

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERIA EN MEDICINA INTENSIVA
ENCUENTRO DEL MERCOSUR

VII JORNADAS DE RESIDENTES EN MEDICINA INTENSIVA

X JORNADA DE PEDIATRIA EN MEDICINA INTENSIVA

XI ENCUENTRO DE FISIOTERAPEUTAS EN MEDICINA INTENSIVA

III ENCUENTRO DE NEUMOCARDIOLOGOS EN MEDICINA INTENSIVA

ENCUENTRO DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE NUTRICION

27 AL 30 DE OCTUBRE

CENTRO DE CONVENCIONES DE LA INTENDENCIA DE MONTEVIDEO

PROFESIONALISMO
REENCUENTRO
MULTIDISCIPLINARIEDAD
INTERCAMBIO CIENTIFICO
ACTUALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO
TRABAJO EN EQUIPO



Organiza:



PROGRAMA OFICIAL

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

CARTA DE BIENVENIDA

Estimados congresistas:

La Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva organiza su XIV Congreso Uruguayo de Medicina Intensiva, el que se realizará del 27 al 30 de octubre de 2015.

El Comité Organizador ha asumido el desafío de procurar la excelencia en este evento.

Agradecemos el entusiasmo y **profesionalismo** que han demostrado médicos intensivistas de adultos y pediatría, residentes, enfermeros, neumocardiólogos, nutricionistas y fisioterapeutas en la planificación de sus respectivos Congresos, Encuentros y Jornadas incluyendo en ellos tópicos de interés para todos los integrantes del equipo de salud.

El ingreso de pacientes cada vez más graves y complejos a las unidades de medicina intensiva exige la continua **actualización del conocimiento**; para lograr este objetivo será fundamental que todos los integrantes del equipo de salud de áreas críticas sean a la vez docentes y educandos en un vínculo de permanente retroalimentación positiva.

En este congreso además de tratar la calidad y seguridad del proceso asistencial, se le dará un espacio destacado a la prevención de secuelas y al manejo de la denominada “enfermedad post terapia intensiva”.

Tendremos la oportunidad de realizar un fecundo **intercambio científico** durante la discusión de los trabajos presentados. El aporte de expertos nacionales y extranjeros, a los cuales agradecemos desde ya su participación, será fundamental en este aspecto.

Para que este evento sea posible es muy importante el apoyo y participación de todos los integrantes del equipo de salud; por las características de nuestro trabajo es posible que muchos no puedan participar en la totalidad del Congreso, por este motivo les invitamos a participar al menos en forma “perlada”.

Por último este evento será un buen ámbito para el **reencuentro** y para demostrar que muchos de nosotros tenemos también una veta creativa, se han organizado concursos de literatura y fotografía.

Consideramos importante que este Congreso incluya y por eso su logo:

- Profesionalismo
- Multidisciplinareidad
- Trabajo en equipo
- Intercambio científico
- Actualización del conocimiento
- Reencuentro

Comité Organizador

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR

Dra. Gloria Rieppi

Presidente

Dr. Carlos Cardoso

Vicepresidente

Dr. Leandro Moraes

Secretario

Dr. Fernando Goyeneche

Tesorero

Dr. Marcelo Acevedo

Dra. Dolores Berrutti

Dr. Gastón Burghi

Dr. Andrés Cebey

Dr. Eliseo Taranto

Vocales

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Alberto Biestro

Dr. Mario Cancela

Dr. Arnaldo Dubín (Argentina)

Dr. Javier Hurtado

Dr. William Manzanares

Dra. Cristina Santos

COMITÉ DE HONOR

Dr. Hernán Artucio

Dr. Néstor Campos

Dr. Humberto Correa

Dra. Norma Mazza

X CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. María del Carmen Alvarez

Presidente

Lic. Ana Galeano

Vicepresidente

Lic. Alvaro Fernández

Secretario

Lic. Carina Candia

Lic. Cristina De Vilas

Lic. Josefina Larrosa

Lic. Aldo Pomar

Lic. Regina Portantier

Lic. Marcela Rodríguez

Vocales

COMITÉ CIENTÍFICO

Lic. Augusto Ferreira

Lic. Rocío González

Lic. Isabel Silva

XI ENCUENTRO DE FISIOTERAPEUTAS EN MEDICINA INTENSIVA

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Ft. María Viviana Melaragno

Lic. Ft. Laura Miranda

Coordinadoras

III ENCUENTRO DE NEUMOCARDIOLOGÍA EN MEDICINA INTENSIVA

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. NC. Lorena La Ruina

Lic. NC. Blanca Martínez

Lic. NC. Ana Umpiérrez

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

AUSPICIOS

Academia Nacional de Medicina
Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay
Asociación de Técnicos Neumocardiólogos del Uruguay
Colegio Médico del Uruguay
Escuela de Graduados del Uruguay
Facultad de Medicina
Facultad de Enfermería
Federación Médica del Interior
Intendencia de Montevideo
Ministerio de Salud Pública
Sindicato Médico del Uruguay
Sociedad de Cirugía del Uruguay
Sociedad de Fisioterapia Respiratoria y Cuidados Intensivos
Sociedad de Medicina Interna del Uruguay
Sociedad de Neurología del Uruguay
Sociedad de Tisiología y Enfermedades de Tórax del Uruguay
Sociedad Uruguaya de Cardiología
Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva
Sociedad Uruguaya de Neurocirugía

**Declarado de Interés Turístico por resolución
del Ministerio de Turismo y Deporte según
Exp. N° 201500932**

INVITADOS EXTRANJEROS

Klga. Estefanía Astorga (Chile)
Lic. Ana Bejarano (Argentina)
Dr. Eduardo Costa (Brasil)
Dr. Pablo Cruces (Chile)
Dr. Franco Díaz (Chile)
Dr. Eduardo Durante (Argentina)
Dr. Arnaldo Dubín (Argentina)
Dr. Andrés Esteban (España)
Dr. Glenn Hernández (Chile)
Dr. Pedro Kurtz (Brasil)
Dr. Jaime Labarca (Chile)
Dra. Alicia Lischinsky (Argentina)
Lic. Klgo. Martín Managó (Argentina)
Lic. Wilma Medina (Chile)
Dr. Gastón Murías (Argentina)
Lic. Klgo. Gustavo Olguín (Argentina)
Dr. Ignacio Previgliano (Argentina)
Lic. Sergio Sandes (Argentina)
Dr. Héctor Solar (Argentina)
Sr. Acvez Vera Zapata (Colombia)

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



Simposios patrocinados

General Electric

Ventilación mecánica: nuevas tecnologías - General Electric Carescape R860

Expositor: Sr. Acvez Vera Zapata (Colombia)

Día: Jueves 29 de Octubre

Hora: 13.00 - 14.00

Sala: Dorada

Actividad protocolar y social

Martes 27 de Octubre

18.30

Ceremonia de Apertura

Sala Azul - Intendencia de Montevideo

Conferencia de Apertura

Dr. Hernán Artucio

Sala Azul - Intendencia de Montevideo

19.15

Brindis de Bienvenida

Foyer Sala Azul - Intendencia de Montevideo

Viernes 30 de Octubre

19.00

Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios

Sala Azul - Intendencia de Montevideo

21.30

Cena de Clausura

Club Uruguay (Av. Sarandí 584)

Valor del ticket:

- Para inscriptos al Congreso: USD 10
- Acompañantes: USD 50

Adquirirlo en Secretaría antes del Miércoles 28 de Octubre - 17.00 hs. Cupos limitados

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

MARTES 27 DE OCTUBRE

SALA: AYUNTAMIENTO (Hotel Four Points)

Curso Pre Congreso – Taller de Ventilación Mecánica

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

Docentes: *Dr. Pedro Alzugaray, Dr. Martín Angulo, Dr. Arturo Briva, Dra. Cecilia Imperio, Dr. Gustavo Pittini, Dr. Jorge Neme, Dra. Cristina Santos, Dr. Juan Pablo Soto, Dra. Estela Doglioti, Dra. Fernanda Ervitti, Dr. Sebastián González, Dra. Eugenia Hernández, Dra. Silvana Mercado, Dra. Silvana Narbondo, Dra. Magdalena Rodríguez, Dra. Gabriela Sequeira, Dra. Ana Ubilla*

ORGANIZADO POR:

- Laboratorio de Función Respiratoria de la Cátedra de Medicina Intensiva del Hospital de Clínicas, UdelaR.
- Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva.

PROGRAMA

- 08.45 - 09.00 **Introducción y presentación del curso**
- 09.00 - 11.00 **Taller con ventiladores:**
Modos de ventilación mecánica y monitoreo
 - » Controlada por volumen (VCV)
 - » Controlada por presión (PCV)
 - » Presión de soporte (PSI)
 - » Ventilación no invasiva (VNI)
- 11.00 - 11.30 **Descanso – Café**
- 11.30 - 12.30 **Taller:**
 - » Ventilación mecánica no invasiva (VNI)
 - » Oxígeno de alto flujo
- 12.30 - 12.45 **Miniconferencia**
Asincronía paciente ventilador: causas y soluciones
Dra. Cristina Santos
- 12.45 - 13.00 **Miniconferencia**
¿Es importante medir la presión transpulmonar?
Dra. Cristina Santos
- 13.00 - 14.00 **Intervalo**

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



- 14.00 - 16.00 **Taller con ventiladores:**
Reclutamiento y titulación de PEEP
» Curva PV por flujo lento rama inspiratoria
» Curva PV por flujo lento rama espiratoria
» PEEP decremental
» Variación de CRF
- 16.00 - 16.30 **Descanso - Café**
- 16.30 - 16.50 **Miniconferencia**
Modos no convencionales. Adaptando el apoyo ventilatorio a las necesidades del paciente: NAVA, PAV, ASV
Dra. Cecilia Imperio
- 16.50 - 17.10 **Miniconferencia**
Importancia del monitoreo del CO2 espirado
Dr. Arturo Briva
- 17.10 - 17.40 **Miniconferencia**
Reclutamiento pulmonar: ¿cuándo y cómo?
Dr. Eduardo Costa (Brasil)
- 17.45 **Cierre del curso**

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

MARTES 27 DE OCTUBRE SALA: MERCADO (Hotel Four Points)

Curso Pre Congreso – Ecografía para intensivistas

Coordinadores: *Dr. José Gorrasi, Dr. Andrés Cebey, Dr. Mauricio Bertullo*

Docentes: *Dr. Miguel Alfonso, Dr. Agustín Arruti, Dr. Mauricio Bertullo, Dr. Andrés Cebey,
Dr. José Gorrasi, Dr. Daniel Martínez, Dr. José Modernel, Dr. Leandro Moraes,
Dr. Eduardo Olivera, Dr. Arturo Pazos, Dr. Julio Pontet, Dr. Juan Pablo Pratt, Dr. Christian Yic*

09.00 – 09.30 **Presentación del Curso y Pretest**

09.30 – 10.00 **Fundamentos de ultrasonografía en el paciente crítico**

Dr. Agustín Arruti

10.00 – 10.20 **Uso de la ecografía en el estudio del pulmón en medicina intensiva**

Dr. Andrés Cebey

10.20 – 10.40 **Uso de la ecografía en la evaluación hemodinámica y reanimación cardiopulmonar**

Dr. Arturo Pazos, Dr. José Gorrasi

10.40 – 11.00 **Ecografía de vía aérea. Traqueostomía**

Dr. Julio Pontet

11.00 – 11.30 **Descanso – Café**

11.30 – 11.50 **Ecografía en la valoración de infecciones**

Dr. Mauricio Bertullo

11.50 – 12.15 **Aplicaciones de la ecografía abdominal en medicina intensiva**

Dr. Eduardo Olivera

12.15 – 12.35 **Uso de la ecografía en accesos vasculares**

Dr. Daniel Martínez, Dr. Juan Pablo Pratt

12.35 – 13.00 **Ecografía en la valoración neurológica**

Dr. Leandro Moraes, Dr. Christian Yic

13.00 – 14.00 **Intervalo**

14.00 – 14.20 **Protocolos y sistematización del estudio ecográfico en medicina intensiva**

Dr. José Gorrasi

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



14.20 - 16.00 **Taller**

- » Práctico y estudio de imágenes
- » Aplicación de protocolos de estudio
- » Uso de la ecografía para guiar el tratamiento de los estados de shock y disfunción hemodinámica
- » Estaciones prácticas: cabeza y cuello, pulmón, abdomen, enfoques cardíacos básicos

16.00 - 16.30 **Descanso – Café**

16.30 - 18.00 **Continuación del Taller**

- » Aplicación de protocolos de estudio
- » Limitaciones del uso de la ecografía en Medicina Intensiva

18.00 - 18.30 **Evaluación y post test**

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

MARTES 27 DE OCTUBRE SALA: ROJA

Curso Pre Congreso – Antibioticoterapia en el paciente crítico

Coordinadora: *Dra. Andrea Iturralde*

09.00 - 09.10 **Bienvenida e introducción**

09.10 - 09.30 **Tips del antibiograma dirigido a intensivistas**
Dra. Leticia Caiata

09.30 - 09.40 **Discusión**
Modera: *Dra. Andrea Iturralde*

09.40 - 10.10 **Conceptos farmacocinéticos y farmacodinámicos de los principales antimicrobianos utilizados en el paciente crítico**
Dra. Gloria Rieppi

10.10 - 10.40 **Clearance renal aumentado e injuria renal en el paciente crítico: qué pasa con las dosis de antibióticos**
Dr. Jordan Tenzi

10.40 - 11.00 **Discusión**
Modera: *Dra. Inés Lujambio*

11.00 - 11.30 **Descanso - Café**

11.30 - 11.55 **Bacteriemia estafilococo dorado: que datos aporta el estudio microbiológico para la toma de decisiones**
Dra. Verónica Seija

11.55 - 12.20 **Tratamiento de la bacteriemia a enterococos**
Dra. Andrea Iturralde

12.20 - 12.45 **Uso de beta lactámicos en tiempos de beta lactamasas: orientación al clínico**
Dr. Rafael Vignoli

12.45 - 13.00 **Discusión**
Modera: *Dra. Daniela Paniel*

13.00 - 14.00 **Intervalo**

14.00 - 14.45 **Meningoencefalitis aguda supurada**
Dr. Pedro Grille, Dra. Antonella Gómez

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



- 14.45 - 15.30 **Neumonía aguda comunitaria grave**
Dr. Gino Limongi, Dra. Lucía López
- 15.30 - 16.00 **Sepsis peritoneal**
Dr. Julio Pontet, Dr. Darwin Tejera
- 16.00 - 16.30 **Descanso - Café**
- 16.30 - 16.45 **Continuación de sepsis peritoneal**
- 16.45 - 17.30 **Infecciones graves de partes blandas**
Dra. María Buroni, Dra. Cecilia Villarino
- 17.30 - 18.00 **Tratamiento antimicrobiano en la neumonía por BGN multirresistentes.**
Consideraciones al prescribir el tratamiento antimicrobiano
Dr. Jaime Labarca (Chile)
- 18.00 - 18.15 **Discusión**
Moderador: Dr. Julio Medina
- 18.15 **Cierre del curso**

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

MARTES 27 DE OCTUBRE
SALA: AZUL

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva

Presidente: *Lic. María del Carmen Alvarez*

08.30 - 09.30 **Mesa**

Ventilación mecánica no invasiva

Coordinador: *Lic. Alvaro Fernández*

Presentadoras: *Lic. Ana Bejarano (Argentina)*
Lic. NC. Paula Tihista

09.30 - 10.00 **Conferencia**

Injuria inhalatoria

Lic. Verónica Cristina

Coordinador: *Lic. Alvaro Fernández*

10.00 - 11.00 **Mesa**

Puesta a punto y cuidados seguros en el paciente ventilado

Coordinador: *Lic. Aldo Pomar*

- » Aspiración de secreciones traqueales
Lic. Lourdes Ferro
- » Medición de la presión del manguito de neumotaponamiento de la SOT
Lic. Solange Cardozo
- » Circuito cerrado de aspiración y su aplicación en el área pediátrica
Lic. Carina Candia, Lic. María Alicia Manassi
- » Sonda de aspiración del lago subglótico
Lic. Claudia Montaña, Lic. Marcela Rodríguez

11.00 - 11.30 **Descanso - Café**

11.30 - 12.30 **Conferencia**

Rol de enfermería en el reclutamiento alveolar y decúbito prono

Lic. Gabriela De Armas, Lic. Carmen Laguna

Coordinadora: *Lic. Carina Candia*

12.30 - 13.00 **Conferencia**

Destete

Lic. Ana Bejarano (Argentina)

Coordinadora: *Lic. Regina Portantier*

13.00 - 14.30 **Intervalo**

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



- 14.30 - 15.15 **Conferencia**
Conductas disruptivas, una realidad en Uruguay
Lic. Silvia Techera
Coordinadora: *Lic. María del Carmen Alvarez*
- 15.15 - 16.00 **Conferencia**
Cómo prevenir la violencia en las áreas críticas
Lic. Sergio Sandes (Argentina)
Coordinadora: *Lic. Carina Candia*
- 16.00 - 16.30 **Descanso - Café**
- 16.30 - 17.00 **Conferencia**
Importancia de la capacitación y motivación de rrhh
Lic. Rocío González
Coordinadora: *Lic. Ana Galeano*
- 17.00 - 18.30 **Conferencia**
Importancia del liderazgo en el manejo de recursos humanos
Ing. Juan José Valcarse
Coordinadora: *Lic. Ana Galeano*
- 18.30 - 19.00 **Ceremonia y Conferencia de Apertura**
Dr. Hernán Artucio
- 19.15 - 21.00 **Brindis de Bienvenida**



MARTES 27 DE OCTUBRE

SALA: DORADA

XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva

Coordinadora: *Lic. Ft. María Viviana Melaragno*

08.30 - 08.40 **Apertura del Encuentro**

Lic. Ft. María Viviana Melaragno

08.40 - 09.10 **Historia de la VNI**

Lic. Klgo. Gustavo Olguín (Argentina)

09.10 - 10.00 **Fisiología respiratoria aplicada a la VNI**

Lic. Klgo. Martín Managó (Argentina)

10.00 - 10.50 **Indicaciones y contra indicaciones de la VNI**

Lic. Klgo. Gustavo Olguín (Argentina)

10.50 - 11.00 **Discusión**

Moderan: *Lic. Ft. María Viviana Melaragno, Lic. Ft. Gonzalo Fierro*

11.00 - 11.30 **Descanso - Café**

11.30 - 12.15 **Modos ventilatorios e interfaces en adultos**

Lic. Klgo. Martín Managó (Argentina)

12.15 - 13.00 **Modos ventilatorios e interfaces en pediátricos**

Lic. Klgo. Gustavo Olguín (Argentina)

Moderan: *Lic. Ft. Gonzalo Fierro, Lic. Ft. Michel González*

13.00 - 14.00 **Intervalo**

14.00 - 14.55 **Evidencia científica en el uso de la VNI en adultos**

Lic. Klgo. Martín Managó (Argentina)

14.55 - 15.50 **Evidencia científica en el uso de la VNI en pediátricos**

Lic. Klgo. Gustavo Olguín (Argentina)

15.50 - 16.00 **Discusión**

Moderan: *Lic. Ft. Laura Miranda, Lic. Ft. Kitty Lowensberg*

16.00 - 16.30 **Descanso - Café**

16.30 - 17.00 **Experiencia del uso de VNI en el Sanatorio Parque (Hospital de adultos polivalente)**

Lic. Klgo. Martín Managó (Argentina)

17.00 - 17.30 **Experiencia del uso de VNI en el Hospital Garrahan (Hospital pediátrico)**

Lic. Klgo. Gustavo Olguín (Argentina)

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



17.30 - 17.45 **Discusión**

Moderan: *Lic. Ft. Manuela Aguirregaray, Lic. Ft. Leticia González Lotito*

17.45 - 18.05 **Tema Libre**

Rol de la Fisioterapia en la ATELECTASIA, en niños y niñas de 0 a 24 meses internados en UCIN-CHPR.

Lic. Ft. Leticia González Lotito

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

18.05 - 18.30 **Cierre del Encuentro**



MIÉRCOLES 28 DE OCTUBRE

SALA: AZUL

Respiratorio

08.30 - 09.00 **SDRA: la primera semana es crucial**

Dr. Andrés Esteban (España)

Presenta: *Dra. Gloria Rieppi*

09.00 - 09.50 **Actividad interactiva**

Toma de decisiones en el SDRA

Participantes: *Dr. Eliseo Taranto*

Dr. Martín Angulo

Dra. Inés Lujambio

09.50 - 10.20 **Driving pressure en SDRA**

Dr. Eduardo Costa (Brasil)

10.20 - 10.30 **Discusión**

Moderador: *Dr. Gustavo Pittini*

10.30 - 11.00 **Descanso - Café**

Respiratorio

11.00 - 11.20 **Ventilación espontánea en el SDRA: ¿Cuándo usar?**

Dr. Eduardo Costa (Brasil)

11.20 - 11.30 **Discusión**

Moderador: *Dr. Pedro Alzugaray*

11.30 - 11.50 **SDRA: ¿una o varias enfermedades?**

Dr. Andrés Esteban (España)

11.50 - 12.00 **Discusión**

Moderador: *Dr. Fernando Rodríguez*

Infectología

Moderador: *Dr. Francisco Rodríguez*

12.00 - 12.20 **Epidemiología de virus respiratorios en Uruguay**

Dr. Henry Albornoz

12.20 - 12.50 **Neumonías virales: no siempre son bacterias**

Dr. Jaime Labarca (Chile)

12.50 - 13.00 **Discusión**

13.00 - 15.00 **Intervalo**

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



Shock séptico

Coordina: *Dra. Dolores Berrutti*

- 15.00 - 15.30 **Actualización en la monitorización y tratamiento del shock séptico**
Dr. Glenn Hernández (Chile)
- 15.30 - 15.55 **Disfunción cardíaca en la sepsis: que armamentario terapéutico tenemos disponible**
Dr. Arnaldo Dubín (Argentina)
- 15.55 - 16.25 **Actividad interactiva**
Participantes: *Dra. Dolores Berrutti*
Dr. Juan Pablo Soto
Dr. Marcos Balsemao
- 16.25 - 16.50 **Alteraciones del medio interno durante la reanimación del shock séptico: que debemos esperar**
Dr. Arnaldo Dubín (Argentina)
- 16.50 - 17.00 **Discusión**
Modera: *Dr. Ignacio Aramendi*
- 17.00 - 17.30 **Descanso - Café**

Shock séptico

- 17.30 - 18.00 **Efectos adversos de la hiper reposición en el shock séptico: ¿cómo prevenirlo?**
Dr. Glenn Hernández (Chile)
- 18.00 - 18.15 **Discusión**
Modera: *Dr. Francisco Pracca*

Respiratorio

- 18.15 - 18.45 **Cambios en la ventilación mecánica en los últimos 15 años**
Dr. Andrés Esteban (España)
- 18.45 - 19.00 **Discusión**
Modera: *Dr. Jorge Neme*
- 19.15 - 20.30 **Asamblea de la SUMI**



MIÉRCOLES 28 DE OCTUBRE

SALA: DORADA

Infectología: Tuberculosis en el paciente crítico

Coordina: *Dra. María Buroni*

Modera: *Dra. Elizabeth Montoya*

08.30 - 08.50 **Tuberculosis grave: un problema de salud pública con alta mortalidad en UCI**

Dr. Julio Medina

08.50 - 09.10 **TBC en UCI: puesta al día**

Dr. Nicolás Nin

09.10 - 09.25 **Diagnóstico microbiológico**

Dr. Carlos Rivas (Uruguay)

09.25 - 09.45 **Fármacos anti TBC en el paciente crítico: desafío terapéutico**

Dra. Mariela Contrera (Uruguay)

09.45 - 10.00 **Discusión**

10.00 - 10.20 **PCR multiplex en el paciente crítico**

Dr. Antonio Galiana (Uruguay)

10.20 - 10.30 **Discusión**

Modera: *Dr. Henry Albornoz*

10.30 - 11.00 **Descanso - Café**

Seguridad del paciente en la práctica diaria

Coordina: *Dr. Marcelo Barbato*

Modera: *Dr. Ignacio Alvez*

11.00 - 11.20 **UCI extramuros y gestión del deterioro clínico**

Dr. Eduardo Moreira

11.20 - 11.40 **Eventos adversos en UCI**

Dr. Fausto Porcires

11.40 - 12.00 **Comportamiento en áreas cerradas**

Dr. Mario Godino

12.00 - 12.20 **Prescripción segura en cuidados intensivos**

Dr. Nicolás Nin

12.20 - 12.40 **Herramientas comunicacionales y comunicación asertiva**

Lic. Inés Lavega

13.00 - 15.00 **Intervalo**

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



Neurocríticos

- 15.00 - 15.20 **NIRS en el paciente neurocrítico. Ventajas y limitaciones**
Dra. Corina Puppo
- 15.20 - 15.40 **¿Hay que monitorear la PtO2? Impacto en la toma de decisiones**
Dr. Pedro Kurtz (Brasil)
- 15.40 - 15.50 **Discusión**
Moderan: *Dr. Julio Cabrera, Dr. Leandro Moraes*
- 15.50 - 16.10 **¿Está en duda el monitoreo de PIC?**
Dr. Alberto Biestro
- 16.10 - 16.25 **PEEP y PIC**
Dr. Gastón Murías (Argentina)
- 16.25 - 16.35 **Discusión**
Moderan: *Dr. Martín Balzani, Dr. Pedro Grille*
- 16.35 - 16.55 **Descompresiva en HSAa. Indicaciones**
Dr. Daniel Wilson (Uruguay)
- 16.55 - 17.00 **Discusión**
Modera: *Dr. Gonzalo Lacuesta*
- 17.00 - 17.30 **Descanso - Café**
- 17.30 - 18.00 **La realidad de la fibrinólisis en el ACV isquémico en el Uruguay**
Dr. Andrés Gaye (Uruguay), Dr. Julio Pontet
- 18.00 - 18.05 **Discusión**
Moderan: *Dr. Marcelo Acevedo, Dr. Leandro Moraes*
- 18.05 - 18.20 **Estado epiléptico no convulsivo (EEG). ¿Inducción de coma?**
Dr. Pedro Kurtz (Brasil)
- 18.20 - 18.30 **Discusión**
Moderan: *Dra. Ana Canale, Dra. Lucía López*
- 18.30 - 18.45 **Aportes de la resonancia magnética en la valoración pronóstica del TEC grave**
Dra. Ximena González (Uruguay)
- 18.45 - 18.50 **Discusión**
Moderan: *Dr. Sergio Rovira, Dr. Julio Pontet*
- 18.50 - 19.10 **Trauma en GCS 3. Como evitar el nihilismo y la futilidad**
Dr. Pedro Grille
- 19.10 - 19.20 **Discusión**
Modera: *Dr. Alberto Biestro*

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

MIÉRCOLES 28 DE OCTUBRE

SALA: ROJA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva

Presidente: *Lic. María del Carmen Alvarez*

08.30 - 10.00 **Mesa**

Una mirada sobre el control de infecciones intrahospitalarias en la región

Coordinadora: *Lic. María del Carmen Alvarez*

Participantes: *Lic. Lourdes Díaz*

Lic. Ana Bejarano (Argentina)

Lic. Wilma Medina (Chile)

10.00 - 10.30 **Conferencia**

Infecciones asociadas a planta física y ambiente inanimado

Lic. Wilma Medina (Chile)

Coordinadora: *Lic. Carina Boschiero*

10.30 - 11.00 **Descanso - Café**

11.00 - 11.30 **Conferencia**

Medidas generales de alto impacto en el control de infecciones

Lic. Wilma Medina (Chile)

Coordinadora: *Lic. Rocío González*

11.30 - 12.00 **Conferencia**

Una experiencia en nuestro país en la implementación de las medidas de alto impacto

Lic. Eva Bustamante

Coordinadora: *Lic. María del Carmen Alvarez*

12.00 - 12.30 **Conferencia**

Clostridium difficile

Lic. Gimena Bermúdez

Coordinadora: *Lic. Marcela Rodríguez*

12.30 - 13.00 **Conferencia**

Cómo organizar programas de control eficientes y efectivos

Lic. Wilma Medina (Chile)

Coordinadora: *Lic. Eva Bustamante*

13.00 - 14.00 **Intervalo**

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



14.00 - 15.00 Temas Libres

Nº 1 VENTILACIÓN PRONO EN UN PACIENTE CON INJURIA ENCEFÁLICA QUE PRESENTA SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO. Reporte de caso.

