

MEMORIA ROTACION EXTERNA

- **Maria Aranda Perez**, R5 de UCI del Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca). Número de socio SEMICYUC : 2842
- Lugar de rotación : Hospital Saint-Louis, Paris (Francia). Unidad de vigilancia intensiva (reanimación médica) de pacientes oncohematológicos.
- Jefe de servicio : Profesor Benoit Schlemmer. Jefe adjunto : Profesor Elie Azoulay
- Contacto con reanimación H. Saint Louis : Secretaria: 01 42 49 94 19 Faxes: 01 42 49 94 26
Línea directa: 01 42 49 91 03

ÍNDICE:

- Breve resumen que justifica mi motivación por realizar la presente rotación externa.
- Hospital Saint-Louis:
 - Breve descripción de las características demográficas y arquitectónicas del hospital
 - Principales actividades H. Saint Louis
 - Redes de investigación H. saint louis
- Labor asistencial:
 - Clasificación de los diferentes pacientes atendidos durante la rotación. Se expone de forma detallada el apellido de cada paciente así como los antecedentes patológicos mas destacados en relación con el motivo de ingreso en UCI
- Labor docente:
 - Exposición de las Sesiones realizadas por mí durante la rotación
 - Asistencia al congreso Francés de cuidados intensivos 2013 celebrado en Paris
 - Proyectos de investigación en los que he participado y descripción de los nuevos proyectos de investigación iniciados conjuntamente con Dr Azoulay a raíz de la presente rotación
- Técnicas realizadas
- Pacientes atendidos durante la rotación

BREVE INTRODUCCIÓN:

El pronóstico de las enfermedades hematológicas, principalmente las tumorales, ha experimentado un importante avance en las últimas dos décadas debido sobre todo a la mejora en los nuevos tratamientos quimioterápicos, del trasplante de médula ósea (TMO), pero también en el manejo de la sepsis y de la terapia antimicrobiana. Hoy en día, aproximadamente el 40% de los pacientes con enfermedades hematológicas sobrevive más de 5 años y se estima que casi el 30% de estos pacientes puede ser curado

La intensificación terapéutica asocia un aumento de la supervivencia, lo que significa también un aumento de las complicaciones potenciales que amenazan la vida de estos pacientes y que requieren el ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), algo que hace años era muy poco frecuente. En este sentido, clásicamente se pensaba que el paciente con un tumor hematológico que ingresaba en UCI tenía muy pocas posibilidades de recuperarse. Sin embargo, en los últimos años hay claras evidencias que estos pacientes se benefician de esta práctica.

En un estudio de Benoit et al, comparaban la supervivencia a los seis meses entre pacientes enfermos con y sin malignidad hematológica, y concluyeron que no había diferencias pronóstica a los seis meses. Según esto, parece claro que el hecho de tener la presencia de un cáncer subyacente no puede ser considerada como una contraindicación para decidir si un paciente debe o no ingresar en UCI.

Sin embargo, estos buenos resultados no deberían justificar la perseverancia terapéutica en casos de mal pronóstico vital, ni rechazar el cuidado paliativo en los pacientes que están en una situación de extrema gravedad. El suministro de la terapia avanzada que prolonga la vida a pacientes se asocia con una enorme carga emocional para pacientes, familiares y personal sanitario así como con un aumento considerable del uso de recursos y costes para la sociedad.

La cuestión más importante es que tenemos que individualizar cada caso, de preferencia en el entorno de una valoración multidisciplinar, ya que la decisión de promover o rechazar la terapia de soporte, por ejemplo con el ingreso y tratamiento invasivo en UCI suele ser una decisión difícil en la práctica diaria. Y tampoco hay muchas evidencias científicas, por la escasa literatura específica de pacientes con cancer hematológico en el entorno de UCI. Aunque, existen una serie de factores de riesgo mejor definidos, que influyen en la mala evolución de estos pacientes, sin embargo, no existe un consenso claro sobre los factores pronósticos en los cuales basarse para decidir o no su ingreso y tratamiento en UCI.

Por todos estos motivos, me pareció muy interesante rotar en una UCi especializada en pacientes oncohematológicos.

HOSPITAL SAINT-LOUIS:

EL motivo de la presente rotación ha sido profundizar en los conocimientos sobre el manejo de pacientes oncohematológicos. Para mi tiene especial interés el campo de las enfermedades infecciosas y dentro de este, aquellas que se presentan en los pacientes inmunodeprimidos. Por este motivo mi rotación ha sido en la Unidad de Cuidados Intensivos de Hospital Saint Louis. Se trata de un Hospital de segundo nivel que carece de especialidades como: neurocirugía, cirugía cardíaca y cirugía torácica.

