

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN MEDICINA CRÍTICA / INTENSIVA

Volumen 16, suplemento 1, abril 2023

CONGRESO PAN E IBÉRICO, LIMA 2022

EDITORES

JAIME WILFREDO ZEGARRA PIÉROLA

CARLOS ALBERTO LESCANO ALVA



XVII MEDICINA
CRÍTICA Y TERAPIA
INTENSIVA
CONGRESO PANAMERICANO E IBÉRICO

XVII MEDICINA
INTENSIVA
CONGRESO PERUANO INTERNACIONAL

I MEDICINA
CRÍTICA PEDIÁTRICA
CONGRESO PANAMERICANO E IBÉRICO

I ENFERMERÍA
CRÍTICA Y CUIDADOS
INTENSIVOS
CONGRESO PANAMERICANO E IBÉRICO

10 cursos
Pre-Congreso

+80 Ponentes
Internacionales

LIMA PERÚ

31 OCT A 05 NOV 2022



SOPEMI
Sociedad Peruana de
Medicina Intensiva



Federación
Panamericana e
Ibérica de
Medicina crítica y
Terapia Intensiva

31 octubre - 5 noviembre, 2022
Lima - Perú



SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTENSIVA (SOPEMI)
**FEDERACIÓN PANAMERICANA E IBÉRICA DE MEDICINA CRÍTICA
Y TERAPIA INTENSIVA (FEPIMCTI)**

Estimado Lector

Este libro para su lectura lo tendrán como texto impreso, así como por vía electrónica.

Al ingresar al libro por vía electrónica haciendo click en los contenidos podrá ingresar a los mismos de manera directa. Los contenidos versan sobre la convocatoria, la recepción, la evaluación de las comunicaciones científicas; los trabajos presentados durante el congreso PAN e IBERICO Lima 2022; los ganadores del mismo y el resumen de las comunicaciones científicas aceptadas.

Los editores

@2022 la presente edición revisada:

Jaime Zegarra Piérola

Av. Paseo de la República 6349, dpto. 605 Miraflores

jaime.zegarra.p@upch.pe

Editores: Jaime Zegarra Piérola, Carlos Lescano Alva

Corrección del Manuscrito: Humberto Lira Veliz

Diagramación: Milagros Orejón Ortiz de Orué

Primera Edición:

Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI)

Sociedad Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva
(FEPIMCTI)

Dirección: Jr. Lloque Yupanqui 1126 Of. 304. Jesús María. Lima-Perú.

Teléfono: (51) 975 559 453

Email: sopemi002@yahoo.es

Primera edición revisada

Tiraje: 100 ejemplares

Abril 2023

Depósito en la Biblioteca Nacional del Perú

Derecho reservado, prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio sin autorización de los editores.

EDITORES

Jaime Zegarra Piérola, MEpC

Profesor asociado de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado,
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Médico asistente de la Unidad de Cuidados Intensivos,
Hospital Cayetano Heredia
Médico Internista-Intensivista
Magíster en Epidemiología Clínica

Carlos Lescano Alva

Presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva-SOPEMI
Coordinador Nacional del Proyecto Sepsis Perú
Médico Especialista en Medicina Intensiva
Médico Asistente del Departamento de Cuidados Intensivos del
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins
Maestría en Medicina Intensiva con mención en especialidad

DEDICATORIA

Premio a la investigación científica en Medicina Crítica e
Intensiva

"Dr. Jordi Mancebo Cortés"

AGRADECIMIENTOS:

Dr. Carlos Alberto Lescano Alva

Presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI)

Dra. María Cruz Martin Delgado

Presidente de la Federación Panamericana e Ibérica de Medicina crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI)

RECONOCIMIENTO y AGRADECIMIENTO:

Al equipo del comité científico de congreso PAN e IBÉRICO, Lima 2022

Dra. Suzana Lobo

Dr. Javier Pérez Fernández

Dra. Rosa Luz López Martínez

Dr. Raffo Escalante Kanashiro

Dr. Néstor Luque Chipana

Dr. Cesar Loza Munarriz

CONTENIDO

1	Presentación / Jaime Zegarra Piérola.....	13
2	Comunicaciones científicas en Resumen	15
	Capítulo respiratorio – ventilatorio	17
	COVID-19	18
	Mecánica ventilatoria, VILI, otros.....	23
	b. Capítulo de obstetricia critica.....	31
	c. Capítulo de infectología critica.....	37
	d. Capítulo de neurocritico	45
	e. Capítulo de hemodinámico y Cardiocirculatorio	49
	f. Capítulo de pediatría critica	53
	g. Capítulo Misceláneo	57

ANEXOS:

TÍTULO I: De los aspectos generales de los estudios.....	67
TÍTULO II: De la presentación y evaluación de los trabajos de investigación	68
TÍTULO III: De la presentación y exposición presencial.....	71
TRABAJOS FINALES.....	73
CONCLUSIÓN	75

PRESENTACIÓN

La idea de iniciar esta hazaña editorial, se gestó en los meses de agosto y septiembre del 2022 a pocas semanas del magno evento científico académico de la Medicina Crítica / Intensiva, el congreso PAN e IBERICO Lima 2022. Sin embargo, cabe resaltar que fueron muchos meses de incansable labor relacionados a la convocatoria, recepción, evaluación de las comunicaciones científicas que finalmente tuvieron como resultados a ganadores del evento y nos permitió realizar el presente texto.

La pandemia de la COVID-19, que inició en Hubei, provincia de Wuhan China en diciembre 2019 y en marzo del 2020 en nuestro país, nos ha mostrado el espíritu de organización, de pasión y solidaridad de los sistemas de salud para hacer frente a la misma. Desde el punto de vista científico se tuvo que posponer el congreso internacional de Medicina Intensiva del 2020; para volver el 2021 de manera virtual, teniendo el mismo gran impacto y alcance; ocupando por una semana nuestro quehacer del día a día. La investigación científica estuvo presente, siendo una actividad que cada día cobra más fuerza y significancia en estos eventos científicos. El curso internacional de Medicina Intensiva de Ica – Perú se realizó de manera presencial con gran afluencia y alcance en el quehacer de la medicina intensiva. Hoy estamos a portas del gran evento científico – académico, el congreso PAN e IBERICO Lima 2022.

La investigación científica en nuestro país, en especial en la Medicina Intensiva tiene expectativa de crecimiento; así de 64 publicaciones en los últimos 10 años, más del 40% se publicaron entre el 2020 y el 2022.

Este libro tiene como alcance a toda la sociedad científica nacional en especial a la Medicina Intensiva y Especialidades afines. En el mismo se traduce la labor previa al congreso; la convocatoria, la reglamentación, la labor del comité científico y de evaluación; destacamos también la labor de los participantes con sus comunicaciones, y del todo el equipo de la organización del congreso encabezados por Dr. Carlos Lescano (SOPEMI) y Dra. María Cruz Martín (FEPIMCTI). También expresamos nuestra gratitud y agradecimiento al comité de evaluación científica por su ardua labor.

Jaime Zegarra Piérola

COMUNICACIONES CIENTÍFICAS, EN RESUMEN

XIV Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina crítica y Terapia Intensiva
XVII Congreso internacional de Medicina Intensiva
I Congreso Panamericano e Ibérico de Medicina crítica Pediátrica

Lima, Perú, 31 octubre – 05 noviembre 2022

Capítulo

01

RESPIRATORIO – VENTILATORIO

1. COVID 19
2. MECANICA VENTILATORIA, INJURIA RELACIONADA A LA VENTILACION MECANICA (VILI), OTROS



RESPIRATORIO – VENTILATORIO

01. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID-19: ¿CUÁNDO DECIDIMOS PARAR? (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Morales Varas G*, Gutiérrez Gutiérrez J, Rodríguez Villamizar P*, Morán Gallego F*; Márquez Doblas M*; País Sánchez-Malingre MV*; Alonso Ciria E*; Padilla Peinado R*.**

*Hospital Universitario de Toledo, España.

**Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España.

Objetivo: Analizar los factores que se relacionan a la retirada del soporte vital en los pacientes con enfermedad crítica por COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) por COVID-19 entre marzo de 2020 y septiembre de 2021. Se revisaron variables demográficas, de gravedad y resultados de los pacientes que precisaron ventilación mecánica invasiva y que fallecieron, siendo categorizados según se decidió o no la retirada del soporte vital. Las variables categóricas se expresan en recuento y porcentajes y se compararon usando una prueba de chi²; las variables continuas se expresan en medias y desviación estándar y se compararon con la prueba t de student. El tamaño del efecto se midió mediante un análisis multivariado utilizando una regresión logística y desarrollando un modelo ajustando los factores de confusión. Se utilizó un nivel de significancia del 0.05 (bilateral). El análisis se realizó utilizando stata versión 13[®] (stataCorp LCC).

Resultados: Hubo un total de 631 ingresos en UCI con COVID-19 durante el período de estudio; de los cuales, 573/631 (90,8) ingresaron por insuficiencia respiratoria y 505/573 precisaron ventilación mecánica invasiva. La mortalidad en este grupo fue del 37,02% (187/505). Se decidió la retirada del soporte vital en 122/187 casos (65,24%), la mayoría de ellos (70,05%) eran hombres. La mediana de edad fue 67 (61-72) años, siendo mayores quienes se les retiró el soporte vital (68 [61-72] vs 66 [58-71] años). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a comorbilidades entre ambos grupos. En el análisis multivariado, la edad, la escala de fragilidad clínica y la ocupación de la UCI el día de la muerte no influyeron en la decisión de la retirada del soporte vital. La puntuación de Charlson al ingreso (3 [2-4] vs 2 [2-3]; OR: 1,42 [IC95%: 1,06 a 1,90]) e hipoxemia recalcitrante (59,84% vs 36,92%; OR: 5,17 [IC95%: 1,68 a 15,89]) influyeron en la retirada del soporte vital. El número de fallos orgánicos al momento de la muerte influyó en



el mantenimiento del soporte vital (2 [1-3] vs. 3 [2-3]; OR: 0,59 [IC95%: 0,39 a 0,88]). La estancia en UCI fue similar en ambos grupos ($p=0,259$).

Conclusiones: El score de Charlson y la situación clínica en el momento de la muerte influyen en la decisión de retirar el soporte vital. La hipoxemia recalcitrante y el número de fallos orgánicos influyeron en la retirada y mantenimiento del soporte vital respectivamente. La edad, la ocupación de la UCI y las diferentes olas de la pandemia no afectaron la toma de la decisión.

Palabras clave: Insuficiencia respiratoria; retirada del soporte vital; Neumonía; COVID-19; SARS-CoV-2.

02. EFECTO DE LA EDAD Y LA COMORBILIDAD EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES VENTILADOS MECÁNICAMENTE POR SARS-CoV-2 DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE LA PANDEMIA EN CATALUÑA, ESPAÑA (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Yebenes JC¹, Vela E², Clèries M², Güell E¹, Lorenzo C³, Esteban E⁴, De la Torre M¹

¹Servei de Medicina Intensiva del Hospital de Mataró, Mataró, España, ²Divisió d'Anàlisi de la Demanda i l'Activitat, Servei Català de la Salut (CatSalut), Barcelona, España, ³Servei de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Josep Trueta, Girona, España, ⁴Pediatric Intensive Care Department, Hospital Universitari Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain

Objetivo: Comparar el efecto de la edad y la comorbilidad en la mortalidad de los pacientes que recibieron ventilación mecánica durante el primer trimestre de la pandemia en 2020 respecto a los ventilados por neumonía adquirida a la comunidad durante el año 2019.

Material y métodos: Estudio epidemiológico de base poblacional en Catalunya con dos cohortes: pacientes mayores de 14 años hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el año 2019 y pacientes ingresados por COVID-19 durante la primera ola de la pandemia (hasta junio del 2020). Identificación de casos a partir de los datos notificados por los hospitales públicos y privados al registro de altas hospitalarias (CMBD-HA) del Servei Català de la Salut (CatSalut). Se comparan variables demográficas, socioeconómicas, comorbilidades, estancia hospitalaria, necesidad de ventilación mecánica (VM) y resultado al alta hospitalaria.

Resultados: Se identifican 15.355 pacientes hospitalizados (718 con requerimientos de VM) por NAC en 2019 y 26.582 pacientes hospitalizados por COVID-19 entre el 1 de marzo y el 8 de junio del 2020 (2576 con requerimiento de VM). La población que recibió VM en la cohorte NAC tenía mayor edad que aquellos de la cohorte COVID-19 (70 vs 66 años) y más pacientes con alta comorbilidad (52,4%) respecto a la COVID-19 (19%). La estancia media y mortalidad del grupo COVID-19 con VM fue superior al grupo NAC (15 vs 12 días) así como la mortalidad (47,7 vs 28,7%) incrementándose con la edad (34% en los pacientes mayores de 75 años con NAC vs 80% en los pacientes con SARS-CoV-2).

Conclusiones: Los pacientes con insuficiencia respiratoria por SARS-CoV-2 y que requirieron ventilación mecánica tuvieron una mayor mortalidad que la causada por neumonía adquirida en la comunidad. Estas diferencias son mayores en aquellos pacientes de mayor edad, mayor comorbilidad o que provienen de residencias asistidas.

Palabras Clave: COVID-19, SARS-CoV-2, neumonía adquirida en la comunidad.



03. OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENO – VENOSA EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR NEUMONÍA GRAVE SARS-CoV-2: EXPERIENCIA LOCAL UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Fernández Andrade P¹, Pavez Paredes N¹, Carrasco Medina M¹, Jequier Hermosilla A¹, Lastra Salcedo J², Sánchez Silva P², Ponce Holgado D², Hernández Díaz M¹, Ferreira Cabrera L²

¹Universidad de Concepción, Concepción, Chile; ²UCI Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

Introducción: Durante la pandemia SARS-CoV-2 los casos de neumonía grave con insuficiencia respiratoria severa condicionaron un desafío terapéutico en las unidades de cuidados intensivos en todo el mundo. El soporte con oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) veno - venoso es considerado un manejo excepcional destinado para casos con insuficiencia respiratoria refractaria a la terapia habitual.

Objetivos: Describir los casos, manejo y desenlace de los pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 conectados a ECMO VV.

Material y método: estudio observacional descriptivo realizado entre abril 2020 y marzo 2022 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Chile. Serie de casos.

Resultados: durante el período estudiado se conectaron 18 pacientes a ECMO VV. Se trata de 6 mujeres y 12 hombres, con una mediana de edad de 41,5 (21-64) años, 83 % obesidad. Mediana SOFA 7 puntos (5-12), media respiratory score 4 puntos. 83% ingresó trasladado de otro centro, 66% en ECMO móvil. La mediana de días en ventilación mecánica pre ECMO fue de 5,6 (1-12), con PaO₂/FiO₂ ratio de 80 (52-104) mm Hg, 89% pronó pre conexión y 2 pacientes con acidosis respiratoria refractaria. Mediana driving pressure 14 (11-26) y Cest 24,5 (6-34). El promedio de días de conexión a ECMO VV fue de 19,7 (4-46). Las principales complicaciones fueron hemorragia (39%) e infección asociada a atención en salud (73%). De estas últimas destaca neumonía (61%) e ITS (55%). Se realizaron 10 traqueotomías. El promedio de días totales de ventilación mecánica fue de 40 (26-64). El promedio de días de estadía en UCI fue de 43 y de estadía hospitalaria 47. Diez pacientes fueron dados de alta a su domicilio y mantuvieron sobrevida a los 90 días. 8 fallecieron (44%).

Conclusiones: La conexión a ECMO VV en los pacientes con insuficiencia respiratoria catastrófica resultó en una aceptable sobrevida en un grupo de pacientes con una alta probabilidad de fallecer. No se observaron complicaciones mayores asociadas por lo que se consideró un procedimiento seguro.

Palabras Claves: ECMO veno - venoso, neumonía grave SARS-CoV-2



04. MORTALIDAD y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CRÍTICOS POR COVID-19 EN UCI DE UN HOSPITAL DE ALTURA

Villena Morveli E¹, Delgado Valencia E¹

¹Hospital Nacional A. Guevara Velasco, EsSalud, Cusco, Perú

Objetivos: Describir la mortalidad y las características generales de los pacientes críticamente enfermos COVID-19 atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital de tercer nivel de la ciudad de Cusco ubicada a 3360 msnm.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyen los pacientes críticos ingresados a UCI con prueba positiva para SARS-CoV-2 entre junio-20 a diciembre-21. Se recolectó datos en el programa Excel. Se realiza análisis de los datos mediante estadística descriptiva.

