



UTILIDAD DEL MARCAPASO CARDIACO TRANSCUTANEO

Carfagna S.E., Giorgio P.L., Brunel E.M., Soloaga E.D., Pérez M.H., Cáceres Monie C., Estepo J.F., Ubaldini J.E.

Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina

OBJETIVO: Reportar los resultados de una experiencia prospectiva con uso del marcapaso externo transcutáneo (MET).

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron en forma prospectiva y al azar pacientes mayores de 17 años internados en un Servicio de Cuidados Críticos desde el 31-07-00 al 30-03-03. Fueron excluidos los enfermos con alteraciones hemodinámicas o trastornos del equilibrio ácido-base significativos.

Se efectuó marcapaseo a través de electrodos de baja impedancia a una frecuencia de 20 latidos superior a la del paciente y se registró tolerancia del paciente (UT), umbral de estimulación cardíaca (UEC), y captura de músculos de pared torácica (CM).

RESULTADOS: se incluyeron 35 pacientes (23 sexo masculino y 12 femenino), edad promedio de 72 años (rango de 46 a 87 años). 29 pacientes se encontraban en asistencia respiratoria mecánica, Se constató marcapaseo efectivo en 9 pacientes (25,7%). El UEC fue de 52 a 200 mA, el UT promedio en pacientes no sedados fue de 98,4 mA (rango 20 a 200 mA), la CM se observó entre 20 y 80 mA.

CONCLUSIONES: El MET muy mostró baja efectividad. El UEC es alto y el UT bajo, lo que reduce la utilidad del método. En base a los hallazgos reportados, no consideramos a esta técnica suficientemente segura para reemplazar al marcapaseo transvenoso.

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

Carfagna Sonia Edith

Apellido y nombre del relator

Francisco Bilbao 4717

1407

Domicilio

Código Postal

Ciudad Autónoma BS. AS.

Argentina

Ciudad

Provincia

País

011-4942-3996

Soniab.carfagna@colmed.com.ar

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece: Hospital Británico de Buenos Aires

**TROMBOSIS DE SENO VENOSO EN POSTOPERATORIO DE TUMOR DEL
ANGULO PONTocerebeloso: PRESENTACION DE UN CASO.**Nunes Velloso VC, Salevsky EW.

Clínica de la Ciudad de Plus Salud S. A. Buenos Aires. Argentina

OBJETIVO: Se reporta un caso de trombosis de seno venoso (TSV) lateral en el postoperatorio de un tumor del ángulo pontocerebeloso (TAPC).**INTRODUCCIÓN:** La TSV es una entidad grave y poco frecuente, ha sido asociado a la presencia de mutaciones en el Factor V o en el gen-protrombina, embarazo, puerperio e ingesta de anticonceptivos orales. Es una complicación no descripta en el postoperatorio de TAPC.**MATERIAL Y MÉTODO:** Análisis de caso clínico: Paciente sexo femenino de 56 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, plejía facial periférica por TAPC, ingresa a Terapia Intensiva (UTI) en postoperatorio de TAPC izquierdo. En la admisión se encontraba hemodinámicamente estable, buena mecánica ventilatoria, Score de Glasgow 13, plejía facial izquierda tipo periférica.

En el primer día de internación presentó deterioro del sensorio, Score de Glasgow 5, por lo que es intubada por vía orotraqueal y conectada a asistencia respiratoria mecánica (ARM), se realizó una tomografía de cerebro que mostró edema cerebral difuso, fue medicada con manitol. Presentó como complicación neumotórax y neumonía asociada a la ventilación mecánica. En el tercer día de internación ante la no mejoría del estado de conciencia se realizó nueva tomografía de cerebro que mostró imagen hipodensa bilateral en región de pedúnculos cerebrales con área hiperdensa en fosa posterior, compatible con TSV lateral. Se inició anticoagulación con enoxaparine. Una angioresonancia de cerebro confirmó el diagnóstico.

Evolucionó lúcida, con hemiparesia izquierda y trastornos deglutorios. Se retiró la ARM en el décimo día de internación.

DISCUSIÓN: La TSV se caracteriza clínicamente por cefalea, edema de papila, déficit neurológico focal, convulsiones, coma y elevada mortalidad. Los hallazgos más frecuentes en TAC son hipodensidad o hiperdensidad heterogénea centro encefálica y en ocasiones imagen hiperdensa en región del seno lateral. La presencia de esta entidad como complicación en el postoperatorio de TAPC ha sido reportada en sólo 1 caso de una serie de 1000 (Samii y col.), en esta serie falleció el 1% de los pacientes, uno de ellos fue el que presentó como complicación la TSV. En el caso que reportamos, el paciente presentó deterioro del nivel de conciencia requiriendo intubación y ARM en el primer día de postoperatorio, la imagen tomográfica de hipodensidad centro encefálica e hiperdensidad en fosa posterior y la ausencia de otras complicaciones como hidrocefalia hizo sospechar el diagnóstico de TSV, el cual se confirmó con una angioresonancia, método que junto con la angiografía son fundamentales para el diagnóstico. La anticoagulación con heparina convencional o heparina de bajo peso molecular ha demostrado mejorar el pronóstico, creemos que en este caso el tratamiento influyó significativamente en la evolución.**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

Salevsky Eduardo Walter

Apellido y nombre del relator

Guatemala 4842 P2 DPTO H

Domicilio

Ciudad autónoma de BS. AS.

Ciudad

011-15-4033-9708

Teléfono (Indicar código de área)

Provincia

Fax (Indicar código de área)

1425

Código Postal

Argentina

País

Vanessnunes2000@yahoo.com.ar

Email

Institución a la que pertenece Clínica de la Ciudad Buenos Aires



TRATAMIENTO DEL STROKE ISQUEMICO CON tPA INTRAVENOSO.

Noriega GH, Giorgio PL, Soloaga ED, Pérez MH, Bonardo P, Fernández Pardal MM, Chertcoff FJ, Ubaldini JE.

Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina

OBJETIVO: Comparar los resultados del tratamiento con tPA intravenoso en el stroke isquémico en un hospital comunitario con los resultados de los ensayos NINDS y STARS.

MATERIAL Y MÉTODO: Desde julio de 1999 a agosto de 2002 todos los pacientes con stroke isquémico con 3 horas de ventana al ingreso al hospital fueron evaluados para recibir tratamiento con tPA intravenoso. Pacientes con edades entre 18 y 80 años y que cumplían criterios de los ensayos NINDS y el ECASS II fueron incluidos. Características demográficas de los pacientes, factores de riesgo vascular, tiempo desde el inicio de los síntomas del Stroke hasta el arribo al hospital y a la administración de tPA fueron recolectados. Los pacientes seleccionados para recibir tPA fueron evaluados empleando la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) antes de iniciar la terapéutica (basal), 1 hora después de iniciada y a los tres meses. Estos datos fueron comparados con los hallazgos de los ensayos NINDS y el STARS.

RESULTADOS: 35 pacientes fueron admitidos dentro de las 3 horas de inicio de los síntomas del Stroke y 10 pacientes (todos caucásicos) fueron trombolisados (edad media 66.7, rango 56-83, 50 % masculinos) el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la administración de tPA fue de 153 minutos (STARS: 164 minutos); el tiempo medio desde el departamento de emergencia a la administración de tPA fue de 73 minutos (STARS: 96 minutos). En la admisión la presión arterial media fue de 107 mmHg y la concentración plasmática de glucosa fue de 118 mg/dl (NINDS: 108 mmHg y 149 mg/dl respectivamente). Escala NIHSS media basal: 15.9 (NINDS: 14, STARS: 13), NIHSS media postterapia: 13.7, NIHSS a los 3 meses: 50 % de los pacientes tenían un score de 0-1, considerado una evolución favorable. (NINDS parte 1: 31 %, parte 2: 38%). En cuanto al origen del Stroke un 30% fueron cardioembólicos, lacunares 10 %, trombosis de grandes arterias 10 %, otras etiologías 30 %, etiología indeterminada 20 %.

Un paciente (10 %) de la serie falleció como consecuencia de un infarto de miocardio 45 días después del tratamiento (mortalidad a los 30 días del STARS: 13 %, mortalidad a los 90 días del NINDS: 17 %). Existió una sola violación del protocolo (STARS: 32.6 %). Las complicaciones incluyeron 2 casos de hemorragia intracerebral y 5 casos de sangrado sistémico menor. No existieron casos de hemorragia intracerebral sintomática (NINDS: 6.4 %, STARS: 3.3 %).

CONCLUSIONES: Nuestra población tiene características demográficas similares a los ensayos NINDS y STARS. La evolución a los 3 meses de nuestros pacientes fue mejor que en los otros 2 ensayos. Nuestra serie demuestra que el tratamiento con tPA del Stroke es seguro y efectivo en un grupo de pacientes estrictamente seleccionados.

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

Noriega Gabriel Hernan

Apellido y nombre del relator

Castro Barros 2222 2C

1237

Domicilio

Ciudad Autónoma de BS. AS.

Código Postal

Ciudad

011-15-5809-1033

Provincia

Argentina

País

gaviotanor@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece...Hospital Británico de Buenos Aires



TRATAMIENTO DEL STROKE ISQUEMICO CON tPA INTRAVENOSO, NUESTRA EXPERIENCIA.

Cáceres G.A., Borsini E.E., Soloaga E.D., Plano F.L., Zambon W.R.

Unidad de Cuidados Intensivos, Sanatorio Las Lomas. San Isidro, Prov. Buenos Aires, Argentina.

OBJETIVO: reportar nuestra experiencia en el tratamiento con tPA intravenoso del stroke isquémico

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizó en forma retrospectiva todos los pacientes ingresados con diagnóstico de stroke isquémico desde enero de 2001 a diciembre de 2002 y se analizó el reconocimiento para la administración de tPA.

RESULTADOS: 34 pacientes (23 hombres y 11 mujeres) fueron admitidos con diagnóstico de stroke isquémico, 13 de ellos (38,2%) ingresaron dentro de las 3 horas de inicio de los síntomas del Stroke.

De los pacientes que ingresaron en ventana sólo 3 (23%) todos masculinos, fueron trombolisados, tenían una edad promedio de 65 años, cumplían los criterios de los estudios NINDS Y STARS. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la administración de tPA fue de 111 minutos, la escala NIHSS media basal: 14. Ninguno de los pacientes trombolisados falleció, se presentó un solo caso de hemorragia intracerebral asintomática. A los 3 meses del alta los 3 pacientes trombolisados se encontraban en 5, 5 y 4 puntos en la escala de GOS respectivamente.

10 pacientes ingresaron en ventana y no fueron trombolisados (77%), todos tenían criterios de exclusión, 4 eran mayores de 80 años, 4 presentaban cuadros leves, en 1 la tomografía de cerebro mostró isquemia de más del 33% del territorio silviano y 1 pacientes fue excluido por antecedente de demencia.

CONCLUSIONES: en nuestra experiencia un bajo porcentaje de pacientes con stroke isquémico han llegado en ventana o cumplían criterios para la administración de la terapia trombolítica y el tratamiento con tPA ha sido indicado en un reducido grupo de pacientes estrictamente seleccionados.

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

Nº de tema

B. Prefiero

Poster
 Oral

Cáceres Gabriel Alejandro

Apellido y nombre del relator
Perón 4474 PB DPTO 4

1199

Domicilio

Código Postal

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Argentina

Ciudad

Provincia

País

011 4982-9270

gacaceres@tutopia.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece: Sanatorio Las Lomas San Isidro



SEPSIS SEVERA. UN ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO.

Nunes Velloso V.C., Cugliari M., Vazquez F., Yañez M., Salevsky A., Salevsky E.W.
Clínica de la Ciudad de Plus Salud S. A. Buenos Aires, Argentina.

OBJETIVO: Análisis de pacientes con Sepsis Severa (SS) y su impacto sobre la actividad asistencial en una UTI polivalente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Mediante la utilización de una base de datos especialmente diseñada, se compararon dos poblaciones: pacientes con SS y sin Sepsis Severas (NSS). Se definió SS, a aquellos pacientes con infección sospechada clínicamente y/o documentada con cultivos, en los que existiera por lo menos una falla orgánica (FO) durante su evolución en UTI. Los criterios de FO fueron: 1) Hemodinámico: necesidad de inotrópicos y/o vasopresores, por presentar TAM < 70 sin respuesta a la expansión, 2) Respiratorio: PaFIO₂ <200, 3) Renal: creatinina >1,7 con o sin oliguria, 4) Hepático: bilirrubina 2 ó >, 5) Hematológico: Plaquetas < 200.000, 6) Neurológico: Obnubilación de la conciencia no atribuible a otra patología aguda. Se analizaron en forma retrospectiva 853 egresos, ocurridos entre 15/01/2001 y 15/03/2003. Se compararon 83 SS y 770 NSS.

RESULTADOS: Pacientes SS: 83 (9,5 %)- NSS: 770 (90,5 %); *Mortalidad: SS: 40 (48,19 %)-NSS: 73 (9,8%)-p: <0,001

*Edad: SS: media: 59,32 (DS:10,47- rango: 20-87); NSS: media:55,49 (DS:14,39- rango:15-96); p: 0,003.-
Relación masculino/femenino: SS:1,24; NSS: 2,06; p: 0,1.- *Estadía en UTI: SS:1256 días, media:15,1días; NSS:3538 días, media: 4,5 días; p: <0,001.- *Pacientes con asistencia ventilatoria mecánica (AVM): SS:54 (65%); NSS:83(10,7%); p: <0,001.-*Días AVM: SS: 651 días, media:12 días; NSS: 473 días, media:5,7 días; p: 0,06.-*Pacientes con NAV: SS: 11(13,2%); NSS: 7(1%); p: 0,0015.-*SAPS II al ingreso: SS: media:36,52(DS: 13,9 rango 0-82); NSS: media: 21,61(DS: 13,3 rango 0-74); p:<0,001.-*Episodios de infección intrahospitalaria: SS: 50 episodios, tasa ajustada: 39,8; NSS:32 , tasa ajustada:9; p: < 0,001.-
*Pacientes que requirieron hemodiálisis: SS: 25 (30%); NSS:17 (2,2%); p: < 0,001.-

Procedencia	guardia	sala médica	sala quirúrgica	quirófano
SS	23(27,7%)	31(37,3%)	2(2,4%)	15(18%)
NSS	328(42,6%)	61(7,9%)	47(6,1%)	202(26,2%)
p	0,005	<0,001	0,05	0,07

Patología	SS	mortalidad	NSS	mortalidad	p
Médica	67 (69,7%)	37 (55,2%)	335 (43,5%)	47 (14%)	< 0,001
Cirugía programada	13 (15,6%)	2 (15,6%)	180 (23,3%)	4 (2,2%)	< 0,001
Cirugía urgencia	12 (14,4%)	3 (25%)	54 (7%)	7 (12,9%)	0,06
Trauma	2 (2,4%)	0	48 (6,2%)	4 (8,3%)	0,04

Los FO observados y la mortalidad relacionada a cada grupo, fueron: 1(uno) FO: 23 pacientes (17,3%); 2(dos) FO: 38 pacientes (52,6%); 3 (tres) ó más FO: 22 pacientes (72,7%). El 65% de los pacientes SS presentaron cultivos positivos (54 pacientes).-

CONCLUSIONES: Los pacientes SS representan una pequeña proporción del total de ingresos en nuestra terapia intensiva polivalente (9,5%). Los resultados de este trabajo sugieren, en coincidencia con la bibliografía, que los pacientes SS presentan una elevada mortalidad, mayor estadía en UTI, mayor requerimiento de AVM y hemodiálisis, mayor ocurrencia de episodios de infección intrahospitalaria (incluyendo NAV) y la subsiguiente mayor erogación de recursos. El SAPS II al ingreso fue significativamente mayor en los SS. Es notoria la mayor incidencia de SS en pacientes provenientes de sala médica, quienes padecían una patología médica, en mayor proporción que quienes tienen patología quirúrgica. La mortalidad relacionada con el número de FO coincide con la bibliografía (Angus, D. y col.).-

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

14
Nº de tema

B. Prefiero

Poster

Oral

Salevsky Eduardo Walter

Apellido y nombre del relator

Guatemala 4842 P2 DPTO H

Domicilio

Ciudad autónoma de BS. AS.

Ciudad

011-15-4033-9708

Teléfono (Indicar código de área)

Institución a la que pertenece: Clínica de la Ciudad Buenos Aires

Provincia

Fax (Indicar código de área)

1425

Código Postal

Argentina

País

Vanessnunes2000@yahoo.com.ar

Email

**CASO CLINICO: EMBOLIA PARADOJAL INMINENTE**

Mazziotti J.V., Saez L., Martin P., Giorgio P.L., Soloaga E.D., Pérez M.H., Veltri M.A., Ubaldini J.E.
Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN: Los trombos en las cavidades cardíacas derechas forman parte de la entidad reconocida actualmente como enfermedad tromboembólica. Todos los trombos que terminan alojados en la circulación pulmonar atraviesan las cavidades derechas, del tamaño, de la forma y de la consistencia del trombo, dependerá la dificultad que éste tenga para circular por las cámaras cardíacas, o quedar transitoriamente atrapado en ellas. Las masas trombóticas más grandes quedan atascadas en la aurícula o el ventrículo derechos por tiempos relativamente prolongados, favoreciendo su detección y eventualmente su tratamiento. Se identifican en la literatura dos formas diferentes de esta entidad: el trombo en tránsito y la embolia paradójal inminente. Respecto a esta última presentamos un caso.

