

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Néstor C. Campos
Presidente

Dra. Gloria Rieppi
Vicepresidente

Dr. Pedro Alzugaray
Secretario

Dr. Francisco Pracca
Tesorero

Dr. Jorge Baraibar
Dra. Ana Canale
Dr. Gustavo Grecco
Dra. Estela Sigales
Vocales

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Alberto Biestro
Dr. Mario Cancela
Dr. Walter Olivera
Dr. Mario Rodríguez Verde
Dra. Cristina Santos

VIII JORNADA ANUAL DE LA SOCIEDAD URUGUAYA DE NUTRICIÓN

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Nut. Serrana Tihista
Presidente

Dr. Adalberto Piedrabuena
Vicepresidente

Lic. Nut. Alejandra Texeira
Secretaria

IX CONGRESO URUGUAYO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Miriam Isoardi
Presidente

Lic. María del Carmen Alvarez
Vicepresidente

Lic. Sonia Irrazabal
Lic. Silvana Larrude
Secretarias

Lic. Jacqueline Mininni
Tesorera

Lic. Carina Candia
Lic. Solange Cardozo
Lic. Miriam Molteni
Lic. Regina Portantier
Vocales

COMITÉ CIENTÍFICO

Lic. Laura Julieta Bazán
Lic. Ana Díaz
Lic. Susana Silvera

II ENCUENTRO DE NEUMOCARDIOLOGÍA EN MEDICINA INTENSIVA

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. NC. Gonzalo Medina
Presidente

Lic. NC. Laura Buenseñor
Vicepresidente

Lic. NC. Guillermo Ortiz
Vocal

X ENCUENTRO DE FISIOTERAPEUTAS EN MEDICINA INTENSIVA

COMITÉ ORGANIZADOR

Lic. Ft. Gonzalo Fierro
Lic. Ft. Leticia González Lotito
Lic. Ft. Michel González
Lic. Ft. Mirtha Pereira
Coordinadores

INVITADOS EXTRANJEROS

Dra. Carmen Barbas (Brasil)
Lic. Elena Barceló (España)
Dr. Antonio Campos (Brasil)
Dr. Pablo Cardinal (España)
Dr. Miguel Angel de la Cal (España)
Dr. Rodrigo Díaz (Chile)
Dr. José María Domínguez Roldán (España)
Lic. José Mauricio Landeros (Chile)
Dr. Miguel Montorfano (Argentina)
Dra. Laura Moore (USA)
Dr. Nicolás Nin (España)
Dr. Jean Jacques Rouby (Francia)
Dr. Andrés Sánchez (Brasil)
Dr. Eliezer Silva (Brasil)
Dr. Néstor Wainsztein (Argentina)

AUSPICIOS

Academia Nacional de Medicina
Asociación de Fisioterapeutas del Uruguay
Asociación de Técnicos Numocardiólogos del Uruguay
Colegio de Enfermeras del Uruguay
Colegio Médico del Uruguay
Escuela de Graduados del Uruguay
Facultad de Medicina
Facultad de Enfermería
Federación Médica del Interior
Intendencia Municipal de Montevideo
Ministerio de Salud Pública
Sindicato Médico del Uruguay
Sociedad de Cirugía del Uruguay
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° 201300811

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



SIMPOSIOS PATROCINADOS

GlaxoSmithKline

Nuevas estrategias terapéuticas en el tratamiento de las convulsiones en cuidados críticos

Dr. Néstor Wainsztein (Argentina)

Coordinador: Dr. Alberto Biestro

MP en los 30 años de SEMM

Diagnóstico de la contusión pulmonar

Dr. Jean Jacques Rouby (Francia)

Coordinador: Dr. Gustavo Rodríguez

ACTIVIDAD PROTOCOLAR Y SOCIAL

Miércoles 23 de Octubre

18.30 Ceremonia de Apertura

Ball Room B Nivel 2 Radisson Victoria Plaza

Conferencia de Apertura

“Los jóvenes que cambian las reglas - “Generación Y”:

Aprender a liderarlos, un gran desafío...”

Ps. Héctor Delgado

Ball Room B Nivel 2 Radisson Victoria Plaza

20.30 Cóctel de Bienvenida

Club de Golf del Uruguay – Salón Long Drive (Br. Artigas 379)

Sábado 26 de Octubre

18.00 Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios

Ball Room B Nivel 2 Radisson Victoria Plaza

21.00 Cena de Clausura

Casona del Prado (Av. 19 de Abril 3531)

Valor del ticket: \$900.

Adquirirlo en Secretaría antes del Viernes 25 de Octubre. Cupos limitados

MIÉRCOLES 23 DE OCTUBRE

	Ball Room A		Ball Room B		FLORIDA
08.00 - 08.30	Acreditaciones y Entrega de Materiales				
08.30 - 11.30	Curso Pre Congreso Ventilación Mecánica Coordinadores: Dra. Cristina Santos, Dr. Pedro Alzugaray Invitada: Dra. Carmen Barbas (Brasil)	09.00 - 11.00	Curso Pre Congreso Ecografía para intensivistas Coordinador: Dr. José Gorrasi Invitado: Dr. Miguel Montorfano (Argentina)	09.00 - 11.15	Encuentro Neumocardiología Presidente: Lic. NC. Gonzalo Medina
11.30 - 11.45	Descanso	11.00 - 11.30	Descanso	11.15 - 11.30	Descanso
11.45 - 12.40	Curso Pre Congreso Ventilación Mecánica (Cont.)	11.30 - 13.30	Curso Pre Congreso Ecografía para intensivistas (Cont.)	11.30 - 14.00	Encuentro Neumocardiología (Cont.)
12.40 - 13.40	Intervalo	13.30 - 14.30	Intervalo	14.00 - 14.30	Intervalo
13.40 - 16.30	Curso Pre Congreso Ventilación Mecánica (Cont.)	14.30 - 16.30	Curso Pre Congreso Ecografía para intensivistas (Cont.)	14.30 - 15.15	Curso Pre Congreso Enfermería Transplante hepático Coordinadora: Lic. Sara González
16.30 - 16.45	Descanso	16.30 - 17.00	Descanso	15.15 - 15.30	Descanso
16.45 - 18.00	Curso Pre Congreso Ventilación Mecánica (Cont.)	17.00 - 18.30	Curso Pre Congreso Ecografía para intensivistas (Cont.)	15.30 - 17.30	Curso Pre Congreso Enfermería (Cont.) Transplante hepático
20.30	Cóctel de Bienvenida Club de Golf	18.30 - 19.30	Ceremonia y Conferencia Apertura "Los jóvenes que cambian las reglas "Generación Y"" Aprender a liderarlos, un gran desafío... Ps. Héctor Delgado		

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



JUEVES 24 DE OCTUBRE

	Ball Room A		Ball Room B		FLORIDA
08.30 - 09.00	Apertura Enfermería	09.00 - 09.45	Conferencia Omics aplicadas a las enfermedades críticas Dr. Pablo Cardinal (España) Presidente: Dr. Walter Olivera Secretaria: Dra. Gloria Rieppi	09.00 - 10.30	Simposio ARM en situaciones especiales Coordinador: Dr. Javier Hurtado Secretario: Pedro Alzugaray
09.00 - 09.45	Mesa Experiencia en brote de KPC en Hosp. Militar Coordinador: Lic. Aldo Pomar Lic. Liliana Gargiulo, Sara Ocampo, Sabrina Osunna				
09.45 - 10.15	Conferencia Actualización de infecciones en el paciente crítico Lic. Roxana Berriel Coordinadora: Lic. Miriam Molteni		10.30 - 11.15		Conferencia Nuevas guías de sedación y analgesia de la Federación Panamericana Dr. Miguel Angel de la Cal (España) Presidente: Dr. Fernando Villalba Secretaria: Dra. Miriam Díaz
10.15 - 10.45	Conferencia Experiencia de la Gestión de Enfermería en un Hospital Comarcal Lic. Elena Barceló (España) Coordinadora: Lic. Jaqueline Mininni				
10.45 - 11.15	Temas Libres Coordinadora: Lic. Elina Letamendia				
11.15 - 11.45	Descanso	11.15 - 11.45	Descanso	11.15 - 11.45	Descanso
11.45 - 12.15	Conferencia Actualizaciones en sedoanalgesia Lic. Verónica Rojas (Chile) Coordinadora: Lic. Solange Cardozo	11.45 - 12.30	Conferencia Decontaminación digestiva selectiva en la prevención de infecciones Dr. Miguel Angel de la Cal (España) Presidente: Dra. Cecilia Villarino Secretaria: Dra. Estrella Echavarría	11.45 - 12.30	Conferencia Destete Dra. Carmen Barbas (Brasil) Presidente: Dra. Silvia Mareque Secretario: Dr. Juan Pablo Soto
12.15 - 13.00	Mesa Cuidados y manejo del paciente adicto a drogas psicoactivas (ADP) en el área de medicina crítica Lic. Nita Próspero, Dra. Alajandra Levi Coordinadora: Lic. Regina Portantier				
13.00 - 14.30	Intervalo	12.30 - 14.15	Intervalo	12.30 - 14.15	Presentación de Temas Libres
14.30 - 15.00	Conferencia Terapia infusional segura Lic. Danielle Giorgio (Brasil) Coordinadora: Lic. Miriam Isoardi	14.15 - 15.00	Conferencia Decontaminación digestiva selectiva en el control de resistencia antibiótica Dr. Miguel Angel de la Cal (España) Presidente: Dr. Julio Cabrera Secretaria: Dra. Andrea Iturralde	14.15 - 15.00	Conferencia Ultrasonido pulmonar en pacientes con distres respiratorio Dr. Jean Jacques Rouby (Francia) Presidente: Dr. José Gorrasí Secretaria: Dra. Cecilia Imperio
15.00 - 16.30	Simposio Conjunto Enfermería - Médicos Catéter Coordinadores: Dr. Fabio Grill, Lic. María del Carman Alvarez Integrantes: Lic. Cecilia Aquino, Lic. Rossana Berriel, Lic. Elianne Sur	15.00 - 16.30	Simposio Infecciones en el inmunosuprimido (No VIH-SIDA) en CTI Coordinadora: Dra. Daniela Paciel Secretaria: Dra. Dolores Berruti	15.00 - 15.45	Conferencia ¿Qué hay de nuevo en el manejo del distres respiratorio? Dr. Jean Jacques Rouby (Francia) Presidente: Dr. Juan Carlos Bagattini Secretario: Dr. Federico Galuso
				15.45 - 16.30	Conferencia Problemas con anticoagulantes modernos Dr. Mario Cancela Presidente: Dr. Frank Torres Secretario: Dr. Luis Núñez
16.30 - 17.00	Descanso	16.30 - 17.00	Descanso	16.30 - 17.00	Descanso
17.00 - 18.00	Temas Libres	17.00 - 18.30	Simposio Síndromes Coronarios Agudos Coordinador: Dr. Gustavo Porteiro	17.00 - 17.45	Conferencia Rol del sistema renina-angiotensina-aldosterona en la sepsis severa Dr. Eliezer Silva (Brasil) Presidente: Dra. Ana De León Secretario: Dr. Marcos Balsemao
				17.45 - 19.15	Simposio Residentes Coordinador: Dr. Bruno Scarlatto
		18.30 - 19.15	Conferencia La angioplastia de urgencia Dr. Andrés Sánchez (Brasil) Presidente: Dr. Hugo Olaizola Secretario: Dr. Carlos Quiroga		

VIERNES 25 DE OCTUBRE

Ball Room A		Ball Room B		FLORIDA	
08.30 - 11.15	Mesa Paciente neurocrítico. Últimos avances Dr. Victor Soria, Lic. Susana Lauren Coordinadora: Lic. Karina Candia	09.00 - 09.45	Conferencia ¿Cómo interpretar marcadores de perfusión tisular al lado de la cama del paciente? Dr. Eliezer Silva (Brasil) Presidente: Dr. Mauricio Bertullo Secretario: Dr. Federico Vergá	09.00 - 10.30	Simposio Peritonitis terciaria Coordinadores: Dr. Gino Limongi, Dr. Pablo Caviglia
		09.45 - 11.15	Simposio Microorganismos gram negativos multiresistentes Coordinadora: Dra. Ana Soca Secretario: Dr. Mario Torales	10.30 - 11.15	Conferencia Epidemiología del paciente con sepsis quirúrgica Dra. Laura Moore (USA) Presidente: Dr. Anibal Cataldo Secretario: Dr. Daniel Martínez
11.15 - 11.30	Descanso	11.15 - 11.45	Descanso	11.15 - 11.45	Descanso
11.30 - 13.00	Simposio Conjunto Enfermería - Médicos Seguridad en la asistencia del paciente Coordinadores: Dr. Marcelo Barbato, Lic. Silvia Esquivel Integrantes: Lic. Estela Gautier	11.45 - 12.30	Conferencia Antibióticos nebulizados para el tratamiento de la neumonía asociada al ventilador Dr. Jean Jacques Rouby (Francia) Presidente: Dr. Julio Pontet Secretaria: Dra. Lucía López	11.45 - 12.30	Conferencia Implementación del screening en sepsis Dra. Laura Moore (USA) Presidente: Dr. Sebastián Pereda Secretario: Dr. Johny Perín
13.00 - 14.30	Intervalo	12.30 - 14.15	Simposio GSK Nuevas estrategias terapéuticas en el tratamiento de las convulsiones en cuidados críticos Dr. Néstor Wainsztein (Argentina)	12.30 - 14.15	Simposio en Ball Room B
14.30 - 15.00	Conferencia Seguridad clínica en la UCI Lic. Elena Barceló (España) Coordinadora: Lic. Silvana Larrude	14.15 - 15.00	Conferencia Visión crítica del tratamiento del paciente con hemorragia subaracnoidea espontánea Dr. José María Domínguez Roldán (España) Presidentes: Dra. Ana Canale, Dr. Roberto Crosa	14.15 - 15.00	Conferencia Sepsis: diagnóstico precoz y manejo basado en la evidencia Dra. Laura Moore (USA) Presidente: Dr. Ricardo Voelker Secretaria: Dra. Antonella Gómez
15.00 - 16.30	Simposio Conjunto Enfermería - Médicos Aspectos éticos y jurídicos de la asistencia Coordinadores: Dr. Néstor Campos, Lic. Alberto Marrero Integrantes: Dres. Santiago Pereira, Hugo Rodríguez, Oscar Cluzet, Lic. Luz Vázquez, Lic. Rita Da Rosa, Lic. Aracelli Otárola	15.00 - 16.30	Simposio Avances en la Medicina Neurocrítica Coordinador: Dr. Alberto Biestro	15.00 - 16.30	Simposio Fístulas digestivas de alto gasto Coordinadores: Dr. Ricardo Misa, Dra. Estela Olano
16.30 - 17.00	Descanso	16.30 - 17.00	Descanso	16.30 - 17.00	Descanso
17.00 - 17.30	Sociedad Uruguaya de Heridas Últimos avances en el cuidado de heridas Coordinadora: Lic. Sonia Irrazabal	17.00 - 17.45	Conferencia Organización de la asistencia a pacientes neurocríticos: gestión de una Neuro UCI Dr. José María Domínguez Roldán (España) Presidentes: Dr. Leandro Moraes, Dra. Elia Caragna	17.00 - 17.45	Conferencia ¿Qué hay de nuevo en la presión intra abdominal? Dr. Francisco Pracca Presidente: Dr. Fernando Machado Secretario: Dr. Darwin Tejera
17.30 - 18.30	Temas Libres	17.45 - 18.30	Conferencia Hiperactividad simpática paroxística y disautonomía en pacientes neurocríticos Dr. Néstor Wainsztein (Argentina) Presidente: Dra. Corina Puppo Secretario: Dr. Rafael Galli		Dr. Antonio Campos (Brasil) Presidente: Dr. Enrique D'Andrea Secretario: Dr. Francisco Pracca
				18.30 - 19.30	Asamblea SUMI

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



SÁBADO 26 DE OCTUBRE

	Ball Room A1		Ball Room A2		Ball Room A3		FLORIDA		Foyer Sala FLORIDA
09.00 - 11.00	Fisioterapia	08.30 - 10.15	SUNPI	09.00 - 10.30	Simposio SUNUT Soporte nutricional en el perioperatorio Coordinador: Dr. Carlos Barozzi Secretaria: Lic. Sandra Gutiérrez	09.00 - 10.00	Presentación de Temas Libres	09.00 - 11.15	Visita de E-posters
				10.30 - 11.15	Conferencia Terapia nutricional en el enfermo crítico Dr. Antonio Campos (Brasil) Presidente: Dra. Nora Guigou Secretaria: Lic. Nut. Ana Techera	09.45 - 11.15	Actividad en Ball Room B		
11.00 - 11.30	Descanso	10.15 - 10.45	Descanso	11.15 - 11.45	Descanso	11.15 - 11.45	Descanso		
11.30 - 13.00	Fisioterapia	10.45 - 12.30	SUNPI	11.45 - 12.30	Conferencia Pancreatitis aguda Dr. Antonio Campos (Brasil) Presidente: Dra. Estela Olano Secretaria: Lic. Miriam Isoardi	11.45 - 12.30	Conferencia Resucitación hemodinámica basada en el metabolismo miocárdico Dr. Eliezer Silva (Brasil) Presidente: Dr. Carlos Cardoso Secretario: Dr. Andrés Cebe		
13.00 - 14.30	Intervalo	12.30 - 14.00	Intervalo	12.30 - 14.15	Simposio MP en los 30 años de SEMM Diagnóstico de la contusión pulmonar Dr. Jean Jacques Rouby (Francia) Presidente: Dr. Gustavo Rodríguez Secretaria: Dra. Estela Sigales	12.30 - 14.15	Simposio en Ball Room B		
14.30 - 16.30	Fisioterapia	14.00 - 16.30	SUNPI	14.15 - 17.00	Actividad en Foyer Sala Florida Coloquio	14.15 - 17.00	Actividad en Foyer Sala Florida Coloquio	14.15 - 16.30	Coloquios 1- Pautas de liberación de la VM Coordinador: Dr. Alberto Deicas 2- ¿Cuándo hacer traqueotomía? Coordinador: Dr. Francisco Pampillón 3- Antibióticos profilácticos en el crítico. ¿Cuándo? Coordinador: Dr. Osiris Rocha 4- Fístula traqueo esofágica. Prevención. ¿Cuándo tratarla? Coordinador: Dr. Edgardo Núñez 5- Medidas a implantar de seguridad Coordinador: Dr. Mario Godino 6- Prevención de la patología del crítico Coordinador: Dr. Alfredo Rocha 7- Manejo actual de la isquemia cerebral Coordinador: Dr. Leandro Moraes 8- El médico en el juzgado Coordinador: Dr. Enrique Sasson
				17.00 - 17.45	Conferencia de Clausura ¿Cómo razonamos los médicos? Dr. Humberto Correa Presidente: Dr. Néstor Campos				
				18.00	Ceremonia de Clausura Entrega de Premios				

Curso Pre Congreso – Taller de Ventilación Mecánica

Coordinadores: Dra. Cristina Santos, Dr. Pedro Alzugaray
Docentes: Dr. Pedro Alzugaray, Dr. Arturo Briva, Dr. Javier Hurtado, Dra. Cecilia Imperio, Dr. Gustavo Pittini, Dr. Jorge Neme, Dra. Cristina Santos, Dra. Estela Doglioti, Dra. Fernanda Ervity, Dra. Silvana Mercado, Dr. Nicolás Monteverde, Dr. Carlos Olagüe, Dra. Magdalena Rodríguez

Invitada: Dra. Carmen Barbas (Brasil)

Expositores: Dra. Claudia Albertini Yagi (Brasil), Dr. Rogerio Kanzato (Brasil)

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

PROGRAMA

08.30	Introducción y presentación del curso
08.30 – 11.30	Taller con ventiladores: Modos de ventilación mecánica y monitoreo - Controlada por volumen (VCV) - Controlada por presión (PCV) - Presión de soporte (PSI) - Monitoreo en VCV y PCV - Monitoreo en PSI y asistida - Ventilación no invasiva (VNI)
11.30 – 11.45	<i>Descanso – Café</i>
11.45 – 12.10	Miniconferencia: Ventilación inteligente con iVAPS. Dra. Claudia Albertini Yagi (Brasil)
12.10 – 12.40	Miniconferencia: Capnografía volumétrica. Dra. Carmen Barbas (Brasil)
12.40 – 13.40	<i>Intervalo</i>
13.40 – 14.00	Miniconferencia: Reclutamiento, curva P-V y titulación de PEEP. Dr. Pedro Alzugaray
14.00 – 16.30	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 Modos no convencionales - Ventilación asistida proporcional (PAV) - Ventilación con soporte adaptativo (ASV)
16.30 – 16.45	<i>Descanso - Café</i>
16.45 – 17.10	Miniconferencia: Asistencia ventilatoria ajustada neuralmente. Dr. Rogerio Kanzato (Brasil)
17.10 – 17.40	Miniconferencia: Actualización en SDRA. Dra. Carmen Barbas (Brasil)
17.40 – 18.00	Cierre del curso

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



Miércoles 23 de Octubre

BALL ROOM B

Curso Pre Congreso – Ecografía para intensivistas

Coordinador: Dr. José Gorrasi
Invitado: Dr. Miguel Montorfano (Argentina)

- 09.00 – 09.30** **Presentación del Curso. Fundamentos básicos de ultrasonido**
- 09.30 – 10.00** **Ultrasonografía en el paciente crítico**
- 10.00 – 10.30** **Uso de la ecografía en el estudio del pulmón en medicina intensiva**
- 10.30 – 11.00** **Aplicaciones de la ecografía abdominal en medicina intensiva**
- 11.00 – 11.30** *Descanso – Café*
- 11.30 – 12.00** **Uso de la ecografía en accesos vasculares**
- 12.00 – 12.30** **Ultrasonografía cardiaca básica**
- 12.30 – 13.30** **Uso de la ecografía en los estados de shock y reanimación cardiopulmonar**
- 13.30 – 14.30** *Intervalo*
- 14.30 – 15.00** **Doppler transcraneal**
- 15.00 – 16.30** **Protocolos de estudio ecográficos**
- 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
- 16.30 – 17.00** *Descanso – Café*
- 17.00 – 18.00** **Continuación del práctico**
- Aplicación de protocolos de estudio
- Limitaciones del uso de la ecografía en Medicina Intensiva
- 18.00 – 18.30** **Evaluación**
- 18.30 – 19.30** **Ceremonia y Conferencia de Apertura**
Los jóvenes que cambian las reglas – “Generación Y”: aprender a liderarlos, un gran desafío...
Ps. Héctor Delgado
- 20.30** **Cóctel de Bienvenida**
Club de Golf del Uruguay

09.00 – 11.15

II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva

Presidente: Lic. NC. Gonzalo Medina

09.00 – 09.45 **Traqueostomía en el paciente crítico para Lic. En Neumocardiología**

Dr. Gustavo Costas, Dr. Guzmán Fugasot

Coordinadora: Lic. NC. Laura Buenseñor

09.50 – 10.15 **Distres respiratorio agudo (DRRA) y daño alveolar difuso (DAD)**

Dr. Pablo Cardinal (España)

Coordinadora: Lic. NC. Laura Buenseñor

10.20 – 10.40 **Biomarcadores asociados al distres respiratorio agudo del adulto**

Dr. Pablo Cardinal (España)

Coordinadora: Lic. NC. Laura Buenseñor

10.45 – 11.15 **Uso de oxido nítrico inhalado en la falla respiratoria hipoxémica aguda refractaria al tratamiento convencional**

Dra. María José Rodríguez Cabalgante

Coordinador: Lic. NC. Gonzalo Medina

11.15 – 11.30

Descanso - Café

11.30 – 14.00

II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva (Cont.)

