



NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA EN NUESTRA SALA DE TERAPIA INTENSIVA

Garrido,A., Gluzman,M., López,R., Mileo,C., Teves,J., Mansilla,M., Rodríguez,G.
Servicio de Terapia Intensiva-Hospital Interzonal General de Agudos-Mar del Plata.

Introducción: A pesar de los avances en las técnica de manejo de pacientes con asistencia respiratoria mecánica y el uso de procedimientos que implican el cuidado de los equipos de asistencia ventilatoria, la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) continúa complicando la evolución de nuestros pacientes en las Unidades de Terapia Intensiva.

Objetivo: -Determinar la incidencia de NAV en nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI).
-Evaluar los elementos usados en el diagnóstico de NAV, con especial atención en la validación local del "Clinical Pulmonary Infection Score" (CPIS) de Pugin.

Material y métodos: Se evaluaron prospectivamente 117 pacientes ventilados por más de 48hs que ingresaron a nuestra unidad polivalente en el período julio 2002 a enero 2003. Se utilizó un sistema de fichas para la recolección de datos; se consignaron edad, sexo, Apache II, score de neumonía CPIS, motivo de ingreso, días totales de ARM, días de ARM al diagnóstico de NAV, desarrollo de SDR y score de Murria, técnica para el diagnóstico bacteriológico, uso de antibióticos previos a la toma de muestras para bacteriología, gérmenes hallados y mortalidad de todos los pacientes ingresados. Los resultados se expresaron como porcentajes, media y desvío standard.

Resultados: La incidencia hallada de NAV fue del 45% (54 episodios) y la densidad de incidencia de NAV fue de 39/1000 días ARM. Sexo: masculino 62.4% femenino 35.8%. Edad media: 42±16.3 años; 6 pacientes tuvieron 2 episodios de NAV y 1 paciente 3 episodios. El motivo de ingreso de este grupo de pacientes fue trauma (33%), postoperatorios (13.8%), coma-alteración del sensorio (11%), EPOC-asma (6.5%). El Apache II de los pacientes con NAV fue de 11.4 vs. 9.7 de los pacientes sin NAV. La incidencia de SDR en los pacientes con NAV fue del 67% con una media de score de Murray de 2.1 (DS 0.6). Los pacientes con NAV tuvieron un CPIS = 7.4±1.3 (rango 4-9); 12 pacientes con NAV tuvieron un CPIS ≤ 6 (23.5%). La técnica bacteriológica más usada fue el aspirado traqueal (AST) en el 94% de los pacientes seguido por LBA (3.6%) y CPB (1.9%). Los gérmenes más frecuentes fueron stafiloco aureus (33 episodios), acinetobacter baumannii (12 episodios) y pseudomona auriginosa (13 episodios); en 21 pacientes se recolectaron 2 gérmenes; 16 pacientes presentaron hemocultivos positivos concordantes con la muestra respiratoria (50% stafiloco aureus). La media de días de ARM en pacientes con NAV fue de 17.8 (DS 11.8) y de 6.2 (DS 3.9) en pacientes sin NAV. La media de días de ARM al diagnóstico de NAV fue de 8.3 días. El 57.7% de los pacientes con NAV recibieron tratamiento antibiótico antes del diagnóstico. La mortalidad global fue de 59.8%; en los pacientes con NAV la mortalidad fue del 61.1% y del 59.1% en pacientes sin NAV.

Conclusiones: -Alta incidencia de NAV (45%), aunque se encuentra dentro del rango de la literatura.
-Observamos que el punto de corte <6 del CPIS para el diagnóstico de NAV hubiese dejado 13 pacientes (23.5%) sin tratamiento, ¿deberíamos modificar el punto de corte en nuestro medio?

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

Nº de tema

B. Prefiero

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

Apellido y nombre del relator :Garrido, Adriana

Domicilio Juana Manso Nº 2145

Código Postal 7600

Ciudad Mar del Plata

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono (0223) 467-1496

Fax (Indicar código de área)

Email rochilopez@infovia.com.ar

Institución a la que pertenece: H.I.G.A. Dr Oscar Alende - Mar del Plata



**HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO:
PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Capurro, G.; López, R.; Vargas Martinez, R; Teves, J.; Tomba,P.
Clínica 25 de Mayo - Mar del Plata.

Introducción: La incidencia de anormalidades electrocardiográficas en pacientes con hemorragia subaracnoidea (HSA) es alta, pero la asociación con infarto agudo de miocardio (IAM) es inusual. Presentamos un caso clínico que ilustra esta asociación.

Caso clínico: Paciente femenina de 62 años ingresa el 12/03/03 por cuadro confusional agudo y déficit motor. Tenía antecedentes de HTA, dislipemia, tabaquismo y abuso de alcohol.

Consulta en servicio de emergencias presentando desubicación temporo-espacial y leve pérdida de fuerza en el hemicuerpo izq. Refería cefalea frontal intermitente, opresiva, "en vincha", que se tornó constante las últimas 48hs. El examen físico mostró una paciente obesa, con buen estado general, despierta pero confusa, TA: 170-70mmHg, FC: 70 lat/min, FR: 20 rpm, GCS: 14/15 (RM: 6, RV:3, AO:4), hemiparesia izq leve a predominio crural, sin rigidez de nuca ni alteraciones en los pares craneanos. El resto del examen físico era normal. Se realizó TAC de craneo sin contraste que mostró hiperdensidad de surcos corticales, cisura silviana y surcos de la tienda del cerebelo derechos, compatible con hemorragia subaracnoidea; también hiperdensidad de las cisternas supraselares, observándose una imagen de la rama supraselar hiperdensa de 8mm aprox., que correspondería a malformación de la rama posterior del polígono. Un EKG realizado de rutina al ingreso mostró ritmo sinusal, FC: 75 lat/min, PR =0,20mseg, QS V1-V3, onda T negativas D1 aVL V1 a V6 compatible con IAM septal e isquemia anterolateral extensa. El laboratorio de ingreso mostró Glucemia. 1,30g/l, CK 539U/L (VN hasta 80), CK-MB 5%(VN mayor 6%) y el resto de la química sin alteraciones. La impresión diagnóstica fue HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Hunt y Hess II Fisher II e INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO anterolateral en evolución. Se inició tratamiento con difenilhidantoína, nimodipina, analgesia, protección gástrica e infusión de NTG.

El 13/03/03 la paciente no presentó cambios clínicos ni electrocardiográficos relevantes; se reciben del laboratorio Troponina T (+) 0,25ng/ml (VN<0,05ng/ml), CK 466U/L, LDH 275U/L (VN 80-240), CK-MB 7%. Se realiza ecocardiograma que mostró hipoquinesia marcada apical con función sistólica del VI leve a moderadamente deteriorada.

El 14/03/03 la paciente continuó confusa, con cefalea y sin déficit motor ni sensitivo. Laboratorio: CK 255U/L, LDH 290U/L. Un cateterismo cerebral de 4 vasos evidenció lesión compatible con *aneurisma silviano der.* Debido al diagnóstico de infarto de miocardio concomitante, se decide realización de cinecoronariografía para determinar la factibilidad de tratamiento neuroquirúrgico.

El 15/03/03 la paciente no presentó cambios relevantes de su estado clínico. La CCG realizada mostró *arterias coronarias angiográficamente normales.* Se decidió derivación de la paciente para tratamiento endovascular del aneurisma con buena evolución.

Conclusión: En la HSA las complicaciones cardíacas son relativamente frecuentes y la fisiopatología de estas alteraciones no es bien conocida. La presencia de alteraciones electrocardiográficas compatibles con IAM transmural es infrecuentes (incidencia 0.8%).

El diagnóstico diferencial en este grupo de pacientes debe realizarse entre la disfunción ventricular neurogénica reversible, "stunned myocardium" (SM) y el IAM. Tanto el uso de la determinación de CK-MB, Troponina T y el ecocardiograma son inconsistentes con un diagnóstico definitivo. Quedaría por identificar el grupo de pacientes con el síndrome SM-IAM que posean lesiones coronarias fijas debido a que esto tendría implicancia en la elección del tratamiento del aneurisma (endovascular vs. cirugía), así como también en el manejo post-exclusión (ej: necesidad de CAP, uso de "triple H").

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 Capurro, Gabriela

Domicilio Juana Manso Nº 2145

Código Postal 7600

Ciudad Mar del Plata

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono (0223) 467-1496

Fax (Indicar código de área)

Email rochilopez@infovia.com.ar

Institución a la que pertenece ...H.I.G.A. Dr Oscar Alende ...Mar del Plata.....



5º Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
 6º Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
 7º Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva
Septiembre 6-9, 2003

AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECÁNICA: ¿CUALES SON SUS CAUSAS?

Gluzman M., Garrido A., Jiménez E., López R., Mansilla M., Mileo C., Rodríguez G., Teves J.
 Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Interzonal General de Agudos, Mar del Plata.

Objetivo: -Comparar nuestra actual incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) con un control histórico.
 -Analizar las posibles causas del aumento de la incidencia de NAV.

Material y métodos: Se evaluaron prospectivamente 117 pacientes ventilados por más de 48 hs que ingresaron a nuestra unidad polivalente en el período julio 2002 a enero 2003. Se utilizó un sistema de fichas para la recolección de datos; se consignaron edad, sexo, Apache II, score de neumonía CPIS, motivo de ingreso, días totales de ARM, días de ARM al diagnóstico de NAV, desarrollo de SDRA y score de Murray, técnica para el diagnóstico bacteriológico, uso de antibióticos previos a la toma de muestras para bacteriología, gérmenes hallados y mortalidad de todos los pacientes ingresados. Las variables continuas se presentan como media y desvío Standard y las variables discretas como porcentajes. El control histórico fue realizado en nuestro servicio en el período mayo 1997-enero 1998 y presentado en el 10º Congreso Argentino de Terapia Intensiva con el título "Neumonía asociada a ventilación mecánica en paciente críticamente enfermos" (Revista Medicina Intensiva, vol.15, supl.I, pag.50).

Resultados:

| | CONTROL HISTORICO | GRUPO ACTUAL | |
|-------------------------|-------------------|---------------|--------|
| Nº pacientes | 72 ptes. | 117 ptes. | |
| Episodios de NAV | 17 ptes. (22%) | 44 ptes.(45%) | P<0.05 |
| Edad media | 47±16 años | 42.2±16 años | NS |
| Sexo % | 32F/68M | 35.8F/64.2M | |
| Media días de ARM | 7.6±6.7 | 11.4±10 | NS |
| Días ARM al diagnóstico | 4-8 días | 8.3 días | p<0.05 |

-Los criterios diagnósticos (clínicos y radiológicos) usados fueron similares en ambos grupos, pero el diagnóstico bacteriológico fue realizado: en el control histórico 80% CPB y 20% AST+hemocultivo concordante; en el grupo actual, el diagnóstico se realizó con ASTen el 94% de los pacientes.
 -No se encontraron diferencias en los agentes etiológicos de NAV entre ambos grupos.

| MORTALIDAD | GLOBAL | CON NAV | SIN NAV |
|-------------------|--------|---------|---------|
| CONTROL HISTÓRICO | 74% | 64% | 77% |
| GRUPO ACTUAL | 59.8% | 61% | 59% |
| | P<0.05 | NS | P<0.05 |

Conclusiones:-Notamos un marcado aumento en la incidencia de NAV (22% a 45%) aunque no pudimos comparar la densidad de incidencia.

- Las posibles causas del aumento de incidencia de NAV podrían estar relacionadas con
 - aumento en los días de ARM (7.6 vs. 11.4)
 - _método bacteriológico utilizado en el diagnóstico (CPB vs. AST)

-La mayor incidencia de NAV no incrementó la mortalidad.

-En el período actual observamos una disminución significativa en la provisión de insumos descartables que permitieran mantener las normas habituales de asepsia, por lo que creemos que la crisis económica fue un *factor decisivo* en el aumento de nuestra incidencia de NAV.

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 Gluzman, Marcelo

Domicilio Juana Manso Nº 2145

Código Postal 7600

Ciudad Mar del Plata

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono (0223) 467-1496

Fax (Indicar código de área)

Email rochilopez@infovia.com

Institución a la que pertenece ...HIGA Dr O Alende Mar del Plata.....



USO DE DROTRECOGIN ALFA EN LEPTOSPIROSIS Y DISFUNCIÓN MULTI-ORGANICA

Sánchez Aghemo D, Heredia M, Cagliari V., Zidarich S, Ortiz L, Jabase J, Márquez N, Fariás S. Jakob E. Servicio de terapia intensiva-Hospital italiano de Cordoba

Introducción: La Leptospirosis es una zoonosis bacteriana causada por una espiroqueta, cuya puerta de entrada en el hombre es la piel lesionada, mucosas nasal, oral y conjuntival. Puede cursar con formas subclínicas hasta formas graves, con compromiso pulmonar y disfunción multiorgánica (DOM).
Objetivos: Presentación de un caso clínico con leptospirosis y DOM y el empleo de drotrecogin alfa (activado).

Presentación del caso: varón de 18 años, con esplenectomía post-traumática 2 años previos, que presenta síndrome febril de 72 horas de evolución acompañado de dolor abdominal y diarrea acuosa después de ingesta de chacinados.

Es internado en otra institución recibiendo tratamiento antibiótico con Ampicilina-Gentamicina. Evolucionó desfavorablemente con signos de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y disfunción aguda de órganos: cardiovascular, pulmón, riñón y sistema de coagulación. Es derivado a nuestra institución. Al ingreso a UTI: signos vitales: TA: 85/50 mmHg, FC: 125 x min., FR: 25 x min. T°:37,5° C.