Mello L.S., Gomez M.

Servicio Médico Integral. Montevideo, Uruguay.

Nº 2 INDICE BIESPECTRAL: UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACION Y OPTIMIZACION DE LA SEDACION MODERADA Y PROFUNDA DE LOS PACIENTES CRITICOS

Lic Galeano, A; Lic Pomar, A; Lic Cortinas, M; LicFerro, L.LicRusso, M; Lic Soria, N; LicTritten, D;

Departamento de Medicina Intensiva Hospital Policial, Montevideo. Octubre 2015

15.00 - 16.00 Conferencia

Inteligencia emocional en el área crítica

Lic. Alvaro Fernández

Coordinadora: Lic. Josefina Larrosa

16.00 - 17.00 Conferencia

Imagen profesional de enfermería en la UCI

Lic. Sergio Sandes (Argentina)

Coordinadora: Lic. Marcela Rodríguez

17.00 - 17.30 Descanso - Café

17.30 - 18.00 Conferencia

Auto medicación de enfermería de las áreas críticas

Lic. Sergio Sandes (Argentina)

Coordinador: Lic. Aldo Pomar

18.00 - 18.30 Clausura del Congreso de Enfermería



JUEVES 29 DE OCTUBRE

SALA: AZUL

Paciente crítico

- 08.30 - 08.50 **La recorrida al pie de la cama en UCI: Sir William Osler sostenido por evidencia**
Dr. Ignacio Previgliano (Argentina)
- 08.50 - 09.00 **Discusión**
Modera: *Dr. Daniel Martínez*
- 09.00 - 09.20 **Delirium: importancia de su prevención y medidas de prevención no farmacológicas**
Dr. Sebastián Paolini
- 09.20 - 09.40 **Delirium: medidas farmacológicas: ¿para prevenir? ¿para tratar?**
Dra. Patricia Mesa
- 09.40 - 09.50 **Discusión**
Modera: *Dr. Sebastián Paolini*
- 09.50 - 10.20 **Podemos hacer algo para mantener el ciclo sueño - vigilia en el paciente crítico**
Dr. Julio Real
- 10.20 - 10.30 **Discusión**
Modera: *Dra. Lucía López*
- 10.30 - 11.00 **Descanso - Café**

Paciente crítico

- 11.00 - 11.30 **Ayudando al despertar del paciente neurocrítico: ¿cuándo, cómo y con qué?**
Dr. Ignacio Previgliano (Argentina)
- 11.30 - 11.50 **Discusión**
Modera: *Dr. Carlos Cardoso*

Comunicación en UCI

- 11.50 - 12.10 **Ansiedad y depresión en la familia**
Dra. Paula Morelli
- 12.10 - 12.30 **Comunicación con la familia**
Dr. Gastón Burghi
- 12.30 - 12.50 **Comunicación en la UCI**
Dra. Alicia Lischinsky (Argentina)
- 12.50 - 13.00 **Discusión**
Modera: *Dra. Fanny Lemos*
- 13.00 - 15.00 **Intervalo**

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



Enfermedad crítica post UCI

Coordina: *Dra. Myriam Regueira*

- 15.00 - 15.25 **Alteraciones osteo-músculo-tendinosas y de nervio periférico en el paciente post CTI.**
¿Podemos evitarlas?
Dra. Myriam Regueira
- 15.25 - 15.50 **Rehabilitación motora precoz. ¿Es posible en nuestro CTI?**
Lic. Ft. Laura Miranda, Lic. Ft. María Viviana Melaragno
- 15.50 - 16.10 **Rol de enfermería en la prevención de lesiones que dificultan la rehabilitación**
Lic. Mildred Benítez
- 16.10 - 16.30 **Discusión**
Moderador: Dr. Federico Verga
- 16.30 - 17.00 **Descanso - Café**

Enfermedad crítica post UCI

- 17.00 - 17.30 **Síndromes post UCI o daño neurológico secundario a falla multiorgánica**
Dr. Ignacio Previgliano (Argentina)
- 17.30 - 17.40 **Discusión**
Moderador: Dr. Juan Pablo Soto
- 17.40 - 18.10 **Trastornos neuropsiquiátricos post TEC**
Dra. Alicia Lischinsky (Argentina)
- 18.10 - 18.20 **Discusión**
Moderador: Dra. María Otero
- 18.20 - 18.50 **Estrés postraumático**
Dra. Alicia Lischinsky (Argentina)
- 18.50 - 19.00 **Discusión**
Moderador: Dra. María Otero



JUEVES 29 DE OCTUBRE

SALA: DORADA

- 08.30 - 10.30 **Encuentro de la SUNUT**
Disfagia orofaríngea luego de intubación endotraqueal prolongada
Coordina: *Dra. Nora Guigou*
Modera: *Lic. Fon. Silvana Torres*
- 08.30 - 08.50 **Prevalencia de disfagia orofaríngea luego de la intubación endotraqueal prolongada**
Dra. Nora Guigou
- 08.50 - 09.10 **¿Cómo diagnosticamos la disfagia orofaríngea?**
Dra. Gloria Mesones
- 09.10 - 09.30 **¿Cómo rehabilitamos la disfagia orofaríngea?**
Lic. Fon. Mercedes Burjel
- 09.30 - 09.50 **Rol de enfermería en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las complicaciones asociadas**
Lic. Mónica Rodríguez
- 09.50 - 10.10 **Dieta en el paciente con disfagia orofaríngea**
Lic. Nut. Silvana Ricco
- 10.10 - 10.30 **Discusión**
- 10.30 - 11.00 **Descanso - Café**
- 11.00 - 13.00 **Encuentro de la SUNUT - Continuación**
- 11.00 - 12.15 **Actividad interactiva**
Nutrición enteral de calidad en el paciente crítico
Coordina: *Dra. Estela Olano*
Participan: *Dr. Carlos Barozzi, Dr. Enrique D'Andrea, Dra. Ana Gavazzo, Lic. Mabel Pellejero, Dr. Adalberto Piedrabuena, Lic. Nut. Serrana Tihista, Dr. Marcelo Yaffé, Lic. Nut. María del Carmen Yunes*
- 12.15 - 12.45 **Nutrición en la insuficiencia intestinal: ¿el hígado es la limitante?**
Dr. Héctor Solar (Argentina)
- 12.45 - 13.00 **Discusión**
Modera: *Dr. Eduardo Moreira*
- 13.00 - 14.00 **Simposio General Electric**
Ventilación mecánica: nuevas tecnologías - General Electric Carescape R860
Sr. Acvez Vera Zapata (Colombia)
- 14.00 - 15.00 **Intervalo**



15.00 - 16.30 **VII Jornada de Residentes**

Limitación del esfuerzo terapéutico

15.00 - 15.10 **Introducción. Importancia del tema en la formación del postgrado**

Dr. Gustavo Sosa

15.10 - 15.25 **Limitación del esfuerzo terapéutico desde la perspectiva del residente**

Dra. Nadia Pintos

15.25 - 15.45 **Aspectos médico-legales**

Dr. Hugo Rodríguez Almada (Uruguay)

15.45 - 16.05 **Limitación del esfuerzo terapéutico. ¿Qué creemos que hacemos?**

¿Qué deberíamos hacer?

Dr. Andrés Esteban (España)

16.05 - 16.30 **Discusión de casos clínicos**

Comenta: *Dr. Alberto Deicas*

16.30 - 17.00 **Descanso - Café**

Respiratorio

17.00 - 17.30 **Tomografía de impedancia eléctrica: su utilidad en el paciente crítico**

Dr. Eduardo Costa (Brasil)

17.30 - 17.40 **Discusión**

Moderador: *Dr. Fernando Rodríguez*

17.40 - 18.10 **PEEP y VC en el DRAA**

Dr. Gastón Murías (Argentina)

18.10 - 18.20 **Discusión**

Moderador: *Dra. Cecilia Imperio*

18.20 - 18.50 **VILI**

Dr. Eduardo Costa (Brasil)

18.50 - 19.00 **Discusión**

Moderador: *Dr. Martín Angulo*



JUEVES 29 DE OCTUBRE

SALA: ROJA

Infectología

Coordina: *Dra. Andrea Iturralde*

Modera: *Dra. Cecilia Villarino*

08.30 - 09.00 **Prevención de infecciones a *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* en UCI**

Dr. Jaime Labarca (Chile)

09.00 - 09.10 **Discusión**

09.10 - 09.40 ***Clostridium difficile*: como hacer prácticas las guías**

Dra. Daniela Paciel

09.40 - 09.50 **Discusión**

09.50 - 10.20 **Nuevos antibióticos en investigación: ¿cuánto aportan al manejo de las bacterias MDR?**

Dr. Jaime Labarca (Chile)

10.20 - 10.30 **Discusión**

10.30 - 11.00 **Descanso - Café**

Shock séptico y perfusión

Coordina: *Dr. Javier Hurtado*

Modera: *Dra. Alejandra López*

11.00 - 11.25 **Significado fisiológico y limitaciones de la saturación venosa central. ¿Debemos usarla?**

Dr. Javier Hurtado

11.25 - 11.50 **Enfoque fisiopatológico de la hiperlactatemia persistente**

Dr. Glenn Hernández (Chile)

11.50 - 12.15 **Microcirculación sublingual: ¿canto de sirena o monitor fisiológico relevante?**

Dr. Arnaldo Dubín (Argentina)

12.15 - 12.30 **Discusión**

12.30 - 12.55 **¿Tiene indicación la albúmina en el shock séptico?**

Dr. Glenn Hernández (Chile)

12.55 - 13.00 **Discusión**

Modera: *Dra. Dolores Berrutti*

13.00 - 14.00 **Intervalo**



14.00 - 16.30 **X Jornada SUNPI - Parte I**

Ventilación mecánica en pediatría

14.00 - 14.25 **Fisiopatología de la falla respiratoria aguda en niños**

Dr. Franco Díaz (Chile)

14.25 - 14.50 **Monitoreo de la oxigenación**

Dr. Franco Díaz (Chile)

14.50 - 15.15 **Mecánica del sistema respiratorio**

Klga. Estefanía Astorga (Chile)

15.15 - 15.40 **Daño pulmonar inducido por VM**

Dr. Pablo Cruces (Chile)

15.40 - 16.05 **Cómo fabricar un SDRA**

Dr. Pablo Cruces (Chile)

16.05 - 16.15 **Preguntas**

16.15 - 16.45 **Uso de la ventilación de alta frecuencia**

Dra. Silvana Mercado, Dra. Ana Laura Ubilla

16.45 - 17.00 **Descanso - Café**

17.00 - 19.15 **X Jornada SUNPI - Parte II**

17.00 - 17.25 **Interacciones paciente ventilador**

Klga. Estefanía Astorga (Chile)

17.25 - 17.50 **Interacciones cardiopulmonares**

Dr. Franco Díaz (Chile)

17.50 - 18.10 **Titulación de la VM basada en mecánica avanzada**

Dr. Sebastián González

18.10 - 18.35 **Agua extravascular pulmonar**

Dr. Pablo Cruces (Chile)

18.35 - 19.00 **Weaning de VM**

Klga. Estefanía Astorga (Chile)

19.00 - 19.15 **Preguntas**



VIERNES 30 DE OCTUBRE

SALA: AZUL

Respiratorio

- 08.30 - 09.00 **Polineuropatía del paciente crítico: frecuencia y dificultad en el weaning**
Dr. Andrés Esteban (España)
- 09.00 - 09.10 **Discusión**
Modera: *Dr. Fernando Villalba*
- 09.10 - 09.40 **Disincronía paciente ventilador**
Dr. Gastón Murías (Argentina)
- 09.40 - 09.50 **Discusión**
Modera: *Dra. Cristina Santos*
- 09.50 - 10.20 **Sedación durante la ventilación mecánica no invasiva (VMNI)**
Dr. Andrés Esteban (España)
- 10.20 - 10.30 **Discusión**
Modera: *Dra. Paula Morelli*
- 10.30 - 11.00 **Descanso - Café**

Antiagregantes/anticoagulantes en UCI

- 11.00 - 11.25 **Manejo de los anticoagulantes en situaciones especiales**
Dr. Mario Cancela
- 11.25 - 11.35 **Discusión**
Modera: *Dr. Walter Olivera*
- 11.35 - 12.00 **Anticoagulantes - antiagregantes en AVE isquémico**
Dr. Leandro Moraes
- 12.00 - 12.10 **Discusión**
Modera: *Dr. Walter Olivera*

Arritmias

- 12.10 - 12.50 **Prevención de muerte súbita en cardiopatías no isquémicas**
Dr. Gonzalo Varela (Uruguay), Dr. Gustavo Tortajada (Uruguay)
- 12.50 - 13.00 **Discusión**
Modera: *Dr. Federico Verga*
- 13.00 - 15.00 **Intervalo**

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



Neurocrítico

- 15.00 - 15.30 **Anticomieles en la neuroinjuria: ¿cuándo, cuál y durante cuánto tiempo?**
Dra. Ana Canale
- 15.30 - 15.45 **Discusión**
Moderador: Dr. Luis Núñez
- 15.45 - 16.15 **Diseción y/o trombosis traumática de vasos cerebrales**
Dr. Pedro Grille, Dr. Nicolás Sgarbi (Uruguay)
- 16.15 - 16.30 **Discusión**
Moderadores: Dr. Gastón Burghi, Dr. Carlos Quiroga
- 16.30 - 17.00 **Descanso - Café**

Neurocrítico

- 17.00 - 17.25 **HSAa en Latinoamérica. Estudio epidemiológico (LABIC)**
Dra. Corina Puppo
- 17.25 - 17.35 **Discusión**
Moderador: Dr. Pedro Grille
- 17.35 - 18.05 **HSA: Puesta al día**
Dr. Pedro Kurtz (Brasil)
- 18.05 - 18.15 **Discusión**
Moderador: Dra. Corina Puppo
- 18.15 - 18.45 **Perspectivas futuras en el manejo del trauma intracraneal**
Dr. Alberto Biestro
- 18.45 - 19.00 **Discusión**
Moderador: Dr. Julio Cabrera
- 19.00 - 20.00 **Ceremonia de Clausura**
Entrega de Premios

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

VIERNES 30 DE OCTUBRE SALA: DORADA

- 08.30 - 10.30 **Actividad SUNPI**
Taller: ¿Qué es el profesionalismo en medicina?
Dr. Eduardo Durante (Argentina)
- 10.30 - 11.00 **Descanso - Café**
- 11.00 - 13.00 **Actividad SUNPI**
Taller: ¿Cómo se enseña en la clínica?
Dr. Eduardo Durante (Argentina)
- 13.00 - 15.00 **Intervalo**

Cirugía cardíaca en medicina intensiva

Coordina: *Dr. Mauricio Sáez*
Modera: *Dr. Oliver Bertaux*

- 15.00 - 15.20 **Indicaciones quirúrgicas en la endocarditis infecciosa**
Dr. Daniel Bigalli (Uruguay)
- 15.20 - 15.30 **Discusión**
- 15.30 - 15.50 **Sangrado en intra y postoperatorio de cirugía cardíaca. Pautas terapéuticas**
Dr. Ismael Rodríguez (Uruguay)
- 15.50 - 16.00 **Discusión**
- 16.00 - 16.20 **Mediastinitis: estrategia para su diagnóstico**
Dr. Sergio Cáceres, Dr. Hugo Piñeyro (Uruguay)
- 16.20 - 16.30 **Discusión**
- 16.30 - 17.00 **Descanso - Café**

XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

Organiza:



Visión de la seguridad del paciente en UCI desde los distintos ámbitos profesionales

- 17.00 - 17.15 **Seguridad del paciente y derecho sanitario**
Dr. Fernando Rovira
- 17.15 - 17.30 **Seguridad del paciente desde la mirada del jefe de UCI**
Dr. Marcelo Barbato
- 17.30 - 17.45 **Visión de la seguridad desde la gestión sanitaria**
Dr. Enrique Buccino
- 17.45 - 18.00 **Visión de la seguridad desde la perspectiva del médico joven**
Dr. Laureano Leyes
- 18.00 - 18.15 **La seguridad desde la mirada del paciente: ¡Yo fui paciente!**
Dr. Néstor Campos
- 18.15 - 18.30 **Discusión**
Modera: *Dr. Gastón Burghi*



VIERNES 30 DE OCTUBRE

SALA: ROJA

Cardiología

Coordina: *Dr. Omar Montes De Oca*

Modera: *Dr. Rafael Mendiburu*

08.30 - 08.50 **Manejo de la insuficiencia cardíaca vinculada a valvulopatías**

Dr. Santiago Grun

08.50 - 09.00 **Discusión**

09.00 - 09.20 **¿Qué debe saber el intensivista de los SCA?**

Dra. Anabela Fernández

09.20 - 09.30 **Discusión**

09.30 - 09.50 **Evidencia vs. Barreras en la implementación de estrategia invasiva en pacientes con shock cardiogénico de origen coronario**

Dr. Carlos Quiroga

09.50 - 10.00 **Discusión**

10.00 - 10.20 **Empleo de la estrategia farmacoinvasiva del SCAT. Todos los pacientes que recibieron trombolíticos deben trasladarse para ACT**

Dr. Pedro Trujillo (Uruguay)

10.20 - 10.30 **Discusión**

10.30 - 11.00 **Descanso - Café**

Respiratorio

11.00 - 11.30 **Ecografía pulmonar como herramienta diagnóstica**

Dr. Andrés Cebey

11.30 - 11.40 **Discusión**

Modera: *Dr. Rolando Tachini*

11.40 - 12.10 **Presión transpulmonar y mecánica de la caja torácica**

Dr. Gastón Murías (Argentina)

12.10 - 12.25 **Discusión**

Modera: *Dr. Arturo Briva*

12.25 - 12.40 **IVEMVA España**

Dr. Nicolás Nin

12.40 - 12.55 **IVEMVA Uruguay**

Dr. Arturo Briva

12.55 - 13.00 **Discusión**

13.00 - 14.00 **Intervalo**



III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva

14.00 - 14.15 **Apertura**

Dra. Gloria Rieppi - Presidente Comité Organizador

Lic. NC. Lorena La Ruina - Presidente Comité Organizador Encuentro

Lic. NC. Nancy Otaño

14.15 - 15.15 **Taller**

Optimización en el manejo de los analizadores de gases en sangre

14.15 - 14.45 *Dra. Anna Barindelli (Uruguay)*

14.45 - 15.15 **Casos Clínicos**

Moderan: *Lic. NC. Blanca Martínez, Lic. NC. Lorena La Ruina,*

Lic. NC. Guillermo Ortiz

15.15 - 16.00 **Taller**

Humidificación de vía aérea

15.15 - 15.45 *Dra. Cecilia Imperio*

15.45 - 16.00 **Equipamiento**

Moderan: *Lic. NC. Nancy Otaño, Lic. NC. Gonzalo Medina*

16.00 - 16.30 **Asincronía paciente - ventilador**

Dra. Cristina Santos

Moderan: *Lic. NC. Ana Umpiérrez, Lic. NC. Guillermo Ortiz*

16.30 - 17.00 **Descanso - Café**

17.00 - 18.45 **Taller**

Monitoreo hemodinámico

Moderan: *Lic. NC. Lorena La Ruina, Lic. NC. Germán Iriart*

17.00 - 17.30 **Datos información y conocimiento**

Dr. Gastón Murías (Argentina)

17.30 - 18.00 **Monitorización de la volemia: ¿qué nos aporta el análisis de la curva de PA?**

Dr. Carlos Quiroga

18.00 - 18.30 **Tipos de monitores y datos obtenidos**

Dr. Federico Galusso

18.30 - 18.45 **Estación de equipamiento**

18.45 - 19.00 **Cierre del Encuentro**

Lic. NC. Graciela Do Mato - Directora Carrera de Licenciatura de Neumocardiología

Lic. NC. Lorena La Ruina - Comité Organizador

Lic. NC. Ana Umpiérrez - Comité Organizador

Lic. NC. Blanca Martínez - Comité Organizador

Miércoles 28 de Octubre FOYER SALA DORADA

PRESENTACIÓN DE E-POSTERS

14.00 - 15.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 1

Comentadores: *Dr. Alvaro Giordano, Dr. Mario Rodríguez Verde*

N°2 IMPACTO PRONOSTICO DEL MOMENTO DE INGRESO Y EGRESO DE UCI.

Moreira E, Burghi G, Barbato M.

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

N°10 GESTION DE INGRESOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.

Noveri S, Pontet J, López A, Canale A, Méndez H, Mesa P, Rodríguez Guinovart G, Soca A.

CTI Hospital Pasteur, ASSE. Montevideo, Uruguay.

N°12 REINGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE SALA GENERAL HOSPITALARIA. Frecuencia, características e impacto pronóstico.

Pontet J, Villanueva M, Rodriguez Guinovart G, Cugliari T, Soca A.

CTI Hospital Pasteur, ASSE.

N°26 TIEMPO DE DETERIORO CLÍNICO EXTRA UCI Y SOBREVIDA: UNA CASUÍSTICA.

Leyes L., Verga F., Barbato M., Godino M.

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

N°45 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO MÉDICO EN LAS UCIs DEL URUGUAY .

Pereyra C, Gestido X, Artucio H, Alzugaray P, Burghi G.

Estudio multicéntrico.

14.00 - 15.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 2

Comentadores: *Dr. Julio Medina, Dra. María Buroni*

N°7 MALARIA GRAVE

Cancela J., Castelli, J.

Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.FF.AA). Montevideo, Uruguay.

N°14 CEFTAROLINE UNA NUEVA OPCION EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA

Freitas M¹, Palacio R¹, Cabezas L¹, Pardo L², Seija V¹

1-Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay. 2-Instituto de Higiene. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay



N°32 ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA POR SAMS SOBRE VALVULA NATIVA. CARACTERISTICAS Y FACTORES PRONOSTICOS.

Guichon S, Noveri S, Pontet J, Canale A, Estevez G, Soca A.
CTI Hospital Pasteur

N°42 CLOSTRIDIOSIS RAPIDAMENTE FATAL DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO. REPORTE DE CASOS

Cebey A., Domínguez J., Cardoso C., De los Santos, N, Acevedo M, Nicola J, Franchi C, Servetto R., Rieppi G.
CO.ME.RO IAMPP, Rocha, Uruguay

N°43 REPORTE DE DOS CASOS DE ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTES CRÍTICOS NO NEUTROPÉNICOS.

González F, López S, Soto JP, Grill F.
1.Residente Medicina Intensiva Hospital Maciel. 2.Residente Medicina Intensiva Asociación Española.
3.Médico Intensivista Hospital Maciel y Asociación Española. 4.Médico Intensivista Asociación Española. Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Maciel.

14.00 - 15.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 3

Comentadores: *Dra. Daniela Paciel, Dra. Andrea Iturralde*

N°17 SEPSIS URINARIA EN MEDICINA INTENSIVA: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS.

Modernel J, Tejera D, Bertullo M, Limongi G, Cancela M.
Asociación Española. Montevideo - Uruguay.

N°33 SEPSIS URINARIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO TERAPÉUTICO Y MORTALIDAD.