11.30 – 11.50 **Oxígeno de alto flujo**

Dr. Bernardo Alonso

Coordinador: Lic. NC. Gonzalo Medina

11.55 – 12.20 **Caso clínico: muerte súbita en síndrome de WPW**

Lic. NC. Laura Buenseñor, Dr. Santiago Amonte

Coordinador: Lic. NC. Guillermo Ortiz

12.25 – 13.00 **Nuevos modos ventilatorios**

Dr. Jorge Neme

Coordinador: Lic. NC. Gonzalo Medina

13.00 – 14.00 **Actividad conjunta**

Coordinadores: Lic. NC. Laura Buenseñor, Lic. NC. Gonzalo Medina

• Alteraciones del intercambio gaseoso en pacientes con bajo gasto cardíaco

Dr. Julio Pontet

• Gasto cardíaco: herramientas para su medición. Valor de la PVC, como variable que estima la precarga

Dr. Carlos Quiroga

• Espacio muerto fisiológico y capnografía

Dr. Julio Pontet

14.00 – 14.30

Intervalo

14.30 – 15.15

Curso Pre-Congreso Enfermería

Trasplante hepático

Coordinadora: Lic. Sara González

14.30 – 14.50 **Introducción.**

Avances de Enfermería en el trasplante hepático en el siglo XXI

Lic. Sara González

14.50 – 15.15 **Trabajo en equipo**

Coordinadora: Lic. Silvana Larrude

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



15.15 – 15.30 *Descanso - Café*

15.30 – 17.30 **Curso Pre-Congreso Enfermería (Cont.)**

15.30 – 16.00 **Planificación desde el block quirúrgico del post trasplante hepático inmediato**

Dra. Karina Rando

16.00 – 16.30 **Valoración del paciente desde un enfoque clínico-paraclínico-equipos**

16.30 – 17.00 **Seguridad del paciente**

Lic. Sara González

17.00 – 17.30 **¿Cómo cuidarnos los cuidadores?**

Lic. Sara González

IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva

Presidente: Lic. Miriam Isoardi

08.30 – 09.00 Apertura Congreso Enfermería**09.00 – 09.45 Mesa: Experiencia en brote de KPC en Hospital Militar**

Coordinador: Lic. Aldo Pomar
 Expositoras: Lic. Liliana Gargiulo
 Lic. Sara Ocampo
 Lic. Sabrina Osunna

09.45 – 10.15 Conferencia: Actualización de infecciones en el paciente crítico

Coordinadora: Lic. Miriam Molteni
 Expositora: Lic. Roxana Berriel

10.15 – 10.45 Conferencia: Experiencia de la gestión de enfermería en un Hospital Comarcal

Coordinadora: Lic. Jaqueline Mininni
 Expositora: Lic. Elena Barceló (España)

10.45 – 11.15 Temas Libres: Coordinadora: Lic. Elina Letamendia**10.45 – 11.00 N°2 Implantação do processo de enfermagem em uma Unidade de Cuidados Intensivos adulto e sua interface com a auditoria**

Medeiros RH, Borges RA, Loss F, Picoletto A, Ramos MDM, Dal Molin RS, Fabian C, Teixeira N, Stoffels D
 Hospital Geral de Caxias do Sul/Brasil

11.00 – 11.15 N°9 Implantacion del Sistema de Gestión de Calidad en la UCIS

Licenciadas asistencial - Subrogante Rosario López.
 Licenciada asistencial - Natacha Arralde
 Sanatorio Uruguay. UCIS Unidad de Cuidados Intensivos

11.15 – 11.45 Descanso - Café**11.45 – 12.15 Conferencia: Actualizaciones en sedoanalgesia: implicancias para enfermería**

Coordinadora: Lic. Solange Cardozo
 Expositora: Lic. Verónica Rojas (Chile)

12.15 – 13.00 Mesa: Cuidados y manejo del paciente adicto a drogas psicoactivas (ADP) en el área de medicina intensiva

Coordinadora: Lic. Regina Portantier
 Expositoras: Lic. Nita Próspero
 Dra. Alejandra Levi

13.00 – 14.30 Intervalo**14.30 – 15.00 Conferencia: Terapia infusional segura**

Coordinadora: Lic. Miriam Isoardi
 Expositora: Lic. Danielle Giorgio (Brasil)

15.00 – 16.30 Simposio: Conjunto Enfermería - Médicos Catéteres

Coordinadores: Dr. Fabio Grill, Lic. María del Carmen Alvarez
 Expositoras: Lic. Cecilia Aquino
 Lic. Rossana Berriel
 Lic. Elianne Sur

16.30 – 17.00 Descanso - Café

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



17.00 – 18.30

Temas Libres: Coordinadora: Lic. Elina Letamendia

17.00 – 17.15 **Nº1 Código: de activación “probable donante “para emergencias médico móviles**

G. González, R. Mizraji
INDT, Montevideo, Uruguay

17.15 – 17.30 **Nº4 Atención de enfermería en un usuario en situación crítica con muerte encefálica**

Lucas, A, Cardozo, S. Dávila, F. Fuentes, I. Méndez, A. Pereira, T. Roura, V. Vanzini, P.

Facultad de Enfermería. Universidad de la República

17.30 – 17.45 **Nº6 Proceso de atención de enfermería en pacientes con síndrome de enclaustramiento**

Dotti G. Rodríguez C.

17.45 – 18.00 **Nº7 Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos**

Lic Enf Cugliari T, Lic Enf Altez S, Dr Rodríguez G, Dra Soca A, Dra Noveri S.
UCI del Hospital Pasteur. ASSE. Montevideo-Uruguay

18.00 – 18.15 **Nº8 Importancia del cuidado de enfermería en red**

Lic.Esp. S. González, Lic. S. Cardozo, Lic. P. Martínez, Lic. L. Garcia,
Enf. L. Ware, Lic. C. Cavalcante

Hospital Central de las Fuerzas Armadas:

Cuidados Intensivos y Programa de Trasplante Hepático- Avda.

8 de Octubre 3020- Hospital Evangélico. Atención Domiciliaria. Bvar. José Batlle y Ordóñez 2759

- 09.00 – 09.45 Conferencia: Omicas aplicadas a las enfermedades críticas**
Dr. Pablo Cardinal (España)
Presidente: Dr. Walter Olivera
Secretaria: Dra. Gloria Rieppi
- 09.45 – 10.30 Conferencia: Nuevas guías de sedación y analgesia de la Federación Panamericana**
Dr. Miguel Angel de la Cal (España)
Presidente: Dr. Fernando Villalba
Secretaria: Dra. Miriam Díaz
- 10.30 – 11.15 Presentación: El sistema de información y monitoreo. Aportes a la epidemiología del crítico**
Coordinador: Dr. Raúl Lombardi
- 10.30 – 10.42 **ACV isquémico. Hacia las Unidades de Stroke**
Dr. Raúl Lombardi
- 10.42 – 10.54 **Infección respiratoria aguda grave. La epidemia esperada**
Dr. Alvaro Giordano
- 10.54 – 11.06 **Sépticos y cardiológicos críticos. ¿Dos poblaciones cambiantes?**
Dr. Gabriel Pérez
- 11.06 – 11.15 **Discusión**
- 11.15 – 11.45 *Descanso - Café*
- 11.45 – 12.30 Conferencia: Decontaminación digestiva selectiva en la prevención de infecciones**
Dr. Miguel Angel de la Cal (España)
Presidente: Dra. Cecilia Villarino
Secretaria: Dra. Estrella Echavarría
- 12.30 – 14.15 *Intervalo*
- 14.15 – 15.00 Conferencia: Decontaminación digestiva selectiva en el control de resistencia antibiótica**
Dr. Miguel Angel de la Cal (España)
Presidente: Dr. Julio Cabrera
Secretaria: Dra. Andrea Iturralde
- 15.00 – 16.30 Simposio: Infecciones en el inmunosuprimido (No VIH – SIDA) en CTI**
Coordinadora: Dra. Daniela Paciel
Secretaria: Dra. Dolores Berruti
- 15.00 – 15.20 **Transplantado órganos sólidos**
Dr. Julio Medina
- 15.20 – 15.40 **Paciente infectado hematooncológico**
Dr. Gastón Burghi
- 15.40 – 16.00 **Tratamiento con biológicos**
Dr. Henry Albornoz
- 16.00 – 16.30 **Discusión**
- 16.30 – 17.00 *Descanso - Café*
- 17.00 – 18.30 Simposio: Síndromes coronarios agudos**
Coordinador: Dr. Gustavo Porteiro
- 17.00 – 17.10 **Qué dicen las nuevas guías del IAMST**
Dr. Mauricio Sáez

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



- 17.10 – 17.20 **Angioplastia y trombolíticos**
Dr. Daniel Mallo
- 17.20 – 17.30 **Cuándo realizar procedimientos farmacoinvasivos**
Dr. Santiago Alonso
- 17.30 – 17.40 **Antiagregación y anticoagulación en SCA**
Dra. Anabela Fernández
- 17.40 – 18.00 **Procedimientos hemodinámicos en los SCA, ¿es necesario stand-by quirúrgico?**
Dr. Andrés Sánchez (Brasil)
- 18.00 – 18.30 **Discusión**
- 18.30 – 19.15 **Conferencia: La angioplastia de urgencia**
Dr. Andrés Sánchez (Brasil)
Presidente: Dr. Hugo Olaizola
Secretario: Dr. Carlos Quiroga

- 09.00 – 10.30 Simposio: ARM en situaciones especiales**
 Coordinador: Dr. Javier Hurtado
 Secretario: Dr. Pedro Alzugaray
- 09.00 – 09.30 **Ventilación mecánica en patología asimétrica**
 Dra. Carmen Barbas (Brasil)
- 09.30 – 10.00 **ECMO veno-venoso**
 Dr. Rodrigo Díaz (Chile)
- 10.00 – 10.30 **Casos Clínicos**
 Presentadores: Dr. Gustavo Pittini, Dra. Elizabeth Montoya
- 10.30 – 11.15 Conferencia: Biomarcadores en la lesión pulmonar aguda**
 Dr. Nicolás Nin (España)
 Presidente: Dr. Arturo Briva
 Secretario: Dr. Jorge Neme
- 11.15 – 11.45 Descanso - Café**
- 11.45 – 12.30 Conferencia: Destete**
 Dra. Carmen Barbas (Brasil)
 Presidente: Dra. Silvia Mareque
 Secretario: Dr. Juan Pablo Soto
- 12.30 – 14.15 Presentación: Temas Libres**
 Comentadores: Dr. Javier Hurtado, Dra. Cristina Santos
- 12.30 – 12.45 **Nº2 Asistencia ventilatoria no invasiva en el tratamiento inicial de la insuficiencia respiratoria aguda**
França Silva A.G.-Formento C.-Olivera S.- Ebeid A.
 Unidad de Cuidados Intensivos_Cuidados Intermedios de Círculo Católico de
 Obreros del Uruguay. Sanatorio JPII (CCOU)
- 12.45 – 13.00 **Nº6 Postoperatorio inmediato en centro de cuidados intensivos de los trasplantes hepáticos ortotópicos en uruguay, análisis descriptivo.**
 Pedemonte, I.; Hernández, N.; Brun, L.; Castelli, J.; Grecco, G.; Scalone, P.;
 Harguindeguy, M.; Ethlin, A.; Leites, A.; Gerona, S.
 Centro de Cuidados Intensivos (CCI) del Hospital Central de las Fuerzas
 Armadas. (HCFFAA). Montevideo.
- 13.00 – 13.15 **Nº7 Seguimiento ambulatorio de los niños con SDRA**
 Menchaca A, Mercado S, Ruibal M, Menta S., Akiki A, Moreira I, Estol P.
 Unidad de Cuidados intensivos pediátricos (UCIN). Policlínica de neumología.
 Centro hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay
- 13.15 – 13.30 **Nº10 Incidencia de consumo de cocaína en pacientes con injuria traumática ingresados a medicina intensiva.**
Franca A., Verga F, Alvez I, Echavarría E, Gallo J, Bagnulo H.
 Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.
- 13.30 – 13.45 **Nº19 la hipercapnia aguda aumenta la mortalidad en pacientes críticos**
Briva A^{1,2}, Gutierrez M², Soto J¹, Carbone N¹, Curbelo R¹, Peña M¹,
 Tomassino N¹, Baz M¹, Hurtado FJ^{1,2}.
¹ UMI Hospital Español. ASSE. ² Area Investigación Respiratoria,
 Depto Fisiopatología. UDELAR
- 13.45 – 14.00 **Nº30 La traqueostomía precoz disminuye los días de asistencia respiratoria mecánica y la estadía en una unidad de terapia intensiva (CTI).**
Imperio C., Olivera S, Ortega C, Rodríguez T, Silva M, Modernel J, Cancela M.
 Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.
- 14.15 – 15.00 Conferencia: Ultrasonido pulmonar en pacientes con distres respiratorio**
 Dr. Jean Jacques Rouby (Francia)
 Presidente: Dr. José Gorrasi
 Secretaria: Dra. Cecilia Imperio

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



- 15.00 – 15.45 Conferencia: ¿Qué hay de nuevo en el manejo del distres respiratorio?**
Dr. Jean Jacques Rouby (Francia)
Presidente: Dr. Juan Carlos Bagattini
Secretario: Dr. Federico Galuso
- 15.45 – 16.30 Conferencia: Problemas con anticoagulantes modernos**
Dr. Mario Cancela
Presidente: Dr. Frank Torres
Secretario: Dr. Luis Núñez
- 16.30 – 17.00 Descanso - Café**
- 17.00 – 17.45 Conferencia: Rol del sistema renina-angiotensina-aldosterona en la sepsis severa**
Dr. Eliezer Silva (Brasil)
Presidente: Dra. Ana De León
Secretario: Dr. Marcos Balsemao
- 17.45 – 19.15 VI Jornada de Residentes en Medicina Intensiva**
Coordinador: Dr. Bruno Scarlatto

IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva

08.30 – 11.15	Mesa:	Paciente neurocrítico. Últimos avances Coordinadora: Lic. Karina Candia Expositores: Dr. Víctor Soria Lic. Susana Lauren
11.15 – 11.30	<i>Descanso - Café</i>	
11.30 – 13.00	Simposio:	Conjunto Enfermería - Médicos Seguridad en la asistencia del paciente Coordinadores: Dr. Marcelo Barbato, Lic. Silvia Esquibel Expositores: Lic. Estela Gautier Lic. Silvia Esquivel Lic. Silvia Techera Lic. Aldo Pomar
13.00 – 14.30	<i>Intervalo</i>	
14.30 – 15.00	Conferencia:	Seguridad clínica en la UCI Coordinadora: Lic. Silvana Larrude Expositora: Lic. Elena Barceló (España)
15.00 – 16.30	Simposio:	Conjunto Enfermería – Médicos Aspectos éticos y jurídicos de la asistencia Coordinadores: Dr. Néstor Campos, Lic. Alberto Marrero Expositores: Dr. Santiago Pereira Dr. Hugo Rodríguez Dr. Oscar Cluzet Lic. Luz Vázquez Lic. Rita Da Rosa Lic. Aracelli Otarola
16.30 – 17.00	<i>Descanso - Café</i>	
17.00 – 17.30	Sociedad Uruguaya de Heridas	Últimos avances en el cuidado de heridas Coordinadora: Lic. Sonia Irrazabal
17.30 – 18.30	Temas Libres	Coordinadora: Lic. Elina Letamendia
17.30 – 17.45	Nº3 Caso clínico “atención de enfermería en un usuario en situación crítica con intento de autoeliminación” Cardozo, S. <u>Sánchez, M. Montelongo, M. Torres, L. Ware, L.</u> Facultad de Enfermería. Universidad de la República	
17.45 – 18.00	Nº5 Acercamiento al equipo de salud en el Departamento de Medicina Intensiva del Hospital Policial <u>Galeano A. González, G.</u> Hospital Policial, Dto. Medicina Intensiva, Montevideo, Uruguay	
18.00 – 18.15	Nº10 Satisfacción laboral del personal de enfermería. Perdomo AL, Ferreira M, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.	
18.15 – 18.30	Nº11 Requerimiento de personal de enfermería según cargas de trabajo medidas por tiss – 28 <u>Casanova, V.</u> Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” Montevideo – Uruguay	

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



Viernes 25 de Octubre

BALL ROOM B

- 09.00 – 09.45 Conferencia: ¿Cómo interpretar marcadores de perfusión tisular al lado de la cama del paciente?**
Dr. Eliezer Silva (Brasil)
Presidente: Dr. Mauricio Bertullo
Secretario: Dr. Federico Vergá
- 09.45 – 11.15 Simposio: Microorganismos gram negativos multiresistentes**
Coordinadora: Dra. Ana Soca
Secretario: Dr. Mario Torales
- 09.45 – 10.05 **Qué necesita saber el intensivista sobre los mecanismos de multiresistencia en bacilos gram negativos**
Dra. Verónica Seija
- 10.05 – 10.25 **Antimicrobianos en el tratamiento de las enterobacterias multiresistentes**
Dr. Fabio Grill
- 10.25 – 10.45 **Como optimizar el tratamiento en infecciones por pseudomonas aeruginosa y acinetobacter baumannii**
Dra. Daniela Paciel
- 10.45 – 11.15 **Discusión**
- 11.15 – 11.45 Descanso – Café**
- 11.45 – 12.30 Conferencia: Antibióticos nebulizados para el tratamiento de la neumonía asociada al ventilador**
Dr. Jean Jacques Rouby (Francia)
Presidente: Dr. Julio Pontet
Secretaria: Dra. Lucía López
- 12.30 – 14.15 Simposio: GSK**
Nuevas estrategias terapéuticas en el tratamiento de las convulsiones en cuidados críticos
Dr. Néstor Wainsztein (Argentina)
Coordinador: Dr. Alberto Biestro
- 14.15 – 15.00 Conferencia: Visión crítica del tratamiento del paciente con hemorragia subaracnoidea espontánea**
Dr. José María Domínguez Roldán (España)
Presidentes: Dra. Ana Canale, Dr. Roberto Crosa
- 15.00 – 16.30 Simposio: Avances en la medicina neurocrítica**
Coordinador: Dr. Alberto Biestro
- 15.00 – 15.15 **Neuromonitoreo de la pbrO2. ¿Justifica la inversión?**
Dr. José María Domínguez Roldán (España)
- 15.15 – 15.30 **Lactato de sodio hipertónico: ¿el agente osmótico que buscábamos?**
Dr. Ignacio Aramendi
- 15.30 – 15.45 **Una mirada actual sobre la hemodinamia cerebral. Nuevas ideas. Nuevos conceptos**
Dra. Corina Puppo
- 15.45 – 16.00 **Monitoreo de PIC: ¿Qué después del “Best Trip”?**
Dr. Alberto Biestro
- 16.00 – 16.15 **Riesgo inmediato de herniación cerebral**
Dr. Pedro Grille
- 16.15 – 16.30 **Preguntas**
- 16.30 – 17.00 Descanso - Café**

Viernes 25 de Octubre

BALL ROOM B

17.00 – 17.45

**Conferencia: Organización de la asistencia a pacientes neurocríticos:
Gestión de una Neuro UCI.**

Dr. José María Domínguez Roldán (España)

Presidentes: Dr. Leandro Moraes, Dra. Elia Caragna

17.45 – 18.30

Conferencia: Hiperactividad simpática paroxística y disautonomía en pacientes neurocríticos

Dr. Néstor Wainsztein (Argentina)

Presidente: Dra. Corina Puppo

Secretario: Dr. Rafael Galli

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



Viernes 25 de Octubre

FLORIDA

- 09.00 – 10.30 Simposio: Peritonitis terciaria**
Coordinadores: Dr. Gino Limongi, Dr. Pablo Caviglia
- Aspectos quirúrgicos de la peritonitis terciaria
Dr. Luis Ruso
 - Manejo en Cti de la peritonitis terciaria
Dr. Julio Pontet
 - Conceptos microbiológicos de la peritonitis terciaria
Dr. Antonio Galiana
- 10.30 – 11.15 Conferencia: Epidemiología del paciente con sepsis quirúrgica**
Dra. Laura Moore (USA)
Presidente: Dr. Anibal Cataldo
Secretario: Dr. Daniel Martínez
- 11.15 – 11.45 Descanso - Café**
- 11.45 – 12.30 Conferencia: Implementación del screening en sepsis**
Dra. Laura Moore (USA)
Presidente: Dr. Sebastián Pereda
Secretario: Dr. Johnny Perín
- 12.30 – 14.15 Simposio en Ball Room B**
- 14.15 – 15.00 Conferencia: Sepsis: diagnóstico precoz y manejo basado en la evidencia**
Dra. Laura Moore (USA)
Presidente: Dr. Ricardo Voelker
Secretaria: Dra. Antonella Gómez
- 15.00 – 16.30 Simposio: Fístulas digestivas de alto gasto**
Coordinadores: Dr. Ricardo Misa, Dra. Estela Olano
- 15.00 – 15.05 Introducción**
Dr. Ricardo Misa
 - 15.05 – 15.15 El cirujano enfrentado a un paciente con una fístula digestiva**
Dr. Pablo Caviglia
 - 15.15 – 15.25 Posición del médico intensivista que recibe un paciente con una fístula digestiva**
Dr. Jordan Tenzi
 - 15.25 – 15.35 Cuidados de piel y pared abdominal en los pacientes con fístula digestiva**
Dr. Ricardo Misa
 - 15.35 – 15.45 Enfoque nutricional del paciente con fístula digestiva**
Dra. Estela Olano
 - 15.45 – 15.55 El enfermo que recobra o mantiene la vía oral**
Lic. Dora Mira
 - 15.55 – 16.05 ¿Cómo prevenir? ¿Son gratuitos el Vacuum Pack y las relaparotomías?**
Dr. Luis Cazabán
 - 16.05 – 16.10 Conclusión**
Dr. Ricardo Misa
 - 16.10 – 16.30 Discusión**

16.30 – 17.00 *Descanso – Café*

17.00 – 17.45 **Conferencia: ¿Qué hay de nuevo en la presión intra abdominal?**
Dr. Francisco Pracca
Presidente: Dr. Fernando Machado
Secretario: Dr. Darwin Tejera

