

## **ENFERMERIA A LA VANGUARDIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN LA NUEVA ÁREA METROPOLITANA DEL MERCOSUR**

Sánchez, S.; Avellaneda, K.; Atencio, G.; Baudry, C.; Melián, A.; Mendoza, M; Muñoz, A.; Villegas, R.

Hospital María J. Becker. Ciudad de la Punta - San Luis - Argentina.

**Introducción:** La Ciudad de la Punta está emplazada en un ejido municipal de 23.271 hectáreas de las cuales 6.000 has han dado comienzo al desarrollo de la nueva urbe; se prevé que habitaran en un futuro cercano 30.000 habitantes. De Norte a Sur la surcan dos rutas principales N°3 y 146, conectados a su vez con la ruta Nacional N°7, de manera tal que favorece productiva y turísticamente, el corredor bioceánico del Mercosur. Esta Ciudad es desde el 26/03/03 la primera fundada en el Siglo XXI, de acuerdo a los límites y extensión determinadas en la Ley N°5.366. Insertado en ella se encuentra el Hospital María J. Becker; posee una superficie de terreno destinado de 25.600 m<sup>2</sup>, con su moderna edificación ocupa actualmente un total de 1.230 m<sup>2</sup>. El Equipo de Salud que desarrolla sus actividades en esta institución, brinda con gran énfasis Atención Primaria con visión integral, contemplando actuaciones individuales y generales; partiendo de las necesidades básicas del individuo y comunidad, en su modalidad de atención ambulatoria, no posee internación por el momento; lleva transcurrido 85 días desde que abrió sus puertas a la comunidad.

**Objetivo:** Expandir APS a todos y cada uno de los habitantes de la Ciudad de la Punta.

**Material y Método:** Se realizó estudio descriptivo retrospectivo sobre la base de datos registrados en las planillas de atención de enfermería, se estipuló un lapso de tiempo que va desde el 29/12/02 al 22/03/03. Se utilizó la variable, personas que enfermería le proporcionó atención, en este establecimiento. El Personal de Enfermería está comprendido por Licenciados, Enfermeros y Auxiliares de enfermería en un total de 8, para cubrir la atención en el servicio de guardia central y consultorios.

**Resultados:** Una gran cantidad de personas reside actualmente en la Ciudad de la Punta, de los cuales podemos precisar que 1520 de ellos se encontraban habitando sus 488 viviendas hasta el 20/02/03; luego la incorporación de familias, ha ido en paulatino aumento, sin tener en estos momentos cifras concretas. Además unos 2.500 operarios, cumplen tareas laborales en forma transitoria en esta zona; de toda esta población podemos precisar que **2309** (100%) vinieron a la consulta por diversos motivos, **864** (37,4%) personas fueron atendidos por enfermería, se reparte en **574** (24,6%) para el servicio central de urgencias, que comprende, pacientes ambulatorios, internación temporaria en observación (no más de 6 horas) y los derivados de los distintos consultorios; a estos se le aplicó, inyectables en sus modalidades endovenosas e intramuscular, curaciones planas, venoclisis, nebulizaciones, signos vitales, métodos físicos, y otros controles simples. Los restantes **290** (12,4%) fueron atendidos en el consultorio de enfermería; comprendió vacunación, que de este se desprende, completar e iniciar esquemas básicos en niños, embarazadas, profilaxis a trabajadores circundantes de la zona y otros esquemas específicos de antígenos alérgicos. No se destacan cifras sobre tareas en consultorio de control al niño sano, a la embarazada y otras consultas de enfermería; en relación con información preventiva y curativa, apoyo emocional/afectivo personal y familiar; elaboración de material didáctico para las charlas informativas, educativas en las salas de esperas, entrega de folletos de confección casera, visitas y seguimiento de casos en forma domiciliaria.

**Conclusión:** En una Ciudad emergente que se encuentra en franca transformación; es incipiente ofrecer resultados concluyentes; se observa que Enfermería debe superar ampliamente las actividades que brinda en consultorio en relación con las del servicio de urgencia, para obtener en un futuro, una cobertura total.

**APLICACION DEL ICH (HEMORRAGIA INTRACEREBRAL) SCORE PARA LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTANEA SUPRATENTORIAL**

Racca Velásquez F.R.; Alsina A.E.; Linares R.G.

Hospital de Agudos General Belgrano, Policlínico Central de la Unión Obrera Metalúrgica. Buenos Aires.

Introducción: Se han descrito distintos factores pronósticos (clínicos, humorales o por imágenes) con el fin de determinar la evolución de los pacientes que sufren HIC espontánea. En un estudio efectuado en San Francisco (USA) se describe el ICH score (STROKE.2001 Apr;32(4):891-7), en el que asignando puntajes de acuerdo a la edad del paciente, volumen del sangrado, hemorragia intraventricular, origen infratentorial del sangrado y score de Glasgow permite predecir la evolución de los pacientes.

Objetivo: Considerando que las implicancias de una hemorragia en el espacio supratentorial son distintas a las de una infratentorial (indicación quirúrgica, efecto de masa, etc.) efectuamos un estudio con el fin de determinar si la aplicación del ICH score puede predecir la evolución de los pacientes que sufren HIC espontánea supratentorial.

Material y métodos: Efectuamos una revisión de Historias Clínicas de pacientes con HIC espontánea supratentorial admitidos entre enero de 1998 y diciembre del 2001 y analizamos la edad de los pacientes, el score de Glasgow después de la reanimación inicial, el volumen del sangrado y la presencia de sangre en el espacio intraventricular, asignándoles puntaje en forma similar a la aplicada en el ICH score:

	0	1	2
EDAD	< 80	≥ 80	
VOLUMEN	<30cc.	≥30cc.	
VOLCADO VENTRICULAR	NO	SI	
SCORE DE GLASGOW	13-15	5-12	3-4

La metodología estadística utilizada fue: descriptiva univariada, expresada como frecuencias, porcentajes y medias globales, luego se efectuó la estadística inferencial bivariada, comparando frecuencias y medias entre sobrevivientes y no sobrevivientes, luego se sometieron a las variables al análisis multivariado según método de Regresión Logística Múltiple para averiguar su impacto y participación individual en la mortalidad. El modelo se midió a través del ajuste de bondad de Hosmer Lemeshow. La variable dependiente fue la evolución en UTI. El nivel de significación fue establecido para una  $p < 0.05$  para dos colas. El análisis fue efectuado en una PC IBM compatible AMD-K6/2 con los programas estadísticos SPSS 10.0 para windows y Simstat 1.24 para windows.

Resultados: El valor de Hosmer Lemeshow es de 2.721 correspondiendo a una  $p$  de 0.606, significando que los valores observados no difieren significativamente de los pronosticados, esto sugiere que el score se ajusta en su pronóstico a la realidad; es decir, posee un buen poder predictivo.

El score tiene un 96.2% de especificidad (predicción correcta de los sobrevivientes) y una sensibilidad del 90.0% (predicción correcta de no sobrevivientes) implicando una clasificación correcta global del 94.0% (curva ROC = 0.969).

El valor total del score posee un estadístico de Wald de 17.755 correspondiendo a un valor  $p < 0.001$ .

El Odds Ratio promedio del score es de 12.558, lo que significa que por cada punto de incremento en el score se eleva 12 veces la probabilidad de mortalidad global. Las diferencias de valores entre sobrevivientes y no sobrevivientes para el volumen y para el score de Glasgow son altamente significativas ( $p < 0.001$ ), no siendo significativa en la predicción matemática la edad ni el volcado ventricular.

Conclusiones: Se observó en nuestra serie un aumento en la mortalidad directamente proporcional al aumento del puntaje asignado a cada paciente en concordancia con lo informado en el "ICH score" original, encontrándose que los que aportan fundamentalmente al modelo matemático son el score de Glasgow en sus tres categorías y el volumen.

**APLICACION DEL ICH (HEMORRAGIA INTRACEREBRAL) SCORE PARA LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTANEA SUPRATENTORIAL**

Racca Velásquez F.R.; Alsina A.E.; Linares R.G.

Hospital de Agudos General Belgrano, Policlínico Central de la Unión Obrera Metalúrgica. Buenos Aires.

**Introducción:** Se han descrito distintos factores pronósticos (clínicos, humorales o por imágenes) con el fin de determinar la evolución de los pacientes que sufren HIC espontánea. En un estudio efectuado en San Francisco (USA) se describe el ICH score (STROKE.2001 Apr;32(4):891-7), en el que asignando puntajes de acuerdo a la edad del paciente, volumen del sangrado, hemorragia intraventricular, origen infratentorial del sangrado y score de Glasgow permite predecir la evolución de los pacientes.

**Objetivo:** Considerando que las implicancias de una hemorragia en el espacio supratentorial son distintas a las de una infratentorial (indicación quirúrgica, efecto de masa, etc.) efectuamos un estudio con el fin de determinar si la aplicación del ICH score puede predecir la evolución de los pacientes que sufren HIC espontánea supratentorial.

**Material y métodos:** Efectuamos una revisión de Historias Clínicas de pacientes con HIC espontánea supratentorial admitidos entre enero de 1998 y diciembre del 2001 y analizamos la edad de los pacientes, el score de Glasgow después de la reanimación inicial, el volumen del sangrado y la presencia de sangre en el espacio intraventricular, asignándoles puntaje en forma similar a la aplicada en el ICH score:

	0	1	2
EDAD	< 80	≥ 80	
VOLUMEN	<30cc.	≥30cc.	
VOLCADO VENTRICULAR	NO	SI	
SCORE DE GLASGOW	13-15	5-12	3-4

La metodología estadística utilizada fue: descriptiva univariada, expresada como frecuencias, porcentajes y medias globales, luego se efectuó la estadística inferencial bivariada, comparando frecuencias y medias entre sobrevivientes y no sobrevivientes, luego se sometieron a las variables al análisis multivariado según método de Regresión Logística Múltiple para averiguar su impacto y participación individual en la mortalidad. El modelo se midió a través del ajuste de bondad de Hosmer Lemeshow. La variable dependiente fue la evolución en UTI. El nivel de significación fue establecido para una  $p < 0.05$  para dos colas. El análisis fue efectuado en una PC IBM compatible AMD-K6/2 con los programas estadísticos SPSS 10.0 para windows y Simstat 1.24 para windows.

**Resultados:** El valor de Hosmer Lemeshow es de 2.721 correspondiendo a una  $p$  de 0.606, significando que los valores observados no difieren significativamente de los pronosticados, esto sugiere que el score se ajusta en su pronóstico a la realidad; es decir, posee un buen poder predictivo.

El score tiene un 96.2% de especificidad (predicción correcta de los sobrevivientes) y una sensibilidad del 90.0% (predicción correcta de no sobrevivientes) implicando una clasificación correcta global del 94.0% (curva ROC = 0.969).

El valor total del score posee un estadístico de Wald de 17.755 correspondiendo a un valor  $p < 0.001$ .

El Odds Ratio promedio del score es de 12.558, lo que significa que por cada punto de incremento en el score se eleva 12 veces la probabilidad de mortalidad global. Las diferencias de valores entre sobrevivientes y no sobrevivientes para el volumen y para el score de Glasgow son altamente significativas ( $p < 0.001$ ), no siendo significativa en la predicción matemática la edad ni el volcado ventricular.

**Conclusiones:** Se observó en nuestra serie un aumento en la mortalidad directamente proporcional al aumento del puntaje asignado a cada paciente en concordancia con lo informado en el "ICH score" original, encontrándose que los que aportan fundamentalmente al modelo matemático son el score de Glasgow en sus tres categorías y el volumen.



**ABSCESO HEPATICO BACTERIANO. RECOPIACION DE SEIS CASOS DURANTE UN AÑO EN UN HOSPITAL POLIVALENTE.**

R. Buffa, M. Tejerina.

Servicio U.T.I., Comité Infectología, Hospital Regional J.B.Iturraspe, Cullen 450 (2400) San Francisco, Pcia. Córdoba, Argentina.

Objetivo: Actualizar protocolos de diagnóstico y tratamiento en absceso hepático a raíz de seis casos recopilados en el transcurso de un año en nuestro hospital.

Material y métodos: Se recopilaron pacientes ingresados al servicio de U.T.I. durante un año, los cuáles fueron compartidos con los servicios de clínica médica, cirugía y pediatría, coordinados por el comité de infectología de la institución.

Resultados: Se estudiaron y trataron seis pacientes durante los meses de diciembre del año 2001 y diciembre del 2002, con diagnóstico compatible con absceso hepático bacteriano. Cinco de ellos fueron múltiples y uno solitario. La edad promedio de los pacientes fue de 35 años, predominó el sexo masculino. Tres de ellos ingresaron a U.T.I con el diagnóstico de sepsis. La mayoría de los pacientes presentaban patología quirúrgica previa como herida de bala, trauma de hígado, cirugía endoscópica de vías biliares por litiasis residual, cirugía abdominal por foco intraabdominal. En tres de ellos se pudo realizar aislamiento bacteriológico siendo los gérmenes identificados Pseudomona aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Echerichia coli. Cuatro de ellos fueron drenados quirúrgicamente, dos recibieron tratamiento médico solamente. El tiempo de tratamiento antibiótico en todos los casos fue de 40 días. La fiebre persistió entre 5 y 30 días desde el comienzo de la antibióticoterapia. Los esquemas realizados fueron los siguientes: metronidazol + meropenem.

metronidazol + piperacilina + amikacina.

metronidazol + ciprofloxacina + ampicilina-IBL.

metronidazol + ciprofloxacina + cefotaxima.

El promedio de días de internación en U.T.I. fue de 8,5 días y el de permanencia hospitalaria de 44 días. No se registró ninguna muerte. Todos los pacientes fueron estudiados con ecografía abdominal y T.A.C. solamente a uno de ellos se le realizó centellografía y a otro colangiografía.

Conclusiones: Con el advenimiento de los distintos antibióticos y el apoyo de los distintos métodos diagnóstico utilizados de manera temprana, esta patología ha reducido notoriamente las tasas de mortalidad, las cuáles oscilan entre un 10 y un 16% según los autores consultados. Es muy importante reconocer los altos costos que ésta patología conlleva, teniendo en cuenta los tiempos de antibióticoterapia, días de permanencia y cuidados asociados.

Bibliografía:

- 1- Mandell, G;Bennet,J; Dolin,R. Enfermedades infecciosas, principios y prácticas. 4º Ed. Panamericana. Buenos Aires Noviembre 1996.
- 2- Findor, J;Sapunar,I. Enfermedades del hígado y las vías biliares. 2º Ed. Editorial Akadia. Buenos 1990.
- 3- Sheila,S. Enfermedades del hígado y vías biliares. Ed. 9º. Merban libros. España. 1996.
- 4- Gyorffy EJ, Frey CF, Silva J Jr, Mcgahan J. Pyogenic liver abscess. Diagnostic and therapeutic strategies. PMID: 3318726 (PubMed – indexed for MEDLINE)

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator: Tejerina Maximiliano

Domicilio: Sarmiento 297

Código Postal : 2400

Ciudad : San Francisco

Provincia: Córdoba

País: Argentina

Teléfono (Indicar código de área): 03564- 429590

Fax (Indicar código de área)

Email : pambach@arnet.com.ar

Institución a la que pertenece : Hospital J.B.Iturraspe.....

**UNA COMPARACION DE DOS MODOS VENTILATORIOS, SU EFECTO SOBRE LA MORTALIDAD Y EL TIEMPO DE VENTILACION MECANICA EN PACIENTES PEDIATRICOS CON FALLO RESPIRATORIO AGUDO HIPOXEMICO**

Farias JA, Retta A, Amaro H, Meregalli C, Siabas A, Steiner J, Vicario MJ, Ramírez N, Sheahan G, Ko I, Gonzalez G, Olazarri F.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (Bs. As).

**Objetivo:** Comparar dos estrategias de ventilación en pacientes pediátricos con fallo respiratorio agudo hipoxémico (FRAH), su efecto sobre la mortalidad, la duración de la asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y la estadía en la unidad de cuidados intensivos pediátricos.**Población y métodos:** Los pacientes incluidos en el estudio debían cumplir con todos los siguientes requisitos a) edad entre 1 mes y 15 años b) relación  $PaO_2/FiO_2 < 300$  con PEEP  $> 5$  cm  $H_2O$  c) comienzo agudo de la causa que precipitó la AVM 4) necesidad de AVM al menos por 12 horas.

Fueron excluidos aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria crónica agudizada, coma, TEC, neuromusculares, patologías preexistentes: HIV, inmunodeficientes (leucemia y tumores malignos), paro cardiorrespiratorio previo al ingreso al hospital, quemados, hemorragia cerebral, etc.

**Protocolo:** Entre el 30/12/01 y 30/12/02 todos los pacientes potencialmente elegibles para el estudio y una vez que cumplieron los criterios de inclusión fueron aleatoriamente asignados mediante una tabla por bloques a recibir: A/C con límite de presión (PLV), A/C con límite de volumen (VLV). Los pacientes fueron ventilados en el modo asignado según las siguientes premisas. 1) No sobrepasar la presión plateau por encima de 35 cm. de  $H_2O$  2) Combinación de PEEP y  $FiO_2$  para mantener una saturación de oxígeno  $\geq 85$  %. La desconexión de la AVM fue realizada de acuerdo a criterios preestablecidos.**Análisis estadístico:** Se ha reportado que la mortalidad en el FRAH en pacientes pediátricos es del 43 % para obtener una reducción al 30 % (RRR de 30 %) con una probabilidad de  $\alpha$  error de 0.05 a dos extremos y con una potencia del 80 % se necesitarían 230 pacientes en cada grupo. Los datos son presentados como media  $\pm$  DS, porcentajes o mediana con percentil 25-75 %. La comparaciones fueron realizadas con  $\chi^2$ , test de Fisher, "t" de Student o Kruskal-Wallis según correspondiera.**Resultados:** En el primer análisis interino, de los 166 pacientes elegibles, 102 (61 %) fueron asignados a recibir VLV (n=52) y PLV (n=50). Ambos grupos tenían similares características en cuanto a edad, Score de PRISM y causa de fracaso respiratorio agudo. La PIP en los días 1, 2, 4 de la AVM mostró diferencias significativas cuando fueron comparados los grupos de PLV vs VLV:  $29.6 \pm 6.6$ , vs  $32.5 \pm 7.6$  (p=0.04);  $29.8 \pm 6.8$  vs  $33.3 \pm 8.8$  (p=0.03) y  $30 \pm 7.24$  vs  $34 \pm 8.39$  (p=0.05) respectivamente. Sin embargo no hubo diferencias cuando se compararon el resto de los parámetros ventilatorios. Tampoco se encontraron diferencias en la incidencia de complicaciones (ARDS, neumonía, fallo renal, shock, fallo hepático, coagulopatía o barotrauma). La duración de la AVM en el grupo de PLV fue de mediana 12 (5-19) y en el grupo VLV mediana 9 (5.5-18) p: NS. La duración de la desconexión fue de  $7.8 \pm 14.9$  horas versus  $3.8 \pm 8.5$  horas p=0.09. La mortalidad al alta de la UCIP fue de 26 % en el grupo de PLV y 23 % en el grupo de VLV p=0.73.**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que ambos modos ventilatorios son igual de efectivos en la falla respiratoria aguda hipoxémica. La mortalidad global observada (24 %) es sensiblemente inferior a la reportada en previos y similares estudios pediátricos.**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster

Oral

Apellido y nombre del relator: Farias Julio Alberto

Domicilio B de Irigoyen # 49

Código Postal 1834

Ciudad Temperley

Provincia Bs As

País Argentina

Teléfono: 42450468

Fax :49640100

Email: jufarias@intramed.net.ar

Institución a la que pertenece: Hospital de Niños R Gutiérrez



**CAUSAS DE INTERRUPCION DE NUTRICION ENTERAL EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

Estrin M A, Fenoglietto D, Arienti R, Fernandez J.C, Chiachiara D.N, Firpo D.J, Hayetian V, Vedovato E.  
Hospital Santojanni, Departamento de Urgencias, Servicio de Terapia Intensiva, Pilar 950, Capital Federal.