Amarelle L, Botasini C, Novoa J, Pontet J, Canale A, Soca A.
CTI Hospital Pasteur. ASSE. Montevideo, Uruguay

Comentadores: *Dr. Jordan Tenzi, Dr. Federico Galusso, Dr. Nicolás Nin*

N°18 BACTERIEMIA POR RALSTONIA PICKETTII EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: REPORTE DE DOS CASOS.

Tejera D, Bertullo M, Limongi G, Villalba F, Cancela M.
Asociación Española. Montevideo - Uruguay.

N°19 EPIDEMIOLOGIA DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN MEDICINA INTENSIVA.

Tejera D, Varela F, Acosta D, Figueroa S, Benencio S, Franco A, Masquil D, Assereto M, Verdaguer C, Bertullo M, Villalba F, Limongi G, Cancela M.
Asociación Española, Montevideo - Uruguay.

N°47 INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN MEDICINA INTENSIVA

Sande L, Correa P, Tenzi J, Piriz S, Quinteros X, Suarez F, Enrique P, Giordano A, Nin N, Paciel D.
Hospital Español, Sanatorio Casa de Galicia, Hospital Policial, Montevideo, Uruguay. Hospital Florida, COMEF, Florida, Uruguay



14.00 - 15.00 **Visita de E-posters**
Pantalla 4

Comentadores: *Dr. Julio Cabrera, Dr. Nicolás Nin, Dr. Mario Godino*

N°24 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Dr. Leyes L., Porcires F., Barbato M.

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

N°41 PARO CARDIACO POR PROPOFOL. REPORTE DE CASO

Cebey A., Cardoso C., De los Santos N. Acevedo M., Dominguez J., Nicola J.

CO.ME.RO IAMPP, Rocha, Uruguay

Jueves 29 de Octubre
FOYER SALA DORADA

PRESENTACIÓN DE E-POSTERS

19.00 - 20.00 **Visita de E-posters**
Pantalla 1

Comentadores: *Dr. Arturo Briva, Dr. Carlos Quiroga*

N°4 LA SATURACION VENOSA MIXTA BAJA O ALTA, SE ASOCIA CON HIPERLACTATEMIA EN EL SHOCK ENDOTÓXICO.

López A., Prestes I., Grignola J.C., Angulo M., Malacrida L., Nin N., Riva J. y Hurtado F.J.

Departamento de Fisiopatología, Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

N°30 ACLARAMIENTO DE LACTATO ARTERIAL EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

Gorrasi J., Pracca F., Tejera D., Biestro A.

Departamento de Medicina Intensiva. Hospital de Clinicas. Montevideo. Uruguay

N°31 MONITORIZACION HEMODINAMICA CON ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA Y CATETER DE SWAN GANZ. ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES EN VENTILACION MECANICA.

Gorrasi J., Pazos A., Florio L., Agorrodoy V., Américo C., Lluberas N., Parma G., Lluberas R., Biestro A.

Cátedra de Medicina Intensiva y Centro de Tratamiento Intensivo, Facultad de Medicina, UDELAR.

Cátedra de Cardiología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo, Uruguay

19.00 - 20.00 **Visita de E-posters**
Pantalla 2

Comentadores: *Dr. Ignacio Aramendi, Dra. Estela Olano, Dr. Eliseo Taranto*

N°8 SÍNDROME DE HIPERVISCOCIDAD COMPLICADO EN PACIENTE CON DEBUT DE MIELOMA MÚLTIPLE.

Bertullo M., Tejera D y Cancela M.

Centro de Tratamiento Intensivo de la Asociación Española.



N° 20 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES CRÍTICOS.

Suárez J, Tejera D, Bertullo M, Cancela M.

Asociación Española. Montevideo – Uruguay.

N° 23 STATUS DE VITAMINA D EN PACIENTES CRÍTICOS

Olivera S¹, Olascoaga A², Ortega C³, Cancela M¹, Manzanares W²

¹ Asociación Española, ² Hospital de Clínicas, ³ Facultad de Medicina UdelaR . Montevideo, Uruguay

N° 25 HIPERNATREMIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PREVALENCIA Y REPERCUSIONES.

Dr. Leyes L., Dr. Gallo J. L.

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

N° 35 ÁCIDO ÚRICO COMO MARCADOR DE SEVERIDAD EN PACIENTE OBSTÉTRICA CRÍTICA

Hernández, N.¹; Fernández, A.¹; Castelli, J.¹; Hernández, J.C.; Soldatti, L.; Cítera, J.

Unidad Docente Asistencial de Alto Riesgo Obstétrico (D.N.S.FF.AA). Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. (H.C.FF.AA). Montevideo. Uruguay.

19.00 - 20.00 Visita de E-posters

Pantalla 3

Comentadores: *Dra. María José Ramírez, Dra. Rosario Gueçaimburú, Dr. Pedro Chiesa, Dra. Serrana Antúnez, Dr. Pablo Cruces (Chile), Dr. Franco Díaz (Chile)*

N° 16 REPORTE DE CASO: DOBLE ARCO AORTICO

Mislej C, Grela C, Menchaca A.

Centro Hospitalario Pereyra Rossell – Hospital Pediátrico. Montevideo, Uruguay

N° 34 REPORTE DE UN CASO. HIPOMAGNESEMIA PRIMARIA.

Ubilla AL, Mercado S, Menchaca A.

Sanatorio Americano, Montevideo, Uruguay.

N° 37 USO DE OXIDO NITRICO INHALADO EN LA FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA REFRACTARIA POR SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO Y OTRAS CAUSAS

Menchaca A, Mercado S, Madruga L.

Hospital pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay

N° 38 FORMA DE PRESENTACION DEL PANHIPOPITUITARISMO CONGENITO EN LA ETAPA NEONATAL.

Ambrosoni M, Menchaca A, Mercado S, Munch L.

Sanatorio Americano, Montevideo, Uruguay.

N° 39 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: INCIDENCIA, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y UTILIZACIÓN DE ESTRATEGIAS VENTILATORIAS

Hernandez Garcia, M.E.; Mercado, S.; Menchaca, A.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.



19.00 - 20.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 4

Comentadores: *Dra. Alicia Lischinsky (Argentina), Dra. Estrella Echavarría, Dra. María Otero, Dr. Julio Cabrera, Dr. Ignacio Previgliano (Argentina)*

N°28 PERCEPCIÓN DEL RUIDO EN LA UCI

Pérez M., Burghi G., Alzugaray P.

Sanatorio Americano, Sanatorio Cantegril, Centro Nacional de Quemados, Uruguay.

N°40 AGITACIÓN Y DELIRIUM EN LA UCI HOSPITAL PASTEUR

Mesa P., Altez S., Favretto S., Orellano M., Lecor C.

CTI Hospital Pasteur, ASSE Montevideo, Uruguay.

N°44 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUEMADOS.

Lemos, F., Morelli P., Degiovanangelo M., Burghi G.

Centro Nacional de Quemados, Montevideo, Uruguay.

N°46 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS INTENSIVISTAS DEL URUGUAY.

Gestido X., Pereyra C., Martínez V., Artucio H., Alzugaray P., Burghi G.

Estudio multicéntrico.

Viernes 30 de Octubre
FOYER SALA DORADA

PRESENTACIÓN DE E-POSTERS

14.00 - 15.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 1

Comentadores: *Dra. Corina Puppo, Dr. Leandro Moraes*

N°3 UTILIDAD DE LA MEDIDA ECOGRÁFICA DEL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVIO ÓPTICO PARA DETECTAR HIPERTENSION ENDOCRANEANA. CORRELACIÓN CON VARIABLES DEL NEUROMONITOREO.

Yic C., Pontet J., Bioni I., Carate MJ, Maciel F, Biestro A, Cancela M.

Asociación Española Primera en Salud; Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

N°9 PACIENTE OBSTÉTRICA CRÍTICA COMPLICADA CON ECLAMPSIA, LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE Y SÍNDROME HELLP.

Segundo V., Bertullo M., Tejera D. y Cancela M.

Centro de Tratamiento Intensivo de la Asociación Española.

N°27 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE TARDIA POST ECLAMPSIA

Fernández, AL; Cancela. J; Fernández A; Castelli J.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); Unidad Docente - Asistencial Obstétrica de Alto Riesgo del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA). Montevideo-Uruguay



14.00 - 15.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 2

Comentadores: *Dr. Pedro Alzugaray, Dr. Gustavo Pittini, Dra. Cecilia Imperio*

N°6 AJUSTE DE VOLUMEN CORRIENTE EN PACIENTES VENTILADOS: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA LESIÓN PULMONAR EN PACIENTES CRÍTICOS.

Briva A, Gaiero C

Hospital de Clínicas. Montevideo – Uruguay

N°13 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA VERSUS QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE CRÍTICO.

Pontet J, Gonzalez R, Noveri S, Lewis A, Gilard M, Scarone P, Yic C, Nuñez L, Soca A, Cancela M.
CTI Asociación Española Primera en Salud, CTI Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

N°48 ANTES Y DESPUÉS: COMPARACIÓN DEL INTERCAMBIO GASEOSO Y LA MECÁNICA PULMONAR PRE Y POST TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Rodriguez F, Quinteros X

Hospital Policial, Hospital Español

14.00 - 15.00 **Visita de E-posters**

Pantalla 3

Comentadores: *Dr. Néstor Campos, Dr. Walter Olivera*

N°1 TRAUMA DE TÓRAX EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. FACTORES DE RIESGO DE VENTILACIÓN PROLONGADA Y DE MUERTE

França A.G., Formento C., Olivera S., Martinez C., De Armas A., Ebeid A.

CTI adultos Círculo Católico de Obreros del Uruguay. Sanatorio JPII.CCOU. Montevideo. Uruguay

N°5 INTOXICACIÓN INTENCIONAL POR MERCURIO.

Meiss.H. Zum.G. França.G.

Unidad de cuidados intensivos. Círculo católico de obreros del Uruguay.

N°15 OFIDISMO EN URUGUAY. COMPLICACIONES GRAVES. REPORTE DE CASOS.

G.Zum; D, Guasque; G, França.

Sanatorio Círculo Católico.

N°22 COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN ESOFAGECTOMÍA POR CÁNCER EN UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA.

Tejera D, Micol M, Laino A, Verga F, Alzugaray J, Bertullo M, Cancela M.

Hospital de Clínicas, Casmu-IAMPP, Camdel, Asociación Española. Montevideo – Uruguay



14.00 - 15.00 **Visita de E-posters**
Pantalla 4

Comentadores: *Dr. Arturo Briva, Dr. José Gorrasi, Dr. Fernando Rodríguez,
Dra. Ana Canale, Dr. Román Garrido*

N° 11 REPORTE DE CASO. INTOXICACION AGUDA GRAVE CON AMLODIPINA Y METFORMINA

Rodríguez Luna P, Pontet J, Maestro M, De León N, Pascale A, Forselledo M. Soca A.
CTI Hospital y Dpto de Nefrología Hospital Pasteur. ASSE. Departamento de Toxicología, CIAT.
UDELAR. Montevideo - Uruguay.

N° 21 ANÁLISIS DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGIA CARDÍACA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Delgado M.; Surraco C.; Grun S.; Casinelli M
Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA). Unidad de Cuidados Postoperatorios.
Montevideo, Uruguay.

N° 29 HIPOTERMIA TERAPÉUTICA LEVE EN EL PARO CARDIORRESPIRATORIO. REPORTE DE UN CASO.

Marrubio, L.; Castelli, J.
Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

N° 36 APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE HIPOTERMIA CONTROLADA A PACIENTES ADULTOS POSPARO CARDIACO EN EL HOSPITAL EL TUNAL E.S.E. PARA EVALUAR MORTALIDAD Y FUNCIONALIDAD NEUROLÓGICA A LOS 28 DÍAS

Cruz, L.E., Rojas-Mora Gina X.
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia

N° 49 PERFORACIÓN GÁSTRICA POR REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Dr. José Echeveste (Residente de 4to año). Dr. Eduardo da Rosa (Cirujano del Servicio). Dr. Martin Salvatierra (Asistente del Servicio). Dr. Néstor Campos (Jefe del Servicio).
Hospital Regional del Norte Salto. Servicio de Cirugía



INFORMACIÓN GENERAL

Entrega de documentación:

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 08.00 hs. del día 27 de Octubre. 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 scanners. 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 Blanca de la Intendencia de Montevideo. Se deberán entregar con 2 horas de anticipación y retirarse una vez finalizada la actividad. 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 (Viernes 30 de Octubre) a partir de las 10.00 hs. Es imprescindible presentar la tarjeta de identificación (Solapero)

Idioma oficial:

El idioma oficial es el castellano.

Área de exposición comercial:

Ubicada en el foyer del Centro de Convenciones de la Intendencia de Montevideo, permanecerá abierta al público entre las 09.00 y 18.00 durante el desarrollo del Congreso.

Organiza:



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

X Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
Encuentro del Mercosur
VII Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
X Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
XI Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
III Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
Encuentro de la Sociedad Uruguaya de Nutrición

COSTOS DE INSCRIPCIÓN

Inscripción en Dólares Americanos

Forma de pago: Exclusivamente Contado efectivo

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) – 27 de Octubre de 2015

Ventilación Mecánica

Ecografía en el paciente crítico

Antibioticoterapia

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

Categoría	Costo
Inscriptos al Congreso	30
No inscriptos al Congreso (*)	50

(*) 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: (27 de octubre durante todo el día)	70
Encuentro de la SUNUT (29 de octubre en la mañana)	50
Encuentro de Neumocardiólogos: (30 de octubre en la tarde)	50
Jornadas de Pediatría: (29 de octubre en la tarde y 30 de octubre en la mañana)	70

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

1 TRAUMA DE TÓRAX EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. FACTORES DE RIESGO DE VENTILACIÓN PROLONGADA Y DE MUERTE.

França A.G., Formento C., Olivera S., Martinez C., De Armas A., Ebeid A.
CTI adultos Círculo Católico de Obreros del Uruguay. Sanatorio JPIL.CCOU.
Montevideo. Uruguay

Introducción:

Entidad frecuente ,70% en el contexto de politraumatismos, 46.5% corresponden a sinietros de tránsito. Involucra pacientes jóvenes con mortalidad de hasta 30%(1) .

Materia y Método:

Estudio de casos-controles anidados en una cohorte de pacientes adultos. Observacional-analítico, período: marzo 2014-junio 2015. Datos recabados prospectivamente: demográficos, comorbilidades, scores de gravedad, Asistencia ventilatoria invasiva (AVM), tratamiento, complicaciones, evolución. Se buscaron factores de riesgo de: ventilación prolongada (>7 días) y de muerte de forma univariada y multivariada con Regresión Logística, expresados en odds ratio (OR) e Intervalos de confianza (IC) 95%. Variables cuantitativas descritas en medias ± 1 desvío estándar. Test de Student y Mann-Whitney para cuantitativas; Chi cuadrado, test de Fisher y prueba Z para cualitativas. Nivel de significación $< 0,05$. Programas estadísticos: SPSS, IBM-22.

Resultados:

66 pacientes, 82% hombres. Edad media 43 ± 17 años. 73% accidentes de tránsito. 94% trauma cerrado. 60,6% con AVM. Los pacientes con AVM tenían peores scores de gravedad, mayor proporción de Trauma de cráneo, contusión pulmonar bilateral, shock. Estadía media de ventilados $20,8 \pm 16,4$ días, y de no ventilados de $6,6 \pm 4,6$ ($p=0,000$).

Factores de riesgo univariados para AVM prolongada: contusión pulmonar bilateral, balance hídrico día1= >2 litros, reposición hídrica día1= >8 litros, "Injury severity score" (ISS) ≥ 24 .

Factores independientes de riesgo: ISS, OR=1,28, IC 95% (1,02-1,61), $p=0,03$ y NAV (Neumonía del ventilado) tardía, OR=27,46, IC 95% (2,07-362,9), $p=0,01$. Por cada incremento de ISS hay 1,28 más riesgo de tener AVM= >7 días y la NAV tardía lo incrementa por 27,46. Todos los fallecidos (9%) estuvieron en AVM, pero no hubo relación entre muerte y ventilación prolongada. Factores de riesgo univariados de muerte: obesidad, NAV temprana, shock hemorrágico, Apache II= >18 .

Conclusiones:

La NAV tardía es factor independiente de riesgo de AVM prolongada, también lo es cada punto de ascenso del ISS en relación a su valor inferior. Tienen riesgo de morir los obesos, los que tienen NAV temprana, shock hemorrágico y Apache II ≥ 18 .

Referencias:

1.Sánchez G, Valsangiacomo P, Trostchansky J, Machado F. Perfil epidemiológico de traumatizados graves en un hospital de agudos. Rev Méd Urug 2006; 22(3): 179-84.

3 UTILIDAD DE LA MEDIDA ECOGRÁFICA DEL DIÁMETRO DE LA VAINA DEL NERVO ÓPTICO PARA DETECTAR HIPERTENSION ENDOCRANEANA. CORRELACIÓN CON VARIABLES DEL NEUROMONITOREO.

Yic C, Pontet J, Bioni I, Carate MJ, Maciel F, Biestro A, Cancela M.
Asociación Española Primera en Salud; Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La principal complicación asociada a la lesión cerebral aguda es la elevación de la presión intracraneal (PIC), pues se asocia a una elevada morbilidad y mortalidad. Identificar elevados niveles de PIC requiere técnicas de monitoreo invasivo. La medición con ultrasonido del diámetro de la vaina del nervio óptico (DVNO), es un método no invasivo sugerido para detectar aumento de la PIC, y podría identificar rápidamente pacientes con riesgo de herniación cerebral.

Objetivos: determinar la capacidad predictiva del DVNO en comparación con el aumento de la PIC medida de forma invasiva, con la PPC, con los resultados de neuroimagen (TAC) y descompresiva terapéutica.

Materiales y métodos

Diseño: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo. Se realiza con colocación de una sonda de ultrasonido de 7,5 -10 MHz en el párpado cerrado del paciente a una distancia pre especificada del globo.

Se realizaron dos mediciones para cada NO: una en el plano transversal, y una en el plano sagital, siendo el DVNO la media de ambas medidas. La PIC se midió en forma directa a través de un tornillo o catéter subdural o ventricular. Medidas simultáneas de PIC y DVNO se realizaron en forma diaria durante 3 días.

Se incluyeron pacientes de ambos sexos entre 15 y 60 años de edad, que ingresan en CTI con neuroinjuria traumática y no traumática y que posean monitoreo invasivo de PIC. Se excluyeron patología oftalmológica específica traumática o estructural previa.

Resultados. Se realizaron 25 medidas resultando una correlación positiva entre DVNO y PIC. Coeficiente r de Spearman = 0,56 ($p = 0,001$).

Se identificó un punto de corte de 5,7mm como predictor de PIC mayor a 20mmhg, área curva ROC 0,80, con una sensibilidad de 71% y especificidad de 96%. VPP de 94% y VPN de 71%. Likelihood ratio de 5,4. Overall Accuracy 88%.

No hubo correlación significativa entre DVNO y PPC, ni con la desviación de línea media por TAC.

En 5 pacientes se realizó descompresiva y su DVNO fue similar al grupo sin descompresiva..

Conclusiones. El DVNO resulta una test no invasivo útil para detectar pacientes con PIC > 20 mmhg. Otras variables del neuromonitoreo no mostraron una correlación con DVNO.

2 IMPACTO PRONOSTICO DEL MOMENTO DE INGRESO Y EGRESO DE UCI.

Moreira E, Burghi G, Barbato M.
Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La mortalidad es uno de los indicadores de resultado más evaluados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Las variables asociadas a mortalidad más frecuentemente estudiadas son aquellas vinculadas al estado clínico del paciente (comorbilidades, patología que originó el ingreso y disfunción de sistemas fisiológicos). Sin embargo existen otras variables que pueden influir en el pronóstico del paciente. Es muy poco lo que sabemos respecto al impacto en la mortalidad del momento de ingreso y de egreso de la UCI. El objetivo de este estudio fue evaluar si el momento de la admisión y el día del alta de la UCI tienen efecto sobre la mortalidad.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo observacional, en el cual se incluyeron los pacientes admitidos consecutivamente durante 6 meses del año 2014 en la UCI del Hospital Maciel.

Resultados: Entre los 325 pacientes incluidos, el 50% (163) ingresó a la UCI en la noche (20:00-07:59) y el 61% (198) entre semana (lunes a jueves). No existieron diferencias en las características de la población de acuerdo al día de ingreso. No se encontraron diferencias en la mortalidad en la UCI de acuerdo a la hora de ingreso del paciente (31% en el día vs 35% en la noche; $p=ns$), ni al día de ingreso (31% entre semana vs 35% fin de semana; $p=ns$). Entre los 219 vivos al alta de UCI, 79 (36%) fueron dados de alta durante el fin de semana. La mortalidad de los pacientes dados de alta el fin de semana fue superior que aquella de los pacientes cuya alta se produjo entre semana (57% vs 14% respectivamente; $p=0,001$). Mediante análisis multivariado por regresión logística, los factores asociados a sobrevida al alta hospitalaria fueron el día de ingreso a la UCI entre semana (OR 0,12; IC95% 0,06-0,26; $p=0,0001$) y la edad menor de 50 años (OR 0,4, IC95% 0,18-0,89; $p=0,02$).

Conclusiones: La edad y el día de egreso son factores independientemente asociados a mortalidad hospitalaria en nuestro centro.

4 LA SATURACION VENOSA MIXTA BAJA O ALTA, SE ASOCIA CON HIPERLACTATEMIA EN EL SHOCK ENDOTÓXICO.

López A., Prestes I., Grignola J.C., Angulo M., Malacrida L., Nin N., Riva J. y Hurtado F.J.

Departamento de Fisiopatología, Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Antecedentes. Las cifras de Saturación de oxígeno venosa central (ScvO₂) superior al 70% han sido recomendadas durante la resucitación del shock séptico. Sin embargo, su valor clínico ha sido cuestionado por estudios recientes. Al mismo tiempo, se ha demostrado que los altos niveles de ScvO₂ podrían asociarse a alteraciones de la oxigenación tisular.

Objetivo. Investigar la existencia de correlación entre cambios en la SvO₂ y el lactato arterial en un modelo experimental de shock endotóxico.

Metodología. Se utilizó un modelo animal de shock endotóxico generado por la administración de lipopolisacárido de E. coli (LPS). El protocolo experimental fue aprobado por la Comisión Honoraria de Experimentación Animal (CHEA) para el manejo de los animales de laboratorio. Los animales fueron randomizados en 3 grupos: Sham, LPS sin tratamiento, y LPS + reanimación hemodinámica. Se realizó monitoreo de forma horaria durante 240 minutos: Delta saturación de oxígeno venoso mixto con respecto a la línea de base (ΔSvO_2), parámetros hemodinámicos sistémicos y lactato arterial. Un cambio $\geq 3\%$ por debajo o por encima del valor inicial se definió para clasificar ΔSvO_2 como Bajo o Alto.

Resultados. A partir de 150 pares de datos, el 33% de los valores de ΔSvO_2 eran bajos, mientras que el 33% se define como Superior a la línea de base. Los valores medios fueron $-14,4 \pm 8,6$, $11,3 \pm 7,6$ y $0,02 \pm 0,9\%$ para el Bajo, Alto y de línea de base de ΔSvO_2 respectivamente. Las medias de Lactato arterial fueron $3,25 \pm 2,4$, $1,78 \pm 1,3$ y $2,83 \pm 1,9$ mmol/L para los mismos grupos ($p < 0,05$).

Conclusiones. Los valores de ΔSvO_2 Bajo o Alto pueden indicar deterioro de la oxigenación tisular en el shock endotóxico. La medición combinada de lactato arterial y SvO₂ podría contribuir a identificar disfunciones metabólicas y predecir el desarrollo de disfunción orgánica.

Palabras clave. Shock endotóxico, lactato arterial, saturación venosa central de oxígeno, saturación venosa mixta de oxígeno.

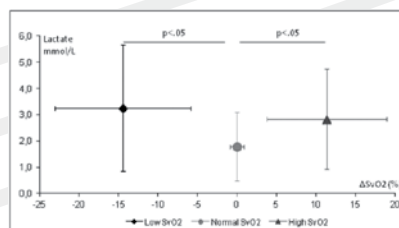


Figure 1.

5 INTOXICACIÓN INTENCIONAL POR MERCURIO.

Meiss.H. Zum.G. França.G.
Círculo Católico de Obreros del Uruguay. Montevideo-Uruguay

Introducción
El Mercurio,metal pesado con toxicidad directamente relacionada al estado químico. Tres tipos:
. Elemental (termómetros)
. Compuestos inorgánicos
. Compuestos orgánicos
No hay consenso del umbral de toxicidad humana.
Límites:exposición crónica:50-160 microgramos/día.
-Intoxicación aguda: umbral real desconocido.
Ingreso:
-Respiratorio(principal): accidentes laborales.Mercurio elemental,inorganico ingresan alcanzando 80% la sangre.
-Digestivo: absorción > 0.01%,(compuestos orgánicos alcanzan 95%-menor toxicidad)
-Cutáneo: no muestra rol importante.
Biotransformacion: relacionado con tiempo de eliminación. La forma de mayor toxicidad es la Oxidación del vapor del Mercurio metálico al mercurio di valente
Vida media: -exposición aguda 1.3 días -exposición continúa 36.5 días.
Excreción : Renal/heces 50%Saliva: 25%Sudoracion:15%
Los efectos son consecuencia de la forma Iónica.
Precipita con proteínas en células ricas en radicales -SH, altera metabolismo enzimático y su pared inhibiendo síntesis proteica en mitocondria, afectando la energía celular.
CLINICA
Intoxicación aguda-mercurio elemental inhalado:
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Síntomas digestivos
- Manifestaciones neurológicas
- Disfunción renal
Caso:
30 años,mujer.FI 23/02/2015 MI: IAE-inhalación de mercurio.
24hs previo,inhala mercurio por calentamiento,dosis aproximada de 30gr (15 termómetros).
Náuseas y vómitos.
Paraclínica:
GB 28600, Crea 1.87. TP 66%.Siguientes 12 hs:renal, Azo 0.48, crea 2.80, GB 32900. LDH elevada.
CIAT:-dosificación de mercurio en orina.
- Ácido 2.3 dimercaptosuccinico,quelante, vo(10mg/kg/8hs /5 días, luego c/12 hs/14 días)
No se produce enUruguay, importando desde Argentina.Recibe 02/03 hasta el 22/3.
Evolución:Hemodialisis desde 28/02 hasta 09/03.
ARM no invasiva por 72hs,hasta inicio del quelante.
FE 23/03.
Seguimiento:Asintomática.Dosificación mensual: >100microgramos/gr crea
Reinstalan tratamiento específico.
02/09: 96microgramos/ gr crea.
Discusión:En uruguay no había antecedente de intoxicaciones intencionales ni casos de tal gravedad, por ende tampoco de uso de quelante por periodo tan prolongado.
Conclusiones :Asistimos un caso de intoxicación aguda grave por mercurio.
Destacando que el quelante determino rápida mejoría respiratoria y paulatina mejoría renal.A pesar de buena evolución, persiste dosificación en rango tóxico.