CASO CLINICO: Varón de 71 años con antecedentes de adenomectomía prostática diez días antes, diabetes mellitus e hipertensión arterial. El paciente consultó a la Guardia del Hospital por presentar mareos asociados a cambios posturales, disnea a mínimos esfuerzos, persistencia de la hematuria y astenia.

Al ingreso presentaba hipotensión ortostática, frecuencia cardíaca 110 por min, saturación de O₂ 97% con FIO₂ 0.21 y hematocrito de 28%, se encontraba lúcido, taquipneico, sin rales pulmonares, tercer o cuarto ruido ni soplos, miembros inferiores con edemas (2/3) y diámetros simétricos, signo de Hommans negativo bilateral.

ECG: ritmo sinusal 110 por minuto, BAV de 1er. Grado, HBAI, BIRD, extrasístoles supraventriculares frecuentes, sin signos de isquemia. Rx de tórax: normal.

En el 2do día de internación presentó hipotensión arterial (70/50) y sudoración profusa. El cuadro revirtió con el aporte de 750 cc de solución fisiológica. Durante el 3er día de internación presentó disnea de reposo con desaturación (88% con FIO₂ 0.21). Se solicitó TAC helicoidal que informó TEP bilateral. El paciente fue trasladado a Unidad Coronaria.

Un nuevo ECG mostró signos de sobrecarga derecha. Se realizó ecocardiograma y doppler transesofágicos que informó sobre la presencia de un trombo en tránsito en aurícula derecha de 1 cm de diámetro por 6 cm de largo que pasaba a aurícula izquierda a través del foramen oval y protruía sobre la válvula mitral generando una insuficiencia mitral leve. Se observó un trombo en la bifurcación de la arteria pulmonar y severa dilatación de las cavidades derechas secundaria a TEP.

Se le realizó una CCG que mostró lesiones significativas en el tronco de la coronaria izquierda, descendente anterior y circunfleja con oclusión total de la coronaria derecha. Se le colocó un filtro de vena cava por yugular interna derecha y se lo trasladó al quirófano. Se lo conectó a circulación extracorpórea (CEC) y se procedió a la extracción del trombo en tránsito con apertura de aurículas derecha e izquierda y cierre de la CIA. Se realizó embolectomía de la arteria pulmonar y un puente aortocoronario con vena a la descendente anterior. Luego de varios intentos fallidos de salida de la CEC apoyado con contrapulsación aórtica el paciente falleció.

CONCLUSIONES: Los trombos en tránsito en las cavidades cardíacas derechas (TTCD) son un hallazgo infrecuente (5%). Mucho más rara aún es la presencia de un trombo atrapado en un foramen oval permeable asomando a las cavidades izquierdas, configurando el cuadro denominado embolia paradójal inminente (EPI). Ambas situaciones comparten el carácter de emergencias terapéuticas, tienen una mortalidad elevada y existe una interesante controversia con relación a la estrategia a seguir en cada caso.

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**Mazziotti Julieta Vilma**

Apellido y nombre del relator

Virrey Cevallos 1955 PB A

1135

Domicilio

Código Postal

Ciudad Autónoma de BS. AS.

Argentina

Ciudad

Provincia

País

011 15 5337 8097

julietamaz@yahoo.com.ar

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece: Hospital Británico de BS. AS.



REINTERNACIONES EN TERAPIA INTENSIVA

Salevsky E., Cardenas A., Macia E., Perez F., Pantano R., Neira J., Moggi A.
Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Naval Pedro Mallo, Buenos Aires.

Objetivos: Conocer la prevalencia de reingreso a Terapia Intensiva, analizando los factores que lo influncian . Intentar reconocer grupos de riesgo.

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo, cuali-cuantitativo.

Lugar: Terapia Intensiva de Hospital de Obra Social asociado a la Universidad de Buenos Aires.

Material y método: Se tomaron los datos de todos los pacientes ingresados a la UTI en el período de un año (01/02/2002 al 31/01/2003). Ingresaron 697 pacientes. Se tomó como conjunto de datos mínimos el aportado por el sistema SATIQ. Se reconocieron los reingresos y se dividieron en dos grupos: a) reingresados dentro de las 48 hs. y

b) reingresados desde las 48 hs. hasta el día 10. Se comparó el TISS 28 del egreso de la internación inicial con el de reingreso. Se analizaron las patologías de ingreso y las causas de reingreso. De las últimas se definieron tres categorías: a) agravamiento de la enfermedad inicial, b) reingreso por infección intrahospitalaria, c) reingreso por complicación no infecciosa. Se valoró el soporte terapéutico requerido en los pacientes reingresados. El análisis estadístico se realizó con el programa Analyse-it de Excel utilizando chi-cuadrado para variables categóricas dicotómicas y t-test para las variables continuas.

Resultados: Reingresaron a la UTI 25 pacientes, el 40% de los mismos dentro de las 48 hs desde el egreso. La tasa global de reinternación fue de 3,6%, el promedio de edad en el grupo reinternado (RI) fue de 62.3 años vs.63.0 años en toda la población (NS). La tasa de masculinidad fue de 68% para el grupo RI vs. 53.8% en toda la población. El score Apache II , la estadía promedio y la media de TISS 28 al ser comparados en el grupo RI vs. el total de internados no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

El score Apache II de los pacientes reingresados fue de 18,4 vs.13,4 en la internación inicial (p = 0.005). El promedio de días de estadía en la reinternación fue de 8,9 días vs. 5,5 días en la internación inicial (p = 0.088). La media del TISS 28 al ingreso fue de 16.8 vs. 21.2 para el grupo RI (p = 0.006). Reingresaron 15 pacientes(60%) por agravamiento de su enfermedad inicial, 7 pacientes(28%) por infecciones intrahospitalarias y 3 pacientes(12%) por complicaciones no infecciosas. En cuanto a la necesidad de soporte del grupo RI 15 pacientes(60%) requirieron AVM, 12 pacientes (48%) inotrópicos, 6 pacientes(24%) cirugía de urgencia, y 17 pacientes(68%) antibióticos. La mortalidad de los pacientes RI fue de 44% vs. 28% de la población total estudiada.

Conclusiones: La tasa de reingreso en nuestro estudio fue similar a la publicada en bibliografía. La mayoría de los pacientes ingresaron por agravamiento de su patología inicial. Estos pacientes requirieron mayor soporte y cuidados que la población general y presentaron mayor mortalidad. Este trabajo sugiere que, independientemente de la tasa de RI, es necesario analizar, en cada Institución, la patología involucrada y el destino intrahospitalario de los pacientes, en un intento de disminuir su elevada morbimortalidad y costo asistencial.

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

Domicilio

Código Postal

Ciudad

Provincia

País

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece

¿EL RECUENTO DE GLOBULOS BLANCOS AUMENTADO ES UN FACTOR PREDICTIVO DE COMPLICACIONES EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO?

Sturba, D.; Olmos, D.; Bracco, J.; Alvarez, A.; Bisogno, F.; Cuiuli, J.; Fernández Cid, G.
Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Municipal General de Agudos Dr. Enrique Tornú. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Recientemente ha cobrado preponderancia la participación del componente inflamatorio en la fisiopatología de los síndromes coronarios agudos, siendo demostrado el valor predictivo de la leucocitosis en la aparición de complicaciones en la evolución de los pacientes con angina inestable.

Objetivos: Relacionar la presencia de leucocitosis al ingreso, con la aparición de complicaciones en la evolución de los pacientes con infarto agudo de miocardio.

Material y Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo en el que se estudiaron 189 pacientes en el período comprendido desde junio de 1998 hasta marzo del 2003. Se consignó tipo de infarto, edad, sexo, recuento de glóbulos blancos, score de Killip y Kinball, y complicaciones. Se consideró leucocitosis con un recuento de glóbulos blancos igual o superior a 10.000 cel/mm3. Se analizó sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, likelihood ratio en base a los datos obtenidos.

Resultados: Ingresaron al estudio 189 pacientes con un promedio de edad de 61,2 años, con predominio de la población masculina (146 pacientes), así como de infartos con supradesnivel del st (164 casos). Hubo un total de 93 pacientes que sufrieron complicaciones durante su evolución en la unidad de cuidados intensivos (49,2 % del total).

Rto de GB	IAM complicado	IAM no complicado
> o = 10000	58	53
< 10000	35	43

De los datos que figuran en la tabla se calcularon los siguientes resultados: especificidad 44,8%, sensibilidad 62,4%, valor predictivo positivo 52%, valor predictivo negativo 55%, likelihood ratio += 1,13, likelihood ratio - = 0,84

Conclusiones: Con los datos obtenidos en este estudio retrospectivo realizado con pacientes ingresados a la unidad de cuidados intensivos, no se observa que exista una relación entre el recuento de glóbulos blancos aumentado y la presencia de complicaciones en el infarto agudo de miocardio, que permita su utilización como estudio predictivo. Sin embargo la prevalencia de complicaciones (chance pre test 0,97) con respecto a la población general aumentaría en un 10%; por lo tanto los datos obtenidos no son concluyentes para aceptar como válida la Hipótesis que nos propusimos demostrar, pero si permite controlar con mayor precaución a aquellos que ingresan con glóbulos blancos elevados.

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 Sturba, Diego

Domicilio M. R. Trelles 1497

Código Postal 1416

Ciudad Capital

Provincia

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área) 011 4582-9556

Fax (Indicar código de área)

Email fernandez.cid@roche.com.ar

Institución a la que perteneceHospital Enrique Tornú.....

MASA OCUPANTE EN SNC EN PACIENTE PORTADOR DE SIDA. A PROPOSITO DE UN CASO.

Cuiuli, J.; Bisogno, F.; Olmos, D.; Sturba, D.; Bracco, J.; Mendoza, E.; Alvarez, A.; Barcat, J. A.; Burgos, M.; Fernandez Cid, G.
Hospital Municipal General de Agudos Dr. Enrique Tornú. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las patologías que se manifiestan como masa cerebral en pacientes HIV son tanto de etiología infecciosa como tumoral entre ellas la Toxoplasmosis, el linfoma, la Tuberculosis, la criptococosis o el Chagas.

Se presenta un caso de un paciente HIV con masa cerebral de etiología desconocida, con antecedentes de infección chagásica crónica y serología positiva se infiere como probable diagnóstico de chagoma, confirmádose por anatomía patológica. Motiva su presentación la poca frecuencia de reportes de esta patología.

Presentación del Caso: Paciente de 54 años de sexo masculino, con antecedentes de HIV diagnosticado 1993, ACV en mayo 2001 con secuela FBC derecha, HTA. Ingres a Clínica Médica el 4 de abril de este año, por progresión del foco motor derecho y afasia mixta, realizándose TAC de cerebro que informa extensa imagen hipodensa en hemisferio cerebral izquierdo con desviación de línea media; interpretándose el cuadro como posible Linfoma primario o Toxoplasmosis cerebral iniciándose tto con pirimetamina, clindamicina y antiedematosos. Presentando evolución tórpida, con mayor deterioro del sensorio, ingresando a UTI el 15 del mismo mes en coma y depresión respiratoria. Necesita de soporte respiratorio (ARM) por 48 hs, quedando posteriormente en Tubo en T e igual esquema terapéutico.

Como estudios complementarios se realizó RMN cerebral que informa extensa lesión expansiva intra axial de hemisferio izquierdo, hemorragia subaracnoidea subaguda de la convexidad izquierda compatible con Linfoma. Se solicito serología para Chagas y microhematocrito para descartar parasitemia, por la presencia de antecedentes epidemiológicos para esta enfermedad, resultando ambos positivos.

Se inicia TTO con Benzoidazol 300 mg/día no llegando a cumplir tratamiento por mas de 24 hs, el paciente fallece. Se realiza craneotomía mínima y toma de tejido cerebral donde se encuentra: Arteritis necrotizante con focos de reblandecimiento y gran numero de Leishmanias intra y extracelulares.

Conclusión: Este tipo de patología no suficientemente descripta en la literatura, debe ser sospechada en nuestro medio por la prevalencia de la enfermedad de Chagas en forma endémica y en aquellos pacientes con antecedentes de la enfermedad, debe ante la presencia de imágenes cerebrales no del todo concluyentes realizarse los estudios pertinentes para descartar un episodio agudo de Chagas en pacientes con alteraciones inmunológicas como las producidas por el SIDA.

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 Alvarez, Ariel

Domicilio M. R. Trelles 1497

Código Postal 1416

Ciudad Capital

Provincia

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área) 011 4582-9556

Fax (Indicar código de área)

Email fernandez.cid@roche.com.ar

Institución a la que perteneceHospital Enrique Tornú.....



SELECCION DE PEEP EN EL SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO

R.Vargas Martinez, V.De Angeli, M. Choy , L.Meirotti, J. Teves

Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Interzonal Oscar Alende. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos:

La selección del nivel optimo de PEEP en el síndrome de distress respiratorio agudo es tema de controversia.

El método de “aumentos secuenciales” (AS) hasta el valor final a partir de valores bajos de PEEP para alcanzar una oxigenación adecuada con un mínimo impacto hemodinámico es quizás el método mas corrientemente empleado.

Nosotros comparamos el nivel de PEEP con esta metodología (**PEEP real**) con el que le corresponderia de acuerdo a la mejor compliance (**PEEP compliance**) y al indicado por la escala ARDS network (combinación FiO2 con PEEP).(PEEP oxigenación)

Material y método:

Se incluyeron 23 pacientes ingresados en el servicio de terapia intensiva con diagnostico de ARDS (según el Consenso EA) en un periodo de 6 meses. Todos los pacientes estaban bajo ventilación mecánica en modo controlado por volumen siguiendo las recomendaciones de bajo volumen corriente del ARDS network con respiradores Siemens 900C adaptados con sedación y analgesia en infusión continua.

El nivel de PEEP fue determinado por los médicos asistentes con el método de AS para lograr una saturación > 90% .(**PEEP real**)

Dos observadores independientes al tratamiento determinaron el nivel de **PEEP compliance** que le corresponderia al paciente según mejor compliance estática toracopulmonar (CE) y el **PEEP oxigenacion** según la escala del ARDSnet (combinación de FiO2 con PEEP).

Se calculo la mejor CE con PEEP creciente : Bajo sedación,analgesia y relajantes neuromusculares , se desconecto el paciente durante 5 seg. Se inicio la ventilación con los parámetros basales con PEEP de 5 cm luego de 2 minutos y con una pausa de 5 seg. Se midió presión meseta para calcular CE según la formula VC/ Ppl-PEEP. Se repitió el procedimiento para niveles de 10, 15 y 20 cm. de agua .

Se calculó para cada paciente la diferencia entre la PEEP real y la correspondiente PEEP compliance (**delta PEEP mecánica**) y la diferencia entre la PEEP real y la correspondiente PEEP oxigenación (**delta PEEP oxigenación**)

Los resultados se expresan como media y desvio estándar .

Resultados

23 pacientes , 5 mujeres y 18 varones , portadores de ARDS con un score de IPA al ingreso al estudio de 2.58 (DS 0.63). El ARDS fue primario en 5 y secundario en 18 pacientes.(no se hallaron diferencias en las variables analizadas entre ellos)

Para lograr el objetivo de oxigenación necesitaron una FiO2 de 64.5% (DS 21)

La CE fue de 41.82 (DS 19.94)

La **PEEP real** 10.6 (DS 2.4) vs. **PEEP oxigenación** 13.0 (DS 4) (p.ns .)La **delta PEEP mecánica** +1.6 (DS 2.4) (p.ns). **delta PEEP oxigenación** + 3.1 (DS 2.9)(p.ns)

Conclusiones

El método AS de selección de PEEP en este grupo de pacientes con ARDS correlacionò bien con la PEEP necesaria para mejorar la compliance .

El nivel de PEEP real fue menor al correspondiente a la escala del ARDS net aunque no alcanzo significación estadística.

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

Nº de tema

B. Prefiero

Oral

Apellido y nombre del relator ralph vargas martinez

Domicilio entre rios 4479

Código Postal7600

Ciudad mar del plata

Provincia buenos aires

País argentina

Teléfono (0223)4945186

Fax (Indicar código de área)

Email jatme@argenet.com.ar

Institución a la que pertenece ...hospital oscar elende-mar del plata.....

**USO DE LEVOSIMENDAN EN SINDROME DE BAJO VOLUMEN MINUTO:
REPORTE DE 3 CASOS**

Carrión G, Elefante O, García M, Montrul M, Teves J.
Servicio de Terapia Intensiva, Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata, Argentina.

Introducción:

El síndrome de bajo volumen minuto (SBVM) es una complicación frecuente en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca que condiciona mayor morbilidad. Nosotros determinamos en tres pacientes los efectos hemodinámicos a corto plazo de Levosimendán, un nuevo agente inotrópico sensibilizador del calcio que se une a la troponina C.