Objetivo: Describir cuales son las causas más frecuentes de interrupción de la nutrición enteral en los pacientes internados en nuestra Unidad de cuidados Intensivos que fueron oportunamente protocolizados.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo de Diciembre del 2001, a Diciembre de 2002, en pacientes que recibieron durante su internación nutrición por vía enteral. Se efectuó control de complicaciones de la misma por medio de una planilla de control diario confeccionada a tal fin, donde se hizo constar que tipo de complicación obligó a la suspensión de la misma, para luego efectuar el análisis respectivo.

Se incluyó en este estudio todo paciente internado en nuestro servicio que haya recibido en algún momento nutrición por vía enteral, ya sea por sonda nasogástrica, K108, yeyunostomía o gastrostomía, siendo la nutrición suministrada la aportada por la cocina del hospital.

Se excluyó del estudio todo paciente que no haya recibido nutrición por las vías mencionadas, ya sea oral o parenteral. En cuanto a las complicaciones se consideró íleo, a la ausencia de ruidos hidroaéreos, y presencia de alto débito por sonda, (Más de 200 ml de residuo gástrico, previo a la siguiente toma), inestabilidad hemodinámica a la presencia de hipotensión, con presión sistólica menor de 90 mmHg, TAM menor de 70 mmHg, que no responde a drogas vasoactivas, por Hemorragia digestiva alta a la presencia de débito porráceo por sonda, y por diarrea a la presencia de 4 o más deposiciones líquidas diarias, o una sola con un volumen líquido de 1500 ml o mayor.

Resultados: Fueron protocolizados 32 pacientes, 13 de sexo femenino, 19 de sexo masculino, la edad promedio fue de 59 años, el Apache II de ingreso promedio fue de 13, la relación calorías ingresadas/indicadas en promedio fue de 1500/2000 calorías. Del total el 43% de los pacientes debieron interrumpir en algún momento la nutrición, siendo las causas en porcentaje:

íleo gástrico (64%), Distensión abdominal (21%), vómitos (5%), inestabilidad hemodinámica (3%), diarrea (4%), Hemorragia digestiva alta (2%), Peritonitis (1%).

Conclusiones: El íleo gástrico fue en nuestra casuística la mayor causa de interrupción de la nutrición enteral, la diarrea ocupa un bajo porcentaje, debiéndose esto al perfeccionamiento de la técnica de administración y a una mejoría en la elaboración, envasamiento, y administración de la misma.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

10  
Nº de tema

**B. Prefiero**  
 Poster  
 Prefiero **oral**

Apellido y nombre del relator

Marcelo Adrián Estrin

Domicilio Av Corrientes 2164 Piso 24 Dto I

Código Postal 1045

Ciudad Capital Federal

Provincia

País

Teléfono (Indicar código de área) 4952-0574

Fax (Indicar código de área) 4952-0574

Email marceloestrin@yahoo.com.ar

HOSPITAL SANTOJANNI.....

## **IMPACTO DEL TABAQUISMO EN LA PRESENTACION Y EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO REPERFUNDIDO. REGISTRO ICR.**

Elías G, Cursack G, Zapata G, Perillo I, Ghioldi A, Cabral A, Lasave L, Tubino M.A.

Instituto Cardiovascular de Rosario (ICR). Rosario, Pcia. Santa Fe, Argentina.

Varios estudios previos demuestran diferencias en las características y en la evolución de pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) con y sin antecedentes de tabaquismo.

**OBJETIVO:** Determinar diferencias entre los pacientes (p) ingresados por infarto agudo de miocardio según el antecedente de tabaquismo por intermedio de una descripción de nuestra población de infartos.

**MÉTODOS:** Se evaluaron los pacientes ingresados en el registro ICR de infarto agudo de miocardio de tipo prospectivo y consecutivo que fueron tratados con trombolíticos en un período de 5 años (1997 y 2002).

Se dividió a las poblaciones en tabaquistas (TBQ) y no tabaquistas (NTBQ).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 172 p con diagnóstico de IAM, tratados con trombolíticos (STK 67.4%, Otros 32.4%) , de los cuales el 67 (38.9 %) eran TBQ y 105 (61.1%) eran NTBQ.

Los pacientes TBQ en relación con los NTBQ eran más jóvenes (promedio de edad: 52 años (rango 28-81) vs. 63 años (rango 36-83)  $p < 0.001$ ), mayoritariamente de sexo masculino ( 89.5% vs. 72.3%,  $p = 0.006$ ) y presentaron el IAM a finales de la semana (M-J-V-S)( 77.6% vs. 60.9%  $p = 0.022$ ).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre TBQ y NTBQ en relación con el sme. de reperfusión positiva y negativa ( 62.6% vs. 69.5%  $p = 0.352$ ), Killip y Kimbal de ingreso ( KK I 82% vs. 88.5%  $p = 0.231$ ), localización del IAM (cara anterior 32.8% vs. 40%  $p = 0.343$ ), reinfarto ( 1.4% vs. 7.6%  $p = 0.078$ ), presencia de IAM previo ( 10.4% vs. 10.4%  $p = 0.995$ ) o muerte Hospitalaria (5.9% vs. 5.7%  $p = 0.994$ ).

**CONCLUSIÓN:** En nuestra población los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio y antecedentes de tabaquismo son más jóvenes, mayoritariamente de sexo masculino y presentan dicha patología con más frecuencia a finales de la semana.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la evolución hospitalaria y mortalidad entre ambos grupos.



**SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS (SPH), CARACTERISTICAS DE 5 CASOS**

N. Neila, D. Diulio, P. Bambaci, R. Pérez, L. Santos, P. Binaghi, C. Cozzi, D. Brignoles.

S. *Terapia Intensiva; Hospital Alejandro Korn; Melchor Romero; La Plata; Buenos Aires; Argentina.*

**INTRODUCCION:** Nuestro país registra la mayor incidencia de SPH en Sudamérica. En los últimos años se ha evidenciado un marcado incremento en la Pcia de Bs. As. El 52% de los mismos ocurrió en la ciudad de La Plata y partidos colindantes. El 100% desarrolló síndrome pulmonar y el 80,5% alteraciones de la función renal. (Medicina Bs.As. Vol.: 61-Nº 2, 2001; 57:147-156).

**OBJETIVO:** Descripción y análisis de 5 casos de SPH cepa Andes, ocurridos en La Plata y cercanías.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio descriptivo. 5 pacientes que ingresaron a UTI entre setiembre y noviembre de 2002. Se describe: epidemiología, fases de la enfermedad y compromiso de diferentes órganos y sistemas. Todos los casos fueron confirmados por serología, ELISA IgM e IgG, específica contra la nucleoproteína de Hantavirus cepa Andes, realizada en Instituto Malbrán.

**RESULTADOS:** *Epidemiología:* 4 pacientes provenían de Abasto (La Plata) operarios de una maderera. El restante habita en El Pato (Berazategui), ama de casa. La edad media fue de 25,2 años (r: 20 a 30). La mayoría de los afectados eran varones (relación 4:1). En todos se constató contacto con roedores colilargos. *Período prodrómico:* la duración media fue de 4,4 días (r: 2 a 7). En la tabla I se muestran los signos y síntomas que presentaron en orden de frecuencia.

**Tabla I**

Signos y Síntomas	Ptes. - %	Signos y Síntomas	Ptes. - %
Hipertermia > 38°	5 - 100%	Dolor abdominal	2 - 40%
Mioartralgias	5 - 100%	Diarrea	2 - 40%
Astenia	5 - 100%	Adenomegalias	2 - 40%
Cefalea	5 - 100%	Vómitos	2 - 40%
Epistaxis	3 - 60%	Taquipnea	2 - 40%
Inyecc. Conjuntival	3 - 60%	Petequias	1 - 20%
Enantema	2 - 40%	Sind. Meníngeo	1 - 20%

**Tabla II**

	Pte.Nº1	Pte.Nº2	Pte.Nº3	Pte.Nº4	Pte.Nº5
Hto.	36.6	44	36	41.6	51
Plaquetas	145.000	19.000	143.000	53.000	52.000
LDH	636	1174	557	1555	972
Na	131	131	134	131	128
LFP *	0	10%	1	1%	4%
TGO	63	104	50	137	117

\* Linfoplasmocitos

*Período de Estado:* 4 pac. ingresaron en fase de compromiso cardio-pulmonar. Uno de ellos presentaba además síndrome meníngeo. El restante ingresa en fase poliúrica. Los 5 presentaban al ingreso, en la Rx de tórax, infiltrado intersticial difuso bilateral y dos de ellos, además, infiltrados alveolares. La analítica sanguínea evidenció datos compatibles con los hallados en la bibliografía, (Tabla II). *Fallo Respiratorio:* 3 pacientes ingresan con PaFi < de 200 y los 2 restantes con PaFi < de 300. El score de Murray al ingreso fue e/ 0 y 2; y durante la evolución fue superior a 2,5 en 3 pacientes quienes, a su vez, desarrollaron derrame pleural bilateral. Un paciente requirió ARM. Los 4 restantes recibieron oxigenoterapia con cánula nasal. *Fallo cardíaco-vascular:* 4 pacientes presentaron al ingreso TAM < 70 mmHg requiriendo expansión de volumen e inotrópicos (5 a 8 mcg/Kg/min de Dopamina, por un período de 2 a 7 días). 3 pacientes desarrollaron derrame pericárdico. Un paciente requirió monitoreo hemodinámico. *Fallo Renal:* 3 pac. presentan al ingreso sedimento urinario patológico, cilindros granulados. 4 pac. presentan valores elevados de Ur y Cr durante su evolución. Ecografía renal: daño estructural en 1 pac. y urostitis en otro. No requirieron hemodiálisis. *Fallo Hematológico:* plaquetopenia y leve alteración de ambas vías de la coagulación. No presentaron trastornos hemorrágicos, ni requirieron de reposición de factores ni plaquetas. *Fallo Hepático:* desde el ingreso todos presentaban elevación de TGO con TGP normal o discretamente elevada y FA y bilirrubinemia normal en toda la evolución. 3 pac. presentaron líquido libre intraabdominal. *Fallo Neurológico:* 1 pac. se presentó como Síndrome meníngeo con TAC y LCR normales. *Fase Poliúrica:* se presentó entre el 6º y 8º día en 4 Pac. La duración media fue de 7 días. El volumen urinario osciló e/ 200 y 300 ml/hs y la densidad e/ 1006 a 1015. Coincidió con mejoría del cuadro clínico. *Tratamiento:* HP hasta lograr PVC e/ 8 y 12 cmH<sub>2</sub>O, Dopamina (5 a 8 mcg/Kg/min) alcanzando TAM > 80mmHg. Un pac. requirió ARM, el resto O<sub>2</sub> nasal. No se administraron corticoides, antivirales ni ATB. *Condición de egreso:* los 5 pac. fueron dados de alta. La estadía media fue de 14,2 días (r: 6 a 32)

**CONCLUSIONES:** En el 100% se confirmó contacto con roedores. Presentaron distintos grados de gravedad. El 100% presentó: cefalea, astenia, hipertermia y mioartralgias. Los datos de laboratorio mas destacados: Plaquetopenia, LDH elevada, Linfoplasmocitosis, H<sup>10</sup> elevado e hiponatremia (mas pronunciados en los casos mas graves) y elevación de TGO. El 80% presentó compromiso renal. En los 3 casos más graves se observó poliserositis. No resultó dificultoso mantener una oxigenación adecuada. Al iniciarse la fase poliúrica disminuyeron los requerimientos de inotrópicos y hubo mejoría de la oxigenación.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

12  
Nº de tema

**B. Prefiero**  
 Oral

Apellido y nombre del relator: Santos Leonardo

Domicilio: 520 y 175 Melchor Romero

Código Postal: 1903

Ciudad: La Plata

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Teléfono 0221-478 0730

Fax 0221-478 0730

Email: utiakorn@intramed.net

Institución a la que pertenece Htal Alejandro Korn. Melchor Romero. La Plata. Pcia Buenos Aires.....



**USO DE NUTRICION PARENTERAL TOTAL POSQUIRURGICA EN UN HOSPITAL ZONAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, CON RACIONALIZACION DE GASTOS.**

J. Vitiello, E. Pansino, M. Moday, E. Saleme, O. Grillo, C. Lisondo, D. Mijailoff, M. Cabanillas, M. Desimone.  
Hospital Zonal Mario V. Larrain de Berisso, Buenos Aires.

**OBJETIVOS:** Utilizar la NPT en la sala de Terapia Intensiva, con gran concentración quirúrgica del nosocomio, por medio de bolsas preparadas y enviadas en el día, siendo autorizada para casos muy puntuales, por su costo elevado. Se observa paralelamente, la negativa de los cirujanos a realizar yeyunostomía en el acto quirúrgico inicial, de pacientes neoplásicos y desnutridos.

**MATERIAL Y METODOS:** Controlamos durante 2 años, las evoluciones de 8 pacientes, que tratamos con NPT entre el 2000/02, seis de los cuales tenían fístulas entero/cutáneas, y cáncer de aparato digestivo, y dos otras patologías. La racionalización de los gastos hace casi imposible los tratamientos, y con gran esfuerzo y dedicación pudimos obtener que la NPT comenzara entre el 2 y 4 día de cirugía. Utilizamos la formula de Harris/Benedict para conocer requerimientos basales y se agrego porcentajes determinados por patologías. Controlamos la excreción urinaria de urea para calcular pérdidas nitrogenadas y evaluamos las proteínas sericas, albúmina y nomo/ionogramas seriados. Insertamos, catéteres venosos centrales, y a través de filtros, los nutrientes. Para ello preparamos a una persona que efectuaba los cambios diarios y las bombas en condiciones de asepsia. Los controles de iono/ nomogramas eran diarios, el resto de la rutina, 2 veces por semana.

**RESULTADOS:** Se mantuvieron en seguimiento 8 pacientes (6 con fístulas de postoperatorio oncológico) y 2 (con otras patologías, una peritonitis biliar, y una operación de Hartmann con colitis pseudo membranosa). Mortalidad del 50%, 1 de los 4 fallecidos lo hizo durante su internación por Sépsis, todos primariamente cerraron sus fístulas y luego fueron dados de alta falleciendo por la enfermedad de base hasta más de un año después. De los 4 sobrevivientes dos tenían fístulas y se encuentran cerradas en la actualidad. Los volúmenes de NPT fueron en promedio de 2011,25 ml/d y de 31,25 ml/kg. El nitrógeno administrado fue entre los 16/17g y la relación N/cal fue de 1/ 125/130. La mitad eran fístulas altas. El 85% de los pacientes tenían desnutrición previa. Todas las NPT fueron con lípidos al 10%, y Cinc, adicionadas a partir del 2/3 día. Todas las fístulas cerraron a partir de la 2º semana, salvo, dos de los fistulizados graves con formas altas, una al pie de la sutura esófago gástrica y la otra lateral de duodeno que lo hicieron a partir de la 3º semana. Duración máxima de NPT en esta serie 28 días. Un paciente debió ser reoperado. Los catéteres fueron 7 subclavias y 1 yugular interna. Los controles microbiológicos solo arrojaron una contaminación por estafilo epidermidis. 2 catéteres no pudieron ser controlados con cultivos. No observamos sepsis por catéter, u otras complicaciones de las soluciones salvo ligeras hiperglucemias controladas con insulina.

**CONCLUSIONES:** 1) Ante la imposibilidad hasta la fecha de contar con yeyunostomía distal, para alimentación enteral postquirúrgica, la NPT es una alternativa válida. 2) El cierre de las fístulas es siempre posible, bien tratadas, en nuestra serie por lo menos. 3) Podría acotarse el costo de este tipo de NPT en caso de poder alimentarse precozmente por vía enteral.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

Nº de tema

**B. Prefiero**  

Poster

Oral

Apellido y nombre del relator JOSE VITIELLO

Domicilio 1 N° 2204

Código Postal 1900

Ciudad La Plata

Provincia Buenos Aires

País Argentina

0221-155011749

Fax (Indicar código de área)

Email Ronda@netverk.com.ar

Institución a la que pertenece Hospital Mario V Larraín de Berisso

## USO DE BETA BLOQUEANTES ENDOVENOSOS EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO – REGISTRO ICR

Elias G, Lasave L, Zapata G, Diaz R, Sala J, Perillo I, Tubino M, Cursack G.

Unidad Coronaria. Instituto Cardiovascular de Rosario.

En el infarto agudo de miocardio (IAM), la utilización de betabloqueantes endovenosos (BB EV) es una práctica que, si bien ha demostrado su eficacia, su uso no está totalmente aceptado. En estudios randomizados, se asoció al uso de BB EV con una reducción de la mortalidad cercana al 15%. En este estudio tomamos los datos de una población de IAM y evaluamos la utilización de BB EV y via oral (BB O), relacionando su uso con las características de la población y con la mortalidad hospitalaria (MH).

**Objetivos:** \*Determinar la utilización de BB EV y BBO en nuestra población de IAM. \*Evaluar las variables relacionadas al uso de BB EV. \*Comparar la MH entre aquellos en los cuales se utiliza o no BB EV.

**Población y Métodos:** se analizó una base de datos que incluyó en forma *prospectiva y consecutiva* a todos los pacientes (P) que ingresaron por IAM nuestra institución. Se determinó la utilización de BB EV al ingreso y se dividió en dos grupos: Gpo 1: uso de BB EV y Gpo 2 sin BB EV. Se analizaron las variables en ambos grupos y se comparó la mortalidad hospitalaria entre los mismos. Se utilizaron los test Ji cuadrado a dos colas y T student, siendo significativo un valor de  $p < 0.05$ . Cada variable de ingreso asociada con un valor de  $p < 0.2$  para el punto final se ingresó en un modelo de regresión logística múltiple para determinar su relación independiente con el punto final.