17.45 – 18.30 **Conferencia: El intestino en el enfermo crítico**
Dr. Antonio Campos (Brasil)
Presidente: Dr. Enrique D'Andrea
Secretario: Dr. Francisco Pracca

18.30 – 19.30 **Asamblea SUMI**

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



Sábado 26 de Octubre

BALL ROOM A-1

X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva

Coordinadora: Lic. Ft. Leticia González Lotito

09.00 – 09.15 Apertura Encuentro
Lic. Ft. Leticia González Lotito (AFU)
Dr. Néstor Campos (SUMI)

Sistema de gestión de la fisioterapia en cuidados intensivos

Moderadora: Lic. Ft. Leticia González Lotito

09.15 – 10.00 Diagnóstico en fisioterapia. Categorización del paciente crítico
Lic. José Mauricio Landeros (Chile)

Paciente neurológico en la UCI

Moderadora: Lic. Ft. Leticia González Lotito

10.00 – 10.15 Traumatismo encéfalo craneano a propósito de cuatros casos clínicos de niños atendidos en UCIN
Lic. Ft. Laura Miranda, Lic. Ft. Roxana Daruech

10.15 – 10.30 Traumatismo encéfalo craneano (TEC) en CTI adultos. Intervención del fisioterapeuta desde el día N°1

Lic. Ft. Ruth Donat

10.30 – 11.00 Manejo del paciente con hipertensión intracraneana niños y adultos
Lic. Ft. Laura Miranda

11.00 – 11.30 Descanso – Café

11.30 – 12.00 Manejo fisioterapéutico del paciente con enfermedad neuro muscular después de la UCIN
Lic. Ft. Regina Piperno

Farmacología y fisioterapia

Moderador: Lic. Ft. Michel González

12.00 – 12.30 Conocimiento de los efectos de las drogas más utilizadas en UCIN de importancia para la fisioterapia
Dr. Héctor Telechea

12.30 – 13.00 Preguntas. Difusión de eventos nacionales e internacionales

13.00 – 14.00 Intervalo

Fisioterapia respiratoria en el paciente crítico ventilado

Moderador: Lic. Ft. Michel González

14.30 – 14.45 Manejo de las atelectasias en UCIN de CHPR
Lic. Ft. Laura Miranda

14.45 – 16.00 Utilización del ambú para tratamiento de atelectasias en niños y niñas hasta 2 años de edad internados en UCIN del CHPR en el periodo de junio de 2012 a setiembre de 2013
Lic. Ft. Leticia González Lotito, Lic. Ft. Roxana Daruech, Lic. Ft. Laura Miranda

16.00 – 16.30 Estudio de parámetros de la mecánica ventilatoria, en lactantes de ambos sexos, menores de un año, con AM, a los que se realiza fisioterapia respiratoria
Lic. Ft. Michel González, Lic. Ft. Ana Sauto

16.30 Preguntas

IV Jornada de Pediatría Intensiva

Coordinadora: Dra. Silvana Mercado

08.30 – 10.15**Taller**

Accesos Vasculares

Coordinadores: Dr. Rodrigo Díaz (Chile), Dra. Carolina Grela, Dra. Silvana Mercado

Instructores: Dr. Jorge Rufs, Dra. Andrea Fernández, Dra. Marcela Backit,
Dr. Gonzalo Rivera (Chile)**10.15 – 10.45***Descanso – Café***10.45 – 12.30****Taller (Cont.)**

Accesos Vasculares

12.30 – 14.00*Intervalo***14.00 – 14.15****Mini Conferencia**Experiencia en UCIN en monitoreo cardio-respiratorio con monitor pulsión - Picco
Dra. Carolina Grela**14.15 – 14.45****Mini Conferencia**Hemofiltración continua en el shock séptico
Dr. Jorge Camacho (Chile)**14.45 – 15.05****Mini Conferencia**Manejo del paciente monitorizado mediante pulsión
Lic. Tatiana Salomon (Chile)**15.05 – 15.20****Preguntas****15.20 – 15.50****Mesa Redonda****Analgesia y sedación en el niño crítico. Experiencia en UCIN.**

Presidente: Dra. Amanda Menchaca

Integrantes: Dr. Federico Cristiani

Dra. Leticia Idiarte

Dra. Gabriela López

Dr. Héctor Telechea

15.50 – 16.00**Preguntas****16.00 – 16.20****Mesa Redonda****Experiencia en seguimiento de pacientes pediátricos con SDRa**

Presidente: Dra. Silvana Mercado

Integrantes: Dra. Anabel Akiki

Dr. Paul Estol

Dra. Soledad Menta

Dra. Isabel Moreira

16.20 – 16.30**Preguntas**

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



Sábado 26 de Octubre

BALL ROOM A-3

VIII Jornada Anual SUNUT

Presidente: Lic. Nut. Serrana Tihista

- 08.30 – 09.00 Apertura Jornadas SUNUT**
Lic. Nut. Serrana Tihista (Presidente SUNUT)
Dra. Gabriela Parallada (Vicepresidente SUNUT)
- 09.00 – 10.30 Simposio: Soporte nutricional en el perioperatorio**
Coordinador: Dr. Carlos Barozzi
Secretaria: Lic. Sandra Gutiérrez
Participantes: Dr. Ricardo Misa
 Dr. Adalberto Piedrabuena
 Dr. Antonio Campos (Brasil)
 Lic. Nut. Dora Mira
- 10.30 – 11.15 Conferencia: Terapia nutricional en el enfermo crítico**
Dr. Antonio Campos (Brasil)
Presidente: Dra. Nora Guigou
Secretaria: Lic. Nut. Ana Techera
- 11.15 – 11.45 Descanso – Café**
- 11.45 – 12.30 Conferencia: Pancreatitis aguda**
Dr. Antonio Campos (Brasil)
Presidente: Dra. Estela Olano
Secretaria: Lic. Miriam Isoardi
- 12.30 – 14.15 Simposio: MP en los 30 años de SEMM**
Diagnóstico de la contusión pulmonar
Dr. Jean Jacques Rouby (Francia)
Presidente: Dr. Gustavo Rodríguez
Secretaria: Dra. Estela Sigales
- 14.15 – 16.30 Actividad en Foyer Sala Florida**
- 17.00 – 17.45 Conferencia de Clausura**
¿Cómo razonamos los médicos?
Dr. Humberto Correa
Presidente: Dr. Néstor Campos
- 18.00 Ceremonia de Clausura y Entrega de Premios**

09.00 – 10.00

Presentación Temas Libres

Comentadores: Dr. Julio Medina, Dra. Daniela Paciel

09.00 – 09.15 **Nº4 Sepsis severa y shock septico: diagnostico de situación epidemiologica y analisis sobre la implementación de medidas diagnosticas-terapeuticas en las primeras 48 horas de asistencia.**

Bertullo M¹, Carbone N², Brandes M³, Silva M⁴, Meiss H⁵, Olivera S⁴, Zum G⁵, Tejera D¹, Deicas A³, Hurtado J², Buroni M², Gerez J⁵, Limongi G⁵ y Cancel M¹.

¹Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

²Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Español. Montevideo, Uruguay.

³Centro de Tratamiento Intensivo del CASMU IAMPP. Montevideo, Uruguay.

⁴Centro de Tratamiento Intensivo de La Asociación Española Primera en Socorros Mutuos. Montevideo, Uruguay. ⁵Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Policial. Montevideo, Uruguay.

09.15 – 09.30 **Nº22 Impacto de un programa de intervencion multimodal para reducir la incidencia de neumonia asociada a la ventilacion mecanica experiencia de 5 años en la uci del hospital pasteur.**

Dres. Damonte JP, Soca A, Seija V, Noveri S, Lic Enf Trindade G, Pontet J, López A.

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pasteur- MSP. Montevideo – Uruguay.

09.30 – 09.45 **Nº23 Diarrea nosocomial en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): incidencia y factores de riesgo.**

Dres. Barrios F, Canale A, Noveri S, Pontet J y Soca A.

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pasteur- MSP. Montevideo – Uruguay.

09.45 – 10.00 **Nº28 Medidas preventivas para disminuir la bacteriemia relaciona a catéter en UCI. personal de enfermería y médico de la UCI hospital pasteur.**

Dres. Soca A, Seija V, Trindade G, Altez S, Silvera J, Noveri S.

UCI Hospital Pasteur. Montevideo – Uruguay.

10.00 – 11.15

Actividad en Ball Room B

11.15 – 11.45

Descanso - Café

11.45 – 12.30

Conferencia: Resucitación hemodinámica basada en el metabolismo miocárdico

Dr. Eliezer Silva (Brasil)

Presidente: Dr. Carlos Cardoso

Secretario: Dr. Andrés Cebey

12.30 - 14.15

Simposio en Ball Room B

14.15 – 16.30

Actividad en Foyer Sala Florida



Sábado 26 de Octubre

FOYER SALA FLORIDA

PRESENTACIÓN DE E-POSTERS

09.00 – 11.15 Visita de E-posters

- Grupo 1
Comentadores: Dra. Corina Puppo, Dr. Pedro Grille, Dr. Leandro Moraes
Trabajos N°: 3, 8, 12, 16, 17, 27
- Grupo 2
Comentadores: Dra. Gloria Rieppi, Dr. Julio Pontet
Trabajos N°: 14, 25, 26, 32, 33, 34
- Grupo 3
Comentadores: Dr. Mario Cancela, Dr. Alberto Biestro, Dr. Julio Cabrera
Trabajos N°: 5, 11, 13, 15, 20
- Grupo 4
Comentadores: Dr. Alberto Deicas, Dr. Pedro Alzugaray, Dr. Mario Rodríguez Verde
Trabajos N°: 18, 21, 24, 29, 31

N°1 **INFARTO DE MIOCARDIO CON SHOCK CARDIOGÉNICO.**

F. Bueno, Ma. Lazo, F. Pisón, Ma. Saravia.

Centro Cardio Vascular Universitario. Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela.

N°3 **VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CON COMPROMISO ESPINAL.**

M. Bertullo^{1, 2}, T. Rodríguez¹, D. Tejera^{1, 2}, N. Sgarbi², F. Villalba¹ y M. Cancela¹.

¹ Asociación Española Primera en Socorros Mutuos - Montevideo, Uruguay.

² Hospital de Clínicas – Montevideo, Uruguay.

N°5 **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CRÍTICO EN UN CTI DE MONTEVIDEO.**

¹ Bertullo M, ¹ Alonzo F, ¹ Silva M, ¹ Modernel J, ¹ Rodríguez T, ¹ Tejera D, ² Burghi G, ¹ Limongi G y ¹ Cancel M.

¹ Centro de Tratamiento Intensivo de La Asociación Española Primera en Socorros Mutuos. Montevideo, Uruguay. ² Centro de Tratamiento Intensivo del Centro Nacional de Quemados.

N°8 **CRANIECTOMÍA DECOMPRESIVA EN EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA.**

Sequeira, G; García, A; Costa, G; Muñoz, S; Menchaca, A.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos - Centro Hospitalario Pereira Rossell.

N°11 **REQUERIMIENTOS DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y NEUROLÉPTICOS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE COCAÍNA INGRESADOS A MEDICINA INTENSIVA POR INJURIA TRAUMÁTICA.**

Alvez I, Verga F, Franca A, Echavarría E, Gallo J, Bagnulo H.

Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

N°12 **UN MODELO PARA PREDECIR LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE NEUROCÍTICO.**

Tommasino N; Forteza D; Godino M; Castro A, Mizraji R

Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INDT)

N°13 **ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS FALLAS HEPÁTICAS FULMINANTES EN EL CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS DE URUGUAY.**

Brun, L.; Hernández, N.; Pedemonte, I.; Castelli, J.; Grecco, G.; Scalone, P.; Harguindeguy, M.; Ethlin, A.; Rando, K.; Medina, J.; Leites, A.; Gerona, S.

Centro de Cuidados Intensivos (CCI) del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. (HCFFAA). Montevideo

N°14 BOTULISMO EN MEDICINA INTENSIVA EN URUGUAY.

Klaps C., Guigou N., Olguin G., Rodríguez Verde M.

CTI Hospital Escuela del Litoral. Paysandú.

N°15 IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DEL COORDINADOR DE TRASPLANTE SOBRE LOS PRINCIPALES OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN EL MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE.

Godino, M.; Tommasino, N; Lopetegui, A; Forteza, D; Mizraji, R; Castro, A

Instituto Nacional de Donación y Trasplante.

N°16 TORMENTA SIMPÁTICA PAROXÍSTICA E-POSTERIOR A TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE. MANEJO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Cacciatori A., Barreto C., Barrios M.J., Castelli J., Pampillón F.

Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay.

N°17 EMPLEO DEL DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL MONITOREO DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA.

Cacciatori A., Castelli J., Grecco G.

Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay

N°18 EMPLEO DEL DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL MONITOREO DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA.

Cacciatori A., Castelli J., Grecco G.

Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay

N°20 CALIDAD DEL SUEÑO EN LOS TRABAJADORES DE LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA (UCIS) EN URUGUAY.

Serkochian I, Frache B, Goihneix K, Alzugaray P, Rodríguez Verde M, Princisgh A, Bagnulo H, Burghi G.

Hospital Maciel, CENAUQUE, Hospital de Salto, Hospital de Paysandú, Sanatorio Americano,

CAMOC, ORAMECO.

N°21 REGISTRO DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UCI.

Villarino C., Tasende A, Giordano A.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Español J.J.Crottogini

N°24 INDICADORES DE CALIDAD EN MEDICINA INTENSIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.

Dres. Rodríguez G, Noveri S., Soca A, Lic. Enf. Cugliari T.

UCI del Hospital Pasteur. ASSE. Montevideo-Uruguay.

N°25 IMPACTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE GLUTAMINA ENTERAL EN TRAUMATIZADOS CRÍTICOS.

Lic. en Nutrición Mabel Alonso, Mgs.

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, CTI Universitario, Depto. Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

N°26 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRESISTENTES EN EL PACIENTE QUEMADO.

Dr. Acevedo M., Dr. Soto JP, Dr. Burghi G.

Centro Nacional de Quemados

N°27 REPERFUSIÓN DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV) ISQUÉMICO: UN DESAFÍO DEL DEPARTAMENTO DE ROCHA.

Acevedo M., De los Santos N, Pérez D, Romero K, Cardoso C.

Cooperativa Médica de Rocha (COMERO). Rocha. Uruguay

N°29 PREVALENCIA DEL FRACASO DE LA LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS.

L. Godoy. B. Frache, M. Pérez, R. Rodríguez, P. Alzugaray, G. Pittini, G. Grecco, C. Acosta, F. Goyeneche
SANATORIO AMERICANO CTI POLIVALENTE



Sábado 26 de Octubre

FOYER SALA FLORIDA

N°31 CARACTERÍSTICAS Y SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Imperio C, Olivera S, Ortega C, Rodríguez T, Silva M, Modernel J, Cancela M.
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

N°32 STATUS DE VITAMINA D EN EL PACIENTE CRÍTICO: RESULTADOS PRELIMINARES.

Dres. S. Olivera¹, A Olascoaga², C Ortega³, M Cancela¹, W Manzanares²
1- Asociación Española, 2- Hospital de Clínicas, 3-Facultad de Medicina-Métodos Cuantitativos. Uruguay.

N°33 TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RELACIÓN CON NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA.

M. Silva; J. Modernel; F. Alonso; D. Tejera; G. Limongi; F. Villalba; M. Cancela
Asociación Española. Montevideo-Uruguay.

N°34 MALARIA GRAVE A PROPÓSITO DE UN CASO EN URUGUAY

M. Silva; F. Alonso; D. Acosta; D. Tejera; A. Pedemonte; F. Villalba; M. Cancela
Asociación Española. Montevideo-Uruguay

14.15 – 16.30 Coloquios

1- Pautas de liberación de la ventilación mecánica

Coordinador: Dr. Alberto Deicas
Secretario: Dr. Gustavo Pittini
Panelistas: Dra. Cristina Santos
Dr. Javier Hurtado
Dr. Pedro Alzugaray
Dra. Graciela França
Dra. Cecilia Imperio
Dr. Arturo Briva

2- ¿Cuándo hacer traqueotomía?

Coordinador: Dr. Francisco Pampillón
Panelistas: Dr. Ricardo Misa
Dr. Fernando Rodríguez
Dr. Ignacio Aramendi

3- Antibióticos profilácticos en el crítico. ¿Cuándo?

Coordinador: Dr. Osiris Rocha
Panelistas: Dr. Henry Albornoz
Dr. Jorge Baraibar
Dr. Gino Limongi

4- Fístula traqueo esofágica. Prevención. ¿Cuándo tratarla?

Coordinador: Dr. Edgardo Núñez
Panelistas: Dr. Carlos Tarabochia
Dr. Ricardo Dalbora
Dr. Julio Pontet
Dr. Guzmán Fugasot
Dr. Jorge Domínguez

5- Medidas a implantar de seguridad

Coordinador: Dr. Mario Godino
Panelistas: Dr. Gastón Burghi
Dr. Enrique Buccino
Dr. Carlos Cardoso

6- Prevención de la patología del crítico

Coordinador: Dr. Alfredo Rocha

Panelistas: Dr. Javier Gervas
Dra. Nora Guigou
Dra. Cecilia Klaps

7- Manejo actual de la isquemia cerebral

Coordinador: Dr. Leandro Moraes

8- El médico en el juzgado

Coordinador: Dr. Enrique Sasson

Panelistas: Dr. Oscar Cluzet
Dr. Alfredo Toledo
Dr. Alberto Aliaga

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



INFORMACIÓN GENERAL

Entrega de documentación:

El registro de participantes e inscripciones se realizará a partir de las 08.00 hs. del día 23 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. Su uso es obligatorio.

Sala de pruebas de audiovisuales:

Se deberán entregar los materiales a proyectar, en la Sala de Pruebas que estará ubicada al final del pasillo lateral al Ball Room (2° piso). 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 (Sábado 26 de Octubre) a partir de las 10.00 hs.

Idioma oficial:

El idioma oficial es el castellano. Se proveerá traducción en aquellos casos que los disertantes sean de habla inglesa.

Área de exposición comercial:

Ubicada en el foyer del Nivel 2, permanecerá abierta al público entre las 09.00 y 18.00 durante el desarrollo del Congreso.

COSTOS DE INSCRIPCIÓN

24 al 26 de Octubre de 2013

Categoría	Costo
Socios SUMI, SUNPI, SATI, SUC	\$ 3500
Posgrados y Residentes	\$ 2000
Médicos No socios	\$ 4000
Auxiliares Enfermería	\$ 1500
Licenciados: Enfermería, Nutrición, Fisioterapia, Neumocardiología	\$ 3000
Estudiantes	\$ 800
Inscripción por día (*)	\$ 1500

Actividad Parcial

Actividad	Costo
Encuentro Fisioterapeutas (1 día – 26/10/13)	\$ 1000
Encuentro Neumocardiología (1/2 día – 26/10/13)	\$ 500
Jornada SUNUT (1/2 día – 26/10/13)	\$ 800
Solo Jornada Pediatría SUNPI (1/2 día en la tarde – 26/10/13)	\$500
Taller Vía Bajo Ecografía SUNPI (1/2 día – 26/10/13 – Cupos limitados)	USD 150

Cursos Pre-Congreso (c/u) – 23 de Octubre de 2013

Categoría	Costo
Socios SUMI, SUNPI, SATI, SUC	\$ 1000
Posgrados y Residentes	\$ 1000
No socios o no inscriptos al Congreso	\$ 2000
Enfermería	Sin costo
Enfermería no inscriptos al Congreso	\$ 1000

Cursos Médicos:	Ventilación Mecánica Ecografía para el intensivista
Curso Enfermería:	Trasplante hepático

Actividad Social

Categoría	Costo
Ticket Acompañante (Cóctel Apertura – 23/10/13 – Club de Golf)	\$850
Ticket Cena de Clausura (26/10/13 – Casona del Prado)	\$ 900

* Inscripción exclusiva a la actividad mencionada. No habilita acceso al resto de actividades del Congreso y no incluye materiales ni actividades sociales.

Los inscriptos al Congreso tienen derecho a participar de todas las actividades previstas del 24 al 26 de Octubre, sin cargo adicional.

Forma de pago: Exclusivamente Contado efectivo



Trabajos Médicos

1. INFARTO DE MIOCARDIO CON SHOCK CARDIOGÉNICO.

F. Bueno, Ma. Lazo, F. Pisón, Ma. Saravia
Centro Cardio Vascular Universitario.
Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela.

Introducción: La cardiopatía isquémica y el Infarto Agudo de Miocardio (IAM) son una de las principales causas de muerte y años vividos con discapacidad en nuestro país.

En 1967, Killip y Kimball elaboraron una clasificación en base a la presencia o ausencia de hallazgos que surgieran disfunción ventricular. Siendo la clase IV, IAM con shock cardiogénico, el de mayor mortalidad intrahospitalaria.

Según último consenso uruguayo de manejo del IAM con ST, debe realizarse una terapéutica de reperfusión con la finalidad de abrir la arteria responsable, ya sea administrando trombolíticos o mediante angioplastia transcatéter primaria (ATCP) dentro de las primeras 3 horas.

El Centro Cardio Vascular Universitario del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", se trata de un IMAE y constituye el único centro público a nivel nacional, donde se centran actividades de docencia, asistencia e investigación de patologías cardiovasculares y vasculares periféricas.

El personal de enfermería que presta servicios en dicho centro, se encuentra abocado al cuidado de pacientes cardiológicos críticos y potencialmente críticos.

Objetivo: Establecer última pauta de cuidados de enfermería para el paciente con diagnóstico de IAMCST KIV.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Población: usuarios asistidos en CCVU, con diagnóstico de IAMCST KIV. Búsqueda avanzada de evidencia, entrevista con expertos.

Resultados: Se obtuvieron las intervenciones de enfermería a usuarios con diagnóstico de IAMCST KIV, asistidos en CCVU, desde su apertura y fueron comparadas con últimas pautas de cuidado a nivel internacional.

Conclusiones: El paciente con diagnóstico de IAMCST KIV presenta una alta mortalidad en usuarios asistidos en CCVU al igual que a nivel internacional.

Las intervenciones de enfermería implementadas en un paciente con IAMCST KIV, están de acuerdo a lineamientos internacionales.

Actualmente estudios internacionales coinciden que el uso del BIAC en el IAM KIV, no disminuye la mortalidad a los 30 días.

REFERENCIAS:

Braunwald Tratado de cardiología Novena Edición

Consenso de cardiología IAM CST 2009

REMI Revista Electrónica de Medicina Intensiva ISSN 1578-7710

2. ASISTENCIA VENTILATORIA NO INVASIVA EN EL TRATAMIENTO INICIAL DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA.