Lúcido. OTE, rigidez de nuca, sin déficit motor. Facies abotagada con inyección conjuntival, mala perfusión periférica, petequias en manos y pies, sufución hemorrágica en pierna izquierda, hepatomegalia dolorosa y artromialgias. Oligúrico.

Laboratorio: GB 31000 mm3, Plaquetas 55000 x mm3, APP 31 %, Urea 111 mg/dl, Creatinina 3,3 mg/dl, AST 280 U/L, ALT 157 157 U/L, FAL: 336 U/L, Bilirrubina Total: 1,76 mg/dl, Bilirrubina Indirecta:0,33 mg/dl, Bilirrubina Directa: 1,43 mg/dl, EAB: acidosis metabólica descompensada más hipoxemia.

Se evidencian infiltrados pulmonares intersticiales bilaterales.

Score de Apache II: 17 puntos. Con diagnóstico presuntivo de sepsis secundaria a meningococcemia versus leptospirosis se realiza punción lumbar que informa hipoglucoorraquia y proteinorraquia. Se inicia tratamiento ATB con Ceftriaxona 4 gr/día y Penicilina G sódica 16 millones/día. Evolución tórpida con empeoramiento de las disfunciones multiorgánicas, requiere ARM con parámetros de SDRA severo.

La serología informa Ag para meningococo en LCR y suero (-), Ig M e Ig G para leptospirosis (-), Ig M e Ig G Hantavirus (-). Se comienza infusión Drotrecogin alfa (activado) por 96 hs y a las 48 hs se produce evidente mejoría de la función renal, hepática y perfil de la coagulación, con disminución de leucocitosis y de infiltrados radiológicos. Afebril y con PaO2FiO2 de 320 que permite un destete exitoso. Se suspende Ceftriaxona y se envía nueva muestra para serología de Leptospira. Dos días después presenta sepsis severa 2º neumonía intrahospitalaria con aislamiento de Bacilo Gram (-), no fermentador, se realiza antibioticoterapia dirigida. Al día 19 de la internación llega serología confirmatoria para Leptospira pyrógenes por método MAT. Cumple 21 ds de tratamiento con Penicilina G sódica. Al mes de su ingreso a la unidad es dado de alta.

Conclusiones: El uso del Drotrecogin alfa (activado) ha sido probado exitosamente en pacientes con sepsis severa principalmente asociada a neumonías. Aunque no hay evidencias que avalen su uso en leptospirosis, queremos destacar el beneficio obtenido tras su utilización en sepsis asociada a Leptospiras.

Sería de suma importancia continuar estudios respecto a la utilización del Drotrecogin alfa (activado) en éste tipo de patologías y definir la posibilidad de su re-utilización ante un nuevo evento de sepsis inmediatamente posterior a la ya resuelta.

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 Diego Sánchez Aghemo

Domicilio derqui 312 1 B

Código Postal 5000

Ciudad Cordoba capital

Provincia Cordoba

País Argentina

0351 155285071 o 4106576

Fax (Indicar código de área)

Email diegomedic@hotmail.com

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

USO DE COLISTÍN ENDOVENOSO EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES EN TERAPIA INTENSIVA, PRODUCIDAS POR ACINETOBACTER Y PSEUDOMONAS MULTIRESISTENTES. EPIDEMIOLOGÍA Y NEFROTOXICIDAD

F. Ríos, M Lloria, A Saenz-Valiente, L Aguilar, A Di Bella*, B Maskin, C Apezteguía.
 Terapia Intensiva Adultos y Bacteriología*, Hospital Prof. A. Posadas, El Palomar, Bs. As

La emergencia de patógenos multiresistentes, *Pseudomonas aeruginosa* (Ps) y *Acinetobacter baumannii* (Ac) como causantes de infecciones en las unidades de cuidados intensivos (UTI), es un problema creciente. En los últimos años hemos aislado en pacientes críticos Ac y Ps resistentes a todos los antibióticos disponibles con excepción de colistín. Este es un antibiótico (ATB) polipeptídico catiónico de la familia de las Polimixinas introducido en la década del '60. Su uso fue restringido, debido a informaciones sobre toxicidad severa (nefro y neuro-toxicidad).

Objetivos: Evaluar datos epidemiológicos sobre infecciones nosocomiales producidas por Ac y Ps multiresistentes en pacientes críticos y los trastornos de la función renal producidos por el uso de colistín.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo sobre registros de bacteriología e historias clínicas en un período de 24 meses (2000-2002). Se incluyeron las infecciones producidas por gérmenes gram (-) solo sensibles a colistín y tratados por más de 3 días. Se registró Apache II (al ingreso), diagnóstico, tipo de muestra, germen causal, foco de infección, días de internación, de ventilación mecánica, duración del tratamiento ATB e impacto sobre la función renal evaluada por variaciones de urea y creatinina plasmáticas posteriores al inicio de colistín. Los datos se expresan como media y DS o mediana y 1-3 cuartil. Para comparar los datos continuos se utilizó Test Student o Mann-Whitney según corresponda y Chi-Cuadrado para los datos categóricos. Para el análisis de las variaciones de urea y creatinina se realizó la diferencia del valor a los días 3-5-7-10-14 respecto del día 0 (inicio del tratamiento) y se utilizó test T para datos apareados.

Resultados: Se evaluaron 32 pacientes en los que la dosis de colistín utilizada fue 4-5 mg/kg/día, en 3 dosis/día. Edad 51±18 años, Apache II 18±8. El motivo de ingreso fue médico en el 25 % de los casos, quirúrgico en 23% y neuroquirúrgico en 22%. La mortalidad fue 43%. Recibieron ATB en los 10 días previos al inicio del colistín 90% de los pacientes, en su mayoría una asociación de dos ATB de amplio espectro. Los diagnósticos que motivaron el uso previo de ATB fueron: neumonía asociada al respirador (NAR) en 20 casos, infecciones urinarias en 3, neumonías graves de la comunidad en 2, peritonitis en 3, pancreatitis agudas en 2, sepsis por catéter y sinusitis en 1, respectivamente. El foco de la infección causada por patógenos multiresistentes sólo sensibles a colistín fue NAR en 28 pacientes (16 aspirados traqueales, 12 lavados bronquiales), 3 peritonitis, infección urinaria en 3, bacteriemia en 1; 3 pacientes presentaron más de 1 foco infeccioso. Los días de internación hospitalaria en los sobrevivientes fue 47 (28-69) días, la internación en UTI 41 (17-69) días y 25 (14-43) los días de ventilación mecánica. El período de internación previo al inicio del tratamiento con colistín fue de 14 (10-35) días. La duración del tratamiento con colistín fue de 14 (10-16) días. No se encontraron variaciones significativas de los valores de urea y creatinina tras el inicio del tratamiento con colistín. Sólo 5 pacientes presentaron una elevación mayor de 0.2 mg/dl de creatinina respecto del basal, al día 3 o 5 post-colistín p=0.12. Un paciente (3%) requirió hemodiálisis mientras que otro se encontraba en diálisis en forma previa a la administración del ATB en estudio. No se detectaron eventos de neurotoxicidad.

Conclusiones: los patógenos, Ac y Ps sólo sensibles a colistín producen infecciones en pacientes con internación prolongada, en especial si previamente fueron tratados con esquemas antibióticos de amplio espectro. El 87% de las infecciones observadas fueron NAR que se produjeron como segundo episodio de neumonía o posteriores a un tratamiento ATB de amplio espectro por otra causa. El tratamiento endovenoso de infecciones nosocomiales con colistín no produjo cambios significativos en las concentraciones de urea y creatinina. Los datos de este estudio evidencian que colistín es una droga con márgenes de seguridad aceptables, probablemente similares a los de otras drogas nefrotóxicas utilizadas en los pacientes críticos tales como los aminoglucósidos. No se registró neurotoxicidad.

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

5

Nº de tema

B. Prefiero

si

 Oral

Apellido y nombre del relator Ríos Fernando

Domicilio rosales 226 PB

Código Postal 1704

Ciudad Ramos Mejia

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono 011-46564201

Fax (Indicar código de área)

Email fgrios@intramed.net.ar

Institución a la que pertenece
 terapia intensiva del hospital Prof. A Posadas.....



LA EDAD AVANZADA COMO FACTOR PARA LA LIMITACION TERAPEUTICA

J. M. Butera; A. O. Gallesio; E. San Roman; C. Castarataro

Terapia Intensiva Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires. Ciudad de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La edad promedio de los pacientes (P) ingresados a las Unidades de Terapia Intensiva ha ido aumentando junto con el envejecimiento de la población. Diversos trabajos demuestran un incremento en la mortalidad (M) en relación con la edad de los P mientras otros enfatizan más la severidad de la enfermedad. Existe una tendencia a restringir ciertos tratamientos en los ancianos por consideraciones de costo-efectividad. Desde el punto de vista ético las limitaciones de tratamientos (L.T.) deberían seguir ciertas pautas que incluyen valorar el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida esperable.

Objetivo: Evaluar la M y calidad de vida a corto y mediano plazo de una población de P ancianos ingresados a una UTI. En base a estos datos facilitar la toma de decisiones sobre limitación terapéutica.

Material y métodos: Se analizó retrospectivamente una población de P de edad = ó > a 80 años ingresados por urgencia consecutivamente a la UTI entre septiembre de 2001 y mayo de 2002. Se incluyó las causas de ingreso, scores APACHE II y probabilidad de muerte según Knauss (ProbM), TISS 28 (máximo, mínimo), Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) por 48 o más horas. Se registró la M en UTI, al alta del Hospital (M.Hosp), y dentro de los 12 meses mediante una encuesta telefónica. Para evaluar la calidad de vida (cal.vida) se utilizó el score de Karnofsky. Se consideró independientes (I) a los P con score entre 70 y 100, semidependientes(SD) entre 50 y 60 y dependientes (D) < a 50 puntos.

Resultados: En tabla 1 se observan los resultados de los parámetros registrados. En tabla 2 los resultados de M en los 3 momentos analizados (número y porcentajes acumulativos).

| TABLA 1 | Edad | Apache | Prob M | Tiss Min | Tiss Max | ARM | M.hosp | M. ARM |
|---------|------|--------|--------|----------|----------|--------|--------|--------|
| Media | 84,3 | 20,24 | 34,08 | 17,78 | 23,40 | 83 | 36/83 | 26/40 |
| Desvest | 3,23 | 7,6 | 25,75 | 5,75 | 6,78 | 48,00% | 43,30% | 65,00% |

| TABLA 2 | Fall : 26 (31%) | Fall: 10 (43%) | Fall: 7 (52%) |
|-----------------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|
| | Vivos: 57 (69%) | Vivos: 47 (57%) | Vivos: 29 (35%) |
| Total: 83 (100%) | | | Perdidos: 11 (13%) |
| INGRESO | ALTA UTI | ALTA HOSPITAL | 12 MESES |
| P con ARM: 40 (100%) | Fall: 22 (55%) | Fall: 4 (65%) | Fall: 4 (75%) |
| | Vivos: 18 (45%) | Vivos: 14 (35%) | Vivos: 8 (20%) |
| | | | Perdidos: 2 (5%) |

La diferencia de M Hosp. Entre P sin y con ARM es significativa por chi2 (p= 0,0002).

Cal. Vida a 12 meses: De 29/83 P vivos fueron considerados **I:** 17/29, **SD:** 9 y **D:** 3. En relación al total 26 P (31%) tuvieron aceptable cal.vida. Del grupo con ARM 7 (17%) lograron esta misma calidad.

Las causas de ingreso a UTI fueron: Neurológicos: 35, Digestivo clínico: 7, dig. quirúrgico: 10, Respiratorio: 17, Sepsis: 8, Metab/renal: 2, Trauma: 3. Se registraron comorbilidades en 5 P(6%).

La procedencia de los P fue registrada en 54 casos: desde Guardia en 31(57%) y desde Sectores de Internación en 23 (43%). La proporción de ingresos desde Sectores fue mayor en P que luego requirieron ARM: 53% contra 47% desde la Guardia.

Conclusiones: -La M. Hosp. de los pacientes agudos de edad avanzada es elevada, coincidentemente con otros trabajos. Esta M es mucho mayor si requieren ARM. Sobrevivieron 29/83 P (35%) entre los cuales se consideraron con una cal vida buena en 59%, regular en 31% y mala en 10%. En el grupo con ARM sobrevivieron 8 (20%), 7 de ellos con buena calidad.

-En el estudio no se registró la indicación de L.T. aunque esta situación es probable en algunos casos.

-Los datos aportados por este estudio indican que la edad no resulta un adecuado predictor de sobrevida con buena calidad, lo cual también coincide con la literatura.

-La posibilidad de L.T. debe seguir una serie de pasos incluida la evaluación pronóstica. Ésta sirve como información para el equipo terapéutico, los familiares y/o el P y no como un valor absoluto.

-Probablemente deba considerarse iniciar precozmente un tratamiento, sin demorar el ingreso a la UTI, y evaluar sus resultados. La eventual suspensión posterior es moralmente equivalente a la abstención.

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:



VENTILACION NO INVASIVA COMO METODO PRECOZ DE DESTETE

W.D. Vazquez; M.B. Grilli; H.M. Lamacchia; J.C. Arjona; L.A. Battistini.