Resultados: En el período señalado, que comprende las 2 primeras olas de la Pandemia COVID-19, se atendieron un total de 446 pacientes; 315 varones (70.6%); promedio de edad 49.7 años. Primera ola 134 pacientes con un promedio de edad de 57.5 años, 99 varones (73.9%); 2da ola 312 pacientes con edad promedio 46.4 años, 217 varones (69.5%). Fallecieron en UCI un total de 119 pacientes, lo que significa un 26.7% de mortalidad global. La mortalidad para la primera ola fue de 46.3%, mientras que para la segunda ola fue de 18.3%. Según grupos etarios la mayor mortalidad en la primera ola se dio en los mayores de 70 años con 64%, lo mismo que en la segunda ola (40%), sin embargo, el grupo con más fallecidos es el de 50 a 60 años que suman 22 y representan 38.6 % de los fallecidos en ésta ola.

Conclusiones: Es importante conocer los resultados obtenidos en la atención de los pacientes críticos COVID-19 en los diferentes niveles de atención de nuestro sistema de salud. La mortalidad global presentada parece compararse a la realidad de países con nivel socioeconómico más alto, y mejor que algunos reportes de UCIs nacionales a los que hemos tenido acceso. La diferencia de mortalidad entre las dos olas es muy significativa y probablemente está en relación a la mejoría en la disponibilidad de recursos humanos y materiales, así como a la experiencia adquirida en el transcurso de la pandemia.

Palabras clave: COVID-19, UCI, Mortalidad.

05. ENFERMEDAD CRÍTICA POR COVID-19: LECCIONES DE UNA PANDEMIA.

Morales Varas G¹, Rodríguez Villamizar P¹, Morán Gallego F¹, Márquez Doblas M¹, Alonso Ciria M¹, País Sánchez Malingre M¹, Padilla Peinado R.¹

¹Hospital Universitario De Toledo, Toledo, Spain

Objetivo: Analizar los resultados y el impacto de la enfermedad crítica por COVID-19 en los diferentes periodos de la pandemia.

Material y métodos: Estudio observacional de una cohorte retrospectiva de pacientes con una PCR positiva para SARS-CoV-2 que ingresaron en una unidad de cuidados intensivos (UCI) entre marzo del 2020 y abril del 2022. Se analizaron variables demográficas, de gravedad, de evolución, y de resultados, comparando los distintos periodos de la pandemia. Las variables



continuas se describen como medianas y rango intercuartílicos (RIQ) y se compararon con el test U de Mann Whitney y la prueba de Kruskal Wallis para las variaciones entre los diferentes periodos de la pandemia; las variables categóricas se expresan en recuento y porcentaje y se contrastan con el test de χ^2 o la prueba exacta de Fisher. Se utilizó un nivel de significancia estadística del 5% (bilateral), y se definió un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). El análisis se realizó utilizando stata versión 13[®] (stataCorp LCC).

Resultados: Durante el período de estudio hubo un total de 698 ingresos relacionados con el COVID-19, de los cuales 619 (88.7%) lo hicieron por insuficiencia respiratoria. El 65.6% (406/619) de la cohorte era del sexo masculino y la mediana de edad fue de 62 (53-69) años, con un descenso de la misma conforme avanzó la pandemia, salvo en la sexta ola donde la mediana de edad presentó un nuevo ascenso a 61 [57-70] años. La mortalidad global fue del 31% (192/619) y hubo un descenso progresivo a lo largo de las distintas olas, a excepción de la sexta ola en la que se observó un nuevo ascenso (1^o Ola: 44.25%; 2^o Ola: 35.25%; 3 Ola: 28.73%; 4^o Ola: 22.34%; 5^o Ola: 14.89%; y 6^o Ola: 28.89%). Los datos demográficos, gravedad, soporte recibido, complicaciones y evolución se resumen en la Tabla 1 y 2.

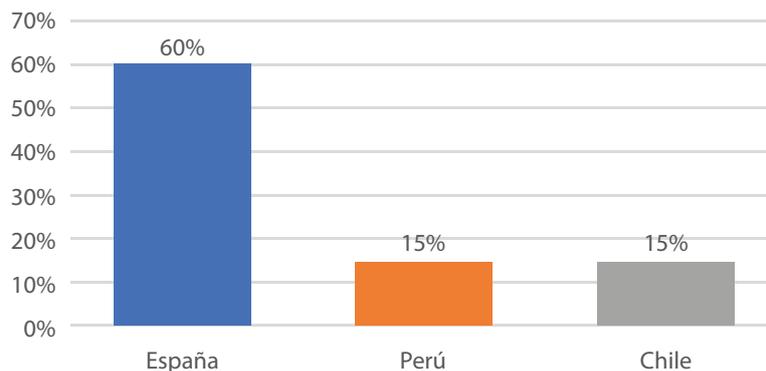
Conclusiones: La enfermedad crítica por COVID -19 tiene una alta mortalidad, la cual disminuyó conforme fue avanzando la pandemia. La edad, comorbilidades y complicaciones infecciosas son factores que incrementan la mortalidad de estos pacientes.

Palabras clave: Insuficiencia respiratoria; neumonía; COVID-19

Tabla 1. Puntos relevantes de los resúmenes de los trabajos en COVID 19.

Estudio	Conclusiones	País
IRA por COVID 19: cuando parar?	Clínico – orgánico; score Charlson	España
Edad y comorbilidad en sobrevida IRA por COVID 19	Mortalidad en > 60 años, Con comorbilidades	España
ECMO – ARDS por COVID 19	Mortalidad 44%	Chile
IRA por COVID 19, en altura	Mortalidad 1 ^o ola: 46.3%, Mortalidad 2 ^o ola 18 %	Perú
Lecciones por COVID 19	Mortalidad 31%, reduce progresivamente	España

Figura 1. Porcentaje de resúmenes de trabajos por COVID 19, según país participante.





MECÁNICA VENTILATORIA / VILI / OTROS:

01. LA GRAVEDAD DEL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA INTERFIERE CON EL VALOR CLÍNICO DE LA POTENCIA MECÁNICA (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Pistillo N¹, Castelluccio P¹, Suzuki I¹

¹Hospital de Alta Complejidad en Red, El Cruce Néstor C. Kirchner, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar cuánto influye la gravedad del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) sobre el riesgo de injuria relacionada a la ventilación mecánica (VILI), en pacientes ventilados bajo similar carga del sistema respiratorio.

Materiales y Método: Se evaluaron prospectivamente y de manera consecutiva pacientes con SDRA. Se excluyeron: pacientes con EPOC, pacientes inestables, obesos mórbidos, moribundos y embarazadas. Los pacientes fueron ventilados transitoriamente en modo volumen control (VCV), con volumen tidal (V_t) (6 mL/kg peso predicho), presión Plateau (30 cmH₂O) y frecuencia respiratoria (15 ciclos/min). La PEEP se ajustó para obtener la Presión Plateau objetivo. Se midieron variables de mecánica ventilatoria incluyendo presiones transpulmonares. Simultáneamente se realizó una tomografía espiral multicorte (TEM) de tórax en inspiración y espiración. Se analizaron densidades y volúmenes pulmonares con un software específico. Se calculó la potencia mecánica del sistema respiratorio (PM_{SR}) según la siguiente ecuación: (PM Normalizada = $PM_L/EELV$). También se calculó la potencia mecánica transferida al pulmón (PM_L) sustituyendo presiones sistémicas por equivalentes transpulmonares. La PM_L se normaliza el volumen del pulmón ventilable. Se definió *strain* a la proporción entre V_t y el EELV, aceptando que el volumen PEEP transfiere carga a los alvéolos (energía potencial). Consideramos ateletrauma a la diferencia de pulmón no aireado entre ambos tiempos ventilatorios.

Resultados: Se estudiaron 18 pacientes (Femenino: 5), edad: 34 (29-47 años), APACHE II: 20.5 (19-22 puntos), índice P/F: 158 (124-202), C_{SR} : 24 (21-27 mL/cmH₂O), V_t : 385 (350-420 mL), PEEP: 14 (12-16 cmH₂O), ΔP : 16 (14-18 cmH₂O), mortalidad: 28%. Aunque la PM_{SR} fue similar entre los pacientes 23.75 (23.3 – 24.5 J/min/L), la carga aplicada sobre el pulmón útil aumentó proporcionalmente con la disminución de la PaO₂/FiO₂ (r: 0.82, R²: 0.67, p: 0.00003), de manera tal que los pacientes con SDRA severo recibieron casi el triple de potencia que aquellos con compromiso leve. Este aumento relativo de la carga por “unidad alveolar”, se relacionó con niveles más altos de *stress* (r: 0.9, R²: 0.84, p: 0.00004), *strain* (r: 0.9, R²: 0.9, p < 0.00001) y ateletrauma (r: 0.8, R²: 0.7, p: 0.00002).

Conclusión: Similar PM_{SR} puede tener consecuencias diferentes a nivel pulmonar dependiendo de la gravedad del SDRA.

Palabras claves: SDRA, VILI y Potencia Mecánica.

02. LA PRESENCIA DE LESIÓN PULMONAR INDUCIDA POR EL VENTILADOR (VILI) VORTEX ESTUVO ASOCIADA CON ALTA MORTALIDAD POR HIPOXEMIA REFRACTARIA (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Pistillo N¹, Castelluccio P¹, Palermo E¹, Ciano R¹, Amundarain E¹, Laje S¹

¹Hospital de Alta Complejidad en Red, El Cruce Néstor C. Kirchner, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Se ha descrito el concepto de VILI vortex como el mecanismo de injuria pulmonar de carácter redundante y progresivo que resulta de la relación entre la carga mecánica aplicada y el *baby lung* que disminuye su capacidad de tolerancia o tamaño a medida que progresa el SDRA.

Objetivo: Evaluar la incidencia de VILI vortex en pacientes con SARS-CoV-2 y su relación con la evolución de los pacientes.

Materiales y métodos: Ingresaron pacientes con SARS-CoV-2, se excluyeron embarazadas, EPOC y pacientes terminales. Se utilizó una estrategia de ventilación mecánica protectora convencional de bajo volumen tidal (6 ml/kg de peso predicho) y limitada presión plateau (PPlat: < 30 cm H₂O). La PEEP se ajustó según C_{SR}. Se registraron las variables mecánicas pulmonares y de oxigenación durante 14 días consecutivos. Se definió VILI vortex al aumento sostenido por 3 o más días de driving pressure ($\Delta P \geq 14$ cmH₂O), a pesar del uso de ventilación ultra protectora (4 a 5 ml/kg/PBW). Se utilizó ΔP para definir VILI vortex por ser la mejor variable que relaciona el volumen tidal con el tamaño del pulmón ventilable ($\Delta P = Vt/C_{SR}$).

Resultados: Ingresaron 65 pacientes, edad: 60 ± 8 años, APACHE II: 20 ± 10, SOFA: 6 ± 2, PaO₂/FiO₂: 152 ± 45, tiempo de estadía 33 días (24 a 52). El 40% de los pacientes necesitó diálisis y el 6,1% presentó complicaciones cardiovasculares. La neumonía asociada a ventilación mecánica fue un evento común en estos pacientes (40%). La mortalidad global fue elevada (40%). El VILI vortex fue un evento frecuente a partir del séptimo día de ventilación mecánica invasiva (23%). Casi todos ellos progresaron con hipoxemia refractaria (PaO₂/FiO₂ < 100) y muerte (14/15 pacientes), por el contrario, la muerte por insuficiencia respiratoria severa fue excepcional en los pacientes sin VILI vortex (1/40 pacientes, p < 0.0001). La presencia de VILI vortex predijo mortalidad por hipoxia refractaria con una sensibilidad del: 86,7% y especificidad del: 96%, AUC: 0,97).

Conclusión: Niveles persistentemente elevados de *driving pressure* se asociaron con alta mortalidad por insuficiencia respiratoria en pacientes con SARS-CoV-2, a pesar de haber sido ventilados con una estrategia ultra protectora.

Palabras claves: SDRA, VILI vortex, VILI, driving pressure.

03. DIFERENCIAS MORFOLÓGICAS ENTRE LESIÓN PULMONAR AUTOINFLIGIDA POR EL PACIENTE Y LESIÓN PULMONAR INDUCIDA POR VENTILADOR (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Díaz F^{1,4}, Cruces P^{1,2}, Erranz B³, González C¹

¹Facultad de Ciencias de la Vida, Universidad Andrés Bello., Santiago, Chile, ²Unidad de Paciente Crítico Pediátrico, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada., Santiago, Chile, ³Institute for Biological and Medical Engineering, Pontificia Universidad Católica de Chile., Santiago, Chile, ⁴Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile



Objetivo: Se ha propuesto que la lesión pulmonar inducida por el ventilador (VILI) y la lesión pulmonar autoinfligida por el paciente (P-SILI) son causadas por fenómenos biomecánicos similares, aunque se desconocen las características morfológicas específicas del daño pulmonar distintivas entre estas entidades. Nuestro objetivo fue comparar las características histopatológicas de VILI, P-SILI y ventilación mecánica (VM) protectora en un modelo experimental de injuria pulmonar aguda.

Material y Métodos: Se indujo lesión pulmonar mediante depleción de surfactante en ratas, seguido de 3 horas de respiración espontánea (grupo P-SILI) o estrategia de VM de volumen tidal alto (V_t 12 ml/kg, grupo VILI) o bajo (V_t 6 ml/kg, grupo VM protectora), respectivamente. Se utilizó un sistema de puntuación histológica pulmonar multiparamétrica (0-15 puntos) para describir el daño pulmonar, específicamente daño epitelial de las vías respiratorias y alveolar, daño vascular, respuesta inflamatoria y respuesta fibroproliferativa temprana.

Resultados: al final de los experimentos, las puntuaciones de daño pulmonar entre los grupos estaban sorprendentemente escalonadas, siendo las más altas en VILI ($10 \pm 0,7$), seguidas por P-SILI ($5,2 \pm 0,7$) y VM protectora ($2,8 \pm 0,7$), $p < 0,05$ para todas las comparaciones. El grupo VILI tenía daño epitelial y vascular pronunciado, inflamación grave y signos de respuesta fibroproliferativa temprana. El grupo P-SILI tenía una lesión homogénea en todo el pulmón, caracterizada por daño vascular extenso e inflamación, y una lesión epitelial desproporcionadamente menor.

Conclusiones: Los pacientes con P – SILI tuvieron daño pulmonar significativamente menor que los que tuvieron VILI, pero con lesión vascular predominante. La dirección de la deformación pulmonar y el vector de estrés, debido a las grandes oscilaciones de presión negativa, podrían ser responsables de este patrón. Estudios futuros en P-SILI debieran centrarse en intervenciones destinadas a atenuar el daño vascular, a través del empleo de asistencia respiratoria no invasiva.

Palabras clave: P - SILI; VILI; ventilación mecánica, histología pulmonar

04. EFICACIA DEL PROTOCOLO DE NEUMONÍA CERO EN LA INCIDENCIA DE NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA CAJAMARCA – PERÚ (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Torrel Villanueva B A

Hospital Regional Docente De Cajamarca, Cajamarca, Perú

Objetivo: Evaluar el efecto de la aplicación de un protocolo de Neumonía cero, en la incidencia de neumonía intrahospitalaria de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

Material y Método: La presente investigación de diseño cuasi-experimental de tipo control histórico, el estudio se inicia con la observación de la incidencia de neumonía intrahospitalaria entre enero a julio del 2018, en los que se reportó una incidencia de 11% de neumonía intrahospitalaria con respecto al total de casos que ingresaron a la Unidad. El experimento consistió en la aplicación de un Protocolo que contiene cuatro componentes principales: la asepsia del personal de salud, asepsia de la cavidad oral del paciente con clorhexidina al 0.2%, suspensión precoz de sedación,



fisioterapia respiratoria del paciente. Aplicando el protocolo a todos los pacientes que fueron ingresando a la Unidad de Cuidados Intermedios entre febrero a julio del 2019, se monitoreó su evolución y se calculó el score CPIS en los pacientes con sospecha de neumonía intrahospitalaria. **Resultados:** Con la ejecución de las intervenciones consideradas en cada componente del protocolo se obtuvo una incidencia de 0% de neumonía intrahospitalaria (p value = 0,011) con una confiabilidad al 95%.

Conclusión: Con la aplicación del protocolo de Neumonía Cero se logró reducir en 11% en la incidencia de neumonía intrahospitalaria, con un p: 0.011, con una confiabilidad 95%

Palabras clave: Protocolo de neumonía cero, incidencia, neumonía intrahospitalaria.

05. TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA GUIADA POR ECOGRAFÍA. EXPERIENCIA EN UCI DE UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD, CHILE – 2019

Marín R¹, Vallejos S¹

¹Clínica Indisa, Santiago, Chile

Introducción: El hospital de estudio es de mediana complejidad con 6 camas UCI, ingresaron 260 pacientes/año con APACHE II promedio 23. Promedio día/cama 10,7 y 8,8 días de Ventilación Mecánica (VM). La traqueotomía percutánea (TP) es un procedimiento ampliamente descrito. El uso del ecógrafo en la evaluación de vía aérea (VA) y para guiar procedimientos tiene evidencia sólida, tiene bajo costo y sin riesgo para el paciente.

Objetivos: describir la experiencia de las TP guiadas por ecografía en la UCI de un hospital de mediana complejidad, las indicaciones, complicaciones asociadas hasta los 28 días después del procedimiento.

Metodología: Estudio prospectivo, descriptivo, analítico. Se revisaron fichas clínicas para las variables demográficas, las indicaciones y complicaciones de las TP guiadas por ecografía realizadas entre ene/2016 y ene/2019, se trabajó con toda la muestra. Todos tenían consentimiento informado firmado.

Resultados: 26 pacientes, 69,3% varones (n=18) 30,7% mujeres (n=8) media de edad: 51,9 años (DS 15,90;23-78). Las indicaciones fueron: patología neurológica 61,54% (n=16) y respiratorias 38,46% (n=10). 14 pacientes (53,8%) se destetaron y decanularon antes del alta; 4 (15,38%) fueron dados de alta con VM domiciliaria. Tuvimos 4 complicaciones 1 durante el procedimiento (estenosis traqueal) 3 posteriores: hemorragias y desplazamiento de la traqueotomía en un paciente esquizofrénico. El tiempo promedio de VM fue 25,5 días, con una media posterior a la TP de 10,1 días. El tiempo del procedimiento fue de 19,7 min (13-25). No hubo fallecidos.

Conclusiones: Es un procedimiento seguro, minimiza los riesgos de daños de sitios anatómicos aledaños. Al realizarse al pie de cama del paciente reduce los costos por uso de quirófano. Los cuidados de enfermería redujeron las complicaciones a mediano plazo. Es un procedimiento que puede ser realizado en las UCI con seguridad.

Palabra Clave: traqueotomía, traqueotomía percutánea, ecografía, vía aérea.



OBSERVACIÓN DE RETIRO DEL TUBO



PUNCIÓN GUIADA POR ECO



PASO DE LA GUÍA



DILATACIÓN



DILATACIÓN BLANDA



PASO DEL TRAQUEOSTOMO





06. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA: AUTO EXTUBACIÓN EN CUIDADO INTENSIVO, UN MODELO GEE.

Laverde-Sabogal C¹

¹Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Introducción: Hasta el día de hoy, la insuficiencia respiratoria aguda continúa siendo una de las tres principales causas de ingreso a la unidad de cuidado intensivo (UCI). La auto extubación es uno de los principales desenlaces adversos, alrededor del 50% de estas requiere re-intubación.

Objetivo: Evaluar los determinantes de la auto extubación en la UCI.

Material y métodos: Estudio de una cohorte retrospectiva realizada entre los años 2017-2020 incluyendo todos los pacientes adultos ingresados a UCI con ventilación mecánica invasiva. Un análisis univariado y bivariado fue llevado a cabo. Adicionalmente, un modelo de ecuación de análisis de estimación generalizada (GEE) encontró el riesgo de autoextubación y mortalidad. Se cuenta con la autorización del comité ética institucional.

Resultados: Se recolectaron 975 registros correspondientes a 857 pacientes, el promedio de edad fue 60.5 +/- 17 años. En su mayoría hombres (55.2%). Con el modelo GEE encontramos un riesgo de 8.99 veces (CI 95% 3.83-21.1 p<0.01) de autoextubación en los pacientes con agitación. También encontramos que la exposición a infusiones de relajantes musculares incrementa el riesgo de autoextubación 3.37 veces (IC 95% 1.31-8.68 p=0.01). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre inmovilización y autoextubación (OR 1.38 95%CI 0.76-2.51 p=0.29). Se descubrió que estar alerta en lugar de estar sedado reduce el riesgo de mortalidad (OR = 0.57; IC 95% 0.38 - 0.83 p<0.01).

Conclusiones: Los principales determinantes de la autoextubación fueron agitación, delirium y exposición a infusión de relajantes musculares. Un óptimo manejo de la sedación, y dolor son de particular importancia en los pacientes expuestos a relajación muscular probablemente por la dificultad para la evaluación. En oposición a la literatura mundial, la restricción física no está asociada al desenlace principal. El delirium presenta una asociación con un menor tiempo de



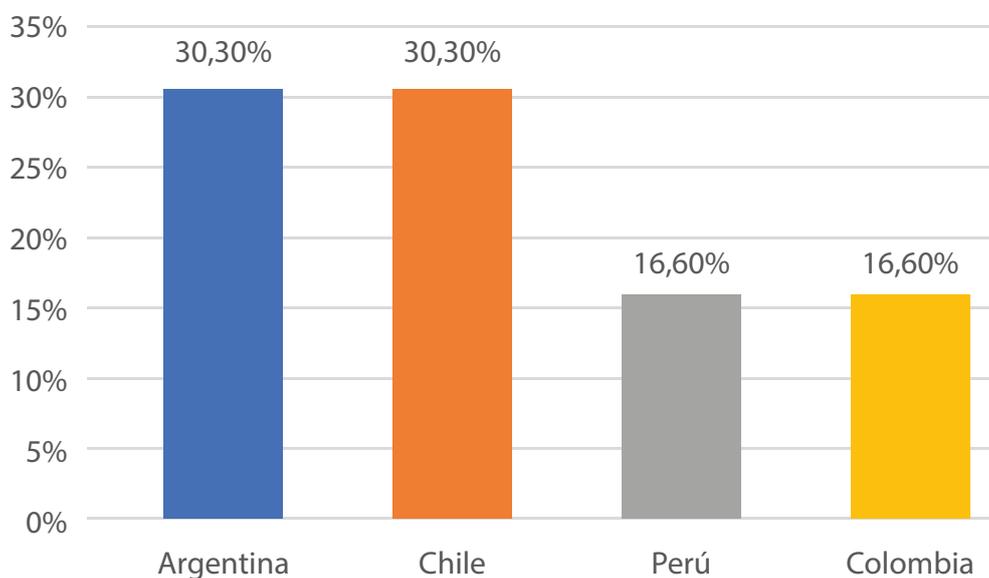
realizar la traqueotomía y una mayor mortalidad. Una sedación ligera, de acuerdo a un puntaje RASS entre (0 a -2) en lugar de RASS -3 es protectora de la mortalidad.

Palabras claves: extubación; respiración artificial; Colombia; cuidado crítico; física; restricción.

Tabla 2. Puntos relevantes de los resúmenes de los trabajos de mecanica ventilatoria, VILI y otros.

Estudio	Conclusiones	País
SDRA – Potencia mecánica	SDRA severo mayor potencia (mayor stress y strain)	Argentina
VILI/VORTEX mayor mortalidad	Pacientes en VMI, con > driving pressure, > mortalidad	Argentina
P-SILI vs VILI	P-SILI menor daño pulmonar que VILI, pero mayor afección vascular	Chile
Protocolo NIH cero	Reducción 11% NIH	Perú (Cajamarca)
TQ percutánea con ecografía, experiencia	Procedimiento seguro, ECO guiado	Chile
Auto extubación / protocolo GEE	Agitación, delirium, exposición de BNM	Colombia

Figura 2. Porcentaje de resúmenes de trabajos de mecanica ventilatoria, VILI y otros por país participante.



Capítulo

02

OBSTETRICIA CRÍTICA



01. ANÁLISIS DE EMBARAZO E INFECCIÓN POR COVID-19 EN EL SERVICIO UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS DE CLÍNICA INDISA DURANTE LA SEGUNDA OLA DE PANDEMIA AÑO 2021 (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Maurera E, Canitrot M, Parada F, Ugarte S.

Clínica Indisa, Hannover 5750, Reina, Chile

Resumen: Es por esto que al momento de que la OMS denominara al COVID 19 en pandemia el 12 de marzo del 2020, se debió tener en cuenta a la población gestante como riesgo a desarrollar complicaciones producto de la infección del SARS - CoV2. Lo que produjo que la FIGO (Federación Internacional de Gineco-Obstetricia) recomendará la suspensión del control prenatal rutinario.

Objetivo: Análisis de embarazo e infección por COVID-19 en Unidad de pacientes críticos (UPC) de clínica Indisa.

Método: Trabajo retrospectivo y descriptivo de fichas clínicas desde el 1 de abril hasta el 31 de agosto del 2020, donde se revisaron 29 historias clínicas de un sistema electrónico llamado RCE, donde se seleccionaron pacientes embarazadas con COVID-19 en el servicio de UPC y Hospitalización en sala de MQ.

Resultados: Recolección de datos desde 1 de abril hasta el 31 de agosto del año 2021, con un total de 5 meses, lográndose una muestra de 29 pacientes. En promedio las gestantes fueron hospitalizadas a las 28 semanas \pm 6 semanas con un mínimo de 12 semanas y un máximo de 38 semanas. En promedio tuvieron 18,68 días hospitalizadas con una desviación estándar (DS) de \pm 19. 1. La estancia promedio de la UCI fueron 18 días \pm 20 días siendo el mínimo de 3 días y un máximo de 78 días. 62% de las gestantes fueron ingresadas de forma inmediata a una unidad de cuidados intensivos. De las 29 pacientes el 31.0% (N=9) requirió intubación oro traqueal con un promedio de 17 de intubación \pm 10 días con un mínimo de 3 días y un máximo de 34 días. Considerar además que de estas 9 pacientes, en 5 pacientes fue necesario la posición prona para el manejo, con un promedio de 2 ± 1 ciclo, con un mínimo de 1 ciclo y máximo de 4 ciclos de prono, considerar que el ciclo de prono pactado por los profesionales fue de 48 horas y un



máximo de 72 horas. Desde el punto de vista de las traqueotomías realizadas de las 9 pacientes sometidas a IOT, el 55.5% (N=5) requirieron TQT todas por ventilación mecánica prolongada, por lo que el 17% del total de pacientes de la muestra requirió la realización de TQT. El 20.6% (N=6) requirió uso de drogas vasoactivas. El 48.2% (N=14) fue necesaria la maduración pulmonar con corticoides en donde el 64.3% fueron con betametasona IM y 25.7% con dexametasona IM. En el 34.4% (N=10) fue necesaria la cesárea. Un 27.6%(N=8) tuvo parto prematuro. Respecto a las complicaciones un 25%(N=9) de las pacientes sufrió de insuficiencia respiratoria aguda, 22.9% (N=9) sufrió de sobreinfección bacteriana, 11.4% trastorno deglutorio severo, 11.4% de polineuropatía del paciente crítico, 5.7% TEP y 5.7% transaminasitis.

Conclusiones: Los factores de riesgo de la población general son de igual forma tomados en cuentas como factores de riesgo en el Embarazo, como Diabetes mellitus, Obesidad, HTA, existe el mismo riesgo de infección que la población general sin embargo requiere de mayor manejo multidisciplinario que incluya Matrona, Obstetra, Perinatologo y equipo de UPC, ya que no solo se trata de tratar con éxito la Infección por COVID-19 si no de preservar el cuidado del Feto o Recién nacido, haciendo seguimiento de monitoreo fetal y de la resistencia de las arterias uterinas, lo que deja abierto el campo para investigaciones futuras.

Palabras clave: COVID-19, UCI, Embarazo, Obstetricia

02. MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL 2018 – 2022 (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Saraguro Orozco A

Hospital General Latacunga, Latacunga, Ecuador

Objetivo: Analizar el perfil epidemiológico de los casos de morbilidad materna extrema atendidos en la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital de Segundo Nivel de Ecuador.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal de las pacientes atendidas desde el 1 de octubre del 2018 al 31 de julio del 2022, en un Servicio de Terapia Intensiva de un Hospital de Segundo nivel que presentaron complicaciones maternas durante el embarazo, parto o puerperio.

Resultados: Durante el período mencionado se produjeron 10495 nacimientos, doscientos cincuenta y dos casos de mujeres con enfermedades potencialmente fatales y quince muertes maternas fueron identificadas, con una razón de complicaciones maternas agudas graves de 24 por cada 1000 nacidos vivos. La razón de morbilidad materna severa fue de 16.8. La edad promedio se encontraba en 26 años \pm 7.83. La OMS clasifica los criterios para determinar la gravedad en clínico, laboratorio y terapéuticos. Los criterios clínicos que se presentaron con mayor frecuencia entre las pacientes fueron: choque (n: 121; 48.02%), crisis convulsivas (n: 21; 8.33%), oliguria (n: 16; 6.35%) y alteración de la coagulación (n: 11; 4.37%). Dentro de los criterios de laboratorio fueron plaquetopenia (n: 34; 13.49%) e hiperlactacidemia (n: 30; 11.9%) y dentro del manejo además del ingreso a UCI, se encontró administración de más de 3 volúmenes de hemoderivados (n: 90; 35.7%), vasoactivos (n:50; 19.84%) e intubación (n:38; 15.08%), solamente una paciente requirió diálisis.

Conclusión: Al analizar el perfil epidemiológico de los casos de morbilidad materna grave en el servicio de terapia intensiva permite mejorar la capacitación del personal y la calidad del manejo de la paciente obstétrica crítica.

Palabras clave: near miss, complicaciones maternas, obstetricia crítica



03. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ROTURA HEPÁTICA EN EL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL 2005 A 2022 (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Meza Salcedo R^{1, 2}

Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú¹, Clínica Internacional, Lima, Perú²

Objetivo: Describir las características clínicas y analíticas de la rotura hepática del embarazo (RHE) en pacientes con pre-eclampsia severa (PES) hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP).

Material y método: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes adultas con diagnósticos de PES y RHE, que fueron hospitalizadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Materna (UCIM) del INMP entre los años 2005 y 2022; se excluyeron a las pacientes con RHE de otras causas. Para el análisis estadístico se emplearon medidas de frecuencia (media y mediana); para variables categóricas se utilizaron la proporción y el porcentaje.

Resultados: 98,2% de casos (54/55) de RHE se presentó en PES; la estancia hospitalaria promedio fue de 26 días (24 en UCIM); la edad promedio fue 31 años (Rango: 18–48). Se presentaron 62% de casos en múltiparas, 50% en puérperas y 38,6% en gestantes pre término. Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron: dolor abdominal (53,7%) –localizaciones frecuentes: epigastrio (40,9%) e hipocondrio derecho (27,3%), taquicardia materna (48,8%), hipertensión arterial (43,9%) e hipotensión arterial (41,5%). La letalidad fue de 23,4%; con una tendencia al descenso según períodos: 2005–2010: 40%; 2011–2015: 23%; 2016–2022: 10,5%. Los hallazgos analíticos más relevantes, antes y después de la RHE, con sus respectivos promedios, fueron: Hemoglobina (g/dL): 7,9 y 9,24. Recuento de plaquetas/ μ L: 87,121 y 102,580. Creatinina (mg/dL): 1,24 y 1,54. TGO (UI/L): 812,5 y 1620,7. TGP (UI/L): 700,7 y 1246. Para un subgrupo de 26 pacientes, las necesidades de soporte intensivo fueron (casos – porcentaje – días promedio): ventilación mecánica (25 - 96% - 12,3), hemodiálisis (9 – 34,6% - 8,3), abdomen abierto (22 – 84,6% - 7). Se requirió hemotransfusión en 25/26 casos (96%), con un promedio de 52,4 unidades transfundidas (Rango 3–241).

Conclusiones: Se presentaron 55 casos de RHE durante el período de estudio; la mayoría en relación a PES; la letalidad viene descendiendo. La mayoría de las pacientes requirió hemoderivados, ventilación mecánica y abdomen abierto.

Palabras clave: Rotura hepática del embarazo, pre eclampsia severa, soporte intensivo

04. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LOS INTENSIVISTAS COLOMBIANOS SOBRE EL CUIDADO INTENSIVO OBSTÉTRICO (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Olaya Garay S^{1,2}, Correa L², España A², Velásquez P², Molano D²



¹Universidad de Manizales, Pereira, Colombia, ²COINT grupo de investigación, Pereira, Colombia

Objetivo: Identificar cual es la percepción del cuidado intensivo obstétrico de los especialistas en cuidado intensivo en Colombia

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta en Google Drive y se invitó a diferentes especialistas en medicina crítica a contestar, respondieron un total de 62 Intensivistas.