**Resultados:** Se ingresaron 532 P con IAM. En 115 de ellos se utilizó BB EV (21.62%) y el 74% recibió BB O al alta. La MH en estos pacientes fue de 7.5% (40/532). Se dividió en 2 Gpos: Gpo 1 con BB EV y Gpo 2 sin BB EV. No se observó diferencias significativas en el uso de BB EV según edad y sexo, factores de riesgo y antecedentes de angina o IAM. **Gpo 1 vs Gpo 2:** - Mortalidad hospitalaria: 1.74% vs 9.11% ( $p = 0.0079$ , OR 0.17 IC 95%: 0.04-0.74); - Tratamiento de reperfusión: 84.3% vs 57.5% ( $p = 0.00001$ ); - Infarto de localización anterior: 47.83% vs 38.13% ( $p = 0.06$ ); - Presencia de dolor al ingreso: 91.3% vs 70.3% ( $p = 0.00001$ ) - Score KK >1 de ingreso: 8.7% vs 25.4% ( $p = 0.00001$ ). El análisis multivariado relacionó de manera independiente a la edad y al KK>1 de ingreso con el punto final evaluado: edad:  $p = 0.003$  (OR 1.05 IC 95%: 1.02-1.09), KK>1:  $p = 0.00001$  (OR 12.8 IC 95%: 5.67-28.88)

**Conclusiones:** **1-** Se observó una aceptable utilización de BB EV y O en nuestra población de IAM; **2-** Los pacientes no candidatos a reperfusión y con mayor compromiso hemodinámico determinado por el KK de ingreso recibieron significativamente menos BB EV; **3-** Mayor mortalidad hospitalaria asociada al no uso de BB EV; **4-** En esta población, la edad y el KK>1 de ingreso fueron predictores independientes de mortalidad hospitalaria.

## INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. LOS PACIENTES CON KILLIP-KIMBALL B-C DE INGRESO, TIENEN EL MISMO PRONOSTICO?. REGISTRO ICR

Elias G, Lasave L, Zapata G, Dogliotti A, Diaz R, Sala J, Cursack G.  
Unidad Coronaria. Instituto Cardiovascular de Rosario.

**Introducción:** En el infarto agudo de miocardio (IAM) existen diferentes variables que se asocian con mayor riesgo de muerte en la fase temprana. Los datos publicados por Killip y Kimball (KK) en la década del 60 demostraron que los pacientes con falla cardiaca (KK B-C-D) presentaban una mortalidad temprana postIAM superior al 20%. Así mismo, son conocidos los datos acerca de la función ventricular izquierda como predictor independiente de mortalidad en estos pacientes, alcanzando más del 15% en aquellos con fracción de eyección del ventriculo izquierdo (Fey) <40%. En este estudio, tomamos los datos de una población de IAM de moderado riesgo, (KK B-C) y evaluamos la mortalidad hospitalaria (MH) según la Fey tomando como punto de corte 45%.

**Objetivos:** 1-Conocer la MH en nuestra población de pacientes (P) con IAM que ingresan con KK B-C. 2-Comparar la MH entre los P con Fey <45% y  $\geq$ de 45%. 3-Relacionar las variables con la mortalidad.

**Población y métodos:**Se analizó una base de datos que incluye en forma *prospectiva y consecutiva* a todos los pacientes con IAM que ingresaron en nuestra institución. Se determinó el Score KK de ingreso separando a aquellos pacientes con KK B-C. En éstos, según la Fey evaluada al ingreso se agruparon en: **Gpo 1: Fey <45% y Gpo 2 Fey  $\geq$  45%**. Se analizaron las variables en ambos grupos y se comparó la MH entre los mismos. Se utilizaron los test de Fisher, Ji y T student, siendo significativo  $p \leq 0.05$ . Cada variable de ingreso asociada con un valor de  $p < 0.1$  para el punto final se ingresó en un modelo de regresión logística múltiple para determinar su relación independiente con el punto final. **Resultados:** De 525 P ingresados por IAM, el 16.9% se presentaron con KK B-C. De éstos, se evaluó la Fey en 87 P (97.75%). Se dividió en 2 gpos: **Gpo 1**, con Fey  $\geq 45\%$ : 35 P, (40.2%). **Gpo 2**, Fey <45%: 52 P (59.8%). La MH de éstos fue de 13.8%. El Gpo 1 presentó una MH del **5.71%**, y el Gpo 2 una MH del **19.23%**:  $p=0.05$ . Los P del Gpo 2 eran más jóvenes ( $62 \pm 11$  vs  $57 \pm 12$ :  $p=0.047$ ); y la FC de ingreso fue mayor en los P del Gpo 2 ( $83.79 \pm 21.23$  vs  $95.27 \pm 20.96$ :  $p=0.015$ ). La presencia de angina previa fue más frecuente en el Gpo 1 (40% vs 21.15%:  $p=0.05$ ). No se observó diferencias en el resto de las variables previas analizadas: sexo, factores de riesgo, IAM previo, revascularización previa, TAS de ingreso y uso de beta bloqueantes EV. El Gpo 2 presentó más IAM anterior (31.43% vs 75%:  $p=0.0001$ ). Este Gpo recibió menos ATC 1° (42.8% vs 23.01%  $p=0.05$ ), y la ATC de rescate fue más necesaria (2.86% vs 19.23%  $p=0.023$ ). Estos P requirieron más intervención: colocación de cateter SG (20% vs 46.15%  $p=0.012$ ), BCIA (2.8% vs 21.15%  $p=0.015$ ), mayor cantidad de shock cardiogénico (2.86% vs 19.23%  $p=0.023$ ) y mayor progresión a KK D (2.8% vs 21.15%  $p=0.015$ ). El análisis multivariado relacionó de manera independiente a la Fey <45% y al infarto anterior con el punto final evaluado: Fey <45%:  $p=0.04$  OR 0.3, IC 95%: 0.09-0.96; IAM anterior:  $p=0.0003$ , OR 7.96, IC 95%: 2.61-24.22.

**Conclusiones:**1-Los P que ingresan con KK B-C tienen una MH del 13.8%. 2-El 40% de los P con KK B-C tienen una Fey  $\geq 45\%$  y la MH fue menor que en aquellos con Fey <45%; además, los P que presentaron mayor MH eran más jóvenes, con menos angina previa al ingreso, el IAM de localización anterior fue más frecuente. 3-En esta población, la Fey por ECO y el IAM anterior fueron predictores independientes de mortalidad hospitalaria.

**EN EL INFARTO DE MIOCARDIO INFERIOR TROMBOLIZADO, LA PRESENCIA DEL REFLEJO DE BEZOLD-JARISCH ¿ TIENE INFLUENCIA EN LA REPERFUSION Y EL PRONOSTICO?**

S. Lage, S. Mosca, R. Capece, A. Gimenez, O. Gutierrez, D. Masevicius, A. Gimigliano, J. Borgo  
Unidad Coronaria. Servicio de Terapia Intensiva. HIGA Evita. Lanús. Buenos Aires. Argentina.

**OBJETIVOS:** Determinar si la presencia del reflejo de Bezold – Jarisch ( RBJ ) en el contexto del infarto agudo de miocardio ( iam ) inferior trombolizado tiene relación con el síndrome clínico de reperfusión } ( SCR ) positivo. Determinar diferencias en cuanto a mortalidad en pacientes con reflejo positivo de quienes no lo presentan. **MATERIAL Y MÉTODO:** Se estudiaron 58 pacientes en 14 meses consecutivos ( 11/01 al 02/03 ) que presentaron IAM inferior. Todos recibieron estreptoquinasa ( STK ). Se delimitaron así dos grupos, G1 ( 29 pacientes ) con RBJ+ y G2 ( 29 pacientes ) con RBJ-.

Para el análisis estadístico de los datos se empleó el test de proporciones del programa statistix 7.0.

**RESULTADOS:**

<b>Características generales</b>	<i>G1 (RBJ+)</i>	<i>G2(RBJ-)</i>	<i>P</i>
Edad	54.9 (+/-9.5)	55.1 (+/-11.3)	ns
Sexo masculino	86.2%	93.1%	ns
Localización inferior	4	5	ns
inferoposterior	16	10	ns
inferoposterolateral	9	14	ns
Con VD	4	1	ns
Promedio ventana STK ( min )	184.1(+/-122)	207.2 (+/-155.5)	ns
Promedio tiempo infusión STK (min)	51 (+/-26.6)	49(+/-15.3)	ns
SCR negativo	4 (13.7%)	4 (13.7%)	ns
<b>Antecedentes</b>			
IAM previo	4 ( 13.7% )	0	ns
Angina previa	7 ( 24.1% )	8 ( 27.5% )	ns
<b>Factores de Riesgo</b>			
Hipertensión	11 ( 37.9% )	13 ( 44.8% )	ns
Tabaquismo	22 ( 75.8% )	24 ( 82.7% )	ns
Dislipemia	12( 41.3% )	8 ( 27.5% )	ns
Diabetes	1 ( 3.4% )	3 ( 10.8% )	ns
<b>Evolución</b>			
Insuficiencia cardiaca	5 (17.2%)	3 (10.3%)	ns
Apiam	6 (26.6%)	2 (6.8%)	ns
Reiam	2 (6.8%)	1 (3.4%)	ns
Arritmia ventricular	4 (13.7%)	4 (13.7%)	ns
BAVC	3 (10.3%)	0	ns
Revascularización	5 (17.2%)	2 (6.8%)	ns
Óbitos	0	3 (10.3%)	ns

**CONCLUSIONES:**

\*El reflejo de Bezold-Jarisch positivo no se asocia a SCR positivo.

\*La presencia o ausencia del mismo no define grupos de diferente mortalidad.

**LA INVERSION PRECOZ DE LA ONDA T LUEGO DE UN INFARTO DE CARA ANTERIOR TROMBOLIZADO ¿TIENE RELACION CON LA REPERFUSION Y EL PRONOSTICO?**

S Mosca, S Lage, R Capece, A Giménez, J Alvarez, D Masevicius, J Borgo, A Gimigliano  
Unidad Coronaria. Servicio de Terapia Intensiva. HIGA Evita. Lanús Buenos Aires Argentina

Objetivo: determinar si la inversión precoz de la onda T en el infarto agudo de miocardio (iam) de cara anterior post-trombolíticos puede ser considerado como un criterio de reperfusión positivo. Determinar si la inversión precoz de la onda T produce diferencias en la mortalidad intrahospitalaria. Material y Metodo: se estudiaron 41 pacientes (pac) en 14 meses consecutivos ( entre noviembre de 2001 y diciembre de 2002 ) que presentaron un iam anterior, todos recibieron trombolíticos ( estreptoquinasa ). Quedaron delimitados 2 grupos: uno donde se observó inversión precoz de la onda T ( G1 ) y otro donde no se observó inversión precoz de la onda T ( G2 ). Se consideró precoz cuando la inversión se produjo dentro de las primeras 24 horas post-trombolíticos. Para el análisis de los datos se empleo el test de proporciones del programa estadístico Statistix 7.0.Resultados: tablas 1 y 2.

**Tabla 1**

Características generales de la población	Inversión precoz de la onda T n: 20	No inversión precoz de la onda T n: 21	p
Edad/años	56.4 ( ± 8.1 )	57.4 ( ± 13.1 )	NS
Sexo masculino	16 ( 76.1% )	17 ( 80.9% )	NS
Ventana infusión de trombolíticos en minutos	220 ( ± 124.8 )	227 ( ± 181.7 )	NS
Tiempo de infusión del trombolítico en minutos	49 ( ± 16.6 )	55 ( ± 28.9 )	NS
<b>Antecedentes de enfermedad previa</b>			
Infarto de miocardio	2 ( 10% )	4 ( 19% )	NS
Angina previa	0 ( 0% )	6 ( 28.5% )	< 0.05
Revascularización	1 ( 5% )	1 ( 4.7% )	NS
<b>Factores de riesgo Coronario</b>			
Hipertensión arterial	9 ( 45% )	11 ( 52.3% )	NS
Diabetes	4 ( 20% )	3 ( 14.2% )	NS
Dislipemia	6 ( 30% )	10 ( 47.6% )	NS
Tabaquismo	13 ( 65% )	14 ( 66.6% )	NS

**Tabla 2**

Evolución	Inversión precoz onda T n: 20	No inversión precoz onda T n: 21	p
Síndrome clínico de Reperfusion negativo	1 ( 5% )	8 ( 38% )	< 0.05
Obitos	0 ( 0% )	5 ( 23.8% )	NS

Conclusiones: los datos señalan que la inversión precoz de la onda T se asocia a síndrome clínico de reperfusión positivo, con un valor predictivo positivo del 95% y que la no inversión precoz de la onda T marca una tendencia a ser observada ( mas óbitos ) sin que esto adquiera significación estadística.

**IMPACTO DE LA BACTERIEMIA EN NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD**

J. Losinno, D. Branne, A. Cremona, G. Cremona, D. Cocozzella, J. Fernández, O. Grillo, A. Legarto, M. Mendez, J. Napal, S. Ramírez Borgia.

Hospital Italiano de La Plata, Servicio de Terapia Intensiva. La Plata, Argentina.

**Introducción:** La neumonía aguda de la comunidad (NAC) representa una de las principales causas de ingreso hospitalario y de mortalidad.

En diferentes series, la NAC que requiere ingreso a UCI (Unidad Cuidados Intensivos) presenta una mortalidad global que oscila entre el 20 al 54%.

La presencia de bacteriemia condiciona mayor mortalidad.

**Objetivos:** Describir y comparar las características epidemiológicas, microbiológicas, requerimientos de ARM y mortalidad de una serie de pacientes con diagnóstico de NAC con y sin bacteriemia internados en una UCI.**Material y métodos:** Se evaluó una cohorte de 80 pacientes con diagnóstico de NAC asistidos en UCI desde enero de 2000 a enero de 2003.

Se analizaron las siguientes variables relacionadas con el paciente: sexo, edad, Score de APACHE II, comorbilidades, requerimientos de ARM, días de ARM, mortalidad y variables relacionadas con la bacteriemia (rescate microbiológico y sensibilidad).

Los pacientes fueron divididos en dos grupos: Grupo I: NAC bacteriémicas (NAC B) y Grupo II: NAC no bacteriémicas (NAC NB).

Se realizaron hemocultivos seriados (dos muestras) al ingreso a todos los pacientes.

Se definió bacteriemia adquirida en la comunidad como la presencia de por lo menos dos hemocultivos positivos.

**Resultados:** De los 80 pacientes evaluados, 10 fueron excluidos, de los 70 restantes 20 (28,5%) pertenecieron al Grupo I, de estos 12/20 (60%) hombres y 8/20 mujeres (40%); promedio de edad 65,3 años r (18-91); comorbilidades: ACV:5, EPOC:4, diabetes:3, ICC:3, neoplasias:2, asma:2, otras:5; promedio APACHE II 21,8; promedio días internación 11,1; requirieron ARM 14 pacientes (70%); promedio días ARM 8,1; mortalidad 60% (12 pacientes).

En 50 pacientes, Grupo II, 23 eran sexo masculino (46 %) y 27 sexo femenino (54%); promedio de edad 67,5 años r (16- 95); promedio APACHE II 17,6; comorbilidades: EPOC: 10, ICC: 7, diabetes:6, ACV: 4, etilismo: 3, demencia: 2, neoplasias:2, otras: 3; promedio días internación 10,8; requirieron ARM 25 pacientes (50%); promedio días ARM 7,8; mortalidad 24% (12 pacientes).

En relación a los hallazgos microbiológicos la frecuencia de los gérmenes involucrados fue:

S.pneumoniae 12/20 pacientes (60%), S.aureus 3/20 (15%), P.areuginosa 2/20 (10%), S.intermedius 1/20 (5%), Serratia sp 1/20 (5%), en un caso 1/20 (5%) se trató de un bacilo Gram negativo sin tipificar.

Uno de los S.pneumoniae presentó resistencia intermedia a la penicilina.

**Conclusiones:** -La realización de dos hemocultivos, tiene una rentabilidad que en la NAC con requerimientos de UCI es cercana al 30%.

-En la NAC la presencia de bacteriemia se asoció con mayor mortalidad, siendo estadísticamente significativo ( Grupo I vs Grupo II, p = 0,0041 ), lo que le otorga valor pronóstico.

-El grupo de NAC B presentó mayor gravedad objetivado en el puntaje de APACHE II.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).**5**

Nº de tema

**B. Prefiero** Poster **X** Oral

Apellido y nombre del relator LOSINNO, JUAN FRANCISCO

Domicilio: 51 ENTRE 29 Y 30

Código Postal : 1900

Ciudad: LA PLATA

Provincia: BUENOS AIRES

País: ARGENTINA

Teléfono (Indicar código de área): (0221) 453-5000 INTERNO 298

Email: legar@netverk.com.ar

Institución a la que pertenece : HOSPITAL ITALIANO DE LA PLATA

**MEDIASTINITIS DESCENDENTE NECROTIZANTE (MDN) . REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

O. Grillo; D. Branne; D. Cocozzella; A. Cremona; G. Cremona; J. Fernández; J. Losinno; M. Méndez; J. Napal; A. Legarto.

Hospital Italiano de La Plata, Servicio de Terapia Intensiva. La Plata, Argentina.

**Introducción:** La MDN es una infección mediastínica que se origina en la región orofaríngea o en estructuras profundas del cuello y se disemina a través de los planos fasciales hacia el mediastino.

Es una enfermedad que tiene una elevada morbi-mortalidad y que habitualmente requiere múltiples intervenciones y hospitalización prolongada. Dentro de las mediastinitis, el subgrupo de las MDN es la que tiene mayor mortalidad (40-50%).

Esta infección requiere tratamiento antibiótico y quirúrgico combinados. El enfoque quirúrgico es controvertido, variando entre drenaje cervical sólo o combinado con toracotomía.

**Objetivos:** Describir las características clínicas, evolución y enfoque terapéutico de un caso de MDN.**Paciente y métodos:** Paciente de 27 años de edad que ingresa al Hospital con cuadro de 7 días de evolución, caracterizado por disnea, desglusia, dolor torácico y derrame pleural izquierdo, asociado a tumefacción cervical. Presentaba una cervicotomía izquierda para drenaje de absceso de piso de boca secundario a amigdalitis aguda realizado 4 días antes de su internación. Se realiza TAC de cuello y tórax que evidencia enfisema subcutáneo desde la región submaxilar derecha, retrofaringo-esofágica, pretraqueal y pretiroideo hasta el mediastino, con edema importante en región de músculos anterolaterales del cuello. Se inicia tratamiento ATB con ciprofloxacina + clindamicina y se realiza drenaje cervical y mediastínico por abordaje supraesternal, más drenaje pleural izquierdo. Por persistencia de fiebre se repite TAC al décimo día que demuestra abscesos múltiples en mediastino y presencia de burbujas aéreas, por lo que se decide toracotomía póstero-lateral izquierda con decorticación y drenaje mediastinal con ventana pleuro-pericárdica.Se aisló del cultivo de material quirúrgico *Stafilococo epidermidis*. En el examen directo se observaron cocos Gram positivos, bacilos Gram positivos y bacilos Gram negativos. El paciente recibió ATB desde 7 días antes de su internación. En dos series recientes reportadas de MDN los gérmenes rescatados con mayor frecuencia fueron: *Estreptococos viridans*, anaerobios, estafilococos spp y bacilos Gram negativos: *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp. (Rev. Arg. Cirug., 1996; 71: 91-98. - Rev. Invest. Clin. 2001; 53 (1): 35-40)

El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a los 17 días de su ingreso, indicándose rotación antibiótica a vía oral.