La UCI tiene 12 camas con única atención a pacientes con patología médica (existe otra UCI en el hospital pero es para pacientes quirúrgicos). Se pueden hacer dos distinciones dentro del tipo de paciente médico que se trata en esta UCI :

- Por un lado, se trata de una UCI médica POLIVALENTE, que trata patologías médicas como: insuficiencia respiratoria aguda (técnicas invasivas o no invasivas de ventilación mecánica), estado de shock, insuficiencia renal (diálisis), coma, meningitis, encefalitis, estado de mal convulsivo, sepsis grave.
- Por otro lado se trata de una UCI especializada en pacientes INMUNODEPRIMIDOS: tumores hematológicos malignos, pacientes trasplantados, VIH, complicación de las quimioterapias, neutropenia febril y sepsis severa.

Las principales actividades de La unidad de Cuidados Intensivos (Reanimación médica) del Hospital Saint Louis son las siguientes :

- 1.- Dar cobertura al servicio móvil de urgencias médicas (SAMU Paris)
- 2.- Dar cobertura a los servicios de urgencias de la región de Île-de-France
- 3.- Atención a los pacientes médicos que provienen de todos los servicios del H. Saint-Louis (urgencias, medicina interna, neumología, enfermedades infecciosas y tropicales, nefrología y nueve servicios de hematología)
- 4.- Dar cobertura a las urgencias hematológicas que provienen del conjunto de los hospitales parisinos.

Se trata de una Unidad intensiva puntera en el manejo de pacientes inmunodeprimidos, para ello forma parte de diferentes redes cuyo objetivo es trabajar de forma MULTIDISCIPLINAR con el objetivo de mejorar la asistencia médica a estos pacientes :

- 1.- FAMIREA, fundado para mejorar la calidad de la información aportada a las familias de los pacientes, este grupo de búsqueda reúne más de 300 unidades de vigilancia intensiva en 30 países de Europa.
- 2.- Grupo de Búsqueda en Reanimación Respiratoria Onco-hématologique (GRRR-OH), comprende 20 unidades de vigilancia intensiva en Neumología y en Inmunodepresión.

Así mismo, se trata de unidad dedicada a la investigación, para ello forma parte de diferentes REDES de INVESTIGACION :

- 1.- OUTCOMEREA, al principio de una base de datos evolutiva que tiene como objetivo mejorar la calidad de los cuidados y la prevención de las infecciones nosocomiales en reanimación.
- 2.- CUB REA: base de datos de la región de Île-de-France de las unidades de vigilancia intensiva.
- 3.- REVA : red europea de ventilación mecánica.

Así mismo, el servicio de reanimación médica del hospital San - Luis es miembro de varias sociedades científicas:

- 1._ SRLF: sociedad de Reanimación de Lengua francesa
- 2._ ESICM: European Society of Intensive Care Medicine
- 3._ SPLF: sociedad de Neumología de Lengua francesa
- 4._ ATS: American Thoracic Society
- 5.- SPILF: sociedad de Patología Infecciosa de Lengua francesa

La tasa de Ocupación del servicio está alrededor del 85 % y el equipo se esfuerza por tener una capacidad de acogida permanente.

LABOR ASISTENCIAL:

Como he mencionado anteriormente, el Hospital Saint-Louis es un hospital universitario con una enorme vocación por la enseñanza. La labor asistencial diaria se realiza conjuntamente entre: médicos adjuntos, fellowship, residentes y estudiantes.

La jornada laboral abarca desde las 8.45h hasta las 18.00h. A las 8.45h se realiza el pase de guardia durante el cual, los médicos que salen de guardia, informan al equipo que entra a trabajar sobre la situación de los pacientes. El pase suele terminar a las 9.45h, es en este momento cuando los adjuntos, fellowship, residentes y estudiantes, visitan justos a los pacientes. A pie de cama se realiza un examen exhaustivo del paciente, reflexionando también a pie de cama sobre las nuevas actitudes diagnóstico-terapéuticas a seguir. De 13.00h a 14.00h, dependiendo del día de la semana, se realiza :