Material y método:

Los pacientes desarrollaron SBVM definido como: índice cardíaco menor de 2 l/m, TAM menor de 70mmHg, acidosis metabólica, con aumento del ácido láctico. Estando bajo tratamiento farmacológico con dopamina (> 10 µg/kg/m) noradrenalina (>0.05µg/kg/m) y/o adrenalina (>0.05µgkg/m) y asistencia circulatoria con balón de contrapulsación intraaórtico. Recibieron dentro de las primeras 6 hs. de postoperatorio Levosimendán en dosis de carga de 12µ/Kg. y en infusión continua en dosis de 0.1µ/kg/min. Se realizaron mediciones basales y 12 hs luego de iniciado el tto. de las variables hemodinámicas y del ácido láctico.

Caso 1: varón 44 años, angor inestable clase III, B, 2, cirugía de urgencia. Northern= 6
CRM: anastomosis mamaria DA; puente vena safena Cx, Dg, Der

Caso 2: varón 54 años, angor inestable clase III, B, 2, cirugía de urgencia. Northern = 6.
CRM anastomosis mamaria a Dg, puente vena safena DA, Cx.

Caso 3: varón 62 años, angor inestable clase II, B; 1; urgencia anatómica. Northern=6.
CRM anastomosis mamaria a DA y Dg, puente vena safena a Cx.

Resultados:

Variables hemodinámicas	Caso 1		Caso 2		Caso 3	
	basal	12hs.	basal	12hs.	basal	12hs.
TAM	66	76	65	73	76	78
IC	1.3	2.5	1.49	2.7	1.8	2.6
VS	17	48	30	56	20	47
IRVS	3923	2179	2746	1871	2977	2184
ITSVI	6	22	9.8	21	10.4	25
Ácido láctico	5.27	2.4	7.18	2.9	9.9	1.7

El índice cardíaco aumento de en promedio de 1.53 pre-tto. a 2.6 l/m

El lactato en sangre disminuyo en promedio de 7.45 pre-tto a 2.33 post-tratamiento

Comentario:

En estos tres pacientes el uso de Levosimendán se asocia una rápida y significativa mejoría del gasto cardíaco, con disminución de la resistencia periférica, sin modificar la frecuencia cardíaca ni la tensión arterial. También produjo una rápida disminución del lactato como marcador de la mejoría de la perfusión tisular. Los agentes sensibilizadores del calcio son teóricamente atractivos, pero existe escasa experiencia clínica en el postoperatorio de cirugía cardíaca complicado con síndrome de bajo volumen minuto.

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

Nº de tema

B. Prefiero Oral



PREVALENCIA DE INFECCIÓN Y SEPSIS EN EL ABORTO.

Manonelles G, Nuñez Marquez M, Perino G, Vidal N, Benites Gil L, Elias G, Pezzotto S, Weller C.
Hospital Provincial de Rosario, Prov. Santa Fe, Argentina.

Objetivo:El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de infección en las pacientes que ingresan al hospital Provincial de Rosario con diagnostico de aborto incompleto , la prevalencia de Sepsis en dichos casos, y de ingreso de las mismas a la Unidad de Terapia Intensiva y su evolución

Material y Método: Se analizaron 148 pacientes de edades comprendidas ente 14 a 40 años, ingresadas al servicio de ginecología del hospital provincial de Rosario en el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2001 hasta el 01 de enero de 2002 con diagnostico de Aborto incompleto. Se evaluó la prevalencia de infección confirmada por cultivo de restos placentarios,y/o cultivo de endocervix y/o Hemocucutivos (2 de 2 muestras positivas).Se evaluó también la prevalencia de sepsis en dichos casos, definiéndose la misma como foco infecciosos más SIRS y la prevalencia de ingreso de las mismas al servicio de terapia intensiva del Hospital .

Resultados: de las 148 pacientes con diagnostico de aborto incompleto, 33/148 (24,3 %) presentaron infección, con cultivos de restos placentarios y endocervix positivos para Garnerella ssp, Proteus mirabilis, Escherichia coli, Enterobacter fecalis y Staphylococcus epidermidis. Dentro de este grupo 24/33 pacientes (72.7% de la infectadas) presentaron sepsis ,de estas, 10 (30.3% de las infectadas) ingresaron a Terapia Intensiva dentro de las primeras 24 hs. de internacion con diagnostico de Shock Séptico. En las pacientes con diagnostico de egreso de Aborto infectado o Aborto séptico , la evolución fue favorable con buena respuesta al plan antibiótico empírico realizado y con un promedio de 48hs de internación. En las pacientes ingresadas a terapia intensiva en cambio la sobrevida fue de un 60% , con una mortalidad de 40% (4 pacientes), con un promedio de 8 días de estada en UTI. A todas las ingresadas a Terapia Intensiva se les practico por lo menos una vía central, 8 de ellas recibieron asistencia respiratoria mecánica por presentar SDRA confirmado por placa de torax y Pafi O2 menor de 200, 6 de las mismas presentaron SDOM, todas presentaron hipotensión y oliguria, se administró infusión de dopamina: <5 Ug/Kg/min a una paciente, 5Ug/Kg/min a 3 pacientes y >5 gamas en combinación con adrenalina a 0.05Ug/Kg/min a 4 pacientes. Se realizaron Scores de APACHE II y SAPS II al ingreso obteniendo los siguientes resultados:19,8 puntos promedio para el primero y 23.4 puntos promedio para el segundo, como seguimiento utilizamos el Score de SOFA promedio de 8.7 puntos.En estas pacientes ingresadas a UTI los cultivos de restos placentarios , endocervix y hemocultivos fueron positivos para algunos de los gérmenes citados anteriormente y además para Pseudomona aureuginosa, Acinetobacter, Streptococcus pyogenes y Streptococcus epidermidis.

Conclusión: existe una baja prevalencia de infección, en la pacientes con diagnostico de aborto incompleto, en cambio existe una alta prevalencia de sepsis y shock séptico dentro de este grupo de pacientes. En general, las pacientes con diagnostico de aborto infectado o séptico presentan buena evolución de su estado general requiriendo pocos días de internacion, no así las pacientes con diagnostico de shock séptico por aborto, quienes presentan internación prolongada, múltiples instrumentaciones y alto grado de mortalidad.

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

2000

Código Postal

Domicilio

Rosario

Santa Fe

Argentina

Ciudad

Provincia

País

0341 4474158

labimanonelles@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

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

TUMORES CEREBRALES (TC). CAUSAS NEUROLOGICAS DE DETERIORO EN EL POSOPERATORIO (POP)

D.A. Godoy; A. Boccio

Sanatorio Junin, Junin, Provincia de Buenos Aires.

Introducción : El cuidado rutinario de pacientes neuroquirúrgicos en la UCI se ha incrementado notablemente en la ultima década, entre ellos , los portadores de tumores cerebrales.

La cirugía de los TC casi en su totalidad se llevan a cabo de manera programada; sin embargo no esta exenta de complicaciones. Las de mayor gravedad se producen en el pop inmediato, otras no menos importantes, hacen su aparición de forma solapada y mas tardía.

Objetivo: Examinar la frecuencia y tipo de complicaciones de origen neurológico que motivaron deterioro del status previo, en el posoperatorio de tumores cerebrales.

Material y Métodos: análisis descriptivo , retrospectivo de las Historias clinicas de los pacientes que ingresaron en forma programada al Servicio de Neurologia y Neurocirugia del Sanatorio Junín con el diagnostico de TC (clinica , TAC , RNM) , para ser intervenidos quirúrgicamente, en el periodo 1/1/98 – 1/12003 . Se definió “*deterioro neurológico*”, a la presencia de una o mas de las siguientes condiciones:

- a . Disminución en 2 puntos o más en la escala de Glasgow (GCS)
- b . Focalidad neurológica de inicio reciente
- c . Agravamiento de foco neurológico ya existente

En todos los casos , en forma sistemática se investigaron y descartaron causas hemodinámicas ,metabólicas , etc. de deterioro , como ser : hipotension arterial severa , hipoxemia , hiponatremia , hipoglucemia , etc , realizandose ademas TAC , a los fines de corroborar el diagnostico .

Las complicaciones fueron clasificadas de acuerdo al momento de aparición en inmediatas (dentro de las 48 horas del POP) , mediatas (hasta el 7mo dia POP) y tardias mas allá de dicho periodo.

Fueron excluidos del estudio :

- 1 . Los pacientes intervenidos quirúrgicamente en otro centro.
- 2 . Los pacientes operados antes del 1/1/98
- 3 . Aquellos pacientes que ingresaron al servicio por complicaciones del tumor cerebral , por ejemplo hemorragia intracerebral , hidrocefalia , etc.
- 4 . Los pacientes considerados de No ser pasibles de cirugía.

Resultados : 108 pacientes fueron operados en el periodo antedicho, promediando 21.6 cirugias anuales por TC . Edad prom 65.2 ± 13.3 años.Sexo(M/F)59/49.GCS prom de ingreso 14 ± 1.6

Tumores primarios 75 (69.4%);secundarios 33(30.5%) ; supratentoriales 74(68.5%),infratentoriales 34(31.5%).Etiologia:31.5%glioblastomas multiformes , 22.2% meningiomas , 9.25% oligodendrogliomas.

La totalidad de la poblacion ingreso a UTI en el POP inmediato , con estadia prom 31.4 ± 42.6 horas.

Complicaciones inmediatas 5 p (4.62%) , a saber : edema cerebral 3 , hemorragia intracerebral 1 , neuromenigeo hipertensivo 1 . No se registraron eventos en el periodo mediatos.

Tardiamente desarrollaron complicaciones 16 pacientes (14.8%) : edema cerebral 6 , convulsiones 3 , hidrocefalia 3 , fistulas de LCR 2 , meningitis 2 .

Conclusiones : este estudio simple , describe la frecuencia , tipo y momento de aparición de complicaciones neurológicas , en un grupo selecto de pacientes neuroquirúrgicos en un centro nacional y del interior del país.

No se detectaron complicaciones en forma mediatas .

El periodo POP inmediato es el que se caracteriza por las complicaciones que pueden requerir reintervención.



INSUFICIENCIA CARDIACA, MORTALIDAD EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: VALOR PRONÓSTICO DE LA NATREMIA, RECUENTO DE GLÓBULOS BLANCOS Y ANTECEDENTE DE DIABETES AL INGRESO DEL PACIENTE A UTI.

J. A. Luciano, C. Garabedian, A. Alvarez, G. Fernández Cid.
Terapia Intensiva, Hospital Tornú, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos. Es conocido el valor pronóstico a mediano y largo plazo, en lo referente a mortalidad, de la natremia igual o inferior a 135 meq/l (Aaronson, Circulation 1997, 95:2660), del recuento de glóbulos blancos igual o superior a 7000 x mm³ (estudios SOLVD prevención y tratamiento), y del antecedente de diabetes (estudios SOLVD prevención y tratamiento), por lo cual nos propusimos determinar si estos parámetros, al igual que el recuento de glóbulos blancos igual o superior a 10000 x mm³ medidos o que presentaban al ingreso a UTI, tienen valor pronóstico en lo referente a mortalidad durante la estadía en la misma.

Material y métodos. Revisamos la base de datos del Servicio, habiendo ingresado en los últimos ocho años, 402 pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada. Se tomaron en cuenta para el estudio, solamente los pacientes que presentaban como diagnóstico principal el de insuficiencia cardiaca, excluyéndose del mismo los que presentaban co-morbilidades significativas: evento coronario agudo, insuficiencia renal, insuficiencia respiratoria, insuficiencia hepática, sepsis, disfunción orgánica múltiple. En total quedaron en el estudio 166 pacientes, los cuales fueron divididos en dos grupos: el grupo I estaba compuesto por pacientes dados de alta vivos de UTI (141 pacientes, masculinos: 58.86%, femeninos: 41.14%, edad promedio: 65.05 años) , y el grupo II compuesto por los pacientes fallecidos durante la estadía en UTI (25 pacientes, masculinos: 44%, femeninos: 56%, edad promedio: 79.6 años).

Resultados. En el grupo I se midió la natremia en 138 pacientes, de los cuales 55 presentaban un valor igual o inferior a 135 meq/l (39%). En el grupo II se midió la natremia en 24 pacientes, de los cuales 17 (68%) presentaban un valor igual o inferior a 135 meq/l. Comparados ambos grupos se halló una diferencia estadísticamente significativa, p menor de 0.001. En el grupo I se obtuvo el recuento de glóbulos blancos en 141 pacientes, de los cuales 107 (75.88%) presentaban un valor igual o superior a 7000 x mm³. En el grupo II se registró el recuento de glóbulos blancos en 25 pacientes, de los cuales 22 (88%) presentaban un valor igual o superior a 7000 x mm³. Comparados ambos grupos se obtuvo un valor de p de 0.003, estadísticamente significativo. En el grupo I se obtuvo un recuento de glóbulos blancos igual o superior a 10000 x mm³ en 47 (33.33%) pacientes, y en el grupo II en 15 (60%) pacientes. Comparados ambos grupos se halló una diferencia estadísticamente significativa, p menor de 0.001. En el grupo I 40 (28.36%) pacientes presentaban una natremia igual o inferior a 135 meq/l, y un recuento de glóbulos blancos igual o superior a 7000 x mm³, en el grupo II los mencionados valores los presentaban 15 (60%) de los pacientes. Comparados ambos grupos se halló una diferencia estadísticamente significativa, p menor de 0.001. En el grupo I 15 (10.63%) pacientes presentaban una natremia igual o inferior a 135 meq/l, y un recuento de glóbulos blancos igual o superior a 10000 x mm³, en el grupo II los mencionados valores los presentaban 11 (44%) de los pacientes. Comparados ambos grupos se halló una diferencia estadísticamente significativa, p menor de 0.001. En el grupo I presentaban antecedente de diabetes 27 (19.15%) pacientes, y en el grupo II 7 (28%) pacientes. Comparando ambos grupos no se halló una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones La natremia igual o inferior a 135 meq/l, el recuento de glóbulos blancos igual o superior a 7000 x mm³, el recuento de glóbulos blancos igual o superior a 10000 x mm³, o la combinación de la natremia con el recuento de glóbulos blancos, son predictores de mortalidad en UTI, en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada. El antecedente de diabetes no es un parámetro de mayor mortalidad.

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

17

Nº de tema

B. Prefiero

<input type="checkbox"/>	Poster
<input checked="" type="checkbox"/>	Oral

Luciano, Jorge Aníbal
Apellido y nombre del relator
Cosquín 1539 1 P dto: 2

1440

Domicilio

Código Postal

Buenos Aires

Argentina

Ciudad

Provincia

País

011-4686-0442

jaluciano@intramed.net.ar

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email



Institución a la que pertenece ...Hospital Tornú.....



**TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE COMPLICACIONES LIGADAS A
CATETERES VENOSOS CENTRALES**

Guillermo EISELE, Esteban MENDARO, Sergio SIERRE, José COLOME,
Jose Luis CUERVO, Francisco OLAZARRI
Hospitales de Niños Dr Gutiérrez y Dr Garrahan, Hospital Naval,
Abraxas Médica y SENEMI, Buenos Aires, Argentina

Objetivos : Mostrar los resultados del empleo de técnicas endovasculares para tratar complicaciones ligadas al uso de catéteres venosos centrales (CVC).

Material y métodos : Se analizaron retrospectivamente los resultados clínicos de 35 pacientes entre 1 y 85 años portadores de CVC por tratamiento quimioterápico, hemodiálisis crónica y alimentación parenteral. Se efectuó tratamiento endovascular debido a embolización por rotura del CVC y por guías metálicas durante la inserción del CVC, disfuncionamiento de CVC por adherencias fibróticas o malposicionamiento y trombosis sintomática de vena cava por empleo de CVC. En 2 casos se colocaron CVC por abordaje no convencional debido al agotamiento de las vías habituales.

Resultados : Se consiguió el éxito técnico en el 100% de los pacientes. En todos los casos se retiraron los fragmentos de CVC y cuerdas migrados controlando los síntomas infecciosos y de arritmia ocasionados (n=13). La remoción de la vaina de fibrina mediante stripping se logró en los 11 pacientes permitiendo una hemodiálisis (n=10) y quimioterapia (n=1) correctas. Tanto el reposicionamiento correcto como el cambio de ubicación del CVC mejoraron el disfuncionamiento de los 2 casos tratados. La trombolisis y angioplastia simple o con stent obtuvo mejoría inmediata en todos los pacientes (5 en forma duradera) con síntomas de obstrucción cava. Los pacientes con CVC no convencionales fueron para ambos semipermanentes para alimentación parenteral por vía transhepática y translumbar. En 5 pacientes tratados con stripping y 2 con angioplastia de vena cava superior se presentaron recidivas entre 6 y 9 meses. No se observaron complicaciones de importancia relacionadas a estos procedimientos excepto 1 caso con migración a peritoneo del CVC que fue corregido quirúrgicamente. En ningún caso se planteó la resolución quirúrgica de la colocación no habitual o extracción de CVC migrados como tampoco de los síndromes de vena cava superior dada la complejidad y morbimortalidad de los pacientes tratados (insuficiencia renal crónica=13, malignidad=7, sepsis=5, pediátrico=5). La reparación de los CVC disfuncionantes está dirigida a prolongar su vida útil e intenta evitar el reemplazo de los mismos.

Conclusiones : Mediante procedimientos endovasculares hemos podido solucionar diversas complicaciones ligadas al uso de CVC con éxito en 100% de los pacientes, 20% de recidiva, bajas complicaciones y sin mortalidad.