Hospital Español de Mendoza-Servicio de Terapia Intensiva Adultos-Mendoza-Argentina

Introducción: La ventilación mecánica convencional (VMC) es frecuentemente requerida en pacientes con exacerbaciones agudas de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), donde la intubación es generalmente prolongada y el destete dificultoso con una elevada tasa de fracasos. En estudios ,prospectivos ,controlados y randomizados tanto en EPOC como en grupo de pacientes con patología respiratoria mixta, cuando fracasa una prueba de ventilación espontánea, el uso de VNI, ha mostrado ser útil. (1,2,3)

Objetivos: Determinar si el uso de VNI, en este tipo de pacientes, puede facilitar la extubación precoz en forma segura y eficaz.

Material y Métodos: Se seleccionaron los pacientes que luego de la intubación , mejoraron la causa de reagudización Se presenta una muestra preliminar de 6 pacientes ,con diagnostico de EPOC que fueron intubados al ingreso a Terapia Intensiva según criterio del médico de guardia que los llevo a VMC y cumplieron los criterios para la realización de una prueba de ventilación espontánea.

Aquellos pacientes que fracasaron a la misma, se reconectaron al respirador para obtener los valores de SaO2 , FC Y FR previos a la prueba de ventilación espontánea. Las causas de fracaso fueron FR>35 en dos pacientes, tres hipoxemia severa y uno por aparición de respiración paradójal. En este momento los pacientes fueron extubados y se colocaron en VNI, programando la misma para lograr una SaO2 ≥ de 90, FR ≤ de 25 y sin uso de los músculos accesorios respiratorios.

Se considero éxito de la prueba cuando los pacientes no presentaron criterios de intubación dentro de las 72 horas de extubados.

Resultados

| | Mínimo | máximo | media | DS |
|------------------|--------|--------|--------|-------|
| N=6 | | | | |
| Edad | 58 | 77 | 68,50 | 6,72 |
| Dias de VNI | 2 | 5,4 | 3,7 | 1,459 |
| Días de tubo | 5 | 16 | 10.25 | 4,63 |
| Dias de UTI | 8 | 19 | 12,617 | 4,591 |
| Dias de hospital | 13,9 | 27 | 19,083 | 5,617 |

Ningún paciente requirió intubación y todos fueron dados de alta de Terapia Intensiva.

Conclusión: El uso de VNI en el primer fracaso de la prueba de ventilación espontánea en pacientes con EPOC, puede considerarse como una técnica segura y eficaz para lograr el destete y así posiblemente reducir los días de VM y sus complicaciones.

Bibliografía:

- 1-Nava S y col. Ann Intern Med. 1998;128:721-728
- 2-Girault,C y col Am J Resp Crit Care Med 1999;160: 86-92
- 3-Ferrer M y col Am J Resp Crit Care Med 2003 abril 10 (en prensa)

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

8
Nº de tema

B. Prefiero

SI
Poster
Oral

VAZQUEZ WALTER DANIEL

Apellido y nombre del relator

SAN MARTÍN 519

5500

Domicilio

CAPITAL

ARGENTINA

MENDOZA

MENDOZA

Código Postal

Ciudad

Provincia

País

02614490335

02614490382(FAX)

W

wvazquez@supernet.com.ar

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

E-mail



FIBROBRONCOSCOPIA EN PACIENTES ASISTIDOS CON VENTILACIÓN NO INVASIVA

MBGrilli ;R Fernández ; G Barchiesi ; JR Leytes ;L Parra ;R Vargas; WD Vazquez.

Hospital Español de Mendoza-Servicio de Terapia Intensiva Adultos-Mendoza-Argentina

Introducción:En algunos pacientes con insuficiencia respiratoria que requieren fibrobroncoscopia (FBC), la misma puede estar contraindicada debido a que la hipoxemia producida por este procedimiento que puede llevar a la intubación endotraqueal(IET).El impacto de la FBC en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda ventilados no invasivamente no ha sido ampliamente estudiado.

Objetivos:

A-Reportar la técnica fibronoscópica utilizada y nuestra casuística en pacientes durante el soporte ventilatorio con ventilación no invasiva(VNI)

B-Observar si la FBC en estos pacientes precipita la intubación endotraqueal

Material y métodos: Se incluyeron 6 pacientes ingresados a UTI por presentar insuficiencia respiratoria aguda(EPOC= 4,Neumonía=2) a los cuales se les inicio VNI. Durante la evolución, 3 requirieron FBC por presentar atelectasias y 3 para realización de lavado broncoalveolar (LBA) según indicación de los médicos tratantes.

La FBC se realizó a través de una válvula unidireccional de la interfase , avanzando hacia las cuerdas vocales hasta enclavar en el segmento bronquial afectado y realizando mini LBA, o localizando el segmento atelectasiado.

Se registraron los valores previos, intra y posteriores al procedimiento correspondientes a, frecuencia cardiaca(FC), frecuencia respiratoria(FR), saturación arterial de oxígeno(SaO2) y PaFiO₂ pre y post FBC.

Resultados:El procedimiento fue bien tolerado por todos los pacientes. La duración media de la FBC fue de 12,17 minutos.Ninguno de los parámetros evaluados (FC, FR, SaO2 y PaFIO₂) en cada paciente , mostraron diferencias estadísticamente significativas (p<0,05) entre los valores pre , intra y post FBC. Ninguno de los pacientes requirió intubación dentro de las 48 hs de haber realizado el estudio.

| Paciente | Diagnóstico | Motivo VNI | Frec. Cardíaca | | | Frec. Respiratoria | | | Saturación | | | PaFIO ₂ | |
|----------|-------------|------------------------|----------------|-------|------|--------------------|-------|------|------------|-------|------|--------------------|------|
| | | | Pre | Intra | Post | Pre | Intra | Post | Pre | Intra | Post | Pre | Post |
| 1 | EPOC reag | I.Resp.A. Hiperapnica | 85 | 98 | 87 | 20 | 29 | 24 | 92 | 93 | 94 | 187 | 199 |
| 2 | EPOC reag | I.Resp.A. Hiperapnica | 91 | 106 | 92 | 28 | 33 | 22 | 95 | 95 | 96 | 199 | 219 |
| 3 | EPOC reag | I.Resp.A. Hiperapnica | 92 | 99 | 96 | 23 | 32 | 26 | 92 | 93 | 92 | 220 | 219 |
| 4 | EPOC reag | I.Resp.A. Hiperapnica | 98 | 122 | 95 | 24 | 31 | 22 | 91 | 94 | 94 | 196 | 220 |
| 5 | Neumonía | I.Resp.A. Normocapnica | 92 | 100 | 96 | 20 | 29 | 23 | 94 | 93 | 96 | 224 | 215 |
| 6 | Neumonía | I.Resp.A. Normocapnica | 88 | 104 | 92 | 26 | 32 | 24 | 93 | 90 | 91 | 218 | 222 |

Conclusión:

- A- La realización de FBC en pacientes durante asistencia ventilatoria con VNI ,es una técnica segura y eficaz
- B- Si bien ninguno de los pacientes requirió intubación endotraqueal ,deben realizarse estudios con mayor peso estadístico.

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

8

Nº de tema

B. Prefiero

| | |
|----|--------|
| | Poster |
| SI | Oral |

GRILLI MONICA

Apellido y nombre del relator

SAN MARTÍN 965

5515

Domicilio

Código Postal

GODOY CRUZ

MENDOZA

ARGENTINA

Ciudad

Provincia

País

02614490335

02614490382(FAX)

jubemas@yahoo.com.ar

Teléfono (Indicar código de área) Fax (Indicar código de área)

E-mail

ESTUDIO DE NEUMONIA ASOCIADA AL RESPIRADOR COMO PARTE DE LA VIGILANCIA INFECTOLOGICA .

M. Gini, R. García Turiella, D. Rovira, R. Guidi, H. Bielaz, A. Alonso, L. Barcellona, F. Daminato.
 Hospital Italiano Garibaldi. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Objetivo: Evaluar la incidencia anual de neumonía asociada al respirador (NAV) en una UTI de institución privada en forma comparativa durante dos años y la relación entre la antibióticoterapia previa con el agente etiológico.

Material y Metodo: Ingresaron en el estudio un total de 195 pacientes ventilados por más de 48 Hs. , en una Unidad de Terapia intensiva clínico-quirúrgica de 16 camas en el período comprendido entre el 13 de Noviembre de 2000 al 13 de Noviembre de 2002 realizándose un corte a mitad de período para permitir la comparación entre ambos. La metodología utilizada para el diagnóstico de NAV fue el Score clínico de infección pulmonar (CIPS) que consiste en la evaluación diaria de : Temperatura , Glóbulos blancos , Secreción bronquial, PaFiO2 (se excluye SDRA por PW), Rx Tx, Cultivo de aspirado traqueal (cuantitativo). Se utilizaron respiradores Infrasonic (Adult Star) y Tahema (Horus). Los humidificadores utilizados fueron de agua termostatada y cambiadores de humedad y calor (HME) hidrófobos cambiados cada 72 Hs. (Kenneth y col. C.C.M. 2000). Sistema abierto de aspiración de secreciones. Los cultivos obtenidos (aspirado traqueal y hemocultivos) se procesaron según normas de la institución y los antibiogramas se realizaron según recomendaciones de NCCLS.

Resultados: Ingresaron al estudio 195 pacientes distribuidos en el primer período 106 pacientes y en el segundo 89 pacientes insumiendo un total de 1516 días de ventilación con un promedio de 7.5 días. El APACHE fue de 21 para el primer grupo y de 20 para el segundo. La mortalidad observada de 66 % para el primer período y de 82 % para el segundo. Las edades promedio fueron de 71 años y 64 años respectivamente. En cuanto a la distribución por sexo fue en el primer grupo masculinos 61 % (n:65), femenino 40% (n : 39) y en el segundo grupo masculinos 66 % (n : 59) y femenino 33% (n : 30). Se documentaron 26 casos de NAV en el primer período representando el 25 % de los paciente y en el segundo 9 casos representando el 10 % .Resultados bacteriológicos fueron los siguientes:

| <u>PIMER PERIODO</u> | | <u>SEGUNDO PERIODO</u> | |
|-------------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|
| TEMPRANAS | TARDIAS | TEMPRANAS | TARDIAS |
| Pseudomona A. (n: 9) | PS (n: 3) | PS (n:1) | PS (n:0) |
| Stafilococo A. (n : 5) | ST. A (n: 3) | ST(n:2) | ST(n:0) |
| Acinetob. B. (n : 1) | AC. B.. (n :2) | AC. B.(n:0) | AC (n:1) |
| Polimicrobiana (n: 0) | ST.+ PS (n:2) | AC. B.+PS (n:1) | AC. +PS /ENT+PS (n:2) |
| | | Klebsiela(n:1) | (N:0) |
| | | Sin rescate (n:0) | (n:1) |

Conclusión: Se observó una disminución significativa en la incidencia de NAV en el segundo período con respecto al primero (25 % vs. 10 %) lo atribuimos al mayor cuidado en la manipulación de la vía aérea, mayor énfasis en medidas de prevención tanto en personal de enfermería como médico. No se encontró influencia positiva sobre la mortalidad de los pacientes. Se observó aumento del número de NAV polimicrobianas en el segundo período sin significación estadística. Las NAV tempranas muestran gérmenes que habitualmente tienen mayor incidencia sobre las tardías , éstas ocurrieron en pacientes con internación prolongada en la institución ya sea en sala general o UTI previo al ingreso en AMR y habiendo recibido antibióticoterapia prolongada (Cefalosporinas / Quinolonas/ Aminoglucósidos).

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

5ggg

 N° de tema

B. Prefiero

Poster

Oral

MARIA DE LOS ANGELES MICAELA GINI

| | | |
|-----------------------------------|------------------------------|----------------------|
| Apellido y nombre del relator | | 2000 |
| SAN LORENZO 4459 | | Código Postal |
| Domicilio | SANTA FE | ARGENTINA |
| Ciudad | Provincia | País |
| 0341-4390257 | | Micagini@hotmail.com |
| Teléfono (Indicar código de área) | Fax (Indicar código de área) | Email |

Institución a la que pertenece ...HOSPITAL ITALIANO
 GARIBALDI.....



5º Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
6º Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
7º Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva
Septiembre 6-9, 2003

COMPORTAMIENTO DEL ABORTO SEPTICO CLANDESTINO

Juan O.A., Mendoza M.E.

Unidad de Terapia Intensiva Polivalente, Hospital Regional "Dr. Ramón Carrillo", Santiago del Estero, Argentina.

INTRODUCCION. La Organización mundial de la Salud define al Aborto provocado o inducido como el resultante de maniobras, practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo. Pueden ser realizadas por la misma embarazada o por terceros. Puede ser legal o delictivo. En nuestro país el aborto es la primera causa de mortalidad materna. Un aborto espontáneo o legal, raramente se infecta, pero realizado Clandestinamente se infecta con frecuencia, aumentando en situaciones socioeconómicas y edades bajas, y de procedencia rural.

OBJETIVOS El objetivo de este estudio fue describir las características de una población con Aborto Séptico por maniobras clandestinas y analizar el comportamiento de diferentes variables al ingreso, durante su evolución, las altas y los decesos.

MATERIAL Y METODOS: Se evaluaron en forma retrospectiva, descriptiva y, observacional, durante los cinco años comprendido entre mayo de 1997 y noviembre de 2001, una población total de 93 pacientes admitidos en UTI Polivalente, en el con diagnostico de Aborto Séptico, causados por la practica voluntaria de maniobras clandestinas, ya sean auto maniobras con o sin instrumentales o realizadas por terceros con o sin adoctrinamiento de alguna técnica. Se consideraron todos los casos ingresados, se analizaron parámetros demográficos (edad, procedencia, estado civil, nivel de educación, nivel socioeconómico), clínicos (ARM, días evolución, diálisis, semanas de gestación, FOM(Score MODS), Apache, método abortivo, cirugías,) de laboratorio (hemograma completo, coagulación, hepatograma, gasometría, glucemia, urea, creatinina, ionograma), y las maniobras abortivas (tallo de perejil, sondas, laminarias, espina de vinal, aguja de tejer, pastillas vaginales, inyecciones por vía IM o intrauterino, instrumental mal esterilizado). Los resultados se expresaron en promedio, mediana, desviación estándar y porcentajes del total.