7 MALARIA GRAVE

Cancela L. Castelli, J.
Hospital Central de las Fuerzas Armadas (H.C.FF.AA)
Montevideo, Uruguay.

Introducción
Enfermedad causada por un protozoario de la familia de género Plasmodium que se transmite por el mosquito Anopheles. Pudiendo causar una enfermedad aguda, crónica o grave. Determinando distinta sintomatología según gravedad. La misma es endémica en algunas zonas geográficas siendo importada en el caso de Uruguay por lo cual no contamos con datos que determinen la prevalencia de dicha enfermedad. Siendo una enfermedad rara pero grave de no hacer diagnóstico correcto y rápido.
Casos clínicos
Se describe un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de cinco casos clínicos desde el 2005 al 2015 de pacientes mayores de 18 años que presentaron Malaria grave con antecedente ambiental de haber viajado a zonas endémicas de dicha enfermedad. Se pudo evidenciar dicha enfermedad por métodos diagnósticos como ser microscopía directa y determinar su gravedad por la clínica y paraclínica. Estos pacientes presentaron clínicamente artralgias, mialgias, astenia, ictericia y paraclínica presentada en la tabla. En todo ellos se realiza pesquisa de leptospira y Hanta virus por similar clínica siendo uno de ellos positivo para malaria y leptospira simultáneamente. En dos casos se requirió asistencia respiratoria, uno en base a ventilación no invasiva y el otro con ventilación invasiva siendo éste paciente el único con falla hemodinámica que requirió inotrópicos a altas dosis siendo refractario al tratamiento. Se comprueba por frotis directo presencia del protozoario de la familia Plasmodium. Se comienza en ellos tratamiento a base de quinina y doxicilina. La clínica revierte en 4 de ellos y uno fallece. Se realizan dos drogas desde que hay cepas resistentes actualmente a la cloroquina.

Pacientes	1	2	3	4	5
bilirrubina total	normal	normal	10,23	2,27	9
Hemoglobina	normal	8,5	10	11	14,2
Leucocitosis	3200	normal	4500	2900	4500
Plaquetas	89000	normal	95000	20000	51000

Conclusión

Frente a un paciente con dichos síntomas y con el antecedente ambiental tan importante hay que tener presente la Malaria y rápidamente comenzar el tratamiento con quinina más doxicilina siendo determinante en la evolución del paciente.
Referencias bibliográficas
Informe mundial 2015 sobre paludismo de la OMS
Artículo Á. Dominguez-Castellano Barcelona 2014
Tratamiento de Malaria según OMS en Ginebra, Suiza 2014.

6 AJUSTE DE VOLUMEN CORRIENTE EN PACIENTES VENTILADOS: TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LA LESIÓN PULMONAR EN PACIENTES CRÍTICOS.

Briva A. Gaiero C
Hospital de Clínicas. Montevideo – Uruguay

Introducción. La morbi – mortalidad de los pacientes ventilados esta influenciada por la utilización de volúmenes corrientes mas grandes de lo adecuado durante la Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM). Esto ocurre tanto en pacientes con lesión pulmonar como los que tienen tejido pulmonar sano, asistidos con cualquier modo ventilatorio invasivo (VCP, VCV, PS+PEEP). El Volumen Corriente (Vt) recomendado no debe superar los 8 ml/k de peso ideal. Sin embargo, a nivel mundial existe baja adherencia a esta recomendación. Es poco frecuente que se obtenga el peso ideal en pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), conduciendo a indicar un volumen corriente basado en una impresión general y no en una medida certera, impidiendo cumplir esta meta asistencial.
Metodología. Se realizó una intervención de sensibilización a todo el equipo asistencial, solicitando que estimaran por visión directa la altura de los pacientes ingresados durante 3 días diferentes. Al mismo grupo de pacientes se cuantificó su talla por medida de la distancia talón-rodilla. Luego de comunicado el resultado de la estimación, se incluyó el peso ideal del paciente a partir de la talla estimada para un Índice de Masa Corporal igual a 22 en la planilla de atención de todos los pacientes ingresados durante mas de 24hs en UCI. De manera aleatoria se comparó el Vt utilizado contra el Vt esperado por peso ideal.
Resultados. La estimación de talla por observación directa fue equivocada en 93% de las mismas, independientemente del observador o características antropométricas del paciente. El Vt utilizado fue 11% superior al máximo esperado para peso ideal (T test, p = 0,03). En seguimiento (12 meses) se redujo el Vt utilizado, sin diferencias significativas con el Vt esperado (n = 35, T test, p = ns).
Conclusiones. El ajuste del Vt utilizado en pacientes en ARM es mandatorio según la evidencia actual. Sin embargo, existe escasa adherencia a esta recomendación. Con una intervención de sensibilización y agregado de información del peso ideal, se observó buena adherencia al ajuste de Vt. Hasta el momento, somos la primer UCI del Uruguay que utiliza un Vt realmente adecuado al peso ideal de sus pacientes.

8 SÍNDROME DE HIPERVISCOCIDAD COMPLICADO EN PACIENTE CON DEBUT DE MIELOMA MÚLTIPLE. REPORTE DE CASO

Bertullo M, Tejera D y Cancela M.
Centro de Tratamiento Intensivo de la Asociación Española.

Introducción: El Síndrome de Hiperviscosidad (SHV) es una entidad grave con elevada morbi-mortalidad. Su reconocimiento y tratamiento precoz resultan clave para el pronóstico.
Presentación del caso: Hombre, 65 años. Repercusión general de 5 meses, agrega dolor lumbar derecho, ictericia e hipocolia. Inicialmente lucido, ictericia, hipocoloreado, abdomen normal, no fiebre. Paraclínica: 3900/mm³ leucocitos (2% plasmocitos), hemoglobina 8.0g/dl,117.000/mm³ plaquetas, calcio iónico 1.72mmol/L, creatinemia 1.4mg/dl, bilirrubina 15.14mg/dL, directa 14.30mg/dL, transaminasas levemente aumentadas, LDH 1018U/l. Ecografía de abdomen: esplenomegalia homogénea.
Se completa valoración con PEF y cadenas livianas: proteínas totales 10.1g/dl, albumina 2.11g/dl, Beta Globulina 6.87g/dl, monoclonal 6.71g/dl; Inmunoglobulina A 7030mg/dl; cadenas Lambda 1800mg/l y 4450mg/l en orina. Mielograma: rica celularidad, RGE 2:1, infiltración plasmocitaria 53%, compatible con Mieloma Múltiple (MM).
Al sexto día agrega confusión, se plantea hipercalcemia e indica hemodiálisis. Deprime conciencia, ingresa a cuidados intensivos. Se realiza intubación orotraqueal (IOT), inicia ARM, presentando SDOM neurológico, hematológico, hemodinámico y renal. Discrasia severa, diátesis hemorrágica (sitios de punción, digestivo y vía aérea). Se trató con cristaloides, hemoderivados, noradrenalina, dexametasona, omeprazol, ceftriaxona y gentamicina. Fondo de ojo con venas retinianas dilatadas en "salchicha". Con planteo de SHV plasmática se realiza intercambio plasmático (RP) al séptimo, decimo y onceavo día.
Se extuba al día 10 e inició Bortezomib y Ciclofosfamida. Tras 24 horas, nuevo SDOM rápidamente progresivo, neurológico, respiratorio, renal y shock. Nueva IOT, ARM, reanimación hemodinámica, metassulfonato de colistina y piperacilina/tazobactam, fallece el día 13. Hemocultivos, lavado bronquioalveolar y urocultivo desarrollaron Aciéntobacterbaumanni.
Discusión: SHV se define como los signos y síntomas secundarios a viscosidad sanguínea/plasmática aumentada, que genera un déficit de oxigenación tisular. Descrito en la Macroglobulinemia de Waldenström, observado más frecuentemente en el MM al representar 1% de las neoplasias y 10% de las hematopatías. Se sospecha por la tríada de Waldenström: sangrado mucoso, trastornos visuales y manifestaciones neurológicas. Un fondo de ojo compatible y viscosidad plasmática aumentada, confirman su diagnóstico. Su tratamiento es el de la etiología determinante, RP (1-1.5 volemia) y tratamiento sintomático (reposición prudente, oxigenoterapia y restringir transfusiones).
Conclusión: SHV es una entidad grave, cuya rápida identificación, manejo multidisciplinario y tratamiento en base a medidas específicas de la enfermedad determinante, RP y tratamiento sintomático, disminuyen su elevada morbi-mortalidad.
- Waldenström J. Incipient myelomatosis or essential hyperglobulinemia withfibrinogenopenia: a new syndrome? Acta Med Scand 1944;117:217-47.
-Dumas G, et al. Syndrome d'hypermiscositéplasmatique. Rev Med Interne (2015), http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2015.02.005

9 PACIENTE OBSTÉTRICA CRÍTICA COMPLICADA CON ECLAMPSIA, LEUCEOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE Y SÍNDROME HELLP. REPORTE DE CASO

Segundo V, Bertullo M, Tejera D y Canela M.

Centro de Tratamiento Intensivo de la Asociación Española.

Introducción: La preeclampsia es un estado hipertensivo del embarazo (EHE) de las 20 semanas finales. De presentar convulsiones, configura una Eclampsia que complica 2-3% de las preeclampsias severas. 10-20% de estas (0.9% de los embarazos), pueden desarrollar Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas, plaquetopenia). La incidencia de Leucoencefalopatía Posterior Reversible (LEPR) es desconocida. Pocos casos publicados asocian estas 3 complicaciones.

Presentación del caso: 30 años, 2 gestas, 1 parto vaginal y 1 cesárea. Cursando embarazo de 32 semanas complicado con Hipertensión Gestacional.

Instala cefalea holocraneana intensa, agregando 2 convulsiones tónico-clónicas y presión arterial 165/100mmHg. Se realizó midazolam, intubación orotraqueal, carga de SO4Mg y traslada a cuidados intensivos.

Se inició monitoreo y tratamiento con: ARM, midazolam/fentanilo, SO4Mg (1gr/hr), labetalol i/v y alfa metil-dopa. Paraclínica inicial: Hb 12g/dl, leucocitos 11.100/mm3, plaquetas 117.000/mm3, función renal, funcional hepático y crasis normales, proteinuria 14,11g/l. Ginecólogo constata feto viable, cesárea urgente sin incidentes, recién nacido con APGAR 9/10.

Despertar lento y disminución de la agudeza visual. Tomografía computada muestra imágenes hipodensoparieto-occipitales bilaterales compatibles con edema vasogénico. No edema de papila o hemorragias retinianas al fondo de ojo. Resonancia magnética evidencia lesiones de sustancia blanca parieto-occipital posteriores compatibles con LEPR. Sangrado en sitios de punción, narinas y vía aérea, nueva paraclínica evidenció: Hb 9.7g/dl, 22.000/mm3 plaquetas, TGO 1826U/l, TGP 791U/l, configurando un Síndrome HELLP. Se transfundieron 10 concentrados plaquetarios, crasis normal.

Mejora progresiva, recuperación de la visión y menor requerimiento de antihipertensivos, se otorga alta al sexto día.

Discusión: Los EHE presentan compromiso neurológico variable, desde cefaleas a convulsiones y coma. La LEPR es un síndrome clínico-imagenológico con síntomas neurológicos asociado a edema cortico-subcortical a predominio posterior. Se describe una asociación entre eclampsia con LEPR, planteándose un sustrato fisiopatológico común. El edema vasogénico por ascenso tensional sería su principal mecanismo, planteándose vasoespasmos y/o edema citotóxico como alternativas.

Su diagnóstico precoz y adecuada terapéutica mediante rápida corrección de cifras tensionales y SO4Mg (antiepiléptico, antihipertensivo y neuroprotector), disminuyen la progresión a estas complicaciones y su morbi-mortalidad.

Conclusión: Eclampsia, Síndrome HELLP y LEPR son complicaciones severas de EHE, con mecanismo fisiopatológicos relacionados, no claramente definidos. Su identificación precoz y tratamiento adecuado disminuyen su progresión y morbi-mortalidad.

- Marik P.E. "Hypertensive Crises". En: Evidence-Based Critical Care. New York: Springer, 2015. Pág 429-443.

- Hinchey J. et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. New England Journal of Medicine, 1996, vol. 334, no 8, p. 494-500.

11 INTOXICACION AGUDA GRAVE CON AMLODIPINA Y METFORMINA. REPORTE DE CASO

Rodríguez Luna P, Pontet J, Maestro M, De León N, Pascale A, Forselledo M, Soca A.

CTI Hospital y Dpto de Nefrología Hospital Pasteur. ASSE.

Departamento de Toxicología, CIAT. UDELAR. Montevideo - Uruguay.

Introducción. Las intoxicaciones agudas medicamentosas constituyen un desafío para el médico intensivista. La asociación de múltiples fármacos es frecuente. Se presenta un caso clínico de intoxicación por co-ingesta de Amlodipina y Metformina. La Amlodipina es una dihidropiridina que actúa como bloqueador de los canales de calcio, la intoxicación puede dar lugar a un shock severo y refractario. Metformina es un hipoglucemiante oral del grupo de las biguanidas. La acidosis láctica producida por su intoxicación per se conlleva una mortalidad entre 50-80%.

HISTORIA CLÍNICA. Paciente de sexo masculino de 53 años. Antecedentes de diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión arterial en tratamiento con Metformina y Amlodipina, múltiples ingresos por intentos de autoeliminación (IAE). Realiza nuevo IAE, ingesta de Metformina 23,8 g, Amlodipina 0.3 g, Gemfibrozil 7.2 g, Enalapril 380 mg, Flunitrazepam 30 mg, Clonazepam 60 mg.

Ingresa en coma, GlasgowCS 8, en shock PA 70/50 mmhg, ritmo regular de 95cpm, Requiere intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Se colocó Sonda nasogástrica sin lograr rescate de los fármacos. Paraclínica: Gasometría arterial: pH 7.22, PCO2: 33, PO2:132, HCO3: 13.2, BE:13. Función renal normal. Calcio total 7.8, iónico 1.15. ECG ritmo sinusal de 95 cpm. Ecocardiograma Transtorácico sin alteraciones estructurales, FEVI de 58%. El tratamiento fue multidisciplinario, integrado por Intensivista, Toxicólogo y nefrólogos. Se realizó tratamiento en base a reposición hidroelectrolítica y vasopresores. Tratamiento específico para la intoxicación por bloqueadores de canales de calcio se realizó terapia Hiperinsulinemia/euglicemia con Insulina-Glucosa hasta 70 U insulina/hora; Glucagón IM 4 mg, Gluconato de calcio y corticoides.

Evolución Clínica: shock refractario, sin respuesta al uso de noradrenalina y adrenalina, Acidosis metabólica severa refractaria. Insuficiencia renal progresiva anúrica, creatininemia 3 mg/dl. Se inicia hemodiálisis, discontinuada por inestabilidad hemodinámica. Mantiene acidosis metabólica (pH 7.02, BE -23), hiperlactacidemia de 32 y 45 mEq/l. Hipernatremia 159 mEq/l, Amilase elevada 300 U/l, repercusión hepática con aumento de transaminasas. Deterioro progresivo del PAFI menor de 100, edema pulmonar. Fallece 55 horas post ingesta.

Discusión y Conclusiones: Se trata del tercer caso reportado a CIAT. La intoxicación combinada de anticálcicos y metformina constituye un evento complejo de elevada mortalidad que el intensivista debe conocer, y requiere un inmediato tratamiento multidisciplinario.

10 GESTION DE INGRESOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.

Noveri S, Pontet J, López A, Canale A, Méndez H, Mesa P, Rodríguez

Guinovart G, Soca A.

CTI Hospital Pasteur, ASSE. Montevideo, Uruguay.

Introducción. El número de camas de UCI es un recurso escaso y costoso, por lo que es imperativo realizar una gestión eficiente. En nuestro medio no existen datos epidemiológicos sobre este tema.

Objetivos: Estudiar la demanda de camas de Medicina Intensiva en un Hospital Público; el proceso de ingreso de los pacientes a la UCI; y el impacto de la valoración presencial por Intensivista previo al ingreso.

Material y método: Estudio prospectivo observacional de cohorte en los periodos octubre-noviembre 2014 y julio-agosto 2015. Se incluyeron todas las solicitudes de ingreso a la unidad.

Resultados: Se recibieron 410 solicitudes, de los que ingresaron 365 pacientes (89%), desestimándose el ingreso en 45 (11%) por valoración presencial. Del total de ingresos 196 (48%) provienen del Departamento de Emergencia, 77 (19%) de block quirúrgico, 93 (23%) de sala, el resto de otro hospital.

Un 70% de los ingresos ocurren de 8-20 h, siendo de 14% en horario de 0-8 h. El día de la semana de mayor demanda fue lunes (79, 19.3%), seguido por jueves (15.9%).

En cuanto a la demora en ingreso efectivo, 65% ingresaron en menos de 3 horas, 20% en 3-6 horas, 11% en 6-12 h, 4% después de 12 h. La principal determinante de la demora fue la no disponibilidad de camas. En 20 pacientes (4.8%) se registraron complicaciones mientras aguardan el ingreso, 14 de ellos requirieron asistencia respiratoria mecánica.

Las causas de no admisión fueron: estabilidad fisiológica en 31 (69%), patología no recuperable y/o mala calidad de vida 9 (20%), requerimiento de traslado a otro centro 5 (11%). En 5 casos de los no admitidos, hubo ingreso posterior (media de 3.2 ±2.2 días después). La población de no admitidos tuvo buena evolución en sala en 37 casos (92%), 3 fallecieron (2 con patología no recuperable).

La mortalidad global de la población fue 21%, no habiendo diferencias por subgrupos según demora en ingreso.

Conclusiones. La evaluación presencial por Intensivista de la solicitud de ingreso resulta valiosa en la gestión de camas. El ingreso es más frecuente en horario diurno y la demora en ingresar parece escasa, sin impactar en la mortalidad de los pacientes.

12 REINGRESO A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE SALA GENERAL HOSPITALARIA. FRECUENCIA, CARACTERÍSTICAS E IMPACTO PRONÓSTICO.

Pontet J, Villanueva M, Rodríguez Guinovart G, Cugliari T, Soca A.

CTI Hospital Pasteur, ASSE.

El reingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un evento no deseado que impacta en la morbi-mortalidad y costos, constituyendo un indicador de calidad asistencial. **Objetivos.** Conocer la prevalencia, características y morbi-mortalidad de pacientes con reingreso a UCI desde sala general.

Material y método. Estudio de cohorte prospectivo observacional analítico, incluyendo los pacientes ingresados a UCI del Hospital Pasteur, en el periodo de un año (enero 2014-2015). Se incluyeron como grupo de estudio los pacientes reingresados (GR) y se compararon con los no reingresados (NR).

Resultados: Durante el año de estudio, ingresaron 1104 pacientes, de los cuales reingresaron 49 (4.4 %). El GR tuvo similar edad y sexo que NR. Los motivos de reingreso más frecuentes fueron: cardiovascular (falla cardíaca, arritmias, isquemia) en 13 casos (26%); infecciones nosocomiales 13 casos (26%) incluyendo 8 cirugías complicadas y 2 neumonías nosocomiales; complicaciones quirúrgicas no infecciosas 7 casos (14%) incluyendo hemorragia digestiva. El intervalo entre el alta y el reingreso fue 8.2 ± 8.3 días (rango 0.4-29). En un periodo ≤48 h reingresaron 17 pacientes (34% del GR, 1.5 % de toda la población), mientras 32 pacientes (65%) reingresaron luego de una estadía en sala ≥72 h (reingresos tardíos). La procedencia de los pacientes reingresados fue sala de medicina en 23 casos (47%), salas quirúrgicas 12 (24%), block 9 (18%), otros hospitales 5 (10 %). La severidad al reingreso (APACHE II) fue mayor en el GR (mediana 20) que en el NR (mediana 18) (p=0.01) y era ya más elevado al primer ingreso (20.5 ±7.6). El GR tiene mayor estadía en UCI (8.8 ±10 días) respecto al NR (7 ±8) (p= 0.04), y estadía también mayor en su primer ingreso (9 ±9.9). La necesidad de ARM invasiva fue igual entre grupos (49 %). Al momento del primer egreso 20 pacientes del GR (41%) tenían una o más disfunciones orgánicas, sobre todo renal (n=16) y hepatoctítica (n=5). La mortalidad en el GR fue 39% (19 fallecidos) mayor que NR 20% (p=0.01), teniendo el reingreso OR =2.7 (IC 95% 1.6-5) para muerte.

Discusión y Conclusiones: la frecuencia de reingresos está situada en el límite inferior de la reportada en la literatura (4 a 14%). Hay una baja incidencia de reingresos precoces. Los reingresos constituyen un grupo de mayor severidad, estadía y mortalidad. Complicaciones cardiovasculares desde sala de medicina son causa frecuente de reingreso. Puede ser base para planificación estratégica hospitalaria.

13 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA VERSUS QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE CRÍTICO.

Pontet J, *Gonzalez R*, Noveri S, Lewis A, Gilard M, Scarone P, Yic C, Nuñez L, Soca A, Cancela M.

CTI Asociación Española Primera en Salud, CTI Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Introducción. La traqueostomía (T) es un procedimiento frecuente en la Unidad de Cuidados Intensivos. Dos métodos principales se aplican: quirúrgico abierto (TQ) y percutáneo por punción (TP). Su comparación es relevante para decidir el método de elección en cada paciente. La TP es cada vez más utilizada, pero no se han comparado sistemáticamente en nuestro medio.

Objetivos: analizar la población de pacientes sometidos a los dos métodos de T, sus complicaciones y morbilidad.

Material y método: Estudio de casos y controles, incluyendo todas las TP realizadas por Intensivista en la cama del paciente, en dos UCI polivalentes desde 1/2014 a 7/2015, contra un control histórico de TQ realizadas por otorrinolaringólogo en block en el periodo 7/2012-12/2013 (previo a realizar TP). Se excluyeron pacientes con TQ previa al ingreso a UCI.

Resultados: En el periodo de estudio, la realización de TP fue desestimada por anatomía del cuello en 5 casos y la TQ en 2 casos. Se incluyeron 74 TP y 66 TQ. Las poblaciones de cada grupo presentaron similares edades y motivos de ingreso. El score APACHE II fue 22 ± 1.1 en TP vs. 19 ± 1.3 en TQ ($p=0.07$). La demora entre la decisión de traqueostomizar y su realización efectiva fue menor en TP 1.0 ± 0.2 días vs 2.7 ± 0.5 en TQ ($p=0.0005$). No hubo diferencias en el momento de realización de T respecto al ingreso (12.8 vs 14.7 días), ni en estadía en UCI ni en mortalidad. El tiempo de asistencia respiratoria mecánica fue menor en el grupo TP: 20.7 ± 1.5 vs. 26.1 ± 2.2 de TQ ($p=0.04$). Las complicaciones locales (infección, sangrado, decanulación, fistula, neumotórax) y las sistémicas (PCR) sumadas fueron 3 en el grupo TP (4%) vs. 9 en TQ (14%), $p=0.06$.

La sedación preprocedimiento fue similar, mientras post-procedimiento en TP hubo requerimiento de sedación en 3 casos (4%) vs. 10 (15%) en TQ ($p=0.03$). La decanulación prealta se logró con similar frecuencia entre los grupos.

Discusión y conclusiones. La TP realizada por Intensivistas sin traslado del paciente, se realiza con menos dilación desde su decisión por el equipo tratante. Se asocia a menor tiempo de ARM y sedación, y resulta un procedimiento seguro con baja frecuencia de complicaciones. Estos resultados concordantes con reciente literatura, llevan a sugerir la TP como el procedimiento de elección en el paciente crítico.

15 OFIDISMO EN URUGUAY. COMPLICACIONES GRAVES. REPORTE DE CASOS.

Zum.G;Guasque.D;França.G

CírculoCatólico. Montevideo-Uruguay

Introducción: Se registran aproximadamente 60 casos de accidentes ofídicos anuales en Uruguay. 4 especies ponzoñosas: Bothrops alternatus-Bothrops neuwiedi pubescens-Crotalus durissus terrificus-Micrurus frontalis altirostris. Los casos reportados han sido de Bothrops. Epidemiología: Meses cálidos-Hombres-40 años

CASO1: 18 años, hombre, Treinta y Tres. FI28/01/2014MI: mordedura de ofidio, accidente laboral (forestación) Mordedura en Mano derecha.

Clinica: dolor-signos flexivos-flictena.-gingivorragia-crisis incoagulable. CIAT: Suero aniofidico-4 unidades iv.