Resultados: El cuidado intensivo obstétrico es una especialidad nueva que se especializa en el cuidado de las pacientes obstétricas con complicaciones, se han desarrollado en el país diferentes unidades de cuidado intensivo obstétrico manejadas por Ginecólogos Intensivistas, Intensivistas Generales; en la encuesta se encontró que la respondieron un total de 62 especialistas con un promedio de edad de 41 años. Se realizó en 19 ciudades de Colombia con un número mayor en Bogotá, seguido de Manizales. Se encontró que 57 % de los encuestados tenía una percepción de que la mortalidad materna en nuestro país está por debajo de los 25 x 100.000 NV, un 22% plantea que un 50 x 100.000 NV, y solo el 12% acertó en la tasa de mortalidad materna actual, lo cual muestra un gran desconocimiento del problema de mortalidad materna de nuestro país. El 100% de los encuestados trabajan en unidades polivalentes, el 58% de los encuestados conocen una unidad de cuidado intensivo obstétrico en el país, el resto no conoce ninguna unidad dedicada al cuidado intensivo obstétrico, en el 54% no realizan educación médica continuada sobre temas de ginecología y obstetricia, en el 25% de las unidades donde trabajan pueden realizar cesáreas, y solo en un 14 % tienen un protocolo de alojamiento conjunto con el recién nacido.

Conclusión: Existe un gran desconocimiento sobre la importancia del cuidado intensivo obstétrico por los intensivistas que respondieron la encuesta sobre la percepción, sólo un porcentaje muy bajo tienen protocolo de alojamiento conjunto.

Palabras claves: cuidado intensivo obstétrico, obstetricia crítica.

05. PLASMAFÉRESIS Y HEMODIÁLISIS EN PACIENTE CON DISFUNCIÓN ORGÁNICA SECUNDARIA A HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO

Viera Molina F¹

¹Clínica Magdalena, Bogotá, Colombia

Objetivo: Detectar de manera temprana el hígado graso agudo del embarazo y resaltar la plasmaféresis como una terapia que disminuye el riesgo de morbilidad y mortalidad en estas pacientes.

Materiales y Métodos: Se describe un caso propio manejado en la institución de una paciente con hígado graso agudo del embarazo y se hace una revisión de la literatura sobre el tratamiento con plasmaféresis de esta patología.

Resultados: Se trata de una paciente de 26 años de edad, con 39 semanas de gestación, consulta por dolor pélvico asociado a sangrado vaginal, se identificó estado fetal insatisfactorio, razón por la que se traslada a cesárea de urgencia. Se reciben los laboratorios iniciales descritos en las tablas, las glucometrías permanecieron por encima de 72 mg/dl durante la hospitalización.

**Tabla 3.** Hallazgos de Laboratorio.

Postparto	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 7	Día 10
Posterior a			PMF 1	PMF 2	HD 1	HD 2	PMF 5
Blancos/mm ³	16,7	15,4	20,9	15,3	18,8	13,22	13,11
Plaquetas/mm ³	182	182	203	185	147	124	274
INR	1,57	1,95	1,76	1,34	1,03	0,9	0,95
PTT s	41,6	55,3	190	28,2		22,7	26,1
Fibrinógeno mg/dl		85,9	108,7	169,6	248,1		198
Dímero D mg/L		6349	4706		1398		
B Total mg/dl	4,1	3,74	4,1	4,09	3,85	2,17	1,17
B Directa mg/dl	4	3,74	4	3,89	3,32	2,12	1,07
AST UI/L	131	92	54	61	105	104	55
ALT UI/L	142	98	44	28	32	53	50
Nitrógeno ureico mg/dl	35	41	50	66	38	19	12
Creatinina mg/dl	2,67	2,98	2,91	2,63	1,65	1,15	0,77

Seguimiento de laboratorios durante evolución clínica. *PMF Plasmaféresis *HD Hemodiálisis.

Ante este escenario se plantea como primera posibilidad diagnóstica hígado graso agudo del embarazo (HGAE). Se descartan otros diagnósticos diferenciales, se confirma la sospecha diagnóstica según criterios de Swansea (Tabla 2).

Tabla 4. Criterios diagnósticos para hígado graso agudo del embarazo.

Criterios de Swansea	
Dolor abdominal	Leucocitosis >11.000/mm ³
Polidipsia/poliuria	Ascitis o ultrasonido hiperecogénico del hígado
Encefalopatía	ALT>42 U/L
Bilirrubina > 0.8 mg/dl/Hipoglucemia < 72 mg/dl	Creatinina >1.7 o lesión renal aguda
Ácido Úrico >5.7 mg/dl	Amonio > 47 mmol/L
Leucocitosis >11.000/mm ³	PT>14s o coagulopatía
Dímero D mg/L	Esteatosis microvesicular en biopsia

La paciente deteriora estado de conciencia a estupor, de manera conjunta con nefrología se decide inicio de plasmaféresis con plasma y por progresión de la lesión renal aguda se asocia hemodiálisis convencional. Luego de la segunda sesión de plasmaféresis la mejoría clínica fue evidente, sólo requirió dos sesiones de hemodiálisis. Se completaron 5 sesiones de plasmaféresis, logrando una corrección completa del cuadro clínico.

Discusión: El hígado graso agudo es una patología poco común, actualmente la incidencia es de 5 por cada 100,000 gestaciones, con una mortalidad materna del 1.8% y perinatal de 104 por



cada 1,000 nacimientos la disminución de los desenlaces desfavorables se encuentra en relación con el diagnóstico temprano y terapias de soporte hepático artificial. El diagnóstico temprano y la terminación del embarazo son el pilar del tratamiento, aunque se presentan casos en los que a pesar de esto progresan a falla orgánica. En este escenario el manejo con plasmaféresis ha surgido como una oportunidad novedosa de tratamiento. Kumar publicó recientemente un caso en el que a pesar de manejo estándar la paciente progresa a disfunción orgánica múltiple, tratada con recambio plasmático logrando resolución completa del cuadro clínico, Rehabi describió una paciente con falla hepática fulminante la cual resolvió con cinco sesiones de plasmaféresis, Ding en un análisis retrospectivo evidenció disminución de la mortalidad con el manejo combinado de aféresis plasmática más perfusión plasmática comparado con terapia estándar. Yu detalló cinco casos en los que además de la plasmaféresis asoció terapia de reemplazo renal continuo en pacientes con HGAE, con adecuada tolerancia y efectividad, en un estudio similar Chu encontró la combinación como una terapia segura. La serie de casos más extensa hasta el momento fue descrita por Jin, trataron con plasmaféresis 39 casos de HGAE, encontrando una curación del 94.87% incluyendo una recuperación más rápida y completa relacionada con el tiempo de inicio. En el caso descrito se combinó la aféresis plasmática y hemodiálisis convencional iniciada de manera temprana, obteniendo resolución pronta de la enfermedad.

Conclusión: El hígado graso agudo del embarazo es una entidad poco frecuente, que puede desencadenar falla hepática aguda y disfunción orgánica. La finalización del embarazo continúa siendo el tratamiento inicial de elección, sin embargo, el uso de plasmaféresis se debe utilizar en aquellas pacientes que progresan a compromiso multiorgánico a pesar de terapia estándar.

Palabras clave: hígado graso agudo del embarazo; plasmaféresis; hemodiálisis; morbilidad materna extrema; falla hepática aguda.

06. SEGUIMIENTO Y MANEJO DE PACIENTES OBSTÉTRICAS EN UCI Y “MATERNAL NEAR MISS” EN EL INSTITUTO MATERNO PERINATAL DE LIMA (INMP)

Paredes Saravia L¹, Vásquez García G¹, Díaz Seminario A¹, De la Peña Meniz W¹, Pérez Rodríguez M¹

¹Instituto Nacional Materno Perinatal, La Victoria, Perú

Objetivo: Identificar la relación entre la decisión de seguimiento y manejo de pacientes obstétricas en las atenciones médicas de cuidados intensivos y los casos de morbilidad materna extrema, “Maternal Near Miss” INMP, enero a junio del 2022.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal. Población: Atenciones médicas especializadas extramurales de UCI del INMP durante enero a junio 2022 de pacientes obstétricas quienes presentaron alguna complicación aguda motivo de evaluación.

Resultados: De un total de 429 interconsultas atendidas por UCI, se excluyeron los casos no relacionados a la gestación y problemas crónicos o que no significan urgencia. Se incluyeron 347 pacientes de forma extramural en la UCI. La media de edad fue 29.65 años (DS 6.98), entre gestantes (38.90 %) y puérperas (61.10%). De los cuales tras la evaluación médica el 58.21% (202 atenciones) tuvieron seguimiento o manejo por UCI, y el 41.79% (145) quedaron en sus servicios de orígenes para manejo por su médico tratante. Se obtuvo un χ^2 38.35 $p < 0.01$ para



las interconsultas en quienes se pidió pase a UCI y realmente requerían un manejo por cuidados intensivos. La sepsis con presencia de hemorragias periparto se relaciona a mayor seguimiento e ingreso a UCI $p=0.0001$, disfunción hematólogicos $p=0.04$, shock circulatorio $p=0.018$ y asociado a trastornos ácido base $p<0.011$. Los trastornos hipertensivos del embarazo por sí solos no significaron la decisión de seguimiento o ingreso a UCI, sin embargo, en situaciones en las que estuvieron asociados a disfunción hematólogico $p=0.035$, y alteración ácido base $p=0.003$. En todos los casos la presencia de insuficiencia respiratoria significó la necesidad de seguimiento y manejo por UCI. $P<0.001$. [95% - 0.57 a 0.33].

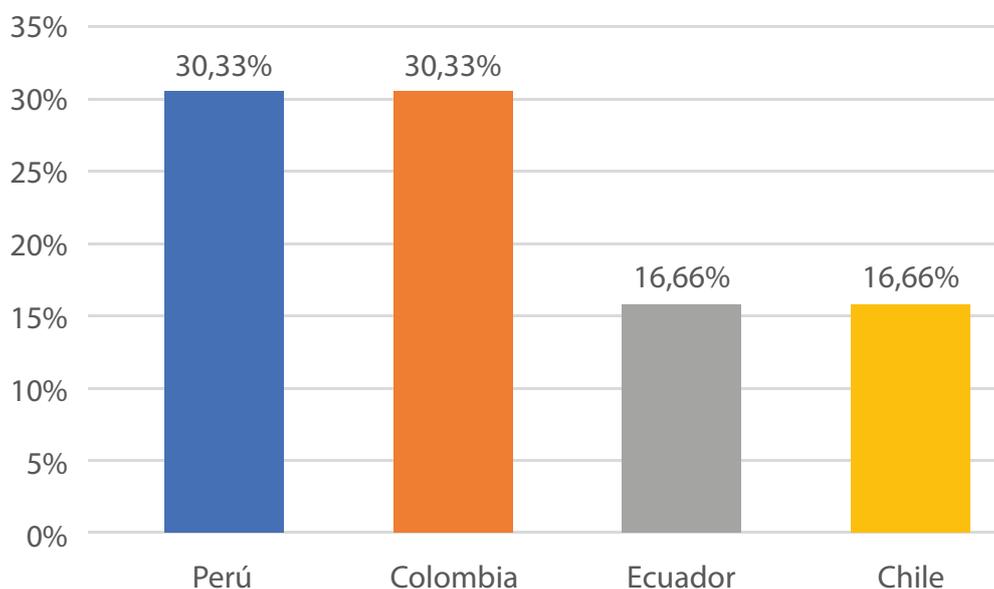
Conclusiones: Las UCIs especializadas y generales deben destinar camas para las pacientes obstétricas según el “Maternal Near Miss”. Se requieren más estudios para determinar los grados de severidad de morbilidad materna y la necesidad de ingreso a UCI.

Palabras clave: Morbilidad, disfunción orgánica.

Tabla 5. Puntos relevantes de los resúmenes de los trabajos de Obstetricia critica por país.

Estudio	Conclusiones	País
Embarazo y COVID 19	62% ingreso a UCI, 29% traqueotomía	Chile
Morbilidad materna extrema	Choque 48%, plaquetopenia 13%, hiperlactacidemia 11%	Ecuador
Rotura hepática por pre – eclampsia	Hemoderivados, ventilación mecánica; mortalidad: 23.4%	Perú
Percepción intensivistas Colombianos – UCI obstétrica	12% conocía la tasa de mortalidad materna	Colombia
Plasmaféresis – HD, hígado graso del embarazo	Reporte de caso	Colombia
Seguimiento de pacientes obstétricas en UCI	58% tuvieron seguimiento por UCI.	Perú

Figura 3. Porcentaje de resúmenes de Obstetricia critica por país.



Capítulo

03

INFECTOLOGIA CRÍTICA



01. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD EN SEPSIS SEGÚN LOS DIFERENTES FRACASOS DE ÓRGANOS DURANTE 15 AÑOS (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Lorencio Cárdenas C¹, Yébenes JC², Vela Vallespin E³, Clèries Escayola M³, Sirvent J¹, Fuster Bertolín C¹, Reina C², Rodríguez A⁴, Ruiz-Rodríguez JC⁵, Trenado J⁶, Esteban Torné E⁷

¹Hospital Universitario Dr Josep Trueta, Girona, Spain, ²Hospital de Mataró, Mataró, Spain, ³División de Análisis de la Demanda y de la Actividad, Sevei Català de la Salut, Barcelona, Spain, ⁴Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona, Tarragona, Spain, ⁵Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, Barcelona, Spain, ⁶Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa, Spain, ⁷Hospital Universitario Sant Joan de Déu de Barcelona, Barcelona, Spain

Objetivo: La incidencia de la sepsis es muy elevada y es responsable de hasta el 6% del total de ingresos hospitalarios. Se han incluido cambios importantes en el manejo de los pacientes sépticos y nuestro objetivo es analizar cómo los cambios en el manejo del fracaso orgánico asociado a sepsis han contribuido a la mortalidad.

Material y método: Análisis retrospectivo a partir de los registros de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos de Hospitales de Agudos (CMBD-HA) del Sistema Catalán de Salud. El CMBD-HA es un registro poblacional obligatorio de ingresos en todos los hospitales de agudos de Cataluña. La sepsis se definió por la presencia de infección y al menos una disfunción orgánica. Se utilizaron los sistemas de codificación CIE-9 y CIE-10 para la identificación de casos (codificación de proceso infeccioso + disfunción orgánica).

Resultados: De 11.394.963 altas hospitalarias durante el período de estudio (2005-2019), 293.799 tuvieron sepsis (2,6%). La incidencia media anual fue de 245, 5/100.000 habitantes/año. El fracaso multiorgánico estuvo presente en el 20,3%. La insuficiencia orgánica más frecuente fue la renal (55,9%) y la cardiovascular (23,9%). La mortalidad hospitalaria media fue del 20,9%, pero disminuyó de forma continua del 25,7% en 2005 hasta el 17,9% en 2019 ($p < 0,0001$). La reducción más importante de la mortalidad se observó en los casos con insuficiencia cardiovascular (del 47,3% en 2005 al 31,2% en 2019) ($p < 0,0001$). Del mismo modo, la mortalidad media relacionada con la insuficiencia respiratoria y renal en la sepsis se redujo en los últimos años ($p < 0,0001$). El



fracaso hepático fue el menos frecuente en la sepsis, pero la mortalidad fue elevada (56,2%) y constante durante el estudio.

Conclusiones: La incidencia de sepsis ha aumentado en los últimos años en nuestro país. Sin embargo, la mortalidad hospitalaria se ha reducido significativamente. En pacientes sépticos, todos los fracasos orgánicos excepto el hepático han mostrado una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad asociada, siendo el fallo cardiovascular el más relevante.

Palabras clave: Sepsis, epidemiología de la sepsis, fracaso orgánico, pronóstico de la sepsis.

02. PERCEPCIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE SEPSIS EN LOS POBLADORES DE LIMA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

Fernández Merjildo D¹, Sánchez Velasco D¹

¹Hospital Cayetano Heredia, Miraflores, Lima, Perú

Objetivo: Determinar la frecuencia de conocimiento y describir la percepción sobre sepsis durante la pandemia por la COVID-19 en pobladores de Lima, Perú.