RESULTADOS: Se registraron 93 pacientes con edades entre 18 y 43 años (PROM 26;MED 25; DS 5,18), 66 de ellos (70,9%) fueron de procedencia rural y 61 con escolaridad incompleta (65,5%).57 solteras (61,3 %), con edad gestacional que oscilan entre 4 y 25 semanas (PROM 12; MED 12; DS 4,82).Fueron legradas 72 pacientes(66,96%), histerectomizadas 15(13,95%), ambas 3(2,79%) y laparotomizadas 3 mas(2,79%). Requirieron ARM 15 pac. (16%). y hemodiálisis 21 pac. (22,5%).Score de APACHE II (PROM 17; MED 17; DS 7,35-RANGO 5-33), FOM en 30 pacientes (32,25%) El rango de días internados fue desde 1 (2 ptes en shock, Mondor. Óbito dentro de las 24 hs) hasta 90 días (1 solo paciente). (PROM 18; MED 11; DS 15,56). El aborto clandestino provocado fue reconocido fehacientemente en 31 casos, (33,3%), en forma dudosa 8 pacientes (8,6%) y negado en su mayoría 54 casos (58,8%).Los métodos utilizados en los 31 pacientes fueron; sonda12 (38,7%), pastillas 9 (29%) tallo de perejil 6 (19,35%) inyec IM 2 (6,45%), aguja de tejer 1 (3,22%) espina de vinal 1 (3,22%). Obitaron 31 ptes. (35,4%).

CONCLUSION: La procedencia rural y los métodos abortivos empleados fueron los factores determinantes de la gravedad de las pacientes en su admisión, llevando a una alta mortalidad (35,4 %). Los determinantes menores en orden de importancia fueron: escaso nivel socio-cultural-educacional y económico. . Los pacientes demoran su primera consulta, por los factores mencionados, pero más aun por que la misma clandestinidad no le abre puertas para estar informados ante ciertos signos y síntomas de alarma luego del aborto, Sumando e esto el agravante de negar todo, incluso el acto sexual realizado o la gravidez... La paciente ni los familiares miden la magnitud de esta patología, hasta el desenlace dramático.

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

Empty box for topic number

Nº de tema

B. Prefiero

Form for selecting poster or oral presentation

Poster

Oral

Apellido y nombre del relator:Juan, Osvaldo Antonio

Domicilio : Pellegrini 434. Piso 11. Dpto "E"

Código Postal: 4200

Ciudad: Capital

Provincia: Santiago del Estero

País: Argentina

Teléfono:0385-4-21-9431

Fax 03858-4-22122

Email:drosvaldojuan@hotmail.com

Institución a la que pertenece:Hospital Policlinico Regional Dr R. Carrillo (S.E.)



COLOCACION DE CATETERES VENOSOS CENTRALES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA HEMOSTASIA.

Klein F.R.; Díaz J.L.; Duronto E.; Klin P.; Favalaro R.R
 Servicio de Terapia Intensiva. Fundación Favalaro, Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN La realización de accesos venosos centrales (AVC) en pacientes (P) críticos o luego de un transplante (TX) es frecuente. Algunos P que requieren AVC tienen riesgo aumentado de sangrado. Series importantes anteriores han demostrado que los AVC podrían realizarse sin corrección previa de la hemostasia por un grupo seleccionado de operadores sin incremento de la morbimortalidad. La administración de hemoderivados no está exenta de riesgos y en ocasiones no es factible. En nuestro servicio se han colocado AVC con TH sin previa corrección como intento de evitar la transfusión de hemoderivados, la sobrecarga de volumen en IC avanzada y la alosensibilización a P pre TX.

OBJETIVOS Definir la incidencia de C. derivadas de la colocación de AVC en P críticos con TH.

MATERIALES Y METODOS Reportamos nuestra experiencia en un grupo de 121 P críticos con TH estudiados durante un período de 32 meses a los que se les colocaron AVC. Se definieron como TH el tiempo de Protrombina (TP) < 50% y/o APTT > 50" y/o Recuento de Plaquetas (Pq) < 100000/ mm3. Como C relacionadas a los TH se consideraron el sangrado externo o interno y la punción arterial involuntaria.. Los sitios de punción elegidos fueron Yugular interno (YI), subclavio (S) y femoral (F). Se consideraron C mayores aquellas que requiriesen la transfusión de hemoderivados, procedimientos quirúrgicos o que prolongaran la estadía en UTI u hospitalaria. El protocolo autorizó la realización de hasta 2 punciones por sitio, luego de lo cual se debía cambiar de acceso o de operador.

RESULTADOS Se realizaron 203 procedimientos consecutivos a 121 P con TH (1.67 procedimientos por P) entre Septiembre de 1999 y Mayo de 2002, con una edad promedio de 47,7 años (14 - 74 años). Relación M/F: 1.7. Los AVC empleados fueron 163 (80.30%) por YI; 23 (11.33 %) por vía F y 17 (8.37 %) por S. El Apache II fue de 16.5 (DS 7.8) (2 - 40). Los TH hallados son:

| | TP (%) | APTT (" | Pq (mm3) | TH espont | ANTICOAGULADOS |
|-------|--------|---------|-------------|-----------|----------------|
| Prom | 50 | 53.6 | 115571 | 144 (70%) | 59 (29%) |
| DS | 24.8 | 29.9 | 89516 | | |
| Rango | 1-114 | 16-180 | 5000-475000 | | |

El promedio del recuento plaquetario en los P. con Plaquetopenia fue de 56.133/mm3.

Los TH encontrados fueron:

| | TP < 50% | APTT > 50" | Pq > 100000 | TP + APTT | TP + Pq | APTT + Pq | TP + APTT + Pq |
|---|----------|------------|-------------|-----------|---------|-----------|----------------|
| N | 30 | 32 | 55 | 19 | 40 | 4 | 23 |
| % | 14.7 | 15.7 | 27 | 9.3 | 19.7 | 1.9 | 11.3 |

Ningún procedimiento presentó C mayores. Quince (15/203 :7.39 %) procedimientos presentaron C menores. De ellas, 4 (26.67% de las complicaciones y 1.97% del total) fueron punciones arteriales involuntarias, 10 (66.67% de las complicaciones y 4.93% del total) fueron sangrado externo y/o hematomas y 1 (6.67% de las complicaciones y 0.49% del total) fue una combinación de ambas. No se detectaron prolongación de la estadía en UTI ni hospitalaria ni requerimientos transfusionales por C debidas a los procedimientos.

CONCLUSIONES

No se registró mortalidad asociada ni episodios de sangrado mayor (0/203: 0%), que requiriesen la transfusión de hemoderivados, procedimientos quirúrgicos ni prolongación de la estadía en UTI ni hospitalaria en el grupo estudiado. No se produjeron neumotórax ni hemotórax. Fue observada una baja incidencia de C menores (15/203: 7.39%). De ellas, las no relacionadas a los TH (punción arterial involuntaria) representaron 5/203 :2.4% (dentro de la frecuencia esperada para el procedimiento). La vía YI fue usada en forma preferencial (80.3%). La no corrección previa de los TH con hemoderivados previo a la realización de AVC no implicó en los pacientes estudiados un aumento de las complicaciones esperadas por el procedimiento. La necesidad de corrección de los TH en pacientes a ser sometidos a AVC así como los niveles hemostáticos de seguridad que deban ser alcanzados resultan aún un tema sobre el que se debe obtener consenso.

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

N° de tema

B. Prefiero

Poster
 Oral

KLEIN, FRANCISCO

Apellido y nombre del relator
CADIZ 3849

Domicilio

CAP FED

Ciudad

4522-1843

Teléfono (Indicar código de área)

CAP FED

Provincia

Fax (Indicar código de área)

Código Postal

ARGENTINA

País

FKLEIN@FFAVALORO.ORG

Email



REFLEXIONES TRAS 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL USO DE CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA (CD) EN TEC

T Cersosimo**, A Altieri*, M Waschbusch*

Servicios de Terapia Intensiva* (UTI) y Neurocirugía (NC) ** - Policlínico Santamarina Monte Grande- Bs. As.

Objetivo: Evaluar el algoritmo y resultado del procedimiento descompresivo de acuerdo a las características clínicas de pacientes con Traumatismo Encefalocraneano (TEC)

| S | ED | CAT | Gi | PD | PI | CX | Go |
|---|--------|-----|----|----|----|----|----|
| M | 14 HBC | 3 | ● | ● | 1 | † | |
| F | 52 HBC | 4 | ● | ● | 1 | † | |
| M | 43 TEC | 4 | ● | ● | 1 | † | |
| M | 30 TEC | 3 | ● | ● | 2 | † | |
| M | 19 TEC | 4 | ● | ● | 1 | † | |
| F | 15 TEC | 6 | ● | ○ | 1 | † | |
| M | 28 TEC | 4 | ● | ○ | 1 | † | |
| F | 59 TEC | 9 | ● | ○ | 1 | 14 | |
| M | 20 TEC | 5 | ● | ○ | 1 | 11 | |
| M | 26 TEC | 5 | ● | ○ | 1 | † | |
| M | 45 TEC | 4 | ● | ○ | 1 | † | |
| M | 18 TEC | 7 | ● | ○ | 1 | 14 | |
| F | 59 TEC | 6 | ● | ○ | 1 | 7 | |
| M | 31 TEC | 4 | ○ | ● | 1 | † | |
| M | 24 TEC | 3 | ○ | ● | 2 | † | |
| M | 72 TEC | 4 | ○ | ● | 1 | † | |
| M | 35 TEC | 6 | ○ | ● | 1 | 11 | |
| M | 51 TEC | 4 | ○ | ● | 1 | † | |
| M | 26 TEC | 13 | ○ | ○ | 1 | 13 | |
| F | 24 TEC | 8 | ○ | ○ | 4 | 15 | |
| F | 18 TEC | 7 | ○ | ○ | 4 | 15 | |
| M | 20 TEC | 3 | ○ | ○ | 1 | † | |
| M | 21 HBC | 13 | ○ | ○ | 1 | 15 | |
| M | 34 TEC | 4 | ○ | ○ | 1 | † | |
| M | 42 TEC | 10 | ○ | ○ | 2 | 15 | |

● Midriasis ○Normal † Muerto

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos demográficos y clínicos de 25 pacientes ingresados con TEC que fueron pasibles de procedimiento descompresivo. La CD se decidió en base a un algoritmo consensuado entre los servicios de UTI y NC donde los criterios de inclusión comprendían: 1) Pupilas anormales (iso/anisocoria) que no revierte a pesar de la reanimación 2) Pacientes con lesiones contusas/LOE ipsi-bilateral identificables (ej No solo swelling) 3) Pacientes con Hipertensión endocraneana refractaria a medidas medicas. Se analizaron sexo (S), edad (ED), Categoría (CAT): Herida de bala en craneo (HBC) o TEC. Glasgow de Ingreso (Gi), Pupila derecha/lzquierda (PD/PI), Días desde el ingreso hasta CD (CX) y Glasgow al egreso de UTI (Go). Se someten los datos a análisis estadístico descriptivo. En el análisis se evalúa independientemente relación entre las variables Gi, pupilas y Cx con Go/mortalidad **Resultados:** El 84% de las CD se decidieron dentro de las 24 hs del ingreso basados en tamaño y reactividad pupilar como variable independiente del Glasgow de ingreso. El 28 % de los pacientes ingresados con pupilas isocóricas se definieron entre las 48-96 hs, es decir, tras el fracaso de las medidas de tratamiento medico definidos como hipertensión endocraneana refractaria al tratamiento. El 100 % de los pacientes sometidos a CD cuando tenían ya instalada areactividad pupilar fallecieron.

Discusión: Existen muchas series publicadas de pacientes sometidos a CD aunque todas carecen de grupo control y no definen claramente ni el tiempo ni el abordaje quirúrgico apropiado. Los resultados entre las distintas series son dispares no porque el procedimiento sea útil o no sino porque se aplican fuera de una ventana terapéutica

Conclusión: Siguiendo el algoritmo descripto, la anisocoria luego del rescate inicial define la CD dentro de las 24 hs del ingreso mientras que el resto de los pacientes deben ser monitoreados con catéter de PIC y reevaluados cuando esta se eleve pese al tratamiento medico. No ofrece ninguna ventaja someter al paciente a CD cuando el deterioro rostro caudal provoco daño irreversible denotado por la no reactividad pupilar.

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

N° de tema

B. Prefiero
 Poster
 Oral

WASCHBUSCH MAXIMILIANO

Apellido y nombre del relator
 NEYER 3178

1643
 Código Postal

Domicilio
 BECCAR

BUENOS AIRES

Ciudad

Provincia

País

011-154-947-9573

drmaxw@yahoo.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

14º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

5º Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
6º Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
7º Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva
Septiembre 6-9, 2003

115 mod 1



**Formulario de
Presentación de
Trabajos Libres**

Institución a la que pertenecePOLICLINICO SANTAMARINA.....



¿CONDICIONA LA INICIACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA FUERA DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA LA APARICIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR?

Marchio P, Previgliano I, Ceraso D.

Unidad de Terapia Intensiva – Hospital General de Agudos J. A. Fernández – GCBA

Objetivo

Evaluar si el inicio de la VM en la Unidad de Emergentología y Trauma (UET) condiciona la aparición de NAV temprana o tardía.