Franço Silva A.G., Formento C., Olivera S., Ebeid A.
Unidad de Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios de Círculo
Católico de Obreros del Uruguay. Sanatorio JPPI (CCOU)

Antecedentes: Ventilación Mecánica con Intubación endotraqueal (IE), connota riesgo de Neumonía y daño traumático de vía aérea. Ventilación no Invasiva (VNI) demostró beneficios en la Insuficiencia respiratoria aguda (IRA) en Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y edema agudo pulmonar (EAP), pero disparidad en la Insuficiencia respiratoria hipoxémica (no EAP).

Objetivos: Evaluar VNI en IRA hipoxémica e hiperbárica como primera línea de tratamiento. Respuesta, evolución, riesgo de fracaso. Tiempos de VNI y de internación.

Métodos: Cohorte prospectiva. Adultos ingresados: enero 2011-julio 2013 a CTI-CI Polivalente de 16 camas con IRA hiperbárica: $pCO_2 \geq 45$ mm Hg, y $pH \leq 7.35$ y >7.25 ; e hipoxémica: pO_2 con máscara de oxígeno >80 y ≤ 150 mmHg. Tratados con VNI: ventilación asistida usando como interfase máscara facial y circuito de respiradores convencionales microprocesados o de portátiles binivelados. Excluidos: pacientes con indicación de IE inmediata, depresión sensorial (Glasgow <12), inestabilidad hemodinámica, broncopejía.

Resultados: 61 pacientes, 62 ± 14 años (edad media ± 1 Desvío Estándar), 56% hombres. Apache II 15 ± 5.5 . VNI en 16% de población ventilada.

IRA hipoxémica: 36 pacientes, fracasaron 9(25%) y fallecieron 7(19%); hiperbárica: 25 pacientes, fracasaron 5(20%) y fallecieron 4(16%).

Fracaso ocurrió previo a 20 horas, prolongó internación: 12.7 ± 5 días vs. 8.6 ± 3 días, $p=0.01$. Aumentó incidencia de Neumonía, $p=0.009$; e infecciones extrarrespiratorias, $p=0.03$. Kaplan-Meier: mortalidad más temprana en fracaso.

-Frecuencia respiratoria (FR) primera hora >30 :

- IRA-hipoxémica: Riesgo relativo (RR) fracaso = 6 (IC 95% 1.9-19.1), $p=0.001$.

- IRA-Hiperbárica: RR fracaso = 4.75 (IC 95% 1.02-22.06), $p=0.035$.

Factores Independientes de Riesgo (Regresión Logística):

- De Fracaso: FR primera hora de VNI, Odds Ratio (OR) 2.2, IC 95% 1.4-3.5, por incremento unitario de FR.

- De Muerte: fracaso de VNI, OR 19.5, IC 95% 4.0-94.6.

Conclusiones: VNI exitosa: menos complicaciones y tiempos asistenciales. Cada incremento unitario de FR en primera hora duplicó el riesgo de fracasar. Fracaso multiplicó riesgo de muerte por 19.5.

3. VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CON COMPROMISO ESPINAL.

M. Bertullo^{1,2}, T. Rodríguez¹, D. Tejera^{1,2}, N. Sgarbi², F. Villalba¹ y M. Cancela¹.

¹ Asociación Española Primera en Socorros Mutuos- Montevideo, Uruguay.

² Hospital de Clínicas - Montevideo, Uruguay.

Introducción: La vasculitis primaria del SNC es una forma de presentación poco común y pobremente comprendida. Existe compromiso espinal solamente en 5%.

Historia clínica: 38 años, masculino, sin antecedentes, retoma de viaje (Dubái) 10 días previos al ingreso. Instala cefalea holocraneana intermitente, progresiva, agrega trastornos conductuales y mnésicos, astenia intensa y artromialgias. En emergencia, vigilia, apirético, limitación a la flexión de nuca, sin alteraciones de pares craneales o espinales. TAC de cráneo normal, líquido cefalorraquídeo (LCR) con proteinorraquia. Ingresos con planteo de Encefalitis Viral bajo tratamiento con Ceftriaxona y Aciclovir. Agrega confusión, tendencia al sueño, afasia fluente, paraparesia asimétrica de miembros inferiores y mayor depresión de conciencia, requiriendo IOT durante 36 horas. Se plantea Encefalomielitis Difusa Aguda tras recibir resultado de RM e inicia Metilprednisona 1gr/día (72 horas), con mejoría sintomática parcial. Alta a intermedios (10mo día) y posteriormente domicilio (13vo día). Cateterismos vesicales reiterados por vejiga neurógena, reingresa a intermedio por Orquiepididimitis y recaída de la sintomatología.

Exámenes complementarios: LCR: cristal de roca, glóbulos blancos 2/mm³, proteínas 0.91g/l, glucosa 0.42g/l; PCR para familia herpes y enterovirus, tinta china, antígeno neumocócico, directo y cultivo negativos. No presentó bandas oligoclonales IgG u otras alteraciones del proteinograma. Electroencefalograma: discreto sufrimiento cerebral difuso (ritmo theta). RM encefálica: múltiples lesiones infra y supratentoriales, iso e hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 (FLAIR), a nivel de la sustancia blanca subcortical, mesencéfalo a derecha, núcleos grises de la base, cuerpo calloso y adyacente a ventrículos laterales, varias se impregnan con contraste y existe realce de leptomeninges. RM de columna: focos puntiformes de señal alta en secuencia T2 en T8 y T9. ANA, ANCA, complementemia y FR normales. Angio-resonancia arterial sin alteraciones de arterias de mediano y grueso calibre, disminución de las lesiones descritas en estudio previo en encefalo y ausencia de estas a nivel medular.

Discusión y conclusiones: Su confirmación diagnóstica es mediante biopsia, siendo la angiografía y angio-resonancia técnicas complementarias con sensibilidad/especificidad indefinidas, pudiendo ser normal cuando se comprometen pequeños vasos.

Su reconocimiento temprano e inicio de glucocorticoides asociado o no a inmunosupresores mejoran su pronóstico.

(Se incluyen imágenes de RM encefálica y de columna)

Salvarani C, Brown RD Jr, Hunder G. Adult primary central nervous system vasculitis. Lancet 2012; 380: 767-77.

Salvarani C, Brown RD Jr, Calamia KT, et al. Primary central nervous system vasculitis: analysis of 101 patients. Ann Neurol 2007; 62: 442-51.

4. SÉPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y ANÁLISIS SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE MEDIDAS DIAGNÓSTICAS-TERAPEÚTICAS EN LAS PRIMERAS 48 HORAS DE ASISTENCIA.

Bertullo M¹, Carbone N², Brandes M³, Silva M³, Meiss H³, Olivera S⁵, Zum G⁵, Tejera D¹, Deicas A³, Hurtado J², Buroni M², Gerez J⁵, Limongi G⁵ y Cancel M¹.

¹Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

²Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Español. Montevideo, Uruguay.

³Centro de Tratamiento Intensivo del CASMU IAMPP. Montevideo, Uruguay.

⁵Centro de Tratamiento Intensivo de La Asociación Española Primera en Socorros Mutuos. Montevideo, Uruguay.

⁵Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital de Policial. Montevideo, Uruguay.

Antecedentes: Sepsis Severa y Shock Séptico constituyen alteraciones complejas con incidencia en aumento. Avances en su resucitación, diagnóstico y terapéutica inicial, mejoran su sobrevida.

Objetivo: Conocer características epidemiológicas de los pacientes que ingresan por esta causa; valorar la implementación de medidas diagnósticas y terapéuticas asociadas a menor mortalidad; determinar variables asociadas a peor pronóstico vital.

Métodos: estudio prospectivo, descriptivo, observacional, cohorte única, multicéntrico (5 centros de Montevideo), que enroló 160 ingresos a CTI, incluyendo 153 pacientes, durante Setiembre del 2011 y Agosto del 2012. Se realizó captación tras ingreso hospitalario, seguimiento y revisión de archivos.

Resultados: edad media 63.5 ± 17.6 (15-94), 51% sexo masculino, mediana de APACHE2 24.0 (18.0-32.0), 73.9% recibieron ARM (media 11.5 días). Presentaron estadía media en CTI 15.7 (12.0-22.0), hospitalaria de 25.2 (19.0-31.5) días. La mortalidad en CTI fue 49.7% (76/153), hospitalaria 54.9% (84/153) y a 6 meses 58.8% (90/143). 69.3% fueron comunitarias, presentaron shock 77.8% (119/153) y 37.9% inmunodebilidad/inmunocompromiso. Predominó origen Respiratorio 30.1% y Peritoneal 24.2%. Se aisló microorganismos en 64.1% (98/153), siendo bacterianas 95.9% (94/98), fúngicas 2% (2/98) y virales 2% (2/98). Presentaron bacteriemia 29.4% (45/153) y fungemia 0.65% (1/153). Media de ingreso a UCI fue 39.8 (15.0-50.0) horas, siendo diagnóstico inicial Sepsis en 37.9%. La mediana de toma de HC de 4.0 (1.5-17) horas, otros cultivos 4.0 (1.4-4.0), se consideró adecuada la toma en 47.1%. Se inició antibióticos en 6.75 horas promedio (3.0-2.0-6.5), siendo adecuado el plan inicial 64.1%. La mediana para el drenaje del foco 15 (6.75-40.5) horas, considerándose adecuado en 30.8% (24/78). Se alcanzaron objetivo de presión 71.9%, PVC 37.5%, SvcO2 19.6%, diuresis 54.6%, monitoreo de glicemia 67.3%, uso corticoides 92.0% (58/63) y ventilación protectora 89.6%. Presentaron mayor mortalidad hospitalaria: mayores de 65 años ($p=0.0002$), inmunodebilitados/comprometidos ($p=0.016$), con shock ($p=0.009$), con ARM ($p=0.028$), mayor APACHE II ($p=0.0004$), demora de ingreso UCI ($p=0.002$), en toma de HC ($p=0.017$), inicio de antimicrobianos ($p=0.048$), terapia antimicrobiana inadecuada ($p=0.021$), no alcanzaron objetivos hemodinámico, patrón ventilatorio inadecuado ($p=0.001$) y mayor balance positivo ($p=0.002$). Se asociaron a mayor mortalidad hospitalaria: edad, APACHE2, inmunodebilidad/compromiso, demoras de ingreso a UCI e inicio de antimicrobianos, balance positivo.

Conclusiones: Los pacientes ingresan a CTI con formas severas y/o estado biológico previo comprometido. Existen demoras y falencias durante la resucitación, diagnóstico y terapéutica inicial (48 horas). Ambas situaciones se asocian a mayor mortalidad hospitalaria

5. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CRÍTICO EN UN CTI DE MONTEVIDEO.

¹ Bertullo M., ¹ Alonzo F., ¹ Silva M., ¹ Modernel J., ¹ Rodríguez T., ¹ Tejera D.,

² Burghi G., ¹ Limongi G. y ¹ Cancel M.

¹Centro de Tratamiento Intensivo de La Asociación Española Primera en Socorros Mutuos. Montevideo, Uruguay.

²Centro de Tratamiento Intensivo del Centro Nacional de Quemados.

Antecedentes: Existe actualmente nueva evidencia sobre el beneficio de ingresar a CTI pacientes con neoplasias sólidas y hematológicas, con aumento de su sobrevida, vinculado a mejoras en el manejo de las enfermedades oncológicas y sus complicaciones.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de los pacientes Oncológicos asistido en un Centro de Terapia Intensiva (CTI) polivalente de Montevideo. **Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, de cohorte, retrospectivo, donde se revisaron 521 historias de pacientes ingresados durante un período de 15 meses, incluyendo 123 oncológicos.

Resultados: Se identificaron 123 pacientes (23,6%), 51.2% sexo masculino, edad media 66.0 años (rango 17.0-90.0), mediana APACHE2 20 (10-26), el tiempo medio de ARM 6.1 (3.0-10.8) días y de estadía en CTI 6.9 (3.0-10.9) días. La mortalidad en CTI fue 38.2% (47/123), siendo para Tumores Sólidos 31.3% (31/99) y 66.7% (16/24) en Hemato-oncológicos ($p=0.001$). 33.1% ingresaron por enfermedades intercurrentes, 23.1% por complicaciones relacionadas al tratamiento, 19.8% por complicaciones quirúrgicas y 24% por complicaciones médicas. 17.9% se realizó diagnóstico durante la internación, 7.3% en CTI. 50% ingresaron desde internación sanatoria y el resto de domicilio o para cirugía de coordinación. 80.5% fueron tumores sólidos (99/123), donde predominaron los de origen gastroenteral 41.4% (41/99) y mama 13.1% (13/99), el 17.7% presentaban metástasis conocida. En hemato-oncológicos predominaron los Linfomas 41.7% (10/24) y Leucemias Crónicas 29.2% (7/24). 15.4% (19/123) fueron catalogados como mal pronóstico, predominando aquellos con DOMS e ingreso tardío 36.8% (7/19) y mal pronóstico del cáncer 31.6% (6/19), siendo la mortalidad 68.4% (13/19) ($p=0.004$). 82.1% (101/123) recibieron ARM siendo la mortalidad 45.5% mayor (resto 4.5%, $p=0.0005$), así como para el mayor tiempo de esta ($p=0.005$). La invasiva presentó mortalidad 47.9% (45/94) versus la no invasiva 14.3% (1/7) ($p=0.008$). Presentaron mayor mortalidad en CTI aquellos con mayor número de disfunciones al ingreso ($p=0.0005$), en los que progresaron a 72 horas (70.4% vs 13%, $p=0.0008$), aquellos con shock (65% vs 35%, $p=0.0002$), los que presentaron IRA (60.5% vs 28.2%, $p=0.001$), SDRA (60.0% vs 20.6%, $p=0.0007$), mayor estadía en la UCI ($p=0.009$).

Conclusiones: Los pacientes oncológicos presenta una elevada prevalencia en CTI (23.6%). Constituyen un grupo heterogéneo, cuyas características resulta fundamental conocer para un adecuado manejo y toma de decisiones, en vistas a una mejor morbilidad y optimización de los recursos.

Azuolay et al.: Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. Annals of Intensive Care 2011 1:5.

6. POSTOPERATORIO INMEDIATO EN CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS DE LOS TRASPLANTES HEPÁTICOS ORTOTÓPICOS EN URUGUAY, ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Pedemonte, I.; Hernández, N.; Brun, L.; Castelli, J.; Grecco, G.; Scalone, P.; Harguindéguy, M.; Ethlin, A.; Leites, A.; Gerona, S.; Rando, K.; Medina, J.

Centro de Cuidados Intensivos (CCI) del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. (HCFFAA). Montevideo.

Antecedentes: El Trasplante Hepático Ortotópico (THO), es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedades hepáticas, agudas y crónicas, progresivas e irreversibles, no curables con otros métodos, en pacientes con una sobrevida esperada menor del 50% a los 2 años.

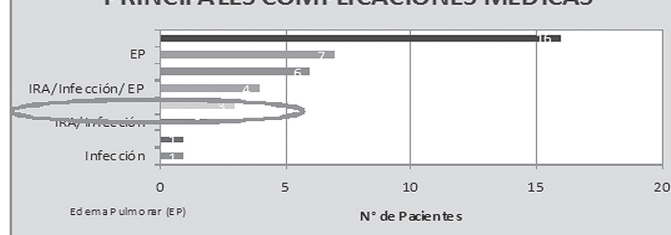
Objetivo: Describir la evolución postquirúrgica inmediata en el CCI del HCFFAA, de 73 THO realizados.

Métodos: Se analiza el período postoperatorio inmediato en CCI, de 73 pacientes sometidos a THO desde Junio de 2009 hasta Agosto de 2013.

Resultados: Son 73 pacientes entre 14 y 67 años, (61% hombres), portadores de hepatopatías que requirieron THO. En 65 pacientes se realizó extubación precoz. La estadía en CCI promedio es 3,92 días. El índice APACHE II en el 87,7% de los pacientes fue menor o igual a 20. Las complicaciones médicas más frecuentes fueron: insuficiencia renal aguda, edema pulmonar e infecciones. Tres pacientes presentan disfunción primaria del injerto (DPI). La mortalidad es de 10,9 %, la mitad de estos se trasplantaron en el contexto de una Falla Hepática Fulminante (FHF). La mortalidad global de los THO por hepatopatías crónicas es 5,8%. La media del score MELD de los fallecidos es 32,4; y la del APACHE II 22,3.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes se extuban en forma precoz, la estadía en CCI fue breve. La mortalidad total fue de 10,9 % comparable con centros de referencia a nivel mundial. El 4,1 % presenta DPI.

PRINCIPALES COMPLICACIONES MÉDICAS





7. SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE LOS NIÑOS CON SDRA.

Autores: Menchaca A, Mercado S, Ruibal M, Menta S, Akiki A, Moreira I, Estol P.
Unidad de Cuidados intensivos pediátricos (UCIN). Policlínica de neumología.
Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).
Montevideo, Uruguay.

Antecedentes: Estudios en adultos que padecieron síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) documentaron alteraciones en la función pulmonar y en la esfera neurocognitiva, afectando la calidad de vida.

En niños no hay trabajos publicados, planteamos que presenten alteraciones similares.

Objetivo: Evaluar la repercusión funcional respiratoria y el desarrollo en niños que presentaron SDRA.

Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo e intervencionista. Se incluyeron niños ingresados en UCIN, con criterios diagnósticos de SDRA según Consenso Europeo Americano, entre el 1° de enero de 2012 y 1° de mayo de 2013.

Criterios de exclusión: patología pulmonar crónica, prematuras, cardiopatías, toracopatías y asmáticos.

Se citaron a los 6 meses o al año del alta hospitalaria y se realizó: valoración clínica, cardiológica, respiratoria y test de la marcha a mayores de 3 años.

Resultados: Ingresaron 844 niños. Se diagnosticó SDRA en 4,6 %. Fallecieron 25,6%. Se controlaron 9 pacientes (23%). La media de edad fue 32 meses. El promedio de días de internación fue 16.

La causa del SDRA fue pulmonar en 66%. En 77% se emplearon maniobras de reclutamiento alveolar.

Ningún paciente requirió oxígeno al alta.

Se controlaron 5 al año y 4 a los 6 meses.

En todos la oxí - capnografía, electrocardiograma, y ecocardiograma fueron normales.

En 23% se constataron radiografías patológicas.

De los pacientes controlados a los 6 meses (4), 2 presentaron función pulmonar normal. Los 5 pacientes controlados al año presentaron patrón obstructivo y uno patrón mixto con respuesta variable a broncodilatadores.

Conclusiones: Este estudio muestra una primera aproximación sobre la evolución de los niños que presentaron SDRA. Si bien la función pulmonar está alterada en la mayoría, no podemos predecir la repercusión sobre la calidad de vida de los mismos.

Referencias:

Hudson I. D. What happens to survivors of the adult respiratory distress syndrome? Chest 1994; 105(suppl. 3): 123-126.

8. CRANIECTOMÍA DECOMPRESIVA EN EL MANEJO DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA.

Sequeira, G; García, A; Costa, G; Muñoz, S; Menchaca, A.
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos - Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Antecedentes: La hipertensión endocraneana (HEC) es la principal causa de muerte y de secuelas invalidantes en la lesión traumática cerebral. La mortalidad por trauma encefalocraneano (TEC) grave es de 14% y la persistencia de estado vegetativo y encefalopatía secular del 10%. La craneotomía decompresiva (CD) es una técnica quirúrgica que permite disminuir la presión intracraneal (PIC).

Objetivos: Describir evolución de un grupo de paciente con HEC refractaria (HECR), secundaria a TEC grave, a los que se les realiza una CD.

Método: Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en la unidad de cuidados intensivos del Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el periodo abril 2003 - abril de 2013.

Criterios de inclusión: niños de 1 mes a 14 años, con HECR, secundaria a TEC grave.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes con HECR con una mediana de edad de 8 años y un rango de 3 meses a 14 años, el sexo masculino fue el más afectado y los siniestros de tránsito fue la causa más frecuente de TEC grave. El Glasgow al ingreso tuvo una mediana de 6. La lesión intracraneal más frecuentemente fue la lesión difusa tipo III según clasificación de Marshall. Posterior a la CD cuatro niños fallecieron, ningún paciente quedó en estado vegetativo, las secuelas fueron severas en cuatro, moderadas en ocho y en recuperación catorce al alta de terapia intensiva.

Conclusiones: La CD ha permitido disminuir la mortalidad durante el período agudo sin aumentar el índice de estado vegetativo o de secuelas graves.

La CD es una "opción" válida en el manejo de HEC refractaria al tratamiento médico.

Faltan estudios prospectivos, randomizados, con número adecuado de pacientes que permitan avalar la cirugía decompresiva en el tratamiento de estos enfermos.

Bibliografía:

Polin R, Ayad M, Jane J. decompressive craniectomy in pediatric patients. Critical care 2003; 7: 409-10.

10. INCIDENCIA DE CONSUMO DE COCAÍNA EN PACIENTES CON INJURIA TRAUMÁTICA INGRESADOS A MEDICINA INTENSIVA.

Franca A, Verga F, Alvez I, Echavarría E, Gallo J, Bagnulo H.
Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Antecedentes: El consumo de cocaína y otras sustancias adictivas que alteran el comportamiento es uno de los principales factores de riesgo para sufrir traumatismos graves.

Objetivo: Conocer la epidemiología e incidencia del consumo de cocaína en pacientes con lesión traumática que ingresan a medicina intensiva.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, observacional, que incluyó a pacientes ingresados a Medicina Intensiva por accidentes, intentos de autoeliminación (IAE) o agresiones, con estadía mayor a 24 horas durante los años 2011 y 2012.

Se realizó un inmunoensayo cromatográfico rápido para la detección cualitativa del metabolito de cocaína en orina.

Resultados: Se incluyeron 353 pacientes, 81% hombres, edad 37.4 ± 17.2 , 72% procedentes de Montevideo, SAPS II 37.7 ± 17.4 . Estadía 12.3 ± 10.8 días, asistencia respiratoria mecánica (ARM) 78 %, duración de ARM 8.75 ± 7.3 días. En relación al tipo de evento: 74.2 % accidentes, 19.5 % agresiones y 6.3 % IAE. La mortalidad global fue de 19 %.

Se realizó test de cocaína en 309 pacientes, resultando positivo en 84 casos (27%). La edad de los pacientes con test de cocaína positivo fue significativamente menor 30.2 ± 9.1 vs 41.3 ± 19.1 respectivamente ($p < 0.001$).

La comparación de otras variables cualitativas se muestra en la Tabla 1.

	Test de cocaína positivo (%)	Valor p
Sexo: hombre/mujer	29.7/12.4	= 0.04
Montevideo/Otros departamentos	33.2/12.4	< 0.001
Tipo de evento: Accidente/ IAE/Agresión	19.1/33.3/55.7	< 0.001
Tabaquista +/-	36.8/21.5	= 0.004
Alcoholista +/-	38.7/23.5	= 0.01
Antecedente consumo de marihuana +/-	52.2/25.2	= 0.005
Antecedente consumo Cocaína +/-	74.5/17.8	< 0.001

Conclusiones: La incidencia de consumo de cocaína en pacientes que ingresaron a medicina intensiva es elevada. El perfil epidemiológico corresponde a pacientes jóvenes, de sexo masculino, procedentes de Montevideo, consumidores de otras sustancias adictivas, con motivo de ingreso relacionado frecuentemente a agresiones, pero con una incidencia de consumo de cocaína también elevada en IAE y accidentes.