**Resultados:** El paciente fue tratado con ATB de amplio espectro más cirugía de drenaje cervical y torácico combinados. Se realizó seguimiento clínico y tomográfico que resultó en cambio de conducta con toracotomía postero-lateral izquierda con decorticación y drenaje mediastinal con ventana pleuro-pericárdica. La evolución fue favorable con este enfoque terapéutico.**Conclusiones:** Es una patología de presentación infrecuente por lo cual se la debe sospechar ante la aparición de síntomas compatibles junto con los antecedentes inmediatos, ya que el tratamiento precoz mejora los resultados. El enfoque quirúrgico es controvertido pero en general se sugiere el drenaje cervical más la toracotomía precoz.**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

5

Nº de tema

**B. Prefiero** Poster Oral

Apellido y nombre del relator Grillo, Ovidio José

Domicilio 51 e/ 29 y 30 La Plata

Código Postal 1900

Ciudad La Plata

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono 0221- 4-535000  
Hospital Italiano de La Plata

Fax (Indicar código de área)

Email [ovidiogrillo@fullzero.com.ar](mailto:ovidiogrillo@fullzero.com.ar)  
[legar@netverk.com.ar](mailto:legar@netverk.com.ar)



**VENOPUNCION PERIFERICA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: DURACION – TIEMPO.**

Enfs: Rodríguez M.J., Ayala L., Frassi A., Federico F., Reboredo E., Amarante A., Celasco B, L.S, P.M.

Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Municipal Ramón Santamarina- Tandil- Buenos Aires.

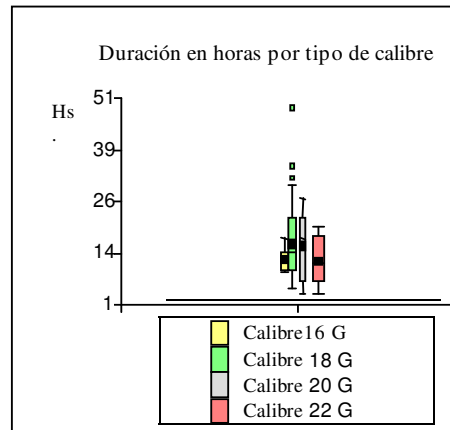
**OBJETIVO:** Valoración del tiempo promedio de la duración de venopunturas periféricas en la unidad de terapia intensiva.

**MATERIAL Y METODO:** Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Se tomó como población los pacientes de 40 a 70 años de edad, que ingresaron a nuestra unidad de terapia intensiva del Hospital Municipal Ramón Santamarina durante el periodo de noviembre 2002 hasta abril de 2003 inclusive, con un total de 176 pacientes. El procedimiento fue realizado con la técnica de palpación determinando trayecto- movilidad-diámetro-fragilidad y resistencia a la punción. La antisepsia fue realizada con solución de iodopovidona al 10% en forma de espiral, desde el centro a la periferia. Los instrumentos utilizados fueron catéteres de teflón para punción venosa de diferentes calibres (Nº 22G, 20G, 18G y 16G ), solo se incluyeron las venopunturas situadas en el dorso de la mano, antebrazo, y fueron excluidas las venopunturas de miembros inferiores y flexura del codo. Los criterios para retiro o cambio del catéter fueron el desarrollo de flebitis y extravasación de las soluciones administradas.

**RESULTADOS:** Tal como se refleja en la tabla y en el gráfico la mayor duración media se da en catéter de calibre 18G y la menor en catéter de calibre 22 G, sin embargo no se detecta diferencia estadística

significativa para la duración media en hs entre los cuatro calibres(p=0.29). Además la causa dominante de cambio de los catéteres menores (20 y 22G) fue la flebitis y de los mayores la extravasación.

calibre	n	Media	Extravasación	Flebitis
16 G	6	12,33	5	1
18 G	55	16,05	55	
20 G	27	15,41		27
22 G	22	11,91		22



**CONCLUSIONES:** En nuestro Servicio los promedios de permanencia de una venopuntura hasta el desarrollo de la complicación fue para cada uno de los calibres de 12,33;16,05; 15,41;11,91 menor al promedio establecido en las normas publicadas por ADECI y Brunner quienes hablan del cambio del catéter cada 48 a 72 hrs a fin de evitar infecciones,(p<0,0001). Por otra parte, la mayor incidencia de flebitis de los catéteres pequeños podría deberse a que estos generalmente son colocados en venas de menor flujo.

**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

N° de tema

**B. Prefiero**  
 Póster  
 Oral

Apellido y nombre del relator  
**Rodríguez Maria Jose**

Domicilio  
**9 de julio 302 3er piso**

Código Postal  
**7000**

Ciudad  
**Tandil**

Provincia  
**Buenos Aires**

País  
**Argentina**

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

02293-441477

majose@xaire.com

Institución a la que pertenece Hospital Municipal Ramon Santamarina.....





**INDICADORES DEL COSTO DE MEDICACION EN TERAPIA INTENSIVA**

E. Gambino, S. Rapisarda, K. Ugo

Terapia Intensiva del Hospital Regional Río Gallegos y la del Hospital Militar Central "Cir My Dr Cosme Argerich".

Objetivo: Determinar los indicadores del costo de medicación en Terapia Intensiva

Materiales y Métodos: Estudio comparativo prospectivo de 150 pacientes adultos, 75 fueron internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Militar Central (HMC Capital Federal) y 75 restantes en la UTI del Hospital Regional de Río Gallegos (HRRG Río Gallegos, Santa Cruz). A todos se le tuvo en cuenta edad, diagnóstico de ingreso, score Apache II al ingreso y a las 48 horas, TISS 28 promedio diario, tiempo de internación en UTI, evolución, costo diario de medicación.

El diagnóstico de ingreso se clasificó en **Médico: Incluye a insuficiencias respiratoria, cardíaca, renal, hepática, multiorgánica, trastornos metabólicos, hemorragia digestiva, sepsis. Quirúrgico: corresponde al posoperatorio inmediato de cirugías de urgencias o programadas. Trauma: pacientes con TEC y/o politrauma.**

Todos los datos fueron evaluados por test estadístico de regresión lineal, chi-cuadrado, desvío standard. Un valor de p menor a 0.05 fue significativo.

Resultados: La media del costo diario de medicación utilizada en los 150 pacientes adultos internados en Terapia Intensiva es de \$470, siendo de \$380 la media del costo diario de medicación entre los 75 pacientes internados en el HMC y \$ 580 la correspondiente a los 75 pacientes internados en el HRRG. La media del puntaje del score Apache II al ingreso es de 17 (SD=9), la media del puntaje del TISS 28 promedio diario es de 20 (SD=8) y la media del tiempo de internación en UTI es de 5 días. Entre los 75 pacientes internados en la UTI del Hospital Militar Central, la media del puntaje del score Apache II es de 17 y la media del TISS 28 es de 17. Entre los 75 pacientes internados en la UTI del Hospital Regional Río Gallegos la media del puntaje del score Apache II es de 16 y la del TISS 28 es de 23.

Tabla 1: Incidencia del costo de medicación diario en Terapia Intensiva

Terapia Intensiva	Parámetros	Incidencia de un costo diario de medicación mayor \$470
Hospital Militar Central (HMC)	Tiss promedio diario mayor de 20 y Apache II mayor de 17	27%
Hospital Regional Río Gallegos (HRRG)	Tiss promedio diario mayor de 20 y Apache II mayor de 17	84%
HMC	Tiempo de internación en UTI menor de 5 días	19%
HRRG	Tiempo de internación en UTI menor de 5 días	45%
HMC	Tiempo de internación en UTI mayor de 5 días	44%
HRRG	Tiempo de internación en UTI mayor de 5 días	77%

La incidencia del costo diario de medicación de los pacientes internados en la Terapia Intensiva del Hospital Regional Río Gallegos con un score Apache II al ingreso mayor de 17 y un puntaje de TISS 28 promedio diario mayor de 20 es mayor a \$470 en un 58% más que entre los pacientes del Hospital Militar Central. Entre los pacientes internados por menos de 5 días en UTI, la incidencia de que el costo diario sea mayor a \$470 es 24% es superior entre los pacientes del HRRG (mantel Haenszel chi-cuadrado 4,47; p<0.05, OR= 1,1-7,6). Mientras que entre los pacientes internados en UTI por más de 5 días la incidencia de que el costo diario supero los \$470 es de un 33% más entre los internados en la UTI del HRRG.(Mantel Haenszel chi-cuadrado: 10, p<0.01, OR= 1.7-7,8)

Conclusiones: Los indicadores del costo diario de medicación son el score Apache II al ingreso, el promedio diario del TISS 28 y el tiempo de internación en Terapia Intensiva. (p<0.05)

**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

N° de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator Gambino Francisco

Domicilio Av Boulogne Sur Mer 666  
 Ciudad Buenos Aires

Provincia

Código Postal  
 País Argentina

Teléfono (Indicar código de área)  
 (011) 4766-8540

Fax (Indicar código de área)  
 (02966)442001 (02966)420004

Email kugusQhotmail.com o  
 susucarQinfovia.com.ar

Institución a la que pertenece Hospital Militar Central.....

**INCIDENCIA DE LA MORTALIDAD POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**

**ANEURISMÁTICA**

S. Rapisarda, F. Gambino, J. Martinez, A. Corrales, K. Ugo

Terapia Intensiva del Hospital Regional Río Gallegos (HRRG), Terapia Intensiva del hospital Militar Central (HMC).

**Objetivo:** Determinar la incidencia de mortalidad por hemorragia subaracnoidea aneurismática entre los pacientes internados en Terapia intensiva.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo que incluye 58 pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea aneurismática entre enero de 1994 y diciembre del 2001. 22(38%) de los cuales fueron internados en la Terapia Intensiva del Hospital Regional Río Gallegos (Santa Cruz) y 35 (62%) en la Terapia Intensiva del Hospital Militar Central (Capital Federal). A todos los pacientes se tuvo en cuenta edad, sexo, score de Glasgow, Hunt y Hess y Fisher al ingreso, tiempo de internación en Terapia Intensiva, localización del aneurisma, tratamiento, presencia de complicaciones (vasoespasma, resangrado) y evolución. Todos los datos fueron evaluados por Test estadístico Fisher, chi-cuadrado, siendo una p menor de 0.05 es significativo.

**Resultados:** De los 59 pacientes 22 (37%) fueron internados en la UTI del Hospital regional Río Gallegos de los cuales fallecieron 6. Mientras que de los 37 (63%) pacientes internados en la UTI del hospital Militar Central fallecieron 13.

Tabla 1: Incidencia de mortalidad teniendo en cuenta el score de Hunt y Hess al ingreso

Terapia intensiva	Score de Hunt y Hess	Incidencia de mortalidad	P	Chi x2
HRRG N=22	1(N=2)	0%	0. 0 0 1	11
	2 (N=7)	0%		
	3 (N=3)	0%		
	4 (N=8)	<b>50%</b>		
	5 (N=2)	<b>100%</b>		
HMC N=37	1(N=18)	18%	0. 0 1	7.4
	2 (N=5)	40%		
	3 (N=10)	40%		
	4 (N=3)	<b>67%</b>		
	5 (N=2)	<b>100%</b>		

Entre los pacientes internados en la UTI del Hospital Regional Río Gallegos, no hubieron pacientes con un score de Glasgow entre 9 a 13. Todos los pacientes fallecidos (N=6) en dicha UTI tenían un score de Glasgow menor de 8 y un score de Hunt y Hess entre 4 y 5. Entre los 37 pacientes internados en la UTI del Hospital Militar Central, 13 fallecieron siendo mayor la incidencia de mortalidad entre los pacientes con un score de Glasgow menor de 8 con y Hunt y Hess entre 4 y 5.

Tabla 2 La incidencia de mortalidad teniendo en cuenta la unidad de terapia Intensiva y el tratamiento

Evolución	tratamiento	HRRG	HMC	P	Chi x2
Vivos N= 40	Clipado	40%	35%	<0.05	8,8
	Embolización		25%		
Muertos N=19	Clipado	26%	42%	NS	1,28
	Embolización		5%		
	Médico	5%	16%		
	Drenaje ventricular		5%		

En la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Regional no se realizó embolización. Entre los pacientes sometidos a clipado de aneurisma la incidencia de mortalidad es un 16% mayor entre los internados en el Hospital Militar Central.

Conclusiones: La incidencia de mortalidad entre los pacientes con hemorragia subaracnoidea se

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

Nº de tema

**B. Prefiero**


Poster  
x  
Oral

Institución a la que pertenece ...Hospital Militar Central Hospital Regional Rio Gallegos.....



**INCIDENCIA DE VASOESPASMO Y MORTALIDAD ANTE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA**

F. Gambino, S. Rapisarda, J. Martinez, A. Corrales, N. Sosa, K. Ugo  
 Terapia Intensiva del Hospital Regional Río Gallegos (HRRG), Terapia Intensiva del hospital Militar Central (HMC).

Objetivo: Determinar la incidencia de vasoespasmos y riesgo de mortalidad entre los pacientes internados en Terapia Intensiva por hemorragia subaracnoidea aneurismática.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo que incluye 59 pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea aneurismática entre enero de 1994 y diciembre del 2000. 22(38%) de los cuales fueron internados en la Terapia Intensiva del Hospital Regional Río Gallegos (Santa Cruz) y 37 (62%) en la Terapia Intensiva del Hospital Militar Central (Capital Federal). A todos los pacientes se tuvo en cuenta edad, sexo, score de Glasgow, Hunt y Hess y Fisher al ingreso, tiempo de internación en Terapia Intensiva, localización del aneurisma, tratamiento, presencia de complicaciones (vasoespasmos, resangrado) y evolución. Todos los datos fueron evaluados por Test estadístico Mantel Haenszel, chi-cuadrado, riesgo relativo, siendo una p menor de 0.05 es significativo.

Resultados: Tabla 1 Incidencia de vasoespasmos y mortalidad teniendo en cuenta el tratamiento.

Terapia Intensiva	Tratamiento	Vaso Espasmo	Vivos	Muertos
HRRG N=22	Clipado N=21	No N=9	43%	
		SI N=12	33%	<b>24%</b>
	Médico N=1	SI N=1		<b>100%</b>
HMC N=37	Clipado N=22	No N=10	45%	<b>9%</b>
		Si N=12	18%	<b>27%</b>
	Endovascular N=11	No N=7	64%	
		Si N=4	27%	<b>9%</b>
	Médico N=3	No N=3		<b>100%</b>
Drenaje N=1	Si N=1		<b>100%</b>	

La incidencia de mortalidad en pacientes sometidos a clipado del aneurisma en el Hospital regional de río Gallegos es del 24% entre quienes presentaron vasoespasmos. Entre los sometidos a clipado del aneurisma en el Hospital Militar Central que no han presentado vasoespasmos la mortalidad es del 9% y aumenta a 27% entre los que sufrieron vasoespasmos. La incidencia de mortalidad entre los sometidos a embolización y han tenido vasoespasmos es del 9%. No se han practicado embolizaciones en el HRRG. Pero en ambos centros la mortalidad de los pacientes con HSA aneurismática sometidos a tratamiento médico con y sin vasoespasmos es del 100%. (Mantel Haenszel chi cuadrado=10, p=0.004, OR= 2 a 98).

Conclusión: La incidencia de mortalidad se correlaciona con la presencia de vasoespasmos y el tratamiento al cual fueron sometidos los pacientes con hemorragia subaracnoidea aneurismática.

**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

N° de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 X  
 Oral

Apellido y nombre del relator Sosa Nestor

Domicilio Av San Martín s/n Casino Oficiales Guarnición Militar Mecanizada XI

Código Postal

Ciudad Río Gallegos

Provincia Santa Cruz

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área)  
 (02966)420004 o (011) 46131798

Fax (Indicar código de área)  
 (02966) 420004

Email  
 Kugus@hotmail.com/susucarQinfovia.com.ar

Institución a la que pertenece ...Hospital Militar Central Hospital Regional Río Gallegos.



**TRATAMIENTO Y EVOLUCION DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) INTERNADOS EN TERAPIAS POLIVALENTES. COMPARACIÓN ENTRE DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LAS CIUDADES DE QUILMES Y BERAZATEGUI DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

L.A.Flores, **J Loayza**, M.A. Valiño, H Jacobo, S. De Francesca, C.W. Bravo  
 Servicios de Terapia Intensiva Hospitales: I. G. Iriarte, Quilmes, Evita Pueblo, Berazategui.

**Objetivo:** Comparar la evolución clínica y terapéutica (reperusión y coadyuvantes) utilizadas en los pacientes con IAM internados en los hospitales públicos de las ciudades de Quilmes (Qs2) y Berazategui (Bz1). Analizar comparativamente si las características evolutivas y terapéutica utilizada se condicen con lo sucedido en otros hospitales de la Argentina.

**Material y Métodos:** Se incluyeron en forma prospectiva 139 p. con diagnóstico de IAM, ingresados en forma consecutiva a las UTI de los centros citados, durante el 1º enero del 2000 al 31 diciembre de 2002. Se compararon en forma univariada los datos registrados en una planilla de recolección de datos, incorporándolos a una base de datos diseñadas en el programa Epi Info-6 y Access.

Para el análisis comparativo con otros Hospitales se utilizaron los siguientes **datos estadísticos:** para la **características evolutiva (CE)** datos del Registro IAM-1999. Rev Argen Cardiol 2001;69:488-500. Y para **terapéutica coadyuvante (TC)** datos de la Encuesta SAC IAM 2000:Rev Argent Cardiol 2001; 2001; 69: 591-601.

Es un Estudio observacional, longitudinal. Las variables discretas se expresan en porcentajes. La variables continuas como media y DS. Para la comparación estadística de las variables discretas se utilizo la prueba de CHI cuadrado con corrección de Yates o la prueba exacta de fisher, según correspondiera, y para las continuas t de Student. Se utilizo dos colas y una p menor o igual de 0,05 como significación estadística.