Material y Método

Diseño de estudio: de cohorte, análisis de base de datos recogidos prospectivamente.

Lugar: UET y UTI de Hospital General de Agudos afiliado a la Universidad de Buenos Aires.

Datos registrados: Dos grupos: pacientes internados en la UET que iniciaron la VM en la misma y luego se internaron en la UTI y pacientes internados en la UTI procedentes de otros Servicios del Hospital. En ambos se registró: edad, sexo, APACHE II, sitio de iniciación de la VM, horas de permanencia en la UE, procedencia diferente de la UE, patología de base agrupada en quirúrgica, médica o trauma, NAV definida según los criterios de la Asociación Americana del Tórax, tipo de procedimiento diagnóstico bacteriológico, gérmenes, presencia o no de traqueostomía, días de VM, días de internación totales y en la UTI, destino final como muerto o vivo.

Análisis estadístico: Test de chi cuadrado y test de la T de Student de dos colas. Se utilizó como significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

Se compararon 137 pacientes provenientes de UET internados en la UTI con más de 12 horas de VM contra 77 pacientes que requirieron VM provenientes de otros Servicios (OS) del Hospital durante el período agosto 2000 a septiembre 2001.

Ambos grupos fueron comparables en cuanto a sexo (UET 74 hombres, OS 48 hombres, $p 0.92$), edad (UET 50 ± 20 , OS 55 ± 16 , $p 0.06$), APACHE II (UET $23,5 \pm 16,7$, OS $21,4 \pm 18,3$), días de internación totales (UET 46, OS 52, $p 0.62$), días de internación en UTI (UET 12 ± 13 , OS 17 ± 23 , $p 0.06$), días de VM (UET 8 ± 10 , OS 11 ± 16 , $p 0.12$) ni mortalidad (UET 50%, OS 55%). La incidencia de NAV fue del 26% (36/137) en el grupo UET y del 21% (16/77) en el OS, con un valor de $p 0.36$. Analizando sobre 1000 días de VM la incidencia global fue de 29×10^3 , la del grupo SR de 30×10^3 y la del grupo OS 19×10^3 , con una p de 0.07. No hubo diferencia entre NAV temprana o tardía entre ambos grupos. No hubo diferencias en los gérmenes encontrados entre ambos grupos, observándose como curiosidad Acinetobacter y Estafilococo Aureus Meticilino resistente en cultivos en día 0 y 1 respectivamente.

Se constató, como ha sido ya demostrado, un mayor número de días de internación en UTI y general en el grupo con NAV, una mayor incidencia de NAV en pacientes con patología traumática ($p < 0.01$) y quirúrgica ($p 0.02$) y una mayor incidencia de NAV en pacientes traqueostomizados (aunque estos presentan una significativa mayoría de días de VM). No se comprobó diferencia en la mortalidad entre ambos grupos ni entre los pacientes con o sin NAV.

Conclusiones

El inicio de la VM en un área diferente de la UTI no condiciona una mayor tasa de NAV temprana o tardía.

A diferencia de otros trabajos no se registra un aumento significativo de la mortalidad entre los pacientes con o sin NAV provenientes de UET u OS.

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

TROMBOFLEBITIS INTRACRANEAL SÉPTICA: REPORTE DE DOS CASOS.

Mendoza, M; Velez, S; Juan, O; Bucci, J; Carabajal, E; Gomez Zanni, O.

Unidad de Terapia Intensiva Polivalente-Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo-Sgo. del Estero

La Tromboflebitis intracranial séptica es una entidad clínica infrecuente, siendo su diagnóstico inicial difícil de realizar. Esta patología se caracteriza por la presencia de trombosis venosa y supuración; secundarias a infecciones transmitidas por contigüidad desde los senos paranasales, oído medio, mastoides, rostro y orofaringe. La etiología de esta infección responde al estafilococos aureus y epidermidis, estreptococos, bacilos gram negativos y microorganismos anaerobios. El diagnóstico se efectúa por medio de imágenes (TAC, RMN, angiorresonancia). El tratamiento debe incluir antibioticoterapia, control de la hipertensión endocraneana, convulsiones, siendo el uso de anticoagulantes controvertido.

Se presentan dos casos clínicos internados en UTI entre junio de 2002 y marzo de 2003.

Caso1: Mujer de 27 años de edad, que ingresa con cefalea, obnubilación, rigidez de nuca, signos focales, reflejo fotomotor derecho disminuido, edema bpalpebral bilateral, fiebre, lesión pustulosa en región frontal. Diagnóstico Presuntivo: Síndrome meníngeo. Se realiza TAC de cerebro: hemorragia subaracnoidea a nivel de cisterna Silviana derecha. Angiografía: espasmo difuso del sistema carotídeo derecho sin evidenciar malformación. Hemocultivos: 2/2 (+) para estafilococo aureus metilino sensible. LCR: turbio, hipogluorraquia, 15 -20 leucocitos, 80 glóbulos rojos. Se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 g/día y vancomicina 2g/dia. Evoluciona al coma, con necesidad de ARM y criterios de sepsis. Obito a las 72 hs. del ingreso.

Caso 2: Mujer de 18 años de edad, que ingresa con cefalea, fiebre de 40º, obnubilación, sin rigidez de nuca, sin signos focales, edema bpalpebral bilateral, frontal y nasal, proptosis, quemosis conjuntival, lesión ulcerada en mucosa nasal de 8 días de evolución. Como antecedente: cuarenta y ocho horas antes del ingreso fue medicada con antibióticos (ampicilina). A las 6 hs. del ingreso evoluciona al coma, muestra signos de déficit focal derecho (hemiplejía) y convulsiones. Diagnóstico Presuntivo: Meningoencefalitis? Hemorragia Subaracnoidea? Tromboflebitis Septica?. Se realiza TAC de cerebro: hemorragia subaracnoidea, edema cerebral. Angiografía: carótida interna izquierda: imagen compatible con vasoespasma difuso, tiempo venoso enlentecido. Fondo de ojo: edema de retina izquierda. Hemocultivos: 2/2 (+) para estafilococo aureus metilino sensible. LCR: claro, hipogluorraquia, 5 leucocitos, 20 glóbulos rojos. Se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 g/dia y vancomicina 2g/dia. Obito a las 72 hs. del ingreso.

COMENTARIO: Las formas de presentación, la evolución clínica y el aislamiento del germen coinciden con la descripta en la literatura. La mortalidad en nuestro medio corresponde al 100% por lo cual debemos elevar el índice de sospecha de esta patología para tratar de modificar este porcentaje.

Los factores de mal pronóstico son el coma, las convulsiones, las crisis comiciales como síntoma inicial y hemiplejía flácida bilateral. Siendo la evolución al coma el común denominador de mal pronóstico en nuestras dos pacientes.

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

5
Nº de tema

B. Prefiero
poster

Apellido y nombre del relator Mendoza, Mirtha Esther

Domicilio 24 de setiembre 520 2* C

Código Postal 4200

Ciudad Capital
Teléfono (Indicar código de área) 0385-
156098806

Provincia Santiago del Estero
Institucion: Hospital Regional Dr. Ramon
Carrillo. Sgo del
Estero.....
.....

País Argentina
Email mirthaemendoza@yahoo.com.ar

14º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

5º Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
6º Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
7º Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

Septiembre 6-9, 2003



117

**Formulario de
Presentación de
Trabajos Libres**



MIOSITIS NECROTIZANTE POR AEROMONAS HYDROPHILA

V. Caglieri, N. Márquez, J. Jabase, D. Sánchez Aghemo, S. Zidarich, L. Ortiz.
Unidad de Terapia Intensiva-Hospital Italiano-Córdoba-Argentina.

Objetivo: Reportar un caso clínico de miositis necrotizante en sepsis severa por un germen causal inusual de evolución y letal.

Introducción: La infección necrotizante de tejidos blandos más grave es la que afecta el tejido muscular con tasas de mortalidad que superan el 75%. Con escasa frecuencia microorganismos inusuales, entre ellos Aeromona Hidróphila, bacilo Gram – no esporulado y anaerobio no facultativo, pueden producir infecciones severas debido a su facilidad de multiplicarse en las heridas. La septicemia por Aeromonas es usualmente vista en asociación con hepatitis, enfermedad biliar o pancreática, o con tumores sólidos y la incidencia aparece en menos de 1 %.

Caso clínico: Mujer de 50 años de edad, sin antecedentes patológicos, que consulta por ictericia, malestar abdominal y pérdida de peso de 18 días de evolución. Presenta aumento de transaminasas y bilirrubina total de 40 mg/dl a predominio de directa. Se hace diagnóstico de cáncer de cabeza de páncreas. Se procede a realizar drenaje biliar percutáneo guiado por ecoscopia, con profilaxis antibiótica con ampicilina más gentamicina durante 24 horas. A los 10 días reingresa practicándose cirugía resectiva: duodeno-esplenopancreatectomía corporocaudal más colecistectomía y yeyunostomía. Durante el procedimiento quirúrgico presenta trastorno de la hemostasia con requerimiento de hemoderivados. Ingresa a la unidad de terapia intensiva por inestabilidad hemodinámica que responde a expansión con cristaloides. Al examen físico presenta hematomas en ambos flancos de 10 cm aproximadamente; dolor abdominal irradiado a dorso de intensidad 7/10 que se controla parcialmente. Recibe profilaxis perioperatoria con ampicilina/sulbactam. A las 12 horas presenta febrícula persistente, taquicardia sinusal permanente y en las siguientes 24 horas comienza con hipotensión refractaria a volumen y oligoanuria presentando cuatro horas después paro cardiorrespiratorio. Recupera actividad eléctrica con inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica severa y coagulopatía. Se detectan importantes hematomas en región lateral del tórax y abdomen con flictenas necrohemorrágicas. Con diagnóstico de fascitis necrotizante se inicia tratamiento antibiótico con clindamicina más ceftriaxona más penicilina. Se interviene quirúrgicamente de urgencia realizándose debridación de tejidos necróticos notándose la progresión de las flictenas desde región axilar hasta muslos con compromiso muscular. A las 40 horas del ingreso fallece. La bacteriología informa: hemocultivos, líquido de flictena, músculo y tejido celular subcutáneo, todos con aislamiento de Aeromona Hidróphila sensible a trimetoprima-sulfametoxazol, gentamicina, amikacina, piperacilina y resistente a ampicilina, ampicilina/sulbactam, cefalosporina de primera generación, amoxicilina/clavulánico.

Conclusiones: Conocida la baja incidencia y esporádica aparición de ésta enfermedad es importante un alto grado de sospecha clínica para distinguirla de las manifestaciones cutáneas de la sepsis que pueden presentarse como cuadros necrotizantes pero que en cambio el tratamiento es conservador y se basa en la antibióticoterapia.

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) 0351-4265655

Fax (Indicar código de área)

Email vivicaglieri@hotmail.com

Institución a la que perteneceHospital Italiano.....



DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA SECUNDARIA A STROKE ISQUÉMICO: REPORTE DE DOS CASOS.

D Varela, F Diaz, F Klein, N Wainsztein.

Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENI), Capital Federal, Argentina.-

INTRODUCCIÓN: El atontamiento miocárdico, definido como una disfunción contráctil transitoria del miocardio, ha sido demostrado claramente en distintas situaciones clínicas. Sin embargo esta entidad asociada a un accidente cerebrovascular isquémico ha sido escasamente publicado (Tzung-Dau Wang, Chau-Chung Wu, Yuan-Teh Lee Miocardial stunning after cerebral infarction. Int J Cardiol 1997; 58: 308-311).

OBJETIVOS: Reportar dos casos de disfunción miocárdica reversible luego de un stroke isquémico secundario a disección de arteria carótida, en pacientes jóvenes, sin antecedentes patológicos.

MATERIAL Y METODO: A continuación describiremos los casos:

CASO I: Paciente de 44 años de edad, con antecedentes de aneurismas cerebrales múltiples que recibió tratamiento endovascular y clipado quirúrgico. Ingresó a terapia intensiva en el postoperatorio inmediato de colocación de un stent en la base de aneurisma carotido oftálmico izquierdo presentando como complicación disección en la arteria carótida izquierda, realizándose oclusión terapéutica del aneurisma. Al segundo día la paciente presenta paresia braquial derecha severa realizándose una TC de cerebro donde se observa isquemia en territorio de la arteria silviana izquierda. Evoluciona con inestabilidad hemodinámica, taquicardia, taquipnea, hipoxemia (PaO₂/FiO₂: 96), mala mecánica ventilatoria, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. El ECG mostró infradesnivel del segmento ST en DII-III aVf V4-V6, con aumento de la CPK: 574 UI/L; MB: 48 UI/L; Troponina T: 0.8 ng/ml. En la radiografía de tórax se podían observar infiltrados bilaterales difusos de tipo alveolo-intersticial. El Ecocardiograma mostró un VI con hipoquinesia inferobasal y posterior, con deterioro moderado de la función e insuficiencia mitral moderada. Recibió soporte inotrópico con noradrenalina y se administro furosemida realizándose balance negativo. Hacia el cuarto día mejora progresivamente la relación PaO₂/FiO₂, disminuyen los infiltrados en la radiografía de tórax, se retira el soporte inotrópico y la asistencia respiratoria mecánica. El día 11 de internación normaliza el ECG y el ecocardiograma mostró un VI de dimensiones, espesor y función sistólica global y segmentaria normales, sin lesiones valvulares. En el día 12 es derivada a otra institución vigil, lucida con una ligera paresia braquial derecha.