- ✓ Lunes : nuevo pase de guardia
- ✓ Martes : sesión impartida por alguien del servicio
 - Martes 15 enero: impartida por María Aranda Pérez. Título » Riñón del mieloma »
 - Martes 22 enero : impartida por María Aranda Perez. Título »Neumonía por *Pneumocystis carinii* »
 - Martes 29 enero: impartida por residente del servicio. Título »terapéutica transfusional en uci »
 - Martes 5 febrero : impartida por Maria Aranda Perez . Título » Acidosis láctica neoplásica »
- ✓ Miércoles : sesión conjunta con otro servicio del hospital ; Durante mi rotación he asistido a las siguientes sesiones :
 - Miércoles 16 enero : sesión con medicina interna. Título : «Sd de reconstitución inmune »
 - Miércoles 23 enero : sesión con microbiología. Título « nuevas resistencias antibióticas »
 - Miércoles 30 enero : sesión con hematología. Título « Sd lisis tumoral »
 - Miércoles 6 febrero : sesión con oncología. Título « tratamientos quimioterápicos y TEP »
- ✓ Jueves : sesión con el microbiólogo encargado de analizar las muestras de los pacientes ingresados en UCI que se envían a microbiología. Se realiza una reunión con doble feed-back, por un lado el microbiólogo informa a los médicos de UCI de los resultados microbiológicos obtenidos y por otro, los intensivistas informan al microbiólogo de todos y cada uno de los pacientes ingresados en UCI. Se expone detalladamente toda la Historia clínica del paciente. De esta manera el microbiólogo tiene una visión completa del paciente. Según esto, durante la reunión se analizan las diferentes posibilidades microbiológicas más probables y en función de esto se decide conjuntamente cuales son los tratamientos antibióticos más oportunos ; Según lo anteriormente expuesto se realiza un enfoque multidisciplinar de los pacientes con lo se beneficia que esto puede tener (por ejemplo, evitar resistencias antibióticas por uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro).
- ✓ Viernes : nuevo pase de guardia

De 14.00h a 15.00h se come. Desde las 15.00h hasta las 18.00h se realizan las tareas pendientes como por ejemplo : escribir las historias clínicas o los comentarios de evolución de los pacientes, realizar las técnicas pendientes... etc.

En la próxima tabla reflejo los diferentes pacientes que han ingresado en la UCI y, por tanto, que he atendido. Queda reflejado el nombre del paciente, los antecedentes personales patológicos de interés y el motivo de ingreso en UCI :

LABOR DOCENTE:

1. He impartido las siguientes sesiones clínicas:
 - Martes 22 enero : Título »Neumonía por *Pneumocystis carinii* »
 - Martes 5 febrero : Título »Acidosis láctica neoplásica»
2. He sido ayudante de las prácticas que realizan los estudiantes de medicina en el hospital
3. He sido invitada al congreso Nacional de Cuidados Intensivos celebrado en París los días 16, 17 y 18 de enero; **"41 st International Congress On Intensive Care Medicine (In collaboration with the Spanish Society of Critical Care Medicine)"**. He asistido a las siguientes conferencias:
 - ✓ Miércoles 16 de enero.
 - Conference: Innate immunity: *from bugs to humans*
 - Scientific Session: *The future of sepsis research*
 - Scientific Session: *Research in sepsis: new directions*
 - Pro/con Session: *Catecholamines: first choice in shock!*
 - Symposium: *Potencial value of selective beta1-antagonists in sepsis*
 - ✓ Jueves 17 enero:
 - Meet the Experts: ARDS
 - Scientific Session: *the epidemic of procedural pain in the ICU*
 - Scientific Session: *Management of invasive fungal infections and Clostridium difficile in ICU*
 - Scientific Session: *Non-hemodynamic effects of catecholamines*
 - Symposium : *Hemodynamic monitoring: a complete picture*
 - ✓ Viernes 18 enero
 - Meet the Experts: *Community-acquired pneumonia*
 - Conference: *the evolution and accuracy of ARDS definition*
 - Scientific Session: *Catheter infection: what is new!*
 - Symposium : *High-flow nasal oxygen therapy*
 - Scientific Session: *Severe community acquired infections: news, pitfalls and controversies.*
4. Estudios de investigación
 - ✓ Hipotermia en estados epilépticos convulsivos
 - Objetivo. Evaluar la eficacia de un protocolo de hipotermia moderada 32.34 grados durante 24 horas en disminuir la mortalidad en 3 meses de pacientes hospitalizados en reanimación con VM y estado epiléptico convulsivo
 - ✓ Profilaxis con micafungina en pacientes no inmunodeprimidos colonizados por candida

TÉCNICAS REALIZADAS:

Durante la rotación no he podido realizar ninguna técnica ya que según las normas del servicio siempre las realizarán los residentes del propio hospital.