11. REQUERIMIENTOS DE SEDACIÓN, ANALGESIA Y NEUROLEPTICOS EN PACIENTES CONSUMIDORES DE COCAÍNA INGRESADOS A MEDICINA INTENSIVA POR INJURIA TRAUMÁTICA.

Alvez I, Verga F, Franca A, Echavarría E, Gallo J, Bagnulo H.
Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Antecedentes: El consumo de sustancias adictivas y entre estas la cocaína, es un problema social y sanitario en aumento. Este consumo puede provocar fenómenos de tolerancia que influyen en los requerimientos de analgésicos, sedantes y neurolépticos en consumidores.

Objetivo: Comparar requerimientos de analgésicos, sedantes y neurolépticos en pacientes con consumo reciente de cocaína y en no consumidores.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, observacional. Incluyó pacientes ingresados a Medicina Intensiva por accidentes, intento de autoeliminación (IAE) y agresiones con estadía mayor a 24 horas durante el 2011 y 2012.

Se realizó inmunoensayo cromatográfico rápido para la detección cualitativa de metabolitos de cocaína urinaria.

Se relevó días de analgesia, sedación, neurolépticos, dosis diaria total y en mg/kg. Se registró la presencia de despertar excitado.

Resultados: Se enrolaron 309 pacientes, con test de cocaína positivo 84 (27%). Las principales variables comparadas se resumen en la tabla (variables cuantitativas en media $\pm$ desvío estándar, cualitativas en frecuencias porcentuales, $p > 0.05 = NS$).

	Cocaína positivo	Cocaína negativo	Valor p
Edad	30.2 ± 9.1	41.3 ± 19.1	< 0.001
SAPS II	35.5 ± 17.4	38.0 ± 17.7	NS
Estadía intraunidad	12.7 ± 11.1	12.7 ± 10.6	NS
Días de ARM	8.9 ± 7.2	9.1 ± 7.4	NS
Mortalidad	18%	17%	NS
Despertar excitado	51%	33%	= 0.005
Necesidad de neurolépticos	50%	36%	= 0.031
Días de analgesia	7.6 ± 7.9	6.1 ± 5.6	NS
Días de sedación	4.4 ± 3.7	4.0 ± 3.7	NS
Días de neurolépticos	6.5 ± 4.5	5.1 ± 4.6	NS
Midazolam mg total	458.5 ± 433	416.8 ± 461	NS
Morfina mg total	229.4 ± 225	210.9 ± 200	NS
Haloperidol mg total	238.3 ± 233	170.6 ± 187	NS

No se encontró diferencias en las dosis diarias totales ni en las dosis en mg/kg.

Conclusiones: Los requerimientos de analgésicos y sedantes fueron similares en ambos grupos. Comprobamos, que los pacientes consumidores tuvieron despertar excitado y necesidad de neurolépticos con mayor frecuencia que los pacientes no consumidores.

12. UN MODELO PARA PREDECIR LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE NEUROCÍTICO.

Tommasino N; Forteza D; Godino M; Castro A, Mizraji R
Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INDT)

Introducción: El ingreso de neurocíticos con Score de coma de Glasgow (GCS) menor o igual a 8 (≤ 8) es frecuente en terapia intensiva. Conocer su perfil epidemiológico y evolutivo es clave para el manejo clínico.

Objetivos: Describir el perfil epidemiológico y evolutivo de los neurocíticos con GCS ≤ 8 que ingresan al programa de seguimiento on line (SPN) del INDT. Establecer un modelo predictor de probabilidad de muerte encefálica (ME).

Método: Se emplearon datos de todos los pacientes ingresados al SPN en 9 años. Mediante regresión logística se analizaron dos modelos. 1- Probabilidad de muerte en función del GCS y la edad. 2- Considerando solamente los fallecidos, probabilidad de ME en función del GCS, edad, causa de coma y patrón tomográfico.

Resultados: Ingresaron 1447 pacientes. Fallecieron 821, 221 en ME y 600 en paro cardiorespiratorio (PCR). En el primer modelo el GCS al ingreso fue predictor independiente de mortalidad ($p < 0.0001$). Cada año de edad incrementa 0.028 la probabilidad de fallecer. En el segundo el GCS se relaciona con la probabilidad de ME ($p = 0.0023$). Los pacientes fallecidos en ME tenían menor edad que los fallecidos en PCR ($p = 0.0033$). La etiología del coma no fue un predictor de ME. La presencia de swelling, efecto masa y lesión ocupante de espacio duplican la probabilidad de ME para el mismo GCS. La probabilidad de muerte en ME disminuye 0.044 por cada año de edad.

Conclusiones: La mortalidad de estos pacientes se relaciona con el GCS inicial. La probabilidad de ME se relaciona con la edad, el GCS y el patrón tomográfico. Conocer la epidemiología local interesa al momento de plantear estrategias terapéuticas y políticas de salud.

13. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS FALLAS HEPÁTICAS FULMINANTES EN EL CENTRO DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS DE URUGUAY.

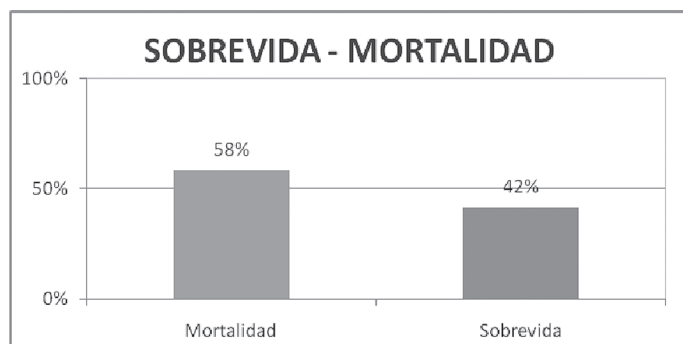
Brun, L.; Hernández, N.; Pedemonte, I.; Castelli, J.; Grecco, G.; Scalone, P.; Harguindeguy, M.; Ethlin, A.; Rando, K.; Medina, J.; Leites, A.; Gerona, S.
Centro de Cuidados Intensivos (CCI) del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. (HCFCAA). Montevideo.

Antecedentes: La falla hepática fulminante (FHF) es una condición caracterizada por deterioro brusco y progresivo de la función hepática con aparición de encefalopatía en un paciente con función hepática previa normal; que puede llevar a la muerte en poco tiempo.

Objetivo: Describir la evolución en el CCI de las FHF desde la implementación de la Unidad Bi-institucional Hospital Militar-Hospital de Clínicas.

Método: Se describen 12 FHF ingresadas en CCI desde el período marzo de 2010 a abril de 2013.

Resultados: Se analizaron 12 pacientes entre 17 y 64 años ingresados por FHF. La muestra se distribuye en forma equitativa en cada sexo; 8 requieren asistencia respiratoria mecánica (ARM) de duración entre 8 horas y 9 días. Las etiologías son hepatitis A virus B, hepatitis autoinmune, enfermedad de Wilson, hongos y criptogénica. Se monitoriza la presión intracraneana (PIC) en 2 de forma invasiva con tornillo de PIC y en uno de forma no invasiva con Doppler transcraneano. Los días de internación oscilan entre 2 y 18 días. El score APACHE II es de 2 a 42; fallecen 7 pacientes en los cuales es mayor. Cuatro requieren trasplante hepático ortotópico de urgencia.



Conclusiones. La mortalidad en nuestra experiencia fue del 58%. La etiología más frecuente es hepatitis B. El 67 % de los pacientes requieren ARM. Es necesario un manejo terapéutico guiado por protocolos así como derivación al centro asistencial de referencia para mejorar la sobrevida.

Niemann, Claus U. y Kramer, David J. 2011. Transplant critical care: standards for intensive care of the patient with liver failure before and after transplantation. En: Liver transplantation. Volumen 17, pag. 485-487.
Lee, William M.; Stravitz, Todd R. y Larson, Ann M. 2011. Introduction to the revised American association for the study of liver diseases position paper on acute liver failure 2011. AASLD. <http://www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/AcuteLiverFailureUpdate2011.pdf>.

14. BOTULISMO EN MEDICINA INTENSIVA EN URUGUAY.

Klaps C., Guigou N., Olguin G., Rodríguez Verde M.
CTI Hospital Escuela del Litoral. Paysandú.

Antecedentes: El Botulismo es una enfermedad neurológica potencialmente fatal. Trastorno presináptico producido por la neurotoxina botulínica, de la bacteria Clostridium botulinum (y otras especies menos frecuentes), que bloquea la liberación del neurotransmisor acetilcolina de la neurona motora presináptica y terminal nerviosa autónoma, dando lugar a la parálisis flácida simétrica descendente y disfunción autonómica.

Objetivos: Analizar y comparar 4 casos clínicos de botulismo, las dificultades diagnósticas y terapéuticas así como la evolución de los pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo, de 4 casos sospechosos, presentados en el período 2011 - 2012 en el departamento de Paysandú, que ingresaron a CTI. La información se obtuvo de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública, del Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico y de las Historias Clínicas de los pacientes.

Resultados:

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Tiempo entre el inicio de los síntomas y la consulta (día)	0	0	3	2
Diagnóstico previo	Miastenia Gravis		Ninguno	Ninguno
Tiempo entre la consulta y la denuncia al MSP y CIAT (día)	20	13	Menos 1	Menos 1
Necesidad de ARM invasiva	SI	SI	SI	SI
Tiempo entre el inicio de síntomas y ARM (día)	3	2	5	2
Tratamiento con suero antibotulínico	NO	NO	SI (suero bivalente anti B y C)	SI
Días de ARM	90	137	33	14
Realización de TQT	SI	SI	SI	NO
Realización de Gastrostomía	SI	SI	NO	NO
Estadía en CTI (día)	109	155	42	24
Estadía hospitalaria (día)	149	296	51	25

Conclusiones: El botulismo es una enfermedad rara, de baja incidencia. Su presentación característica es la parálisis flácida, con midriasis bilateral areactiva en pacientes conscientes. Requiere alto índice de sospecha para su diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento adecuado, lo cual influye en el pronóstico vital inmediato y a largo plazo.

15. IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN DEL COORDINADOR DE TRASPLANTE SOBRE LOS PRINCIPALES OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN EL MANTENIMIENTO DEL POTENCIAL DONANTE.

Godino, M.; Tommasino, N.; Lopetegui, A.; Forteza, D.; Mizraji, R.; Castro, A
Instituto Nacional de Donación y Trasplante.

Introducción: El proceso de sostén de un Donante potencial (DP) es clave para su conversión en real (DR). La tendencia del DP es al rápido deterioro de sus sistemas fisiopatológicos mayores, si no se interviene activamente la evolución será al deterioro orgánico y Paro Cardio Respiratorio (PCR). El coordinador de Trasplante (CT) debe evitar esta tendencia natural para asegurar la viabilidad de la máxima cantidad de órganos para trasplante.

Objetivo: Valorar el impacto de la intervención del coordinador de trasplantes sobre las principales variables fisiológicas del DP.

Metodología: Se analizaron retrospectivamente los operativos de sostén realizados por el Instituto de Donación y Trasplante (INDT) de Uruguay entre el año 2003 y 2012.

Se analizó el impacto de la intervención sobre las variables: Kaliemia, Natrema, Oxemia, Presión arterial máxima, Presión arterial mínima, Diuresis, PH y PVC a partir del diagnóstico de Muerte encefálica. Para evaluar el efecto de la intervención se comparó la distribución inicial y final mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, nivel de significación del 5%. Cuando se observan diferencias se procede a testear si se deben a cambios de posición o escala, utilizando los test no paramétricos de Wilcoxon y Ansari-Bradley. **Resultados:** Se analizaron 1679 operativos. El porcentaje de PCR fue de 1,5%. La intervención del CT impactó significativamente ($p < 0,05$) para variables como Kaliemia(0,005), Natrema(0,047), Diuresis(0,002), PVC(0,011) y presión arterial sistólica(0,03/0,009). No se impactó significativamente sobre PH y Oxemia pero se logró disminuir su variabilidad recuperando los casos extremos.

Conclusiones: El CT impacta positivamente en el logro de los objetivos terapéuticos durante el sostén del DP así como en la recuperación y estabilización de variables fisiológicas alteradas.



16. TORMENTA SIMPÁTICA PAROXÍSTICA POSTERIOR A TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO GRAVE. MANEJO TERAPÉUTICO EN CUIDADOS INTENSIVOS.

Cacciatori A., Barreto C., Barrios M.J., Castelli J., Pampillón F.
Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Montevideo. Uruguay.

Antecedentes: El término tormenta paroxística autonómica o crisis diencefálica disautonómica es un cuadro caracterizado por episodios de hiperactividad simpática y posturas en extensión en pacientes con lesión encefálica aguda traumática grave.

Objetivo: Realizar una revisión de la patología y describir su respuesta al tratamiento.

Métodos: Análisis de las Historias clínicas de 3 pacientes ingresados a nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) luego de una lesión cerebral grave de origen traumático, y que presentaron dicha crisis.

Se analizaron los patrones lesionales tomográficos y de resonancia nuclear magnética, el tiempo de internación en UCI y la respuesta al tratamiento instituido.

Resultados: Las crisis diencefálicas se presentaron en pacientes con lesiones encefálicas similares: lesión axonal difusa, contusión hemorrágica y hemorragia subaracnoidea traumática. Dos pacientes ingresaron en coma con Score Glasgow (SCG) de 4 y reactividad en extenso-pronación. El tercero ingresó con SCG de 6. Todos tuvieron monitoreo de presión intracraneana (PIC). Dos de ellos presentaron niveles elevados de PIC. El tratamiento se realizó asociando betabloqueantes, opiáceos en infusión, bromocriptina y clonidina.

Conclusiones: La tormenta simpática paroxística que sigue a la lesión axonal difusa, es una entidad que puede verse con cierta frecuencia, por lo cual el médico intensivista debe conocerla y tratarla adecuadamente. Los pacientes analizados presentaron un promedio de internación de 29 días. El tratamiento realizado permitió la disminución de recurrencias de las crisis y la mejor evolución de los pacientes.

18. EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO DE EQUIPOS DE VENTILACIÓN MECÁNICA.

Briva A.^{1,2}, Borba F3, Martínez G3, Hurtado FJ1,2.

¹ UMI Hospital Español. ASSE.

² Área Investigación Respiratoria, Depto Fisiopatología. UDELAR

³ División Tecnología Médica. ASSE.

Antecedentes: La calidad de un equipo de ventilación mecánica se define en base a múltiples aspectos. En nuestro medio, no existe una evaluación en condiciones que simulen la práctica clínica.

Objetivo: Evaluar el desempeño de tres equipos de ventilación mecánica frente a condiciones variables de complacencia pulmonar y resistencia de vía aérea.

Método: Equipos: Vent 1 (V1), Vent 2 (V2) y Vent 3 (V3). Se generaron combinaciones de complacencia y resistencia (ACCU Lung, USA): Complacencia/Resistencia (C/R): 50/5, 50/20, 10/20.

Monitorización: sistema interno de cada ventilador y externo (VT PLUS HF, Fluke Biomedical, USA).

Se obtuvieron regresiones lineales de presión y volumen en modos controlados por volumen (VCV) y presión (VCP) para las combinaciones C/R comparando ambos monitoreos y equipos entre sí.

Resultados:

1) Todas las variables cumplieron test de linealidad interna y externa.

2) Para VCV, monitoreos interno y externo fueron discrepantes en casi todas las condiciones. En la más adversa (C/R = 10/20) las pendientes fueron estadísticamente significativas ($p < 0.01$) entre monitoreo interno y externo (pendiente ideal = 1). V1: $0,84 \pm 0,09$ vs $0,91 \pm 0,15$. V2: $1,002 \pm 0,008$ vs $0,86 \pm 0,01$. V3: $1,000 \pm 0,001$ vs $0,86 \pm 0,08$.

3) Para PCP, en C/R = 10/20, existió una significativa diferencia en volumen corriente de V1 contra el resto (V2: 150 ± 36 ; V3: 217 ± 50 ; $p < 0.01$).

4) No hubo discrepancias entre monitoreos de PEEP y frecuencia respiratoria.

Conclusiones: Este ensayo no constituye un análisis de marca. Interesa destacar que colabora en la creación de herramientas de evaluación para control de calidad en tres niveles: a) evaluación en el tiempo (renovación), b) evaluación en condiciones dinámicas (mecánica y monitorización) y c) comparación entre marcas y modelos.

17. EMPLEO DEL DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL MONITOREO DE LA ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA.

Cacciatori A., Castelli J., Grecco G.
Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
Montevideo. Uruguay.

Antecedentes: La falla hepática grave es una entidad caracterizada por un rápido deterioro de las funciones hepática y neurológica. El daño cerebral es debido al aumento de la presión intracraneana (PIC). El compromiso encefálico constituye un criterio para decidir el trasplante hepático.

Objetivo: Mostrar la utilidad del Doppler Transcraneal (DTC) como técnica de neuromonitoreo en el seguimiento de la encefalopatía hepática, sabiendo que, los trastornos de la crisis que acompañan a la falla hepática pueden contraindicar la colocación de un sensor de PIC.

Métodos: Análisis de dos casos de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por falla hepática grave y encefalopatía amoniacal. Ambos desarrollaron coma con reactividad en extenso-pronación, requiriendo vía aérea artificial y asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Se analizarán las imágenes tomográficas y los resultados del DTC.

Resultados: La tomografía de cráneo (TAC) evidenció aumento del volumen cerebral. El neuromonitoreo es una herramienta muy importante para el seguimiento de estos pacientes, debido a que permite optimizar las medidas terapéuticas en el manejo de la Hipertensión Intracraneal (HIC).

Se realizó el seguimiento con DTC diario. Este estudio evidenció desde el inicio, patrones sistolizados de alta resistencia en ambos territorios del polígono de Willis. Una de las pacientes evolucionó al enclavamiento cerebral. El DTC en ese caso, evidenció flujo reverberante y espigas sistólicas en los territorios de arterias cerebrales medias, cerebrales anteriores y en la arteria basilar, compatible con el paro circulatorio cerebral que acompaña a la Muerte Encefálica.

Conclusiones: La encefalopatía amoniacal que acompaña a la falla hepática grave conlleva a un aumento de la PIC con generación de HIC. En el caso de no ser posible la colocación de un sensor de PIC, el DTC es una opción muy adecuada para el neuromonitoreo de estos pacientes, contribuyendo a la conducción de la terapéutica.

19. LA HIPERCAPNIA AGUDA AUMENTA LA MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS.

Briva A.^{1,2}, Gutiérrez M², Soto J¹, Carbone N¹, Curbelo R¹, Peña M¹, Tomassino N¹, Baz M¹, Hurtado FJ^{1,2}.

¹ UMI Hospital Español. ASSE.

² Área Investigación Respiratoria, Depto Fisiopatología. UDELAR

Antecedentes: La hipercapnia es frecuentemente causa o consecuencia del ingreso a UCI, debatiéndose su rol anti/pro inflamatorio. Múltiples marcadores diagnostican y cuantifican la respuesta inflamatoria sistémica; y la relación entre neutrófilos y linfocitos (N/L) de sangre periférica promete ser marcador de inflamación y mal pronóstico.

Objetivo: Identificar relación entre hipercapnia e índice N/L como determinantes de evolución en críticos.

Método: Análisis retrospectivo de cohorte. Se incluyeron pacientes con al menos 24hs en UCI, extrayéndose gasometría arterial y hemograma simultáneamente, con posterior seguimiento (72hs). Se categorizaron en normo e hipercápnicos con subgrupos: hipercapnia aguda (HCag) y crónica (HCcr) y normocapnia (NC) con y sin transición (Tr) hacia hipercapnia.

Se evaluó: mortalidad y estadía en UCI, necesidad y días de ARM. Se realizaron test de normalidad y post-test correspondientes.

Resultados:

1) Se incluyeron 350 pacientes al ingreso (NC = 232, HC = 118). Seguimiento posterior de 281 (NC = 185, HC = 96). En HC inicial, N/L fue mayor que NC (21.9 ± 1.69 vs 13.7 ± 0.93 , $p < 0.001$).

2) En seguimiento los valores más altos de N/L correspondieron a HCag (24.78 ± 2.138) y Tr (20.67 ± 4.483) contra NC (13.320 ± 0.9203 , $p < 0.05$).

3) En análisis de sobrevida, Tr evolucionó con mortalidad superior a NC (Logrank test $p < 0.001$).

Conclusiones: Existe una diferente respuesta inflamatoria sistémica en críticos normo e hipercápnicos valorado por relación neutrófilos/linfocitos sanguíneos. Con hipercapnia el stress inflamatorio aumenta.

Con exposición aguda, la transición aumentó los niveles de N/L y su mortalidad, versus los normocápnicos.

Debe dilucidarse el rol pro-inflamatorio de la hipercapnia aguda en críticos.

20. CALIDAD DEL SUEÑO EN LOS TRABAJADORES DE LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA (UCIs) EN URUGUAY.

Serkochian I, Frache B, Goihneix K, Alzugaray P, Rodríguez Verde M, Princisgh A, Bagnulo H, Burghi G.

Instituciones participantes:

Hospital Maciel, CENAQUE, Hospital de Salto, Hospital de Paysandú, Sanatorio Americano, CAMOC, ORAMECO.

Antecedentes: La mala calidad del sueño y el insomnio impactan negativamente a nivel laboral debido a su asociación con deterioro de la calidad asistencial y de la calidad de vida de los trabajadores. Los objetivos de este estudio fueron determinar las características del sueño en los trabajadores de la UCI y evaluar los factores asociados a mala calidad de sueño y a insomnio.

Métodos: Se realizó una encuesta en siete UCIs utilizando la escala de Calidad de Sueño de Pittsburgh y el de Score de Somnolencia de Epworth.

Las distintas variables se compararon mediante el test de chi cuadrado o test de anova según correspondiera. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 129 encuestas. El 67% presentó sueño de mala calidad, siendo más frecuente entre el personal de enfermería (82% vs 45% en los médicos; $p < 0,0001$).

Una menor cantidad de horas de sueño ($4,7 \pm 1,3$ horas vs $6,6 \pm 1,2$ horas; $p = 0,0001$) fue el factor asociado a mala calidad del sueño en enfermería. Entre los intensivistas los factores asociados a mala calidad del sueño entre los intensivistas fueron: un menor número de horas de sueño ($5,8 \pm 0,5$ horas vs $6,7 \pm 0,7$ horas; $p = 0,001$) y no tener hijos (85% vs 47%; $p = 0,01$).