**Resultados**

VARIABLES	EVITA (BZ) (1)	IRIARTE (Qs) (2)	Datos de CE+TC (3)	p(1 vs.2) BZ vs. Qs	p BZ vs. (3)	p Qs vs. (3)
Mortalidad	8,6 %	8,7 %	9,4 %	NS	ns	ns
Angina posinfarto.	7,1 %	7,2 %	8,7 %	NS	ns	ns
Reinfarto	1,4 %	2,9 %	0,9 %	NS	ns	ns
Fibrinolítico (EK).	62,9 %	62,3 %	68,5 %	NS	ns	ns
Excluidos EK	37,1%	37,7 %	31,5 %	NS	ns	ns
Aspirina	100 %	99 %	91 %	NS	0.003	0.02
Nitrato EV.	81 %	78 %	73 %	NS	ns	ns
BB oral	76 %	77 %	75 %	NS	ns	ns
IECA enalapril	63 %	68 %	51 %	NS	ns	0.02
B. Cálculos.	3 %	2 %	6 %	NS	ns	ns
Inotrópicos	22,8	11,5 %	10 %	NS	0.02	ns
Antiarrítmicos	5,7 %	7,2 %	6 %	NS	ns	ns

**Conclusiones**

Los IAM internados en el HTAL EVITA (BZ) vs. los internados en el HTAL IRIARTE (QS) presentan similar evolución clínica, tasa de uso de fibrinolítico y terapéutica asociada, sin significancia estadística. Dichos centros no difieren en forma significativa respecto a la evolución clínica y tratamiento (fibrinolítico y coadyuvante) respecto a los realizado en otros centros del país, carentes de hemodinamia. Se observo mayor tendencia en uso de los IECA (más en el IRIARTE) y de inotrópicos (más EVITA) vs. Otros centros del país.

**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

17  
 N° de tema

**B. Prefiero**  
 Póster  
 Oral

Apellido y nombre del relator

LOAIZA JUAN

Domicilio

8 NRO 3738

Código Postal

Ciudad

BERAZATEGUI

Provincia

BUENOS AIRES ARGENTINA

País

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email [laflore@intramed.net.ar](mailto:laflore@intramed.net.ar)

Institución a la que pertenece ...EVITA PUEBLO BERAZATEGUI.....



**EPIDEMIOLOGIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM) INTERNADOS EN TERAPIAS POLIVALENTES. COMPARACION ENTRE DOS HOSPITALES PUBLICOS DE LAS CIUDADES DE QUILMES Y BERAZATEGUI, PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

L.A.Flores, J Loayza, M.A. Valiño, S. De Francesca, C.W. Bravo, H Jacobo.

Servicios de Terapia Intensiva Hospitales: I. G. Iriarte, Quilmes, Evita Pueblo, Berazategui.

**Objetivo:**

Comparar las características demográficas, factores de riesgo coronario y antecedentes clínicos del IAM internados en los hospitales públicos de las ciudades de Quilmes (Qs) y Berazategui (Bz).

**Material y Métodos:**

Se incluyeron en forma prospectiva 139 p. con diagnóstico de IAM, ingresados en forma consecutiva a las UTI de los centros citados, durante el 1º enero del 2000 al 31 diciembre de 2002. Se compararon en forma univariada los datos registrados en una planilla de recolección de datos, incorporándolos a una base de datos diseñada en el programa Epi Info-6.

Es un Estudio observacional, longitudinal. Las variables discretas se expresan en porcentajes. La variables continuas como media y DS. Para la comparacion estadísticas de las variables discretas se utilizo la prueba de CHI cuadrado con corrección de Yates o la prueba exacta de fisher, según correspondiera. y para las continuas t de Student. Se utilizo dos colas y una p menor o igual de 0,05 como significación estadística.

**Resultados:**

Variables	EVITA BERAZATEGUI	IRIARTE QUILMES	p
Edad (media; DS)	54,9 (DE 10,2)	53,6 (DE 9,3)	ns
Edad (media; DS) Femenino	54,4 (DE 9,2)	52,7 (DE 9,3)	ns
Edad (media; DS) Masculino	60,3 (DE 16,8)	56 (DE 9)	ns
Sexo Femenino	10 %	21 %	< 0,05
Colesterol	28,6 %	52,2 %	<0,007
Hipertensión	52,9 %	36,2 %	<0,01
Diabetes	11,4 %	11,6%	ns
Tabaquismo	80 %	70 %	ns
Angina Previa	25 %	12 %	<0,05
Infarto previo	11,4 %	7,2 %	<0,05
Localización ECG Anterior	41,4 %	33,3 %	ns
Localización ECG Inferior	58,6 %	66,7 %	ns
Killip I ingreso	88,6 %	85,5 %	ns

**Conclusiones:**

Los pacientes con IAM internados en ambos hospitales presentaron comparativamente las siguientes características:

1. Similitud en la edad promedio general y por sexo, factores de riesgo DIABETES y TABAQUISMO, e igual condición clínica de ingreso, es decir similar KILLIP y localización ECG.
2. Predominio del sexo FEMENINO y el factor de riesgo DIABETES en los p. del Htal IRIARTE.
3. Predominio del factor de riesgo HIPERTENSION y los antecedentes Clínicos ANGINA PREVIA e INFARTO previo en los p. del Htal EVITA PUEBLO

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

17

Nº de tema

**B. Prefiero**

Póster

Oral

Apellido y nombre del relator  
FLORES LUIS ALBERTO

Domicilio  
8 NRO 3738

Ciudad  
BERAZATEGUI

Teléfono (Indicar código de área)

Provincia  
BUENOS AIRES

Fax (Indicar código de área)

Código Postal

1884

País  
ARGENTINA

Email [laflore@intramed.net](mailto:laflore@intramed.net)



**LESIONES LARINGEAS PRECOCES Y ALTERACIONES DE LA DEGLUCION  
DESPUES DE INTUBACION ENDOTRAQUEAL PROLONGADA.**

C.G Galletti; M.L.Gottero; M.L.Tosello; R.F.Viano; R.Ferreyra Dillon; S. Alba Aab; G.Guiñanez;  
M.K.Paredes, F.Gribaudo, V. Castellanos.

Unidad de Terapia intensiva del Sanatorio Allende, Ciudad de Córdoba, Republica Argentina.

**OBJETIVOS:** Determinar la incidencia de lesiones laringotraqueales postintubación y la incidencia de complicaciones de la deglución en pacientes que requirieron intubación endotraqueal prolongada. Establecer si existe correlación entre lesiones laringeas, días de intubación y sobreinfección local.

**MATERIAL Y METODO:** En pacientes que por cualquier causa requirieron intubación endotraqueal por mas de 48 horas se valoró prospectivamente la deglución y las presencia de lesiones laringeas en 11 y 14 pacientes respectivamente. Se realizó una evaluación endoscópica de la deglución dentro de las 48 horas post extubación y se repitió a los 10 días para evaluar la presencia de lesiones tardías y el estado general de la laringe. Esta evaluación consistió en pasar el endoscopio a través de la cavidad nasal hacia el área supraglótica, visualizando estructuras que intervienen en la deglución (motilidad del paladar y cierre adecuado del velo, cuerdas vocales en reposo y fonación), para valorar después la deglución en sí mediante la ingesta con papilla, verificando la presencia de broncoaspiración. Se definió como aspiración el pasaje de alimento mas allá de las cuerdas vocales verdaderas y aspiración silente aquella que ocurre en ausencia de signos clínicos. En el mismo procedimiento se evaluó las lesiones laringeas existentes, como edema cordal, estenosis aguda, congestión de la mucosa, presencia de secreciones, motilidad cordal, hematomas, secreción cordal, úlceras, granulomas y luxación aritenoidea. A cada lesión se le otorgó un puntaje que va de 1 a 4 a medida que aumenta la severidad de la misma.

**RESULTADOS:** La edad promedio de la población estudiada fue de 63+-20 años, la puntuación de Glasgow al ingreso fue de 10.9+-4, el valor de APACHE II fue de 16.7+-6, los días de ventilación mecánica 7.9+-4 y la estadía en terapia intensiva de 16.7+-8 días. En relación la valoración de la deglución se encontró alguna alteración en 6 de 11 pacientes (54.5%), y en 4 de ellos se constató broncoaspiración (36.4%), la mitad de ellas silentes. El grupo de pacientes aspirados tuvo una cantidad significativamente mayor de días de intubación que el grupo de pacientes no aspirados (p = 0.02 prueba t de students). No hubo diferencias significativas entre ambos grupos mencionados al analizar la edad y los días de internación en terapia intensiva.

Evaluando las lesiones laringeas tanto los pacientes con un número alto o bajo de días de intubación presentó una puntuación de signos de lesión laringo-traqueal con valores similares. De las alteraciones laringeas observadas las más frecuentes fueron el edema glótico y la congestión de mucosa (100%) en diferentes grados y la sobreinfección local en el 50% de los casos. Otras lesiones halladas fueron la sección cordal (7%), granulomas (14%), úlcera (14%), y luxación aritenoidea (14%). No hubo hematomas ni alteración de la motilidad cordal.

**CONCLUSIONES:** Se encontraron en mas de la mitad de los pacientes alteraciones en la deglución, y en un 36% episodios de broncoaspiración, la mitad de ellas silente. Comparando los pacientes aspirados con los no aspirados, en los primeros la cantidad de días de intubación fue significativamente mayor. Los resultados hallados son concordantes con la bibliografía publicada a la fecha. En la evaluación de las lesiones laringotraqueales no habría relación clara y directa entre número de días de intubación y gravedad de las lesiones. De los factores asociados a la injuria laringea, la sobreinfección local presentó estrecha relación con la gravedad de las lesiones. No se tuvieron en cuenta las maniobras de intubación que podría ser relevantes en la génesis de las lesiones.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

12

  
 N° de tema

**B. Prefiero**

**Poster** Oral

GOTTERO, Mariano Leonardo

Apellido y nombre del relator  
Montevideo 207 5 piso dpto A

5000  
Código Postal

Domicilio  
Córdoba  
Ciudad

Córdoba  
Provincia

Argentina  
País

0351-4284416

marianogottero@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece ...Sanatorio Allende.....



**INCIDENCIA, ETIOLOGIA Y PRONOSTICO DE LA NEUMONIA ASOCIADA AL RESPIRADOR (NAR)**

*H. Canales, G. Sáenz, R. Reina, M. Aprea, G. Martins, E. Estenssoro.  
 Hospital San Martín de La Plata, Prov. Buenos Aires.*

**OBJETIVO:** La NAR es una complicación frecuente de la ventilación mecánica (VM), y puede asociarse al desarrollo de sepsis, disfunción multiorgánica y muerte. Nuestro objetivo fue determinar la incidencia, etiología y mortalidad de la NAR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** *Diseño:* cohorte prospectiva. *Pacientes:* los ingresados desde el 1/9/01 al 31/3/03, con VM  $\geq$  48 hs, con sospecha clínica de neumonía: fiebre ( $\geq$ 38.3°), más secreciones purulentas y progresión o aparición de nuevos infiltrados. Se diagnosticó NAR probable cuando por lo menos una especie bacteriana creció en concentraciones significativas de  $10^4$  cfu.,  $10^3$  cfu., y  $10^6$  cfu en el lavado bronco alveolar (BAL), mini-BAL y cultivo semicuantitativo de secreciones traqueales (AT) respectivamente. Se registraron variables epidemiológicas e incidencia de ARDS. Las NAR se caracterizaron como precoces (< 4 días de VM) o tardías ( $\geq$  4). Se caracterizaron los gérmenes como “potencialmente resistentes a los ATB” (PR: Acinetobacter, Pseudomonaceae, Estafilococo meticilino-resistente) vs. los NO PR. Se registró el uso apropiado de ATB y la mortalidad. Las diferencias se exploraron con test t para las variables continuas y con  $\chi^2$  para variables discretas.

**RESULTADOS:** En el período mencionado, ingresaron 281 pacientes; se ventilaron 170 (60%) y 49 presentaron NAR (29 % de los ventilados, o 18 /1000 días VM). 76 % de los pacientes presentaron ARDS. La edad ( $\bar{x}\pm$ SD): 41( $\pm$ 15); APACHE II 19( $\pm$ 7); días VM [mdn, rango IQ]: 22 [14-38]. 11 NAR (22%) fueron precoces, con 45% de gérmenes PR y 55% de mortalidad. 38 (78%) NAR fueron tardías, con 95% de gérmenes PR y mortalidad de 35% (P=NS con respecto a NAR precoz, RR 1.59, [IC 0.79-3.20]).

El *Acinetobacter baumannii* fue el germen prevalente en ambos grupos (3/11 en las precoces y 21/38 en las tardías). Predominaron las NAR monomicrobianas (73%).

La demora en el inicio del tratamiento fue de 53 hs ( $\pm$ 53). El 50% de las NAR recibió tratamiento inadecuado, lo que predominó en las NAR tardías (87%).

La mortalidad en los pacientes con tratamiento adecuado fue de 41%, y de 36% en los pacientes con tratamientos inadecuados (P=NS, RR 1.10, IC [0.55-2.20])

**CONCLUSIONES:**

- 1) La incidencia de NAR estuvo dentro de los valores usualmente descriptos según el NNIS Surveillance.
- 2) Es de destacar la presencia predominante del *Acinetobacter baumannii*, no sólo en las NAR tardías sino en las precoces.
- 3) No se registraron diferencias en la mortalidad entre las NAR precoces vs las tardías, pese a que en estas últimas predominaron los gérmenes potencialmente resistentes.
- 4) No fue posible demostrar el impacto del tratamiento inadecuado sobre la mortalidad. Podría atribuirse a que la demora en el inicio del tratamiento adecuado no fue importante.

**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

5

  
 N° de tema

**B. Prefiero**

	Poster
1	Oral

ESTENSSORO ELISA

Apellido y nombre del relator  
 42 No. 577

1900

Domicilio  
 La Plata

Buenos Aires  
 Provincia

Argentina  
 País

Código Postal

0221 4220507

0221 4790742

adee@infovia.com.ar

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece Hospital San Martín de La Plata



**DIAGNOSTICO ERRONEO DE HEPATITIS FULMINANTE EN UN PACIENTE ADULTO CON SINDROME HEMOFAGOCITICO**

M.M. Anders; N. Fuentes; A. Gallesio.  
Hospital Italiano, Buenos Aires.

**Introducción**

El síndrome hemofagocítico en el adulto es una enfermedad poco común, que pocas veces se tiene en cuenta en el diagnóstico diferencial de un paciente con SIRS, hipotensión, hepatitis y trastornos de la coagulación, que, si bien puede simular una enfermedad neoplásica, tiene un buen pronóstico con tratamiento de sostén adecuado.

**Objetivo**

Comunicación de un caso de síndrome hemofagocítico en un paciente adulto.

**Presentación del caso**

Paciente de 18 años, sexo masculino, sin antecedentes patológicos propios ni familiares de importancia, derivado de Viedma para trasplante hepático con diagnóstico presuntivo de hepatitis fulminante. Presentaba un cuadro de quince días de evolución de fiebre, náuseas, cefalea, mialgias, astenia, hepatitis y coagulopatía. Al ingreso presenta deterioro del estado general, SIRS con hipotensión, gingivorragia, adenomegalias axilares e inguinales, esplenomegalia leve, sin alteraciones neurológicas. Tricitopenia, aumento de LDH >2000, transaminasas x 30, hiperbilirrubinemia leve, factor V normal, fibrinógeno < 100, leve aumento de PDF y dímero D, hiponatremia, hipoalbuminemia. Rx de tórax: infiltrados pulmonares bilaterales. Se toman cultivos de sangre y orina e inicia tratamiento antibiótico empírico para cubrir foco respiratorio. Evoluciona desfavorablemente con requerimiento de inotrópicos, ARM, SIRS persistente y plaquetopenia crítica en las siguientes 48hs. Se toman nuevos cultivos, con lavado broncoalveolar y se rota el esquema antibiótico a vancomicina e imipenem. Se realiza TAC de tórax y abdomen que evidencia condensación bilateral con broncograma aéreo; escaso líquido libre en cavidad abdominal, esplenomegalia leve, sin hepatomegalia ni adenomegalias. Se realiza PAMO donde se demuestra hemofagocitosis. Se toman serologías para CMV, EBV, HIV, HTLV, HSV, FHA, Hantavirus, Rubéola, Hepatitis A, B, C, parvovirus, leptospirosis, chagas, toxoplasmosis. Inicia tratamiento con gamma globulina 400mg/kg/día durante 5 días, sin mejoría clínica por lo que al quinto día inicia pulsos de metilprednisolona 1g/día durante 3 días. Cinco días más tarde el cuadro se autolimita, subiendo las plaquetas y disminuyendo la respuesta inflamatoria (luego de 30 días de enfermedad). Todas las serologías fueron negativas..

**Discusión**

El síndrome hemofagocítico es una enfermedad severa y poco común en los adultos caracterizado por fiebre, ictericia, esplenomegalia, citopenia de al menos dos líneas celulares, aumento de transaminasas, hiponatremia, hipoalbuminemia, hipertrigliceridemia, aumento de la ferritina sérica, disminución del fibrinógeno y demostración histológica de hemofagocitosis en médula ósea u otros tejidos hematopoyéticos. Existen dos formas: familiar, asociado a alteraciones genéticas (pediátrico) y esporádico, asociado a infecciones, enfermedades malignas y autoinmunidad. La patogenia es la hiperproducción de citocinas. El tratamiento se basa en el de la enfermedad subyacente y el sostén vital. En el caso de asociación con EBV está indicado el tratamiento quimioterápico y en las formas familiares el trasplante de médula ósea

Nuestro paciente cumplía criterios clínicos e histológicos de síndrome hemofagocítico. Creemos que éste estuvo relacionado con alguna enfermedad viral no diagnosticada.

Presentamos el caso por ser una enfermedad poco frecuente de diagnóstico difícil que tiene un pronóstico favorable mientras se realice un adecuado sostén vital.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

5

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator Anders, María Margarita

Domicilio Ocampo 2515 19D

Código Postal 1425DSA

Ciudad Buenos Aires

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área)  
01148022738

Fax (Indicar código de área)  
011480907058090705

Email adrianymargarita@fibertel.com.ar

Institución a la que pertenece Hospital Italiano Buenos Aires.....





**NEUMONIA EOSINOFILICA AGUDA: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE INJURIA PULMONAR AGUDA**

**N.A. Fuentes; M.M. Anders; A.Gallesio.**

**Hospital Italiano, Buenos Aires.**

**Introducción**

La neumonía eosinofílica aguda es una enfermedad poco común, habiéndose reportado hasta septiembre del 2002 menos de 100 casos en la literatura, incluyendo la serie de casos más grande 15 pacientes. Se caracteriza por insuficiencia respiratoria aguda grave de evolución rápida, con una respuesta dramática al tratamiento esteroideo. Se presenta el caso de una paciente que ingresa con diagnóstico presuntivo de neumonía grave de la comunidad en la que finalmente se diagnostica neumonía eosinofílica aguda por lavado broncoalveolar.

**Objetivo**

Comunicación de un caso de neumonía eosinofílica aguda.

**Presentación del caso**

Paciente de 18 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos de importancia, un viaje a Tigre 15 días antes del ingreso, no ingesta de drogas. Presenta fiebre alta, vómitos, tos seca, cefalea de cuatro días de evolución. Es ingresada por insuficiencia respiratoria aguda con infiltrados pulmonares bilaterales. Laboratorio con leucocitosis moderada y eosinofilia leve (7%, 900 células). Se toman hemocultivos e inicia tratamiento empírico con ceftriaxone más claritromicina. Se solicita serología para HIV, Hantavirus, Leptospirosis, Chlamydia pneumoniae y Micoplasma pneumoniae. En 24 horas evoluciona en forma desfavorable con SIRS, hipoxemia (injurias pulmonar aguda) y progresión de los infiltrados pulmonares por lo que requiere ventilación no invasiva. Se realiza lavado broncoalveolar: 48% de eosinófilos. Inicia tratamiento con 40 mg/día de prednisona con resolución del cuadro en 48hs.