Evolución: Buena respuesta inicial- 24hs:- rabdomiolisis-gonalgia izquierda -dolor pierna + hematoma. Dada evolución tórpida CIAT administra segunda dosis de suero.-48hs: -Síndrome Compartimental: Rabdomiolisis+ Insuficiencia Renal leve.-complicación infecciosa:- tratamiento profiláctico con Penicilina iv -SAMS tratamiento con Trimetoprim sulfametoxazol.FE:13/02/2014

CASO2: 31 años, hombre. Consulta en Colonia 06/05/2015 mordedura de ofidio FI: 07/05/2015

CIAT: infusión de 4 unidades suero antiofidico.

Paraclínica inicial sin alteraciones. A las 4 hrs:- crisis incoagulable.- Gingivorragia-se repite dosis de suero antiofidico, indicado por CIAT

Evolución:-Discrasia , fibrinogeno 147 mg/dl, TP 40%, plaquetopenia 90000.

-Edema local + dolor, CPK 5800.Tratamiento empírico con penicilina cristalina. Buena evolución.FE:14/05/15

Discusión: Nuestros pacientes, a pesar de realizar tratamiento precoz, presentaron complicación grave con coagulopatía requiriendo segunda dosis de suero. En Uruguay, no había antecedente de administración de más de una dosis de suero, a diferencia de otros países de la región, debido a mayor concentración de veneno en sus especies. Caso 1: Se administra dado gravedad del cuadro clínico Caso 2: Se administra segunda dosis de suero por deterioro progresivo de crisis. En ambos casos, mejora Crisis sanguínea tras repetición del tratamiento específico.

Conclusiones: Se resalta respuesta parcial con el tratamiento inicial, requiriendo administración de segunda dosis de suero no documentado previamente en nuestro país.

14 CEFTAROLINE UNA NUEVA OPCION EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA

Freitas M¹, Palacio R¹, Cabezas L¹, Pardo L², Seija V¹

¹-Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Montevideo, Uruguay

²-Instituto de Higiene. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay

Introducción

El tratamiento de S.aureus continúa siendo un desafío. Ceftaroline es una cefalosporina de quinta generación. Es un antimicrobiano tiempo dependiente. Es activo frente a bacterias aerobias y anaerobias Gram positivas y negativas incluyendo Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR). Esto se debe a su gran afinidad por todas las variantes de proteínas fijadoras de penicilina 2. La FDA aprobó su uso para tratamiento de infecciones de piel y partes blandas complicadas y neumonía adquirida en la comunidad (NAC). El objetivo de este estudio es evaluar la actividad in vitro de ceftaroline contra cepas de SAMR aisladas en nuestro país.

Materiales y métodos

Estudio observacional. Población: aislamientos clínicos de SAMR, 30 procedentes de Hospital Pasteur y 26 de bacteriemiás del Hospital de Clínicas. Se realizó identificación y estudio de sensibilidad antibiótica mediante sistema VITEK 2 compact®. Se registró la susceptibilidad y la concentración inhibitoria mínima (CIM) a vancomicina (VAN), clindamicina (CLI), gentamicina (GEN), linezolid (LNZ), moxifloxacina (MOX) y cotrimoxazol (SXT). Para la determinación de susceptibilidad a ceftaroline (CFT) se realizó elipsograma (E-test- Biomerieux®) y disco difusión (DD). Se realizó control de calidad interno con cepas de ATCC S.aureus 29213, S.aureus 25923, E.faecalis 29212. El análisis de datos fue realizado mediante Whonet 5.6.

Resultado

Análisis de los valores de susceptibilidad obtenidos.

Antimicrobianos	CIM 50µg/ml	CIM 90µg/ml	Resistencia %	Intermedio%
Ceftaroline	0,5	0,75	0	3,6
Vancomicina	0,5	1	0	0
Clindamicina	0,25	16	44,6	0
Gentamicina	0,5	32	10,7	0
Moxifloxacina	0,25	4	41,1	7,1
Cotrimoxazol	10	10	3,6	0
Linezolid	2	2	0	0

Los resultados de susceptibilidad a ceftaroline por elipsograma y disco difusión fueron concordantes.

Conclusiones.

Ceftaroline demostró excelente actividad in vitro frente a cepas de SAMR aisladas en nuestro medio, incluidas cepas invasivas. Se presenta como una nueva opción para el tratamiento de infecciones por SAMR, especialmente si esta contraindicado el uso de vancomicina. Se encuentra en estudio su utilización para otras infecciones aparte de las ya aprobadas por FDA.

Referencias

• FDA Approves Teflaro for Bacterial Infections. FDA US Food and Drug Administration [consulta: 19-4-2013]. Disponible en: <http://www.fda.gov/newsevents/newsroom/pressannouncements/ucm231594.htm>

16 DOBLE ARCO AORTICO. REPORTE DE CASO

Mislej.C, Grela.C, Menchaca.A.

Centro Hospitalario Pereyra Rosell - Hospital Pediátrico. Montevideo, Uruguay

Introducción: Las malformaciones vasculares representan menos del 1% de las cardiopatías congénitas. La forma más frecuente de presentación es el compromiso respiratorio.

Se presenta el caso de una lactante de 2 meses, con antecedentes de una bronquiolititis grave al mes de vida que requirió asistencia ventilatoria mecánica breve. Agregó en la evolución estridor y se realizó una endoscopia supraglótica que evidenció laringomalacia y requirió cirugía de repliegues aritenoidales. Mantuvo estridor con evolución a la insuficiencia respiratoria. Se realizó nueva endoscopia respiratoria que evidenció escoliosis del tercio superior de la tráquea con una compresión extrínseca a izquierda. El tránsito esofágico fue normal. Se realizó Tomografía con reconstrucción de vía aérea que evidenció compresión extrínseca traqueal sin latido y Angiotomografía de tórax que diagnostica arco aórtico a derecha que compromete el calibre traqueal. Se realizó cirugía de tórax que evidenció arco aórtico izquierdo permeable que da lugar a la carótida y subclavia izquierda, la aorta descendente es alimentada por arco aórtico derecho. En el sector distal del arco aórtico izquierdo se evidenció un ligamento que lo une al istmo. Se evidenció estructura vascular de tipo ductus sobre el esófago comprimiendo el eje visceral. Se realizó ligadura de ambas estructuras y liberación de tráquea y esófago. La paciente se extubó a cpap.

Discusión: En la mayoría de las series estudiadas la malformación más frecuente es el doble arco aórtico. La traqueomalacia puede asociarse a estas malformaciones vasculares. Pueden presentar un tránsito esofágico normal el cual no descarta la malformación vascular. La angiotomografía es necesaria para esclarecer el diagnóstico.

Conclusión: El doble arco aórtico es una patología poco frecuente, y la resolución quirúrgica se asocia con una baja mortalidad.

Bibliografía.

A.B.Doménech, J.López, et al. Anillos vasculares, la experiencia en 18 casos. Cir Pediatr 2014;27:110-116

Rogers DJ, Cunnane MB, et al. Vascular compression of the airway: establishing a functional diagnostic algorithm. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2013;139(6):586-591

A.Turner, G.Gavel, J.Coutts. Vascular rings-presentation, investigation and outcome. Eur J Pediatr 2005 164; (266-270)

17 SEPSIS URINARIA EN MEDICINA INTENSIVA: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS.

Modernell J, Tejera D, Bertullo M, Limongi G, Cancela M.
Asociación Española. Montevideo – Uruguay.

Introducción: La Sepsis Urinaria (SU) es una de las causas infecciosas más frecuentes de ingreso a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Como origen de sepsis grave ocupa el tercer lugar luego de los focos respiratorio y peritoneal. El objetivo del trabajo es describir las características epidemiológicas y clínicas de una serie de pacientes con SU.

Material y método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de SU confirmada por estudio microbiológico en muestras de orina. El estudio se realizó en el período noviembre de 2012 a julio de 2014. Se realizó un análisis descriptivo de la serie de casos.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes, media de edad y desvío estándar 71 ± 11 años, sexo masculino 44%, mediana y rango intercuartílico de APACHE II 27 ± 7 . Los antecedentes personales sistémicos relevantes fueron diabetes mellitus 44%, neoplasia sólida o hematológica 22,5%, corticoides previos 11%. A nivel nefrourológico, 33% presentaban patología obstructiva (litiásica y/o prostática), 3,7% catéter vesical a permanencia, 7% trastornos funcionales vesicales y un 7,4% ambos patología obstructiva y catéter vesical. El 33% eran portadores de enfermedad renal crónica y el 3,7% se encontraba en hemodiálisis. El 44% tenía antecedentes de infecciones urinarias previas. Las SU fueron 80,8% de origen comunitario y 19,2% nosocomial. Las etiologías fueron: E. coli 18 casos, K pneumoniae siete casos, P. aeruginosa dos casos, Enterococcus sp. un caso y P. mirabilis un caso. Las complicaciones locales principales fueron dilatación de cavidades excretoras 22,2%, y colecciones renales o perirrenales 11,1%. Los tratamientos de soporte requeridos más frecuentes fueron ventilación mecánica invasiva 80,8%, vasopresores 88,9% y hemodiálisis 37%. El 29,6% requirió tratamiento intervencionista: nefrectomía 7,4%, drenaje de colecciones 7,4%, derivación urinaria interna 7,4% y nefrostomía 7,4%. La mortalidad de la serie fue de 55,5%.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes presentaron uno o más factores predisponentes sistémicos o locoregionales para la aparición de infección urinaria. Las etiologías más frecuente son los bacilos gram negativos. La mortalidad es elevada.

Referencias: Segundo estudio multicéntrico de sepsis severa, Grupo de Estudio de la SUMI, 2008. IDSA Guidelines 2009, CID 2010; 50: 625-663.

19 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN MEDICINA INTENSIVA.

Tejera D, Varela F, Acosta D, Figueroa S, Benancio S, Franco A, Masquil D, Assereto M, Verdaguer C, Bertullo M, Villalba F, Limongi G, Cancela M.
Asociación Española, Montevideo – Uruguay.

Introducción: La injuria renal aguda (IRA) constituye un factor pronóstico asociado a mayor mortalidad en pacientes críticos. El objetivo es describir la epidemiología de la IRA en una unidad de cuidados intensivos (UCI) polivalente.

Material y método: Estudio prospectivo y observacional, incluyendo todos los pacientes que ingresaron a la UCI en el período noviembre 2012 a octubre 2013. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, un análisis bivariado y multivariado para la incidencia de IRA y la mortalidad. Se definió y clasificó la IRA según los criterios Acute Kidney Injury Network (AKIN). Se tomó como estadísticamente significativo una $p < 0,05$ con un intervalo de confianza 95%.

Resultados: Se incluyeron 541 pacientes, sexo masculino 57,1%, media de edad en años y desvío estándar (DE) 64 ± 18 , media de APACHE II y DE 17 ± 9 . La causa de ingreso a UCI fue sepsis 38,1%, neurocríticos 16,9%, politrauma 15,9% y otros 29,9%. El 19,1% eran portadores de enfermedad renal crónica. La incidencia de IRA fue de 44,2%. El 26,3% presentaba la IRA al ingreso a UCI y el 17,9% la desarrolló durante la estadía en UCI. La IRA se clasificó como estadio 1 (26,1%), estadio 2 (19,6%) y estadio 3 (54,3%). La necesidad de técnicas de reemplazo renal (TRR) fue de 24,2%. Las alteraciones iónicas más frecuentes en los pacientes con IRA fueron hipercloremia 77,4%, hipocalcemia 58,2%, hiponatremia 40,4%. En los pacientes con IRA la mortalidad fue de 48,1% vs 18,8% en los sin IRA ($p < 0,0001$; IC 95%).

Conclusiones: La población de pacientes es de edad avanzada y graves dado el elevado APACHE II. La incidencia de IRA es elevada y comparable a otras publicaciones. Un alto porcentaje requiere iniciar TRR. Se asocia de forma frecuente a alteraciones hidroelectrolíticas. La IRA se asoció de forma significativa a mayor mortalidad.

Referencias: Piccinni P, Cruz DN, Gramaticopolo S, Garzotto F, Dal Santo M, Aneloni G et al. Prospective multicenter study on epidemiology of acute kidney injury in the ICU: a critical care nephrology Italian collaborative effort (NE-FROINT). Minerva Anestesiol 2011;77:1072-83.

18 BACTERIEMIA POR RALSTONIA PICKETTII EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: REPORTE DE CASOS.

Tejera D, Bertullo M, Limongi G, Villalba F, Cancela M.
Asociación Española. Montevideo – Uruguay.

Introducción: Ralstonia pickettii es un bacilo gram negativo, aerobio, no fermentador, del grupo de las Pseudomonas. Si bien es un microorganismo de baja virulencia, puede asociarse a infecciones relacionadas a los cuidados de la salud y especialmente provocar bacteriemias.

Casos clínicos: Caso 1: Sexo masculino (SM), 65 años, antecedentes de poliquistosis renal. Enfermedad renal crónica (ERC) en plan de hemodiálisis crónica (HDC). Durante procedimiento dialítico por fistula arteriovenosa (FAV) comienza con malestar, hipotensión y fiebre. Ingres a la unidad de cuidados intensivos (UCI) en shock, se inicia reanimación hemodinámica, extracción de hemocultivos (HC) e inicio de antibióticos empíricos (vancomicina + meropenem). Se reciben 2 HC y cultivo de agua de HD con desarrollo de Ralstonia pickettii. El paciente presenta mejoría clínica, se mantiene tratamiento con meropenem 14 días, alta de la UCI al 6º día con buena evolución en sala general. Caso 2: SM, 45 años, antecedentes de hipertensión arterial y ERC en plan de HDC por FAV protésica, rechazo previo de trasplante renal. Episodios de malestar y fiebre reiterados en procedimientos dialíticos. Instala shock y edema pulmonar. Se descarta diagnóstico de endocarditis y de infección de la FAV. Se informan 2 HC y agua de HD con desarrollo de Ralstonia pickettii. Recibe tratamiento con piperacilina-tazobactam 14 días con buena evolución y alta de la UCI.

Discusión: La bacteriemia por Ralstonia pickettii es poco frecuente pero se debe sospechar en relación a tratamientos médicos o procedimientos invasivos principalmente en pacientes inmunodeprimidos. Presentamos dos casos en pacientes en HDC vinculados a contaminación del agua de diálisis. Se han publicado casos similares vinculados a la administración de fluidos intravenosos, en ampollas de medicación (ranitidina), asociado a membranas de circulación extracorpórea, neumonía en inmunodeprimido, entre otros.

Conclusión: Cuando se detecta una bacteriemia u otro aislamiento con Ralstonia pickettii, se debe sospechar la contaminación de algunos de los productos médicos utilizados e iniciar una búsqueda mediante el estudio microbiológico de los fluidos administrados, medicamentos y agua de hemodiálisis.

Bibliografía: Pellegrino F, Schirmer M, Velasco E, M. de Faria L, Santos K, Moreira B. Ralstonia pickettii Bloodstream Infections at a Brazilian Cancer Institution. Curr Microbiol (2008) 56:219–223.

20 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFUNCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES CRÍTICOS.

Suárez J, Tejera D, Bertullo M, Cancela M.
Asociación Española. Montevideo – Uruguay.

Introducción: El hígado desempeña un rol clave en la enfermedad crítica y principalmente en los procesos sépticos. Los objetivos son evaluar la incidencia y etiología de la disfunción hepática en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y prospectivo en una UCI polivalente de Montevideo en el período julio-2013 a junio-2014. Los criterios de inclusión fueron la duplicación de los valores normales de bilirrubinas totales o de las enzimas hepáticas durante la internación en UCI: BT ≥ 2 mg/dL, ALT/TGP ≥ 66 U/L, AST/TGO ≥ 54 U/L, gGT ≥ 72 U/L, FA ≥ 480 U/L. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias absolutas y relativas de las variables de interés.

Resultados: Ingresaron a la UCI en el período de estudio 537 pacientes. Se incluyeron en el estudio 57 pacientes (10,6% del total de ingresos), sexo masculino 68,4%, media de edad en años y desvío estándar (DE) 61 ± 17 , APACHE II y DE 19 ± 8 . De los antecedentes patológicos más importantes destacan hipertensión arterial 58,9%, tabaquismo 38,2%, diabetes mellitus 19,6%, alcoholismo 16,4%, enfermedad autoinmune 12,7%, enfermedad neoplásica 12,7% y enfermedad renal crónica 10,9%. El diagnóstico al ingreso a UCI más frecuente fueron la sepsis grave 49,1%, politrauma grave 20,1%, patología neurocrítica 1,8% y diferentes causas 29,1%. El patrón de alteración en el hepatograma se clasificó en predominantemente colestásico 8,8%, necroinflamatorio 15,8% y mixto 75,4%. Los diagnósticos de disfunción hepática principales fueron disfunción hepática séptica 49,1%, trauma hepático 14,1%, hígado tumoral 5,2%, hepatitis hipóxica 3,5%, cirrosis descompensada 3,5%, y otros menos frecuentes colangitis, hígado congestivo, hepatitis autoinmune, hepatotoxicidad farmacológica.

Conclusiones: La disfunción hepática en los pacientes críticos polivalentes tiene baja frecuencia. La principal incidencia se observó en los pacientes con sepsis grave. El patrón más frecuente de alteración en el hepatograma es el mixto.

Bibliografía: 1- Bauer M, Press A, Trauner M. The Liver in sepsis: patterns of response and injury. Curr Opin Crit Care 2013; 19:123–127.

2- Trilok G, Qing YC, Li-Jun X. Hypoxic hepatitis: a challenging diagnosis. Hepatol Int (2012) 6:663–669.

21 ANÁLISIS DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DEL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CIRUGÍA CARDÍACA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS

Delgado M.; Surraco C.; Grun S.; Casinelli M
Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCCFAA). Unidad de Cuidados Postoperatorios. Montevideo, Uruguay.

Antecedentes. Las indicaciones para la cirugía se consideran según los síntomas del paciente, los estudios por imágenes no invasivos y la magnitud de la enfermedad anatómica (1).

Objetivos. Describir las características generales, tipo de cirugía y postoperatorio inmediato de los primeros 108 pacientes sometidos a cirugía cardíaca en H.C.F.F.AA. Período comprendido entre el 11 de Setiembre del 2014 al 15 de Junio del 2015.

Métodos. Se analiza el período postoperatorio inmediato en Unidad de Cirugía Cardíaca, de 108 pacientes, desde setiembre de 2014 a junio de 2015.

Resultados. Se estudian 108 pacientes, entre 38 y 83 años. El 75% se sometieron a cirugía de revascularización coronaria (CRVM), 14% a sustitución valvular, y el 11 % combinada. El 77% se operó con circulación extracorpórea (CEC), con un tiempo promedio de 95,25 minutos (min), con un desvío estándar de 37,17 min. En el 78% del total se logró una extubación precoz, menor a 6 horas. La mayoría de los pacientes (97,3%) tuvieron una buena evolución, con una mortalidad del 3,7%. El 71 % de los pacientes fueron dados de alta antes de las 72 horas. Dentro de las complicaciones se destacan 7 pacientes con sangrado médico/quirúrgico, 4 pacientes con complicaciones neurológicas, y 3 neumonías tempranas del ventilador (NAV), un paciente con falla renal aguda que requirió hemodiálisis. El Euro SCORE fue menor a 3 en el 90,7 %, entre 3 y 5 en el 5,6 % y mayor a 5 en el 3,7 % del total.

Conclusiones. El 75% de las cirugías fueron CRVM. La CEC se utilizó en el 77% de los procedimientos con tiempo promedio de 95,25 min. El 73% de los pacientes fueron extubados precozmente. La mortalidad fue del 3,7 %. El 71% de los pacientes recibió el alta de la unidad en las primeras 72 horas. En cuanto a las complicaciones se destaca el sangrado médico quirúrgico, neurológicas y NAV.

23 STATUS DE VITAMINA D EN PACIENTES CRÍTICOS

Olivera S¹, Olascoaga A², Ortega C³, Cancela M¹, Manzanares W²

¹ Asociación Española, ² Hospital de Clínicas, ³ Facultad de Medicina Udelar. Montevideo, Uruguay

Introducción: Diversos estudios han demostrado la asociación entre los niveles de vitamina D (VITD) y la severidad de la enfermedad crítica.

Esta es la primera serie que se realiza en nuestro medio, considerando pacientes de Cuidados Intensivos (UCI). Objetivos Generales: evaluar y cuantificar el status de VITD en los pacientes ingresados UCI.

Material y Métodos: estudio prospectivo de cohortes, analítico y observacional, realizado en el período de julio 2013 a mayo 2015.

Criterios de exclusión: Embarazo, Falla hepática, renal aguda (según criterios ADQI) o crónica agudizada, Hipercalcemia, Desnutrición (IMC < 18.5 kg/m²), enfermedades granulomatosas, Institucionalizados o internación ≥ 2 días. Se dosificó VITD a las 24 horas y al 5 día de ingreso a la UCI, con el sistema Cobas®. Se contrastaron hipótesis utilizando test no paramétricos (Test de U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis) con un nivel de significación < 0.05. Se utilizó el paquete estadístico EPI-INFO versión 3.5.1.

Resultados: 14 controles, 50 pacientes: 3 grupos, Inflamación sistémica (SIRS) (n=13), no SIRS (n=17) y SIRS+ Disfunción orgánica múltiple (DOM) (n=20). 74% sexo masculino, edad promedio 57,3 años, 66% egresaron vivos. Los niveles iniciales VITD: SIRS 7,0 ± 4,5 ng/dL, NO SIRS 20,9 ± 13,0 ng/dL, SIRS+DOM 5,4 ± 4,0 ng/dL. Controles 24,3 ± 13,5 ng/dL. Existió diferencia significativa entre inflamados y los NO SIRS (p< 0,001). La dosificación de VITD fue mayor en los egresados vivos (p=0,007), sin diferencias al 5 día. Existió diferencia entre NO SIRS y SIRS+DOM para reactantes de fase aguda. El APACHE II para NO SIRS, SIRS+DOMS fue diferente (p<0,0001), y SOFA lo fue para todos los grupos (p<0,05). Se obtuvo correlación lineal negativa (r= -0,373) entre la dosificación inicial VITD y APACHE II significativa.

Conclusiones: Al ingreso a UCI existe hipovitaminosis en todos los grupos, existiendo diferencias entre los grupos de inflamados y los NO SIRS. Hay diferencias en niveles de reactantes de fase aguda entre los NO SIRS y SIRS+DOMS. Existe una moderada correlación lineal negativa entre los niveles de VITD y scores de gravedad.

Referencias:

Venkatram et al. Vitamin D deficiency is associated with mortality in the medical intensive care unit. Critical Care 2011, 15:R292

22 COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN ESOFAGECTOMÍA POR CÁNCER EN UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA.

Tejera D, Micol M, Laino A, Verga F, Alzugaray J, Bertullo M, Cancela M.

Hospital de Clínicas, Casmu-IAMPP, Camdel, Asociación Española. Montevideo – Uruguay.

Introducción: La esofagectomía continúa siendo el tratamiento de elección del cáncer esofágico. Los objetivos del estudio son describir la frecuencia de complicaciones y mortalidad tras esofagectomía por cáncer esofágico en nuestro medio.

Material y método: Estudio retrospectivo, multicéntrico, entre los años 2001 y 2011. Se incluyeron pacientes sometidos a esofagectomía programada por cáncer esofágico durante la estadía en unidades de cuidados intensivos (UCI). Resultados: Se incluyeron 224 pacientes, hombres 72%, media de edad 61 años y desvío estándar ± 11 años. El abordaje quirúrgico fue transhiatal en 69,7% y transtorácico en 30,3%. La morbilidad fue de 70,5% y la mortalidad de 13,8%. La mediana y rango intercuartílico (RIC) de APACHE II fue de 16 ± 5. La mediana y RIC de la estadía en UCI fue de 12 ± 10 días. El requerimiento de asistencia respiratoria mecánica fue de 65% con una mediana y RIC de 8 ± 6 días. Las complicaciones detectadas fueron respiratorias 50,8%, infecciosas 1,3%, cardiovasculares 27,6% y quirúrgicas 23,6%. El síndrome de dificultad respiratoria aguda (p=0,03), fugas anastomóticas (p=0,001), sepsis grave (p=0,001), mediastinitis (p=0,02) e injuria renal aguda (p=0,01) se asociaron con mayor mortalidad. La sepsis grave fue la principal causa de muerte a foco mediastinal y/o respiratorio. En el análisis multivariado las variables asociadas de forma independiente con la mortalidad fueron el fracaso de extubación (OR 3,9; IC 95% 1,02-15,30; p = 0,03), la radioterapia preoperatoria (OR 6,0; IC 95% 1,70-21,30; p = 0,02), la transfusión intraoperatoria (OR 5,6; IC 95% 2,07-15,60; p = 0,001) y la sepsis grave (OR 29; IC 95% 1,72-21,30; p = 0,001).

Conclusiones: La morbilidad y mortalidad en esofagectomía programada en UCI es elevada. Las complicaciones más frecuentes fueron las respiratorias e infecciosas. La principal causa de muerte fue la sepsis grave. Se asociaron a mayor mortalidad el fracaso de extubación, la radioterapia preoperatoria, la transfusión intraoperatoria y la sepsis grave.

Referencias: Carney A, Dickinson M. Anesthesia for esophagectomy.

Anesthesiol Clin 2015;33(1):143-63.

24 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Dr. Leyes L., Porcires F., Barbato M.

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción: Los pacientes críticos son muy vulnerables a la iatrogenia. Los Eventos Adversos (EA) contribuyen en la morbilidad y mortalidad de los pacientes ingresados. Por esto, su detección y prevención son importantes.

Objetivos

-Estimar la Incidencia de EA seleccionados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Polivalente
-Sentar las bases para un sistema de notificación de EA

Metodología

Estudio prospectivo.

Estudio de incidencia mediante dos metodologías:

1-Reporte voluntario de EA mediante herramienta de captura diseñada para tal fin

2-Auditoría de Historias Clínicas

Resultados: Incluyó 174 pacientes. La patología neurológica crítica y la sepsis fueron los motivos de ingreso más frecuentes.