Material y método: Estudio descriptivo de tipo transversal utilizando encuestas electrónicas aplicado a pobladores de Lima, Perú. Se incluyó a personas mayores de 18 años residentes en Lima entre diciembre de 2020 y abril de 2021. Se excluyó a personas relacionadas al área de salud.

Resultados: Se realizaron 259 encuestas de 11 preguntas. La edad promedio de los encuestados fue 38 ± 15 años y 63% fueron mujeres. Con relación al conocimiento sobre sepsis, el 66% de los encuestados respondió que sí había escuchado alguna vez la palabra sepsis; de éstos, 78% residió en Lima centro, 48% en Lima este, 38% en Lima norte y 31% en Lima sur. Sobre la percepción, 63% tuvo la percepción de que la sepsis es una infección potencialmente mortal, 12% no sabía y 11% la percibió como una reacción alérgica severa. Ante la pregunta de si la sepsis puede ocasionar la muerte, el 69% respondió que sí, mientras que 30% no sabía; así mismo, ante la pregunta de si la COVID-19 puede desencadenar sepsis, el 53% no sabía mientras que el 38% respondió que sí.

Conclusión: El 66% de los encuestados sí escuchó alguna vez la palabra sepsis; 63% tuvo la percepción de que sepsis es una infección potencialmente mortal, 12% no sabía y 11% la percibió como una reacción alérgica severa; así mismo el 53% no supo que la COVID-19 puede desencadenar sepsis.

Palabras clave: Sepsis, percepción, conocimiento, COVID-19.

03. EVALUACIÓN DE MINIBAL PARA ESTUDIO DE CAPA. (ASPERGILOSIS PULMONAR ASOCIADO A COVID-19)

Jiménez S¹

¹Clínica Indisa, Santiago, Chile

La neumonía viral aumenta la susceptibilidad a los pacientes a sobreinfecciones bacterianas y fúngicas, incluida la aspergilosis pulmonar invasiva (IPA). La aspergilosis pulmonar asociada a



COVID-19 (CAPA) es un factor adicional que contribuye a la mortalidad, que puede alcanzar un 30 %. El empleo de lavado bronco alveolar (LBA) por fibrobroncoscopia (FBC) permiten obtener muestras microbiológicas para cultivos del tracto respiratorio y galactamanano (GM) apoya el diagnóstico microbiológico de pacientes críticos que cursan SDRA sometidos a Ventilación Mecánica (VM) los procedimientos invasivos pueden estar limitados por disponibilidad del FBC o de médico operador por sus potenciales complicaciones. El mini lavado bronco alveolar (mini BAL) es un procedimiento de obtención de muestras del tracto respiratorio inferior, que se realiza en forma ciega, no broncoscópico, que emplea un catéter interno protegido, que se avanza hasta una posición de enclavamiento donde se toma la muestra.

Objetivo: Informe preliminar del rendimiento en el diagnóstico con GM para aspergillus sp. de las muestras obtenidas, en pacientes con Neumonía grave por COVID-19 en VM con criterios sugestivos de CAPA comparando estas muestras tomadas por FBC versus MINIBAL

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, en unidad de cuidados intensivos (UCI) de adultos de la Clínica Indisa en VMI, por Neumonía grave por COVID-19 entre junio 2021 a junio 2022 pacientes con PCR para SARS-CoV-2 positiva, MINIBAL es realizado por el grupo de kinesiología de la UPC. Pacientes sometidos a VMI con neumonía grave por COVID-19 con sospecha de CAPA, Se considera como Índice de Galactomanano positivo en suero > 0.5 Índice de GM de LBA > 1.0 este valor lo extrapolamos a muestra tomada por MINIBAL Grupo: Denominado 1, por medio de FBC LBA, se toma GM para aspergillus más cultivo corriente Número 23 al Grupo Denominado 2 por MINIBAL, LBA se toma GM para aspergillus más cultivo corriente Número: 28

Resultados: De las muestras por FBC positivo para GM con índice sobre 1.0 fueron 7 Resultados; de las muestras MINIBAL positivo para GM con índice sobre 1.0 fueron 8; nos evidencia positividad de un 28 a 30 % de los estudios.

Conclusiones: Entre un 10 a 30% de los pacientes con COVID-19 que requieren manejo con VMI tiene alto riesgo de desarrollar sobre infecciones incluyendo infecciones fúngicas invasivas con un aumento de la mortalidad a un 40 -60% , el GM en suero tiene baja sensibilidad en estos pacientes, el obtenido en LBA mejora su rendimiento el difícil acceso a la toma por FBC podría retrasar su diagnóstico , tener al alcance la toma con MINIBAL es una herramienta válida; observamos un resultado similar en los hallazgo en ambas técnica.

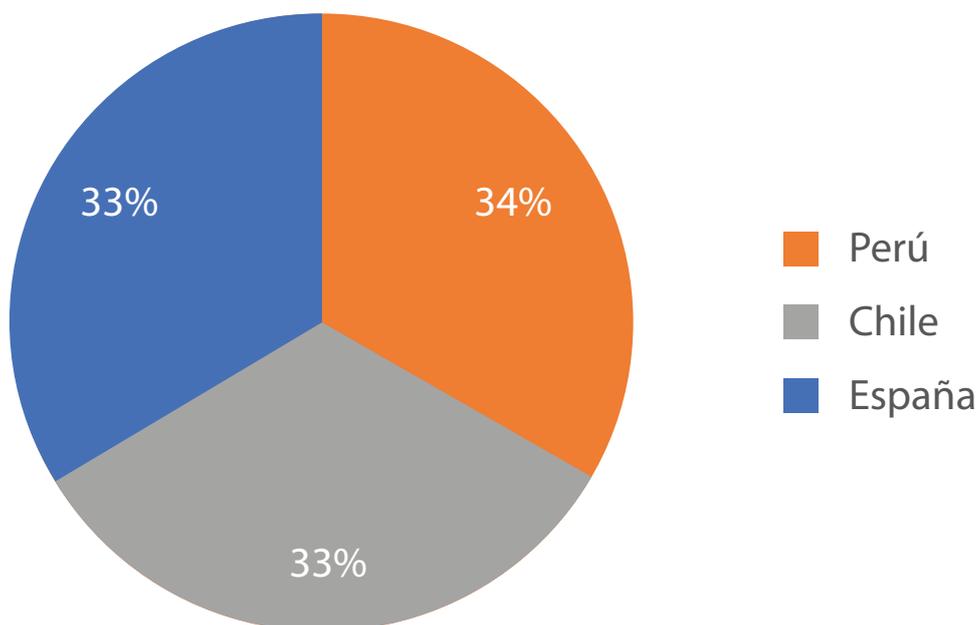
Palabras Claves: CAPA, MINIBAL, BAL, FBC

Tabla 6. Puntos relevantes de los resúmenes de los trabajos de infectología crítica por país.

Estudio	Conclusiones	País
Mortalidad en sepsis por DMO	Mortalidad a reducido	España
Percepción de sepsis por población	63% percibió que sepsis es mortal	Perú
MINIBAL para CAPA (Aspergillus)	10 – 30% pacientes con COVID desarrollan infección fúngica	Chile



Figura 4. Porcentaje de resúmenes de los trabajos de infectología crítica por país.



Capítulo

04

NEUROCRITICO





Capítulo

04

NEUROCRITICO

01. RELEVANCIA CLÍNICA DEL VASOESPASMO CEREBRAL PROLONGADO EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Amundarain ED¹, Casanova M¹, Gallucci N¹, Gomez P¹, Dorfman B¹, Pistillo N¹

¹Servicio de Terapia Intensiva de Adultos del Hospital El Cruce de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires, República Argentina

Introducción: Se desconoce la prevalencia, la gravedad y la importancia en la práctica clínica del vasoespasmo cerebral (VE) luego del 21° día post sangrado (DPS) en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA).

Objetivo: Determinar la prevalencia de VE al 21° DPS. Evaluar la gravedad por doppler transcraneal (DTC) del VE prolongado (VEP) y su impacto clínico.

Materiales y métodos: Se incorporaron pacientes con diagnóstico de HSA antes del 21 DPS con diagnóstico de HSA. Se tomó como día 0, el día del último sangrado o el día de re sangrado. Se monitorizó los pacientes con DTC hasta que desaparezca el VE. Se analizó la gravedad del vasoespasmo basado en dos ejes; su manifestación clínica, clasificando a los pacientes con vasoespasmo sintomático o no, y los pacientes con déficit neurológico previo que limita un examen clínico objetivo. El otro eje será la gravedad según las velocidades registradas en el DTC.

Resultados: Ingresaron 109 pacientes con HSA. El 69% (n: 76/109) presentaron VE por DTC, el 21% (n: 16/76) de estos, lo presentó por un periodo mayor a 21 DPS. Por DTC el 31% (n: 5/16) de los pacientes, el VE era grave al 21° DPS. En la valoración del impacto clínico, el 50% (n: 8) eran pacientes sin déficit neurológico previo. El 43% (n: 7/16) estaban asintomáticos y el 6% (1/16) presentó síntomas compatibles con VE. El 50 % restante (n: 8/16) eran pacientes con déficit neurológico que imposibilitaba una evaluación clínica objetiva. En este último grupo el 50% (4/8) presentaban por DTC VE grave. El 43% (n: 7/16) fueron externados con VE en mejoría, ninguno de los pacientes reingreso por déficit neurológico nuevo.

Conclusiones: La prevalencia del VEP fue 21%. Por DTC el 31% presentaban VE grave. En la mitad de los pacientes no se puede evaluar la manifestación clínica del VE, en estos el 50% el VEP era grave por DTC. Solo un paciente presenta ICT luego del 21° día.

Palabras claves: Hemorragia subaracnoidea, vasoespasmo cerebral, doppler transcraneal, vasoespasmo prolongado



02. TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE EN PEDIATRÍA, ESTUDIO EN UNA COHORTE EN MEDELLÍN, COLOMBIA, PERIODO 2015 – 2020 (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Fernández Laverde M^{1**}, Gómez-Hernández A*, Atuesta-Londoño M**, Trujillo-Posada A**, Bareño-Silva J******

¹Hospital Pablo Tobón Uribe, Cl. 78b #69-240, Medellín, Antioquia, Colombia

*Médica Epidemióloga, Residente de Pediatría, Universidad CES, Medellín, Colombia

**Médica, Residente de Pediatría, Universidad CES, Medellín, Colombia

*** Pediatra intensivista, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

**** Médico MSc. Epidemiología. PhD (c). Universidad CES, Colombia

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas y terapéuticas de los pacientes pediátricos con trauma encefalocraneano grave en una institución en Medellín, Colombia.

Diseño. Estudio observacional, transversal, analítico.

Ámbito: Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Antioquia.

Participantes: 85 pacientes mayores de 30 días y menores de 17 años más 365 días, que ingresaron a la Unidad de Cuidados intensivos pediátricos entre el año 2015 y 2020, con trauma encefalocraneano grave según la escala de coma de Glasgow.

VARIABLES DE INTERÉS: Clínicas, de tratamiento y desenlace, entre ellas tiempo de estancia, secuelas y mortalidad.

Resultados: El principal mecanismo de trauma fue accidente de tránsito en un 49,4% de los casos, la lesión primaria más prevalente fue la fractura de cráneo con un 65,9%. El 29,4% requirieron neurocirugía, 54,1% presentaban secuelas al alta y 11,8% fallecieron. Se evidenció que la hemorragia subaracnoidea (HR ajustado 5,3 IC95% 1,32 – 19,14) y recibir hemoderivados son factores de riesgo para mortalidad (HR ajustado 14,24 IC95% 2,15 – 94,47), en cambio la gastroprotección es un factor protector (HR ajustado 0,09 IC95% 0,016-0,57).

Discusión: Las características sociodemográficas y clínicas son similares a lo reportado en otros estudios. Se encontró mayor uso de terapia hiperosmolar y manitol comparado con otras publicaciones. A ningún paciente se le realizó monitoreo de la presión intracraneana lo que difiere con lo reportado por otros autores. Se asociaron con mortalidad variables antes no identificadas.

Conclusiones: el trauma encefalocraneano es un motivo frecuente de consulta a urgencias, su adecuado manejo cambia el pronóstico de los pacientes. Promover la educación vial es importante para reducir su incidencia. Son necesarios más estudios y la formulación de guías de práctica clínica nacionales para su adecuada atención.

Palabras clave: Trauma encefalocraneano grave, cuidado intensivo pediátrico, epidemiología, mortalidad.



Tabla 7. Puntos relevantes de los resúmenes de los trabajos de Neurocritico por país.

Estudio	Conclusiones	País
Vasoespasmoprolongado en HSA	Vasoespasmopor doppler transcraneal 31%	Argentina
TEC grave niños	Mortalidad 11.4%	Colombia

Capítulo

05

HEMODINÁMICO Y CARDIOCIRCULATORIO





Capítulo

05

HEMODINÁMICO – CARDIOCIRCULATORIO

01. EVALUACIÓN DE LA HEMODINAMIA CEREBRAL EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA CIRCULATORIA MECÁNICA (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Gutiérrez Gutiérrez J¹, Trasobares Quilez N¹, Pérez Vela JL¹, Renes Carreño E¹

¹Hospital Universitario 12 De octubre, Madrid, Spain

Introducción: El papel del doppler transcraneal (DTC) en los pacientes con asistencia circulatoria mecánica de flujo continuo no está bien definido. Se ha correlacionado la presencia de flujo diastólico o reverberante, muchas veces presente en dichas circunstancias, como una entidad de pronóstico incierto a nivel neurológico, hecho que complica la interpretación de los resultados.

Objetivos: describir los distintos patrones de DTC observados durante la asistencia circulatoria mecánica y su evolución con el tiempo y la función cardíaca propia.

Material y métodos: estudio prospectivo incluyendo pacientes mayores de 18 años ingresados en UCI que reciben soporte circulatorio mecánico durante el periodo 2019 a 2022. Se realiza dúplex transcraneal y ecocardiograma transtorácico en el momento del inicio del soporte mecánico t (0), a las 24h t (1) y una vez por semana t (2, 3, 4...). Se recogen variables en relación a la asistencia mecánica, la macro hemodinamia del paciente, así como del DTC de la arteria cerebral media.

Resultados: se incluyeron 9 pacientes (78% varones y 22% mujeres), sumando un total de 18 DTC evaluados. El 61% de los patrones se describieron bajo asistencia con ECMO, el 23% bajo asistencia ventricular izquierda (Levitronix) y el 16% bajo soporte con ECMO e Impella CP (estrategia ECMELLA). El 32% de los patrones se observaron bajo uso simultáneo de balón de contrapulsación intraaórtico. El patrón doppler observado se correlaciona en todos los casos con la onda de pulso arterial. Se definen 5 patrones de doppler: "patrón continuo" (17%), "patrón continuo con baja pulsatilidad" (12%), patrón "pseudonormal" (30%) y patrón "contrapulsado-like" (28%). En la relación con el período evolutivo establecido, en t (0) se observó un "patrón continuo" en relación a la completa dependencia de la asistencia, con bajo índice de pulsatilidad en la mayoría de los casos (IP 0.5; velocidad sistólica 88 (68-108), velocidad diastólica 43(23-63) y velocidad media 52 (32-52); FEVI 15 (10-35)). En t (1-2) se evidenció patrón "patrón continuo con baja pulsatilidad" con aparición de sístole y diástole (IP 1; FEVI 20(15-40)). En t>2 se observó



un patrón "pseudonormal" (IP1; velocidad sistólica 130 (110-150), velocidad diastólica 40(20-60) y velocidad media 70(50-90); FEVI 35(20-45)) con presión de pulso sistémica mínima observada de 10mmHg en todos los casos.

Conclusiones: El patrón transcraneal del paciente con asistencia circulatoria mecánica varía dependiendo del momento evolutivo y de la funcionalidad cardíaca. Se observa una similitud entre el patrón DTC y la macro hemodinamia, objetivándose un patrón de DTC pulsátil conforme aumenta la presión de pulso.