Todos los cultivos y serologías fueron negativos. El coproparasitológico fue negativo.

**Discusión**

Las causas más frecuentes de neumonía eosinofílica son la hipersensibilidad a drogas y las infecciones parasitarias. Un tercio de estas neumonías son idiopáticas. Es un diagnóstico de exclusión que se basa en seis criterios descriptos por Pope-Harman y col: comienzo agudo, fiebre, infiltrados pulmonares bilaterales, eosinofilia pulmonar y ausencia de antecedentes de hipersensibilidad a drogas o infección. Laboratorio con leucocitosis moderada sin marcada eosinofilia. Patogenia poco clara. Pronóstico excelente. Respuesta rápida y dramática al tratamiento esteroideo.

Nuestra paciente cumplía todos los criterios de neumonía eosinofílica aguda y tuvo una respuesta excelente al tratamiento esteroideo.

Presentamos el caso por ser un diagnóstico diferencial poco frecuente de la neumonía grave de la comunidad y por la buena evolución con el tratamiento esteroideo (aunque hay reportes de resolución espontánea). Queremos remarcar que la paciente cumplió criterios de injuria pulmonar aguda y no requirió ventilación invasiva.

**A. Área Temática.**

(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

8

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator Fuentes, Nora Angélica

Domicilio Lanzilotta 2038

Código Postal 7600

Ciudad Mar del Plata

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área)  
02234802593

Fax (Indicar código de área)

Email nafuen@hotmail.com

Institución a la que pertenece Hospital Italiano Buenos Aires.....



**EL INDICE DE EXCRECION FRACCIONAL DE UREA COMO INDICADOR DEL VOLUMEN DEL ESPACIO INTRAVASCULAR EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA.**

A. Tarditti, M. Allochis, M. Arzel, L. Benito Mori, R. García Ruiz, P. Jacinto, P. Schoon.  
 HIGA. "Prof. Dr. Luis Güemes". Haedo. Buenos Aires. Argentina.

**Introducción:** Actualmente los protocolos para manejo de pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) incluyen, como uno de los objetivos más importantes a la hipervolemia. Con el fin de alcanzar dicha situación clínica se indican planes parenterales amplios, sin embargo es difícil de evaluar si con dicha fluidoterapia se alcanza el objetivo propuesto.

Sabemos que los parámetros clínicos son poco útiles para distinguir hipovolemia de normovolemia lo cual se acentúa mucho mas en enfermos neurológicos. Respecto a las determinación bioquímicas la mas útil es sin lugar a dudas el Sodio en orina (NaU) siendo altamente sensible pero poco especifico. Musch demostró que la combinación de NaU con excreción fraccional de urea (EFU) en pacientes con hiponatremia eran los índices más confiables para diferenciar hipovolemia de normovolemia.

**Objetivo:** Es nuestro objetivo evaluar la utilidad de la excreción fraccional de urea como parámetro capaz de objetivar el estado del intravascular en este grupo de enfermos.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron entre Julio del 2002 y Enero de 2003 en forma prospectiva a 37 pacientes con HSA con función renal normal. Fueron categorizados de acuerdo a score de Hunt y Hess y Fisher. Fueron excluidos 14 enfermos, 6 por haber fallecido antes de cumplir 24 hs de internación y 8 por no poder realizar las determinaciones bioquímicas requeridas por el protocolo.

Finalmente fueron estudiados 23 pacientes. La edad promedio fue 49 años, 17 mujeres y 6 hombres. El Hunt y Hess y el Fisher promedio fue 2.78 y 3.5. La media de internación en UTI fue de 15.9 días.

En todos ellos se realizaron determinación de sangre y orina, en forma sistematizada.

En primer lugar se calculo la excreción fraccional de urea y considero el balance de fluidos calculándose la relación entre ambas (test de correlación, Pearson). El balance considerado fue el total al momento de realizarse la toma de muestras calculándose teniendo en cuenta pérdidas insensibles.

En segundo lugar se determino sensibilidad y especificidad de la EFU baja para determinar depleción de volumen y de la EFU alta para evidenciar normovolemia (teorema de Bayes).

**Resultados:** Se realizaron 72 determinaciones.

Se analizo la relación entre balance y EFU siendo la misma buena ( $r=0.79$ ).

Luego dividimos los resultados en dos, grupo A: EFU baja ( $\leq 50\%$ ) y grupo B: EFU alta ( $>50\%$ ) y se compararon con sus respectivos balances (tabla 1). Las determinaciones del grupo A ( $EFU \leq 50\%$ ) fueron 21 coincidiendo 18 de ellas con balance de líquidos negativo. El grupo B ( $EFU > 50\%$ ) sumo 51 determinaciones de las cuales 48 coincidieron con balance positivo.

Tabla 1. Relación entre EFU y balance de líquidos.

Excreción fraccional de Urea	Balance	Sensibilidad	Especificidad
Grupo A (EFU baja) 21 muestras	balance - (18/21)	85 %	85 %
Grupo B (EFU alta) 51 muestras	balance + (48/51)	94 %	94 %

**Conclusión:** de acuerdo con los resultados obtenidos y teniendo en cuenta la importancia que tiene en estos pacientes determinar el nivel del intravascular consideramos de gran utilidad la medición de este índice para el reconocimiento de hipo o normovolemia utilizando como punto de corte 50%.

**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

9

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster **si**

Oral

Apellido y nombre del relator: Tarditti Adrian

Domicilio: Amato 1995

Código Postal: 1706

Ciudad: Haedo

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Teléfono: 011-4656-8751

Fax (Indicar código de área)

Email: atarditti@intramed.net.ar

Institución a la que pertenece: HIGA Prof. Dr. Lius Guemes". Haedo. Bs. As.  
 Argentina.....



**HEMODIALISIS PRECOZ EN LEPTOSPIROSIS. REPORTE DE CUATRO CASOS EN UTI POLIVALENTE.**

V. Mezzina, F. Funaro, T. Castaño, P. Díaz Cisneros, R. Franchino, J. de Castro, J. Muñoz, L. Ricardo, M. Lopez Arguello, C. Yannarella.-  
Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Municipal Ramón Santamarina. Tandil, Pcia. Buenos Aires. Arg.

**OBJETIVO:** descripción de cuatro casos de leptospirosis con falla hepatorenal y su tratamiento con hemodiálisis precoz.

**MATERIAL Y METODO:** se analizaron en forma descriptiva retrospectiva, casos de leptospirosis con falla renal y requerimiento de hemodiálisis precoz internados en UTI. Se realizó búsqueda y actualización bibliográfica.-

**RESULTADOS:** ingreso a UTI de cuatro pacientes masculinos, edad comprendida entre 30 y 50 años, con epidemiología positiva (agricultores, trabajador de matarife, pescador), comienzo de los síntomas tres a 10 días previos a la internación hospitalaria, tres con ictericia franca, resto de los síntomas: cuadro pseudo gripal, cefalea, convulsiones, mialgias, lumbalgia, dolor abdominal, fiebre, inyección conjuntival, hipotensión arterial, falla orgánica múltiple, arritmia (FA), anuria, hepatomegalia. Apache de ingreso comprendido entre 16 a 30 según el caso. Laboratorio: leucocitosis, urea y creatinina elevadas, plaquetopenia, CPK elevada, hiperbilirrubinemia a predominio directo, FAL elevada.- No requirieron ARM. Se administró inotrópicos a un paciente. Se tomaron muestras para estudios bacteriológicos y se comenzó con tratamiento antibiótico: ampicilina 4g/día entres casos y penicilina 9 millones de U/día en un caso. Recibieron además hidratación parenteral amplia, dos pacientes recibieron amiodarona, oxigenoterapia Fio2.0.35%, B2, kinesioterapia respiratoria, nutrición enteral y otras medidas de sostén. Se inició tratamiento de hemodiálisis entre las 0 a 24 hs de ingreso a UTI concatéter doble lumen yugulares o subclavios, con filtros para hemodiálisis consulfota o acetato de celulosa de 1.6 m2, con baños de bicarbonato, flujo sanguíneo de 250 ml y baños de 500 ml., con heparinización. Cada sesión con una permanencia de 2 a 3hs, con buena tolerancia, sin complicaciones. En los 4 casos la serología resultó positiva para leptospirosis, mediante el método por microaglutinación con antígenos vivos con títulos en el caso de leptospira icterohaemorrhagiae de 1/800 y para canicola, pomona, hardjo y ballum de 1/100, pyrógenes positivo en 1/1600, variando en tipos y en títulos según el caso.- Egreso de UTI comprendido entre 7 a 10 días, sin complicaciones.-

**CONCLUSIONES:** Según la bibliografía consultada la mortalidad en los pacientes con leptospirosis por lo general es baja pero aumenta en pacientes que presentan falla renal. En el caso de los pacientes descriptos en este resumen con insuficiencia hepatorenal, se evidencia un mejor pronóstico con la instauración de hemodiálisis como tratamiento precoz.-

-

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

5

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster **SI**

Oral

Apellido y nombre del relator RICARDO, AIDA LILIANA

Domicilio J. B. JUSTO 385

Código Postal 7000

Ciudad TANDIL

Provincia BUENOS AIRES

País ARGENTINA

Teléfono (Indicar código de área)02293452708

Fax (Indicar código de área)02293-422010 AL 14

Email utihmrstan@xaire.com.ar/liricardo@yahoo.com.ar

Institución a la que pertenece .....



**EL ROL DE LA PROCALCITONINA SERICA EN EL CONTROL EVOLUTIVO DE PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y/O SHOCK SEPTICO**

N Pistillo\*, M Pereiro\*, C Artana\*, F Rios#, A Conforti\*, B Maskin#,  
 \* Hospital Fiorito, Buenos Aires, # Hospital Posadas, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La sepsis es la causa más importante de muerte en las unidades de cuidados intensivos no coronarios. Para el diagnóstico y el control evolutivo se necesita de marcadores rápidos y seguros. Habitualmente se utilizan parámetros clínicos como la curva térmica, el recuento de glóbulos blancos y diferentes escalas de disfunción orgánica y de laboratorio como la proteína C reactiva (PCR). En los últimos años diversos trabajos han demostrado la utilidad de la procalcitonina sérica (PCT) en el diagnóstico de la sepsis, sin embargo, existe escasa información sobre su utilización en el seguimiento de la evolución de esta enfermedad. **Objetivos:** Evaluar el rol de los niveles séricos de PCT en el control evolutivo de pacientes con sepsis severa y/o shock séptico y compararlo con los de la PCR y los marcadores clínicos. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo de cohorte realizado en pacientes con sepsis severa y/o shock séptico. Se tomaron muestras de sangre y parámetros clínicos al ingreso al estudio y en los días 1, 2, 4, 9 y 13 de la evolución. Para la determinación de PCT en suero, se utilizó un método inmunocromatográfico semicuantitativo (BRAHMS, Berlin, Germany). Veinte voluntarios sanos se utilizaron como controles para estandarizar el método. Como medida de resultado se utilizó la mortalidad a los 28 días y el score MODS. Para el análisis, los pacientes se dividieron en dos grupos: sobrevivientes y fallecidos. Los cambios en el tiempo de cada variable fueron medidos dentro de cada grupo mediante el análisis de varianza con corrección *post hoc* de Tukey. Para evaluar las diferencias entre los grupos, se utilizó la prueba de la suma de rangos de Wilcoxon. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . **Resultados:** Ingresaron 28 pacientes, 15 masculinos (53.7%); APACHE II promedio:  $20 \pm 6$ ; mortalidad: 35.7% (10/28). Para el día 0, los niveles de PCT fueron significativamente elevados con respecto a los controles, sin diferencias entre grupos (sobrevivientes:  $6.1 \pm 3.1$  vs. fallecidos:  $7.6 \pm 3.8$  ng/ml), sin embargo, a las 24 horas las diferencias son significativas ( $5.1 \pm 2.5$  vs.  $8.4 \pm 4$  ng/ml,  $p = 0.04$ ). La PCT permaneció elevada en los pacientes que fallecieron, mientras que en los que sobrevivieron la PCT disminuyó progresivamente, alcanzando diferencia significativa al cuarto día (Día 0:  $6.1 \pm 3.1$  vs.  $2.3 \pm 1.3$  ng/ml,  $p = 0.006$ ). En los sobrevivientes que recibieron tratamiento antibiótico empírico inicial adecuado ( $n = 13$ ), la PCT disminuyó en 48 horas (D0:  $7.9 \pm 2.9$  vs. D2:  $3.4 \pm 2.8$  ng/ml,  $p = 0.001$ ) mientras que en los que fue inadecuado ( $n = 5$ ), aumentó transitoriamente y disminuyó sólo a las 48 horas posteriores al cambio de conducta terapéutica ( $8.4 \pm 2.6$  vs.  $1.7 \pm 0.2$  ng/ml,  $p = 0.03$ ). En los sobrevivientes el descenso de la temperatura, el recuento de blancos y la escala de MODS fue más tardío que la PCT: 6º, 9º y 6º día respectivamente. La PCR no mostró diferencias tanto intra como intergrupo (sobrevivientes: D0:  $23.9 \pm 22.1$  vs D13:  $20.5 \pm 23.5$  mg% y fallecidos: D0:  $27.2 \pm 20.2$  vs D13:  $22.3 \pm 8.7$  mg%). **Conclusiones:** Este trabajo sugiere que la PCT podría ser útil en el control evolutivo de los pacientes con sepsis severa y/o shock séptico. Nosotros observamos que la PCT permaneció elevada en los pacientes que fallecieron mientras que disminuyó en los que sobrevivieron. Su descenso resultó más precoz en comparación con el recuento de blancos, la temperatura, la PCR y la escala de MODS.

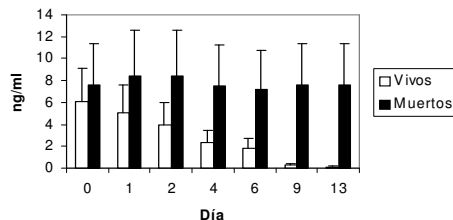
**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

N° de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

**Evolución de la PCT**



Apellido y nombre del relator: Pistillo Néstor

Domicilio: Pasaje Lituania 941

Código Postal: 1870

Ciudad: Avellaneda

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Teléfono: 4209-7062

Fax (Indicar código de área)

Email: npistillo@intramed.net.ar

Institución a la que pertenece ...Hospital Pedro Fiorito.....



**REDUCCION DE LAS TASAS DE INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA AL RESPIRADOR POR LA APLICACION DE UN SISTEMA DE VIGILANCIA INFECTOLOGICA EN TERAPIA INTENSIVA.**

M. E. Arzel; F.Ríos\*; P.Schoon; L.Benito Mori; A.Tarditti; D Violi; P Jacintho; M Allochis; M Rebolo. Servicio de Terapia Intensiva H.I.G.A.Prof. Dr. Luis Güemes de Haedo, Haedo, Morón, Bs. As.  
 \*Servicio de Terapia Intensiva de Adultos. Hospital Prof. A. Posadas, El Palomar, Morón, Bs. As.

**Introducción.** Los sistemas de vigilancia no se han difundido en nuestro medio en forma generalizada, a pesar de ser de extrema utilidad para el conocimiento de la situación particular de cada unidad respecto de la incidencia y etiologías de las infecciones prevalentes, siendo su desarrollo un primer paso necesario para reducir la incidencia de infecciones nosocomiales. Por este motivo hemos implementado un período de vigilancia para evaluar el impacto de su utilización en terapia intensiva

**Objetivos.** Realizar vigilancia de las infecciones relacionadas con procedimientos de riesgo en UTI, para conocer sus agentes etiológicos, variaciones estacionales, consumo de antibióticos y tasas de incidencia de estas infecciones y optimizar el tratamiento empírico inicial.

**Material y Métodos.** Se aplicó un sistema de vigilancia en todos los pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del H.I.G.A.Prof. Dr. Luis Güemes de Haedo, durante un período de 10 meses (Mayo de 2002- Marzo de 2003). Se incluyeron pacientes con una internación mayor a 24 hs con seguimiento hasta el egreso de UTI. Se identificaron y registraron: neumonías asociadas al respirador (NAR), infecciones urinarias asociadas a sonda vesical (IUSV), y bacteriemias asociadas a catéteres vasculares (BACV), utilizando los criterios del "Centers for Disease Control and Prevention" (CDC) para definir estas infecciones.

Los factores de riesgo de cada infección se han calculado de forma global para todos los enfermos ingresados durante el período. Se agruparon mensualmente, contabilizando en forma diaria los pacientes con intubación traqueal, sondaje urinario y el número de catéteres vasculares centrales. Como indicador de frecuencia se utilizaron tasas de incidencia (TI) y de densidad de incidencia (DI) de cada una de las infecciones registradas. TI, expresada en porcentaje, (número absoluto de la infección analizada / número total de pacientes en riesgo) y DI de cada infección expresada como: a) el número absoluto de la infección analizada / el número de días de riesgo de todos los pacientes ingresados, por mil y b) el número absoluto de la infección analizada / el número de días de presencia del factor de riesgo relacionado con cada infección, por mil.

Para el análisis de los datos se dividió el período de estudio en dos bloques, de 5 meses cada uno (período inicial A y período B). Se utilizaron el test Student y Mann-Whitney para los datos no-paramétricos y chi cuadrado para comparar datos categóricos.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 259 pacientes. 25% de los pacientes se internaron con causa médica, 20% politraumatismos, 20% quirúrgicos y 35 % neuroquirúrgicos. Se evaluaron (mediana y rangos) 191 (157-224) pacientes / día en riesgo por mes. Para las IU y BACV no se encontraron diferencias significativas. En cuanto a NAR: de 109 (66-122) pacientes / día en ARM por mes, la incidencia de NAR en el período A fue 77.9 (42-101) y en el período B 30.3 (20-40) por mil días de ARM (P=0.007). Los tratamientos empíricos iniciales incorrectos para NAR en el período A, alcanzaron 58 % de todos los tratamientos indicados en este período y en el período B, 28% con una P=0.018. Se redujo el gasto mensual en antibióticos por NAR de 10.500 pesos para el período A, a 5300 pesos para el periodo B con una P=0,01.

**Conclusiones.** La sola acción de poner en marcha un sistema de vigilancia infectológica, redujo en nuestra unidad en forma significativa las tasas de incidencia de infecciones nosocomiales, debido a la reducción en las tasas de incidencia de NAR. Esto se traduce en un menor gasto en antibióticos con una mejor prescripción del tratamiento antibiótico empírico inicial.

La fuerte reducción de la incidencia de NAR, el ahorro que esto implica asociado a la mejor prescripción de tratamientos antibióticos iniciales, justifica la implementación generalizada de sistemas de vigilancia. Se deben incrementar los esfuerzos en educación y control de infecciones para aproximarnos aun más, a las cifras que hoy se aceptan como indicadores de calidad asistencial.