El 59% de los trabajadores de la UCI presentaron somnolencia patológica. Los factores asociados con somnolencia patológica fueron: un menor número de horas de sueño ($5,3 \pm 1,3$ vs $5,9 \pm 1,4$; $p = 0,01$), el uso de psicofármacos (19% vs 4%; $p = 0,01$), y un Score de Pittsburgh mayor de 5 puntos (79% vs 48%; $p < 0,000$).

Conclusiones: Los trabajadores de la UCI experimentan frecuentemente sueño de mala calidad y somnolencia patológica. Es imperativo desarrollar estrategias orientadas a mejorar estos aspectos con el objetivo de prevenir el desarrollo de eventos adversos y mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

22. IMPACTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIMODAL PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN LA UCI DEL HOSPITAL PASTEUR.

Dres. Damonte JP, Soca A, Seija V, Noveri S, Lic. Enf. Trindade G, Pontet J, López A.

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pasteur- MSP. Montevideo — Uruguay.

Antecedentes: La neumonía asociada a la ventilación (NAV) es la principal infección nosocomial del paciente crítico. Está demostrado que la NAV aumenta la morbilidad, prolonga la asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y la estadía hospitalaria así como amplifica los costos. Es una complicación potencialmente prevenible con la instrumentación de diferentes medidas.

Objetivo: Evaluar el impacto de la aplicación de medidas de prevención de NAV.

Material y Método: Estudio prospectivo descriptivo en la UCI del Hospital Pasteur. Se incluyeron todos los pacientes admitidos que requirieron AVM por ≥ 48 horas. Se registraron todos los episodios de NAV confirmada en un lapso de 5 años (abril 2008 - julio 2013). En los últimos 3 años se aplicaron medidas preventivas acumulativas: bundle del ventilado (abril 2010), higiene ambiental con cloro orgánico (noviembre 2011) e higiene bucal diaria periódica con clorhexidina (mayo 2012). Para evaluar el impacto de estas intervenciones se analizaron dos periodos: trimestre pre-intervenciones abril-julio de 2008, y trimestre post-intervenciones abril-julio de 2013.

Resultados: De la vigilancia surge que la tasa de NAV fue: 15 (2008), 15 (2009), 14 (2010), 13 (2011), 10 (2012) y 6 (primer semestre 2013) episodios cada 1000 días de paciente ventilado. Los trimestres analizados presentaron demografía, patología y APACHE II similares. La comparación de ambos trimestres del 2008 y 2013 respectivamente mostró:

	Abril-Julio 2008	Abril-Julio 2013	p
n pacientes en UCI	345	297	
Pacientes ≥ 48 hs de AVM	61 (17,7%)	79 (26,5%)	
Episodios de NAV	16 (26%)	6 (8%)	0,004
Días de AVM	$10 \pm 7,3$	$7,6 \pm 6$	0,007
Estadía en UCI	$13,3 \pm 12,3$	$10,6 \pm 6,8$	0,09
Mortalidad cruda	35(57%)	31(39%)	0,04

Conclusión: La vigilancia epidemiológica asociada a un programa de intervención multimodal de prevención permitió la disminución significativa de episodios de NAV, menor duración de AVM, asoció menor estadía en UCI y menor mortalidad.

21. REGISTRO DE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UCI.

Villarino C, Tosende A, Giordano A.

Unidad de Medicina Intensiva. Hospital Español J. J. Crotoggini.

Antecedentes: La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es frecuente en Medicina Intensiva. Esta práctica está avalada ética y legalmente, pero el registro de estas decisiones no está claramente establecido en las normas.

Objetivo: Describir cómo registramos LET en egresos de UMI.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron 612 egresos al azar durante 3 años (2010-2012). Se clasificaron 3 categorías: Tipo 1 sin mención de LET. Tipo 2 decisión de no escalar o detener medidas terapéuticas (Withold). Tipo 3 retiro de medidas o se prioriza confort (Withdrawn). En los casos LET se estudiaron referencias a comorbilidades, calidad de vida, opinión del paciente, familia y colegas.

Resultados: De los 612 egresos, en 52(8,49%) se registró LET, 23 tipo 2 y 29 tipo 3. En el grupo LET fue mayor la edad $69,7 (\pm 7,6)$ vs $56,4 (\pm 16,1)$ ($p < 0,0001$)*1 la estadía mediana 10(5,75-17) vs 6(3-10) días($p < 0,001$)*1, el Apache II mediana 24(17-29) vs 12(7-20)*1 y la mortalidad 77%vs21%($p < 0,0001$)*2. Existieron 128 fallecidos de los cuales en 40(31,3%) se registró LET. Entre los LET se observaron severas comorbilidades: cardiovasculares 12 pacientes, respiratorias 15, neurológicas 14, neoplásicas 6 y otras en 18. En 20 casos se mencionó la calidad de vida. En 1 caso se registró opinión del paciente, en 20 se registró la comunicación a la familia, de los cuales en 14 participaron en la decisión. La opinión de colegas fue registrada en 15 casos.

Conclusiones: La LET quedó registrada en 8,5% de los egresos pero sólo en 1/3 de los fallecidos, mostrando diferencias con estudios previos.

No sorprende la mayor edad, estadía, Apachell y mortalidad del grupo LET.

El registro de la opinión de familia y colegas es bajo, igual que la mención de calidad de vida.

A la luz de la Ley de Voluntades Anticipadas y Ley de Derechos de los Pacientes planteamos la necesidad de ajustar el registro de esta práctica y/o incorporar herramientas para estandarizarlo.

*1 test U *2 chi2

23. DIARREA NOSOCOMIAL EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Dres. Barrios F, Canale A, Noveri S, Pontet J y Soca A.

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pasteur- MSP. Montevideo — Uruguay.

Antecedentes: La diarrea nosocomial es frecuente en UCI, la epidemiología y análisis de factores de riesgo está poco documentada en nuestro medio.

Objetivo: Determinar la incidencia y factores de riesgo de diarrea.

Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo en UCI del Hospital Pasteur. Se incluyeron 211 pacientes admitidos durante el trimestre marzo-mayo 2013. Definiendo diarrea nosocomial: inicio > 72 horas del ingreso hospitalario, de ≥ 2 evacuaciones líquidas o pastosas por día por más de 2 días consecutivos.

Resultados: La diarrea ocurrió en 10% de los pacientes (21/211). No hubo diferencias en: demografía, comorbilidades, APACHE II y mortalidad en los grupos con y sin diarrea. El subgrupo de pacientes con diarrea se diferenció en presentar mayor: estadía en UCI (19 ± 16 vs. 5 ± 5 , $p = 0,0001$); sepsis al ingreso (62% vs 22%, $p = 0,0001$); leucocitosis (27263 ± 13380 vs. 14879 ± 10384 , $p = 0,0001$); duración de AVM ($7,2 \pm 11,4$ vs. $2,4 \pm 4,2$, $p = 0,03$) y número de días de terapia antibiótica ($16,8 \pm 15$ vs. $3,7 \pm 4,8$, $p = 0,0001$). Menor albuminemia ($2,1 \pm 0,5$ vs. $3,0 \pm 0,6$, $p = 0,0003$). El Clostridium difficile se confirmó en 10 pacientes/21. Se identificó mediante regresión logística, al uso prolongado de terapia antibiótica factor de riesgo independiente de diarrea, con punto de corte (curva ROC) de 5 días (S 86%, E 76%). Siendo la incidencia de 2% en pacientes con ≤ 5 días de antibióticos, 20%, 21%, y 64 % con 6-10, 11-20 y > 20 días respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes con diarrea tienen mayor estadía en UCI, duración de AVM, mayor leucocitosis y menor albuminemia. Es más frecuente en ingresados por sepsis. La duración total de la antibioterapia es un predictor independiente de su aparición. La prescripción racional de antimicrobianos podría disminuir su incidencia en terapia intensiva.



24. INDICADORES DE CALIDAD EN MEDICINA INTENSIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN.

Dres. Rodríguez G, Noveri S, Soca A, Lic Enf Cugliari T.
UCI del Hospital Pasteur. ASSE. Montevideo-Uruguay.

Antecedentes: El uso de indicadores de calidad en Medicina Intensiva es prioritario para efectuar estrategias de mejora de la asistencia y seguridad de los pacientes.

Objetivos: 1) Probar e implementar un set de indicadores de calidad asistencial relevantes en la UCI; 2) Compararlos con estándares de referencia ("benchmarking") propuestos por la SEMICYUC.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo efectuado en un lapso de 5 años en la UCI polivalente del Hospital Pasteur, en 3 trimestres: diciembre 2007- febrero 2008, octubre 2008- enero 2009, abril – junio 2012. Se midieron en cada período diferentes indicadores relevantes a la época.

Se compararon los resultados con estándares de referencia para detectar problemas asociados a la calidad de procesos y resultados de la atención del paciente crítico.

Resultados: Tabla 1: Indicadores y resultados de cada período.

La prevención de enfermedad tromboembólica en las 2 mediciones iniciales fue muy baja. Se incorporó su indicación sistemática en hoja de medicación, debiendo argumentar porque no se administraba. En la tercera medición este indicador aumentó un 75%.

Conclusiones: La mayoría de los indicadores se encontraron dentro de los valores de referencia. Comparando con mediciones anteriores en la última medición se evidencia:

- una mejora importante en la prevención de la enfermedad tromboembólica,
- descenso en la tasa de la Neumonía asociada a la Ventilación Mecánica y
- descenso en la cantidad de extubaciones no programadas.

En los índices que se midieron por primera vez se logró superar el estándar en todos.

INDICADOR	Período 1 Dic. 2007 - Feb. 2008	Período 2 Oct. 2008 - Enero 2009	Período 3 Abril - Junio 2012
Posición semincorporada en pacientes con VM.	96,9%	98,4%	no se mide
Prevención de la enfermedad tromboembólica.	15,8%	15,2%	91%
Neumonía asociada a la Ventilación Mecánica.	20	14,6	9,2
Profilaxis de hemorragia gastrointestinal en pacientes con VM.	85%	100%	100%
Administración precoz de AAS en el SCA.	80,5%	no se mide	no se mide
Extubación no programada.	no se mide	13,6	2,5
Bacteriemia relacionada con catéter venoso central	no se mide	0	0
Registro de Eventos Adversos.	no se mide	no se mide	85%
Número de Encuestas de Calidad percibida al alta de la UCI.	no se mide	no se mide	54%

* Para el período 3 el estándar pasó a 12.

25. IMPACTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE GLUTAMINA ENTERAL EN TRAUMATIZADOS CRÍTICOS.

Lic. en Nutrición Mabel Alonso, Mgs.mabelalonso@hotmail.com
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, CTI Universitario, Depto. Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

El objetivo es valorar la eficacia clínica de la Nutrición suplementada con dipéptido de glutamina en pacientes de cuidados intensivos politraumatizados graves en términos de infección nosocomial, estadía en la UCI y mortalidad.

Material y Métodos: Estudio piloto prospectivo, simple ciego. Los pacientes recibieron Nutrición Enteral (NE) con glutamina 30 gr./día (grupo Gln) o una NE estándar (grupo Control). Criterios de inclusión: Pacientes adultos, con vía enteral indenne. Criterios de exclusión: embarazo, PCR, pacientes con insuficiencia renal, encefalopatía hepática.

Se registraron los datos demográficos, las calorías diarias recibidas, déficit calórico, inicio de la NE, las infecciones nosocomiales, la mortalidad, la estancia en UCI. Se registró IMC, NE precoz, déficit calórico, días de ARM.

Resultados: Se aleatorizaron 28 pacientes 14 recibieron NE con Gln y 14 recibieron NE sin Gln. Encontramos una tendencia a la disminución de la estadía en UCI p 0,062; una tendencia a la disminución de la mortalidad, p 0,054; una tendencia a la disminución de la hiperglicemia p 0,043 y una tendencia a la disminución de las infecciones p 0,058. En este estudio no pudimos demostrar causalidad, probablemente por error aleatorio del tamaño muestral. La respuesta a la agresión incluye una serie de alteraciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, que vienen modificadas tanto por factores dependientes del huésped (edad, sexo, enfermedad de base, estado nutricional, factores genéticos), como por la propia agresión per se (tipo, intensidad, duración). En este estudio logramos demostrar que la adquisición de glutamina es sustentable y genera un ahorro en relación al costo de la estadía en la UCI.

Conclusiones: Estos aspectos suponen apasionantes vías de investigación, que nacen del mejor conocimiento que se va teniendo de la fisiopatología de procesos tan graves como la sepsis, y de la reacción del organismo ante el ayuno y la agresión grave, de modo de intentar modular dicha respuesta a través de cambios en la composición cuantitativa y cualitativa de las fórmulas.

Hoy por hoy, el uso de la nutrición enteral precoz es una decisión clínica que debe de tomarse de forma individualizada en cada paciente avaluando el coste-beneficio de la misma. Su empleo debe de formar parte de una estrategia terapéutica que mantenga la efectividad nutricional y que minimice las complicaciones de los pacientes con la suplementación de glutamina enteral.

Palabras clave: Glutamina. Respuesta al estrés. Nutrición enteral

26. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN EL PACIENTE QUEMADO.

Dr. Acevedo M, Dr. Soto JP, Dr. Burghi G.
Centro Nacional de Quemados

Introducción: Las infecciones son la principal causa de muerte en los pacientes quemados. El tratamiento apropiado y precoz de las infecciones es un factor asociado a un mejor pronóstico. En este contexto, conocer las características clínicas y los factores asociados al desarrollo de microorganismos multirresistentes (MMR) tiene especial importancia en esta población.

Objetivos: Determinar si existen diferencias en el tiempo de aparición de MMR de acuerdo a la superficie corporal total quemada (SCTQ).

Definir los factores de riesgo asociados al desarrollo de MMR en nuestra población.

Metodología: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo entre los años 2011 y 2012 en el Centro Nacional de Quemados. Las distintas variables se compararon mediante el test de chi cuadrado o mediante el test de Anova. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 126 pacientes. El 29,4% desarrolló MMR. La media para la aparición de estos microorganismos fue $17,1 \pm 16,9$ días. La SCTQ de los pacientes que presentaron MMR fue $18,8\% \pm 13,3\%$ vs $10,2\% \pm 13,3\%$ ($p=0,003$)

No existieron diferencias en el tiempo de aparición de MMR de acuerdo a la SCTQ (SCTQ 0-14%: $16,3 \pm 18,7$ días; SCTQ 15-29%: $13,3 \pm 13,8$ días; SCTQ $> 30\%$: $21 \pm 14,3$ días; $p=ns$).

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de MMR fueron: una SCTQ mayor 20% (53% vs 22% ; $p=0,002$), uso de catéteres venosos centrales (36% vs 17% ; $p=0,02$), necesidad de catéteres arteriales (44% vs 19% ; $p=0,006$), requerimiento de cirugía (40% vs 18% ; $p=0,01$), uso de antibióticoterapia previa (45% vs 21% ; $p=0,01$).

Conclusiones: Los factores de riesgo asociados al desarrollo de MMR están estrechamente ligados a la severidad de nuestros pacientes. Es imperativo seguir trabajando en estrategias de control de infecciones para reducir el impacto de esta problemática.

27. REPERFUSIÓN DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV) ISQUÉMICO: UN DESAFÍO DEL DEPARTAMENTO DE ROCHA

Acevedo M., De los Santos N, Perez D, Romero K, Cardoso C.
Cooperativa Médica de Rocha (COMERO). Rocha. Uruguay

La disminución de la morbimortalidad por ataque cerebro vascular (ACV) isquémico se ha logrado mediante la implementación de la "cadena de sobrevivencia" basada en la consulta precoz, rápido reconocimiento y tratamiento específico de reperusión. El objetivo fue establecer la factibilidad de un programa departamental en detección y tratamiento precoz del ACV isquémico.

Material y Método: El programa se planificó en COMERO, institución con 38.190 usuarios distribuidos en 6 localidades.

Se evaluó la factibilidad de implementar un protocolo de reperusión precoz y el acceso al mismo de acuerdo a la distribución geográfica de la población. Se elaboró un programa de capacitación para detección precoz de pacientes con potencial beneficio de tratamiento de reperusión (escala LAPSS) y un protocolo de evaluación clínica y exámenes pre-fibrinolisis capacitando a médicos intensivistas, imagenólogos (clínica, laboratorio y escaneos tomográficos ASPECTS).

Resultados: El 39% de usuarios tiene 40-75 años, la prevalencia de eventos ACV isquémicos en 2012 fue 39 casos (0,26%). Según la disposición geográfica del sistema sanitario disponible los tiempos estimados de traslado serían de 15-150 min, adoptando la "ventana de tratamiento extendida" de 4,5 horas, lo que podría permitir el acceso en tiempo útil a la capital departamental de todas las localidades (Cebollati y San Luis posibles excepciones). Se solicitó y aprobó el protocolo de tratamiento por el Comité de Ética. El personal de Salud del primer nivel de atención a capacitar son 130-150 (médico y no médico); a realizar en 6 meses.

Conclusión: Es factible la aplicación de fibrinólisis en el ACV isquémico, lo que constituirá un avance en el tratamiento. Dada la distribución geográfica de los usuarios será fundamental educar a la comunidad para la consulta precoz y al personal de salud para la detección precoz; acortando los tiempos evento – consulta y detección – traslado para que los pacientes se beneficien de este tratamiento.

28. MEDIDAS PREVENTIVAS PARA DISMINUIR LA BACTERIEMIA RELACIONA A CATETER EN UCI.

PERSONAL DE ENFERMERÍA Y MÉDICO DE LA UCI HOSPITAL PASTEUR.
Dres. Soca A, Seija V, Trindade G, Altez S, Silveira J, Noveri S.
UCI Hospital Pasteur. Montevideo — Uruguay.

Antecedentes: La bacteriemia relacionada a catéter venoso central (BRC) es una infección potencialmente mortal y que aumenta los costos en salud en términos de morbilidad y recursos utilizados. Históricamente, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Pasteur presentó una tasa de BRC baja. En el año 2011 hubo un incremento de la BRC, en consecuencia se instrumenta una serie de medidas preventivas.

Objetivo: Medir el impacto, sobre la tasa de BRC, de una serie de medidas preventivas adoptadas en la UCI.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo, de cohorte prospectiva. Se incluyeron todas las vías venosas centrales (VVC) colocadas en últimos 31 meses (enero 2011 - julio 2013) en la UCI del Hospital Pasteur. Ante la sospecha de infección por catéter o fiebre sin foco identificado: se extrajeron 2 muestras de hemocultivos por vena periférica y se cultivó la VVC. La intervención consistió en la aplicación escalonada de varias medidas preventivas: reuniones periódicas educativas e informativas, protocolo de inserción y curación de VVC, supervisión de higiene de manos, baño bisemanal con jabón con clorhexidina y análisis de historias clínicas de pacientes con BRC.

Para evaluar el impacto de estas intervenciones se analizaron 2 periodos: preintervención (enero 2011- marzo 2012) y postintervención (abril 2012- julio 2013).

Resultados: Se estudiaron un total de 602 dispositivos intravasculares

Etapas	Pre-intervención Enero 2011 — Marzo 2012	Post-intervención Abril 2012 — Julio 2013
Tiempo	15 meses	16 meses
Catéter VVC cultivado	239	363
Catéter VVC colonizado	22	22
Hemocultivos	176	271
Tasa de uso VVC	86%	80%
Episodios BRC	10	0
Tasa de BRC/ 1000 días catéter	1,6	0

Conclusiones: La BRC es una de las infecciones asociadas a la atención de salud en la que se plantea tasa cero como meta de un programa de prevención. Este objetivo fue logrado con nuestra estrategia. La bacteriemia cero se mantiene ya por 16 meses.

El trabajo multidisciplinario con el compromiso del equipo de salud fue un pilar fundamental para alcanzar el objetivo.

29. PREVALENCIA DEL FRACASO DE LA LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS

L. Godoy, B. Frache, M. Perez, R. Rodriguez, G. Pittini, G. Grecco, C. Acosta, F. Goyeneche, P. Alzugaray
SANATORIO AMERICANO CTI POLIVALENTE

Antecedentes: El Destete cubre todo el proceso de liberar al paciente del soporte ventilatorio mecánico (VM) y del tubo endotraqueal. Muchas preguntas siguen siendo controvertidas sobre los mejores métodos para llevarlo a cabo. Su epidemiología y fisiopatología.

Objetivo: Conocer la prevalencia del fracaso del destete. Identificar los factores que tienen correlación con el fracaso y un proceso prolongado.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional unicéntrico de seis meses de duración del 1ro de marzo al 1ro de setiembre del 2013, en una población de pacientes con ≥ 24 horas de VM, con patología general y que presentaron los criterios para realizar una prueba de respiración espontánea (SBT).

Resultados: El fracaso de SBT ocurrió en el 23%. La reintubación ocurrió en el 12%. El fracaso total fue del 32%. La población de pacientes con destete prolongado fue del 17%. El destete no programado ocurrió en el 9%. Se necesito VMNI en 89% del destete prolongado. El análisis de chi-cuadrado mostro asociación significativa entre EPOC, APACHE ≥ 17 , los días de VM y el uso de vasopresores con el destete prolongado.

Conclusiones: El fracaso total fue del 32%. El EPOC, los días de VM ≥ 7 y el APACHE ≥ 17 , se asociaron significativamente con el destete prolongado. Los datos de nuestro estudio coinciden con el resto de la literatura.

Referencias: Boles JM, Bion J, Connors A, Herridge M, Marsh B, Melot C, et al Weaning from mechanical ventilation. Eur Respir J. 2007; 29(5):1033-56.

Brochard L, Rauss A, Benito S, Conti G, Mancebo J, Reik N, Gasparetto A, Lemaire F. Am J Respir Crit Care Med. 1994 Oct; 150(4):896-903.

Esteban A, Frutos F, Tobin MJ, et al. A comparison of four methods of weaning patients from mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group. N Engl J Med 1995; 332: 345-350.

30. LA TRAQUEOSTOMÍA PRECOZ DISMINUYE LOS DÍAS DE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA Y LA ESTADÍA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (CTI).

Imperio C, Olivera S, Ortega C, Rodríguez T, Silva M, Modernel J, Cancela M.
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Antecedentes: La traqueostomía (TQT) es considerada el procedimiento de elección para el manejo de pacientes con Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) prolongada. Definimos traqueostomía precoz a aquella que se realiza antes de los 12 días de ARM y tardía a la que se realiza a posteriori. Los beneficios potenciales de la traqueostomía incluyen menor sedación, mayor confort y menor tiempo de ARM. A pesar de esto, falta evidencia que apoye su realización precozmente.

Objetivos: Evaluar el porcentaje de pacientes traqueostomizados, clasificarlos en precoz y tardía y si esto influye en los días de ARM, estadía en CTI y sobrevida.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo, observacional de una cohorte de pacientes admitidos a CTI de Asociación Española que recibieron ARM por más de 24 hs, desde el 1 de setiembre del 2012 hasta el 31 de mayo del 2013.