Palabras clave: hemodinamia cerebral, doppler transcraneal, asistencia circulatoria mecánica

02. DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE CIRUGÍA CARDÍACA FAST-TRACK EN PACIENTES DE ALTA COMPLEJIDAD, UNA INICIATIVA PARA FAVORECER LA RECUPERACIÓN INTENSIFICADA DE LOS PACIENTES Y MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Gutiérrez Gutiérrez J¹, Rodríguez Montero M¹, Romero Pérez J¹, Aguilar EM¹, Arboleda Salazar R¹, Muñoz Ramírez P¹, Guerrero Díez M¹, Estrella Sánchez N¹, Hungría Rodríguez M D¹, Sanz Ayán P¹, Magro García M¹, Hernández Prieto E¹, Beltrán Vao E¹, Ortiz Pérez S¹, Galiano Cortijo E¹, Ojeda García C¹, De la Vera Arias E¹, López-Gude M J¹, Renes Carreño E¹

¹Hospital Universitario 12 De octubre, Madrid, Spain

Objetivos: Revisar el proceso asistencial de cirugía cardíaca y crear un grupo de trabajo multidisciplinar. Desarrollar e implementar un protocolo para favorecer las estrategias *fast-track* en pacientes de alto riesgo aplicado a nuestra población diana.

Material y Métodos: Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar formado por Intensivistas, Cirugía Cardíaca, Anestesia, Rehabilitación y Fisioterapia, Enfermería/TCAE de UCI, planta y quirófano de cirugía cardíaca, Farmacia y personal administrativo. Tras varias reuniones consecutivas, se desarrolló una primera versión del protocolo incluyendo los siguientes ítems: pre habilitación quirúrgica, consulta pre anestésica, estrategias favorecedoras de normotermia, manejo en UCI liderado por enfermería, personal encargado de la gestión de camas, protocolo de tratamiento farmacológico unificado y transición a planta. De manera retrospectiva, se evalúa la aplicación y cumplimiento del protocolo en los pacientes que no cumplen criterios de exclusión (tromboendarterectomía pulmonar, trasplante cardíaco y cirugía de aorta con parada circulatoria).

Resultados: Evaluamos el programa en 95 pacientes sometidos a cirugía cardíaca que requerían circulación extracorpórea. Los primeros meses de implementación, se observa un aumento creciente del número de pacientes que completaron con éxito el protocolo (extubados < 8 h postoperatorias y dados de alta de la unidad de cuidados intensivos en las primeras 48 h); 67,74% de éxito en el primer mes, 71,88% en el segundo mes y 71,88% en el tercero. El 9,47% son exclusiones predefinidas. La mediana de estancia en UCI fue de 3 días (RIC 2-5), con un 16,67% dado de alta de UCI en las primeras 24 horas.



Conclusiones: La viabilidad y los factores que afectan a la implementación de las estrategias *fast-track* deben evaluarse para permitir su aplicación local e internacional. El desarrollo del protocolo de manera multidisciplinar permitió generar una cultura de calidad y trabajo en equipo. Los datos preliminares muestran que la aplicación del protocolo es efectiva y segura y puede ser útil en el manejo de recursos.

Palabras clave: Fast -Track, postoperatorio de alta complejidad, Cirugía cardíaca, Calidad asistencial, manejo de recursos.

Tabla 8. Puntos relevantes de los resúmenes de hemodinámica y cardiocirculatorio por país.

Estudio	Conclusiones	País
Hemodinamia cerebral – en soporte circulatorio mecánico	61% pacientes bajo ECMO. Evaluación DTC, 5 patrones	España
Protocolo de cirugía Fast – Track pacientes complejos	Evalúa extubados < 8 hrs, alta de UCI < 48 horas	España

Capítulo

06

PEDIATRÍA CRÍTICA



01. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MICROBIOLÓGICA DE PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS DE TRES HOSPITALES DE ALTA COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN, COLOMBIA (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Fernández Laverde M^{1,2, e}, Mendoza Bula F^{1a}, Guzmán de la Rosa G^{1b}, Niño Jaimes L^{1b}, Mahuad Puche L^{1a}, Bareño Silva J^{1c}, Trujillo Honeysberg M^{1d}

¹Universidad CES, Envigado, Colombia, ²Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

^a Pediatra, Residente de la especialización en Infectología Pediátrica, Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Pediatra, Residente de la especialización en Cuidado Intensivo Pediátrico, Universidad CES, Medellín, Colombia

^c Médico especialista en Epidemiología. Profesor e Investigador Universidad CES. Medellín Colombia. ORCID: 0000-0003-2552-3660

^d Pediatra. Especialista en Infectología. Profesora Universidad CES Medellín Colombia.

^e Pediatra. Especialista en Cuidado Intensivo Pediátrico. Profesor Universidad CES Medellín Colombia.

Introducción: La neutropenia febril es una complicación frecuente en los pacientes pediátricos con cáncer que reciben quimioterapia. Tiene una presentación clínica variable, con riesgo de ingreso a cuidado crítico y mayor morbimortalidad. Nuestro entorno carece de suficiente información respecto a las características clínicas y microbiológicas de esta población, lo que motiva el presente trabajo y cuyo objetivo es describir estos aspectos, a fin de tener herramientas locales que nos permitan un mejor abordaje de su condición y un tratamiento integral.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo y multicéntrico, en pacientes con neutropenia febril, con edades comprendidas entre 1 mes y 17 años, ingresados a las Unidades de Cuidado Crítico Pediátrico del Hospital Universitario San Vicente Fundación, Hospital Pablo Tobón Uribe y Hospital General de Medellín entre el 1 enero de 2018 al 31 diciembre de 2020. Se realizó una descripción clínica y microbiológica que permita conocer mejor el comportamiento clínico de estos pacientes.

Resultados: Un total de 96 episodios de neutropenia febril se identificaron en 86 pacientes. La mediana de edad fue de 9,8 años.



Los principales diagnósticos oncológicos incluyeron Leucemia, linfomas, neuroblastoma y osteosarcoma. El 55% de los casos analizados se presentaron con choque y un total de 46% del total de la muestra requirió soporte vasoactivo, siendo la norepinefrina el más utilizado. La falla orgánica múltiple se presentó en 16% de los casos siendo el sistema cardiovascular y respiratorio los más afectados (37% y 22% de presentación respectivamente). El 28% de los casos requirieron ventilación mecánica y el tiempo promedio de su uso fue de 6.3 días. La terapia antibiótica empírica usada en mayor frecuencia fue cefepime o piperacilina/tazobactam con o sin vancomicina. El foco de infección se identificó en el 85% de los casos, siendo el tracto gastrointestinal seguido por bacteriemia y el sistema respiratorio los más frecuentes. Los microorganismos más frecuentes en todos los aislamientos fueron los Gram negativos. En bacteriemia predominaron los cocos Gram positivos. La mortalidad general fue del 16%.

Conclusión: Este estudio nos permite conocer las características clínicas y microbiológicas de nuestra población oncológica con neutropenia febril tratados en áreas de cuidado crítico, para así poder conocer nuestra epidemiología local y generar información que permita la construcción de consensos y guías locales, estandarizar definiciones, identificar riesgos y optimizar el manejo clínico y de esta forma obtener mejores resultados en los pacientes.

Palabras Claves: Neutropenia febril, cuidado crítico pediátrico, microorganismos, cáncer.

02. ACCIDENTE OFÍDICO EN PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO

Valencia Calderón D, García Valdez B***

Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala

*Médico y Cirujano, Universidad Nacional autónoma de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

Residente III, en la Maestría de pediatría, Hospital Roosevelt Guatemala y Universidad de San Carlos de Guatemala

**Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala

Máster en pediatría, Instituto guatemalteco de seguridad social y Universidad de San Carlos de Guatemala. Intensivo pediátrico del hospital nacional San Juan De Dios de Guatemala, y Universidad de San Carlos de Guatemala. Jefe del servicio de shock, hospital Roosevelt

Introducción: En todo el mundo alrededor de 5 millones de personas sufren mordeduras de serpientes y picaduras de escorpión, la mayor parte de ellos en África, Asia y América latina, de los cuales el 50% y 75% requieren tratamiento con antisuero para evitar el fallecimiento, una amputación o graves trastornos neurológicos. La población más afectada está conformada por jóvenes trabajadores agrícolas y niños. En Guatemala existe poca información sobre este tipo de accidentes. La barba amarilla del género *Bothrops* es la responsable de la mayoría de los casos en nuestro país.

Caso clínico: se presenta el caso de una paciente femenina pediátrica de 6 años y 10 meses de edad procedente del hospital nacional de Tiquisate, del departamento de Escuintla donde consultó por mordedura de serpiente en miembro inferior izquierdo. A su ingreso se descartan trastornos nutricionales, se evidencia lesión en miembro inferior izquierdo dolorosa, edematizada no hemorrágica con reporte de tiempos de coagulación prolongados. Se ingresa y se da tratamiento con suero antiofídico y tratamiento antibiótico, bajo observación médica paciente evoluciona favorablemente.

Discusión: El sistema de reportes de accidentes ofídicos en el país se obtiene de los sistemas de

salud del ministerio de salud pública y asistencia social, así como del instituto Guatemalteco de Seguridad Social. La mayor parte de los reportes proceden de dos departamentos que registran el mayor número de casos, siendo estos el departamento de Petén y Escuintla. El sexo masculino y el grupo etario de entre 10 y 14 años han sido los más vulnerables. El tratamiento debe partir de una comprensión de la fisiopatología y de todo el cuadro clínico; el tratamiento central es el suero antiofídico posteriormente se brinda tratamiento antibiótico, para el dolor así como medidas quirúrgicas de ser necesario y se da vigilancia de trastornos asociados.



Conclusiones: La barba amarilla es la responsable de la mayoría de los casos de accidentes ofídicos en Guatemala. Las toxinas inyectadas por la familia viperidae originan daño hematológico con la prolongación de los tiempos de coagulación lo cual dependiendo de la cantidad inyectada y el sitio de mordida así será la severidad de la lesión. El suero antiofídico polivalente es un medicamento efectivo para mitigar las toxinas y reducir los eventos adversos. La antibioticoterapia es efectiva para minimizar el daño hístico posterior al accidente ofídico y minimizar la mionecrosis. El control clínico y de laboratorio es necesario para identificar coagulopatías y prevenir cuadros hemorrágicos severos. El crioprecipitado, y el plasma fresco congelado ayuda al control de la hemorragia por la actividad del envenenamiento ofídico.

Palabras clave: accidente ofídico, barba amarilla, suero antiofídico.

Tabla 9. Puntos relevantes de los resúmenes de los trabajos de Pediatría crítica por país.

Estudio	Conclusiones	País
Neutropenia febril en UCI Pediátrica	Epidemiología de oncológicos con neutropenia en UCI	Colombia

Accidente Ofídico

Reporte de caso

Guatemala

Capítulo

07

MISCELÁNEO



01. EPIDEMIOLOGÍA DEL GRAN QUEMADO EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA JUNIO 2013 (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Marín Castanier R¹

¹Clínica Indisa, Santiago, Chile

Objetivos: Describir las características demográficas de los pacientes quemados hospitalizados en la unidad, el tiempo de hospitalización, el porcentaje de superficie corporal total quemada (SCTQ), sus características y la mortalidad entre enero del 2012 y diciembre del 2021.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional. Se pidió autorización a las jefaturas para poder acceder a la base de datos de la unidad. Se resguardó datos sensibles. Se depuró la base de datos para completar registros faltantes tomados desde las fichas clínicas disponibles. Se estableció el n total de casos tratados para el análisis demográfico y para los análisis específicos de tiempo de hospitalización y porcentaje de superficie quemada. Si incluyó a los pacientes con 20% o > de SCTQ. Se calcularon los descriptores con el SPSS 21.0.

Resultados: Entre el 2012 y 2021 ingresaron 211 pacientes con >20%SCTQ. Las causas, entre ellas: quemaduras por fuego, químicas, eléctricas e injuria inhalatoria por gases calientes. El 66.93% fueron varones (n= 137). La edad es 46,69 años (min 14 max 97 DS 19,64) similar en ambos sexos (46,72 y 46,77 respectivamente), Promedio de días/hospitalización fue 38,77 (min 1 max 367 DS 38,83). La tasa de mortalidad global fue de 16.59% (n=35) de estos el 57.14% (n=20) fueron varones y la SCTQ de estos fue 53.28%. El promedio de SCTQ 38,41%(hombres) y 39,41%(mujeres). El grupo etario más frecuente fue varones entre 21 a 50 años que representan el 54.4%. (máx 96%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes son hombres entre 21 y 50 años, el porcentaje de SCTQ en promedio en pacientes que fallecieron es de 53,28% con una mediana de 45% (corte de mortalidad). Fallecen más hombres (57%) a pesar de tener un promedio de quemadura similar. En los años del peak de la pandemia el número de pacientes quemados críticos descendió de manera significativa, de un promedio de 24,1 casos por año a 9,0 en promedio. Nuestra tasa de mortalidad es menor a la descrita en la bibliografía.

Palabras clave: Gran quemado, mortalidad



02. EXPERIENCIA DEL PERSONAL CLÍNICO Y NO CLÍNICO EN CUIDADOS INTENSIVOS CON LA SIMULACIÓN INSITU (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Ferre Contreras A^{1,2}, Hasbun P^{1,2}, Reccius A^{1,2}, Seguel Galdames N¹, Van Sint Jan N¹, Dreyse J¹

¹Clínica Las Condes, Las Condes, Región Metropolitana, Chile, ²Universidad Finis Terrae, Providencia, Región Metropolitana, Chile

Objetivo: explorar la experiencia del personal clínico y no clínico de una unidad de cuidados intensivos sobre la factibilidad, beneficios e inconvenientes percibidos al utilizar la simulación in Situ como herramienta de entrenamiento.

Metodología: se realizó un estudio cualitativo de tipo fenomenológico descriptivo para explorar y comprender las opiniones de los participantes en cuanto a sus experiencias vividas con la SI. La población en estudio fue todo el personal clínico y no clínico del servicio de cuidados intensivos. Se realizaron grupos de 6 personas por conveniencia. Se realizaron entrenamientos y entrevistas hasta que se logró la saturación de los datos determinando el número final de participantes en estudio. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas que fueron grabadas y luego transcritas textualmente para su análisis resguardando la identidad de los participantes. Para el análisis de los datos se utilizó la metodología de Colaizzi. Se solicitó autorización al comité de ética y consentimiento informado a todos los participantes.

Resultados: se realizaron dos entrenamientos, una entrevista grupal con seis participantes y cuatro entrevistas individuales identificando que la SI es factible y beneficiosa en la unidad de cuidados intensivos dado que se realiza en la unidad durante la jornada laboral y con la participación de todos los compañeros adquiriendo aprendizajes basados en la experiencia y las emociones. Se identificaron 9 categorías de importancia que fueron beneficios de la simulación, beneficios de la simulación en condiciones reales, autenticidad del escenario, interferencia con el trabajo habitual, cantidad de sesiones de SI, la alta fidelidad genera vinculación afectiva, seguridad del paciente, SI como fijación del conocimiento, recomendaciones para mejorar.

Conclusión: todos los entrevistados consideraron a la SI una herramienta de entrenamiento factible que se debería repetir con frecuencia en la unidad para mejorar los conocimientos y habilidades individuales como grupales en pro de mejorar el trabajo en equipo, la atención de los pacientes y su seguridad.

Palabras Claves: simulación in Situ, error humano, cuidados intensivos.

03. HALLAZGOS RETINIANOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CONFIRMADO DE COVID-19

Jaramillo Maldonado M¹, López Camilla C¹, Díaz I¹, Ugarte S¹

¹UCI Quirúrgica - Clínica Indisa, Santiago, Chile

Objetivo: Describir los hallazgos en retina en pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, en los pacientes hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico, con diagnóstico de COVID-19 por PCR. Se definieron criterios de



inclusión y exclusión para la selección de los individuos del estudio. Se procedió a tomar registro fotográfico del polo posterior de cada ojo, en forma secuencial mediante la toma de retinografías con cámara no midriática portátil (Zeis Visuscout 100) en la unidad de hospitalización de cada paciente. Las imágenes fueron analizadas por 2 oftalmólogos certificados y analizada la información con los datos disponibles de la evolución clínica de cada participante del estudio. Se resguarda la confidencialidad y cumplimiento de las recomendaciones de la declaración de Helsinki para este estudio.

Resultados: Se seleccionaron 13 pacientes (26 ojos) de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión definidos. Se excluyó un paciente por mala calidad de las imágenes. El tiempo de estadía medio en UCI fue de 16.3 días, 3 pacientes estaban conectados a ventilación mecánica y 6 presentaban una PaO₂/FiO₂ menor a 300 al momento del estudio (odds ratio 1,2). En 2 pacientes encontramos estrechamiento focal de las arteriolas subsidiarias de las ramas temporales. Ambos tenían PaO₂/FiO₂ menor a 300 al momento del examen. El resto de pacientes no presentaron alteraciones. No se identificó signos de trombosis vascular, vasculitis retinal, edema macular u otras maculopatías.