CASO II: Paciente de 30 años de edad sin antecedentes previos, presenta cefalea súbita parietal izquierda seguida de afasia de expresión, hemiparesia FBC derecha de 40 min. de duración, por lo que consulta y se le realiza una RM de cerebro en donde se observa isquemia reciente en el territorio silviano izquierdo. El Doppler de vasos de cuello muestra hipoflujo marcado de carótida primitiva e interna izquierda. Se realiza una arteriografía de vasos del cuello observándose disección de carótida primitiva izquierda por lo que comienza anticoagulación endovenosa. Al 3er día del comienzo de los síntomas presenta nuevo episodio de afasia y profundiza el déficit motor, realizándose una nueva RM de cerebro en donde se observa extensión del área de isquemia, posteriormente evoluciona con disnea, taquipnea, hipoxemia (PaO₂/FiO₂: 100), mala mecánica ventilatoria, infiltrados pulmonares bilaterales difusos en la radiografía de tórax, requiriendo ventilación no invasiva en forma permanente durante 24 Hs, además de soporte inotrópico y tratamiento diurético. En el ECG se observa onda T negativa e infradesnivel del segmento ST en D II III aVf V4-V6, las enzimas cardiacas se encontraban elevadas: CPK: 226 U/I, MB:41 U/I y Trop Test: (+) y en el ecocardiograma hipoquinesia severa del septum medial y basal y disquinesia inferobasal, con depresión leve de la función del VI. Al 5to día de evolución la paciente mejora progresivamente los síntomas retirándose primero la VNI y luego el soporte inotrópico. El día 9no de internación se realizó un ecocardiograma en donde presenta una buena función del VI sin trastornos de la motilidad global ni segmentaria ni dilatación de cavidades. En el ECG no mostró alteraciones de la onda T ni del segmento ST. La paciente es dada de alta el día 10 de internación persistiendo con un déficit motor braquiocrural muy leve con una leve disfasia, siguiendo con tratamiento anticoagulante.-

DISCUSIÓN: Existen en la literatura escasos reportes clínicos de ACV isquémicos asociados a disfunción miocárdica reversible y edema de pulmón neurogénico. El interés de la presentación se basa en la etiología compartida y simultanea de las dos entidades. Cualquier forma de injuria cerebral, en éste caso la isquemia, produce una descarga simpática central (alfa y beta) y un estímulo del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal para la liberación de catecolaminas. Tanto el estímulo directo sobre la fibra miocárdica (miocitolisis-disfunción contráctil) como sobre la reactividad vascular pulmonar (venoconstricción pulmonar) contribuyen al desarrollo de edema pulmonar neurogénico e insuficiencia cardiaca. El estímulo alfa y beta contribuirían al aumento de la permeabilidad capilar y la insuficiencia cardiaca al aumento de la presión hidrostática obteniéndose así un mecanismo mixto (venoconstricción-aumento de la permeabilidad -aumento de la presión hidrostática). Los dos casos presentados muestran cambios eléctricos, elevación de las enzimas cardiacas, infiltrados radiológicos y alteraciones ecocardiograficas en pacientes jóvenes sin antecedentes patológicos, que aparecen a las pocas horas de producida la isquemia cerebral y que revierten en unos pocos días sin dejar secuela .-

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

9

Nº de tema

A. Prefiero

Poster

Oral

Apellido y Nombre del relator: Varela Daniel Adrian

Domicilio SAN MARTÍN 6645 Ciudad: TAPIALES Provincia: BUENOS AIRES País: ARGENTINA Código Postal: 1770

Teléfono (Indicar código de área): 011-4442-2868 Fax (Indicar código de área): 011-5777-3209 Email: d_varela@hotmail.com

Institución a la que pertenece : FLENI



PEEP EN INJURIA PULMONAR Y SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO: ARDS NETWORK VS METODO CRECIENTE VS METODO DECRECIENTE

P Escalante, N Tiribelli, D Varela, E Fernández, A Marino, W Paz, E Salá, A Luciani, A Sirino.

Unidad de Terapia Intensiva Hospital Churruca, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

OBJETIVO: La selección del nivel de presión positiva de fin de espiración (PEEP) en pacientes ventilados con Injuria Pulmonar Aguda (IPA) y Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) es motivo de controversia. El objetivo de este trabajo es evaluar las modificaciones en la mecánica ventilatoria y en el intercambio gaseoso utilizando dos métodos diferentes para la selección del nivel de PEEP, comparados con el protocolo del ARDS Network.

MATERIAL Y METODOS: Se evaluó una muestra de 25 pacientes (19 hombres, 6 mujeres) ingresados a Terapia Intensiva entre el 11/05/01 y el 18/12/02 con criterios de IPA (n=6) y SDRA (n=19) que requirieron ventilación mecánica. La edad promedio fue de 57.7 años (DS 16.4, rango 24-75), el score de APACHE II 22.7 (8.9, 10-42), SAPS II 43.9 (16.6, 21-72), score de IPA 2.6 (0.5, 1.5-3.5), 14/25 presentaron IPA o SDRA de origen primario y 11/25 de origen secundario. Los pacientes fueron ventilados al ingreso según el protocolo de bajo volumen corriente (VC) del ARDS Network (volumen controlado, 6 ml/kg de VC, PEEP y FiO2 según tabla), con ventiladores mecánicos microprocesados. Adaptados con sedación, analgesia y relajación, con monitoreo hemodinámico permanente. Para obtener los parámetros basales, se midió la presión plateau (Ppl) con una pausa inspiratoria de 2 segundos, calculándose la compliáncie estática (CE) según la fórmula VC/Ppl-PEEP. Se tomó una muestra de gases arteriales a los 30 minutos y se calculó el PaO2/FiO2. En todos los pacientes, de manera aleatoria, se realizaron los siguientes procedimientos para evaluar la mecánica respiratoria: 1) Método de la mejor CE con PEEP creciente (MC): Se desconectó al paciente del ventilador durante 5 segundos. Se inició la ventilación con los parámetros basales con PEEP de 8 cmH2O. Luego de 5 minutos se midió la Ppl calculándose la CE como en el paso anterior. Se repitió el procedimiento con valores de PEEP de 11, 14, 17 y 20 cmH2O. 2) Método de la mejor CE con PEEP decreciente (MD): Se desconectó al paciente del ventilador durante 5 segundos. Se reconectó y se efectuó una maniobra de reclutamiento alveolar (MRA) con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) de 40 cmH2O durante 40 segundos. Se inició la ventilación con iguales parámetros basales con una PEEP de 20 cmH2O. Se midió la Ppl, calculándose la CE como en el procedimiento anterior, repitiéndose las mediciones con PEEP de 17,14,11 y 8 cmH2O. Con ambos métodos se seleccionó el valor de PEEP con el que se obtuvo la mejor CE. Para evaluar el intercambio gaseoso, los pacientes fueron ventilados con los parámetros basales y PEEP seleccionada con el MC (previa desconexión) y con el MD (previa desconexión y MRA), en orden aleatorio, durante 30 minutos. Al finalizar cada uno de los períodos se tomó una muestra de sangre arterial y se calculó el PaO2/FiO2. Se registró la aparición de complicaciones (inestabilidad hemodinámica, desaturación, sospecha de barotrauma). Se realizaron comparaciones de PEEP, PaO2/FiO2 y CE de los MC y MD contra los valores basales y se compararon las mismas variables entre ambos métodos. La prueba estadística aplicada fue Rangos Señalados de Wilcoxon. Se consideraron significativos valores de p≤0.05.

RESULTADOS: Se presentan como media, desvío standard, valor mínimo y máximo. El valor de PEEP basal fue de 9.5 cmH2O (3.1, 5-15). El valor de PEEP seleccionada con el MC fue de 11 cmH2O (3.5, 8-20, p=0.039 vs. basal). Con el MD fue de 11.1 cmH2O (3.4, 8-20, p=0.033 vs. basal). No hubo diferencia significativa en el valor de PEEP seleccionada con ambos métodos (p=0.65). El PaO2/FiO2 basal fue de 168.5 (43.8, 111-254). El PaO2/FiO2 con la PEEP seleccionada con el MC fue de 193.7 (50.7, 123-305, p=0.009 vs. basal). Con el MD fue de 217.4 (67.6, 120-370, p=0.001 vs. basal). El índice PaO2/FiO2 fue mayor en el grupo con MD, observándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos métodos (p=0.021). El valor de CE basal fue de 39.6 (12.9, 21-63). El valor de CE con la PEEP seleccionada con el MC fue de 45.2 (14.3, 25-76, p<0.01 vs. basal). Con el MD fue de 50.8 (18, 25-86, p<0.01 vs. basal). La CE fue mayor en el grupo con MD, observándose una diferencia estadísticamente significativa entre ambos métodos (p=0.001). No se observaron complicaciones durante las maniobras.

CONCLUSION: En pacientes con IPA y SDRA ventilados con el protocolo de bajo VC del ARDS Network la selección de PEEP con el método de la mejor CE permite obtener una mayor CE y mejor PaO2/FiO2 con valores de PEEP más elevados. Utilizando el MD, la CE y la oxigenación son mayores que con el MC, con niveles semejantes de PEEP.

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

8

Nº de tema

B. Prefiero

| | |
|---|--------|
| | Poster |
| X | Oral |

Apellido y nombre del relator ESCALANTE, Pablo

Domicilio Julián Alvarez 2675 1º. 7

Código Postal 1425

Ciudad Buenos Aires

Provincia

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área) 011 48231293

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece ...Hospital Churruca Visca.....



HEMATOMIELIA ESPONTANEA: REPORTE DE UN CASO

Barrios, C; Romero, R; Computaro, L; Galesio, A.
 Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Italiano . Buenos Aires.

Introducción: La hemorragia en sistema nervioso central es una complicación grave y frecuentemente letal de la terapia de anticoagulación. Usualmente ocurre a nivel intracraneal. El sangrado intramedular es menos frecuente , pero también tiene consecuencias devastadoras. Se debe sospechar en todo paciente que comience con dolor dorsal, debilidad de miembros, alteraciones sensitivas y retención urinaria, puede ocurrir a cualquier nivel de la medula, pero se ha visto predominio a nivel dorsal.

Objetivo: presentación de un caso de hematomielia dorsal, complicación esporádica del tratamiento anticoagulante.

Presentación del Caso: se reporta un paciente de sexo masculino, de 78 años, con antecedente de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, exfumador y fibrilación auricular crónica anticoagulado con acenocumarol. Consulta a guardia el 24/01/03 por dolor dorsal lacerante de intensidad 8/10, sin irradiación, que aumentaba con decúbito dorsal y mejoraba al administrar nitritos. Al examen físico se encontraba alerta, sin foco neurológico. Tensión arterial 170/100, frecuencia cardiaca 80 por minuto. Se realiza laboratorio: hematocrito 48%, GB: 9700mm³, CPK 53, sodio:145, potasio: 4,5, tiempo de protrombina: 45%, RIN: 2,10, KPTT: 24" y electrocardiograma que evidencia fibrilación auricular e infradesnivel del ST a nivel de V4, V5 y V6. Se interpreta como angina de alto riesgo versus aneurisma disecante de aorta y se interna en Unidad Coronaria. Se realiza curva de CPK negativa, troponina I 1,3. Se hace ecocardiograma transesofagico, descartando aneurisma disecante de aorta. Cinecoronariografía(CCG): lesión significativa en ostium de la diagonal, sin otras lesiones y estenosis de ambas arterias renales. Queda con tratamiento medico, anticoagulado.

A las 24 horas agrega monoparesia de miembro inferior derecho con reflejos osteotendinosos disminuidos, se interpreta como secundario a sitio de realización de CCG. A las 5 horas el paciente se encuentra parapléjico, reflejos osetendinosos abolido, Babinsky bilateral, nivel sensitivo T5 e hipotonía del esfínter anal.

Se realiza resonancia magnética nuclear con gadolinio, de urgencia que muestra sangre intramedular a nivel T5 a T11. Se consulta con neurocirugía y se decide no tratamiento quirúrgico. Se suspende anticoagulación y se revierte. El 30/01/03, presenta cefalea intensa. Tomografía de cerebro: hemorragia subaracnoidea occipito parietal bilateral y en cisura interhemisférica. Deterioro del sensorio y pasa a Terapia Intensiva. Se complica con neumonía asociada a ventilador y finalmente fallece el 12/02/03.

Discusión: La hematomielia es una complicación poco frecuente de la anticoagulación, con 7 casos publicados al 2000. Debe ser reconocida rápidamente para decidir e instaurar una terapéutica y minimizar la morbimortalidad de esta enfermedad. La opción quirúrgica de descompresión impresionaría ser una alternativa de tratamiento. Por la extensión y sintomatología del paciente el equipo neuroquirúrgico optó por no realizarla.

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

9

Nº de tema

B. Prefiero

Poster **X**

Oral

Apellido y nombre del relator Romero Ricardo

Domicilio Anchorena 1578 1 A

Código Postal 1425

Ciudad Capital Federal

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono 011-48218651

Fax (Indicar código de área)

Email ricromfi@hotmail.com

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



ANÁLISIS UNIVARIADO DE MORTALIDAD POR SEXO EN EL HEMATOMA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEO (HICe)

L. Camputaro; C. Barrios; M. Anders; M. Perman; A. Gallesio
Servicio de Terapia Intensiva –Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El sexo es considerado una variable Universal desde el punto de vista epidemiológico. Tanto es así que en general es una de las más tomadas en cuenta en los estudios de sobrevida. El Score de HIC descripto por Claude Hemphill y cols no lo toma en cuenta. Por este motivo realizamos un análisis univariado para determinar si el peso de la variable sexo debe ser tomado en cuenta para la sobrevida en pacientes con HICe.