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:

Domicilio:

Código Postal:

Ciudad:

Provincia:

País: Argentina

Teléfono:

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece:

**EMPLEO TEMPORARIO DEL FILTRO DE VENA CAVA GÜNTHER TULIP EN EL TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**Guillermo EISELE, Esteban MENDARO, Hugo FERRO, Eduardo MALVINO, Héctor CURONE, Ricardo VALENTINI

CEMIC, Clínica Suizo Argentina, Hospital Naval y Abraxas Médica Buenos

Objetivos : Mostrar la utilidad del empleo temporario de un tipo de filtro de vena cava removible opcionalmente en el tratamiento de casos seleccionados de tromboembolismo pulmonar (TEP).

Material y métodos : Se colocaron 56 filtros de Günther tulip a 54 pacientes (edad 26 a 80 años) en vena cava inferior debido a contraindicación o fallo de la anticoagulación con heparina en 50 casos (92%) y enfermedad cardio pulmonar severa con alto riesgo de TEP, TEP masivo con alto riesgo de reTEP, trombo flotante en vena cava inferior en los restantes pacientes.

En 31 pacientes el filtro permaneció definitivo debido al persistente alto riesgo de TEP.

En 23 pacientes fue retirado luego de un lapso entre 6 y 71 días de filtrado cuando el riesgo de TEP fue controlable médicamente. Durante el filtrado temporario, el seguimiento clínico valoró por un lado nuevos eventos de TEP mediante examen clínico y, en caso de duda, estudio de ventilación-perfusión con Medicina Nuclear. Por otro lado se evaluó la existencia de complicaciones ligadas al empleo del filtro con controles clínicos y, en caso de necesidad ecografía, ecodoppler, laboratorio y radiografía de abdomen.

Resultados : No se observaron nuevos eventos de TEP en los 23 casos durante el filtrado temporario.

En 3 casos el filtro retirado mostró contaminación por atrapar trombos infectados (TVP séptica, TEP séptico y meningioma cerebral operado) y se obtuvo curación de los cuadros infecciosos a partir de la retirada de los filtros contaminados .

En 1 caso de trombolísis venosa farmacológica asociada in situ se presentó un hematoma en el punto de punción femoral y que revirtió con la administración de plasma fresco. En 1 caso no fue posible retirar el filtro y permaneció definitivo.

En los demás pacientes no se observaron complicaciones ligadas a la colocación, la retirada ni la recolocación del filtro de Günther.

Conclusiones : El empleo del filtro de vena cava de Günther en forma temporal resultó eficaz en la prevención de los casos de TEP sin otra forma de control mediante tratamiento médico. En caso de TVP ± TEP séptico además del control del riesgo de TEP, fue posible controlar la infección al retirar el filtro contaminado por el atrapado de los trombos infectados.

En caso de persistir elevado el riesgo de TEP el mismo filtro permite su empleo en forma definitiva.

Esta forma de empleo temporaria de los filtros de vena cava presentó una baja incidencia de complicaciones

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:

Domicilio:

Código Postal:

Ciudad:

Provincia:

País: Argentina

Teléfono:

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece:



HEMORRAGIA OBSTETRICA GRAVE : PREVENCION Y TRATAMIENTO ALTERNATIVO MEDIANTE EMBOLIZACION ENDOVASCULAR

G.EISELE, E.MENDARO, S.SIERRE, F.LORENZO, E.MALVINO.

Sanatorio Mater Dei, Clínica Suizo Argentina, Hospital Naval y Abraxas Médica . Buenos Aires

Objetivo : Resaltar los beneficios de la embolización endovascular en el manejo de pacientes con elevado riesgo de hemorragia obstétrica o con sangrados graves ya establecidos.

Material y métodos: Se evaluaron retrospectivamente 11 pacientes con edad de 33 ± 4 años de edad que fueron divididas en 2 grupos. Ocho puérperas (atonía uterina=4, desgarro cervical=2, acretismo placentario=1, post histerectomía=1) requirieron arteriografía pelviana y embolización uterina de urgencia luego del fracaso de los tratamientos médicos y quirúrgicos habituales para el control de la hemorragia. En el segundo grupo, 3 pacientes (acretismo placentario y embarazo a término=1, embarazo molar a término=1, embarazo ectópico cervical de 6 semanas=1) se realizó en forma programada arteriografía uterina y colocación de catéteres selectivamente en ambas arterias uterinas para efectuar la embolización en quirófano posterior a la cesárea pero previo a la evacuación placentaria (mola) y previo a la histerectomía (acretismo) para evitar el eventual sufrimiento fetal; el embarazo ectópico se embolizó previo al raspado uterino evacuador.

Se empleó partículas de gelatina o PVA de 700 micras como material embolizante.

Resultados: Las 8 pacientes del primer grupo cursaron con shock hipovolémico por la hemorragia activa, presentaban APACHE II promedio de 11 puntos, requerimiento transfusional de $7,6 \pm 3$ unidades de glóbulos rojos desplasmatisados, y hematocrito post transfusional de $23,6 \pm 4\%$. La arteriografía identificó el sitio de sangrado y el tratamiento mediante embolización endovascular logró el control inmediato y definitivo de la hemorragia en todos los casos, con la consiguiente estabilización hemodinámica. Si bien el pequeño número de pacientes no permite obtener diferencias estadísticamente significativas, se aprecian mejores resultados en aquellas pacientes que fueron embolizadas dentro de las 8 horas desde el inicio de la hemorragia (menor cantidad de hemoderivados, menor morbilidad). En el segundo grupo, el procedimiento fue exitoso, con volumen de sangrado comparable a una cesárea y raspado uterino evacuador sin factores de riesgo.

En ninguno de los casos se registraron complicaciones relacionadas al procedimiento.

Conclusiones : Se destaca la importancia del tratamiento de las hemorragias obstétricas graves mediante la embolización arterial uterina en el período hemorrágico inicial. También en casos de pacientes con riesgo de sangrado elevado, la oportuna embolización uterina controla la hemorragia, permite preservar el útero y disminuye la morbi-mortalidad materna.

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:

Domicilio:

Código Postal:

Ciudad:

Provincia:

País: Argentina

Teléfono:

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece:



MIOCARDITIS AGUDA: EXPERIENCIA PEDIATRICA EN UNA DECADA

Moresco A; Galetto S; Torres J; Juaneda E; Alday L; Peirone A.

Hospital Privado de Córdoba. Servicio de Pediatría y Cardiología Pediátrica.
Córdoba. Argentina.

OBJETIVO: Analizar la experiencia de los últimos diez años en niños con diagnóstico clínico de miocarditis aguda (MA), evaluando diagnóstico, complicaciones y resultados.

MATERIAL Y METODO: Estudio descriptivo-retrospectivo. Se identificaron de la base de datos del Hospital Privado y del Hospital de Niños de Córdoba todos los niños que en forma consecutiva se les diagnosticó MA desde enero de 1993 a febrero de 2003.

RESULTADOS: Se identificaron 11 pacientes (6 varones) con diagnóstico clínico de MA. La edad media fue de 21 meses (1.5 – 84) y el tiempo de comienzo de los síntomas al diagnóstico fue de 4,2 días (0.5 –15).

10/11 pacientes tuvieron síntomas prodrómicos y todos presentaron al ingreso insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) . Presentaron cardiomegalia radiológica 10/11 y 9/11 tuvieron anomalías en el ECG incluyendo 2 pacientes con taquiarritmias supraventriculares.

El ecocardiograma mostró disminución de la función del ventrículo izquierdo (VI) con una fracción de acortamiento (FA) de 15,5% (12.7-24), fracción de eyección (FE) 38,3% (23-49) y dilatación de VI. Requirieron ARM 2/11 pacientes.

Se investigó serología en todos los casos con 50% de resultados positivos (Adenovirus 1, Mycoplasma pneumoniae 2 y Coxsackie B 2). Todos fueron tratados convencionalmente para ICC, 3 pacientes recibieron gammaglobulina y 5 esteroides con regímenes variados. El tiempo medio de internación fue de 11,75 días (5-22) y la mortalidad de 9% (1/11).

El tiempo promedio de seguimiento fue de 47 meses (2-120); 1 paciente sin datos; 7/9 pacientes recuperaron la función ventricular y a 3/9 se le suspendió la medicación para ICC.

Presentaron secuelas a largo plazo 2/9 pacientes: parálisis cerebral secundaria a encefalitis: 1 y bloqueo A-V de 2º: 1.

CONCLUSIONES: La MA en niños es una patología infrecuente. La biopsia endomiocárdica fue poco utilizada en nuestra serie. La función ventricular se recuperó en la mayoría de nuestros pacientes .El tratamiento no fue uniforme y fue pautado según la severidad de los casos.

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

13

Nº de tema

B. Prefiero

Poster
 Oral

Moresco, Angélica Andrea

Apellido y nombre del relator
Naciones Unidas 346

5016

Código Postal

Domicilio
Córdoba

Córdoba

Argentina

Ciudad
(0351)-4688200

Provincia
54-(0)351-4688865

País
angiemoresco@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece: Hospital Privado de Córdoba.....



HIPODENSIDAD EN LA TAC DESPUES DE UNA HSA. ¿ES SIEMPRE ISQUEMIA?

F.Tagliaferri¹; E. Fainardi²; C. Compagnone¹; R. Battaglia³; L. Targa¹; A. Chierogato¹
Neuroranimazione¹, Neurochirurgia³, Ospedale M. Bufalini, Cesena, Italia, y Neuroradiologia²,
Arcispedale S.Anna, Ferrara, Italia.

Introducción: El propósito del estudio fue evaluar el flujo sanguíneo cerebral (CBF) en las zonas hipodensas evidenciadas en la tomografía axial computada (TAC) correspondientes a territorios vasculares en pacientes con hemorragia subaracnoidea.

Método: Analizamos 47 pacientes que presentaban en la TAC un área hipodensa mayor a 1 cm² correspondiente a un territorio vascular. Todos los pacientes fueron sedados, ventilados y monitorizados con un catéter de PIC. Se realizaron en total 100 estudios con TAC-Xenon en donde se midió el rCBF en la zona hipodensa y en el área simétrica contralateral de densidad normal. Se analizó la frecuencia de la isquemia severa (CBF≤6 ml/100g/min.), isquemia moderada (CBF> 6 y ≤18 ml/100g/min.) flujo disminuido (CBF>18 y ≤33.9 ml/100g/min.), hiperemia relativa (CBF> 33.9 y ≤55.3 ml/100g/min.) e hiperemia absoluta (CBF>55.3 ml/100g/min.)

Resultados: En los 100 estudios se analizaron 156 lesiones. En el 51.9% de los estudios, la zona hipodensa se correspondía con una lesión isquémica, el 23.7% tenían lesiones con flujo reducido y el 24.3% presentaba hiperemia.

Conclusión: Las zonas hipodensas en la TAC después de una HSA no solo no se correlacionan con un flujo por debajo del umbral isquémico, sino que no permiten descartar una zona de hiperflujo.

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:

Domicilio:

Código Postal:

Ciudad:

Provincia:

País: Argentina

Teléfono:

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece:



HIPEREMIA REGIONAL SECUNDARIA A DECOMPRESION EXTERNA ASOCIADA A EVACUACION DE LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO AGUDAS POST-TRAUMATICAS.

Compagnone C, Fainardi E, Tagliaferri F, ^Servadei F, Targa L, Chierigato A.
Neuroranimazione -^Neurotraumatología –Ospedale Bufalini -Cesena-Italia

Introducción: La descompresión externa realizada en pacientes con traumatismo de cráneo (TCG) ha sido asociada a un incremento del flujo sanguíneo cerebral regional (rFSC). El objetivo del presente estudio es comprobar la frecuencia de hiperemia posterior a la descompresión.

Material y métodos: Se han analizado 100 Tomografías computadas cerebrales con evaluación del rFSC con Xenón, en 46 pacientes con TCG. Regiones de interés circulares fueron obtenidas en la corteza cerebral subyacente a la craniotomía, y en corteza cerebral aparentemente normal contralateral. Hiperemia absoluta fue definida como un FSC mayor de 55.3 ml/100g/min. Se analizaron tres categorías temporales (< 24 horas, entre 24 y 96 horas, y > 96 horas) en relación al tiempo transcurrido de la descompresión.

Resultados: La hiperemia absoluta fue mas frecuente en el área decomprimida (42.2%) que en el área contralateral (27.5%) (p=0.0012). La mayor frecuencia se observo entre las 24 y 96 horas (56.7 % vs 30 %). El subgrupo de menores de 50 años presento una diferencia significativa (p=0,0009).

Discusión: La descompresión externa esta asociada a un incremento de la frecuencia de hiperemia, con mayor significación en los menores de 50 años. La implicancia terapéutica, y el valor pronostico deberán ser investigados en posteriores estudios.

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:

Domicilio:

Código Postal:

Ciudad:

Provincia:

País: Argentina

Teléfono:

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece:



PROGRAMA DE EVALUACION Y ASISTENCIA PSICOLOGICA A PACIENTES Y FAMILIARES EN TERAPIA INTENSIVA

S.Bayardo, A.Gallesio, C.Castarataro, M. Butera, V.Priotti, Y.Goñi, A.Job, C.Finkelsztein.
 Unidad de Terapia Intensiva Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Presentación de un Programa de asistencia psicológica de los pacientes y familiares internados de la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos del Hospital Italiano.

Material y Método: Se incluyen: 120 pacientes y familiares, comprendidos en el período 1/02 y 3/03. Se realizaron entrevistas semi- dirigidas en las que se tomaron en consideración reacciones emocionales características para evaluar requerimiento de asesoramiento, apoyo y contención psicológica. Se comunicó al equipo médico y a enfermería de las peculiaridades de los casos para que se integrase esta información al conjunto del manejo del tratamiento médico y de cuidado de enfermería. Cuando fue posible, necesario y aceptado se implementó apoyo psicoterapéutico. En el presente trabajo se analizan algunos de los ítems considerados. Se evalúan seis variables: angustia, en la familia y el paciente, actitud demandante en la familia y en el paciente, actitud negadora en la familia y ansiedad en el paciente. En todos los casos la evaluación se hizo al cuarto día de ingreso, durante la internación y al alta de la Unidad de Terapia Intensiva. Para cada una de estas variables se dividió la población de pacientes de acuerdo a la longitud de estadía: desde el 4º día, de 4 a 9 días y 10 días o más. Se determinó por χ cuadrado si había diferencia significativa en las variables de acuerdo a la longitud de estadía.

Resultados:

ANGUSTIA	FAMILIA			PACIENTE		
	Ingreso	Durante Intern.	Alta	Ingreso	Durante Intern.	Alta
ENTRE 4 Y 9	18	24	16	12	18	10
≥10	30	38	32	10	14	6
DEMANDANTE	FAMILIA			PACIENTE		
	Ingreso	Durante Intern.	Alta	Ingreso	Durante Intern.	Alta
ENTRE 4 Y 9	2	4	0	4	4	4
≥10	4	10	6	6	8	2
	FAMILIA NEGADORA			ANSIEDAD PACIENTE		
	Ingreso	Durante Intern.	Alta	Ingreso	Durante Intern.	Alta
ENTRE 4 Y 9	0	4	0	20	34	20
≥10	0	6	6	18	28	12

Al ingreso, durante la internación y al alta, la angustia de la familia es significativamente mayor en el grupo de 10 o más días de internación. (P<0.05). No hay diferencia significativa en la angustia familiar comparando el ingreso, durante la internación y alta.

El paciente incrementó la angustia durante la internación y disminuyó al alta, esta diferencia no es significativa (puede deberse al escaso n de pacientes evaluables).

No hubo diferencia en la categoría demandante comparando el tiempo de internación o el momento de la consulta: ingreso, internación y alta. Las familias demandantes no coinciden con los pacientes demandantes. Se demostró que al alta la demanda de la familia disminuye: OR:9. Ninguna familia negó la gravedad del paciente al ingreso, pero surgió la negación durante la internación y sólo se incrementó en el grupo de pacientes que tuvieron ≥ 10 días de internación. La ansiedad en ambos grupos se incrementó en la internación OR>2, en ambos casos y al alta disminuyeron significativamente (P<0.05 y OR>3)

Conclusión: 1) El Programa ha sido de utilidad en la contención y manejo de los pacientes y las familias.

2) La percepción de mayor gravedad del paciente se evidencia en mayor angustia del grupo familiar de aquellos que tienen permanencia más de 10 días.

3) La angustia, la demanda, la negación y la ansiedad de la familia y/o paciente se incrementa en la internación y disminuye al alta

4) no hay negación de gravedad de la familia al ingreso , pero aparece durante la internación.

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

Bayardo, Susana

Apellido y nombre del relator

Bartolomé Mitre 3832 – 1 Piso

1201

Domicilio

Código Postal

Ciudad Autónoma de Bs. As.

Buenos Aires

Argentina

Ciudad

Provincia

País

(011) – 4982-5673

-

Sbayardo@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

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



EFECTOS DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO SOBRE LA HEMODINAMIA, EL TRANSPORTE DE OXIGENO Y EL INTERCAMBIO GASEOSO.

VS Kanoore Edul, P Maskin, , F Pálizas (h), F Pálizas, P Badie, CA Casabella, JI Nuñez, GL Olarte, AF Eliseiri, MC Moseinco, A Dubin
 Servicio de Terapia Intensiva, Clínica Bazterrica, Capital Federal, Argentina.

