. JAMA 2012; 307(23) 3) Esan A, Hess D, Raouf S et al. Severe Hypoxemic Respiratory Failure. CHEST 2010; 137(5): 1203-1216



XV Congreso Uruguayo de
MEDICINA INTENSIVA

XI Congreso Uruguayo de
ENFERMERÍA EN MEDICINA INTENSIVA

Encuentro del Mercosur

VIII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva

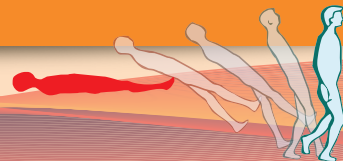
XII Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva

IV Encuentro de Neumocardiólogos en Medicina Intensiva

Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

03 - 06
noviembre
2017

Centro de Convenciones
RadissonMontevideo



AGRADECIMIENTOS

El Comité Organizador del Congreso, desea agradecer a todas las firmas comerciales e instituciones que con su aporte hicieron posible la realización de este evento.

Air Liquide Uruguay
Bioerix
Cía Cibeles
Círculo Católico
Clap LaboMedical
Elena
FEPREMI
Gramon Bagó de Uruguay
Gunter Schaaf
Laboratorio Ion
Labimed
Laboratorio Libra
Logitec
Mare
Medicalvet
Medifix
Química Cenit
Roemmers
Sanofi
S.U.A.T.
Tecmar Médica
3M

SEDE DEL CONGRESO

Radisson Montevideo Victoria Plaza Hotel
Plaza Independencia 759
Montevideo – Uruguay
Tel: ++598 2 902 0111



SECRETARÍA: ATENEA EVENTOS SRL

Av. 8 de Octubre 2254 of. 205
Montevideo – Uruguay
Telefax: ++598 24005444
E-mail: atenea@atenea.com.uy
Pág. Web: www.atenea.com.uy

SOCIEDAD URUGUAYA DE MEDICINA INTENSIVA

21 de setiembre 2819 ap. 203
Montevideo - Uruguay
Telefax: ++ 598 2712 5634
E-mail: secretaria@sumi.uy
Pág. Web: www.sumi.uy