PACIENTES ATENDIDOS DURANTE LA ROTACIÓN:

PACIENTE	ANTECEDENTES	DIAGNÓSTICO
MEURIOT	LLC	I. respiratoria aguda
CHAHBOUNI	Asma grave	I. respiratoria aguda
DIALLO	Linfoma burkitt	Sd lisis tumoral
GROSS	MM	I. renal cronica agudizada
HENAULT	Linfoma B celula grande	I. respiratoria aguda
ANGUINA	VIH/PTI	Shock septico
SERRANO	MM	Shock septico
LLAMAS	EPOC	broncoespasmo
BERARD	Asma grave	I. respiratoria aguda
ROCH	MM	I. renal cronica agudizada
GORIOT	MM (talidomida). TEP	HDA
PASQUIER VOILLOT	Ci OH	Sepsis severa respiratoria
DAHMANI	ADVP	Coma heroína
GHEDIN	Ci OH	Shock septico abdominal
EVORA	Anemia hemolitica	I. respiratoria aguda
SOANHOVE	LLC	I. respiratoria aguda
LEFEVRE	LNH :VIH	Neutropenia febril
GENDRON	L. Burkitt	Encefalopatía
ALCABELARD	MM	I. renal aguda
BENOVADAH	FA crònica	Isquemia intestinal
CHICOYNEAV	LH	Varicela cutanea+SDRA Neumonia SAOS
GUNER	LNH	Encefalopatía
SMIRNOV	LNH anaplasico	Sd lisis tumoral
BASSINO	Epilepsia	Coma post-estqdo convulsivo
DEBON	Linfoma T	SDRA
CAMARA	EPOC	I. respiratoria cronica agudizada
GAJEWSKI	Hepatopatía OH	Coma
BENAHMED	LLC	Coma
FERRANDO ANDRES	EPOC	I. respiratoria cronica agudizada
BAJHLY WALY	MM	I. renal qguda (Dialisis)
ARONDEL	Ci Oh Ciild C	Shock septico
PODPORSKI MORIUSE	VIH	Tuberculosispulmonar
MAUROBET	Linfoma T anaplasico	Shock septivo celulitis
SALMON	L Burkitt (aplasia)	Sepsis grave (neumonia)
JOURNO	MM	Shock hemiorrgico
CAMARA	EPOC	I. respiratoria cronica agudizada
LUBUNGU	L. Burkitt	Sd lisis tumoral
AFIR	EPOC	I. respiratoria cronica agudizada
KOLITCHEFF	Hepatopatía alcoholica	Crisis convulsiva
EVORA	Anamia hemolitica	Sepsis grave nosocomial
BAUDRILLART	LMC	Shock septico
AZOUAOU	DM	Sepsis respiratoria nosocomial
OVRAGA	AR	Neumonia comunitaria
GHEDIKIAN	Epilepsia	Estado epileptico
GOUBIN	LH-VIH	Shock septico
FERNEZ		Shock septico Neumonia

ALCABELARD		SDRA
MAHIEU	LH-Aplasia medular	SDRA
LEZEAU	EPOC	Insuficiencia Respiratoria
BERTRAND	MM-Aplasia medular	Sepsis severa
CONNAN	Linfoma burkitt...Metrotexate	Sd hemofagocitico
REITAS	LH	SDRA
SALAMA	monorreno	Agudizacion I renal cronica
MOINOULOLOU	PTT	Hemorragia digestiva
TOIRON		Intoxicacionmedicamentosa. coma
NCOHA	VIH.SIDA	Coma.toxoplasmosis CB
HUBERT	LAM	Shock septico respiratorio
MAOUCHE	Trnasplante renal izdo	Neumonia AC.SDRA
MENDIBURU	Linfoma B	Sd lisistumoral
MITHA		Bacteriemia persistente PS. Endocarditia-----
LEYSSARD	Linfoma.OT	TEP masivo
NEDELEC	Transplanterenalderecho	SDRA
DURANCY	Irenal aguda a estudio	SDRA
CONNAN	ENFERMEDAD STILL	SD hemofagocitico
MILIC	Cirrosis child b	Descompensacionascitica
GRINE	Epilepsia	Estado epileptico
BATMAN	TRANSPLANTE RENAL	Shock septicopielonefrutis
GOMES	mm	sdra
NEDELEE	I renal	Dialisis

MEURIOT

Paciente varón de 47 años. Antecedentes de LLC. Actualmente sin neutropenia. Ingresó en UCI por I. respiratoria aguda secundaria a una neumonía adquirida en la comunidad con criterios de sepsis grave. Presenta una evolución favorable con tratamiento antibiótico empírico con P-T y amikacina.