OBJETIVO: las maniobras de reclutamiento (MR) son frecuentemente empleadas para mejorar la oxigenación pulmonar en pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo (ARDS). Nuestro objetivo fue evidenciar los efectos de una de las MR más frecuentemente utilizadas sobre la hemodinamia, el transporte de oxígeno y el intercambio gaseoso.

MATERIAL Y MÉTODO: se estudiaron 10 pacientes con criterios de ARDS (Conferencia de Consenso Americana-europea). Los pacientes se encontraban ventilados mecánicamente con volumen corriente de 5.7 ± 1.5 ml/kg, PEEP de 14 ± 3 cm H₂O y F_IO₂ de 0.51 ± 0.20 . Se midieron presiones arteriales sistémicas y pulmonares, volumen minuto cardíaco por termodilución (VMC), y gases, Hb y saturaciones arteriales y venosas mixtas. Se calcularon disponibilidad y consumo de oxígeno (DO₂ y VO₂), espacio muerto (V_D/V_T) y shunt intrapulmonar (Q_s/Q_T). Después de mediciones basales, se realizó una MR con 40 cm H₂O de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) durante 45". Las mediciones fueron repetidas durante la parte final de la MR (presiones y VMC), y a los 2 y 30 minutos de finalizada. Los datos, expresados como media \pm desvío estándar, se analizaron con ANOVA de medidas repetidas y test de Dunnett.

RESULTADOS: la MR se interrumpió a los 20" debido a severa hipotensión arterial en un paciente. Los datos de los 9 restantes se incluyen en la tabla.

	PAM mm Hg	VMC l/min/m ²	DO ₂ ml/min/m ²	VO ₂ ml/min/m ²	PaO ₂ mm Hg	V _D /V _T %	Q _s /Q _T %
Basal	85 \pm 16	3.09 \pm 0.84	363 \pm 110	100 \pm 35	92 \pm 19	74 \pm 8	26 \pm 10
MR	75 \pm 21	2.37 \pm 0.76*					
2'	80 \pm 12	3.13 \pm 0.90	389 \pm 126	107 \pm 36	102 \pm 23	73 \pm 7	25 \pm 10
30'	82 \pm 17	3.06 \pm 0.88	381 \pm 122	108 \pm 38 [§]	98 \pm 20	72 \pm 7	24 \pm 10

* p < 0.001 vs. basal. § p < 0.05 vs. basal

CONCLUSIONES: en este grupo de pacientes con ARDS, la MR no modificó el intercambio gaseoso. Esto podría ser explicado por el uso previo de niveles apropiados de PEEP. Sin embargo, la MR produjo un deterioro hemodinámico severo y rápidamente reversible. El aumento del VO₂ luego de la MR, puede expresar el pago de la deuda de oxígeno adquirida durante la misma. En pacientes adecuadamente ventilados, las MR pueden carecer de beneficios y conllevar riesgos.

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: Vanina S.Kanoore Edul

Domicilio: Libertador 4652 6º

Código Postal: 1425

Ciudad: Capital Federal

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Teléfono: 4821-1600 int 343

Fax: 4941-9498

Email: vaninakedul@hotmail.com

Institución a la que pertenece: Servicio Terapia Intensiva, Clinica Bazterrica, Capital Federal, Argentina



SCORES DE PRISM Y PIM DE LOS PACIENTES INTERNADOS DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (U.C.I.P.) EN UN HOSPITAL PÚBLICO

R. P. Moreno, J. L. Araguas, C. G. Caprotta, A. Lamazares, R. Pena.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro "Dr. Carlos Gianantonio". Diego Palma 505, San Isidro, Buenos Aires.

OBJETIVOS: 1) Categorizar el riesgo de morir de los pacientes asistidos en nuestra U.C.I.P. durante los dos primeros años de funcionamiento de la misma. 2) Conocer las características epidemiológicas de la población. 3) Comparar la mortalidad observada con la esperada según scores de PRISM (pediatric risk index score of mortality) y PIM (pediatric index mortality) en la población total y en diferentes subgrupos.

MATERIALES Y METODOS: Diseño: descriptivo, observacional y retrospectivo.

Lugar del estudio: U.C.I.P de 6 camas, inserta en un servicio de pediatría de 50 camas, de un hospital materno infantil público de 140 camas, adecuado para la atención terciaria de su población.

Se estudiaron todos los pacientes ingresados en nuestra U.C.I.P., en forma no selectiva, entre el 01/01/01 y el 31/12/02, en edades comprendidas entre 1 y 192 meses, recolectando los datos de las historias clínicas.

Se analizaron las variables demográficas, evaluación de la gravedad al momento de la admisión, modalidades terapéuticas y fisiología del paciente (variables fisiológicas del PRISM).

Se realizaron scores de PRISM y PIM, comparando las mortalidades calculadas y observadas.

Los métodos estadísticos utilizados fueron medidas de frecuencia, medidas de tendencia central y sus medidas de dispersión.

RESULTADOS: Durante el periodo de tiempo analizado se internaron 209 pacientes y hubo 243 internaciones. La media de edad fue 42,7 meses (rango 1 a 192), mediana 12 meses y modo 2 meses. La distribución por sexo fue: masculino 144 pacientes (59,25 %) y femenino 99 pacientes (40,74 %). Provenientes de emergencias 34,02 % (n = 82), de sala de pediatría 30,29 % (n = 73), derivados de otros hospitales 24,89 % (n = 60), de quirófano 8,29 % (n = 20) y derivados de neonatología 2,48 % (n = 6).

Los diagnósticos al ingreso fueron: patología respiratoria 39,09 % (n = 95), trauma 16,04 % (n = 39), postoperatorios 11,52 % (n = 38), neurológicos 9,05 % (n = 22), enfermedad cardiovascular 6,17 % (n = 15) y misceláneas 18,10 % (n = 44). Las causas de misceláneas fueron: shock séptico 56,81 % (n = 25), trastornos hidroelectrolíticos 18,18 % (n = 8), paro cardiorrespiratorio 6,81 % (n = 3), enfermedad oncológica 6,81 % (n = 3), otras 11,36 % (n = 5).

En 20 internaciones no se realizó PRISM por ser de menos de 24 horas de duración; entre las cuales se encuentran 7 fallecidos. En todas se realizó PIM. El PRISM tuvo una media de 16 % (rango 0 a 98 %).

Tabla de valores de PRISM:

GRUPOS	Nº. PAC.	R. CALC.	R. OBS.	M. CALC.	M. OBS.	% Pacientes
0 - 1 %	66	0,77 %	0 %	0,5	0	29,59 %
1 - 5 %	64	2,9 %	3,12 %	1,8	2	28,69 %
5 - 15 %	31	10 %	12,9 %	3,1	4	13,90 %
15 - 30 %	23	23 %	13 %	5,29	3	10,31 %
Mayor 30 %	39	62 %	41 %	24,18	16	17,48 %

Usando el software original de PIM calculamos: mortalidad observada (CMR %) que fue del 13,20 % (32 pacientes) y el cociente entre mortalidad observada y esperada (SMR) que fue 1,22.

El tiempo promedio de permanencia fue de 10,12 días.

CONCLUSIONES: 1) La sobrevida de los pacientes ingresados a nuestra U.C.I.P. fue de 86,83 %. 2) La causa más frecuente de ingreso fueron las patologías respiratorias. 3) Los pacientes ingresaron en su gran mayoría de emergencias y de la sala de pediatría. 4) En nuestra serie la media de PRISM es superior a las reportadas, pero la tasa de mortalidad observada es comparable con otras U.C.I.P. de Argentina.

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

13
Nº de tema

B. Prefiero

Poster
 X
 Oral

Apellido y nombre del relator MORENO RODOLFO PABLO

Domicilio MAURE 1740, PISO 9, DEPTO. B.

Código Postal 1426

Ciudad CIUDAD DE BUENOS AIRES

Provincia

País ARGENTINA

Teléfono (Indicar código de área)
 (011) 4773-1978

Fax (Indicar código de área)

Email morenopablrod@hotmail.com

Institución a la que pertenece ...HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO

EFECTO DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR SOBRE LA FUNCION CARDIACA, VALORADA POR ECOCARDIOGRAMA DOPPLER TRANSESOFAGICO, UTILIZANDO ALTOS NIVELES DE PEEP.

JE SanRoman, R Pizarro, M Falconi, S Bauque, SE Giannasi, A Gallesio.
 Terapia Intensiva Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción:

Si bien existen numerosos trabajos que estudiaron las modificaciones que produce la ventilación mecánica con presión positiva sobre la performance cardíaca, la mayoría han utilizado valores de PEEP de hasta 20 cm de H₂O. Nosotros estudiamos el efectos de la utilización de altos valores de PEEP sobre la función biventricular, durante una maniobra de reclutamiento alveolar.

Objetivo: evaluar los efectos, sobre la performance cardíaca, de una maniobra de reclutamiento con elevados valores de PEEP, a través de ecocardiografía transesofágica (ETE), en pacientes con Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) severo, sin antecedentes de enfermedad cardíaca agudo o crónico.

Material y método:

Estudio realizado entre Julio y Diciembre de 2001, sobre una muestra de seis pacientes con SDRA severo (PaO₂/FiO₂ < 150), en quienes se realizó una maniobra de reclutamiento alveolar con niveles escalonados y progresivos de PEEP que llegaron a 40 cm de H₂O . Durante esta maniobra se valoró la función cardíaca a través de ETE y Doppler .Se analizaron las siguientes variables: volumen de fin de diástole del ventrículo izquierdo (VFDVI), volumen de fin de sístole del ventrículo izquierdo (VFSVI), Fracción de eyección ventricular izquierda y derecha (FEYVI, FEYVD), relación E/A, presión arteria pulmonar sistólica (PAPS).

Se utilizó el programa estadístico Epi-Info 6.0 para el análisis de los datos

Resultados:

Al utilizar PEEP entre 10 y 15 cm de agua no se experimentaron cambios significativos en las variables estudiadas. Sin embargo, a partir de la utilización de 20 y aún más a 30 y 40 cm H₂O se evidenció: un aumento significativo en el VFSVI, caída significativa de la fracción de eyección biventricular asociado a una manifiesta alteración en el patrón de relajación del VI, sin modificación en el VFDVI, en tanto que, la presión arterial pulmonar se incrementó en forma significativa. Ver tabla

Tabla: variación de las variables medidas durante la maniobra de reclutamiento, basal y a 20 y 40 cm de H₂O de PEEP

PEEP	BASAL	20 cm H ₂ O	40 cm H ₂ O
VFSVI	17.33 ± 1.86	22 ± 1.41**	33 ± 6.3**
FEYVI	0.70 ± 0.04	0.64 ± 0.02*	0.49 ± 0.08**
FEYVD	0.54 ± 0.02	0.48 ± 0.03*	0.39 ± 0.06**
PAPS	24.8 ± 5.41	32.8 ± 5.89*	59 ± 7.07**
PaO ₂ /FiO ₂	110.5+/- 41.09	217.83+/- 101.4**	203.22+/-104.85

**

*: p <0.05

** : p <0.001

Conclusión :

Durante la maniobra de reclutamiento con PEEP hasta 15 cm H₂O, no se detectaron, por medio del ETE alteraciones significativas en la performance cardíaca. Con valores mayores de PEEP, hay modificaciones estadísticamente relevantes, sugiriendo un efecto deletéreo directo sobre la función biventricular a través del incremento de la presión intratorácica y de la presión arterial pulmonar.

PREECLAMPSIA GRAVE Y ECLAMPSIA. RESULTADOS EN 10 AÑOS DE UN HOSPITAL CON ALTA PRODUCCIÓN DE PARTOS.

A. Coronej; R. Muñoz; C. Ceccotti; A. Bonis; C. Balasini; M. Colavita; F. Avila; R. Goyeneche; F. Petro; Aramayo N.; P. Macharé.

Hospital Mi Pueblo Florencio Varela, Buenos Aires. Argentina. E-mail: claudia_ceccotti@hotmail.com

OBJETIVO: Establecer los factores predisponentes, hallazgos clínicos, bioquímicos y gravedad al ingreso, complicaciones y evolución materna y fetal en un grupo de pacientes con diagnóstico de eclampsia y preeclampsia grave admitidas en UTI de un hospital con alta producción de partos a lo largo de 10 años.

PACIENTES Y METODO: Se revisaron las historias clínicas de las pacientes ingresadas a Terapia Intensiva, durante el período 1993-2003, con diagnóstico de preeclampsia grave y eclampsia de un hospital de mediana complejidad que cubre un área de nivel socioeconómico bajo con una producción de 4500 partos anuales. Diseño de estudio: Cohorte retrospectiva. Se consideró preeclampsia grave: TAS>160-180 y TAD>110, proteinuria>5g/24hs, oliguria, alteraciones cerebrales o visuales, EAP, trombocitopenia o elevación de enzimas hepáticas; y eclampsia: presencia de convulsiones o coma o ambos en mujeres con signos y síntomas de preeclampsia. Se consignaron datos sobre antecedentes, hallazgos clínicos al ingreso, APACHE II con probabilidad de mortalidad pesada por la categoría diagnóstica, SOFA (este score se efectuó en todas las pacientes en forma retrospectiva con los datos de la historia clínica), compromiso de órganos, prevalencia de Síndrome HELLP, tratamiento utilizado, días de estada en UTI, sobrevida materna y fetal. Para el análisis de los datos las variables categóricas se expresaron en % y las variables continuas se expresaron como media y SD.

RESULTADOS: La incidencia de preeclampsia grave y eclampsia fue: 4.2 pacientes por cada 1000 partos efectuados en el Hospital, y dicha enfermedad representó 6,02 pacientes por cada 100 ingresos en la Unidad de Terapia Intensiva. Se incluyeron en el estudio un total de 94 pacientes. La edad promedio fue 25±8.4 años y sólo un 6.5% de las pacientes tenían más de 40 años, N° de gestas: 2.6±2.4 y con un 20% de nulíparas, gesta múltiple sólo en un 2,1% de los casos. El 20.65% tenía antecedentes de preeclampsia y el 21.7% de HTA previa. En el 41% de las pacientes no se constató ningún factor predisponente. Gesta actual 35.7±3.6 semanas. El 54% de las pacientes fueron eclampsias y el 46% restante preeclampsias severas. Hallazgos bioquímicos: El 90.3% de las pacientes tuvo grados variables de proteinuria. El promedio de creatinina en las pacientes con disfunción renal fue: 2.11. La media de APACHE II fue: 6.6±3.6 con una mortalidad predicha de: 3.1%. La mortalidad materna real fue: 0% La mortalidad fetal fue: 7.87%. Se constató la siguiente frecuencia de disfunciones: Neurológica: 73%, cardiovascular: 2%, renal: 50%, hematológica: 50%, hepática: 33% y respiratoria: 6%. La media de SOFA fue: 1.8±1.9. La prevalencia de síndrome HELLP en esta población fue 32,61%. La mayoría de las pacientes recibieron tratamiento con sulfato de magnesio. Se utilizó Difenilhidantoína como única droga en 4 pacientes (4.35%) y en combinación con SO₄Mg en 8 pacientes (8.7%). Sólo en dos casos (2.56% de las pacientes) que recibieron sulfato de Mg volvieron a convulsivar y fueron las únicas que recibieron Diazepam. 80% de las pacientes ingresaron hipertensas. Las drogas antihipertensivas más utilizadas en orden de frecuencia fueron: Clonidina, nifedipina, alfa metil dopa y enalapril. En el 6.4% de las pacientes se utilizó asistencia ventilatoria mecánica. El promedio de días de estada fue: 4.14±3.67 aunque la gran mayoría estuvo internada ≤3 días.

CONCLUSIONES: En esta muestra se observó una sobrevida materna óptima. En muchas pacientes no se constató ningún factor de riesgo para preeclampsia. Se evidenció una prevalencia alta de convulsiones y síndrome HELLP. Hubo muy buena respuesta al tratamiento de las convulsiones y una óptima respuesta en la prevención de convulsiones con sulfato de magnesio. No se evidenció complicaciones serias con dicho tratamiento. La estada en UTI fue corta.

Utilidad de la Tomografía Computada de Tórax en la valoración inicial del trauma torácico.

Galletti, C; Gribaudo F; Guñanez, G; Paredes, M; Gottero, M; Viano, F.
Sanatorio Allende. Servicio de Terapia Intensiva. Córdoba. Argentina.

Introducción:

El traumatismo torácico cerrado es una patología frecuente en la Unidad de Terapia Intensiva, teniendo una mortalidad elevada, consistiendo su valoración inicial rutinariamente en exámen físico y radiografía de tórax en decúbito dorsal (RX), la cual es muy sensible para la detección de lesiones óseas pero subdiagnostica lesiones intratorácicas.

Existe controversia acerca de la indicación de tomografía computada (TAC) precoz en el manejo inicial del trauma torácico, encontrándose bibliografía a favor y en contra.

Objetivos:

1. Determinar en que porcentaje la realización de TAC torácica precoz determinó cambios terapéuticos en el manejo inicial del traumatismo torácico en nuestra institución.
2. Establecer que porcentaje de lesiones intratorácicas fueron diagnosticadas tomográficamente habiendo sido subdiagnosticadas en la radiografía de tórax anteroposterior.