Se auditó el 97% de las historias clínicas. Según este método el 27,7% de los pacientes presentaron algún EA. Los más prevalentes fueron la salida de sondas y catéteres (13%) y las úlceras por presión (6%).

En total se detectaron 81 EA. El 35% de éstos pacientes sufrieron dos o más eventos. La salida de sondas y catéteres (37%), las UPP (12%) y los retrasos en imagenología de urgencia (11%) fueron los más frecuentes.

El reporte voluntario detectó 51 EA. Las salidas de sondas y catéteres (45%) y los asociados a medicación de alto riesgo (MAR) (21,6%) fueron los más frecuentes. La mayor parte fueron reportados por Residentes (62%).

Los EA se presentaron en pacientes más graves (SAPS II 41 ± 19 vs 33 ± 24; p=0,029), con mayor requerimiento de asistencia ventilatoria (80% vs 50%; p<0,001), sedoanalgesia (89% vs 52,5%; p<0,001), inotrópicos (59% vs 46%; p=0,001) y estadías más prolongadas (14,5 ± 12 vs 5,5 ± 7 días; p<0,001).

Presentar un EA no se asoció a mayor mortalidad (p=0,52).

En el análisis multivariado los días de estancia en UCI (p=0,003) y el requerimiento de sedoanalgesia (p=0,013) se asociaron en forma independiente a la presencia de EA.

Conclusiones: Los EA son altamente frecuentes en la UCI.

La salida de sondas y catéteres son los más prevalentes.

Se asocia con el requerimiento de asistencia ventilatoria, la sedoanalgesia y la estancia en UCI.

El reporte voluntario es una herramienta útil para su detección.

Referencias

1- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-384.

2-Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. J Gen Intern Med 2003;18:61-7.

3-Graf J, von den Driesch A, Koch KC, Janssens U. Identification and characterization of errors and incidents in a medical intensive care unit. Acta Anaesthesiol Scand. 2005; 49:930-9.

25 HIPERNATREMIAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PREVALENCIA Y REPERCUSIONES.

Dr. Leyes L., Dr. Gallo J. L.

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción: Las disnatremias son las diselectrolitemias más frecuentes entre los pacientes hospitalizados. Su prevalencia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) puede alcanzar el 35%.

Objetivos

-Conocer la prevalencia y severidad de la hipernatremia en nuestra UCI.
-Valorar el impacto de la misma sobre: estancia en UCI, tiempo de ventilación mecánica y mortalidad.

Metodología: Estudio retrospectivo, observacional realizado en la UCI del Hospital Maciel

Resultados: Este estudio incluyó 927 pacientes.

Hipernatremia presente al ingreso a UCI

La prevalencia de hipernatremia al ingreso a UCI fue del 15%.

Estas se distribuyeron en leves 58%, moderadas 34,5% y severas 7,5%.

Los pacientes que ingresaron a UCI con hipernatremia presentaron SAPS II superiores (53 ± 24 vs 34 ± 22 ; $p < 0,001$) y mayor requerimiento de asistencia ventilatoria (83% vs 57%; $p < 0,001$). La mortalidad de estos pacientes fue más elevada (52,5% vs 22,5%, $p < 0,001$) y se incrementó junto con la severidad del trastorno (38% en leves, 71% en moderadas y 70% en severas, $p = 0,003$).

Hipernatremia en pacientes con internaciones superiores a 72 horas.

La prevalencia de hipernatremia en estos pacientes fue del 27%.

Se distribuyeron en leves 44%, moderadas 46% y severas 10%.

Los pacientes que presentaron hipernatremia en la evolución de su estadía en UCI fueron mayores (57 ± 18 vs 49 ± 19 años; $p < 0,001$), presentaron SAPS II superiores (45 ± 18 vs 31 ± 18 ; $p < 0,001$). Este grupo tuvo además un mayor requerimiento de asistencia ventilatoria (93% vs 62%; $p < 0,001$), una duración de la misma superior (280 ± 282 vs 137 ± 206 horas; $p < 0,001$) así como una estadía en UCI más prolongada (17 ± 13 vs 12 ± 11 días; $p < 0,001$). La mortalidad fue superior en los pacientes hipernatremicos (56% vs 14%; $p < 0,001$).

Conclusiones

La prevalencia de hipernatremia en la UCI es elevada tanto al ingreso como en la evolución en UCI.

Si bien existen diferencias de acuerdo al momento de instalación de este trastorno, el mismo se asocia con un SAPS II superior, mayor requerimiento de ventilación mecánica, estadía en UCI más prolongada e incremento de la mortalidad.

Referencias

- 1-Adrogue HJ, Madias NE: Hyponatremia. N Engl J Med 2000; 342:1493-1499.26. Lenz K, Gössinger H, Lagner A, Druml W, Grimm G, Schneeweiss B.
- 2-Lindner G, Funk G-C, Schwarz C, Kneidinger N, Kaider A, Schneeweiss B, Kramer L, Druml W: Hyponatremia in the critically ill is an independent risk factor for mortality. Am J Kidney Dis 2007; 50:952-957

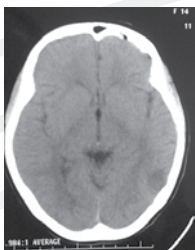
27 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE TARDIA POST ECLAMPSIA. REPORTE DE CASO

Fernández AL; Cancela J; Fernández A; Castelli J.

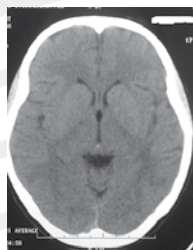
Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); Unidad Docente - Asistencial Obstétrica de Alto Riesgo del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFEAA). Montevideo-Uruguay

Introducción. La Leucoencefalopatía Cerebral Reversible (SLPR) es un síndrome clínico-radiológico que puede aparecer en Eclampsia, Crisis hipertensiva, tratamiento inmunosupresor, transfusión masiva y falla hepática aguda, dando lugar a convulsiones, cefaleas, amaurosis y focalidad neurológica. La Tomografía computada de cráneo (TC) confirma el diagnóstico: áreas hipodensas en sustancia blanca del sector cerebral posterior. El cuadro revierte con suspensión de la noxa.

Caso clínico. Sexo Femenino, 14 años, sana, 38 semanas de gestación, ingresada por cefalea holocraneana, vómitos y convulsiones generalizadas, presión arterial (PA) 180/100 mm de Hg. Cesárea de urgencia, se inicia sulfato de magnesio ($MgSO_4$) por 48 horas. Reitera convulsión tónica clónica 48 hs pos tratamiento con $MgSO_4$, que se reinstala. Luego del sopor, cefaleas, amaurosis bilateral, parestias y paresia de Miembro Superior Izquierdo (MSI), TC de cráneo que evidencia área hipodensa córtico-subcortical occipital compatible con (SLPR). Excelente evolución, se reitera TC de cráneo, informada normal, alta a sala.



TC de cráneo al ingreso.



TC de cráneo normal al cuarto día

Discusión. La paciente presenta una Eclampsia, cuyo tratamiento es la interrupción del embarazo y el inicio de $MgSO_4$. 72 horas postparto, a pesar del tratamiento sufre eclampsia en postparto tardío. Solo el 15% presentan eclampsia a 48 horas del puerperio. El precipitante mayor del SLPR es un aumento brusco de la PA, que produce zonas de hipoperfusión y edema cerebral reversible. Tratamiento precoz para evitar infarto Cerebral. Se han descrito casos de progresión del edema cerebral hasta la herniación transtentorial.

Conclusión. Tener presente el SLPR ante la aparición de alteraciones neurológicas en paciente con eclampsia, para iniciar tratamiento precoz, se debe ser menos tolerante con ascensos de PA y ser estrictos con el tratamiento antihipertensivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hinchey J. et al. A reversible posterior leukoencephalopathy syndrome. N Engl J Med 1996; 334(8): 494-500.2. Garg RK. Posterior leukoencephalopathy syndrome. Postgrad Med J 2001; 77(903): 24-8.
3. Schwartz RB, Jones KM, Kalina P, Bajakian RL, Mantello MT, Garada B et al. Hypertensive encephalopathy: findings on CT, MR imaging and SPECT imaging in 14 cases. Am J Roentgenol 1992; 159: 379-8

26 TIEMPO DE DETERIORO CLÍNICO EXTRA UCI Y SOBREVIDA: UNA CASUÍSTICA.

Leyes L., Verga F., Barbato M., Godino M.

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción: La detección tardía de la agravación, y la demora del tratamiento e ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de pacientes ingresados en sala general se asocia a mayor mortalidad. Los sistemas de aviso temprano han demostrado ser de utilidad en estos casos mejorando los resultados finales.

Objetivos

1- Valorar el reconocimiento del paciente crítico o potencialmente crítico en sala general

2- Valorar la presencia de "criterios de activación" previo al ingreso a UCI

Metodología: Estudio retrospectivo, descriptivo. Incluye pacientes ingresados a UCI desde sala general. Mediante análisis de historias clínicas se identificaron criterios de activación presentes previo al ingreso a UCI.

Se definieron como criterios de activación:

- Frecuencia cardíaca < 50 o > 110 cpm
- Frecuencia respiratoria < 8 o > 30 rpm
- Saturación $< 90\%$ al aire o $< 93\%$ con oxigenoterapia
- Hipotensión arterial
- Disminución del nivel de conciencia

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes en un período de 6 meses.

71% ingresó desde Sala de Medicina y el restante de Emergencia, 15% fueron reingresos.

La media (Md) y desvío estándar (DE) para la edad fue 59 ± 17 años y la estadía en UCI 13 ± 21 días.

Requirieron ARM el 63% y vasopresores el 43%.

En relación al SAPS II estos pacientes presentaron una Md $\pm$ DE 49 ± 24 vs 36 ± 23 para la población general de UCI ($p < 0,001$), y la mortalidad fue 51% vs 24%; $p < 0,001$. La mortalidad aumentó con la presencia de criterios de activación a las 24, 48 y 72 horas previas: 58, 62 y 78% respectivamente (p no significativo).

El 43% presentó algún criterio de activación 24 horas previo al ingreso y 23% 48 horas previas. La polipnea y desaturación fueron los criterios de activación más frecuentes.

56% fue valorado por Guardia Médica previo al ingreso y sólo 20% por Intensivista.

Conclusiones: Los pacientes ingresados a UCI desde sala son más graves que la población general y presentan mayor mortalidad.

Un 23% presenta algún criterio de activación 48 horas previas al ingreso.

La mortalidad aumentaría con la demora en el reconocimiento de los mismos.

Su captación precoz puede ser beneficiosa.

Referencias

- 1- Calvo Herranz E, Mozo Martín MT, Gordo Vidal F. Implantación de un sistema de gestión en Medicina Intensiva basado en la seguridad del paciente gravemente enfermo durante todo el proceso de hospitalización: servicio extendido de Medicina Intensiva. Med Intensiva. 2011;35:354-60.
- 2- Cardoso L, Grion C, Matsuo T, Anami E, Kauss I, Seko L, et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. Crit Care. 2011;15:R28.
- 3- McCaughey J, Alderdice F, Fowler R, Kapila A, Mayhew A, Moutray M. Outreach and early warning systems (EWS) for the prevention of intensive care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards. Cochrane Database Syst Rev. 2007;18:CD005529.

28 PERCEPCIÓN DEL RUIDO EN LA UCI

Pérez M., Burghí G., Alzugaray P.

Sanatorio Americano, Sanatorio Cantegril, Centro Nacional de Quemados, Uruguay.

Introducción: Las UCIs presentan diversas fuentes de generación de ruido. El ruido tiene efectos deletéreos tanto para el paciente como para los trabajadores.

Objetivos:

- Determinar los niveles de ruido en distintos momentos en la UCI
- Evaluar si la percepción del ruido es similar en los pacientes y en los trabajadores de la UCI

Metodología: Se llevó a cabo un estudio prospectivo en el año 2015, en las UCIs del Sanatorio Americano, Sanatorio Cantegril de Maldonado y Centro Nacional de Quemados.

Resultados: Se realizaron 59 mediciones del nivel de ruido en distintos momentos del día, entrevistando a 132 trabajadores de la UCI.

Ruido en la UCI.

No existió diferencia en los niveles de ruido de acuerdo al horario.

Mañana 59,5 dB, [54,5-62], tarde 59 dB [56-61,5], vespertino 61 dB [56,5-67]. ($p = ns$).

Percepción del ruido en pacientes y trabajadores.

La percepción del ruido entre pacientes y trabajadores fue diferente en el 58% de los casos. Los trabajadores percibieron mayor intensidad de ruido que los pacientes en un 44% de los casos. El ruido percibido por los trabajadores fue menor al que consideraron los pacientes en el 14% de los casos, y fue de la misma intensidad en el 42% de los casos; $p = 0,01$.

En cuanto a la percepción del ruido utilizando una escala numérica, existió un 15% de coincidencias entre trabajadores y el paciente, 36% percibieron menor ruido y un 49% percibieron mayor ruido.

Al evaluar la molestias que genera el ruido, un 51% de trabajadores de la salud no coincidió con el paciente en cuanto a la posibilidad de poder dormir, un 20% no coincidió en cuanto a poder mirar la tele, un 36% en cuanto a poder leer, un 36% en cuanto a poder descansar y un 20% en cuanto a poder hablar con familiares.

Conclusiones: Todas las mediciones de ruido en las UCIs de Uruguay son superiores a los niveles recomendados. La percepción del ruido es diferente en un elevado número de casos. El personal de la salud percibe el ruido con mayor intensidad.

29 HIPOTERMIA TERAPÉUTICA LEVE EN EL PARO CARDIORRESPIRATORIO. REPORTE DE CASO.

Marrubio, L.; Castelli, J.

Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La hipotermia terapéutica (HT) es un tratamiento aprobado internacionalmente en el paro cardiorrespiratorio.

Se define HT como la aplicación de frío con el objetivo de disminuir de forma controlada la temperatura corporal, cómo protector cerebral.

El tratamiento se basa en conseguir y mantener una hipotermia inducida leve (entre 32-34°C) durante un período de 24 horas (hs).

Presentación del caso: Paciente sexo masculino, 42 años, fumador, que presenta paro cardiorrespiratorio (PCR) en fibrilación ventricular (FV). Se realiza reanimación cardiopulmonar, se desconocen tiempos y características. Retoma ritmo sinusal. El electrocardiograma muestra infarto anterolateral. Postreanimación paciente en coma, Glasgow (GCS) 3, sin apertura ocular, sin gestos, sin reactividad espinal, con inestabilidad hemodinámica. Ingresa a cuidados intensivos. Se realiza cineangiografiografía de urgencia, se implanta stent en arteria descendente anterior.

Se realizó HT según protocolo de la unidad.

Se extuba 5 días después con buena tolerancia. Hemodinamia estable sin vasopresores. GCS 15, sin déficit focal neurológico. Sin falla cardíaca, sin inestabilidad eléctrica.

Buena evolución, se otorga alta a sala.

Discusión: Las guías internacionales recomiendan la aplicación de este tratamiento con un grado de recomendación 1 y un nivel de evidencia A, en pacientes en coma, tras PCR por FV o taquicardia ventricular sin pulso. A pesar del elevado nivel de evidencia, diversos estudios muestran el escaso entusiasmo por la aplicación del mismo.

Conclusión: La HT cada vez gana más terreno en ritmos diferentes a los desfibrilables, esto se debe al mejor entendimiento de los mecanismos de protección, especialmente neuronales, y la creciente evidencia de los últimos años. Las indicaciones de la HT se están ampliando, así como las contraindicaciones están disminuyendo, ya que los efectos secundarios son fácilmente manejables. El impacto de esta terapia, radica en la adopción del protocolo institucional.

Referencias:

• Gutierrez, JM; Carrilero, C. Protocolo de hipotermia terapéutica leve, tras paro cardiorrespiratorio. Unidad de medicina intensiva. Hospital General Universitario de Albacete. Año 2011.

• Nagao K. Therapeutic hypothermia following resuscitation. Curr Opin Crit Care. 2012;18:239-45.

• Valecka, J. Protocolo de hipotermia terapéutica del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Año 2014.

31 MONITORIZACION HEMODINAMICA CON ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA Y CATETER DE SWAN GANZ. ESTUDIO COMPARATIVO EN PACIENTES EN VENTILACION MECANICA.

Gorrasi J., Pazos A., Florio L., Agorrodry V., Américo C., Lluberas N., Parma G., Lluberas R., Biestro A. Cátedra de Medicina Intensiva y Centro de Tratamiento Intensivo, Facultad de Medicina, UDELAR. Cátedra de Cardiología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, UDELAR. Montevideo, Uruguay

Introducción. Durante la ventilación mecánica se generan condiciones que pueden alterar las medidas hemodinámicas por ecocardiografía. El objetivo es comparar las medidas por eco cardiografía transtorácica (ETT) y por Swan Ganz (CAP) en pacientes en ventilación mecánica.

Material y métodos. Las medidas por CAP y por ETT se realizaron por en diferentes niveles de PEEP (10 cm H₂O, 15 cm H₂O, y 20 cm H₂O). La correlación se estudio con el coeficiente de correlación intraclase (CCI), el error medio (EM) y los límites de concordancia (LC, promedio de diferencias $\pm 1,96$ DE) se estudiaron con el diagrama de Bland-Altman.

Resultados. Para todos los valores de GC se obtuvo CCI de 0.821, $p < 0.001$; el promedio de la diferencia entre los métodos fue 0,76 L/min para valores de gasto cardíaco entre 5 a 13 L/min. Los LC se encontraron entre 3,31 L/min y -2,53 L/min. El EM y los LC fueron 0,59 (-2,53 a 3,51) L/min, 0,93 (-2,94 a 4,80) L/min y 0,81 (-4,54 a 6,15) L/min para valores de PEEP de 10 cm H₂O, 15 cm H₂O y 20 cm H₂O, respectivamente. Para la PAPS se obtuvo un CCI de 0,876, $p < 0.01$, el EM fue 0,69 mm Hg, los LC se encontraron entre -18,87 mm Hg a 20,24 mm Hg. Para la PAD se obtuvo un CCI 0,452, $p = 0.038$, el EM fue de 1,41 mm Hg, los LC se encontraron entre -13,40 mm Hg a 10,59 mm Hg. El EM y los LC fueron 0,21 (10,62 a 10,19) mm Hg, -2,00 (-13,56 a 9,56) mm Hg y -2,45 (-13,40 a 10,59) mm Hg para valores de PEEP de 10 cm H₂O, 15 cm H₂O y 20 cm H₂O, respectivamente. **Conclusiones.** Excepto para la medida de PAPS, el uso de ETT para medir GC debe ser realizado con precaución ya que no es enteramente comparable con las medidas invasivas mientras que no sería recomendable usar la estimación de PAD por ETT para guiar la terapéutica.

30 ACLARAMIENTO DE LACTATO ARTERIAL EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

Gorrasi J., Pracca F., Tejera D., Biestro A.

Departamento de Medicina Intensiva. Hospital de Clínicas. Montevideo. Uruguay

Introducción. Lactato arterial y la saturación venosa de oxígeno (SvcO₂) son indicadores de los de la adecuación del transporte de oxígeno a los requerimientos de oxígeno tisular en el postoperatorio de cirugía cardíaca (POCC). El aclaramiento de lactato (AL) se ha asociado con el pronóstico en pacientes críticos, un umbral de 10% se considera adecuado. El objetivo del presente estudio es demostrar el curso temporal del AL en el POCC.

Material y métodos. Se estudiaron 88 pacientes en el POCC, se analizaron 61 pacientes. Se analizaron los valores de lactato, AL, SvcO₂ y diferencia venosa central - arterial de PCO₂ (DPCO₂) en los tiempos basal, 1 hora, 2 horas, 4 horas, 6 horas, 18 horas y 42 horas. El aclaramiento de lactato se calculó de acuerdo a: lactato basal menos lactato en el tiempo especificado dividido por el lactato basal y expresado como porcentaje. Los valores se expresaron como mediana (mínimo, máximo). Se usó el test de Friedman. Un valor de $p < 0.05$ fue significativo.

Resultados. El aclaramiento de lactato arterial fue de 0,00 (-89, 75) %, 6,41 (-78, 75) %, 7,89 (-105, 79) %, 16,67 (-246, 90) %, 38,46 (-138, 80) %, 45,00 (-20,90) % a 1 hora, 2 horas, 4 horas, 6 horas, 18 horas, y 42 horas, respectivamente; $p < 0.05$.

La saturación venosa central de oxígeno fue de 78 (41,93) %, 73 (50, 89) %, 67(47,88) %, 66(45, 84) %, 68(54, 82) %, 66(50, 84) %, 65(50,88) % al ingreso, a 1 hora, 2 horas, 4 horas, 6 horas, 18 horas, y 42 horas, respectivamente; p no significativa.

La diferencia de PCO₂ venosa central- arterial fue de 8 (0, 37) mm Hg, 8 (0, 39) mm Hg, 8 (0, 16) mm Hg, 9(2,15) mm Hg, 9(- 1, 16) mm Hg, 7(0, 18) mm Hg, 7(2, 31) mm Hg al ingreso, a 1 hora, 2 horas, 4 horas, 6 horas, 18 horas, y 42 horas, respectivamente; p no significativa.

Conclusiones. En el POCC el AL permanece por debajo del rango aceptado en las primeras 6 horas, esto se acompañada de DPCO₂ y SvcO₂ elevadas que indicarían una alteración del consumo de oxígeno mixta.

32 ENDOCARDITIS INFECCIOSA IZQUIERDA POR SAMS SOBRE VALVULA NATIVA. CARACTERISTICAS Y FACTORES PRONOSTICOS.

Guichon S, Noveri S, Pontet J, Canale A, Estevez G, Soca A.

CTI Hospital Pasteur.

Introducción. La Endocarditis Infecciosa (EI) causada por Staphylococcus aureus meticilino sensible (EI-SAMS) es una entidad de elevada morbi-mortalidad cuando afecta las válvulas izquierdas. Tiene un perfil epidemiológico en proceso de cambio, siendo una etiología cada vez más frecuente, involucrando pacientes añosos sin cardiopatía preexistente.

Objetivo: estudiar y comparar las características clínicas, epidemiológicas y pronósticas de las EI-SAMS sobre válvula nativa izquierda con respecto al resto de las EI.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo del período comprendido entre enero 1994-mayo 2015, en el CTI del Hospital Pasteur, unidad polivalente de 25 camas. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años con EI definitiva según criterios de Duke modificados. Se excluyeron las EI probables y rechazadas, las EI derechas y sobre válvula protésica.

Se definieron dos grupos para su comparación: el de estudio EI-SAMS, y el resto de las EI agrupadas como EI-NoSAMS, que incluye las EI causadas por otros microorganismos y EI con hemocultivos negativos (grupo EI-No SAMS).

Resultados. Se obtuvieron 118 pacientes en total de los cuales el SA fue el microorganismo más frecuente. SAMS se presentó en 30 casos (grupo EI-SAMS). El grupo EI-noSAMS se integró con un total de 88 EI, de las cuales el agente más frecuente fue el grupo estreptococo ($n=31$).

Los grupos SAMS y no-SAMS tuvieron similar edad, pero menor frecuencia de sexo masculino en grupo SAMS (50%) vs. No-SAMS (70.5%) $p=0.04$. Algunas variables demográficas y clínicas fueron más frecuentes en el grupo de EI-SAMS respecto a EI-No SAMS: diabetes 40% vs. 20% ($p=0.03$); estadía en CTI: 15.3 ± 12.7 días vs 8.4 ± 8.3 ($p=0.002$); disfunción orgánica múltiple 90% vs. 50% ($p=0.001$); necesidad de asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVM) 83% vs 56% ($p=0.009$); y mayor frecuencia de shock séptico: 70% vs. 37% ($p=0.002$) respectivamente.

La mortalidad fue superior en el grupo de EI-SAMS: 70% vs 46% del otro grupo ($p=0.01$). Por regresión logística se identificaron predictores independientes de mortalidad la necesidad de AVM y shock séptico.

Discusión y conclusiones. SAMS es un agente muy frecuente de EI. Respecto a la EI por otras etiologías, es más frecuente en pacientes diabéticos, determina mayor estadía en CTI y mayor morbi-mortalidad.

33 SEPSIS URINARIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO TERAPÉUTICO Y MORTALIDAD.

Amarelle L, Botasini C, Novoa J, Pontet J, Canale A, Soca A. CTI Hospital Pasteur. ASSE. Montevideo, Uruguay.

Introducción. Las infecciones nefro-urológicas son causa frecuente de sepsis severa, poco estudiadas en nuestro medio. Nuestro objetivo fue describir características clínico-microbiológicas de la sepsis severa de origen urinario (SU), y evaluar factores asociados a nefrectomía radical y su impacto sobre la mortalidad.

Material y método: Estudio retrospectivo por un período de cuatro años (2010-2013), en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pasteur, Hospital de referencia nacional en urología. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SU, excluyendo embarazadas, prostatitis y peritonitis urinosa postoperatoria.

Resultados: Se incluyeron 109 casos de SU, que representó el 15% de las sepsis (n=690). La edad fue 60 ±18 años, con 50.5% de sexo femenino. SU fue comunitaria en 73%. Un 33% fueron derivados de otros centros. La patología previa más frecuente fue diabetes (28%), seguida por factores locales: infecciones urinarias a repetición (23%), cateterismo vesical a permanencia (23%) y urolitiasis (20%). Síntomas de inicio frecuentes fueron fiebre (66%), síndrome urinario bajo (62%) y dolor lumbar (60%).