Conclusiones: De acuerdo a los hallazgos del estudio, el más relevante tiene que ver con las alteraciones en el tono arteriolar retinal con los pacientes en condiciones más hipóxicas. No se encontró vasculitis, trombosis vasculares y/o edema macular que requieran intervención inmediata sobre todo en los pacientes en ventilación mecánica.

Palabras clave: COVID-19, retina, trombosis retinal

04. NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS HUMANIZADA DE UN HOSPITAL RURAL, A UN AÑO DESDE EL ALTA, ENERO 2019

Vallejos S¹, Marín Castanier R¹

¹Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

Objetivo: Evaluar el nivel de satisfacción de los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI transcurrido un año desde que recibieron el alta.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo con entrevista directa a través de un llamado telefónico donde se obtuvo el consentimiento informado verbal para responder el cuestionario. Calculamos una muestra de los pacientes egresados en junio de 2017 y junio de 2018 (n=219 90% sensibilidad 10% error), aleatorizamos 74 pacientes (randomized.org), usamos el FS-ICU24 versión en español como encuesta, incluimos n=31 familiares (completaron la totalidad del cuestionario) Usamos SPSS 23.0 para los descriptivos.

Resultados: Media edad 62,3 (min 16, max 91, DS 17,4), 23 mujeres (74,2%). Los pacientes fallecidos en el lapso fueron n=5 (16,3%). 83,9% son familiares de primera línea. Se valoró como excelente y muy bien: el manejo del dolor 87,5%. El trato y apoyo emocional 76,34%. Cuidados clínicos 80,65%. La calidad de la información es del 76,96%. El ambiente 61,3%. El 58,1% evalúa la sala de espera como mala. El 80,7% se siente incluido en el proceso de atención y el 74,2% se sintió apoyado en la toma de decisiones. 83,9% tuvo tiempo suficiente para resolver sus inquietudes y en general 80,65% (n=25) está completamente satisfecho con lo realizado.



Conclusiones: La UCI de estudio estaba implementando el modelo de atención humanizada de forma parcial. La percepción del cuidado y el apoyo emocional en general fue muy buena. La inclusión de los pacientes y sus familiares en los procesos permitió que se sientan satisfechos con la atención brindada. El tiempo que el equipo de enfermería dedicó a las relaciones con los pacientes fue insuficiente por el modelo de atención utilizado hasta ese momento, así como la sala de espera fue mal valorada por problemas de infraestructura. La atención humanizada requiere de un cambio de modelo de atención organizacional que incluya a los pacientes, su entorno, a los funcionarios y a la infraestructura.

05. ENFERMEDAD TRAUMÁTICA EN MAYORES DE 65 AÑOS: IMPLICACIONES DE LA TERAPIA ANTITROMBÓTICA.

Morales Varas G¹, Sánchez Casado M¹, Morán Gallego M¹, Márquez Doblas M¹, Rodríguez Villamizar P¹, Alonso Ciria E¹, País Sánchez Malingre M¹, Marina Martínez L¹

¹Hospital Universitario De Toledo, Toledo, Spain

Objetivo: Determinar el impacto de la terapia antiagregante y anticoagulante en los resultados de los pacientes mayores de 65 años con enfermedad traumática.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes admitidos en una unidad de trauma y neurocríticos de un hospital nivel II de Trauma entre enero del 2020 y octubre del 2021. Se analizaron variables demográficas, severidad y tipo de trauma, y de resultados funcionales entre una cohorte de mayores de 65 años clasificados según el tratamiento previo con antiagregantes y anticoagulantes. Las variables continuas se describen como medianas y rango intercuartílicos (RIQ) y se compararon con el test Kruskal Wallis; las variables categóricas se expresan en recuento y porcentaje y se contrastan con el test de χ^2 . Se utilizó un nivel de significancia estadística del 5% (bilateral), y se definió un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). El análisis se realizó utilizando stata versión 13[®] (stataCorp LCC).

Resultados: Durante el periodo de estudio hubo un total de 248 ingresos con enfermedad traumática que precisaron manejo en UCI, de los cuales 67 (27%) eran mayores de 65 años. 38/67 (57%) no recibieron ningún tipo de terapia antitrombótica, 16 (24%) recibieron tratamiento antiagregante y 13 (19%) estaban anticoagulados. El 71.6% (48/67) eran hombres con una mediana de edad de 74 (70-78) años, sin diferencias estadísticas entre los diferentes grupos. La fragilidad y comorbilidad no fue diferente. El principal mecanismo del trauma fue la caída de la propia altura 45/67 (67.16%). Los pacientes presentaron similar resultado funcional evaluado por GOS-E (Extended Glasgow Outcome Scale) a los 6 meses. La mortalidad al alta de UCI fue mayor entre los antiagregados (37.5%) y anticoagulados (30.7%) en relación a quienes no recibían terapia antitrombótica (10,5%), $p=0,038$. La mortalidad a los 6 meses no difirió entre los diferentes grupos ($p=0.536$).

Conclusiones: La terapia antitrombótica contribuyó a una mayor mortalidad en UCI de los pacientes mayores de 65 años con enfermedad traumática. Sin embargo, no hubo diferencias en la mortalidad ni en los resultados funcionales a los 6 meses. Los traumatismos de baja energía constituyeron el principal mecanismo de lesión.

Palabras clave: Enfermedad traumática, terapia antitrombótica, mayores de 65 años.



06. PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS ONCOHEMATOLÓGICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.

Rodríguez V¹, Loiacono F¹, Peralta L¹, Magnífico L¹, Llerena S¹, Paredes W¹, Corella R¹, Cuesta Ríos K¹, Freitas J¹, Pedevilla R¹, Diaz Ballve L¹, Sagardia J¹

¹Hospital Nacional Prof. A. Posadas, El Palomar, Argentina

Introducción: El ingreso de los pacientes con patología oncológica a las unidades de cuidados intensivos (UCI) ha aumentado en las últimas décadas, dado el avance en su tratamiento. Conocer los factores asociados a su evolución es una herramienta para facilitar la toma de decisiones y mejorar la calidad de atención.

Objetivo: Describir las características de la población de pacientes oncohematológicos ingresados a la UCI por cualquier causa y analizar los factores asociados a mortalidad.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, incluyendo los pacientes adultos que presentaron tumor sólido maligno o enfermedad hemato oncológica, que ingresaron a UCI entre enero de 2021 y julio de 2022 en un hospital público. Se registraron los datos demográficos, del estado de salud basal, gravedad de la enfermedad crítica, el sostén empleado, complicaciones asociadas al cuidado y tiempo de estadía. El trabajo recibió el apoyo financiero del Instituto Nacional del Cáncer.

Resultados: Fueron ingresados 202 pacientes cuyo diagnóstico oncológico fue confirmado, 114 (55,3%) en etapa de reciente diagnóstico y 55 (26,6%) en recidiva o progresión. El ECOG-PS fue de 0 a 2 en 153 (75%). 29 presentaron cáncer color rectal, seguido por las leucemias agudas (28), los linfomas (25) y los tumores de la cavidad oral (12). La media de edad fue de 56 +- 16 años, con un índice de Charlson de 3,3 +- 1,94. El APACHE II fue de 16 +- 7,6 y el SAPS II de 39 +- 17, con una mortalidad de 41,08%. La estadía previa en internación, el tratamiento no quirúrgico y el empleo de ventilación mecánica y vasopresores fueron las variables que se asociaron significativamente con la mortalidad.

Conclusión: En la muestra analizada la estadía previa en internación y el empleo de sostén invasivo ante las interurrencias agudas se asocia a una elevada mortalidad, en una población en etapa de reciente diagnóstico con buen PS inicial, sugiriendo una oportunidad de mejora en la atención de una población vulnerable.

Palabras clave: Neoplasia; mortalidad; cuidados críticos; epidemiología (DECS).

07. ANALGESIA MULTIMODAL POSTOPERATORIA CON LA APLICACIÓN DE BLOQUEO DEL PLANO ERECTOR DE LA ESPINA EN PACIENTES DE TRASPLANTE RENAL (SEMICYUC)

PUBLICACIÓN: Med Intensiva. 2022; 46 (Sup 2):1 7; 0210-5691/ © 2022 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados

Delgado Márquez J C¹, Sandoval Cuellar JM², Ibarra López A³

¹Hospital General De Querétaro, Querétaro, México, ²Programa de Trasplantes, Querétaro, México,

³Universidad Cuauhtémoc, Querétaro, México



Objetivo: Demostrar el beneficio en la aplicación del bloqueo del plano erector de la espina (ESP) como técnica adyuvante en la analgesia en pacientes operados de Trasplante renal en el periodo postoperatorio inmediato.

Antecedentes: El Bloqueo del Plano del erector espinal es una técnica interfascial, tiene la finalidad de administrar una dosis de anestésico local, en bolo o infusión continua en el espacio entre el proceso vertebral transversal y el músculo erector de la espina, con extensión al espacio paravertebral torácico con cobertura a ramas dorsales y ventrales de nervios espinales, otorgando analgesia somática y visceral de 4 a 5 dermatomas por encima y de 3 a 4 por debajo del sitio de punción. Esto puede realizarse con apoyo de un ultrasonido con transductor lineal de alta frecuencia.

Material y métodos: Serie de 18 casos programados para trasplante renal; divididos en 2 grupos: el A, n=8 (bloqueo ESP), y el B, n=10 (sin bloqueo). Bajo Anestesia General Balanceada y ventilación mecánica y metas hemodinámicas: PAM por arriba de 65 mmHg, Spo₂ >95% CO₂ 35-45 mmHg. Se colocó el bloqueo a nivel de T9-T10 con aguja 18G 100 mm por ultrasonografía con transductor lineal 5-12 MHz; se administró 20 ml de volumen con Ropivacaína al 3.75% por debajo de la fascia del músculo erector de la espina. En todos los casos se valoró: intensidad del dolor, requerimientos de medicamentos de rescate y uso de opioides, presencia de náusea y vómito. Todas las variables fueron procesadas y analizadas con aplicación de pruebas t de Student y ANOVA para cuantitativas, Chi cuadrada para cualitativas.

Resultados: La analgesia multimodal con bloqueo ESP mostró una menor escala del dolor postoperatorio en las primeras 24 horas, con una reducción en el consumo de opioide, y menor apoyo de medicamentos de rescate; además de una menor incidencia de náuseas y vómito.

Conclusión: El bloqueo ESP en pacientes trasplantados de riñón es una buena alternativa como técnica analgésica, con buenos resultados en el manejo del dolor, mostrando ser una técnica segura con una baja incidencia de complicaciones.

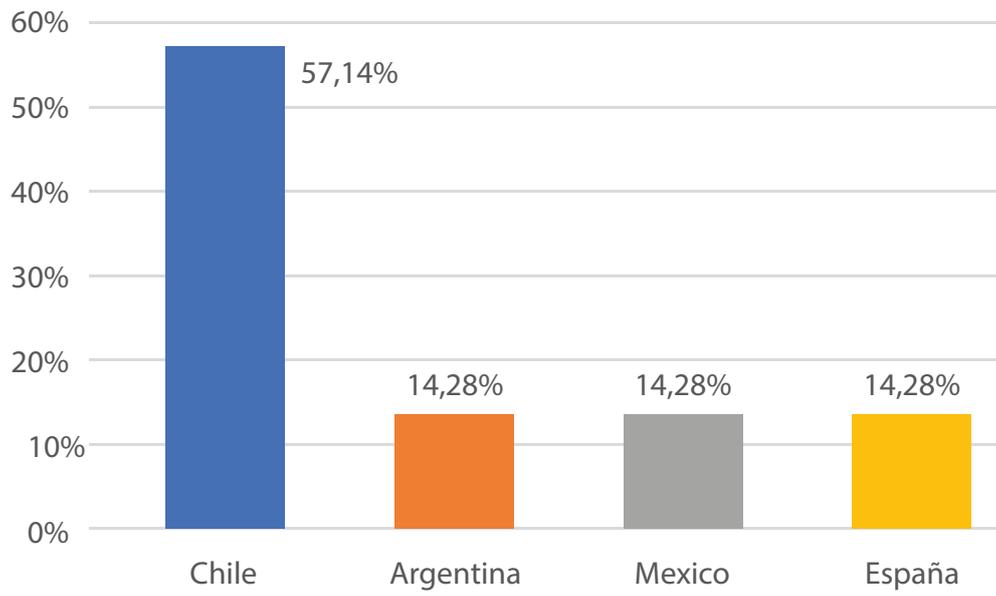
Palabras clave: Trasplante renal, bloqueo ESP, analgesia multimodal

Tabla 10. Puntos relevantes de los resúmenes de trabajos misceláneos por país.

Estudio	Conclusiones	País
Quemados en UCI	Pacientes 20 – 50 años > mortalidad varones	Chile
Simulación en UCI	Experiencia insitu importante	Chile
Retina en COVID 19	Alteración arteriolar en pacientes con Hipoxia	Chile
UCI Humanizada	58.1% sala de espera mala	Chile
Trauma en > 65 años	Mortalidad mayor en antiagregados y anticoagulados	España
Predictores en Oncohematológicos, durante COVID 19	Eventos agudos mayor mortalidad	Argentina
Analgesia postoperatoria multimodal post trasplante renal	Bloqueo del plano erector espinal. Buena técnica	México
Analgesia postoperatoria multimodal post trasplante renal	Bloqueo del plano erector espinal. Buena técnica	México



Figura 5. Porcentaje de resúmenes de trabajos misceláneos por país.



Capítulo

08

ANEXOS



Capítulo

08

ANEXOS

CONVOCATORIA – COMUNICACIONES CIENTÍFICAS:

Jaime Zegarra Piérola, Carlos Lescano Alva

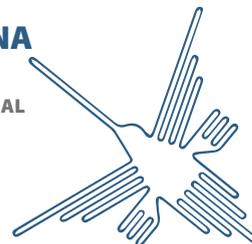


XVII MEDICINA
CRÍTICA Y TERAPIA
INTENSIVA
CONGRESO PANAMERICANO E IBÉRICO

I MEDICINA
CRÍTICA PEDIÁTRICA
CONGRESO PANAMERICANO E IBÉRICO

XVII MEDICINA
INTENSIVA
CONGRESO PERUANO INTERNACIONAL

I ENFERMERÍA
CRÍTICA Y CUIDADOS
INTENSIVOS
CONGRESO PANAMERICANO E IBÉRICO



10 cursos
Pre-Congreso

+80 Ponentes
Internacionales

LIMA PERÚ
31 OCT A 05 NOV 2022



SOPEMI
Sociedad Peruana de
Medicina Intensiva



Federación Pana-
americana e Ibérica
de Medicina crítica
y Terapia Intensiva



Comité científico:

- Dr. Jaime Zegarra Piérola
- Dr. Néstor Luque Chipana
- Dra. Suzana Lobo
- Dr. Javier Pérez Fernández

Comité de Evaluación:

- Dr. Jaime Zegarra Piérola
- Dra. Suzana Lobo
- Dr. Javier Pérez Fernández
- Dra. Rosa Luz López Martínez
- Dr. Raffo Escalante Kanashiro
- Dr. Cesar Loza Munarriz

Presidente de la sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI)

- Dr. Carlos Alberto Lescano Alva

REGLAMENTO DE LAS COMUNICACIONES CIENTÍFICAS:

Jaime Zegarra Piérola, Carlos Lescano Alva

Se estableció este reglamento para poder realizar la convocatoria, la recepción de las comunicaciones y evaluación de manera objetiva y ordenada hasta la declaración de los ganadores y la premiación. La misma consta de títulos, capítulos y artículos esenciales para la dinámica de la presentación. A continuación, detallamos los pormenores de la misma.

TÍTULO I: De los aspectos generales de los estudios:

Capítulo I: El Objetivo

El objetivo del presente Reglamento fue establecer las normas del concurso de investigación para el Congreso PAN e IBÉRICO, Lima 2022.