**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

5

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster

Oral

**ARZEL, Martín Eduardo**

Apellido y nombre del relator

Ramón Falcón 2885 6º C

1406

Domicilio

Código Postal

Capital Federal

Capital Federal

Argentina

Ciudad

Provincia

País

011-4612-2537

[martinarzel@yahoo.com.ar](mailto:martinarzel@yahoo.com.ar)

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

E-mail

Institución a la que pertenece: Unidad de Terapia Intensiva H.I.G.A.Prof. Dr. Luis Güemes de Haedo.

## EFFECTO DE LOS INTERCAMBIADORES DE CALOR Y HUMEDAD (ICH) SOBRE LAS VARIABLES RESPIRATORIAS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE

Pereyra Gonzales O., Capozzolo A., Nahmías G., Díaz J., Krasnov F., Planells F., Noval D., Piano P., Intile D., Díaz Nielsen E.

Servicio de Kinesiología y Coordinación Médica. Clínica Basilea. Buenos Aires. Argentina

**INTRODUCCION:** La entrega de humidificación a los pacientes que respiran en forma espontánea a través de cánulas de traqueostomía es vital para evitar complicaciones de tipo obstructivo y la morbilidad relacionada a la misma. Está demostrado que el uso de intercambiadores de calor y humedad (ICH) provee una adecuada humidificación en pacientes ventilados a pesar de aumentar el espacio muerto y la carga ventilatoria, pero no ha sido estudiado el impacto de los mismos en pacientes respirando en forma espontánea sin apoyo ventilatorio.

**OBJETIVO:** Estudiar el efecto del espacio muerto (Vd) y la resistencia del ICH sobre las variables respiratorias y mecánicas en pacientes traqueostomizados respirando en forma espontánea sin ningún tipo de apoyo ventilatorio.

**MATERIAL Y METODOS:** Se incluyeron 5 pacientes con secuelas neurológicas post ACV (Edad promedio 65 años) traqueostomizados no dependientes de ventilación mecánica.

Las variables respiratorias registradas fueron: Frecuencia respiratoria (FR), Volumen corriente (Vt), Volumen minuto (VE), Índice de respiración rápida y superficial (IRRS), Presión inspiratoria media (Pi), Presión inspiratoria máxima (PiMax) y relación Pi/PiMax. Los pacientes fueron medidos con y sin ICH (Life: R: 0.5 cmH<sub>2</sub>O/L/s Vd: 85 ml en uso) durante 30 minutos en posición semi-sentada con un espirómetro Ohmeda (para FR, Vt, VE y IRRS) y un mano-vacuómetro Puritan con válvula unidireccional (para Pi, PiMax y Pi/Pimax).

La comparación de medias para las variables en ambos grupos se realizó con el test de t para muestras independientes y de acuerdo al test de Levene para igualdad de varianzas. La diferencia entre medias se consideró significativa con un valor de p inferior a 0.05 (bilateral). Se fijó el nivel de confianza en 95 % para el estimador de la diferencia de medias.

**RESULTADOS:** Se realizaron 40 mediciones (20 con ICH y 20 sin ICH).

	CLASE	Media	DS.	p	Dif. Media	IC 95%
<b>FR</b> (R x min)	Sin ICH	24,3	3,9			
	Con ICH	26,1	4,3	< 0.16	- 1.85	- 4.5 / 0.8
<b>VT</b> (l)	Sin ICH	,328	,091			
	Con ICH	,419	,141	< 0.02	- 0.09	- 0.17 / -0.01
<b>VM</b> (L)	Sin ICH	7,9	2,3			
	Con ICH	10,8	3,55	< 0.004	- 2.9	- 4.8 / - 1.0
<b>Fr/vt</b>	Sin ICH	79,25	25,08			
	Con ICH	68,65	30,56	< 0.23	10.6	8.8 / - 7.3
<b>PI</b> (CmH <sub>2</sub> O)	Sin ICH	14,2	3,8			
	Con ICH	18,8	4,56	< 0.001	- 4.6	- 7.3 / - 1.9
<b>Pi/Pimax</b> (%)	Sin ICH	14,15	5,14			
	Con ICH	18,50	5,62	< 0.01	- 4.35	- 7.8 / - 0.9

**CONCLUSIONES:** La adición del espacio muerto y la resistencia generada por el ICH provocó un aumento significativo del Vt y el VE, no así de la FR, manteniéndose el mismo nivel de IRRS. Asimismo se objetivó un aumento significativo de la relación Pi/PiMax. Si bien el ICH generó una mayor carga ventilatoria, esta no llegó a valores que se asocien con falla respiratoria. En pacientes traqueostomizados pueden utilizarse ICH previa evaluación de las capacidades ventilatorias de los mismos.

**INTOXICACION POR COCAINA Y ALCOHOL.**

J.Maraver; D.Rovira; R.García Turiella; C.Prada; H.Micheri; N.Banino.  
Sanatorio Centro; Rosario. Argentina. Servicio de Terapia Intensiva.

**INTRODUCCIÓN:**El consumo de cocaína, asociado o no al alcohol en adultos jóvenes debe ser considerado como una de las principales causas de alteraciones cardiovascular, según revisión de la literatura publicada en: Annals of Internal Medicine, mayo 1992 (Minor RL-116-9:776-777), The American Journal of Cardiology, junio 1995 (Win-Kuang Shen-vol 76-3:148-152) y NEJM, febrero 2003 (Kloner R-348:487-488). Es de significación su sospecha, teniendo en cuenta que el paciente a su ingreso a la institución puede presentar alteración del sensorio, dificultando así el interrogatorio ó bien negar, tanto él como su entorno, el consumo de cocaína y alcohol; dado que se debe iniciar rápidamente la terapéutica y tener precaución en la utilización de ciertos fármacos que habitualmente figuran en los protocolos de tratamiento de la cardiopatía isquémica y arritmias.

**CASO CLÍNICO:**Paciente de sexo masculino, de 32 años, VIH(+), cocainómano que ingresa al Servicio por cuadro de precordialgia y taquicardia a posteriori de ingesta alcohólica y aspiración por vía nasal de cocaína (dosis estimada 6 a 8 gr.) A su ingreso se halla hipersomne, con respuestas confusas y expresando dolor opresivo en región precordial, sin irradiación y con signos clínicos de deshidratación. La frecuencia cardíaca era de 110 latidos por minuto, la TA de 150/60 mmHg., afebril. ECG: taquicardia sinusal con trastornos de repolarización en cara inferior. Se le realizó Rx de Tórax que no mostró particularidades y un Ecocardiograma transtorácico que se hallaba dentro de los parámetros normales. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis, glóbulos rojos dentro de límites normales, al igual que la uremia, la glicemia y el ionograma. La TGO era de 58 UI/L (VR: menor a 31 UI/L), a CPK de 3363 UI/L (VR: menor a 165 UI/L), CPK Mb 58 UI/L (VR menor a 24 UI/L), LDH 600 UI/L (VR: menor a 460 UI/L).

El tratamiento, basado en las recomendaciones de la American Heart Association para la isquemia miocárdica relacionada con cocaína; sugiere como: agentes de primera línea: Oxígeno, ácido acetil salicílico, nitroglicerina y benzodiacepinas y agentes de segunda línea: verapamilo o fentolamina.

La desorientación, taquicardia y ansiedad mejoran con benzodiacepinas (lorazepan); la deshidratación y oliguria se normalizan con reposición hídrica agresiva y la precordialgia desaparece con NTG y oxigenoterapia.

El ECG se normalizó, las enzimas cardíacas volvieron progresivamente a valores habituales. Evolucionando favorablemente fue dado de alta del Servicio a las 72hs. de su ingreso.

**CONCLUSIÓN:** En estos pacientes es importante el reconocimiento del abuso de drogas como así también de la patología cardíaca asociada; para iniciar inmediatamente el tratamiento de la deshidratación, de la cardiopatía isquémica y la protección de la función renal ante la destrucción de células musculares estriadas demostrada por la elevación de ambas fracciones de CPK. Recordando que para el tratamiento de la isquemia miocárdica por consumo de cocaína las drogas de primera línea son la NTG en goteo EV., y el ácido acetil salicílico, el oxígeno y las benzodiacepinas.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

12

Nº de tema

**B. Prefiero** Poster Oral



**USO DE COLISTIN EN INFECCIONES SEVERAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES**

*Reina R, Estenssoro E, Sáenz G, Loudet C, Ferreyra A, Vázquez D, Acuario L, Gonzalvo R, Vidal G, Martins G, Das Neves A, Santander O, Ramos C.  
Serv.de Terapia Intensiva. Hospital de Agudos Gral. San Martín, La Plata, Argentina.*

**OBJETIVOS:** Evaluar el uso de Colistín para el tratamiento (tto) de infecciones por Bacilos Gram negativos multirresistentes (BGN MR), el deterioro de la función renal y la evolución de los pacientes. **MATERIALES Y MÉTODOS:** *Diseño:* estudio observacional, prospectivo. *Lugar:* realizado en una UTI polivalente de 8 camas de un hospital escuela, durante un período de dos años (03/01 al 03/03). *Pacientes:* Se incluyeron todos los pacientes con infecciones por BGN MR que requirieran tto con Colistín. Los outcomes evaluados fueron: 1) sobrevida hospitalaria; 2) disfunción renal (DR), definida como aumento de creatinina  $\geq 1,2$  mg/dl, o aumento de al menos 1 punto por disfunción renal en el SOFA score; 3) respuesta al tto según criterios clínicos. Los pacientes se trataron con 2,5 a 5,0 mg/kg/d de Colistín hasta un máximo de 300 mg/d, dividido en tres dosis IV. En caso de DR, la dosis de Colistín se ajustó de acuerdo a la creatinina sérica. **RESULTADOS:** Fueron tratados 43 pacientes que recibieron 50 ttos. 35 ttos (70%) cursaron sin DR; 8 (16%) desarrollaron DR; y 7 (14%) se iniciaron en pacientes con DR previa. Los 43 pacientes de los 3 grupos fueron comparables en edad ( $37 \pm 12$ ) y APACHE II ( $20 \pm 7$ ) De los 50 ttos, en 31 (62%) el germen fue sólo sensible a Colistín, siendo usado como única droga. En los 19 (38%) restantes, el Colistín se asoció a Carbapenems, Ampicilina/Sulbactam o Piperacilina/Tazobactam, según antibiograma. La duración promedio del tto fue  $12 \pm 5$  días. Se aislaron los siguientes gérmenes: 36 *Acinetobacter baumannii*, 13 *Pseudomonas aeruginosa*, 5 BGN no fermentadores no tipificados, y 6 Enterobacterias (*E. Coli* y *Kl. Pneumoniae*). Las infecciones fueron: 24 (48%) Neumonías asociadas al respirador (NAR); 12 (24%) Bacteriemias primarias (BP); 6 (12%) Meningitis (M); 6 (12%) Infecciones urinarias (IU); y 2 (4%) Sepsis asociada a catéter (SC). De los 43 pacientes tratados, 36 (84%) tenían función renal normal al inicio y no la alteraron durante el tto; 8 (19%) desarrollaron DR intra tto, que se manifestó a los  $1,5 \pm 2$  días; y 7 (16%) tenían DR previa al tto, aunque en 5 de ellos mejoró durante el tto. En ningún caso la DR motivó la interrupción del Colistín. Una buena evolución ocurrió en 33 (66%) de los 50 ttos: 17 (51,5%) de las NAR, 9 (27%) de las BP, 4 (12%) de las IU. La sobrevida hospitalaria ocurrió en 27 (63%) de los 43 pacientes tratados: 18 (67%) del grupo sin DR, 6 (22%) del grupo con DR pre tto, y 3 (11%) de los que desarrollaron DR intra tto. De los 27 pacientes con sobrevida hospitalaria, 15 (55,5%) recibieron 25 ttos (50%) sólo con Colistín. **CONCLUSIÓN:** La incidencia de disfunción renal por el uso de Colistín fue baja en estos pacientes críticos (16%), y no motivó la interrupción del tto. El 63% de los pacientes tratados presentó una buena evolución. Los mejores resultados se observaron en las NAR y las BP. El Colistín puede constituir una buena opción terapéutica para el tto de las infecciones severas causadas por BGN MR.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

5  
Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

**ESTENSSORO ELISA**

Apellido y nombre del relator  
42 N 577

1900

Ciudad  
02214220507

Provincia  
02214790742

País  
adee@infovia.com.ar

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email





**EL AUMENTO DEL FLUJO SANGUINEO PREVIENE EL DESARROLLO DE ACIDOSIS INTRAMUCOSA EN LA ENDOTOXEMIA EN OVEJAS**

A Dubin, B Maskin, G Murias, C Silva, JP Sottile, M Barán, MO Pozo, VS Kanoore Edul, HS Canales, JC Badie, G Etcheverry, E Estensoro.

Cátedra de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

**OBJETIVO:** el aumento del gradiente intramucoso-arterial de  $PCO_2$  ( $\Delta PCO_2$ ) es un hallazgo habitual en la endotoxemia experimental. Sin embargo, su significado es controvertido, ya que se ha atribuido tanto a hipoperfusión de las microvellosidades intestinales como a hipoxia citopática. Nuestra hipótesis fue que el aumento del flujo sanguíneo podría evitar el aumento del  $\Delta PCO_2$ .

**MATERIAL Y METODO:** en 12 ovejas anestesiadas y ventiladas mecánicamente, se midieron volumen minuto cardíaco, flujo sanguíneo de la arteria mesentérica superior ( $Q_{\text{intestinal}}$ ), lactato, gases, hemoglobina y saturación de oxígeno en sangre arterial, venosa mixta y venosa mesentérica, y  $PCO_2$  intramucosa ileal por tonometría. Se calcularon transporte y consumo de oxígeno intestinales ( $DO_2$  and  $VO_2$ ). Después de las mediciones basales, se inyectaron 5  $\mu\text{g}/\text{kg}$  de lipopolisacárido de *Escherichia coli*. Las ovejas fueron asignadas al grupo de  $Q_{\text{intestinal}}$  normal ( $n = 6$ ) o al grupo de  $Q_{\text{intestinal}}$  elevado, durante 120 minutos. Se empleo solución fisiológica para mantener el  $Q_{\text{intestinal}}$  a niveles basales, o para aumentarlo alrededor de un 50 %. Los datos (media  $\pm$  DS) fueron analizados con ANOVA de dos vías.

**RESULTADOS:**

		$Q_{\text{intestinal}}$ ml/min/kg	$DO_2$ ml/min/kg	$VO_2$ ml/min/kg	$\Delta PCO_2$ mm Hg	Lactato (mmol/l)
$Q_{\text{intestinal}}$ normal	basal	637 $\pm$ 192	71.5 $\pm$ 20.5	23.7 $\pm$ 4.1	7 $\pm$ 4	1.7 $\pm$ 0.8
	endotoxina	601 $\pm$ 163	64.3 $\pm$ 16.7	26.0 $\pm$ 9.8	19 $\pm$ 4*	2.3 $\pm$ 1.0
$Q_{\text{intestinal}}$ elevado	basal	582 $\pm$ 154	64.2 $\pm$ 18.8	30.1 $\pm$ 9.6	5 $\pm$ 7	2.2 $\pm$ 1.6
	endotoxina	932 $\pm$ 224* <sup>§</sup>	87.1 $\pm$ 23.6	38.6 $\pm$ 10.8	9 $\pm$ 6 <sup>§</sup>	1.7 $\pm$ 1.1

\*  $p < 0.05$  vs. basal. <sup>§</sup>  $p < 0.05$  vs. flujo sanguíneo normal

**CONCLUSIONES:** pese a la preservación del flujo sanguíneo y el transporte de oxígeno globales, la acidosis intramucosa desarrolló en las ovejas endotoxémicas. Sin embargo, la elevación del flujo sanguíneo mediante la expansión del volumen intravascular con solución fisiológica evitó el aumento del  $\Delta PCO_2$ . Nuestros resultados sugieren que la acidosis intramucosa está relacionada fundamentalmente con hipoperfusión local.

**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

14  
 N° de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator: Arnaldo Dubin

Domicilio: Calle 42 No. 577

Código Postal: 1900

Ciudad: La Plata

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Teléfono: 0221-4220507

Fax: 0221-4790742

Email: adee@infovia.com.ar

Institución a la que pertenece: Cátedra de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata



**BACTERIOLOGIA Y SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA DE LA SEPSIS**

Manonelles G., Marina M., Durante C., Elias G., Pezzotto S., Weller C.

Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Provincial de Rosario, Prov. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar la etiologia bacteriana en los pacientes con diagnostico de sepsis ingresados al servicio de Terapia intensiva del Hospital Provincial de Rosario. Analizar su sensibilidad antibiótica, y su relacion con la procedencia del paciente, intra o extra hospitalaria, para establecer tratamiento inicial empírico.

Material y métodos: Se analizaron todos los pacientes mayores de 18 años ingresados al servicio de Terapia Intensiva del Hospital Provincial de Rosario con hemocultivo positivo (mínimo de 2 muestras) durante el período comprendido ente el 01 de enero hasta el 31 de diciembre del 2002. Se evaluaron: datos demográficos, factores predisponentes para bacteriemia, uso previo de antibióticos y procedencia del paciente al momento de la toma de muestra , definiéndose como intranosocomial, paciente con 48 horas de internación o pacientes provenientes de instituciones (geriátricos y psiquiátricos)

Resultados: se analizaron 50 episodios de bacteriemia en 48 pacientes ,de los cuales 24 fueron intra hospitalarios (9 primarios de la sala de terapia intensiva y 15 derivados de otros servicios) y 26 extrahospitalarios ( 24 de la comunidad y 2 intranosocomiales, tales como geriátricos o instituciones psiquiátricas). El antibiograma varió notablemente entre las muestras obtenidas de pacientes extranosocomiales a las obtenidas de pacientes intranosocomiales siendo estas ultimas sensibles a los carbapenems, y en el 25% de estos casos a otros antibióticos de amplio espectro (piperacilina tazobactán, vancomicina, ampicacina), mientras que en las primeras el 92.3% era sensible además a otros antibioticos (p=0.0001). Los agentes etiológicos fueron: Klebsiella pneumoniae 8(16%) , Staphylococcus aureus 11 (22%) , Escherichia coli 6 (12%), Staphylococcus saprophyticus 1 (2%), Staphylococcus epidermidis 3 (6%), Streptococcus piogenes 2 (4%), Streptococcus viridans 2 (4%) , Enterococcus faecalis 1 (2%) , Streptococcus pneumoniae 2 (4%), Enterobacter cloacae 2 (4%), Enterobacter aerogenes 1 (2%), Enterobacter spp 1 (2%) , Alcaligenes fecalis 1(2%), Alcaligenes xilosa 1 (2%), Aeromonas 1 (2%), Pseudomona aeruginosa 2 (4%), Acinetobacter spp. 5 (10%)

Conclusión: Los pacientes sépticos intranosocomiales ( intra o extrahospitalarios), presentaron agentes bacterianos con antibiograma multirresistentes, solo sensibles a Carbapenem mientras que los provenientes de la comunidad resultaron en su mayoría sensibles a todos los grupos antibióticos ( B.lactamicos, amino glucósidos, quinolonas, etc.) De acuerdo al análisis estadístico el tratamiento empírico inicial para los cuadros de sepsis intranosocomial son carbapenememicos.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Manonelles Gabriela

Apellido y nombre del relator  
Bv. Oroño 281 7 "A"

2000  
Código Postal

Domicilio  
Rosario

Santa Fe  
Provincia

Argentina  
País

Ciudad  
(0341)4474158

Fax (Indicar código de área)

labimanonelles@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece: Hospital Provincial de Rosario.....