Resultados: De los 342 pacientes ventilados se traqueostomizaron 51 (14,9%), 54,9% de CTI polivalente, 35,3% de neuroquirúrgico, 5,9% de Postoperatorio de cirugía cardíaca, 3,9% de la cardiología. 51% de sexo masculino y 49% de sexo femenino. La edad promedio fue 64,73. Los días de ARM fueron 10,81. La estadía en CTI fue de 13,38 días. Las causas de traqueostomía fueron destete dificultoso en un 53,3%, crítico crónico en un 26,7%. La sobrevida fue del 80,4%. De las traqueostomías, 58,8% (30) fueron tardías y 41,2 % (21) fueron precoces. Los scores de APACHE II son comparables en ambos grupos. Se observaron diferencias significativas en el tiempo de ARM (valor $p=0,006$), estadía en CTI (valor $p=0,005$) en relación a los grupos de TQT precoz- tardía. No se observaron diferencias significativas en cuanto al estado al egreso considerando los mismos grupos.

Conclusiones: La traqueostomía realizada en forma precoz tiene un tiempo de ARM y una estadía en CTI menor que la traqueostomía tardía.

	Estadísticos de contraste		
	Días de CTI	Días de ARM	Estado al egreso
U de Mann-Whitney	172,500	167,500	267,000
W de Wilcoxon	403,500	398,500	732,000
Z	-2,731	-2,825	-1,336
Sig. asintót. (bilateral)	,006	,005	,182

a. Variable de agrupación: TQT

31. CARACTERÍSTICAS Y SOBREVIVENCIA DE LOS PACIENTES QUE RECIBEN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Imperio C, Olivera S, Ortega C, Rodríguez T, Silva M, Modernel J, Cancela M.
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Antecedentes: La asistencia respiratoria mecánica (ARM) invasiva continúa siendo el soporte ventilatorio más utilizado para suplir la función respiratoria. Existen en la literatura internacional estudios que describen las características poblacionales de los pacientes sometidos a ARM, en nuestro país son escasos los trabajos dedicados a este tema.

Objetivo: Determinar las características y sobrevida de los pacientes sometidos a ARM.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo, observacional de una cohorte de pacientes admitidos a CTI de Asociación Española que recibieron ARM por más de 24 hs, desde el 1 de setiembre del 2012 hasta el 31 de mayo del 2013.

Resultados: Se seleccionaron 342 pacientes, 154 (45%) provenientes de CTI polivalente, 96 (28%) neuroquirúrgico, 48 (14%) de Postoperatorio Cirugía Cardíaca, 44 (13%) de CTI cardiología. El 60% fueron del sexo masculino y 40% del sexo femenino. La edad promedio fue 65,58 años. La estadía promedio en CTI fue de 12,57 días, los días de (ARM) promedio fueron 9,86.

Las causas de ingreso fueron médicas 51,2%, quirúrgicas 26,4% y traumáticas 22,4%. Las causas de ventilación mecánica fueron: fracaso respiratorio agudo 66,8%, coma 30,8%, fracaso respiratorio crónico 2%.

La sobrevida fue del 62,9%.

La modalidad más utilizada fue la Ventilación controlada por volumen (CMV) 54%, la Presión soporte inspiratorio (PSI) 18,1%. La Ventilación mandatoria intermitente sincronizada (SIMV) más PSI 14,5%, Ventilación controlada por presión (PCV) 12,2% y la SIMV 1,2%.

El 16,3% presentó fracaso de extubación. Las causas de fracaso fueron el mal manejo de secreciones 44,7%, la depresión de conciencia 36,8% y el trabajo respiratorio 18,4%.

Conclusiones: La edad promedio de los pacientes incluidos fue de 65,58, la estadía en CTI fue de 12,57 días y los días de ARM promedio fueron 9,86. La causa de ventilación más frecuente fue la insuficiencia respiratoria aguda. La modalidad más utilizada fue la CMV coincidente con la literatura internacional.



32. STATUS DEVITAMINA D EN EL PACIENTE CRÍTICO: RESULTADOS PRELIMINARES.

Drs. S. Olivera¹, A. Olascoaga², C. Ortega³, M. Cancela¹, W. Manzanares²

¹. Asociación Española, ². Hospital de Clínicas, ³. Facultad de Medicina-Métodos Cuantitativos. Uruguay.

Antecedentes: En los últimos años ha sido establecida una asociación entre la deficiencia de vitamina D y un incremento de la morbilidad en los pacientes críticos. En nuestro país los niveles de vitamina D aun no han sido pesquisados, desconociendo por lo tanto el status de vitamina D en diferentes grupos de pacientes críticos.

Objetivo: Evaluar el status de vitamina D en pacientes críticos ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional en el que se realizó dosificación de vitamina D en individuos sanos (controles), y en pacientes críticos ingresados con criterios diagnósticos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y disfunción orgánica múltiple (DOM) dentro de las primeras 24 horas del ingreso a UCI y al día 4. Datos fueron expresados en medias $\pm$ desvío estándar. Diferencias entre grupos y el análisis de variables no paramétricas fue evaluado por test de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney U. $P < .05$ fue significativa. Para estudios de correlación, se utilizó la correlación de Pearson.

Resultados: Se reclutaron 8 individuos sanos y 18 pacientes críticos (edad: 62 ± 18 años). Presentaron SIRS ($n=4$), sin SIRS ($n=5$) y SIRS-DOM ($n=9$). Los niveles medios de vitamina D al día 1 fueron: controles: 26.9 ± 9.4 ng/mL; pacientes sin SIRS: 10.7 ± 5.7 ng/mL vs. SIRS-DOM: 5.4 ± 3.5 ng/mL ($p=.063$). El análisis comparativo entre controles y SIRS-DOM mostró un valor $P < .05$. Al día 4 no se observaron diferencias entre los grupos no SIRS y SIRS-DOM.

Conclusiones: Nuestros datos preliminares muestran la probable existencia de una deficiencia de vitamina D en nuestra población de pacientes críticos ingresados a UCI durante el invierno independientemente de la presencia SIRS. Es nuestro propósito continuar enrolando controles y pacientes críticos en diferentes estaciones del año, con la finalidad de obtener datos concluyentes.

34. MALARIA GRAVE A PROPOSITO DE UN CASO EN URUGUAY

M. Silva; F. Alonso; D. Acosta; D. Tejera; A. Pedemonte; F. Villalba; M. Cancela

Institución: Asociación Española. Montevideo-Uruguay

Antecedentes: La Malaria es una enfermedad con alta incidencia y prevalencia en varias regiones del mundo. En Uruguay se ven casos importados esporádicamente sobre todo en trabajadores de barcos, que llegan a nuestros puertos muchas veces sin haber recibido terapéutica específica, propiciando el desarrollo natural de la enfermedad.

Objetivo: Presentar un caso ingresado en terapia intensiva con dos semanas de sintomatología.

Métodos: Presentación de caso clínico.

Resultados: Paciente de 23 años, que llega en barco procedente de África, con cuadro febril de 14 días de evolución, artromialgias e ictericia. Al ingreso: confuso, deshidratado, 38.6°C axilar. Crepitantes en base izquierda. Hemodinamia estable. Leucocitosis de 21700, plaquetopenia: 31000. Hb 12g/l. Creatinina: 5,96, Na 114 mEq/l, bilirrubina total: 26,34 mg/dl con 20,6 mg/dl de bilirrubina directa, 413 de GPT y 524 de GOT, Gasometría: pH 7,34 pCO₂: 27,1; pO₂: 103,7; BE -9,6; Lactato: 2,5.

Ecocardiograma: contractilidad global levemente disminuida, FEVI 51%.

Se inicia tratamiento: quinina, clindamicina y doxiciclina. Gota gruesa: glóbulos rojos en un 10% con trofozoitos de Plasmodium falciparum. Presenta mejoría tras corrección de alteraciones del medio interno desarrollando a las 24 hs Disfunción Orgánica Múltiple (DOM): SDRA severo, Shock; disonías y falla renal, hipoglicemia, coagulopatía. Nuevo ecocardiograma: cavidades derechas e izquierdas dilatadas, FEVI 35%. Interpretado como miocarditis.

Se realiza sostén de funciones vitales y "exanguino transfusión artesanal".

Al día 7 de evolución parasitemia menor al 1%, mejorando de disfunciones respiratoria y hemodinámica, mantiene anuria. Queda sin daño neurológico evidente y en el ecocardiograma: recuperación total de disfunción miocárdica. Fallece de complicación infecciosa sobregregada.

Comentarios: Asistimos a un caso de malaria con diagnóstico por gota gruesa tratado con métodos convencionales observándose luego de la exanguino transfusión negativización de la parasitemia.

33. TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RELACIÓN CON NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA.

M. Silva; J. Modernel; F. Alonso; D. Tejera; G. Limongi; F. Villalba; M. Cancela

Institución: Asociación Española. Montevideo-Uruguay.

Antecedentes: La traqueobronquitis asociada a la ventilación (TAV) tiene una incidencia de 2,6 al 16%, se asocia al desarrollo de neumonía asociada a la ventilación (NAV) y prolonga los días de asistencia ventilatoria mecánica (AVM).

Objetivos: Describir la etiología de la TAV, su relación con el desarrollo de NAV y la mortalidad.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, de pacientes con TAV entre los años 2010 y 2012 en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes. Se realizó un análisis descriptivo para cada variable de interés.

Resultados: Se detectaron 128 episodios de TAV, de los cuales 19 se asociaron con el desarrollo de NAV. La media de días entre el inicio de la ventilación y el diagnóstico de TAV es de 12,5 con un desvío estándar $\pm$ 5 días. La etiología fue monomicrobiana en 94 casos; en 33 episodios se aislaron dos microorganismos responsables y en un caso 3 microorganismos. Los microorganismos más frecuentes fueron los bacilos gram negativos no fermentadores (Acinetobacterbaumanni y Pseudomonas aeruginosa), las Enterobacterias (Klebsiellapneumoniae) y los cocos gram positivos (Staphylococcus aureus). La NAV fue previa a la TAV en 16 casos y posterior a esta en 3 casos. No hubo asociación entre la presencia de NAV y la mortalidad.

Conclusiones: Los bacilos gram negativos multirresistentes son los principales responsables de TAV. La mortalidad entre el grupo de TAV que desarrolló o no NAV es similar. La mayoría de las NAV fueron previo al diagnóstico de TAV.

Trabajos Enfermería

E1. CODIGO: DE ACTIVACIÓN “PROBABLE DONANTE “PARA EMERGENCIAS MÉDICO MÓVILES

G. González, R. Mizraji
INDT, Montevideo, Uruguay

Antecedentes: La detección de posibles donantes a través del sistema extra-hospitalario y la instalación de códigos de activación no ha representado un área de trabajo ni se registran proyectos sobre esta temática en nuestro país, sí se actúa coordinadamente con usuarios con las patologías cardiovasculares con urgencia de procedimientos hemodinámicos y usuarios neurológicos coordinando la tomografía previa a su ingreso al CTI. En España se manejan códigos de activación como: sepsis, infarto, ictus y donante en asistolia. El sistema de emergencias de Madrid, fue pionero en colaborar en la obtención de órganos mediante donantes en asistolia, en 1996. Luego otras emergencias se sumaron en Barcelona.

Objetivo General: Lograr la coordinación entre los diferentes niveles de atención con el fin de captar precozmente probables donantes, evitando la pérdida y actuando en beneficio de la sociedad en su totalidad.

Métodos: Descriptiva y explicativa

Contenido: La detección de donantes fuera de los CTI no representa un área de trabajo en nuestro ámbito, la detección precoz y posterior derivación los CTI de posibles donantes puede influir en el potencial de donación en nuestro país. Describe un protocolo de un código de activación de “Potencial Donante” con un algoritmo de actuación que contribuirá con los objetivos, como proporcionar instancias educativas.

Propuesta de trabajo: El proyecto propuesto se presentará a la diferentes Emergencias Móviles, organizando jornadas de educación, tanto en lo que es el procedimiento en sí, como aportando conocimientos sobre la donación, como recibiendo sugerencias. Se aplicará por un tiempo (4 meses) evaluando las estrategias con el fin de corregir el proyecto. Finalizando esta etapa se elaborará un informe plasmando los resultados.

Evaluación: Resumen de lo realizado hasta el momento y los resultados obtenidos

E3. CASO CLÍNICO “ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN USUARIO EN SITUACIÓN CRÍTICA CON INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN”

Cardozo, S. Sánchez, M. Montelongo, M. Torres, L. Ware, L.
Facultad de Enfermería. Universidad de la República

Antecedentes: El siguiente trabajo fue realizado por estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, UDELAR, que cursaron “Atención Usuario en Situación Crítica” en la Cátedra Salud del Adulto y Anciano.

Se abordó a un usuario joven consumidor de drogas psicoactivas en situación crítica por “Intento de Autoeliminación” (IAE).

Según la ONU, el mercado mundial de las drogas ilícitas llega hasta 400 mil millones de dólares, representando alrededor del 16% del ingreso total del crimen organizado. A nivel Nacional el uso de marihuana es relativamente generalizado, según las cifras oficiales, es la droga ilegal más utilizada; 1 de cada 5 uruguayos la ha probado en su vida. Es más común entre hombres (25,2%) y en Montevideo (26,9%) y entre los jóvenes, una de cada tres personas de entre 18 y 35 años la ha probado y 18.700 personas consumen diariamente marihuana en el país.

El rol del Licenciado en Enfermería es asegurar el cuidado integral, preservando su vida, asegurando su confort y privacidad, respetando su individualidad y promoviendo su pronta recuperación. Estableciendo vínculo empático con el usuario y familia, dentro de un ambiente terapéutico que facilite su recuperación.

Objetivo: Brindar Atención de Enfermería a un Usuario en Situación Crítica por Intento de Autoeliminación.

Método: La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), utilizando como modelo la teoría de sistemas. Los diagnósticos de Enfermería utilizados corresponden a la taxonomía de la NANDA.

Resultados: Estado respiratorio: se mantuvo permeable la vía aérea. Bronquios libres de secreciones. Monitorización continua del gasto cardíaco.

Se previenen aparición de traumatismo vascular, lesiones cutáneas y óptimas medidas de higiene.

Conclusiones: Se lograron integrar los conocimientos teóricos adquiridos, en la aplicación del método científico, pudiendo identificar en éste tipo de usuario la problemática social del consumo de drogas psicoactiva.

E2. IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTO E SUA INTERFACE COM A AUDITÓRIA

Medeiros RH, Borges RA, Löss F, Picoletto A, Ramos MDM, Dal Molin RS, Fabian C, Teixeira N, Stoffels D
Hospital Geral de Caxias do Sul/Brasil

Introdução: As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) exigem tecnologias e necessidade de equipe de enfermagem qualificada. Portanto, há a necessidade de implantação do Processo de Enfermagem (PE). Este possui etapas inter-relacionadas e um sistema de classificação (NANDA-I), intervenções segundo Nursing Interventions Classification (NIC).

Objetivo: Descrever a implantação do PE na UCI e sua interface com a auditoria.

Método: Relato de experiência onde os dados foram coletados em documentos. A UCI possui 10 leitos Clínicos Cirúrgicos. Foram elencados três momentos de implantação do PE na UCI: 1) História de implantação 2) Aspectos operativos de implantação 3) Interface do PE com a auditoria. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2013.

Resultados: História de Implantação: A implantação do PE na UCI iniciou com um grupo de estudos, com encontros quinzenais em 2003. Em 2004 a etapa do Diagnóstico de Enfermagem (DE), segundo a NANDA-I foi introduzida à prática assistencial na UCI. Em 2010, o PE passa a ser informatizado. Aspectos operativos de implantação: Para o exame físico utilizou-se um roteiro pré-estabelecido e após eram elencavam os DE. As intervenções foram introduzidas com base na classificação das intervenções descritas na NIC. Interface do PE com a auditoria: Em 2011 é relacionado a auditoria de contas relacionado ao PE.

Conclusões: O PE está atrelada à busca qualificada do cuidado de enfermagem sustentado por evidências científicas. A avaliação realizada pela auditoria garantiu um detalhamento dos custos inerentes ao cuidado de enfermagem e identificação de falhas nas etapas do PE.

Referências:

NANDA - International. Diagnósticos de enfermagem: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013.

Lucena AF, Almeida MA. Classificações de enfermagem NANDA-I, NIC, e NOC no processo de enfermagem. In: Silva ERR et al. Diagnósticos de enfermagem com base em sinais e sintomas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 35-53.

E4. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN USUARIO EN SITUACIÓN CRÍTICA CON MUERTE ENCEFÁLICA

Lucas, A, Cardozo, S. Dávila; F. Fuentes. I. Méndez A. Pereira T. Roura. V. Vanzini. P.
Facultad de Enfermería. Universidad de la República

Antecedentes: Nuestro trabajo consistió en la realización de un caso clínico de un usuario en situación crítica, el cual presentó un Ataque Cerebro-Vascular Isquémico, con posterior muerte encefálica.

Se trata de una enfermedad que afecta a uno de cada seis uruguayos a lo largo de su vida. La enfermedad cerebrovascular, causante de los ataques cerebrales, constituye en Uruguay la primera causa de mortalidad y discapacidad, y la segunda causa de demencia, según estudios epidemiológicos de la Sociedad Uruguaya de Neurología. Según las últimas estadísticas del Ministerio de Salud Pública, cada 45 minutos muere un uruguayo por ataques cerebrovasculares, cuyos factores de riesgo son totalmente prevenibles.

El Instituto Nacional de Donación y Trasplante realiza aproximadamente 500 trasplante al año, de los cuales muchos de esos órganos provienen de pacientes con diagnóstico de muerte encefálica.

Nos pareció interesante abordar este usuario debido a que fue donante de órganos y fuimos partícipes de su mantención, desde nuestro rol de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UDELAR.

Objetivo: Desarrollar el Proceso de Atención de Enfermería de manera integral en un usuario en situación crítica con muerte encefálica.

Método: La aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), a través del modelo de Virginia Henderson y la taxonomía de la NANDA.

Resultados: Se logró aplicar el PAE trabajando con el equipo de salud en la mantención del donante hasta su ablación.

Conclusiones: Fue una gran experiencia como grupo de estudiantes poder ver todo todas las etapas del usuario y trabajar con el equipo de salud para la mantención del donante.



E5. Acercamiento al equipo de salud en el Departamento de Medicina Intensiva del Hospital Policial

Galeano A. González

Hospital Policial, Dto. Medicina Intensiva, Montevideo, Uruguay

Antecedentes: En nuestro servicio no se han registrado estudios sobre esta temática.

En el año 2012 se realizó un relevamiento de datos propuesto por el Departamento de Psicología médica con el fin de lograr un acercamiento al equipo de salud de nuestra unidad, con el objetivo de identificar los principales factores que estaban influyendo en el relacionamiento del equipo de salud.

Objetivos: Identificar los principales factores que están influyendo en el relacionamiento del equipo de salud en el Departamento de Medicina Intensiva del Hospital Policial.

Métodos:

Tipo de Estudio:	Descriptivo, retrospectivo, transversal
Recolección de datos:	Encuesta.
Presentación:	Tablas de frecuencias absolutas y porcentuales
Población:	funcionarios que estén prestando funciones en el periodo de estudio
Muestra:	111 funcionarios
Espacio:	Dto. de Medicina Intensiva, Hospital Policial
Tiempo:	Abril, 2012

Resultados: Enfermería coincide como problema principal la comunicación: por información insuficiente o divergente entre los distintos informes sobre tratamiento, evolución y pronóstico de los pacientes.

Identifica además: tristeza, stress y ansiedad familiar como un tema importante a tratar.

Licenciados plantean una desvalorización de la tarea de enfermería.

Conclusiones: Entre el 90 y 100% de los funcionarios presentan sobrecarga laboral.

50% de enfermería no está conforme con la cantidad de los recursos humanos y materiales.

Enfermería es el que prioritariamente considera la influencia de factores externos en la labor diaria. La mayoría de los funcionarios evalúan el relacionamiento en el equipo de trabajo como bueno. La relación del equipo de salud con el usuario y la familia es buena aunque existen aspectos difíciles a manejar y los mismos están vinculados a:

De los aspectos que pueden incidir negativamente en el relacionamiento: la comunicación entre el equipo y la familia es considerada la principal causa.

E7. VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Lic. Enf. Cugliari T., Lic. Enf. Alteiz S., Dr. Rodríguez G., Dra. Soca A., Dra. Noveri S.

UCI del Hospital Pasteur. ASSE. Montevideo-Uruguay.

Antecedentes: La encuesta de satisfacción de los usuarios y la familia es uno de los indicadores de calidad de la asistencia.

Objetivo: Valorar el grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Pasteur respecto a la calidad de la asistencia brindada.

Material y Método: Estudio prospectivo, descriptivo. Criterio de inclusión: adulto ingresado con estadía > 24 horas. Se confeccionó encuesta de satisfacción basada en Indicadores de Calidad de SEMICYUC. La recolección de datos se efectuó en 30 días consecutivos al alta. Variables: datos demográficos; condiciones medioambientales; relación con el personal, calidad de información recibida; organización y tiempos de visita.

Resultados: En Abril de 2012 egresaron 74 pacientes, sexo masculino 68%, edad promedio 57 años y APACHE II 24. Estadía mediana 5 días. AVM invasiva 39% y mortalidad 14.6%. Hubo 70 pacientes incluidos, 40 encuestas (57%). El 85%(34/40) consideró la información médica diaria buena, comprensible y suficiente.

La relación con Enfermería fue cordial y fluida en 73%(29/40). Casi la mitad desconocía el nombre del Médico informador y de Enfermería a cargo. En 80%(32/40) la UCI fue de fácil localización con sala de espera bien acondicionada. El 88%(35/40) consideró óptima la limpieza, 78%(31/40) muy bueno el orden y disponibilidad de medios personales.

Las condiciones de visita diaria y tiempo de permanencia fue 80%(32/40) adecuado.

El nivel de satisfacción de los familiares de pacientes vivos y fallecidos fue similar.

Conclusiones: La información a los familiares es adecuada. La relación del personal sanitario con los familiares fue valorada positivamente. La mayoría está conforme con la calidad de la asistencia brindada, aunque hay factores a corregir: entrega de protocolo de recepción, presentación e identificación del personal, aumentar el porcentaje de satisfacción global.

E6. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN USUARIOS CON SINDROME DE ENCLAUSTRAMIENTO.

Dotti G, Rodríguez C.

Resumen: El Síndrome de enclaustramiento (SE), o Síndrome de Locked-in (SLI) es una enfermedad de origen vascular que daña porciones importantes del tronco cerebral, sin dañar los hemisferios. Se caracteriza por un estado de parálisis de las cuatro extremidades (tetraplejía) y un trastorno de la articulación de la palabra (anartria), con la preservación de la conciencia y la capacidad cognitiva, la visión, la audición y la respiración.