Capítulo II: De las áreas de investigación:

Las áreas de investigación están enmarcadas en la labor asistencial, científica y especializada de la medicina crítica / intensiva; las mismas se consideran:

- Shock y monitoreo hemodinámico
- Soporte respiratorio y Ventilación mecánica
- Paciente Neurocrítico
- Soporte metabólico y Terapia nutricional en UCI
- Infectología crítica y sepsis
- Obstetricia crítica
- Oncología crítica
- Terapia cardiovascular y ECMO
- Ultrasonido del paciente crítico
- Trasplante y procura de órganos
- Medicina Crítica de Altura



- COVID-19: Aun en pandemia o ya en endemia
- Sedación y analgesia
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Epidemiología del paciente crítico
- Scores pronósticos en el crítico
- Gestión, calidad y seguridad del paciente crítico
- Post operados críticos
- Trauma / poli trauma en las unidades críticas
- Procura y trasplante de órganos
- Enfermería crítica
- Humanización en Cuidados Intensivos

Capítulo III: De los participantes

La convocatoria es amplia y abierta a todo el personal profesional que labora en las unidades de cuidados intensivos; médicos, enfermeras, nutricionistas, farmacéuticos, fisioterapeutas, radiólogos. Se considera especialistas en unidades críticas pediátricas y de adultos, tal como se detalla a continuación:

- Médicos Especialistas en Medicina crítica / Intensiva
- Médicos Residentes de Medicina crítica / Intensiva
- Médicos Anestesiólogos que laboran en Unidades Críticas
- Médicos Residentes de Anestesiología que laboran en Unidades Críticas
- Médicos Especialistas en Pediatría Crítica / Intensiva
- Licenciados de Enfermería crítica / Intensiva
- Fisioterapeutas de cuidados Críticos
- Farmacéuticos de cuidados críticos
- Especialistas que laboran atendiendo pacientes críticos: Psicólogos, Nutricionistas, Foniatras

TÍTULO II: De la presentación y evaluación de los trabajos de investigación

Capítulo I: Plazos para la entrega de las comunicaciones científicas

Se establecieron fechas calendarizadas para poder realizar la labor de manera ordenada y tener el mejor resultado de la misma, tal como se detalla a continuación:

- Fecha de inicio de los envíos: 01 de abril 2022
- Fecha finalización de envíos: 01 agosto 2022, con fecha ampliatoria: 08 agosto 2022

Capítulo II: De la evaluación de las comunicaciones científicas

Tuvimos un comité científico de organización, de reglamentación, y a la vez un comité de evaluación, con profesores nacionales e internacionales de reconocida trayectoria en la investigación científica, asimismo tuvimos la asesoría de un profesor especialista en metodología de la investigación y estadística. Al respecto se establecieron artículos relacionados a la misma; sin embargo, destacamos el principio de la investigación científica universal. Es así que lo establecimos con fin supremo de este quehacer, en tal sentido que expresado así:

- El Comité de Investigación sólo admitirá al concurso aquellos trabajos de investigación que no se contrapongan con los principios éticos para la investigación científica en seres humanos (**Declaración de Helsinki**)



La evaluación:

Primero se estableció el comité de evaluación, se estableció una hoja de ruta para la calificación de las comunicaciones científicas. Al respecto hicimos reuniones virtuales para socializar las estrategias y pasos a seguir en la evaluación. A continuación, se detallan de manera diagramada las mismas:

El comité científico de evaluación

- Jaime Zegarra Piérola
- Suzana Lobo
- Javier Pérez Fernández
- Rosa Luz López Martínez
- Raffo Escalante Kanashiro
- Cesar Loza Munarriz

Recepción y distribución para la evaluación:

De acuerdo a los plazos establecidos desde la fecha del inicio hasta el final, con la prorrogada correspondiente para la entrega de las comunicaciones; tuvimos en total 57 comunicaciones científicas. Las mismas para su evaluación entre los seis miembros del jurado las distribuimos tal como se especifica en el siguiente diagrama.



Para realizar la evaluación de las comunicaciones establecimos un instrumento; que contiene el orden estructurado de una investigación científica, resaltando el tipo de estudio y el alcance del mismo a nivel local, nacional e internacional, a continuación, presentamos un ejemplo de dicha evaluación:



Aplicación del instrumento de evaluación, con un ejemplo:

Número	1	Área	MEDICINA CRÍTICA O INTENSIVA 2022
Artículo	ARDS COVID UCI CAYETANO		

Califique su apreciación con un puntaje de 0 a 4, los siguientes ítems del presente estudio.

Título	4		
Antecedentes o introducción		4	
Objetivos	4		
Material y Métodos			
Tipo de diseño de estudio		4	
Población		4	
Criterios de inclusión y exclusión		4	Coloque el puntaje en cada casillero de 0 a 4
Variables de estudio		4	
Tipo de Muestreo y tamaño de la muestra		4	
Método de análisis de los datos		4	Promedio 4
Resultados	4		
Relevancia del estudio para la población blanco (Población a quién se infieren los resultados primarios del estudio) (pacientes)			4
Relevancia del estudio para la población blanco a nivel:		4	

Califique aquí su apreciación personal de la relevancia (Importancia e impacto) del estudio a nivel:

Internacional	4	Coloque el puntaje en cada casillero de 0 a 4	
Regional (Latinoamérica)	4		
Perú	4		
Nivel Local	4		

CALIDAD DE LA EVIDENCIA

Puntaje

Reporte de casos	1		
Series de Casos	1		
Caso y Control	2	Califique la calidad de la evidencia según el tipo de diseño	
Cohortes	2	Calificación	4
Ensayos Clínico	3		
Revisión Sistemática y Metanálisis	4		

Puntaje Total

32,000



Evaluación de las comunicaciones:

1. Aceptada: puntaje > 25
2. Rechazada: puntaje < 25

En base a este instrumento se hizo la evaluación objetiva de cada una de las comunicaciones científicas tal como se indica.

TÍTULO III: De la presentación y exposición presencial

Siguiendo nuestra hoja de ruta, se llegó al resultado, que a continuación se detalla:

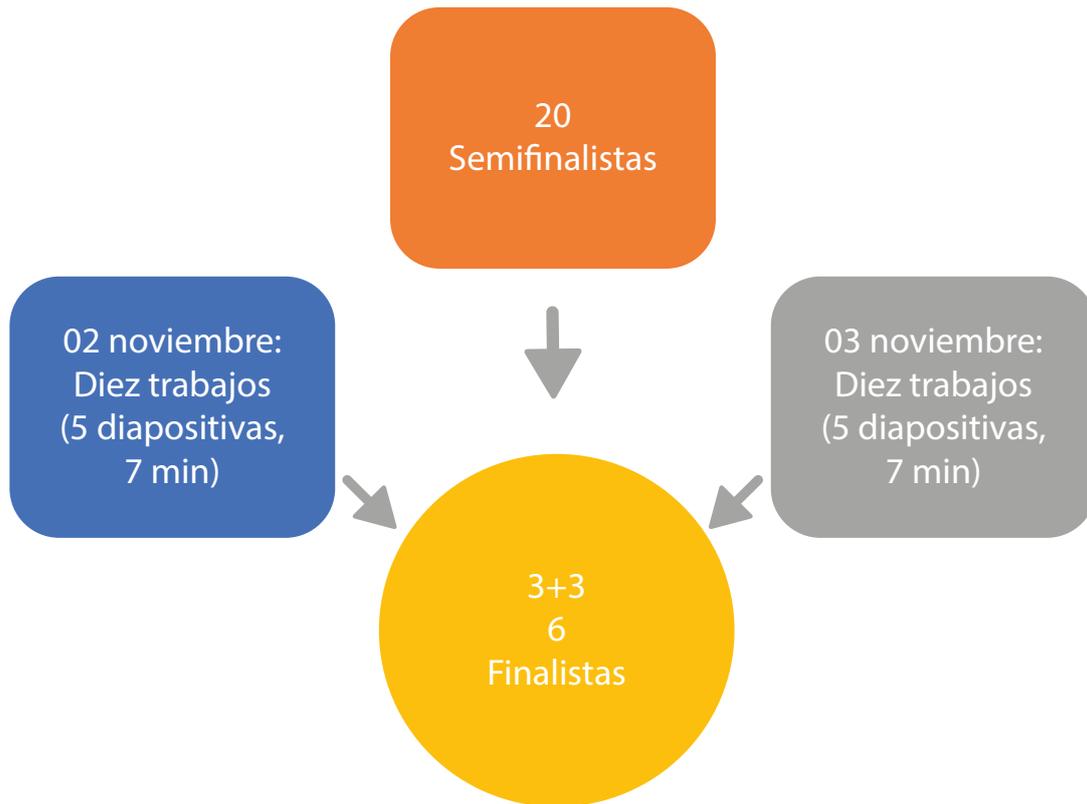
- Se tuvo 57 comunicaciones científicas
- En la primera evaluación se aceptaron con puntaje > de 25, a treinta y tres (33)
- En una segunda evaluación, usando el mismo instrumento, tuvimos como aceptadas las 20 mejores comunicaciones con puntaje > de 25

A continuación, presentamos un diagrama de los pasos seguidos:



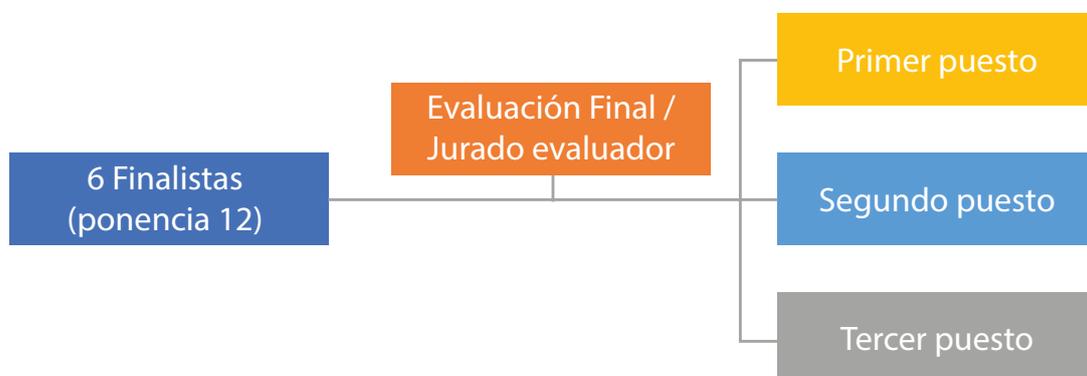
Evaluación durante el congreso PAN e IBÉRICO Lima 2022:

Durante el congreso se presentarán los 20 trabajos aceptados de manera resumida; los días 2 y 3 de noviembre. Cada día se presentarán 10 comunicaciones, cada ponente presentará su trabajo en 5 diapositivas por 7 minutos que incluye una pregunta u observación. Se detalla a continuación en el diagrama:



Los ganadores de congreso PAN e IBÉRICO Lima 2022:

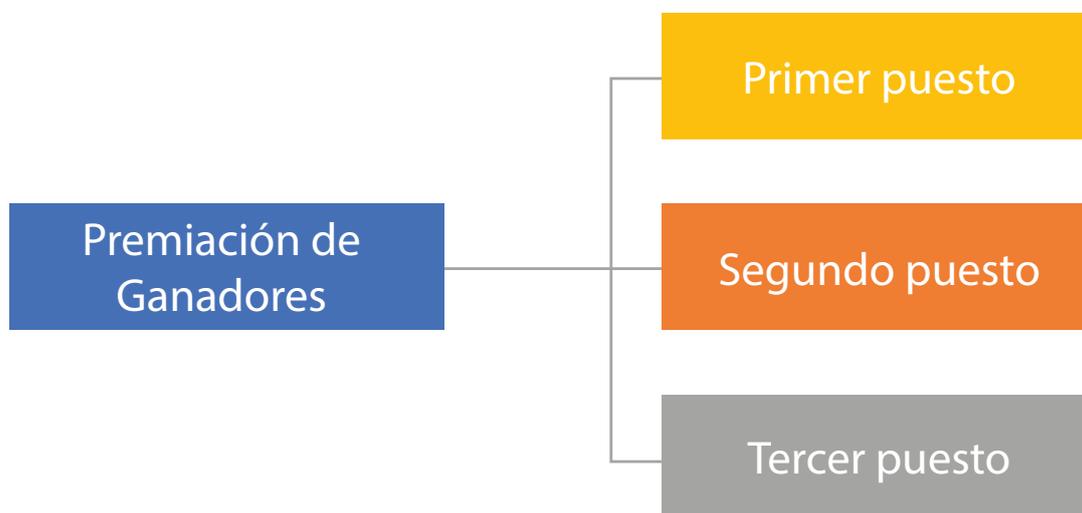
Luego de la evaluación se tendrá los 06 trabajos finalistas, que se presentarán de manera presencial en el congreso, donde cada participante tendrá un tiempo de exposición de 12 minutos más 3 minutos de preguntas u observaciones, finalmente y luego de la evaluación del jurado evaluador se definirá los trabajos ganadores; señalando el primer, segundo y tercer puesto. A continuación, presentamos de manera esquemática la final de la evaluación de las comunicaciones científicas.





PREMIACIÓN

“Premio a la Investigación científica Jordi Mancebo Cortes en Memoria; congreso PAN E IBERICO, Lima 2022”



TRABAJOS FINALISTAS: 06

1. Evaluación de la hemodinamia cerebral en pacientes bajo asistencia circulatoria mecánica (**ESPAÑA**)

• ***Dra. Judit Gutiérrez Gutiérrez***

2. Analgesia multimodal post operatoria con la aplicación del bloqueo del plano erector de la espina en pacientes de trasplante renal (**MEXICO**)

• ***Dr. Juan Carlos Delgado Márquez***

3. Epidemiología del gran quemado experiencia de 10 años de una unidad especializada (**CHILE**)

• ***Dr. Rolando Marín Costanier***

4. La presencia de VILI VORTEX estuvo asociada con alta mortalidad por hipoxemia refractaria (**ARGENTINA**)

• ***Dr. Néstor Pistillo***

5. Diferencias morfológicas entre la lesión pulmonar auto infligida por el paciente (P – SILI) y lesión pulmonar inducida por el ventilador (VILI) (**CHILE**)

• ***Dr. Franco Díaz Rubio***

6. Efecto de la edad y la comorbilidad en la supervivencia de los pacientes ventilados Mecánicamente por SARS–CoV-2 durante el primer trimestre de la pandemia en Cataluña (**ESPAÑA**)

• ***Dr. Juan Carlos Yebenes Reyes***



GANADORES

TERCER PUESTO:

Evaluación de la hemodinamia cerebral en pacientes bajo asistencia circulatoria mecánica (ESPAÑA)

• ***Dra. Judit Gutiérrez Gutiérrez***

Diferencias morfológicas entre la lesión pulmonar auto infligida por el paciente (P – SILI) y lesión pulmonar inducida por el ventilador (VILI) (CHILE)

• ***Dr. Franco Díaz Rubio***

SEGUNDO PUESTO:

Efecto de la edad y la comorbilidad en la supervivencia de los pacientes ventilados mecánicamente por SARS-CoV-2 durante el primer trimestre de la pandemia en Cataluña (ESPAÑA)

• ***Dr. Juan Carlos Yebenes Reyes***

PRIMER PUESTO:

La presencia de VILI VORTEX estuvo asociada con alta mortalidad por hipoxemia refractaria (ARGENTINA)

• ***Dr. Néstor Pistillo***



CONCLUSIÓN

En el texto como esencia se detalla los resúmenes de los trabajos de investigación científica presentados durante el congreso PAN e IBERICO, Lima 2022. De un total de 57 trabajos, en primera evaluación se seleccionaron a los 33 mejores, y en segunda evaluación a los 20 mejores, los mismos que fueron presentados de manera dinámica en el Congreso. Se tuvo trabajos de los diferentes países de Iberoamérica, de alto nivel académico y científico. Tuvo como ganador al trabajo del Dr. Néstor Pistillo de Argentina, titulado "la presencia del VILI vortex estuvo asociado con alta mortalidad por hipoxemia refractaria".

La investigación científica es un ente involucrando en el crecimiento y desarrollo personal y profesional de la persona, de las instituciones educativas, de las sociedades científicas y de la sociedad en general. Sigue las normas universales de bioética.

En la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI) consideramos a la investigación científica como un pilar de crecimiento y desarrollo; con trascendencia en el paciente crítico y su entorno, así como en la población en general.

Este esfuerzo de SOPEMI por impulsar la investigación científica nacional con trascendencia internacional, a través de la promoción y desarrollo de herramientas que faciliten la misma, se terminará de consolidar en el tiempo con la participación de sus directivos y de los miembros que la conforman. Que éste evento haya marcado un hito en dicho sentido.

Carlos Alberto Lescano Alva
Presidente de SOPEMI



Dirección: Jr. Lloque Yupanqui 1126 Of. 304.
Jesús María. Lima-Perú
Telf. (51) 975 559 453
Email: sopemi002@yahoo.es