Objetivos: Analizar en una población el peso relativo del la variable sexo: :masculino o femenino en la sobrevida de los pacientes con HICe.

Material y Métodos: se realizó un análisis retrospectivo de una población con diagnóstico de HICe . Se analizaron las siguientes variables recogida en base de datos ad-hoc: sexo, edad, volumen del HIC, tensión arterial media al ingreso (TAM) , presencia o no de volcado ventricular, escala de Glasgow de ingreso (CGSi) , si el paciente fue o no sometido a tratamiento quirúrgico (Cx) y el HIC Score.

Diseño: cohorte retrospectiva. Análisis estadístico: se realizaron análisis univariado de cada variable. Se utilizó Chi2 para comparación de variables categóricas y t de Student para comparación de variables continuas. Los datos fueron procesados en programa Stata 7.

Resultados: Se analizó un total de 97 pacientes con diagnóstico de HICe ingresados a Terapia Intensiva en un período de 24 meses. (Junio 2000-junio 2002)

La mortalidad relacionada a sexo no mostró diferencias significativas (17/43 vs 21/54) p: 0.95.

Con este resultado, se analizaron las otras variables según el sexo. Al analizar la variable volumen no se encontró diferencias (60.27 ± 41.9 vs 63.30 ± 56.44) p: 0.77. El CGSi no demostró diferencias (9.95 ± 4.02 vs 10.08 ± 3.87) p: 0.86; tampoco la TAM de ingreso (120.30 ± 20.27 vs 123.87 ± 21.20) p: 0.39, ni la presencia o no de volcado ventricular P: 0.9. Se analizó sobre 94 pacientes la opción de Cx, no arrojando diferencias (p: 0.75)

Sí se encontró diferencia significativa en la edad (71.76 ± 14.09 vs 62.52 ± 13.93) p< 0.0015 , y en el HIC score p< 0.048.

Conclusiones: Los resultados arrojaron en esta población no arrojaron mayor mortalidad en el sexo femenino. La única diferencia respecto al sexo masculino es la edad, y secundariamente el HIC Score al tener éste en cuenta la edad como variable en su confección.

El sexo femenino presenta HICe a mayor edad, pero sin presentar mayor mortalidad.

Impresionaría que el sexo no se comporta como variable independiente en el HICe.

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

Nº de tema

B. Prefiero

Poster X

Oral

Apellido y nombre del relator Barrios Cecilia del Valle

Domicilio republica de Eslovenia 1922 1 A

Código Postal

Ciudad Capital Federal

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área) 011-47719367

Fax (Indicar código de área)

Email Cecybarrios@yahoo.com

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



PERFIL DEL INGRESANTE A LA CARRERA DE MÉDICO ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA DE LA S.A.T.I.

II PARTE: SEGUIMIENTO AL PRIMER AÑO DE CARRERA.

Borenstein BG; Computaro L; en representación del Departamento de Docencia SATI

Introducción: La Carrera de Médico Especialista en Terapia Intensiva de la SATI cuenta con un posicionamiento por evaluación externa (CONEAU) dentro de los mejores (Calificación "B"); la evaluación interna (XIII Congreso Argentino de Terapia Intensiva) arrojó una alta valoración por la Institución, evidenciando un alto nivel de expectativa.

Objetivo: Comunicar los resultados respecto a rendimiento y grado de conformidad de los ingresantes al finalizar el Primer año de la Carrera en nuestra Institución.

Material y métodos: Revisión de los reportes de Jefes de Trabajos prácticos. Se registraron: tasa de presentismo; tasa de aprobación de módulos, los mismos son evaluados al finalizar con examen escrito con técnica de opción múltiple, la calificación es relativa (la aprobación se obtiene con el 70% de respuestas correctas respecto a los 3 mejores exámenes). Deserciones (con sus respectivas causas); teniendo en cuenta su origen (Pediatria ó adultos). Para la evaluación del grado de conformidad se utilizaron las encuestas de final de módulo que evalúan: Contenidos temáticos, Clases teóricas, Talleres, Material Audiovisual y Bibliografía.

Resultados: Ingresaron un total de 43 alumnos a la Carrera de Médico Especialista en Terapia Intensiva. (Especialidad Adultos 35; Especialidad Pediatria 8). Deserción: Adultos 2 (1 Razones personales; 1 razones laborales). Pediatria:0. **TABLA I**

TABLA I: Tasas de Presentismo, rendimiento por especialidad (Adultos-Pediátricos) Nivel de calificación (Promedios de: Contenidos temáticos, Clases teóricas, Talleres, Material Audiovisual y Bibliografía.) por módulos.

| Modulo | Presentismo | Aprobados | Calificación (promedio de ítems) por módulo | | |
|------------------------------|---------------------------------|--|---|--------|-----------------|
| | | | Muy Bueno | Bueno | Insatisfactorio |
| Pat. Pulmonar Crítica | 82.24 % ± 16,87 (r 30 - 100) | Pediatria: 6/8 (75 %) Adultos: 28/33 (84.84 %) | 60.22 % | 34.8 % | 4.9 % |
| Cardiología | 79.97 % ± 12,90 (r 50 - 100) | Pediatria: 8/8 (100%) Adultos: 33/33 (100 %) | 31.2 % | 52 % | 16.9 % |
| Shock y Hemodinamia | 82.12 % ± 14,43 (r 50- 100) | Pediatria: 5/8 (62,5 %) Adultos: 27/32 (84.37 %) (1 Ausente) | 55.3 % | 39.1 % | 5.5 % |

Comentarios y Conclusiones:

El primer año de la Carrera es en general el más exigente, ya que cuenta con tres módulos muy relevantes desde el punto de vista de la Terapia Intensiva. Habiendo detectado un alto interés académico en las encuestas de Ingreso de los Alumnos al Curso Superior; pretendimos evidenciar con indicadores de rendimiento, tales como presentismo, resultados de evaluaciones, etc. si continúa esta actitud.

Los alumnos han evidenciado un alto nivel de compromiso que se observa tanto en la asistencia como en los resultados obtenidos en las evaluaciones. Paralelamente, las encuestas arrojan un grado de satisfacción predominantemente Muy Bueno y Bueno respecto a los ítem evaluados (Contenidos temáticos, Clases teóricas, Talleres, Material Audiovisual y Bibliografía) durante la cursada.

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

Apellido y nombre del relator

Borenstein, Graciela

Domicilio

Charcas 3026 5to Piso

Código Postal

1425

Ciudad

Buenos Aires

Provincia

País

Argentina

Teléfono (Indicar código de área)

4826-0434

Fax (Indicar código de área)

Email. **grabor@fibertel.com.ar**



HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS PULMONAR INDICACIÓN POCO FRECUENTE DE TRANSPLANTE PULMONAR

O. Guanca, S. Giannasi, L. Camputaro, A. Gallesio, E. San Roman
Hospital Italiano de Buenos Aires, Capital Federal.

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans pulmonar es una entidad poco frecuente, los estudios reportan una prevalencia aproximada del 5% en biopsias pulmonares de intersticiopatías. Un diagnóstico y tratamiento tempranos permite en ocasiones mejorar la evolución de la enfermedad. En caso de diagnóstico tardío o fallo de respuesta al tratamiento la única alternativa posible es el trasplante pulmonar

Objetivo: Presentación a través de un caso clínico de una enfermedad infrecuente pero rápidamente evolutiva.

Caso Clínico: Paciente de 43 años, sexo masculino, con antecedente de tabaquismo 20 paquetes/año y obesidad mórbida. Comenzó hace un año con adinamia, disnea CFII, tos seca. Dos meses antes de la internación presentó neumotórax recurrentes y un informe de TC de tórax con cortes de alta resolución informó bullas gigantes bilaterales con escaso parénquima pulmonar, se realizó biopsia pulmonar: histiocitosis de células de Langerhans pulmonar.

Es derivado a nuestro hospital para evaluación de trasplante pulmonar.

Ingresó con disnea CF III – IV e insuficiencia respiratoria hipoxémica con leve hipercapnia. Se realizó TC de cerebro informó como normal. TC de tórax con cortes de alta resolución mostró bullas y neumotórax bilaterales tabicados. Parcial colapso de ambos pulmones. Ecocardiograma normal.

Lúcido, FC 120 lpm, TA 120/70 mmHg, FR 30 rpm, Tº 36,5 °C., regular mecánica ventilatoria, uso de músculos accesorios e hipoventilación generalizada. Evoluciona con fatiga muscular al punto de requerir ventilación no invasiva y posteriormente intubación orotraquel y ARM, presentó hipernatremia, diabetes insípida, hipotensión, shock y muerte.

CONCLUSION: La histiocitosis de células de Langerhans Pulmonar forma parte de un espectro de enfermedades caracterizadas por la proliferación monoclonal y la infiltración de órganos de células de Langerhans, pueden afectarse por ej, pulmones, piel, huesos, glándula pituitaria, hígado, nódulos linfáticos y tiroides. La historia natural de la enfermedad es variable, los factores asociados con un pobre pronóstico son: el comienzo de la enfermedad antes de los 20 o luego de los 40 a 50 años, síntomas sistémicos, neumotórax recurrente, lesiones extratorácicas, presencia de lesiones quísticas en la radiografía de tórax y grandes anormalidades en los test de función pulmonar.

Es de importancia destacar en este caso la rápida evolución de su enfermedad, un año aproximadamente, desde que comenzaron los síntomas. Dado los antecedentes del mismo, el paciente fue catalogado como EPOC, entidad con la que a veces se la confunde, esto hizo que el tratamiento médico se retrase y más aún la evaluación de trasplante pulmonar, ya que el mismo tenía clara indicación, como lo demostró el examen clínico, los estudios de imagen y la calidad de vida en los dos últimos meses.

Motivó la presentación del caso clínico el recordar que frente a un paciente de edad media de la vida, con antecedente de tabaquismo y diagnóstico de insuficiencia respiratoria crónica es fundamental descartar la histiocitosis de células de Langerhans pulmonar a fin de instaurar adecuado. Si bien el tratamiento (suspensión del hábito de fumar, corticoides a altas dosis o drogas citotóxicas) tiene controvertido eficacia, siempre debemos tener en mente esta patología ya que de no tratarse o hacerlo inadecuadamente la única alternativa posible es el trasplante pulmonar.

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

Guanca, Octavio

Apellido y nombre del relator
Bulnes 1845 -6 "A"

Domicilio

Capital Federal

Ciudad

(011) 4823-7456

Teléfono (Indicar código de área)

Buenos Aires

Provincia

-

Fax (Indicar código de área)

Código Postal

Argentina

País

Octavioguanca@hotmail.com

Email

Institución a la que pertenece: Hospital Italiano de Buenos Aires

**DIFICULTADES Y COMPLICACIONES EN APOYO NUTRICIONAL AVANZADO.**

S. Benitez; M.F.Tagliaferri; G. Queiroz; A. Adur; L. Aguirre; R. Fiorentino; R. Mattei; N. Arias;
M.Torres Boden; A.L. Arata.

Htal. Dr. Cosme Argerich – Unidad de Terapia Intensiva – Buenos Aires – Argentina.

Introducción: El soporte nutricional forma parte del arsenal terapéutico y es un elemento de sostén vital de indiscutible valor en la unidad de cuidados críticos vinculado a la reducción en la morbilidad de los enfermos de terapia intensiva. De tal modo una adecuada indicación, progresión y monitoreo son necesarios.

Objetivo: Identificación de problemas en el inicio y progresión del Apoyo Nutricional Avanzado (ANA) en los pacientes que lo recibieron. Descripción de complicaciones vinculadas al ANA.

Materiales y Métodos: Durante los meses de junio a noviembre de 2001 fueron evaluados para recibir ANA los pacientes con mas de 24 Hs. en UTI y en los que se estimaba una estadía mayor a 96 Hs. Se incluyeron los pacientes ingresados que recibieron ANA. Se llevó adelante el presente estudio con un diseño longitudinal de recolección prospectiva de datos. ANA fue definido como nasointestinal (NE) o parenteral (AP). Los pacientes se dividieron en cinco grupos: 1)Quirúrgico (Qx): pacientes ingresados desde quirófano no neurológicos; 2)Neurocríticos (Neuro): neurocríticos clínicos y quirúrgicos; 3)Clínicos(Clin): pacientes no quirúrgicos con causa de ingreso no neurológica; 4)Politraumatizados (Tx): al menos dos áreas orgánicas comprometidas; 5)Otros: no encuadrados en los grupos previos. El requerimiento calórico total (RCT) fue calculado como 30 Kcal/Kg de peso teórico.

Los problemas se evaluaron por 1) Retardo en el inicio del ANA, 2) Porcentaje de indicación del RCT, 3) Porcentaje de administración, 4) Tiempo hasta alcanzar el RCT. Las complicaciones consideradas fueron: a) Diarrea: tres o mas deposiciones líquidas; b) Distensión/dolor abdominal; c) Alto residuo gástrico (RG): > 150 ml; d)Hiperglucemia sostenida: >160mg/dl >24Hs; e) Hiperglucemia no sostenida: >160mg/dl aislado. Se controlaron ionograma plasmático, función renal, hepatograma. Las variables numéricas se expresan como promedios±desvíos estándar, las discretas como porcentajes.

Resultados: Población general: ingresaron 284 pacientes, se analizaron 189 en condiciones de recibir ANA. Distribución por patologías: Qx 44%. , Neuro22%, Clin 27%, Tx 5%, Otros 2%. El score APACHE II de la población fue de 14.18±8.43. La estadía tuvo un promedio de 5.78 días. La mortalidad fue del 30%.