CHAHBOUNI

Paciente varón de 70 años. Antecedentes de tabaquismo activo y asma grave. Ingresó en UCI por I. respiratoria aguda secundaria a crisis asmática sin desencadenante infeccioso. Con VMNI, broncodilatadores y Mg presenta una evolución favorable sin necesidad de IOT

DIALLO

Paciente varón de 60 años. Antecedentes de Linfoma Burkitt en tratamiento quimioterápico. Ingresó en UCI por I. renal secundaria a sd de lisis tumoral. Con fluidoterapia y diálisis presenta una evolución favorable

GROSS

Paciente varón de 45 años con antecedentes de MM. Ingresó en UCI por agudización de su I renal crónica con necesidad de diálisis. Buena evolución

HENAULT

Paciente mujer de 48 años con antecedentes de Linfoma B célula grande en tratamiento quimioterápico con aplasia medular secundaria. Ingresó en UCI por I respiratoria secundaria a Neumonía comunitaria con evolución hacia un shock sepsis grave. Presenta una evolución favorable con antibioterapia empírica (P-T, amikacina y vancomicina). Ag positiva para neumococo.

ANGUINA

Paciente varón de 34 años con antecedentes de VIH y PTI. En tratamiento antirretroviral con buen control, última carga viral indetectable. Ingresó en UCI por I respiratoria con criterios de sepsis grave. Evoluciona hacia un shock séptico secundario a Neumonía comunitaria con SDRA. Evolución tórpida con antibioterapia empírica inicial (P-T, Amikacina, vancomicina). Ante la mala evolución se realiza TC tx con evidencia de nódulos pulmonares con efecto halo. Con sospecha diagnóstica de aspergilosis pulmonar invasiva se inicia TAE con voriconazol. Ag galactomanano negativos. Buena evolución

SERRANO

Paciente mujer de 43 años, natural de Nigeria. Antecedentes de MM con I renal crónica por riñón del mieloma. Ingresó en UCI por shock séptico secundario a pielonefritis aguda. Buena evolución con Piperacilina-tazobactam con un urocultivo con aislamiento de *E coli* sensible

LLAMAS

Paciente varón de 39 años. Antecedentes de tabaquismo activo y EPOC grave. Ingresó en UCI por I respiratoria secundaria a broncoespasmo severo. Con BD, VMNI y levofloxacino empírico presenta una evolución favorable

BERARD

Paciente mujer de 49 años. Antecedentes de asma grave. Ingresó en UCI por I respiratoria aguda secundaria a crisis asmática. Buena evolución con BD, VMNI y magnesio

ROCH

Paciente mujer de 55 años con antecedentes de MM e I renal crónica secundaria, ingresó en UCI por agudización de su I renal crónica con necesidad de Diálisis urgente. Buena evolución.

GORIOT

Paciente varón de 40 años con antecedentes de MM en tratamiento quimioterápico con talidomida. Ingresó en Hospital Saint-Louis por I respiratoria secundaria a TEP, motivo por el que recibe tratamiento anticoagulante con heparina de BPM. En este contexto presenta una HDA con Hb mínima de 5g-dl. Con diagnóstico de shock hemorrágico ingresó en UCI. Buena evolución con esclerosis endoscópica y trasfusión de hemoderivados.

PASQUIER VOILLOT

Paciente varón de 45 años con antecedentes de alcoholismo y Ci OH secundaria child B. Ingresó en UCI por sepsis severa secundaria a neumonía comunitaria. Buena evolución con cefotaxima y amikacina

DAHMANI

Paciente varón de 29 años. Antecedentes de ADVP y VIH estadio SIDA. Ingresó en UCI por coma secundario a intoxicación por heroína. Buena evolución con IOT

GHEDIN

Paciente varón de 48 años con antecedentes de OH y CI OH secundaria. Ingresó en UCI por descompensación ascítica con sepsis grave secundaria a peritonitis bacteriana espontánea. Buena evolución con ceftriaxona

EVORA

Paciente mujer de 40 años con antecedentes de Anemia hemolítica autoinmune. Ingresó en UCI por I respiratoria aguda secundaria a neumonía comunitaria por SAOS. Buena evolución con P-T y posteriormente con oxacilina