**SINDROME HELLP DESENCADENADO EN GESTA DE 16 SEMANAS**A Coppola; D Brignoles; D Diulio; N Neila; L Santos; P Bambaci; C Cozzi; R Perez.  
*S. Terapia Intensiva. Hospital Alejandro Korn. Melchor Romero. La Plata. Argentina.*

**Introducción:** complicación de la preeclampsia que agrupa anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento plaquetario que fue descrito en 1982 (Weinstein). Entidad de difícil detección precoz dado su polimorfismo. El 30 % de las pacientes con eclampsia presentan HELLP, y menos del 10% de los casos antes de las 27º semanas de gestación. En la bibliografía consultada se halla un caso antes de las 20 semanas y una revisión de trabajos publicados en Medline en los últimos 10 años solo se encontró un caso a las 17 semanas asociado a triploidia (Craig, K., et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 182: 737-9).

**Objetivo:** destacar la posibilidad de presentación del síndrome de HELLP en etapa precoz del embarazo.

**Caso clínico:**

Paciente de 24 años de edad, con antecedentes de un parto normal, quién cursa 16º semana de gestación, no controlada. Ingres a la guardia de nuestro hospital por presentar convulsiones tónico-clónicas, acompañadas de hipertensión arterial ( 190/ 120 mmhg), habiendo sido precedidas por vómitos y dolor abdominal. Se inicia tratamiento anticonvulsionante. Se realiza ecografía ginecológica donde se informa enfermedad trofoblástica gestacional con feto de 16 semanas de gestación, tiempo corroborado por informe anatómico-patológico con medición de pie fetal (Streeter G. Contributions to Embriology, 11:143-170). Al ingreso a UTI el paciente se encuentra en coma postictal, ESG:6/15, sin foco motor, hipertensa, con mala mecánica ventilatoria por lo cual se conecta a ARM. Se inicia tratamiento de sostén hemodinámico, más sulfato de Mg. El laboratorio de ingreso presenta los siguientes valores: Hto: 32%; TGP: 133 UI/L; TGO: 255 UI/L; Bilirrubina total: 7 mg/dl; Bilirrubina indirecta: 5 mg/dl; LDH: 1434 UI/l; Plaquetas: 70.000/ml. Se adopta conducta quirúrgica por lo cual ingresa a quirófano realizándose histerectomía y ooforectomía izquierda.

**Evolución:** durante las primeras 24 hs continua en ARM, persistiendo inestable hemodinamicamente con un Hto de 12,2 % y un recuento plaquetario de 24.000/ml, recibiendo transfusiones de sedimento globular y plaquetas. Se inicia tratamiento con dexametasona. A las 48 hs de evolución se encuentra compensada hemodinamicamente, se desteta de ARM, con los siguientes valores de laboratorio: LDH: 849; TGO: 50; TGP: 38; Recuento plaquetario: 101.000/ml. Hto: 24,2 %. Al 6º día de evolución, se encuentra compensada hemodinamicamente, sin ARM, con evolución favorable. Valores de laboratorio: Recuento plaquetario:397.000/ml; Hto: 28,1 %; TGO: 21; TGP: 19, siendo dada de alta de UTI.

La biopsia informó mola hidatiforme parcial con focos de infarto placentario y corioangiomas. Feto femenino sin malformaciones externas .

**Conclusiones:** se destaca la presentación del síndrome en temprana edad gestacional y asociada a enfermedad trofoblástica.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

11

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster

Apellido y nombre del relator: Brignoles David

Domicilio: 520 y 175 (Melchor Romero)

Código Postal: 1903

Ciudad: La Plata

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Teléfono: 0221-478 0730

Fax : 0221-478 0730

Email: utiakorn@intramed.net.ar

Institución a la que pertenece : Htal Alejandro Korn – Melchor Romero.



**EVALUACION DEL SOFA SCORE PARA PREDECIR LA MORTALIDAD EN LOS PACIENTES CRITICOS, Y COMPARACION CON APACHE II Y SAPS II.**

R. Gonzalvo, E. Laffaire, E. Estenssoro, C. Loudet, A. Ferreira, D. Vazquez, L. Acuario, G. Vidal, G. Martins, C. Ramos, A. Das Neves, O. Santander, G. Sáenz, R. Reina.  
 Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Interzonal de Agudos San Martín de La Plata.

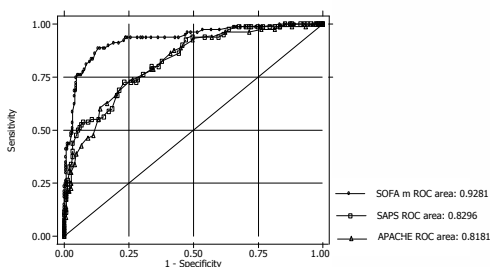
**OBJETIVOS:** 1) Determinar la utilidad del SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) score y sus variables derivadas como predictores de mortalidad 2) Correlacionar la mortalidad esperada por el SOFA score y derivadas, con la esperada por APACHE II y SAPS II.

**MATERIALES Y METODOS.** *Diseño:* cohorte prospectiva. *Lugar:* UTI polivalente de un hospital escuela. *Pacientes:* Los ingresados desde el 1/5/01 al 1/4/03. Al ingreso se calcularon los scores pronósticos APACHE II y SAPS II y SOFA<sub>inicial</sub> y diariamente (hasta 30 días de internación), el score SOFA con los peores valores del día anterior. Adicionalmente se calcularon las siguientes variables derivadas: SOFA<sub>medio</sub>: valor promedio de la internación; SOFA<sub>total</sub>: suma de todos los valores diarios; delta SOFA<sub>48hs</sub>: diferencia entre el SOFA<sub>inicial</sub> y a las 48 hs del ingreso; y SOFA<sub>máximo</sub>: el valor más alto registrado. *Análisis estadístico:* primeramente, se calculó el área bajo la curva (AUC) ROC correspondiente a las 5 variables citadas, a APACHE II y a SAPS II, y luego se compararon con referencia a la que presentó mayor AUC en el procedimiento anterior. Se utilizó Chi<sup>2</sup>, con corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples (DeJong algorithm, Biometrics, 1988).

**RESULTADOS.** En el período mencionado ingresaron 328 pacientes consecutivos; en 243 (75%) se registraron todos los datos. La edad fue de 41±17; género 51 % masc, ingreso: Médico 37%, Quirúrgico 44%; Trauma 15%; Mortalidad observada 33%; expectativa según APACHE II 35%; según SAPS II 33%.

**CONCLUSIONES:** El score SOFA medio demostró una excelente calibración, lo que lo confirma como un importante indicador del pronóstico en los pacientes críticos, aún superior al APACHE II y al SAPS II según los valores del AUC. El SOFA máximo mostró un comportamiento semejante. El SOFA<sub>inicial</sub> también fue un predictor aceptable. Estos resultados validan el uso del score SOFA como una herramienta pronóstica útil y de cálculo sencillo.

	Valor (x±SD)	AUC	95 % IC	Pr>chi2	Bonferroni Pr>chi2
SOFA <sub>medio</sub>	4.6 ± 3.6	0.93	0.89-0.96		
SOFA <sub>max</sub>	6.3 ± 4.0	0.89	0.84-0.93	0.4769	0.0863
SAPS II	35 ± 18	0.83	0.78-0.88	0.0000	0.0002
APACHE II	19 ± 9	0.82	0.76-0.87	0.0000	0.0003
SOFA <sub>inicio</sub>	5.2 ± 3.9	0.77	0.71-0.84	0.0000	0.0000
SOFA <sub>total</sub>	50 ± 56	0.67	0.60-0.93	0.0000	0.0000
Delta <sub>48h-inicio</sub>	0.9 ± 4.1	0.54	0.45-0.62	0.0000	0.0000



**A. Área Temática.**  
 (Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

1  
 N° de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 1 Oral

ESTENSSORO ELISA

Apellido y nombre del relator  
 42 No. 577

1900

La Plata

Buenos Aires

Argentina

0221 4220507

0221 4790742

adee@infovia.com.ar

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email



**USO DE FILTROS EN LA VENA CAVA INFERIOR EN LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA.**

Galletti C., Viano R.F., Paoletti F., Cabrera M. J., Surur R., Ferreira Dillon R., Gottero M., Alba Aab S., Castellano V., Gribaudo F., Paredes M., Guiñanez G., Bovo J.  
Sanatorio Allende, Córdoba.

**Introducción:** el uso de los filtros en la vena cava inferior (FVCI), es una alternativa en el tratamiento de la enfermedad tromboembólica, en caso de que la terapéutica anticoagulante no sea posible o falle.

Los objetivos de este trabajo son. evaluar la población, las indicaciones, las posibles complicaciones derivadas de su uso, su eficacia a corto y largo plazo en la prevención de tromboembolismo pulmonar recurrente (TEPA).

**Materiales y Métodos.** estudio poblacional, descriptivo, retrospectivo y prospectivo donde se evalúan datos demográficos, indicaciones, antecedentes patológicos, causa y vía de colocación del filtro, complicaciones a corto y largo plazo (2 y 6 meses respectivamente), de los pacientes sometidos a este procedimiento desde el año 1997 y que poseen dos meses desde su implantación como mínimo Se realizo una consulta telefónica y/o entrevista clínica para recabar datos físicos y estudios de imágenes (Rx de abdomen frente y perfil, y ecodoppler de la vena cava inferior), a los fines de evaluar el funcionamiento (permeabilidad) y localización del filtro del filtro.

**Resultados:** durante el periodo de estudio se implantaron 26 filtros, de los cuales cinco pacientes fallecieron, 4 no pudieron ser localizados, 7 entrevistados solo telefónicamente y 10 con consulta clínica. Se implanto mas frecuentemente en hombres (52%), media de edad de 58.28 años +/- 15.85 años, tiempo de seguimiento de 664.52 +/- 491.37 días. El antecedente patológico mas frecuente fue la presencia de neoplasia. En cuanto a las causas de colocación, la contraindicación de la anticoagulación fue del 65%, la hemorragia grave durante la anticoagulación 12%, enfermedad tromboembólica recurrente a pesar de anticoagulación 19%. El filtro mas usado fue el de Greenfield y la vía de colocación la femoral 93%. Las complicaciones a corto plazo fueron: mala ubicación, imposibilidad de desplegar el filtro, trombosis en sitio de inserción y trombosis de vena cava inferior, 3.84 % respectivamente Las complicaciones a largo plazo fueron trombosis en los miembros inferiores en 7.68%, trombosis de la vena cava inferior: 3.84% y no se documento ningún caso de TEPA recurrente.

Se encontró asimetría con edema de miembros inferiores en 29%, circulación colateral, trastornos tróficos venosos en 17.6%.

**Conclusiones:** los datos poblacionales, las causas, indicaciones y complicaciones en la colocación del filtro en nuestra institución son correlacionables a la bibliografía actual.

La contraindicación en la anticoagulación fue la causa mas común, y no hubo complicaciones durante el procedimiento, salvo un fracaso en la localización, requiriendo un segundo filtro completado con éxito.

En la evolución alejada se observo un 29% de los pacientes con edema de miembros inferiores , a pesar de poseer buena circulación a través del filtro, constatada por ecodoppler, no causando invalidez y siendo controlado con medidas mecánicas.

La eficacia del FVCI en la prevención del tromboembolismo pulmonar a largo plazo fue del 100%.

El filtro en la vena cava inferior es una alternativa valida en los casos en que esté indicado correctamente.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

Nº de tema

**B. Prefiero**  
 Poster

Apellido y nombre del relator Viano Roberto Federico

Domicilio Ituzaingo 575 PB "D"

Código Postal 5001

Ciudad  
Cordoba

Provincia  
Cordoba

País  
Argentina

Teléfono (Indicar código de área)  
0351-4116318

Fax (Indicar código de área)  
0351-4716432

Email Fedeviano@hotmail.com

Institución a la que pertenece .....SANATORIO ALLENDE.....



**RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA TERAPEUTICA ENDOVASCULAR EN LA ESTENOSIS CAROTIDEA, EVALUACION CLINICA PRECOZ Y DIFERIDA**

Galletti C., Guiñanez G., Londero H., Ferreyra M.J., Castellano V., Paredes M., Ferreyra R., Gribaudo F., Viano F., Gottero M.

Sanatorio Allende, Córdoba.

**INTRODUCCION:** El tratamiento estándar de la estenosis carotídea es la endarterectomía carotídea (EC). Sin embargo, el tratamiento quirúrgico en ocasiones se encuentra limitado debido al excesivo riesgo quirúrgico del paciente o a la dificultad técnica del caso. Las técnicas de angioplastia con stent son objeto de constante superación y la tasa de complicación parecen ser comparables a las de la EC. La terapèutica endoluminal se presenta como una alternativa, considerando que disminuye los riesgos del procedimiento, la anestesia, la hospitalización, y por ende tambien los costos.

**OBJETIVOS:** Determinar los riegos y beneficios de la terapèutica endovascular para las lesiones carotídeas estenóticas, evaluando los mismos en el periodo inmediato y diferido a 6 meses y comparar los resultados obtenidos con lo de la bibliografía actual.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Es un estudio prospectivo y descriptivo con seguimiento a seis meses que incluye cincuenta (50) pacientes, a los cuales se les realizò angioplastia carotídea percutánea con stent en el laboratorio de hemodinamia del Sanatorio Allende e ingresaron a sala de terapia intensiva, todos los pacientes recibieron como parte del tratamiento Acido Acetil Salicilico 325mg. Y Clopidogrel 75mg., evaluandose las complicaciones inmediatas postprocedimiento hasta el alta sanatorial y diferida a seis meses con seguimiento con ecografia Doppler de vasos del cuello o clínico, desde el año 1997 hasta el año 2003.

**RESULTADOS:** 70% son de sexo masculino y 30% de sexo femenino, de una edad promedio de 66,12 años, los cuales presentaban sintomatología neurològica un 76% y asintomático un 24%, se realizò angioplastia de arteria carotídea izquierda en un 52% y de la derecha en un 48%, el promedio de días de internación fue de 2,72; las complicaciones inmediatas se presentaron en un 12% ( muerte 2 p.(4%), Stroke menor 2 p. (4%), disección arterial en sitio de punción 1 p.(2%) y desprendimiento del sistema de protección cerebral con ACV isquémico como secuela en un 1 p (2%).; y el seguimiento a seis meses, por dificultad de contacto con el paciente, se pudo realizar clínicamente en 40 p. (80%) y con Ecografia Doppler en 30 p. (60%) con 1 (2%) solo caso de reoclusión a los 5 meses.

**CONCLUSIÓN:** los resultados obtenidos en nuestras observaciones son similares a los obtenidos en la bibliografía actual, con baja tasa de morbi-mortalidad tanto en el seguimiento inmediato como en el diferido a seis meses, ya que en la misma se describe que la angioplastia con stent es factible de practicarse con una probabilidad de èxito mayor de 95%, una tasa de morbilidad de 0,6%-4,5%, riesgo de accidentes neurovasculares mayores 0%-4,5% y un índice de reestenosis a los seis meses menor de 5%.-

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

Nº de tema

**B. Prefiero**  
 Poster

Apellido y nombre del relator: DR. GUIÑANEZ GABRIEL DARIO

Domicilio : HUARTES 2742 Bº LOS PARAISOS

Código Postal: 5008

Ciudad: CORDOBA

Provincia: CORDOBA

País: ARGENTINA

Teléfono (Indicar código de área):0351  
4716917

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece : SANATORIO ALLENDE.....

**PERICARDIOCENTESIS DE URGENCIA EN TERAPIA INTENSIVA**

Borsini E.E., Zambon W.R., Plano F.L., Cáceres G.A., Duarte D., Soloaga E.D.  
Hospital Británico de Buenos Aires, Sanatorio las Lomas, Instituto Medico Central,  
Buenos Aires, Argentina.

**OBJETIVO:** Comunicar nuestra experiencia en el manejo de urgencia del taponamiento cardiaco en Terapia Intensiva (TI).

**MATERIALES Y METODOS:** Se analizaron las historias clínicas (HC) de los pacientes (ptes) tratados con pericardiocentesis (P) de urgencia en TI durante el periodo comprendido entre Enero 1999 y febrero del 2003. Seleccionamos las siguientes variables en relación con el procedimiento: edad, sexo, tiempo que demando el procedimiento (TP), catéter utilizado (C), ecocardiografía durante la P (EC), control de la posición del catéter (PC), tiempo de permanencia del catéter (TPC), complicaciones (Co), y respuesta clínica (RC).

La P fue realizada en todos los casos con catéter venoso central tipo Arrows y por técnica de Seldinger.

**RESULTADOS:** Trece (n=13) ptes ingresaron al presente estudio, 7 hombres (53,8%), edad promedio de la población 54,7 años (25-92), el TP 4,5 minutos, el C en 7 ptes (53,8%) fue un catéter venoso tipo Arrows doble lumen 7F, y en 6 ptes (46,2 %) de simple lumen 7F, la P se realizo en el 77 % de los ptes si EC (10 ptes), en el 100 % de los casos el control de PC se realizo mediante radiografía de tórax e inyección de contraste a través del C, el TPC fue de 2,6 dias en promedio (1-7), se registraron 3 (23%) obstrucciones transitorias del C como únicas complicaciones y no comprometieron la evolución de los ptes, finalmente en el 100 % de los ptes la RC fue exitosa.

**CONCLUSIONES:** En esta experiencia demostramos que la P realizada a través de la técnica de Seldinger es rápida, segura y efectiva para tratar el taponamiento cardiaco en la TI.

Se aprecia que la ecocardiografía durante el procedimiento, no es imprescindible.

**A. Área Temática.**  
(Ingrese el Nro. de sólo uno de los temas que mejor caracteriza su trabajo).

**17**

Nº de tema

**B. Prefiero** Poster Oral

Borsini Eduardo Enrique

Apellido y nombre del relator

Av. Caseros 1671 Piso 3 DPTO C

Domicilio

Ciudad Autónoma de BS. AS.

Ciudad

011- 4303 6153

Teléfono (Indicar código de área)

Provincia

Fax (Indicar código de área)

1281

Código Postal

Argentina

País

Eborsini@hotmail.com

Email

Institución a la que pertenece: Hospital Británico de Bs. As, Sanatorio las Lomas, Instituto Medico Central