Los microorganismos más frecuentes fueron bacilos Gram negativos: Escherichia Coli (n= 29) y Klebsiella (n= 28). En SU de origen comunitario el más frecuente fue E.Coli multisensible (24%). En SU de origen nosocomial Klebsiella multiresistente (41,3%) fue el más frecuente, seguido por E.Coli multiresistente (20,7%). Por regresión logística se identificaron factores de riesgo para multiresistencia: origen nosocomial de la infección (OR 4.9, IC95% 1.6-14) e instrumentación previa de la vía urinaria (OR 24.9, IC95% 2.9-212).

En cuanto a la pérdida de la unidad renal, son factores de riesgo independientes la urolitiasis previa (OR 4.2, IC 95% 1.5-12.2) y la presencia de plaquetopenia (OR 3.1, IC 95% 1.1-8.7).

La mortalidad global fue de 29.4%. Los pacientes nefrectomizados presentaron mayor sobrevida acumulada al día 20 que los no operados (curva Kaplan-Meier, p=0.02). La nefrectomía precoz (dentro de las primeras 48 Hs) tuvo una mortalidad de 10% vs. nefrectomía tardía (luego de 48 Hs) de 50% (p=0.045).

Conclusiones: La presencia de diabetes y factores locoregionales se asocian a SU. El origen nosocomial y la instrumentación previa predicen aparición de multiresistentes, lo cual debe considerarse en la antibioticoterapia empírica. La nefrectomía radical precoz se asocia a menor mortalidad.

35 ÁCIDO ÚRICO COMO MARCADOR DE SEVERIDAD EN PACIENTE OBSTÉTRICA CRÍTICA

Hernández, N.I.; Fernández, A.I.; Castelli, J.I.; Hernández, J.C.; Soldatti, L.; Citera, J.

Unidad Docente Asistencial de Alto Riesgo Obstétrico (D.N.S.FF.AA)

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. (H.C.FF.AA). Montevideo. Uruguay.

Introducción. El ácido úrico se correlaciona con la severidad de la preeclampsia-eclampsia y resulta ser un indicador bioquímico útil en los trastornos hipertensivos del embarazo.^{1, 2}

Objetivos: establecer la relación entre hiperuricemia y necesidad de cuidados críticos en gestantes; demostrar que el aumento de ácido úrico es un marcador precoz de severidad.

Material y Método. Se realiza un estudio analítico descriptivo prospectivo de gestantes en el H.C.FF.AA en el período de Mayo de 2014 a julio de 2015; solicitando cuantificación de uricemia en rutinas de segundo trimestre del embarazo. Se analiza las historias clínicas de 235 gestantes, seleccionadas al azar. Se divide la muestra en 3 grupos: 1: control (gestantes atendidas en polí-clínica gineco-obstétrica), 2: polí-clínica de Alto Riesgo Obstétrico (A.R.O) y 3: ingresos a UCI. Se analizan los datos con estadística descriptiva y analítica utilizando las pruebas de Chi-cuadrado de Pearson y pruebas F y T.

Resultados. La muestra son 235 gestantes. Con edades comprendidas entre 14 y 42 años. Utilizando la prueba de Chi-cuadrado de Pearson, podemos afirmar con un 95% de confianza que el grupo control tiene un porcentaje significativamente mayor de pacientes con uricemia < a 4,5 mg/dl, y el grupo de A.R.O tiene un porcentaje significativamente mayor de pacientes con uricemia > de 4,5mg/dl. Con la Prueba T: la media de uricemia es estadísticamente mayor entre los pacientes que ingresan a UCI y los que no con un 95% de confianza. En toda la muestra la uricemia promedio según los distintos rangos etarios es similar, a diferencia de cuando se evalúa uricemia según cada grupo, que es superior en los que ingresan a UCI. Los motivos de ingreso a UCI más frecuente son preeclampsia severa y eclampsia. Las gestantes con preeclampsia que ingresan a UCI son el 2 % del total.

Conclusiones. Con significación estadística (p < 0,05) el grupo control tiene un mayor porcentaje de gestantes con uricemia < a 4,5 mg/dl y los pacientes que ingresan a UCI tienen las uricemias más altas. La uricemia puede ser utilizada como marcador de severidad y de riesgo de ingreso a UCI en las embarazadas.

Referencias.

- 1- Vikram Sinai Talaulikar MD MRCOG* and Hassan Shehata MD FRCOG FRCPI†† Uric acid: is it time to give up routine testing in management of pre-eclampsia? *Department of Obstetrics & Gynaecology, St George's Hospital and Medical School, Cranmer Terrace, Tooting, London SW17 0RE;†Maternal Medicine Unit, Department of Obstetrics and Gynaecology, Epsom & St Helier University Hospitals NHS Trust, Surrey SM5 1AA;††St George's Medical School, Blackshaw Road, London SW17 0QT, UK. Obstetric Medicine 2012; 5: 119-123.
- 2- Koopmans CM, van Pampus MG, Groen H, Aarnoudse JG, van den Berg PP, Mol BW. Accuracy of serum uric acid as a predictive test for maternal complications in pre-eclampsia: bivariate meta-analysis and decision analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;

34 HIPOMAGNESEMIA PRIMARIA. REPORTE DE CASO

Ubilla AL, Mercado S, Menchaca A.

Sanatorio Americano, Montevideo, Uruguay.

Introducción: Enfermedad genética poco frecuente de herencia autosómica recesiva. Caracterizada por hipomagnesemia e hipocalcemia severas, vinculada a una mutación del gen que codifica los canales de magnesio intestinal.

Se presenta el caso de un lactante de 1mes 26 días sin antecedentes previos, que ingresó a una unidad de cuidados intensivos pediátricos en el interior del país. Con diagnóstico de estado de mal epiléptico, de difícil manejo con los planes terapéuticos habituales. Tomografía de cráneo normal. Se descartó como etiología la meningoencefalitis aguda supurada. Requirió intubación y asistencia respiratoria mecánica. Reiteración de las crisis con electroencefalograma (EEG) compatible con estado de mal convulsivo. Al mes de internación requirió derivación al Sanatorio Americano (SASA) para realizar RNM con espectroscopia, que no evidenció alteraciones. Durante la internación en dicho centro se constataron episodios reiterados de hipocalcemia e hipomagnesemia severas. Requirió aporte de hasta 300mg/k de magnesio intravenoso. Se descartó pérdida renal de magnesio (fracción de excreción 1.1%) y se planteó que se tratara de una Hipomagnesemia primaria con hipocalcemia secundaria. La confirmación se realiza por técnica de secuenciación del gen correspondiente (TRPM6), aún en proceso.

Discusión.

La dificultad en el diagnóstico de esta entidad se basa en la baja sospecha clínica. Si bien el aporte de magnesio logra la corrección de la hipocalcemia asociada, el déficit de dicho ion es difícil de estabilizar. El suplemento de magnesio se requiere de por vida.

Conclusión:

En el planteo etiológico de las convulsiones subintrantes durante el primer año de vida se debe considerar la existencia de disturbios vinculados al metabolismo del calcio y magnesio. En casos de hipomagnesemia severa sospechar el origen genético.

Bibliografía:

- Karl P. Schlingmann, Sassen MC et al. Nobel TRPM6 Mutations in 21 Families with Primary Hypomagnesemia and Secondary Hypocalcemia. J Am Soc Nephrol; 2005, 16:3061-3069
- Schreibrjm, Gaillardwd. Treatment of Refractory Status Epilepticus in Childhood. Curr Neurol Neurosci Rep. 2010; 10:110-117.
- Shalev H, Phillip M, Galil A, et al. Clinical presentation and outcome in primary familial hypomagnesaemia. Arch Dis Child 1998;78:127-130

36 APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE HIPOTERMIA CONTROLADA A PACIENTES ADULTOS POSPARO CARDIACO EN EL HOSPITAL EL TUNAL E.S.E. PARA EVALUAR MORTALIDAD Y FUNCIONALIDAD NEUROLÓGICA A LOS 28 DÍAS

Cruz, L.E., Rojas-Mora Gina X.

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Colombia

Introducción: Colombia tiene una elevada mortalidad por enfermedades cardiovasculares, que producen una alta cantidad de paros cardíacos, sin embargo existen pocos estudios sobre el manejo de los pacientes en el estado post-reanimación.

Las primeras 24 horas del estado post-reanimación representan el tiempo de mayor tasa de mortalidad y de mayores cambios a nivel cerebral, múltiples estudios han demostrado que disminuir la temperatura durante este tiempo puede disminuir la mortalidad y las secuelas neurológicas.

Proponemos entonces implementar un protocolo de hipotermia leve controlada, de bajo costo económico, en un hospital de III nivel de Bogotá, evaluando mortalidad y desenlaces neurológicos, ya que no existen este tipo de estudios en el país.

Material y método:

Estudio piloto, aplicación de un protocolo de hipotermia a pacientes mayores de 18 años con paro cardíaco con retorno a la circulación espontánea (ROSC) menor a 45 minutos de reanimación y que no cursaran con choque hipovolémico. Se mantuvo temperaturas entre 32 a 34°C durante 24 horas con calentamiento entre 4 a 12 horas y seguimiento durante la hospitalización y a los 28 días evaluando estado neurológico según la escala Cerebral Performance Categories (CPC).

Resultados: Entre Octubre del 2014 a Marzo de 2015 catorce pacientes cumplieron los criterios de inclusión, nueve completaron el protocolo de hipotermia, 6 de estos estuvieron vivos a los 28 días; cinco se mantuvieron sin secuelas neurológicas y uno con secuelas leves. La temperatura estuvo dentro de la meta el 80 al 90% del tiempo. Se suspendió la terapia a quienes presentaron nuevo paro cardíaco o sangrado, las alteraciones más comunes fueron bradicardia y disminución del gasto urinario; que mejoraron al retornar a temperaturas normales.

Conclusiones: La hipotermia terapéutica produce disminución de secuelas neurológicas en pacientes post paro cardíaco independiente del ritmo de paro. La temperatura se mantiene fácilmente dentro del rango sugerido si la terapia se inicia de forma temprana. Esta terapia puede llevarse a cabo con bajos recursos económicos.

Referencias:

1. Navarro Vargas J. Registro de paro cardíaco en el adulto. Rev Fac Med. 2005;53(3):196-203.
2. Peberdy MA, Callaway CW, Neumar RW, Geocadin RG, Zimmerman JL, Donnino M, et al. Part 9: post-cardiac arrest care: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010;122(18 Suppl 3):S768-86.

37 USO DE OXIDO NITRICO INHALADO EN LA FALLA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA REFRACTARIA POR SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO Y OTRAS CAUSAS

Menchaca A, Mercado S, Madruga L.

Hospital pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay

Introducción: El Síndrome de Distres Respiratorio Agudo (SDRA) es una entidad con elevada morbimortalidad en adultos y niños. La terapia con óxido nítrico inhalado (ONi) es coadyuvante en el SDRA severo ante el fracaso de la ventilación mecánica convencional.

Objetivos: 1) Valorar la aplicación de un protocolo de administración de ONi en la falla respiratoria hipoxémica refractaria por SDRA y otras causas; 2) Evaluar su efecto sobre la oxigenación y; 3) Determinar su impacto sobre la mortalidad.

Material y métodos: Se realizó la revisión de los casos en los cuales se aplicó el protocolo para utilización de ONi en el fallo respiratorio severo en pacientes con SDRA y otras causas entre abril de 2010 y setiembre de 2015; obteniendo historias clínicas del archivo del hospital pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell. Se incluyeron los casos mayores de 28 días con diagnóstico de falla respiratoria aguda refractaria que luego de optimizada la ventilación mecánica convencionales se observaba la persistencia de un índice de oxigenación (IO) mayor o igual a 12.

Resultados: Se estudiaron 22 pacientes, la mortalidad fue de 36%. El 55 % respondió a la terapia con ONi con franca mejoría del IO, no se observándose disminución en la mortalidad.

Conclusiones: El tratamiento con ONi puede ser una terapéutica coadyuvante en la falla respiratoria hipoxémica refractaria, determinando una mejoría de la oxigenación en la mayoría de los casos. No pudiéndose valorar el impacto en la mortalidad por el tamaño de la muestra.

Referencias:

- The Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. Pediatric Acute Respiratory Distress Syndrome: Consensus Recommendations From the Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatr Crit Care Med* 2015; 16 (30): 1-12

- Fioretto JR, Carpi MF, Bonatto CR, et al. Óxido Nítrico Inalatório para Crianças com Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo. *Rev Bras Terapia Intensiva* 2006; 18 (4): 407-11.

39 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: INCIDENCIA, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y UTILIZACIÓN DE ESTRATEGIAS VENTILATORIAS

Hernandez García, M.E.; Mercado, S.; Menchaca, A.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay.

Introducción: El SDRA, ha sido foco de investigación y de varios consensos para llegar a una definición que tenga aplicabilidad clínica.

El uso de estrategias ventilatorias de protección pulmonar ha mejorado el pronóstico y sobrevida, tanto en niños como en adultos.

Objetivos: Conocer los criterios empleados para el diagnóstico de SDRA y determinar la incidencia de SDRA.

Identificar si se aplicaron estrategias de protección pulmonar.

Material y método: Estudio prospectivo observacional, de cohorte única, llevado a cabo del 1 de enero al 31 de diciembre de 2013, en Unidad de Cuidados Intensivos del Niño (UCIN) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Se incluyeron pacientes de 1 mes a 14 años, a quienes se les hizo el diagnóstico de SDRA.

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron a UCIN 167 pacientes portadores de insuficiencia respiratoria aguda, 77 requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM). Los criterios empleados para la definición de SDRA fueron los considerados por la conferencia Consenso, según lo cual la incidencia de SDRA fue del 24,7/1000 en el periodo estudiado.

La modalidad ventilatoria empleada en este grupo fue asistida controlada por presión. En 57,9% de los pacientes se utilizó volumen tidal (VT) de 6cc/k o menos. Logrando hipercapnia permisiva en 52,6% de los pacientes. La fracción inspirada de oxígeno empleada tuvo como objetivo niveles de hipoxemia permisiva en un 63,2% de los pacientes. En todos se llevaron a cabo maniobras de reclutamiento, 66,2% por presión y 36,8% posición prono.

Conclusiones: La existencia de variaciones importantes en la incidencia de esta patología, depende de los criterios utilizados para definirla.

En los pacientes en los que se hizo el diagnóstico se trató de emplear una estrategia de ventilación protectora.

En el futuro, será necesario adaptar los criterios diagnósticos a la población pediátrica.

Bibliografía

1. Bernard GR, Artigas A, Brigham K, et al. The American-European consensus conference on ARDS: definitions, mechanisms relevant outcomes, and clinical trial coordination. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 818-824

2. Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, et al. Acute Respiratory Distress Syndrome The Berlin Definition. *JAMA* 2012; 307(23): doi:10.1001/jama.2012.5669

38 FORMA DE PRESENTACION DEL PANHIPOBITUITARISMO CONGENITO EN LA ETAPA NEONATAL. REPORTE DE CASO

Ambrosini M, Menchaca A, Mercado S, Munch L.

Sanatorio Americano, Montevideo, Uruguay.

Introducción: El hipopituitarismo congénito es una enfermedad poco frecuente con una incidencia de 1 a 42 casos nuevos por millón de habitantes. Se define como la deficiencia de al menos una hormona adenohipofisaria con expresión clínica variable, pudiéndose hallar deficiencia aislada o múltiple de hormonas hipofisarias. La forma de presentación habitual se caracteriza por hipoglicemia neonatal asociada o no a micropene, defectos de la línea media y en menor frecuencia colestasis neonatal.

Caso clínico: Lactante de 2 meses que presentó hipoglicemias en el período neonatal precoz e hipotonía. Se confirmó el diagnóstico de hipotiroidismo secundario y se inició tratamiento con hormona tiroidea. En la evolución agregó hiperbilirrubinemia a predominio de bilirrubina directa. Con planteo de colestasis neonatal se descartaron causas infecciosas, quirúrgicas urgentes y enfermedades metabólicas. Se realizó biopsia hepática que evidenció hepatitis a células gigantes. Mantuvo hipoglicemias con altos requerimientos de glucosa por vía intravenosa obteniéndose muestra crítica con perfil hormonal descendido para ACTH, cortisol y hormona de crecimiento confirmándose déficit de hormonas contrarreguladoras adenohipofisarias. Se inicia tratamiento con hidroclorotona con mejoría progresiva del síndrome colestático y normalización de glicemias. Se completa valoración con resonancia magnética de cráneo con enfoque de silla turca que muestra hipoplasia hipofisaria, ausencia de tallo hipofisario, neurohipófisis ectópica y nervio óptico normal.

Es importante descartar hipopituitarismo congénito en todo paciente que se presente con colestasis neonatal e hipoglicemia persistente. Enfermedad poco frecuente, pero con una presentación típica y muy grave, la cual tiene un tratamiento específico que cambia el pronóstico del paciente.

Bibliografía:

1- Ascoli P, Cavagnini F. Hypopituitarism. *Pituitary*. 2006; 9:335-342.

2- Lammoglia J, Eyzaguirre F, Unanue N, Román R, et al. Hipopituitarismo congénito: experiencia en 23 casos. *Rev Méd Chile* 2008;136(8):996-1006.

3. Karnsakul W, Sawathiparnich P, Nimkarn S, Likitmaskul S, et al. Anterior pituitary hormone effects on hepatic functions in infants with congenital hypopituitarism. *Ann Hepatol* 2007;6(2):97-103

40 AGITACIÓN Y DELIRIUM EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Mesa P, Altez S, Favretto S, Orellano Lecor S

Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

Introducción: La agitación y el delirium constituyen un grave problema en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Objetivo: Determinar incidencia, características de la población, y mortalidad para la agitación y el delirium.

Material y método: Estudio prospectivo, descriptivo, observacional de pacientes ingresados a la UCI (abril 2014 - 2015). Criterios de inclusión: ventilación mecánica invasiva (VMI) > 48 horas. La agitación se evaluó mediante la escala de Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) RASS ? +1

El diagnóstico de delirium mediante el Confusion Assessment Method Intensive Care Unit (CAM-ICU) positivo. Los test utilizados fueron: Test de Fisher, Mann-Whitney y test de Student. Nivel de significancia p< 0.05. Las variables asociadas al delirium y muerte se ajustaron por modelo logístico.

Resultados: Incluidos 290 pacientes, se realizó CAM-ICU a 230, 184(80%) presentaron delirium. Comparando delirium versus no delirium se observó: sexo masculino 64% vs 50% (p= 0.09), edad 61,7 ± 17.5 vs 55,9 ± 17.8 años (p=0.04), alcoholismo 31% vs 17% (p=0.04), días de estadía 11 vs 8 (p=0.01), días de VMI 7 vs 3.5 (p=0.001), días analgesia 2 vs 1 (p=0.001), días de sedación 2 vs 1 (p=0.001), mortalidad 22% vs 10% (p=0.08). Según el modelo logístico resultados significativos: para delirium edad mayor 66 años (OR=2.18 [IC 1.05-4.06]) y alcohol (OR=2.18 [IC 1.1- 7.8]). Para mortalidad al alta días de sedación (OR=1.24, [IC 1.06-1.46]), VMI > 7 días (OR=3.88, [IC 1.72-8.74]) y APACHE II (OR=1.04, [IC 1.01-1.08]). La población con agitación fue (65%). Comparando agitación vs no agitación se observó: tabaquismo 57% vs 43 % (p=0.04), dolor 46% vs 54% (p=0.02). El 8% no presentó delirium.

Conclusiones: La incidencia de delirium y agitación es elevada. No todos los agitados presentan delirium. La edad, alcoholismo, sexo masculino, sedoanalgesia, VMI y estadía se asociaron con delirium. La edad mayor de 66 años y el alcohol son factores de riesgo independientes. El tabaco y el dolor se asocia a agitación. Delirium y agitación no son predictores para mortalidad.

41 PARO CARDIACO POR PROPOFOL. REPORTE DE CASO

Cebey A., Cardoso C., De los Santos N., Acevedo M., Domínguez J., Nicola J.
CO.ME.RO IAMPP, Rocha, Uruguay

Introducción.- El propofol es un fármaco administrado con frecuencia en la inducción anestésica, procedimientos invasivos de breve duración así como para mantener sedación en pacientes críticos. Los efectos adversos más frecuentemente reportados son hipotensión, bradicardia, siendo el más grave el Síndrome de Infusión de Propofol. El mismo se trata de un complicación poco frecuente caracterizada por el desarrollo de acidosis metabólica, rhabdomiólisis e hiperkalemia, que puede llevar al paro cardiorespiratorio, asociada principalmente a infusiones por más de 48 horas.

El mecanismo sugerido estaría relacionado a una susceptibilidad para desarrollar falla en la oxidación de ácidos grasos a nivel mitocondrial.

A continuación presentamos un caso de paro cardíaco asociado a la administración de un bolo de propofol previo a procedimiento quirúrgico.

Presentación del caso.- Paciente de 43 años, SM, ingresado por ACV hemorrágico, a quien se le administra propofol en dosis de 130 mg i/v para realizar un procedimiento quirúrgico de recanalización de traqueostoma. Las rutinas preoperatorias incluyendo potasemia fueron normales. A los pocos minutos presenta al monitor ensanchamiento de complejo QRS y posteriormente PCR en asistolia. Se realiza RCP según protocolos, constatándose tras 12 minutos de resucitación inefectiva, potasemia de 6.2 mEq/L y acidosis metabólica severa, por lo que se administra gluconato de calcio al 10% intravenoso y bicarbonato de sodio retonando en forma inmediata circulación espontánea.

Evoluciona posteriormente en shock con requerimientos de vasopresores durante 12 horas y recuperación neurológica al estatus previo en las primeras 24 horas. De la valoración posterior se destaca desarrollo de rhabdomiólisis con cifras de CPK de hasta 31.000 UI/L a las 48 horas del evento que posteriormente normaliza. Se descartaron otras posibles causas del PCR.

Discusión.- Existen limitados reportes de casos que vinculan el desarrollo de hiperpotasemia severa a la administración de bolos de propofol. En este caso el desarrollo de hiperpotasemia brusca, acidosis metabólica severa, rhabdomiólisis y paro cardiorespiratorio nos obliga a plantear una forma de presentación menos conocida del Síndrome de Infusión de Propofol.

Conclusión: Ante un PCR posterior a la administración de propofol debemos pensar rápidamente en la hiperpotasemia y acidosis como elementos a corregir.

43 ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTES CRÍTICOS NO NEUTROPÉNICOS. REPORTE DE CASOS

González F., López S., Soto JP, Grill F.

1.Residente Medicina Intensiva Hospital Maciel. 2.Residente Medicina Intensiva Asociación Española. 3.Médico Intensivista Hospital Maciel y Asociación Española. 4.Médico Intensivista Asociación Española. Unidad de Enfermedades Infecciosas Hospital Maciel.

INTRODUCCIÓN. La Aspergilosis pulmonar invasiva (API) en el paciente crítico no neutropénico ha sido motivo de estudio e interés en los últimos años, pudiéndose reconocer hasta un 15% de los pacientes con patología respiratoria crónica que requieren ingreso a CTI.

Los factores de riesgo más frecuentemente implicados son la EPOC, ASMA, la presencia de bronquiectasias y la corticoterapia sistémica.

A continuación exponemos dos casos de API en pacientes con patología respiratoria crónica que requirieron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

CASO 1.

Mujer de 58 años, asmática, corticodependiente.

Historia de 6 días no febril de disnea sibilante y progresiva que la llevó a la insuficiencia respiratoria severa por lo que se procede a intubación orotraqueal e ingreso a UCI.

Difícil manejo ventilatorio con presiones en vía aérea elevadas y mal intercambio gaseoso.

Se inicia antibióticos y broncodilatadores.

En lo microbiológico, Antígeno neumocócico en orina, panel viral negativos, y cultivos sin desarrollo. Aspirado traqueal con aislamiento de *Aspergillus* spp.

Persiste con leucocitosis elevada, se aumenta cobertura antibiótica con respuesta parcial.

Tomografía axial computada tórax: Imágenes en vidrio esmerilado, en ambos pulmones. Sin foco de consolidación.

Se inicia Anfotericina B deoxicolato con mejoría parcial inicial, con peoría respiratoria grave y refractoria y posterior fallecimiento.

CASO 2.

Mujer de 67 años. Obesa. Ex tabaquista. Asmática con mal control.

Historia no febril de 7 días de disnea sibilante y tos sin expectoración. Consulta en Emergencia constatando hiperleucocitosis e insuficiencia respiratoria tipo II. Ingresó a sala bajo tratamiento con antibióticos y broncodilatadores con mala evolución clínica que requiere IOT y ARM y su ingreso a UCI.

La Tomografía axial computada de tórax mostró aumento densidad de parénquima pulmonar bilateral. Sin broncograma aéreo. Del cultivo del LBA se aísla *Aspergillus* sin otro aislamiento de microorganismo. Galactomanano en LBA: 4,3 (N<0,5).

Recibe tratamiento antifúngico con voriconazol con buena evolución inicial, con una agravamiento posterior por sobreinfección respiratoria por *Pseudomonas*, falleciendo en fallo multiorgánico.

DISCUSIÓN. La API ha tomado relevancia en los últimos años como agente causal de ingreso en la UCI, en particular los pacientes con patología respiratoria crónica. Debe ser sospechado en pacientes con los factores de riesgo descritos y una mala evolución clínica. Es necesario realizar un diagnóstico precoz a través de cultivos para hongos y pruebas de galactomanano en el LBA, debido a la alta mortalidad relacionada que puede ser mayor al 70% de acuerdo con los datos internacionales.

42 CLOSTRIDIOSIS RAPIDAMENTE FATAL DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO. REPORTE DE CASOS

Cebey A., Domínguez J., Cardoso C., De los Santos N., Acevedo M., Nicola J., Franchi C., Servetto R., Rieppi G.
CO.ME.RO IAMPP, Rocha, Uruguay

Introducción.- La sepsis por *Clostridium perfringens* (CP) de origen no traumático es un cuadro infrecuente, con alta mortalidad, siendo más elevada aún cuando se asocia hemólisis masiva. La incidencia real no es conocida ya que el diagnóstico premortem es excepcional.