Materiales y Métodos: Trabajo descriptivo retrospectivo en pacientes ingresados a Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio Allende entre el 01/01/1997 y el 31/07/2001 con diagnóstico de traumatismo torácico cerrado que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

1. Edad mayor o igual a 15 años.
2. Realización de radiografía de tórax al ingreso y TAC torácica con contraste yodado antes de 12 horas de ocurrido el mismo.

Resultados: Se admitieron a UTI 43 pacientes con trauma torácico cerrado, cumpliendo los criterios de inclusión al trabajo 26 pacientes (un 60 % del total). Las lesiones detectadas fueron 72 por TAC y 35 por RX: fracturas costales (14 TAC-11 RX), neumotórax (14 TAC-8 RX), contusión pulmonar (14 TAC-8 RX), atelectasia (4 TAC-1 RX), hemotórax (14 TAC-6 RX), neumomediastino (3 TAC-0 RX), hemopericardio (1TAC-0 RX), derrame pleural (8 TAC-0 RX) y ensanchamiento mediastinal (0 TAC- 1 RX).

Conclusiones: La tomografía de tórax detectó un 38% más de lesiones torácicas que la radiografía anteroposterior de tórax pero en virtud de éstos hallazgos solo se produjeron cambios terapéuticos en 9 pacientes (34% de la muestra), que consistieron en la colocación de drenaje pleural en todos ellos por hemo-neumotórax, hemotórax o neumotórax. Estos cambios se llevaron a cabo en pacientes politraumatizados y con lesiones extratorácicas de gravedad, especialmente traumatismo craneoencefálico severo y traumatismo abdominal cerrado, por lo cual concordamos con aquellos autores que proponen la indicación de TAC torácica precoz en el traumatismo torácico cerrado solo para aquellos pacientes politraumatizados, pues en éste grupo la información adicional brindada por la TAC origina cambios terapéuticos.



COMPLICACIONES OBSTETRICAS SEVERAS QUE NECESITARON CUIDADOS INTENSIVOS: EXPERIENCIA DE CUATRO AÑOS

G. Zakalik, R. Fernández, A. F. Chena, J.L. Marengo,
Servicio de Terapia Intensiva Hospital Luis C. LAGOMAGGIORE- Mendoza- Argentina

Objetivos: Evaluar la morbilidad y mortalidad materna en pacientes obstétricas admitidas a Terapia Intensiva. y la eficacia de APACHE II, fallo de órganos e intervenciones en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Se estudiaron las pacientes obstétricas ingresadas a UTI durante un período de cuatro años, 1999 a 2002. Las variables estudiadas fueron edad, motivo de ingreso, número de fallas, APACHE II, necesidad de ARM y duración de la misma, estadía en UTI y hospital, procedimiento quirúrgico realizado, supervivencia o no.

Los criterios de disfunción / falla de órganos utilizados fue el SOFA. (Evaluación Secuencial de la Insuficiencia Orgánica)

Se utilizó ANOVA para las variables cuantitativas y χ^2 o comparación de proporciones para las cualitativas. Se aplicó rho de Spearman para establecer el nivel de correlación entre algunas características de la población y la mortalidad. El análisis se realizó mediante SPSS 10.0 (Statistical Package for Social Sciences, Chicago Il)

Resultados: Sobre un total de 1579 pacientes ingresados a UTI en el periodo mencionado, el número de pacientes obstétricas fue 183, lo que correspondió al 0.42% de la población obstétrica total ingresada al hospital, (42774 pctes.) y al 11.58% de los ingresos a UTI, durante el mismo período La edad media fue de 26.88 ± 7.27 años vs resto de la población, 52.25 ± 7.27, p < 0.001. Del total de los ingresos de causa obstétrica, el 85.8% lo hizo luego de algún procedimiento quirúrgico, cesárea 41%, histerectomía, 30.10%, legrado 8.7% y otros 5.5%. El 31.14% (56 pacientes) presentaron falla multiorgánica (FOM), con al menos 2 parénquimas comprometidos y otras 29 (15.84%) desarrollaron falla de al menos 1 sistema. La disfunción más frecuente fue la hemodinámica, 30.5% de los casos, seguida por hematológica 28.42%, renal 19.67%, hepática 15.85%, respiratoria 14.75% y neurológica 11.48% El promedio de embarazos en esta población fue de 3.39 ± 3.07 y una media de 1.52 ± 0.69 abortos.

El principal motivo de ingreso fue sepsis / shock séptico 31.69% de los casos, seguido de preeclampsia / eclampsia 21.31% e hipovolemia 9.84%. El 65.5% de la sepsis / shock séptico corresponde a aborto séptico.

El "Score" APACHE II con que fue evaluada la gravedad al ingreso a UTI fue de 9.73 ± 6.63 puntos vs APACHE II del resto de la población de UTI, 15.44 ± 7.93, p < 0.001

Treinta y siete pacientes requirieron ARM, (20.21%), vs 22.67% del resto de la población asistida en UTI, (p NS), con un promedio de 2.84 ± 3.14 días de ventilación mecánica. La estadía en UTI e intrahospitalaria fue de 3.04 ± 3.16 y 12.08 ± 11.39 días respectivamente.

La mortalidad fue del 10.38 %, (19 pacientes) vs la del resto de los pacientes ingresados a UTI, 27.82 %, p < 0.001..

Conclusiones: Podría concluirse que las pacientes obstétricas, constituyen un grupo especial dentro de la población de UTI, con diferencias claramente definidas en cuanto a edad, nivel de gravedad y supervivencia. Con patologías propias que motivan su ingreso, como causas mas frecuentes a partir de abortos sépticos y eclampsia. Existiendo una fuerte correlación a nivel de significación de p < 0.001 entre nivel de Apache II y desarrollo de fallas orgánicas, lo mismo que entre estos, la necesidad de ARM, el tiempo en ARM, la estadía en UTI y la posibilidad de fallecer.

También puede apreciarse una diferencia en cuanto a gravedad y desarrollo de falla multiorgánica, al analizar separadamente cada año del período considerado.

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

11
Nº de tema

B. Prefiero

Poster
 Oral

Apellido y nombre del relator

Zakalik, Graciela

Domicilio

Arizu 298

Código Postal:5501

Ciudad

Godoy Cruz

Provincia

Mendoza

País

Argentina

Teléfono : 0261 4247454

Fax (Indicar código de área)

Email gzakalik@nysnet.com.ar

Institución a la que perteneceHospital Luis Lagomaggiore

VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES EN CUIDADOS CRITICOS

Daminato,F; Arana,G; Rovira, D; Garcia Turiella,R; Guidi,R; Barcellona,L;Bielaz,H, Gini,M, Alonso,A.
Servicio de Terapia Intensiva Hospital Italiano Garibaldi. Rosario. Santa Fe.

OBJETIVOS:* Describir las características de la infección nosocomial en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Conocer la tasa de infección nosocomial como indicador de riesgo en UCI *Correlacionar los factores internos asociados a la Unidad con el riesgo de adquirir una infección nosocomial. *Mejorar las medidas de prevención y control .**MATERIAL Y METODOS:** estudio prospectivo de un 1 año de duración (24/01/03 al 24/01/04) . Se tomo un punto de corte comprendido entre el 24/01/03 al 11/04/03(78 días), para el análisis. Durante dicho periodo, de un total de 287 pacientes, se incluyeron (n 147) aquellos con estancia de al menos 48 horas, y se seleccionaron los cultivos bacteriológicos obtenidos hasta las 48 horas de alta de la UCI. Se recogieron 25 cultivos positivos, descartándose 3 considerados colonizaciones y se analizaron 22 , que a juicio del equipo de intensivistas reuniesen los criterios de CDC/NNIS de infección nosocomial. Se diseño una ficha de infección nosocomial , donde se destacaron los días de estancia, procedimientos invasivos en la Unidad, y antibióticos utilizados hasta la fecha de recepción del cultivo, así como tipo de infección y sitio presunto. Se realizo análisis estadístico descriptivo y test de chi cuadrado. **RESULTADOS:** tasa de infección: 15.1%. la patología prevalente fue posoperatorios abdominales. La estancia promedio en UCI fue 6.5 días(r 2-27). El APACHE promedio fue de 16.4. El 100% de los ptes tenia via periferica, el 95.5% d los ptes tenia sonda vesical, y el 95%(21) tuvo Amr invasiva. 17 ptes tuvieron mas de 6 procedimientos invasivos.El germen predominante fue Pseudomona Aeruginosa(n 10) en secrecion bronquial , seguido de Stafilococo MTS, y Gram negativos. El 54%(12) de los ptes tenian Piperacilina tazobactam, y el 45%(10) cefalosporinas. 9 ptes tenian mas de 4 antibioticos.

	Pseud.serug.	Cándida	Estáfilo	Enteroc.	Otro
Sonda vesical	47.6	23.8	19.0	14.3	19.0
Drenaje qco.	37.5	31.3	25.0	18.7	18.7
AMR invasivo	38.1	28.6	19.0	9.5	23.8
Traqueostomía	33.3				66.7
Vía ctal	36.8	26.3	21.1	15.8	21.1
Sonda nasogástrica	47.6	23.8	19.0	9.5	19.0
NPT	60.0	20.0		20.0	40.0
Catéteres diálisis		25.0	50.0	25.0	
Vías periféricas	45.5	22.7	18.2	13.6	18.2

No hubo relación entre procedimiento invasivo realizado y el germen de la infección. Se comparo ademas el sitio de infeccion prevalente,no habiendo diferencias significativas.(p:0.50).Nohubo significacion estadística entre sitio, y germen de infección y el tipo y numero de ATB. El Apache no predijo el riesgo de infección nosocomial.17 ptes murieron con una estancia promedio de 9.4 días.No hubo diferencia significativa entre estancia promedio y mortalidad.(p:0.34). **CONCLUSIONES:** la tasa global de infección permite situarse y compararse a limites de riesgo internacionales. La infección predominante es exogena a Pseudomona Aeruginosa, lo que apunta a fortalecer medidas prevención y control de trasmisión interpersonal. Los factores evaluados en la muestra analizada no permitieron una correlación con riesgo de infección nosocomial.

DAMINATO FACUNDO. 1ero de mayo 3322.

Apellido y nombre del relator

Domicilio 1ero de mayo 3322.

Código Postal

Ciudad ROSARIO

Provincia SANTA FE.

País ARGENTINA

Teléfono (Indicar código de área)
03414641380

Fax (Indicar código de área)

Email terapiahig@yahoo.com.ar

Institución a la que perteneceHIG ROSARIO.....

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

Nº de tema

B. Prefiero

Poster
 Oral



INTUBACION ENDOTRAQUEAL MILOHIOIDEA: UNA ALTERNATIVA SEGURA A LA TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TUMORES MAXILOFACIALES.

Dres. H. Carnicer, P. Dogliotti, G. Weller.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Pediatría J.P. Garrahan, Buenos Aires. Argentina.

Objetivo:

El propósito de este trabajo es describir nuestra experiencia en la utilización de la intubación endotraqueal milohioidea en niños postquirúrgicos de tumores nasofaríngeos (fibroangiomas) como alternativa para evitar la traqueostomía en pacientes que requieren cirugía maxilofacial.

Material y Métodos:

Este trabajo fue realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos de Nivel I, con capacidad para 44 pacientes críticos en el Hospital de Pediatría J.P. Garrahan (480 camas). Es un estudio retrospectivo, de observación clínica.

La revisión de Historias clínicas comprendió el período entre Septiembre de 1995 y Junio de 2002 incluyendo a 7 (siete) pacientes con diagnóstico de fibroangioma nasofaríngeo que hubieran recibido intubación endotraqueal milohioidea. No hubo criterios de selección.

La técnica sólo requiere un tubo endotraqueal espiralado (Ruschelit ®) para evitar que se produzcan compresiones del mismo dentro de la cavidad oral.

Dentro de la misma el tubo se encuentra en el piso de la boca entre la lengua y la mandíbula.

La ubicación milohioidea del tubo permite al cirujano una amplia visión del campo quirúrgico otorgándole facilidad y comodidad para trabajar.

Resultados:

1) La media para la edad fue de 13,28 años (rango de 12-17 años). Todos los pacientes fueron del sexo masculino. La intubación milohioidea fue efectuada satisfactoriamente en el 100 % de los casos.

2) La media para la duración de la cirugía fue de 7,85 horas (rango 5-10 horas)

3) La media para los días de intubación postoperatoria fue de 3,71 días (rango 1-5 días). De los 7 pacientes , 3 requirieron ventilación mecánica por más de 72 hs. La totalidad de los pacientes tuvieron una buena evolución postquirúrgica con una sobrevida del 100%.

No hubo infección de la herida ni complicaciones con el tubo endotraqueal (extubación accidental, acodadura, obstrucción). Un paciente que presentó estridor postextubación requirió reintubarse por 48 hs. probablemente no relacionada con la técnica de intubación.

Paciente	Edad	Sexo	Diagnóstico	Duración cirugía	Días intubación	Complicaciones	Resultados
1	12a	m	fibroangioma	8 hs.	3	no	sobrevive
2	17a	m	fibroangioma	8 hs.	3	no	sobrevive
3	12a	m	fibroangioma	6 hs.	5	si	sobrevive
4	12a	m	fibroangioma	10 hs.	2+2	si	sobrevive
5	15a	m	fibroangioma	10 hs.	2+5	si	sobrevive
6	12a	m	fibroangioma	8 hs.	3	no	sobrevive
7	13a	m	fibroangioma	5hs.	1	no	sobrevive

2+2= 2 días de intubación –falla-reintubación por 48 hs. 2+5= 2 días intubación –falla-reintub.por 5días

Conclusiones:

A pesar de la escasa muestra de nuestra serie y coincidiendo con lo publicado en pacientes adultos, la intubación milohioidea en niños parece ser un método seguro y eficaz para controlar la vía aérea en pacientes pediátricos y adolescentes con fibroangioma nasofaríngeo.

Podría ser útil la intubación milohioidea para el manejo de la vía aérea en pacientes con trauma maxilofacial grave?

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 Carnicer Hernán

Domicilio Castro 1309

Código Postal 1237

Ciudad Capital Federal
 54-11-4-9240266

Provincia
 54-11-4-9240266

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email hernito@satlink.com

Institución a la que perteneceHospital de Pediatría J.P. Garrahan.....



GULLAIN-BARRÉ: NUESTRA EXPERIENCIA

N. Márquez, S. Fariás, V. Caglieri, J. Jabase, D. Sánchez, M. Heredia, M. Las Heras S. Zidarich, L. Ortiz
Unidad de Terapia Intensiva-Hospital Italiano-Córdoba-Argentina

El síndrome de Guillaín-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante aguda, que afecta las raíces nerviosas de nervios periféricos y espinales. Presentándose con una tendencia anual de 0.6 a 2 casos por 100000 habitantes de la población general. Puede ocurrir a cualquier edad, siendo más frecuente en el sexo masculino (hombre:mujer 1.5:1). La mayoría de los informes sugieren que las manifestaciones clínicas de éste trastorno son resultado de una reacción inmunológica mediada por células dirigidas contra los nervios periféricos

Objetivo: Relevamiento estadístico del Síndrome deGuillaín-Barré (SGB) en nuestra unidad de Terapia Intensiva (UTI) en cuanto a incidencia, presentación, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, APACHE II y mortalidad.

Material y método: Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes que ingresaron a una UTI en un período de 10 años con diagnóstico de SGB.

Resultados: Se analizaron de manera retrospectiva las historias clínicas de pacientes que ingresaron a una UTI polivalente de 13 camas, con diagnóstico de SGB en el período comprendido entre marzo de 1993 y marzo del 2003. El total de pacientes ingresados en dicho período fue de 6336 mientras que el número de pacientes con SGB fue de 15 (0,23%). Del total de pacientes 10 fueron varones (66%) y 5 fueron mujeres(44%). La edad promedio fue de 42.6 ± 17.01 y un rango entre 10-67 años. El APACHE II al ingreso fue de 5.93 ± 6.41, un rango entre 0-24 y mediana de 3. La estadía en UTI fue de 14.67 ± 13.63 días. La patología previa predisponente más frecuente fue infecciosa (46%), 1 paciente (6,6%) en posquirúrgico de trasplante hepático y el resto no evidenció patología previa predisponente (26.6%). Los métodos diagnósticos empleados fueron: punción lumbar (PL) a los 15 pacientes (100%), 11 de ellos(73.3%) tuvieron resultados compatibles (disociación albúmino-citológica). Electromiografía (EMG) se realizó en 3 pacientes (20%) todos con patrones compatibles de poliradiculopatía aguda. Los tratamientos realizados fueron plasmaféresis (PF) a 6 pacientes (40%), inmunoglobulina (IG) a 6 pacientes (40%) y 3 pacientes no recibieron tratamiento específico. El grupo de PF inició tratamiento antes del día 10 del inicio de síntomas, con un promedio de 4.6 sesiones. La complicación intraféresis fue hipotensión arterial en 2 pacientes (13.33%). De los 6 pacientes, 5 (83.3%) tuvieron respuesta favorable al tratamiento (no progresión o mejoría de los síntomas). El grupo de IG inició tratamiento antes del día 10 del inicio de los síntomas. La dosis empleada fue de 0.5 g/kg por 5 días y no se observaron complicaciones durante su empleo. Se usó ventilación (VNI) en 5 pacientes (33.3%), de ellos 2 requirieron ARM (40%). De los 10 pacientes sin VNI, 3 (30%) requirieron ARM. Las complicaciones generales fueron: neumonía asociada a la ventilación 3 pacientes (20%), infección del tracto urinario 3 pacientes (20%), infección asociada a catéter 2 pacientes (13.3%), shock séptico 1 paciente(6.6%). Complicaciones autonómicas: hipotensión arterial ortostática 3 pacientes (20%), íleo paralítico 3 pacientes (20%), globo vesical 2 pacientes(13.3%), arritmias cardíacas 1 paciente (6.6%). La mortalidad de nuestra muestra fue de 6.6% (1 paciente). Causa de muerte fue disfunción orgánica múltiple (DOM).