SOANHOVE

Paciente varón de 50 años con antecedentes de LLC. Ingresó en UCI por I respiratoria secundaria a neumonía comunitaria con criterios de sepsis grave. Buena evolución con cefotaxima. Sin aislamiento microbiológico

LEFEVRE

Paciente varón de 36 años con antecedentes de VIH, último control CD4 100. Ingresó en UCI por neutropenia febril con evolución hacia un shock séptico secundario a neumonía comunitaria. Bajo tto empírico con P-T, amikacina, vancomicina y cotrimoxazol presenta una evolución favorable. Fibrobroncoscopia con quistes de *pneumocystis*

GENRON

Paciente varón de 48 años con antecedentes de Linfoma Burkitt en tratamiento quimioterápico. Ingresó en UCI por encefalopatía secundaria a infiltración tumoral cerebral. Buena evolución con IOT y quimioterapia.

ALCABELARD

Paciente varón de 45 años con antecedentes de MM. Ingresó en UCI por I renal aguda secundaria a mieloma. Buena evolución con terapias de reemplazo renal

BENOVADAH

Paciente varón de 78 años con antecedentes de Fibrilación auricular que ingresó en UCI por isquemia intestinal probablemente secundaria a émbolo. Mala evolución (paciente es exito a las 2 horas de ingreso en UCI)

CHICOYNEAV

Paciente mujer de 37 años con antecedentes de Linfoma Hodking. Ingresó en UCI por varicela cutánea e I respiratoria que precisa IOT y conexión a VM. Buena evolución con aciclovir, P-T y amikacina. Finalmente aislamiento en BAS y BAL de SAOS.

GUNER

Paciente varón de 43 años con antecedentes de Linfoma no Hodkin. Ingresó en UCI por encefalopatía que precisa IOT y conexión a VM. Punción lumbar y TC craneal son signos de infiltración cerebral tumoral

SMIRNOV

Paciente varón de 40 años con antecedentes de LNH anaplásico ingresó en UCI por SD de lisis tumoral. Buena evolución con fluidoterapia y diálisis

BASSINO

Paciente mujer de 35 años con antecedentes de epilepsia (antecedentes de tumor cerebral en la infancia). Ingresa en UCI por estado epiléptico convulsivo que precisa IOT y conexión a VM. Buena evolución con antiepilépticos

DEBON

Paciente varón de 53 años con antecedentes de linfoma T en tratamiento quimioterápico. Ingresa en UCI por I respiratoria aguda secundaria a NAC con aislamiento de *Ps aeruginosa* en BAS. Buena evolución con ceftazidima y amikacina

CAMARA

Paciente varón de 56 años con antecedentes de tabaquismo y EPOC secundario. Ingresa en UCI por broncoespasmo con I respiratoria secundaria sin desencadenante infeccioso. Buena evolución con azitromicina

GAJEWSKI

Paciente varón de 42 años con antecedentes de OH y Ci OH Child B. Ingresa en UCI por coma en el contexto de encefalopatía hepática. Buena evolución con IOT y conexión a VM.

BENAHMED

Paciente varón de 46 años con antecedentes de LLC. Ingresa en UCI por coma secundario a sepsis respiratoria. Buena evolución con IOT y conexión a VM, P-T y amikacina

FERRANDO

Paciente varón de 55 años con antecedentes de tabaquismo y EPOC grave que ingresa en UCI por Insuficiencia respiratoria secundaria a broncoespasmo que precisa IOT y conexión a VM. Buena evolución con cefotaxima y azitromicina. Sin aislamiento microbiológico

BAJHLY

Paciente varón de 49 años con antecedente de MM . Ingresa en UCI por I. renal aguda que precisa diálisis

ARONDEL

Paciente varón de 37 años con antecedente de alcoholismo y cirrosis OH secundaria Child C que ingresa en UCI por shock séptico de foco abdominal. Paracentesis con peritonitis bacteriana espontánea por *Pseudomonas aeruginosa*. Buena evolución con ceftriaxona.

PODPORSKI

Paciente mujer de 46 años con antecedentes de VIH en tto antirretroviral, ingresa en UCI por tuberculosis pulmonar. Buena evolución con tuberculostáticos sin necesidad de IOT.