La incidencia del SE es difícil de determinar puesto que a menudo se diagnostica erróneamente como coma, estado vegetativo persistente o estado de mínima conciencia. La clave es valorar el movimiento ocular vertical voluntario incluso cuando el paciente parece no responder.

El objetivo de este trabajo estuvo dirigido a elaborar un plan de cuidados individualizados a partir de 4 casos clínicos. La valoración de enfermería se basa en los patrones funcionales de Marjory Gordon y las taxonomías NANDA, NOC y NIC como lenguaje estandarizado de enfermería.

Material y método: Se revisaron las historias clínicas correspondientes a 4 pacientes ingresados en una unidad neurocrítica de Montevideo, a los cuales se les diagnosticó SE, en el periodo comprendido entre junio del 2009 y diciembre del 2012.

Conclusiones: La atención y el cuidado de un paciente con S.E. representa un gran reto para enfermería, ya que este síndrome no solamente es una situación física sino psicológica angustiosa en la que una persona con la inteligencia intacta queda atrapada en un cuerpo inmóvil. Se hace imprescindible que los profesionales que asisten a estos usuarios desarrollen habilidades comunicativas para lograr interactuar con el paciente y el familiar o cuidador principal.

Palabras claves: síndrome de enclaustramiento, NANDA, NOC, NIC, comunicación.

E8. IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN RED

Lic. Esp. S. González, Lic. S. Cardozo. Lic. P. Martínez, Lic. L. García. Enf. L. Ware.

Lic. C. Cavalcante

Hospital Central de las Fuerzas Armadas: Cuidados Intensivos y Programa de Trasplante Hepático- Avda. 8 de Octubre 3020 - Hospital Evangélico. Atención Domiciliaria. Bvar. José Batlle y Ordóñez 2759

Antecedentes: En el cuidado enfermero, la herida va más allá del simple concepto de pérdida de tejidos blandos ya que el portador trae consigo la causa de la lesión, en este caso la cirugía de trasplante. Enfermería del programa de trasplante hepático ha atendido 75 pacientes, 5 presentaron Úlceras por Presión (UPP) (6.7%), 2(2.6%) grados I, II y IV. Convirtiendo el tratamiento de la lesión en la necesidad de brindar cuidados integrales, lo que lleva a la creación de una red de apoyo con enfermería de la institución de origen y la familia.

Objetivo: Compartir con el colectivo el resultado de los cuidados efectuados en el contexto de una red intra e interinstitucional y familiar a un usuario de 59 años con UPP.

Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la evolución de UPP, por revisión de registros en historia clínica, de cuidados en base a protocolo y documentación fotográfica de lesiones. Usuario sexo masculino, 59 años, que luego de trasplante hepático permanece institucionalizado 75 días, en cuidados intensivos (CI), y en sala, egresando con internación domiciliaria.

Resultado: Usuario trasplantado por Cirrosis Criptogénica que permaneció internado en CCI por Shock Séptico, Polineuropatía del Crítico. Desarrolla UPP, grados IV, II y I. Se aplica protocolo de curación de heridas durante internación y en domicilio, logrando en ocho meses la recuperación.

Conclusiones: El resultado obtenido y experiencia adquirida por el equipo de enfermería ha demostrado la importancia de trabajar con una red de apoyo interinstitucional y familiar.

Referencias: Polineuropatía del paciente crítico. Revista del Hospital Privado de Comunidad www.hpc.org.ar - Dr. Luciano Andrés Recchia1-Volumen 7, número 1, enero-julio 2004-Servicio de Neurología. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba

-Trabajo en equipo - Monografías.com

www.monografias.com > Administración y Finanzas-María José Vanni

-Tratamiento de las úlceras por presión (escaras) Por el Dr. Ananya Mandal, MD.

www.news-medical.net

E9. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LA UCIS

Licenciada asistencial - Subrogante Rosario López
Licenciada asistencial - Natacha Arralde
Sanatorio Uruguay - UCIS Unidad de Cuidados Intensivos

La unidad de cuidados intensivos de Salto (UCIS) es una organización creada en el año 1980, para brindar asistencia a pacientes adultos con necesidades asistenciales y tecnológicas de tercer nivel, en estado crítico o potencialmente crítico con posibilidad de salvar su vida.

La misma se encuentra ubicada en la ciudad de Salto con cobertura para todo el país asistiendo a pacientes provenientes de ASSE, mutualistas y particulares.

En el año 2007, se vio la necesidad de implantar un sistema de gestión de calidad alineada con los requisitos de la norma UNIT-ISO 9001:2000, y en el transcurso de los años a los cambios de las nuevas normas; actualmente recertificamos por la norma ISO-9001:2008.-

PLANTA FISICA

La unidad esta ubicada en el primer piso del Sanatorio Uruguay.

Tiene capacidad para 5 camas; 4 dentro de la unidad y 1 en régimen de aislamiento.

Cuenta con:

- Enfermería limpia y sucia,
- Área para intercambio de camilla,
- Escritorio de observación de enfermería donde se puede visualizar las 5 camas,
- Sala de estar,
- Vestuario y baño para el personal.

Planta alta:

- Cuarto médico
- Área administrativa
- Área de archivo médico
- Economato

RECURSOS HUMANOS

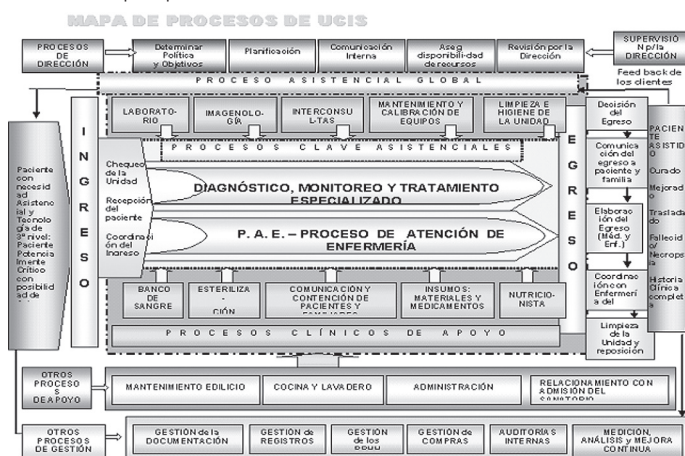
1. Médicos con curso de posgrado en medicina intensiva
2. Licenciadas en enfermería con título de especialización en medicina intensiva y/o curso de adiestramiento en medicina intensiva.
3. Auxiliares de enfermería con curso de enfermería en medicina intensiva y/o adiestrada en la unidad.
4. Auxiliares de servicio
5. Administrativo
6. Contador público

Objetivos:

- Aumentar la seguridad del paciente al momento del traslado interinstitucional desde UCIS.
- Mantener la transparencia en los procesos de UCIS.
- Optimizar la calidad del servicio en el área asistencial.

Para este año el objetivo de enfermería fue la creación e implementación de una lista de chequeo o ches-list para traslados de pacientes fuera de la institución a realizarse exámenes y/o estudios enmarcados en la seguridad del paciente.

Se realizó un mapa de procesos



La Política de la unidad esta enfocada en:

1. Mejorar el nivel de calidad de sus procesos y los resultados asistenciales a través de una permanente actualización del conocimiento y la renovación tecnológica.
2. Profundizar el conocimiento y la formación del personal.
3. Trabajar en la mejora de un proceso sistemático que aporte valor a la relación del personal de la unidad con la familia de los pacientes y con los médicos que se vinculan con la misma.
4. Encarar una nueva forma de relación, periódica y armoniosa con los proveedores, para evaluar lo realizado y planificar de común acuerdo acciones futuras.
5. Cuidar el medio ambiente para contribuir al desarrollo de una comunidad saludable, cumpliendo con las normas de manejo de los desechos hospitalarios.
6. Mejorar continuamente el sistema de gestión de la calidad y cumplir con los requisitos éticos, con

las expectativas de los usuarios y con las normas legales y reglamentarias

Misión: La MISIÓN de la Unidad de Cuidados Intensivos de Salto es brindar asistencia de tercer nivel a los pacientes críticos del departamento y sus áreas de influencia, no sólo con el fin de preservar la vida, sino poniendo especial esfuerzo en disminuir el grado de secuelas que deja la enfermedad.

Por eso la MISIÓN de la UCIS, atendiendo la responsabilidad social que le compete, implica también realizar acciones para que los pacientes:

- se reintegren a su trabajo y a la sociedad,
- dispongan de buena calidad de vida y
- se optimice la ecuación costo-efectividad en su beneficio, el de su familia y la comunidad.

Visión:

1. Nuestra visión de futuro es consolidar la preferencia de nuestros clientes y marcar el liderazgo por la calidad en la asistencia, a nivel del Departamento y la región.

2. Pertenecer al nuevo Sistema Integrado Nacional de Salud con los mismos fines, financiación adecuada, el mismo grupo humano y los mismos principios y valores actuales, disponiendo en lo inmediato de un sistema que permita a los CTI privados, aplicar políticas comunes de relacionamiento con los proveedores.

3. Concretar la presencia de un negociador permanente con los proveedores, con un enfoque claro y preciso de establecer vínculos de confianza a través de una política continua de ganar-ganar.

Se elaboraron:

- protocolos médicos
- protocolos y normas de enfermería
- Procedimientos de gestión
- Formularios y registro
- Manual de calidad

Lic. Rosario Lopez Cel: 098948645

Lic. Natacha Arralde Cel: 099515199

E10. SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Perdomo AL, Ferreira M,
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Introducción: La satisfacción laboral es un factor determinante de la calidad de la atención. La importancia del concepto de satisfacción laboral del personal de enfermería reside, desde la óptica de la gestión de servicios sanitarios, en que el grado de calidad de los servicios ofertados en un sistema sanitario está directamente relacionado con el nivel de satisfacción del personal de enfermería que trabajan en él y en su vinculación con la motivación. Se ha planteado medir la satisfacción laboral del personal de enfermería y evaluar que dimensiones influyen en forma positiva y negativa en la satisfacción.

Objetivo: Conocer la satisfacción laboral del personal de enfermería, profesional y auxiliar, del Hospital de Clínicas.

Método: Se trata de un estudio Descriptivo, analítico, transversal, para el que se utilizó el Cuestionario Font Roja, se aplicó a los funcionarios que aceptaron participar de forma voluntaria y anónima. La Satisfacción Media Global se obtiene con la media de las puntuaciones de los ítems del cuestionario.

Resultados: el personal de enfermería se encuentra satisfecho con su trabajo, régimen de trabajo, el entorno y ambiente laboral; y se encuentra el 100% insatisfecho con la remuneración económica, que a diferencia con otras ofertas laborales, el hospital no otorga compensaciones por área cerrada o especialidad.

Conclusión: Existe satisfacción de alrededor del 70%, e insatisfacción con la remuneración, lo que aumenta el ausentismo y migración a otras instituciones, que a pesar de poseer menor régimen de descansos, ofrecen remuneración económica mayor a la del Hospital de Clínicas.

Referencias: Núñez Gonzales E, Estévez Guerra G, Hernández Marrero P, Et Al, Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral.

Rosero Rodríguez A, Ramírez Celis Y, Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en las unidades de cuidado crítico en tres Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privados de la ciudad de Bogotá 2007.



E11. REQUERIMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN CARGAS DE TRABAJO MEDIDAS POR TISS – 28

Casanova, V.

Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

Montevideo – Uruguay.

Introducción: En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) el personal de enfermería se enfrenta a elevada carga de trabajo directamente relacionada a la gravedad de los pacientes que asisten. La medición de la carga de trabajo mediante la puntuación TISS – 28, es una herramienta fundamental para establecer la dotación de recursos humanos necesarios para elevar la calidad de atención de enfermería.

Objetivo: Conocer la realidad del C.T.I. del Hospital de Clínicas en cuanto a carga de trabajo de enfermería en la atención directa al usuario crítico.

Método: Estudio prospectivo, longitudinal. Se aplicó Score de Severidad de Intervenciones Terapéuticas TISS – 28 a 43 pacientes. Los datos fueron recolectados desde el 7 de marzo al 4 de abril de 2012 (4 semanas). Se tomaron los promedios de APACHE II del servicio de mayo a diciembre de 2012.

Resultados: Las unidades de enfermería del C.T.I. del Hospital de Clínicas atienden un promedio de 41,1 puntos TISS, cuando lo manejable es 36,94. El porcentaje de personal faltante es de 18,75%, generando una sobrecarga de trabajo de enfermería del 23%. La relación de enfermería que requieren estos pacientes es de 1:1 y a veces ayuda adicional, debido a que los pacientes del servicio son de clase 4 y 3. La relación enfermera / paciente del servicio es de 0,81:1, el faltante de unidades de enfermería por turno es de 2,4. La gravedad de los pacientes medido por APACHE II fue de 20,05.

Conclusiones: En el C.T.I. del Hospital Universitario se requiere un elevado número de personal por asistir pacientes de riesgo elevado, requiriendo intervenciones terapéuticas complejas y frecuentes, estadía prolongada en el servicio y una relación enfermera / paciente 1:1.

Referencias:

1. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med 1974;2:57-60.

2. Reis Miranda D, Rijk de A, Schaufeli W: Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: The TISS-28 items. Results from a multicenter study. Crit Care Med 1996; 24: 64-73.

3. Díaz AM, Beguistain A, Fernández Chávez N. (2006). Relación Paciente – Enfermería a través de la evaluación clínica del sistema TISS-28. Revista Uruguaya de Enfermería, 1(1).

Trabajos de Fisioterapia

F1. ESTUDIO DE PARÁMETROS DE LA MECÁNICA VENTILATORIA, EN LACTANTES DE AMBOS SEXOS MENORES DE UN AÑO CON AVIM, A LOS QUE SE REALIZA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.

González M, Sauto A.

Unidad de Cuidados Intensivos de Niños - Hospital Pereira Rossell.

Antecedentes: La espiración lenta prolongada (ELPr). Es una técnica pasiva de ayuda espiratoria aplicada al bebé, obtenida por medio de una presión manual. En pacientes ventilados la realizamos asociada a la aspiración de secreciones (AS).

Objetivos: Observar los parámetros; volumen tidal espirado (VTE), compliance estática (Cest), resistencia inspiratoria (Rinsp.) y resistencia expiratoria (Resp.), antes y después de la realización de maniobras de ELPr + AS.

Obtener evidencia de que las técnicas de ELPr + AS son maniobra de fisioterapia adecuada.

Establecer valores críticos de los parámetros estudiados.

Material y métodos: Se realiza un estudio, descriptivo, prospectivo, longitudinal, donde seleccionamos en forma aleatoria 14 lactantes menores de un año, en AVIM con equipos Galileo, en modalidad asistida controlada (P-CMV) en el año 2012.

Realizamos ELPr + AS, registramos valores previos, después de realizado el tratamiento y pasados 30 minutos.

Resultados: El VTE aumenta en 12 pacientes (85.7%), el aumento permanece en 9 de ellos (64.2%) en 30 minutos.

La Cest aumenta en 8 (57.1), en 30 minutos 9 (64.3%).

Las Rinsp disminuye en 13 pacientes (92.8%), en 30 minutos 11 (78.6%).

Las Resp disminuye su valor en 12 (85.7%) y en 30 minutos 7 (50%).

El número de ciclos respiratorios (NCR) necesarios para recuperar el VTE previo, tiene un rango de 2 a 9 ciclos.

Conclusiones: La ELPr + AS es una técnica adecuada para la realización de toilette bronquial si realizamos una correcta monitorización en su aplicación. No podemos establecer valores críticos para la no realización de las maniobras, pero concluimos que el NCR tiene importancia predictiva para la buena práctica, más de 2 NCR se asocia con la caída VTE, aumento de Rinsp. y Resp., desaturación y necesidad de ventilación manual.

F2. UTILIZACIÓN DEL AMBU PARA EL TRATAMIENTO DE ATELECTASIAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE HASTA 2 AÑOS DE EDAD INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NIÑOS DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL, EN EL PERÍODO DE JUNIO DE 2012 A SETIEMBRE DE 2013.

Lic. Ft. Daruech R; Lic. Ft. Gonzalez L; Lic. Ft. Miranda L.

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Unidad de Cuidados Intensivos de niños; Montevideo, Uruguay.

Antecedentes: el uso del ambú o bag squeezing para la hiperinsuflación manual consiste en una serie de expansiones torácicas profundas con apneas teleinspiratorias. En la unidad de cuidados críticos de niños es de gran utilidad el ambú pero aun no está protocolizado su empleo como apoyo a la fisioterapia respiratoria.

Objetivo: evidenciar la efectividad del uso del ambú como apoyo a la fisioterapia respiratoria en la resolución clínica radiológica de la atelectasia.

Material y métodos: estudio experimental y prospectivo en usuarios con ventilación mecánica invasiva con diagnóstico de atelectasia mediante un protocolo de tratamiento.

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.

Conclusiones: el ambú es un recurso útil de apoyo a la fisioterapia respiratoria para el tratamiento de atelectasias en niños de 0 a 2 años. Utilizando parámetros adecuados de PEEP y presión de insuflación se puede aplicar el protocolo con éxito inclusive en niños en su primer trimestre de vida.

F3 REPORTE DE 4 CASOS DE TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NIÑOS DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL

Lic. Ft. Daruech R.; Lic. Ft. Miranda L.

Unidad de Cuidados Intensivos de Niños, Centro Hospitalario Pereira Rossell; Montevideo, Uruguay

Antecedentes: El traumatismo encefalocraneano (TEC) es una patología que se presenta en niños sanos y es la principal causa de muerte e incapacidad en el niño. En Uruguay mueren por accidentes 200 niños por año y 30% de las muertes traumáticas son por TEC. El maltrato es una causa de menor incidencia pero siempre esta presente entre las causas de TEC severo.

Objetivos: analizar la evolución de los 4 casos y el abordaje fisioterapéutico del TEC grave en la unidad de cuidados intensivos de niños, desde el ingreso del paciente a la unidad hasta el alta.

Material y Método: estudio de serie de casos.

Conclusiones: El tratamiento debe respetar la etapa en la cual se encuentra el paciente desde el punto de vista de su estado de conciencia y su gravedad. Haciendo énfasis en cualquier secuela que pueda prevenirse (úlceras por presión, rigidez articular posturas viciosas, alteraciones del tono y de la esfera orogástrica, cuidados respiratorios), independientemente del pronóstico del paciente.

Será vital para el usuario la puericultura y el entrenamiento al entorno familiar para el manejo sanatorial y domiciliario.

F4. TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO (TEC) EN CTI ADULTOS. INTERVENCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA DESDE EL DÍA N° 1.

Donat R.

CTI MUCAM.

Antecedentes: Visto la carencia del Lic. en Fisioterapia como un integrante mas del equipo de trabajo de CTI en muchas de las instituciones de nuestro medio, se mostrará la metodología de trabajo, en este caso, ante un usuario con TEC.

Objetivo: El objetivo de la presentación es mostrar estadísticas de los TEC ingresados en el CTI de MUCAM en el transcurso de un año y analizar datos extraídos para optimizar y entender la función del Fisioterapeuta que trabaja con pacientes críticos.

Material y Métodos: Relevamiento de datos extraídos desde enero de 2010 a enero de 2011 a todos los TEC ingresados en el CTI de adultos hasta su egreso del mismo.

Resultados y Conclusiones: Los resultados nos llevarán a optimizar la intervención del Fisioterapeuta en CTI anticipándonos a los cuidados básicos y orientándonos en el tratamiento.

XIII CONGRESO URUGUAYO DE MEDICINA INTENSIVA

VI Encuentro del Mercosur
VI Jornadas de Residentes en Medicina Intensiva
IV Jornadas de Pediatría en Medicina Intensiva
IX Congreso Uruguayo de Enfermería en Medicina Intensiva
X Encuentro de Fisioterapeutas en Medicina Intensiva
II Encuentro de Neumocardiología en Medicina Intensiva
VIII Jornada Anual de la SUNUT



F5. MANEJO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA

Lic. Ft. Miranda L.
Montevideo, Uruguay

Antecedentes: En el área de cuidados críticos la fisioterapia tiene un rol conocido en el cuidado del sistema respiratorio principalmente y en la esfera del paciente neurocrítico debe añadirse a la acción del fisioterapeuta la prevención de complicaciones en la etapa aguda y con repercusiones a largo plazo. La intervención precoz y certera puede mejorar el pronóstico de estos pacientes.

Objetivos: conocer las posibilidades de acción y fundamentos de la fisioterapia en fases agudas del paciente neurocrítico.

Material y Método: revisión bibliográfica

Conclusiones: En el abordaje del paciente neurocrítico, clínico o quirúrgico, se ha demostrado la importancia de la inclusión de la fisioterapia en el equipo de salud. Con la intervención precoz, se logra minimizar las lesiones asociadas a la lesión primaria, inmovilidad, sedación prolongada, ventilación mecánica.

F6. ESTUDIO SOBRE ATELECTASIAS EN NIÑOS Y NIÑAS INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE NIÑOS DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL ENTRE LOS AÑOS 2011-2013

Lic. Ft. Echeverry Y.; Lic. Ft. Godoy L.; Lic. Ft. Miranda L.
Unidad de Cuidados Intensivos de Niños, Centro Hospitalario Pereira Rossell; Montevideo, Uruguay

Antecedentes: El manejo y la resolución de las atelectasias en pacientes críticos son de gran importancia dado la repercusión clínica que pueden ocasionar a corto plazo. Son competencia de la fisioterapia respiratoria (FR), valiéndose ésta de varios recursos para su tratamiento, requiriendo varias sesiones de trabajo y también de la cooperación del resto del equipo de salud. Durante el crecimiento de la FR han surgido varias teorías acerca del abordaje de las atelectasias tanto en pediatría como adultos, debido a las diferencias en la anatomía y estadio del desarrollo de las vías respiratorias bajas, principalmente.

Objetivos: conocer la importancia de la FR en el manejo de las atelectasias en este hospital.

Material y Método: estudio descriptivo, retrospectivo, que incluyó todas las historias clínicas (n 56) de niños y niñas internados en el periodo 2011-2013, completas y con diagnóstico clínico radiológico de atelectasia.

Conclusiones: La evidencia empírica demuestra el impacto de la fisioterapia en el tratamiento global de las atelectasias. Esto se confirma mediante la significativa disminución en la necesidad de resolución de atelectasias por fibrobroncoaspiración en quienes recibieron adecuado tratamiento de FR.

AGRADECIMIENTOS

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

Air Liquide Uruguay
Astra Zeneca Uruguay
Bioerix
Compañía Cibeles
Cipharma – Laboratorios Northia
Clap LaboMedical
GlaxoSmithKline
Gramon Bagó de Uruguay
Gunter Schääf
Laboratorio Ion
Key-Medical
Labimed
Laboratorio Libra
Logitec
Mare
Medicina Personalizada
Narcomédica
Química Cenit
Roemmers
Sanofi
Sanyfico
S.E.M.M.
S.U.A.T.
Tecmar Médica

Federación Médica del Interior
Intendencia de Salto