Conclusiones: El APACHE II de ingreso de nuestros pacientes fue de 5.93±6.41 puntos que se corresponde con una mortalidad del 6%. En la muestra estudiada este sistema resulto ser un score con precisión estadística ya que la mortalidad de nuestros pacientes fue de 6.6%. Con estos datos no se obtuvieron diferencias significativas con la mortalidad del 5% encontrada en la bibliografía. En nuestra muestra solo un paciente falleció, teniendo como patología asociada el postransplante hepático. La presencia de SGB y patologías asociadas como el postransplante de órganos y DOM aumentan la mortalidad y el grado de recuperación es incierto. En los postoperatorios inmediatos de trasplante es una complicación infrecuente no sospechada inicialmente, retardando el diagnóstico y probablemente la alternativa de un tratamiento adecuado. La necesidad de ARM y la presencia de complicaciones autonómicas no se relacionó con aumento en la mortalidad. Con respecto al tratamiento, el uso de PF como el de IG mejoró la evolución clínica en nuestros pacientes como así también el requerimiento de ARM fue menor. Sin embargo creemos que la causa de estos resultados puede deberse a que la muestra estudiada es pequeña, por lo tanto las diferencias halladas con respecto a la literatura estudiada no son significativas.

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 Márquez Norma Beatriz

Domicilio Bahía Blanca 430 Dto 7 Barrio Junior´s

Código Postal 5000

Ciudad Córdoba

Provincia Córdoba

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área)0351-4265655

Fax (Indicar código de área)

Email nbmdoc@hotmail.com

Institución a la que perteneceHospital Italiano.....

SÍNDROME DE MILLER FISHER. UNA VARIANTE DEL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ.

Karmazyn, C; Pardo, P; Saucedo, L ;Vogl, P; Neira, J Sanatorio de la Trinidad Palermo
 Se presentan dos casos de Síndrome de Miller Fisher, variante poco frecuente del Síndrome de Guillain Barré.

Caso I.

Paciente de 29 años de edad, sexo femenino, que ingresa refiriendo, en las 48 hs previas, parestesias distales en miembros inferiores y posteriormente en miembros superiores, progresando con ataxia, disartria y disglusia. Se agrega disnea el día de su ingreso. Cursaba tercer mes de puerperio. Al examen físico presentaba reflejos conservados, hipotonía a predominio de miembros superiores, dismetría, disglusia y disartria. Parámetros respiratorios: PImax -22. PEmax +22. CV 0.83L (22%). Electromiograma: respuestas homolaterales enlentecidas (compromiso desmielinizante proximal) y respuestas reflejas indemnes (sin compromiso de tronco) compatible con radiculoneuropatía desmielinizante a predominio craneal y de miembros superiores (Síndrome de Miller Fisher). Fueron valorados 5 grupos musculares. En el LCR se encuentra disociación albúmino -citológica. Gangliósido Gq1b positivo
 Se realiza intubación electiva a las 24 h.s. de su ingreso e inicia ARM en modalidad IPPV+AF, con VT 10ml/kg y PEEP 5 cm H₂O. Cumplió tratamiento con plasmaféresis (250 ml/kg/día) durante 5 días, seguido de 5 dosis de Gammaglobulina hiperinmune (400mg/kg/día). Se traslada a centro de rehabilitación, con los siguientes parámetros respiratorios: CVF 1.85L (46% del teórico); FEV1 1.39L(41% del teórico); PImax -50; PEmax +70cm H₂O.

Caso II.

Paciente de 65 años de edad, sexo femenino, que ingresa con parestesias distales en los cuatro miembros a predominio de cintura escapular, ptosis palpebral y ataxia. Refiere vacunación antigripal 20 días previos al ingreso. Parámetros respiratorios: CVF 10 ml/kg. FVC 24%, VEF1 31%. Electromiograma: daño predominantemente axonal y sensitivo, con actividad denervatoria y discreta prolongación de las latencias de las ondas F.(Sme. De Miller Fisher), habiendo sido valorados 5 grupos musculares. El LCR presenta disociación albúmino- citológica. Gangliósido Gq1b positivo
 Se realiza intubación orotraqueal electiva e inicio de ARM con modalidad IPPV + AF con VT 10ml/kg y PEEP de 5 cmH₂O. Completa tratamiento con 5 dosis de Gammaglobulina hiperinmune (400mg/kg/día). Se traslada a centro de rehabilitación con los siguientes parámetros respiratorios: Pimax -50, Pemax +50cmH₂O.
 Ambas pacientes fueron traqueostomizadas precozmente. El control al año mostró en ambas pacientes como secuelas solo alteraciones cerebelosas leves (palabra escandida y ataxia), habiendo logrado una reinserción social completa.

Comentario:

El Síndrome de Miller Fisher se presenta en aproximadamente 5% de los casos de Guillain Barré, caracterizándose por la tríada de oftalmoplejía, ataxia y arreflexia. Se acompaña de trastornos disautonómicos en el 50% de los casos.
 En aproximadamente 90% de los casos se encuentran anticuerpos contra el gangliósido Gq1b en las regiones paranodales de los nervios oculomotores, trocleares y abductores.
 La ataxia se debería a la disfunción de las vías aferentes espinocerebelosas.
 En el electromiograma muestran conducción motora normal o levemente afectada (sobre todo la facial), mostrando enlentecimiento y disminución de la amplitud en la conducción sensitiva.Blink reflex con latencia normal o levemente prolongada.
 El tratamiento habitual es plasmaféresis y/ Gammaglobulina hiperinmune.

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

Karmazyn Carlos

Apellido y nombre del relator
 Cerviño 4720 2º

C1425AIN

Domicilio
 Capital federal

Código Postal

Ciudad Provincia

Argentina

11-41275558

País

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Uti@trinidad.com.ar

Email



HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN INMUNOSUPRIMIDO POR HIV

V.Caglieri, D. Sánchez, J. Jabase, N.Márquez, M. Heredia, S. Zidarich, L.Ortiz.

Unidad de Terapia Intensiva- Hospital Italiano- Córdoba- Argentina

La Histoplasmosis adopta la forma de una infección diseminada en más del 60% de los pacientes inmunosuprimidos. Puede ser causa de sepsis en el 10 al 20% de los pacientes infectados por HIV y se asocia con shock, falla respiratoria, hepática, renal y rbdomiolisis con una alta mortalidad.

Objetivo: Presentación de un caso clínico de Histoplasmosis Diseminada (HD) en inmunosuprimido por HIV.

Caso clínico: mujer de 40 años, de profesión enfermera, con antecedente de histerectomía por cáncer de cervix 2 años previos y tabaquismo, que consulta por síndrome febril prolongado de 2 meses de evolución acompañado de odinofagia, tos seca, artralgias, exantema petequial en miembros inferiores y exantema macular en cara, exacerbándose ambos con la exposición solar. Posteriormente agrega adenopatía generalizada que motiva la internación en sala común. Presenta radiografía de tórax normal, hemocultivos y urocultivo negativos. En el laboratorio: leucopenia, plaquetopenia. Además se constata hepatoesplenomegalia leve y adenomegalias retroperitoneales. A su ingreso se hacen los siguientes diagnósticos presuntivos: 1- Lupus Eritematoso Sistémico vs. enfermedad de Still del adulto (inicia tratamiento con prednisona 15 mg/día y desaparecen exantemas), 2-Enfermedad linfoproliferativa (biopsia de médula ósea: hiper celular sin atipias). Se solicita serología y anticuerpos ANA y antiDNA (-), HIV(+). Se le otorga alta hospitalaria y se la cita para realizar biopsia de ganglio inguinal. A las 24 horas comienza con disnea progresiva y a las 72 horas consulta por guardia e ingresa por insuficiencia respiratoria hipoxémica. Al examen físico muestra: tensión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 110 por minuto, frecuencia respiratoria 50 por minuto, afebril. Deshidratación leve, cianosis periférica, dermatitis seborreica en región nasofrontal, petequiado en tórax que desaparece a la vitropresión, adenomegalia generalizada, mala dinámica respiratoria con crepitantes difusos bilaterales, hepatomegalia moderada dolorosa. Al laboratorio: glóbulos blancos 4000 por mm³(neutrófilos 81, linfocitos 12), hemoglobina 9 gr%, plaquetas 49000por mm³, APP 45%, glucemia 60 mg%, urea 65 mg%, creatinina 1.35 mg%, LDH 3300 U/L, Acidosis metabólica, APACHE II 24 puntos. Radiológicamente se evidencia infiltrados alveolointerstitial bilateral que ocupan los 4 cuadrantes a predominio perihiliar. Se inicia antibioticoterapia con trimetoprima-sulfametoxazol 20 mg/kg para cobertura de neumonía por Pneumocisti carinii. Evolución clínica tórpida y disfunción multiorgánica de tipo renal, hematológica, hepática, cardiovascular y síndrome de distrés respiratorio del adulto con score de Murria mayor 2.5, requiriendo en menos de 24 hs asistencia respiratoria mecánica, drogas vasoactivas y cardioversión eléctrica. A las 72 hs se amplia cobertura antibiótica agregando piperacilina-tazobactam, ganciclovir, imipenem y fluconazol por aislamiento de Acinetobacter spp en aspirado traqueal y desarrollo de Cándida spp en urocultivo (sin respuesta favorable). La serología informa Ag precoz para CMV negativo. Fallece a los 5 días del ingreso. Se realiza pos mortem biopsia de ganglio linfático, hígado y piel evidenciándose cuadro compatible con histoplasmosis diseminada y sarcoma de Kaposi.

Conclusión: En el caso clínico que presentamos, se llega a un diagnóstico tardío de HIV teniendo en cuenta que dos años previos presentó una enfermedad marcadorora como el cáncer de cervix

El 65 % de pacientes con SIDA que ingresan a unidades de cuidados críticos se deben a insuficiencia respiratoria. La histoplasmosis se debe considerar entre los diagnósticos diferenciales, ya que la forma diseminada, con criterio de gravedad nos obliga a iniciar tratamiento inmediato con anfotericina B, siendo éste el tratamiento de elección.

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 Caglieri Viviana

Domicilio Bahía Blanca 430 Dto 7 Barrio Junior ´s

Código Postal 5000

Ciudad Córdoba

Provincia Córdoba

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área) 0351-155433140

Fax (Indicar código de área)

Email vivicaglieri@hotmail.com

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



NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECANICA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

J. Jabase, M. Heredia, V. Caglieri, N. Márquez, D. Sánchez, S. Farias, M. Las Heras, S. Zidarich, L. Ortiz
Unidad de Terapia Intensiva-Hospital Italiano-Córdoba- Argentina.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es una de las principales infecciones en la unidad de terapia intensiva (UTI), presentando una elevada incidencia y morbilidad, asociado a prolongación de días de estadía con el consiguiente aumento de costos hospitalarios. Aunque las cifras son variables según los distintos centros, se intenta en este trabajo un acercamiento a nuestra realidad.

Objetivos: - Determinar tasa de incidencia de NAV. – Observar mortalidad global de dichos pacientes y según APACHE II. – Relacionar factores de riesgo asociados (intrínsecos y extrínsecos) con el desarrollo de NAV. – Identificar los agentes microbiológicos involucrados en las NAV a través del aspirado traqueal (AT). – Correlacionar el tratamiento empírico inicial con el aislamiento bacteriológico del AT.

Material y métodos: estudio retrospectivo donde se evaluaron pacientes ingresados en una UTI polivalente de 13 camas en el período Abril 2001- Abril 2003, analizando pacientes ventilados por más de 48 horas, con sospecha clínica y radiológica de NAV (fiebre, leucocitosis, secreción purulenta, infiltrado nuevo y/o progresión en radiografía de tórax). Se utilizó como método de diagnóstico bacteriológico el AT(considerando como muestra apta: < 10 células epiteliales por campo y más de 25 polimorfonucleares por campo). Como punto de corte: ≥ 10 6 UFC.

Resultados: ingresaron a nuestra terapia en dicho período 1053 pacientes de los cuales 165 (15.6%) estuvieron ventilados por más de 48 hs, presentaron NAV 42 pacientes (25.4%) del total de ventilados. El APACHE II promedio de la unidad fue de 18 puntos mientras que el de los pacientes que desarrollaron NAV fue de 19.3 ± 6.25, con un rango de 8-31. La edad promedio fue 58 ± 16 (18-83), el 71.4% correspondió al sexo masculino y el 28.6% al sexo femenino. El promedio de estadía en UTI fue de 18 días ± 9.5 (5-49), el tiempo promedio de ventilación mecánica fue de 14 días ± 9.3 . El factor de riesgo intrínseco más asociado fue la edad extrema (> 65 años) que estuvo presente en el 43 % de los pacientes, los factores de riesgo extrínsecos más frecuentes fueron: estancia en UTI (57%), antibióticos previos (45.2%), reintubación (38%) y el uso de antiácidos (92%). Los microorganismos aislados fueron: Gram – en el 55.8% de los casos, siendo Pseudomona aeruginosa en el 47.3%, Acinetobacter baumannii 15.7%,Serratia spp 15.7% y otros bacilos Gram- un 21.3%; en cuanto a los Gram+, se aislaron en el 44.1% de los casos obteniendo Staphylococcus aureus en el 73.3 %, Streptococcus pneumoniae 20% y Haemophilus influenzae en el 6.6%. En el 100% de los pacientes se realizaron hemocultivos, se obtuvieron gérmenes en el 19% (n=8), coincidiendo con el aislamiento del AT en el 50% de los casos. El tratamiento antibiótico empírico inicial coincidió con el definitivo en el 63.6% y 10.5% cuando se trató de Staphilococo aureus y bacilos Gram- respectivamente. La mortalidad global de nuestra UTI fue de 18.7%, siendo la mortalidad asociada a NAV del 33%. La causa de muerte fue disfunción multiorgánica en el 50% de los casos, muerte cerebral en el 28.5% y paro cardiorrespiratorio en el 22 % restante.

Conclusiones: La incidencia de NAV en nuestra UTI fue del 25%,relacionándose con estadísticas publicadas que varían entre 20-50%.Los gérmenes más habituales fueron Pseudomona aeruginosa y Staphylococcus aureus. Estos datos nos permitirán desarrollar una política antibiótica adecuada a nuestro medio y un sistema de vigilancia de la infección en UTI.

La mortalidad asociada a NAV según APACHE II fue la esperada y coincidió con cifras publicadas en la bibliografía.

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 Jabase Julieta Silvana

Domicilio Roma 350 Dto 6 Barrio Gral. Paz

Código Postal

Ciudad Córdoba

Provincia Córdoba

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área) 0351 155433140

Fax (Indicar código de área)

Email jsjab@hotmail.com

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



AFECTACIÓN PULMONAR Y DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE POR LEPTOSPIROSIS

N.S.Guerra, J.Ochoa, M.Bustamante, C.Catalaá, J.Albarracin, L.Flores.

Servicio de Terapia Intensiva- HZGA Héroes de Malvinas-Merlo

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial caracterizada por vasculitis extensa; los seres humanos se infectan en forma ocasional a través de contacto directo o indirecto con animales infectados. Existen formas subclínicas y clínicas. Entre los infectados sintomáticos, el 90% de los pacientes presentan una forma anictérica ; sólo el 10 al 5 % presentan una forma grave ictericia hemorragia , miocarditis, insuficiencia renal (enfermedad de Weil.). Entre los que padecen la forma ictericia el 20 % presentan compromiso respiratorio severo y/o hemoptisis, distribuido principalmente en los países de Brasil e India.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 37 años de edad que ingresa al hospital por disnea CF IV y hemóptisis masiva. Antecedentes de una semana de fiebre persistente, astenia, adinamia, dolores musculares y tos seca; en las últimas 24 hs disnea progresiva y hemóptisis. A su ingreso a la sala de Emergencias se constata Insuficiencia respiratoria (Pa/Fio2 121); Rx con infiltrado intersticio-alveolares simétricos de base a vértice; empeora rápidamente la insuficiencia respiratoria, por lo cual ingresa a UTI para tratamiento con ARM. Se instauro tratamiento antifímico con cuatro drogas y se cubre con Ampicilina IV ante la presunción de Leptospirosis. Se realizaron hemocultivos , aspirado traqueal para BAAR y gérmenes comunes con resultados negativos y serologías para Hantavirus, Leptospirosis y HIV. La paciente evoluciona con caída del Hto (22%) , laboratorio con disfunción hepática; persistencia de Pa/Fio2 < 200 empeoramiento de la función renal y acidosis metabólica . Requiere transfusiones de glóbulos rojos, agregándose al cuarto día plaquetopenia, sin empeoramiento del coagulograma. Al quinto día empeora la función hepática, con elevación de la bilirrubina , transaminasas por tres y Quick de 57% . Al séptimo día persiste febril por lo que se realiza nueva tanda de hemocultivos , urocultivos y aspirado traqueal ,instaurándose tratamiento con Imipenem + Ampicilina , suspendiéndose los antifímicos . Se aislan a las 48 hs Klebsiella Pneumoniae de 1 / 2 hemocultivos , y en aspirado traqueal una Pseudomona Aeuriginosa, rotándose los esquemas según sensibilidad. Mejora la función respiratoria persistiendo la falla hepática, la plaquetopenia y la falla renal. Finalmente en el día 11º de su internación se recibe resultado positivo para la serología de Leptospira (1/800 Leptospira Canícola). Presenta mejoría clínica por lo que puede ser destetada y extubada en el día 14 de internación.