MAUROBET

Paciente varón de 37 años con antecedentes de Linfoma T anaplásico que ingresa en UCI por shock séptico secundario a celulitis. Buena evolución con Piperacilina-tazobactam y linezolid. Frotis con aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa*

SALMON

Paciente varón de 34 años con antecedentes de linfoma Burkitt con aplasia medular secundaria a tratamiento quimioterápico. Ingresa en UCI por sepsis grave secundaria a neumonía comunitaria con antigenuria positiva para neumococo. Buena evolución con P-T, vancomicina y amikacina

JOURNO

Paciente mujer de 39 años con antecedentes de MM ingresa en UCI por shock hemorrágico secundario a HDA por úlcera duodenal. Buena evolución con esclerosis endoscópica

CAMARA

Paciente varón de 65 años con antecedentes de tabaquismo y EPOC que ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria secundaria a broncoespasmo sin desencadenante infeccioso. Buena evolución con Broncodilatadores, corticoides y VMNI

LUBUNGU

Paciente varón de 40 años con antecedentes de Linfoma Burkitt que ingresa en UCI por sd de lisis tumoral. Buena evolución con fluidoterapia y diálisis

AFIR

Paciente varón de 54 años con antecedentes de Tabaquismo y EPOC que ingresa en UCI por I respiratoria aguda secundaria a broncoespasmo. Buena evolución con BD, CC y VMNI

KOLITCHEFF

Paciente varón de 43 años con antecedente de OH y hepatopatía OH secundaria. Ingresó en UCI por estado epiléptico. Buena evolución con IOT y VM

EVORA

Paciente mujer de 48 años con antecedentes de anemia hemolítica que ingresa en UCI por sepsis grave de foco desconocido. Buena evolución con P-T

BRAUDILLART

Paciente varón de 54 años con antecedentes de leucemia mieloide crónica que ingresa en UCI en situación de shock séptico secundario a pielonefritis. Buena evolución con piperacilina-tazobactam. Aislamiento de *E coli* sensible en HC

AZOUAOU

Paciente mujer de 57 años con antecedentes de diabetes mellitus que ingresa en UCI con diagnóstico de sepsis respiratoria secundaria a neumonía nosocomial. Buena evolución con piperacilina-tazobactam y Ventilación mecánica no invasiva. Esputo con aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* sensible.

OVRAGA

Paciente mujer de 45 años con antecedentes de artritis reumatoide que ingresa en UCI por neumonía comunitaria con criterios de sepsis grave. Antigenuria positiva para neumococo con hemocultivos negativos. Buena evolución con piperacilina-tazobactam

GHEDIKIAN

Paciente varón de 28 años con antecedentes de epilepsia de aparición tras cirugía cerebral por neoplasia. Ingresó en UCI por estado epiléptico convulsivo. Buena evolución con antiepilépticos e intubación orotraqueal

GOUBIN

Paciente varón de 32 años con antecedentes de linfoma Hodgkin y VIH que ingresa en UCI con sospecha diagnóstica de sepsis de foco desconocido. Mala evolución, el paciente fallece a las 7 horas de ingreso en UCI

FERNEZ

Paciente varón sin antecedentes de interés que ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria aguda con criterios de sepsis. Finalmente es diagnosticado de una neumonía que evoluciona hacia un shock séptico con fracaso multiorgánico. Permanece ingresado en UCI durante 8 días, periodo en el que recibe tratamiento empírico con cefotaxima y azitromicina. Una vez que evoluciona hacia el shock se amplía cobertura con piperacilina-tazobactam

ALCABELARD

Paciente varón de 42 años sin antecedentes de interés que ingresa en UCI por I. respiratoria aguda secundaria a neumonía comunitaria con bacteriemia por neumococo. Buena evolución con cefotaxima.

MAHIEU

Paciente varón de 35 años con antecedentes linfoma Hodgkin en tratamiento quimioterápico con aplasia medular secundaria. Ingresó en UCI por insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía comunitaria. Buena evolución con ceftazidima y azitromicina

LEZEAU

Paciente varón de 78 años con antecedentes de tabaquismo y EPOC secundaria que ingresa en UCI por exacerbación de EPOC secundaria a traqueobronquitis con neumococo. Buena evolución con levofloxacino

BERTRAND

Paciente mujer de 42 años con antecedentes de mieloma múltiple y aplasia medular secundaria que ingresa en UCI por shock séptico de foco abdominal. Tc abdominal urgente con megacolon con toxina de *Clostridium difficile* positiva. Mala evolución, la paciente es exitosa a las 8 horas de su ingreso en UCI a pesar de recibir tratamiento endovenoso con metronidazol y vancomicina

CONNAN

Paciente varón de 64 años con antecedentes de mieloma múltiple en tratamiento con metotrexato que ingresa en UCI por sd hemofagocítico. Buena evolución con etopósido y corticoides

REITAS

Paciente varón de 55 años con antecedentes de linfoma Hodgkin que ingresa en UCI por I. respiratoria aguda secundaria a neumonía comunitaria con criterios de sepsis grave. Buena evolución con oxigenoterapia y piperacilina-tazobactam empíricos. Sin aislamiento microbiológico

SALAMA

Paciente mujer de 52 años monorrena, que ingresa en UCI por agudización de su I. renal crónica con necesidad de diálisis.