Presentamos dos casos con desenlace fatal en pocas horas, que presentaron dolor abdominal, hemólisis, disfunción orgánica múltiple y gas a nivel hepático.

Presentación de casos:

Caso 1: paciente SM, 65 años, que consulta en emergencia por dolor abdominal y orinas hipercoloreadas. Agrega hipotensión e hiperlactatemia, ingresando a UCI con planteo de pancreatitis aguda. El laboratorio clínico informa imposibilidad de analizar muestras de sangre debido a hemólisis masiva. (Hematocrito 1% y GR 200.000 x mm³). La TC de abdomen evidencia gas intrahepático. A la hora del ingreso hemoptisis masiva y shock que determina fallecimiento del paciente. No se identificó germen.

Caso 2: paciente 64 años, SM, diabético, ingresa a emergencia por cuadro agudo de abdomen de 72 horas de evolución, ictericia, orinas hipercoloreadas y shock. De la paraclínica se destaca hiperbilirrubinemia a predominio de indirecta y LDH aumentadas. En la TC de abdomen se observa aire intrahepático y perivesicular. Se realiza laparotomía exploradora, fallece a las 12 horas del ingreso. Hemocultivos y líquido peritoneal positivos a *Klebsiella oxytoca* y CP.

Discusión.- La sepsis por CP de origen no traumático presenta una altísima mortalidad y en pacientes que asocian hemólisis y compromiso hepático con presencia de gas, se reporta mayor a 90%; siendo la media entre consulta y muerte de 6 horas. El tratamiento precoz con antimicrobianos y control del foco es la única opción que en la gran mayoría de los casos no logra instaurarse a tiempo.

En el primer caso la asociación de hemólisis masiva y gas en la vía biliar, presumimos que el CP era el agente causal.

Conclusiones: Ante un cuadro agudo de abdomen que se presenta con hemólisis y gas a nivel intra y/o perihepático, debemos pensar en el CP como agente e instaurar tratamiento inmediato con antimicrobianos específicos, soporte vital y control del foco.

44 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES QUEMADOS.

Lemos, F., Morelli P., Degiovanangelo M., Burghi G.
Centro Nacional de Quemados, Montevideo, Uruguay.

Introducción: La ansiedad y depresión son trastornos frecuentemente hallados en los familiares de los pacientes críticos. El desarrollo de estos elementos se asocia a dificultades de comunicación y al desarrollo de conflictos entre la familia y el equipo asistencial.

Objetivos: 1. Evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en los familiares de los pacientes quemados.

2. Definir los factores asociados al desarrollo de ansiedad y depresión.

3. Determinar la necesidad de asistencia psicológica percibida por la familia.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio prospectivo mediante una encuesta a los familiares de los pacientes ingresados al Centro Nacional de Quemados de Montevideo-Uruguay. Esta encuesta se realizó en la primer semana del ingreso a la unidad y posteriormente a los 90 días de la primer entrevista.

La presencia de elementos de ansiedad y depresión se evaluaron mediante el score HADS (Herramienta validada en Español).

Resultados: Se recibieron 63 encuestas completas. Las mismas correspondían predominantemente a esposas (20%), padres (15%) y hermanos (19%). El 59% de los familiares presentan elementos de ansiedad y el 43% elementos de depresión en la primer semana de ingreso a la unidad. El 42% de los familiares desearía recibir apoyo psicológico en este momento de la evolución de los pacientes.

Los factores asociados al desarrollo de depresión fueron: una mayor severidad (APACHE II 21 + 7 vs 17 + 6; p=0,03) y una convivencia más prolongada con el paciente (17 + 10 años vs 10 + 12 años; p=0,03). No encontramos elementos asociados al desarrollo de ansiedad.

A los 90 días un 25% de los familiares persistían con ansiedad y un 16% con depresión.

Recomendaciones/conclusiones: La prevalencia de ansiedad y depresión en los familiares de los pacientes ingresados a un centro de quemados es muy elevada. Estos trastornos persisten a lo largo del tiempo en un gran número de casos.

Deben instrumentarse estrategias que permitan reconocer y tratar a este grupo de familiares.

45 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO MÉDICO EN LAS UCIs DEL URUGUAY .

Pereyra C, Gestido X, Artucio H, Alzugaray P, Burghi G.
Estudio multicéntrico..

Introducción: La medicina intensiva se desarrolla en nuestro medio desde hace más de 40 años. A lo largo de esta historia varios estudios han evaluado las características del trabajo médico en las UCIs (unidades de cuidados intensivos) de nuestro país.

En vistas al cambio de modelo laboral en UCI es fundamental conocer ciertas características actuales del trabajo médico en Uruguay.

Metodología: Estudio descriptivo. Se presentan los datos preliminares de una encuesta que se está llevando a cabo entre los médicos intensivistas que trabajan en las diferentes UCIs del Uruguay. Las variables continuas se presentan como mediana (cuartiles 25%-75%).

Resultados: Se recibieron 197 encuestas. Estas correspondieron a 150 (77%) intensivistas titulados y 45 residentes y postgrados de la especialidad. La edad fue de 44 (35-53). La actividad laboral de los encuestados se desarrolla en un 44% exclusivamente en Montevideo mientras un 23% lo hace solamente en el interior. El 30% tiene otra especialidad.

Un 68% trabaja en una o dos UCIs. Semanalmente la carga laboral en UCI es de 48 (32-60) horas, con la realización de 2 (1-2) guardias nocturnas. El 90% realiza al menos una guardia nocturna en UCI. La carga laboral fuera de UCI es de 20 (7,5-32) horas.

El 66% considera que trabaja en exceso y un 71% considera insuficiente su remuneración. El 83% está conforme con la elección de la medicina intensiva como especialidad.

Conclusiones: Los intensivistas en nuestro medio presentan un importante carga laboral tanto en la UCI como fuera de ella. El trabajo nocturno lo realizan la gran mayoría de los encuestados. Si bien el trabajo en exceso y la insuficiente remuneración son percibidos por la mayoría de los intensivistas, la elección de la especialidad no está cuestionada.

47 INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LA INJURIA RENAL AGUDA EN MEDICINA INTENSIVA

Sande L, Correa P, Tenzi J, Piriz S, Quinteros X, Suarez F, Enrique P, Giordano A, Nin N, Paciel D.

Hospital Español, Sanatorio Casa de Galicia, Hospital Policial, Montevideo, Uruguay.

Hospital Florida, COMEF, Florida, Uruguay

Introducción: La injuria Renal Aguda (IRA), complicación frecuente en los pacientes críticos y asociada a mal pronóstico.

Una nueva definición unificadora del grupo KDIGO hace necesario conocer diferentes aspectos de la IRA en nuestro medio.

Materiales y método: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de pacientes de UMI polivalentes de centros referidos durante un mes.

El objetivo principal fue estudiar la incidencia y el desenlace de los pacientes con IRA. Análisis estadístico: χ^2 , Mann-Whitney para muestras independientes.

Factores de riesgo asociados a mortalidad e IRA: análisis multivariado de regresión logística. p menor 0,05 significativo.

Resultados: Período: 13/4/15 al 13/5/15.

$n = 55$ UMI Polivalentes de Centros referidos. Mediana de edad: 69 años. Sexo femenino: 52,7%.

Incidencia de IRA: 54.5% (30/55). Estadio KDIGO 1: 53.3%, 2: 26.7%, 3: 20%.

La mediana de estadía en UMI y de APACHE II de los pacientes con IRA versus sin IRA fue de 9 días versus 8.5 días(NS) y 26 versus 15 ($p < 0.001$) respectivamente.

La mortalidad al alta de UMI, al alta hospitalaria y a los 28 días de pacientes con IRA versus sin IRA fue de 46.6% (14/30) versus 16% (4/25) ($p < 0.022$), 63.3% (19/30) versus 16% (4/25) ($p < 0.001$) y 63.3% (19/30) versus 20% (5/25) ($p < 0.001$) respectivamente. Recibieron tratamiento dialítico en las primeras 48 horas el 13.3% (4/30) de los pacientes con IRA.

El análisis multivariado de regresión logística no identificó factores de riesgo independientes para mortalidad, identificó al shock como factor de riesgo independiente para el desarrollo de IRA ($p < 0.047$, OR 4.7).

Conclusiones: La incidencia de IRA según la definición KDIGO fue de 54.5% siendo el estadio 1 el más frecuente (53.3%). La mortalidad de los pacientes con IRA fue significativamente mayor aunque no se pudo identificar a la misma como factor de riesgo independiente para mortalidad.

Referencia:

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. *Kidney Inter., Suppl.* 2012; 2: 1-138.

46 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS INTENSIVISTAS DEL URUGUAY .

Gestido X, Pereyra C, , Martinez V, Artucio H, Alzugaray P, Burghi G.
Estudio multicéntrico..

Introducción: El trabajo en medicina intensiva presenta características que lo hacen propicio para el desarrollo de ansiedad y depresión. El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en los intensivistas e identificar los factores asociados a su desarrollo.

Metodología: Se realizó una encuesta entre los médicos intensivistas del Uruguay.

Resultados: Se recibieron 197 encuestas. La prevalencia de elementos ansiedad fue de 26% mientras que los elementos de depresión se presentaron en el 17%.

Los factores asociados al desarrollo de ansiedad fueron: la mayor frecuencia de decisiones de LET (15% quienes no las toman, 21% quienes lo hacen ocasionalmente y 47% si es habitual, $p = 0,003$); la percepción de trabajar en exceso (31% vs 15%, $p = 0,01$); no participar en la educación de los hijos (40% vs 21%, $p = 0,001$); la frecuencia de días libres (20% semanalmente, 37% quincenalmente, 53% ocasionalmente, $p = 0,005$) y una mayor cantidad de horas de trabajo fuera de UCI (30 + 26 vs 20 + 17, $p = 0,006$).

Los factores asociados al desarrollo de depresión fueron: una menor cantidad de días libres (15% semanalmente, 21% quincenalmente, 47% ocasionalmente, $p = 0,002$), percepción de un tiempo insuficiente para la educación de los hijos (30% vs 13%, $p = 0,03$) y la presencia de conflictos con enfermería (24% vs 7%, $p = 0,002$). Otros factores asociados a esta alteración son: menor dedicación a la lectura (28 vs 12% $p = 0,03$), no encontrarse con amigos (32% vs 12%, $p = 0,02$), y menos práctica de deportes (25% vs 11%, $p = 0,02$).

Conclusiones: Los intensivistas en nuestro medio presentan frecuentemente ansiedad y depresión. Este estudio logró identificar factores de riesgo de estas alteraciones.

48 ANTES Y DESPUÉS: COMPARACIÓN DEL INTERCAMBIO GASEOSO Y LA MECÁNICA PULMONAR PRE Y POST TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA

Rodriguez F, Quinteros X

Hospital Policial, Hospital Español

Introducción: La traqueostomía (TQT) es ampliamente utilizada en las Unidades de Medicina Intensiva (UMI) con vistas a favorecer la liberación de pacientes sometidos a Ventilación Mecánica (VM) prolongada. Sin embargo el exacto mecanismo que favorece la liberación de la misma (cambios en la mecánica respiratoria, espacio muerto), continúa siendo tema de controversia. Decidimos por tanto analizar los cambios en mecánica respiratoria e intercambio gaseoso antes y después de la realización de la TQT en pacientes sometidos a VM.

Materiales y Método: pacientes en VM que requiriesen la realización de TQT. Se realizó TQT percutánea según técnica de Giaglia Blue Rhino®.

Se registró intercambio gaseoso, Rva, Presión pico (Ppico) y Presión plateau (Pplateau), Compliance dinámica (Cdin) y semi-estática (Cs-estat) inmediatamente antes, a la hora y 6 horas post TQT. (tabla 1).

Resultados: Datos expresados en media $\pm$ SD. Se utilizó el test de T para comparación de muestras relacionadas.

24 pacientes; edad 64 ± 11 , APACHE II 24 ± 8 , días de ARM 13 ± 6 , PEEP 8 ± 2 Tabla 1. Evolución de parámetros respiratorios. ($n = 24$)

	PRE TQT	1 h post TQT	p	PRE TQT	6 hs. Post TQT	p
PaO ₂ /FiO ₂	315 $\pm$ 134	252 $\pm$ 113	0.01	315 $\pm$ 134	294 $\pm$ 96	0.72
PCO ₂	47 $\pm$ 15	49 $\pm$ 16	0.40	47 $\pm$ 15	49 $\pm$ 13	0.46
Ppico	30 $\pm$ 9	27 $\pm$ 8	0.03	30 $\pm$ 9	25 $\pm$ 6	0.02
Pplateau	20 $\pm$ 6	21 $\pm$ 6	0.93	20 $\pm$ 6	19 $\pm$ 5	0.94
Cdin	32 $\pm$ 17	34 $\pm$ 15	0.59	32 $\pm$ 17	34 $\pm$ 11	0.59
Cs-estat	56 $\pm$ 35	55 $\pm$ 53	0.95	56 $\pm$ 35	49 $\pm$ 16	0.09
Rva	14 $\pm$ 5	13 $\pm$ 9	0.53	14 $\pm$ 5	11 $\pm$ 9	0.21

Conclusiones:

Hay una caída significativa del Pafi a la hora del procedimiento con recuperación a las 6 horas.

Hay una caída significativa de la Presión pico de vía aérea,

Se objetivó un descenso no significativo de las Rva. que no explicaría el beneficio de la misma en la desvinculación de la VM

49 PERFORACIÓN GÁSTRICA POR REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR. REPORTE DE CASO

Dr. José Echeveste (Residente de 4to año).

Dr. Eduardo da Rosa (Cirujano del Servicio).

Dr. Martín Salvatierra (Asistente del Servicio).

Dr. Néstor Campos (Jefe del Servicio).

Servicio de Cirugía

Hospital Regional del Norte Salto

Resumen:

La ruptura iatrogénica del estómago es una complicación rara de la reanimación cardiopulmonar (incidencia de 0,1%) de la que hay menos de 50 casos publicados en la literatura médica, puede ocurrir durante las maniobras de compresión esternal o por ventilación imperfecta.

Andral (1831) menciona la ruptura espontánea de estómago en animales, y admitía que las rupturas espontáneas en el hombre habían ocurrido en estómagos previamente enfermos.

La mayoría de los casos publicados presentaron la lesión en la curvatura menor del estómago, próxima a la unión gastroesofágica.

La mortalidad relacionada con la ruptura gástrica es del 80%.

Presentamos un caso de una paciente de sexo femenino de 76 años de edad que posterior a maniobras de respiración boca a boca presenta neumoperitoneo, realizándose diagnóstico intra operatorio de perforación gástrica iatrogénica por respiración boca a boca.

1 VENTILACIÓN PRONO EN UN PACIENTE CON INJURIA ENCEFÁLICA QUE PRESENTA SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO. REPORTE DE CASO.

Mello L.S., Gomez M.

Servicio Médico Integral. Montevideo, Uruguay.

Introducción: Los pacientes con enfermedad neurológica grave son firmes candidatos a presentar disfunción multiorgánica, la insuficiencia respiratoria aguda es el fallo no neurológico más frecuente entre los pacientes neurocríticos y afecta un 23% de ellos.

Teniendo en cuenta los efectos deletéreos de la hipoxemia cerebral sobre el pronóstico de los pacientes neurocríticos presentamos este caso donde se aplica técnica de decúbito prono a pesar del diagnóstico inicial del paciente para mejor pronóstico sobre la que morbimortalidad.

Destacamos que la técnica de decúbito prono está contraindicada en el paciente con hipertensión endocraneana.

Nuestro objetivo es compartir el conocimiento adquirido sobre un caso clínico de ventilación prono, en un paciente con injuria encefálica cursando un síndrome de distress respiratorio agudo, ya que es un suceso no frecuente.

Caso clínico: Paciente: sexo femenino, 15 años, sin antecedentes personales a destacar.

El día 24/9/2014 estando en centro comercial sufre cefalea intensa, vómitos y episodio pre sincopal.

Ingresa a la emergencia de la institución 20.30 h., mantiene cefalea con nalgia y sensación nauseosa.

Posteriormente es valorada por neurólogo que solicita angio tomografía de cráneo. Muestra: hematoma temporal derecho 29 x 17 x 40 mm. abierto a ventrículos. Presenta efecto de masa dado por compresión de surcos.

En fase de angiografía se observa nido vascular compatible con malformación arterio-venosa. Valorada la paciente por Neurocirujano solicita Angiografía de cuatro vasos: nido vascular compatible con malformación arterio-venosa.

Al regreso a C.E.D.I.V.A (Centro de diagnóstico e intervención vascular) 10 h., paciente deprimida con tendencia al sueño, excitación y no obedece ordenes. Valorada por anestesta decide intubación orotraqueal y anestesia general.

Descripción cronológica: 24/9/2014 13 h. es intervenida quirúrgicamente: excéresis malformación arterio-venosa.

29/9/2014 se realiza intervención quirúrgica por hinchazón cerebral, hipertensión endocraneana refractaria post hematoma temporal derecho realizándose craneotomía descompresiva.

Evoluciona post cirugía con síndrome de distress respiratorio agudo, que luego de reclutamiento se decide técnica decúbito prono.

Del 29/9/14 23h al 1/10/14 10h (transcurrieron 35 horas) en decúbito prono. Mejorando la paciente se decide rotar decúbito supino.

2 INDICE BIESPECTRAL: UN NUEVO SISTEMA DE MONITORIZACION Y OPTIMIZACION DE LA SEDACION MODERADA Y PROFUNDA DE LOS PACIENTES CRITICOS

Lic Galeano, A; Lic Pomar, A; Lic Cortinas, M; LicFerro, L.LicRusso, M; Lic Soria, N; LicTritten, D;

Departamento de Medicina Intensiva Hospital Policial, Montevideo. Octubre 2015

INTRODUCCION: Este trabajo fue realizado en el periodo agosto-setiembre 2015 realizándose una aplicación de una nueva herramienta de valoración del nivel de sedación moderada y profunda, uso y beneficios.

Actualmente no existen escalas para la medición de sedación moderada y profunda para prevenir complicaciones de la infra y suprasedación.

Consideramos importante su conocimiento, para lograr optimizar los cuidados ya que no existen antecedentes de dicha herramienta a nivel nacional en terapia intensiva.

MATERIAL Y METODO: Es un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, no probabilístico por conveniencia.

Se incluirán requerimiento de 24 a 72 horas de sedación moderada a profunda.

Se excluyen: patología neurocrítica-neuromuscular.

El instrumento consta de una vincha que monitoriza la actividad electroencefalografía que ocupa un rango de 0 a 100 (infrasedado mayor a 60 y suprasedado menor a 40). Para conseguir un valor certero del índice biespectral (BIS) se deberá medir el índice de calidad de señal, tasa de supresión y electromiograma.

Se registra además las escalas clínicas, los procedimientos, eventos adversos y administración de sedación- analgesia.

RESULTADOS: Se realizó un corte a 1 mes de estudio: teniendo en cuenta un tiempo escaso (un mes) y como limitantes el bajo porcentaje de usuarios que ingresan con criterio de inclusión. Se logró aplicar el protocolo a un número de 5 pacientes.

Las patologías de ingreso en el protocolo correspondieron a insuficiencia respiratoria y patología abdominal.

CONCLUSIONES: Se pudo identificar la aceptación y receptividad por parte del personal de enfermería pero se identificó el déficit de registros ya que se incorpora una nueva herramienta al servicio.

Se pudo concluir que los pacientes con monitoreo biespectral no presentaron eventos adversos durante la sedación y monitorización en este corto periodo. Consideramos de importancia destacar que las conclusiones finales se podrán realizar con certeza con un número de población mayor al final este estudio en agosto de 2016.

REFERENCIAS

1-Índice Biespectral para monitorización de la consciencia en anestesia y cuidados críticos: guía de práctica clínica. 2008. Sociedad Castellano-Leonesa de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.

2- Enfermería en la monitorización del Índice Biespectral. Enfermería Docente 2010; 92: 10-13 Málaga

RESUMEN TRABAJO FISIOTERAPIA

1 ROL DE LA FISIOTERAPIA EN LA ATELECTASIA, EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 24 MESES INTERNADOS EN UCIN-CHPR.

Lic. Ft. Leticia Gonzalez Lotito

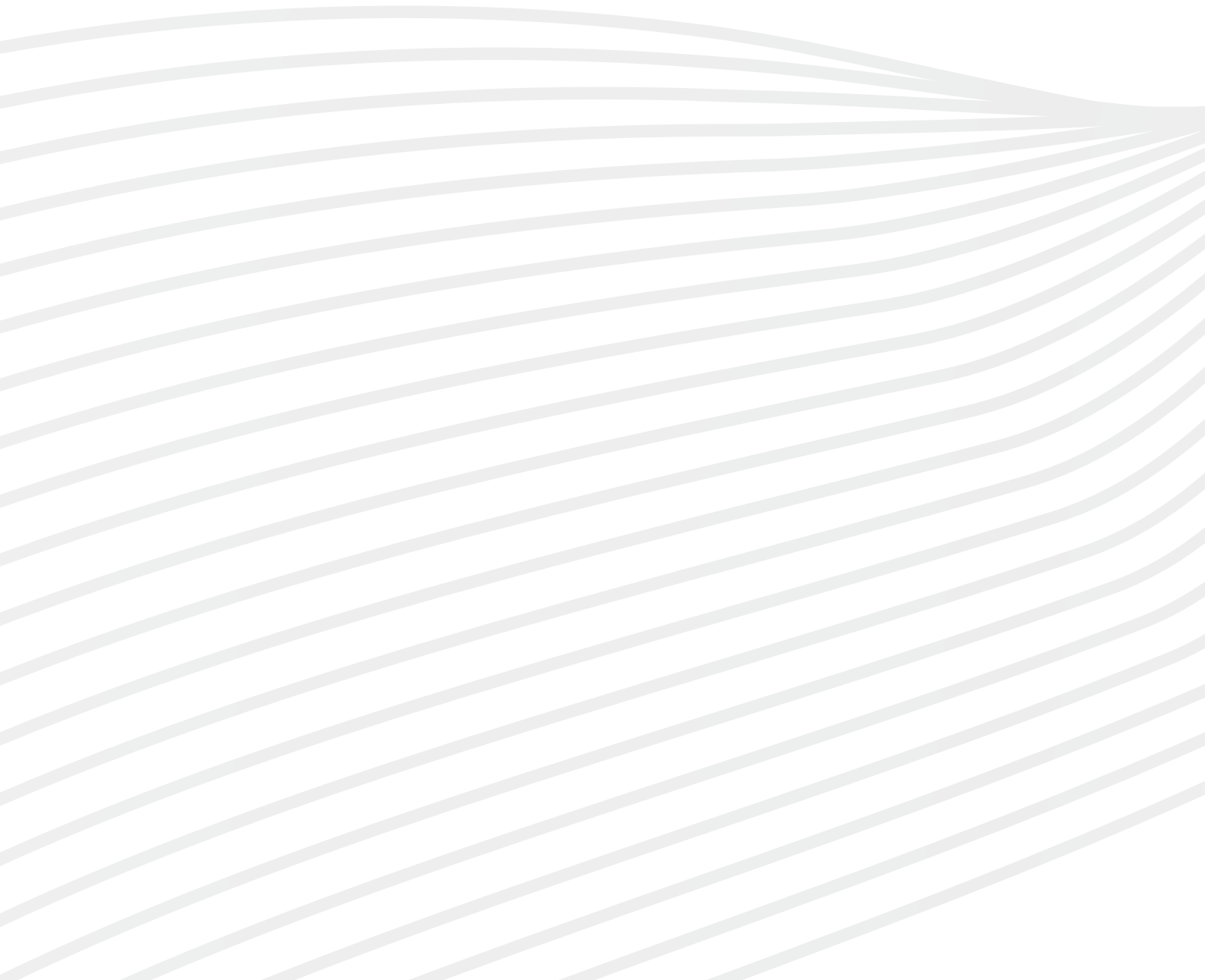
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Introducción: Considerando la Atelectasia como manifestación de una patología pulmonar subyacente, donde ocurre el colapso de unidades pulmonares periféricas. Existen antecedentes de la utilización de ayuda instrumental como el ambú, para acompañar las maniobras Kinésicas en el tratamiento de la misma.

Objetivo: Evidenciar el valor de la Fisioterapia en el tratamiento global de las Atelectasias.

Resultados: de los casos tratados el 75% estaba en el primer trimestre de vida, la localización de las atelectasias fue mayormente en el lóbulo superior derecho y el promedio de sesiones requeridas para la resolución fue de 6. De cada 8 pacientes atendidos 1 requirió Fibrobroncoaspiración.

Conclusiones: La evidencia demuestra el impacto positivo de la Fisioterapia en el tratamiento de las Atelectasias.



XIV CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

Organiza:



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
Bioerix
Cipharma - Nortia
Conatel S.A.
Elena Ltda.
Eurofarma Uruguay
Gunter Schaaf
Javier Cuadrado
Laboratorio Libra
Lumiar Health Care
Medifix
Roemmers
Sanyfico
S.E.M.M.
Urufarma
Tresul

Astra Zeneca Uruguay
Compañía Cibeles
Clap LaboMedical
Delec Científica Uruguay
Federación Médica del Interior
Gramon Bagó de Uruguay
Laboratorio Ion
Key-Medical
Logitec
General Electric - Mare Ltda
Química Cenit
Sanofi
Servimedic
S.U.A.T.
Tecmar Médica

SEDE DEL CONGRESO
Centro de Convenciones
Intendencia de Montevideo
18 de Julio s/n, piso 1 ½
Montevideo - Uruguay

Tel: (598) 2 1950 2117 - Fax: (598) 2 1950 1928

SECRETARÍA
ATENEA EVENTOS SRL
Av. 8 de Octubre 2254 of. 405
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