Discusión: Se presenta el caso de afectación pulmonar con Hemoptisis por leptospira por ser de baja incidencia de en nuestro país. Esta forma severa de presentación con alta mortalidad está descripta en las zonas de Río de Janeiro (Brasil).

A pesar de llegar tardíamente (por razones operativas) la confirmación serológica del diagnóstico, se mantuvo el tratamiento con Ampicilina por la sospecha clínica del diagnóstico.

Dada la alta mortalidad de esta forma de presentación, priorizamos tratarla mientras aguardabamos las serologias correspondientes. Si bien la incidencia de leptospirosis ha aumentado en el área de influencia de nuestro hospital, las formas leves predominaron sobre las severas, y de dos casos con diagnóstico serológico confirmado el que se presenta se comportó con mejoría significativa, a pesar de que lo esperado en una forma severa con disfunción orgánica múltiple y afectación pulmonar era la mala evolución.

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

Nº de tema

B. Prefiero

Poster

Oral

CARACTERÍSTICAS DE LOS HOSPITALES EN LOS QUE SE DESARROLLA LOS CUIDADOS CRÍTICOS (CC) EN ARGENTINA

Grupo de Estudios Clínicos Multicéntricos del Comité de Neumonología Crítica. (Proyecto SATI-Vigía)

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Introducción: Aunque los CC son un aspecto central de la actividad hospitalaria, poseen un alto nivel de dependencia con otras áreas del hospital. Existe muy limitada información sobre las características de los hospitales en los que se desarrolla la TI.

Objetivo: Describir las características del recurso humano y tecnológico de los hospitales que cuentan con TI.

Intervención: Encuesta realizada a jefes de servicios de UTI entre Septiembre y Diciembre de 2002. Se solicitó información sobre: guardias médicas de especialidades complementarias, personal técnico de servicios complementarios y recursos diagnósticos y terapéuticos relacionados con los CC.

Población: Como parte del Proyecto SATI-Vigía se invitó durante el Congreso argentino de Terapia Intensiva del año 2002 a todas las TI que contaran con más de cuatro camas y un responsable médico a participar del estudio. Sobre 71 unidades que se inscribieron 61 completaron la encuesta y participan del presente estudio representando 25 al área metropolitana, 16 a región Pampeana, 3 a Cuyo, 6 al Noroeste, 1 al Noreste, 9 a la Patagonia y 1 a Uruguay.

Resultado: Los hospitales tienen 134 (25-212) (mediana (percentilo 25-75)) camas, las unidades de TI representan el 6,34 % de camas hospitalarias. La mayoría de los hospitales cuentan con médico de sala general (49/61), cirujano general de activa en 40 hospitales, de pasiva en 20; anestésista de activa en 33 y pasiva en 24. La tabla que sigue muestra la proporción de unidades con personal técnico de servicios complementarios.

	Guardia Activa (%)	Guardia Pasiva (%)	NS/NC
Radiología (técnico)	52 (85)	6 (10)	3
Laboratorio (Bioquímico)	50 (82)	8 (13)	3
Bacteriología	11(18)	36 (59)	Sin guardia 14
Hemoterapia	39 (63)	20 (32)	2

En cuanto a los recursos diagnósticos y terapéuticos de los que la TI es altamente dependiente se obtuvo la siguiente información.

	Dispone (%)	No Dispone (%)	NS/NC
Ecografía	59 (97)	2 (3)	
Ecografía Intervencionista	36 (59)	24 (39)	1
Tomografía Computada	40 (65)	19 (31)	2
Fibrobroncoscopia	35 (57)	24 (39)	2
Endoscopia Digestiva	50 (81)	9 (14)	2

Los médicos de guardia de TI deben cumplir tareas fuera del ámbito de la unidad, en 14 de las 61 unidades (24%) en forma habitual (cobertura de la guardia del piso en 10 unidades y de la guardia externa 10 unidades).

Conclusión: La proporción de hospitales que ofrecen una alta cobertura de apoyo a la TI es pequeño, esto motiva probablemente un alto número de traslados para TC o eco-intervencionista. Aunque en todos los países con extensos territorios, la proporción de hospitales rurales es alta, muchos de nuestros hospitales urbanos semejan hospitales rurales. Finalmente que en un cuarto de las unidades se cumplan tareas fuera de la unidad manifiesta la dependencia que en ciertas instituciones tiene el hospital de la TI.



FALLA HEPÁTICA FULMINANTE POR NUEVO ANTICONVULSIVANTE

G Cueto, G Braslavsky, D Rodríguez, A Arata, J Lendoire, O Imventarza.
 Terapia Intensiva - Trasplante Hepático Hospital Cosme Argerich GCBA

Objetivo: comunicar un caso de epidermolisis y falla hepática fulminante por la utilización de lamotrigine.

Material y Métodos: (presentación del caso) Mujer de 22 años de edad que 4 semanas antes de su internación presenta un episodio convulsivo, es estudiada por neurología y no se encuentra patología, es medicada con lamotrigine(Lamictal), dos semanas más tarde presenta fiebre, adenopatías, quebrantamiento del estado general y odinofagia, indicándosele Ampicilina 2gr/día. La paciente progresa con mayor deterioro del estado general y rash cutáneo generalizado decidiéndose la suspensión del antibiótico. A pesar de esto la eritrodermia continua y desarrolla ictericia, aumento de enzimas hepáticas decidiéndose la suspensión del anticonvulsivante y su internación en un hospital de Corrientes. Es admitida en Terapia Intensiva por encefalopatía, coagulopatía y epidermolisis. Durante su internación presentó progresiva caída del tiempo de Quick, desarrolla ascitis, derrame pleural bilateral y mayor encefalopatía por lo que deciden su traslado a un centro de trasplante. En nuestra unidad se solicitan serologías virales que resultaron negativas, tomografía de cerebro sin particularidades y abdomen donde se observaba abundante líquido en cavidad. La continua caída de los factores de coagulación y la encefalopatía fueron los criterios reunidos para colocarla en lista de emergencia de trasplante hepático. Al 4to día de su internación en la unidad se trasplanta y evoluciona favorablemente.

Lamotrigine es un relativamente nuevo anticonvulsivante que actúa bloqueando los canales de Sodio inhibiendo la liberación de aminoácidos excitatorios fundamentalmente glutamina y estabilizando las neuromembranas. Los más comúnmente efectos tóxicos reportados son: cefalea, visión borrosa, faringitis, fiebre, adenomegalias, los casos más severos incluyen manifestaciones cutáneas caracterizada por exantema y descamación que suele preceder a la disfunción hepática.

La droga puede tener más de un mecanismo de toxicidad al metabolizarse en el hígado por glucuronización puede actuar por toxicidad directa pero también produce sensibilización linfocitaria persistiendo la droga en los linfocitos aún después de retirada la misma.

Conclusión: se presenta este caso para comunicar la toxicidad letal de una droga anticonvulsivante(Lamictal) que produjo una falla hepática fulminante no sólo por toxicidad directa sino por sensibilidad retardada de modo que la necrosis hepática puede presentarse aún luego de suspendida la misma. El trasplante hepático representa una opción terapéutica en estos casos.

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

15

 N° de tema

B. Prefiero

Póster XX

Oral

Apellido y nombre del relator
Cueto, Graciela

Domicilio Las Heras 1693 8º E

Código Postal 1018

Ciudad : Capital

Provincia : Buenos Aires

País : Argentina

Teléfono : 005411-4812-4262

Fax (Indicar código de área)

Email graciela.cueto@Janssen.com.ar

Institución a la que perteneceTerapia Intensiva Hospital Cosme Argerich de Gobierno Ciudad de Buenos Aires.....

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DEL RECURSO HUMANO DISPONIBLE EN 61 UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA Y URUGUAY.
Grupo de Estudios Clínicos Multicéntricos del Comité de Neumonología Crítica. (Proyecto SATI-Vigía)
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Introducción: El conocimiento de las características de los miembros del equipo de salud que se desempeñan en los cuidados críticos es una información básica para evaluar resultados, implementar intervenciones y definir políticas de educación continua. La Argentina no cuenta con adecuadas estadísticas oficiales sobre el personal de salud que se desempeña en hospitales en general y TI en particular.

Objetivo: Describir las características y composición de los miembros del equipo de salud (médicos, enfermeras y kinesiólogos) que se desempeñan en 61 TI de Argentina y una de Uruguay.

Método: Estudio descriptivo basado en una encuesta estructurada que forma parte del Proyecto SATI-Vigía. Se efectuó una invitación abierta a jefes y responsables médicos de UTI que posean mas de cuatro camas y capacidad para administrar soporte ventilatorio durante el Congreso Argentino de Terapia Intensiva del año 2002. Se solicitó información sobre el personal médico de planta, guardia y residentes (cantidad, horas de trabajo y funciones). Sobre las enfermeras se obtuvo información de estructura, docencia y nivel académico, en lo referente a los kinesiólogos se interrogó sobre funciones y presencia.

Resultados: Respondieron la encuesta y fueron incluidas en el análisis 61 unidades provenientes 25 del área metropolitana, 16 región Pampeana, 3 Cuyo, 6 Noroeste, 1 Noreste, 9 Patagonia y 1 de Uruguay.

Médicos de Guardia: El 49% de las unidades tenían un médico de guardia, en 40% dos y solo 11% tenían tres. Dieciséis de las 61 unidades poseían programas de residencia, los residentes cubren el 57% de las guardias en unidades con un médico, el 31 % con dos y el 26% en las de tres.

Enfermeras: La mayoría de las unidades tienen jefatura propia de enfermeras (45/61), en el resto es compartida, carecen de cargo docente (41/61) y no cuentan con jefatura de turno 39 de 61 unidades. La distribución de unidades según el nivel académico de la enfermeras fue:

% Enf. profesionales	< 24 %	25 a 49%	50 a 74%	75 a 99 %	100 %
Unidades (%)	15 (25,8)	13 (22,4)	15 (25,8)	11 (18,6)	4 (6,8)

Kinesiólogos: dos unidades (3,4%) contaban con guardia de 24 hs. y kinesiólogos de planta, 4 (7 %) solo tenían guardia de 24 hs, siete unidades (12,4%) cuentan con kinesiólogos entre 12 y 20 hs por día, nueve (15,5%) entre 8 y 12 hs diarias, la mayoría 27 (46%) solo tenían entre 2 y 8 hs diarias y nueve unidades (15,5%) no cuentan con kinesiólogos.

Conclusión: Ha pesar que el nivel académico de las enfermeras es uno de los pocos factores asociados con mejores resultados clínicos, en casi la mitad de las unidades existen menos de 50% de profesionales, paradójicamente los cargos docentes existen solo en 3 de cada 10 unidades. El 62 % de las unidades tienen menos de 8 hs de kinesiólogía diaria. Es posible que sea necesario definir estrategias para evitar la combinación de bajo número de enfermeros profesionales con exigua cantidad de horas de



UTILIZACIÓN DE INDICADORES QUE EVALUAN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA.

Grupo de Estudios Clínicos Multicéntricos del Comité de Neumonología Crítica.
(Proyecto SATI-Vigía)
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Introducción: Recientemente se publicó una revisión sistemática de los indicadores que en más de 3000 estudios publicados entre 1965 y 2000 estaban asociados con mejora de los resultados clínicos: morbilidad, mortalidad, complicaciones, errores, costos, duración de la estadía y preferencias reportadas por los pacientes (Berenholtz et al J Crit Care 2002; 17:1-12).

Objetivos: Evaluar por medio de una encuesta estructurada cuales de los indicadores de calidad que son rutinariamente evaluados en TI de Argentina.

Método: Estudio descriptivo basado en una encuesta estructurada que formó parte del Proyecto SATI-Vigía. Los jefes de servicio de las unidades participantes respondieron si rutinariamente obtenían datos sobre: Indicadores de **resultado:** mortalidad, internación mayor a 7 días, Duración media de la internación, duración media de ARM, manejo inadecuado del dolor y satisfacción de familiares y pacientes. Mediciones de **procesos:** manejo correcto del dolor, uso apropiado de transfusiones, prevención de neumonía en VM, sedación correcta, profilaxis de HDA, profilaxis de TVP. Mediciones de **acceso:** demoras en admisión y egreso, cancelación de cirugías y retardo en emergencias. Finalmente indicadores de **complicaciones:** readmisiones, infección de catéter e infección por gérmenes resistentes. Los resultados se expresan en porcentaje.

Población: Eran elegibles UTI que poseyeran mas de cuatro camas y un responsable medico de la unidad. El ingreso de las unidades fue voluntario. Se incluyeron unidades de todas las regiones sanitarias del país.

Resultados: Se obtuvo información sobre 61 unidades que respondieron la encuesta. Se utilizaron como scores de referencia a los de severidad (APACHE-SAPS) y al TISS, los que son regularmente realizados en el 75 y 43 % respectivamente de las unidades encuestadas. Las mediciones relacionadas al resultado del proceso de atención (outcome) las mas usualmente realizadas fueron mortalidad (74%) y duración de la internación (63%) mientras que solo el 8,6% tenia registros de manejo sub-optimo del dolor y satisfacción de familiares y pacientes. Los indicadores de proceso mas registrados son la prevención de TVP y HDA en 38% en tanto que la valoración del dolor se registra en solo 7% de las unidades. Las mediciones que evalúan acceso son evaluadas en menos del 20 % de las unidades. El registro de las complicaciones tales como infección de catéter (58%), gérmenes resistentes (50%) y readmisiones (48%)

Conclusión: En este conjunto de UTI solo tres de 19 indicadores clínicamente relevantes son rutinariamente medidos por mas del 50 % de las unidades. Aunque la sola medición de indicadores puede no producir mensurables mejoras en la calidad de la atención, son un paso primordial para detectar áreas de potencial mejora. Es probable que una política activa en pos de su uso generalizado permita junto con el uso de sistemáticas de trabajo, mejorar nuestro actual estándar de cuidado.

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 xxx

Apellido y nombre del relator:

Domicilio:

Código Postal:

Ciudad:

Provincia:

País: Argentina

Teléfono:

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece:

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA CRISIS ECONOMICA EN UN AMPLIO ESPECTRO DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ARGENTINA.

Grupo de Estudios Clínicos Multicéntricos del Comité de Neumonología Crítica (Proyecto SATI-Vigía)

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Introducción: Durante el año 2002 la Argentina ha sufrido una de las peores crisis sociales y económicas de su historia. Es complejo evaluar el daño producido en la salud pública y en particular en la medicina hospitalaria, debido a la consistente ausencia de datos que, en forma objetiva, cuantifiquen la situación. La Terapia Intensiva por sus características de medicina de recurso humano y tecnológico intensivo es particularmente vulnerable en esta situación.

Objetivo: Evaluar por medio de una encuesta estructurada los principales cambios producidos en la disponibilidad de insumos, tecnología y recurso humano durante el año 2002.

Población: 61 unidades de TI de todo el país que participan en el Proyecto SATI-Vigía.

Resultados: Insumos: La mayoría de los hospitales (76%) ingresaron en programas de racionalización de los recursos, en el 86,2 % de los servicios de TI aparecieron limitaciones para obtener insumos considerados de importancia, el 67,2 % ha debido modificar las normas de atención por falta de insumos y el 62,1 % de los jefes y responsables de unidades se vieron en la situación de tener que cambiar indicaciones medicas por falta de antibióticos.

Ocho unidades recibieron respiradores nuevos durante el 2002 y nueve se vieron obligadas a dar de baja respiradores. El impacto sobre el recurso humano fue importante, 5 unidades disminuyeron los cargos de médicos de planta y uno de guardia, pero en solo 3 esto se debió a racionalización de costos, en el resto se atribuyó a reducción de trabajo. Se perdieron 42 puestos de enfermeras en 8 unidades, el 66 % de las mismas se debió a reducción de costos. No existieron diferencias significativas en la distribución del impacto de esta crisis entre hospitales públicos y privados, o entre las diferentes regiones del país.

Conclusión: En este conjunto de unidades han sido el acceso a los insumos farmacológicos y material descartable la principal manifestación de la crisis económica, solo en ocho de las 61 unidades no se incrementaron las limitaciones existentes en el año 2001. En el futuro es posible que se observen cambios en el impacto producido por la crisis como limitaciones al acceso de tecnologías o reducciones en el personal de la unidad. Es posible que se deba contar con un instrumento que permita evaluar periódicamente la situación en un amplio numero de unidades del país.