MOINOULGLOU

Paciente varón de 34 años con antecedentes de púrpura trombótica trombocitopénica que ingresa en UCI por sangrado digestivo alto. Buena evolución con esclerosis endoscópica y transfusión de hemoderivados.

TOIRON

Paciente mujer de 27 años sin antecedentes de interés que ingresa en UCI en situación de coma por intoxicación medicamentosa (8 intentos autolíticos). Buena evolución con intubación orotraqueal y diálisis

NCOHA

Paciente varón de 34 años con antecedente de VIH estadio SIDA que ingresa en UCI por encefalopatía, siendo finalmente diagnosticado de una toxoplasmosis cerebral. Buena evolución con primetamina y sulfadiazina

HUBERT

Paciente varón de 36 años con antecedentes de leucemia aguda mieloide que ingresa en UCI por shock séptico de foco respiratorio (neumonía nosocomial). Presenta además una neutropenia. Tórpida evolución con piperazilina-tazobactam, amikacina y vancomicina. Sin aislamiento microbiológico. Finalmente es dado de alta de UCI tras 10 días de ingreso

MAOUCHE

Paciente mujer de 46 años con antecedentes de neo renal que precisa trasplante. Ingresó en UCI por una neumonía adquirida en la comunidad que evoluciona hacia un sd de distress respiratoria agudo. Tórpida evolución con piperacilina-tazobactam que posteriormente (ante la mala evolución) se amplía con amikacina y vancomicina. Dada de alta de UCI a los 12 días desde su ingreso. Sin aislamiento microbiológico

MENDIBURU

Paciente varón de 32 años con antecedentes de linfoma B que ingresa en UCI por sd de lisis tumoral. Buena evolución con fluidoterapia y diálisis

MITHA

Paciente varón de 47 años sin antecedentes de interés que ingresa en UCI por shock séptico con bacteriemia persistente por *Pseudomonas aeruginosa*. Finalmente diagnosticado de endocarditis. Buena evolución.

LEYSSARD

Paciente varón de 62 años con antecedentes de linfoma T en tratamiento quimioterápico que ingresa en UCI por tromboembolismo pulmonar masivo con inestabilidad hemodinámica que se resuelve sin incidencias con fibrinólisis.

NEDELEC

Paciente mujer de 35 años con antecedentes de trasplante renal derecho que ingresa en UCI por I. respiratoria aguda secundaria a neumonía comunitaria. Buena evolución con piperacilina-tazobactam. Sin aislamiento microbiológico

DURANCY

Paciente mujer de 41 años que ingresa en UCI por I. renal aguda con criterios de diálisis. Buena evolución

CONNAN

Paciente varón de 33 años con antecedentes de enfermedad de Still que ingresa en UCI por sd hemofagocítico. Buena evolución con corticoides y etopósido

MILIC

Paciente mujer de 36 años con antecedentes de alcoholismo y Ci hepática secundaria que ingresa en UCI por descompensación ascítica. Buena evolución

GRINE

Paciente varón de 27 años con antecedentes de epilepsia .Ingresa en UCI por estado epiléptico no convulsivo. Buena evolución con antiepilépticos e intubación orotraqueal

BATMAN

Paciente varón de 39 años con antecedentes de trasplante renal que ingresa en UCI por shock séptico secundario a pielonefritis aguda. Buena evolución con piperacilina-tazobactam. Hemocultivo y urocultivo con *E coli* sensible

GOMES

Paciente varón de 65 años con antecedentes de mieloma múltiple que ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria aguda secundaria a neumonía comunitaria con criterios de sepsis grave. Buena evolución con piperacilina-tazobactam. Sin aislamiento microbiológico

NEDELEE

Paciente mujer de 42 años sin antecedentes de interés que ingresa en UCI por insuficiencia renal aguda con criterios de diálisis