Población alimentada: 56 pacientes recibieron ANA su edad fue de 48.21±20.24 años. Distribución por patologías: Qx. 14.29%, Neuro 46.43%, Clin 33.93%, Tx 5.36%, Otros 0%. Dos enfermos recibieron AP, el resto NE. Permanecieron en UTI 13.33±8.24 días. El APACHE II fue de 13.38±7.24. La mortalidad fue del 30.36%.

El tiempo hasta el inicio del ANA fue de 3.72±1.8 días. El RCT se programó en el 42% de los pacientes, se administró en el 35%. A las 72 Hs. el 21.74% de la población alimentada tenía programado el RCT, al día 5º el 60.87%, al 7º día el 82.6% y el 100% al 11º día. El 12.5% mantuvieron el RCT a lo largo de su internación.

Complicaciones: El 66% de los pacientes no presentaron complicaciones vinculadas al tubo digestivo. Se presentaron: Diarrea 20%; distensión / dolor 9%; Alto residuo gástrico 5%; Hiperglucemia sostenida 30%; Hiperglucemia no sostenida 20%; Hiponatremia 24.24%; Hipernatremia 12.12%; Hipokalemia 30.3%; Hiperkalemia 3.03%.

Conclusión: Se detectaron dificultades en todo el proceso de alimentación de los pacientes. Desde la falta de una indicación apropiada, un retardo en el inicio del ANA y falta de progresión al RCT. Las limitadas complicaciones vinculadas al tubo digestivo no justifican los problemas mencionados.

La falta de criterios claros de suspensión ante las complicaciones, reinicio y progresión luego de las mismas puede vincularse a las dificultades encontradas. La renovación de protocolos preexistentes es conveniente y su adecuada aplicación es necesaria para solucionar los problemas citados.

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

10
Nº de tema

B. Prefiero
 Poster
 Oral

Apellido y nombre del relator **SERGIO EDGARDO BENITEZ**

Domicilio **UDAONDO 1556**

LANUS OESTE

Ciudad

Provincia

ARGENTINA

011-4241-1923

011-4241-1923

País

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

serbenitez@yahoo.com/serbenitez@msn.com

Código Postal**1824**

BUENOS AIRES



EVALUACION DE LA PREVENCION DE LA HIPOXIA E HIPOTENSION EN EL TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

S. Svampa.

Terapia Intensiva de Adultos. Hospital Provincial Neuquén (HPN). Neuquén

OBJETIVO:

Evaluar el impacto de la prevención de lesiones secundarias: HIPOTENSION e HIPOXIA en el TEC en la provincia del Neuquén en las primeras 24 Hs del trauma.

Desde el año 1998 funciona el Subcomité de Neurointensivismo en la ciudad del Neuquén dependiente de la SATI. A partir del año 99` estableció como objetivo aplicar las guías de TEC en el tratamiento de la HTE dentro de las UTI, y posteriormente trabajó en la difusión de las guías de manejo inicial en el ámbito prehospitalario y hospitalario con el propósito de disminuir la incidencia de lesiones secundarias, principalmente Hipoxia e Hipotensión en los diferentes hospitales de complejidad 3,4 y 6 del sistema de salud pública que funciona en forma escalonada hasta llegar al HPN, de complejidad 8 que centraliza la atención de mas del 90 % de los pacientes con TEC de toda la provincia. Dicho objetivo se desarrolló durante el segundo semestre del año 2000 a través de cursos, talleres, ateneos y distribución de las guías.

La TCDB demostró que la Hipotensión Pre Hospitalaria y/o la Hipoxia están entre los 5 predictores más importantes del pronóstico, siendo estos dos estadísticamente Independientes de otros parámetros, predictores mayores como la edad, el GSC al ingreso, la lesión intracranial y el estado de las pupilas.

MATERIAL Y METODOS:

Es un estudio Retrospectivo desarrollado en la UTI de Adultos del HPN. Se analizaron los registros de todos los pacientes ingresados a la UTI, mayores de 15 años con TEC puro o asociado a otros traumas. Se los dividió en 2 grupos: A correspondiente a los pacientes del año 99/2000 (n= 88) y B los pacientes del año 2001/02 (n = 100) separados así por la intervención realizada en el 2000 a través del comité de neurointensivismo con la difusión de las guías.

Dentro de las variables se analizaron: edad, GSC de ingreso y categorización del TEC, TAC de ingreso de acuerdo a clasificación de Marshall, Traumas asociados, causas del TEC , HIPOXIA e HIPOTENSION dentro de las 1º 24 Hs, tratamiento de la HTE en UTI (drenaje de LCR/ HVC por SaYo₂/Cloruro de Na Hipertónico/ Manitol/Barbitúricos), Monitoreo de PIC, Cirugía, Complicaciones, Mortalidad, GOS .

Hipoxemia se definió como apnea, cianosis, SaO₂< 90 % o pO₂< 60 mmHg y la Hipotensión como TAS < 90 mmHg. registrada en las primeras 24 Hs del trauma. Antes de su ingreso a la UTI. Valor de p 0,05.

RESULTADOS:

No hubo diferencias significativas en el promedio de edad de ambos grupos (media= 32,9 ± 13,5 para el grupo A y una media=33,3 ± 15,8 para el grupo B) así como en la media del GSC de ingreso (7,2 ± 2,9 para el A y 7,5 ± 3,3 para el B)En cuanto al sexo tampoco hubo diferencias entre los 2 grupos con una p de 0,3 NS. El Tec Leve fue del 5 % para el grupo A y del 9% para el B (con una p de 0,3 NS), el Tec Moderado fue del 20 % para el A y el 23 % para el B (con una p de 0,6 NS) y el Tec Severo fue del 75 % para el A y del 68% para el B (con una p de 0,28 NS). La lesión más frecuente en la TAC de ingreso fue en ambos grupos la LOEEV (32 % vs 40 %). Las lesiones más frecuentes asociadas fueron el trauma múltiple para el grupo A(48 %) y el trauma osteoarticular (56 %)para el B. Las causas más frecuentes de TEC fueron en ambos grupos: el accidente de tránsito (54% y 41 %) y arma de fuego (22% y 21%).

No hubo diferencias significativas en cuanto a la terapéutica de la HTE, el monitoreo de PIC fue 42 % vs 35% y la cirugía 36% vs 44%(con un valor de p de 0,34 para PIC y 0,26 para cirugía). Las complicaciones más frecuentes en ambos grupos fue la Neumonía.

El GOS de la UTI fue 5 en el 27 % de los pacientes del grupo A, mientras que para el B fue del 36 %.

La Mortalidad en el grupo A fue del 45 % y descendió al 38 % en el B.

La Hipoxemia en el grupo A fue del 14 % y disminuyó en el B a un 8 %(valor de p 0,3), la Hipotensión Arterial en el A fue del 39 % y cayó en el B a 25 %(valor de p 0, 04).

CONCLUSIONES:

Podemos concluir que hubo un descenso en la incidencia de Hipoxia e Hipotensión arterial dentro de las primeras 24 Hs. y de la mortalidad en UTI, además de una mejoría de la proporción de pacientes con GOS alto, coincidentes con la difusión de las guías de TEC en la provincia del Neuquén..

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

N° de tema

B. Prefiero

Póster
 Oral si

Apellido y nombre del relator

Svampa Silvana

Domicilio

Nogoyá 2602

Ciudad Neuquén

0299/4468408

Teléfono (Indicar código de área)

Provincia Neuquén

0299/4490893

Fax (Indicar código de área)

País Argentina

Ssvampa@arnet.com.ar

Email

Código Postal 8300

Institución a la que pertenece ...Hospital Provincial Neuquén.....

INTOXICACION PARALITICA POR MOLUSCOS

E. Manrique, Z. Aguad, M. Colman, A. Garone, F. Sinigaglia, E. Solano
Servicio Terapia Intensiva – Hospital Regional Ushuaia

INTRODUCCIÓN: Existen TRES formas de contaminación por moluscos bivalvos: Parálitica (IPM), Neurotóxica (INM) y Amnésica (IAM).

La IPM se caracteriza por parestesias, disfagia, debilidad muscular, parálisis e insuficiencia respiratoria.

La enfermedad es causada por sustancias neurotóxicas presentes en los dinoflagelados que son ingeridos por los moluscos, la toxina se conoce como **saxitoxina** (gonyaulax catenella).

OBJETIVO: Reportar dos casos de IPM como causa de insuficiencia respiratoria a tener en cuenta como patología poco frecuente ante la ingesta de moluscos.

MATERIAL Y METODOS: Descripción de la presentación clínica de dos pacientes ingresados al servicio de terapia intensiva, realizando una búsqueda y actualización bibliográfica.

CASO 1: Paciente Masculino de 29 años posterior a 6 horas de la ingesta de moluscos presenta náuseas, cefalea, exantemas en el cuerpo, parestesias y dificultad respiratoria evidenciándose desaturación. Afebril frecuencia cardíaca 100 x', TA 140/80, leucocitosis 17,900. Se lo coloca en asistencia respiratoria mecánica A/C Vt 800, fr 14x'', FiO2 0.5. Se toman muestras de cultivos (Hemocultivo, urocultivo, esputo y materia fecal). Se realizan maniobras de sostén y descontaminación del tubo digestivo realizando enemas evacuantes e infundir sustancias catárticas por la SNG (Leche de Magnesias). Todas las muestras de cultivos fueron negativas.

Pasada 48 hs. de asistencia mecánica el paciente mejora las pruebas de fuerza muscular como PIM (-9 cm agua a las 24 hs., - 21 cm agua a las 48 hs) , F/Vt 105. posterior a un periodo de 30 minutos de respiración de tubo en T, se procede a extubarlo.

CASO 2 : Paciente femenino de 32 años, cursando un embarazo de 24 semanas de gestación, posterior a 5 – 6 horas de la ingesta de moluscos presenta vómitos, cefalea, exantemas difusos en piernas y brazos, dificultad respiratoria acompañada por desaturación. Afebril, TA 160/110, Fc 160 x'', leucocitosis de 19,800. Se lo coloca en asistencia ventilatoria mecánica A/C Vt 700, Fr 14x', FiO2 0.5. Se toman muestras de cultivos (Hemocultivo, urocultivo, esputo y materia fecal). Se realizan maniobras de sostén y descontaminación del tubo digestivo realizando enemas evacuantes e infundir sustancias catárticas por la SNG (Leche de Magnesias). A las 24 horas de ingreso a la unidad presenta dinámica uterina (Trabajo de parto) es vista por el servicio de toco ginecología realizándose medidas útero inhibitorias (La medida realizada fue con diazepam, no se realizó clorhidrato de isoxuprima por presentar contraindicación para esta). Llegando posteriormente a un embarazo a término de 41 semanas, con un recién nacido de 4920 gr. Pasada 72 horas mejora los parámetros de pruebas de fuerza muscular como PIM (-7 cm agua a las 24 hs, -12 cm agua a las 48 hs, -17 cm agua a las 72 hs.) , F/Vt 103, se la coloca a respiración de tubo en T pasado 30 minutos se procede a extubar.

RESULTADOS: La IPM es la forma mas grave de presentación a la intoxicación por moluscos. Existen diversos brotes de la enfermedad generalmente en los países Asiáticos y los que se encuentran en una localización geográfica por encima 30° de latitud Norte y por debajo de los 30° de latitud Sur.

Conociéndose esta enfermedad en los bivalvos como MAREA ROJA. La comprobación de esta enfermedad no se haya en muestras de cultivos, si no con la detección de la toxina en el alimento.

CONCLUSIÓN: Se trata de una entidad clinica de baja frecuencia, donde las medidas de soporte y la rápida descontaminación del tubo digestivo para eliminar las toxinas no absorbidas, puede lograr una mejoría. Es una enfermedad donde la prevención y los controles bromatológicos pueden evitar los brotes, pero estas acciones se enfrentan a problemas socioeconómicos en las áreas de prevalencia.



ROMBENCEFALITIS / ENCEFALOMIELITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES.

Barrios, C; Anders, M; Camputaro, L; Lourttau, L; San Roman, E; Gallezio, A.
Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción:

La Listeria monocytogenes es un bacilo gram positivo, aeróbico no esporulado que ocasiona infecciones en huéspedes inmunocomprometidos, rara vez en la población general. La incidencia anual es de 7/1000.000 de habitantes y es el cuarto germen en importancia de las meningitis adquiridas en la comunidad (8%) Puede causar meningitis, meningoccefalitis o abscesos cerebrales. La rombencefalitis es una forma particular de encefalitis que afecta primariamente a tronco cerebral y cerebelo.

Usualmente es subdiagnosticada, por la ausencia de signos meningeos floridos.

Objetivo: presentación de un caso rombencefalitis/encefalomielitis a Listeria monocytogenes en una paciente joven inmunocompetente.

Material y Métodos: Presentación del caso: Mujer de 27 años, sin inmunocompromiso evidente que consulta el 10/02/03 por fiebre, cefalea y vómitos. Se encontraba alerta, pero con rigidez de nuca. Laboratorio: GB 17000mm, punción lumbar (PL): GB 1000mm³, proteínas 1,2mg/dl, glucosa 0,77 mg/dl. Comienza con ceftriaxona 2 g cada 12 horas. Mala evolución.,febril, agrega diplopia y VI par derecho. Tomografía (TAC) de cerebro normal. Se deriva a nuestro Hospital. Agrega al examen una paresia brazo derecho 4/5. Se realiza resonancia magnética (RMN) de cerebro y cuello: normal. Deterioro del sensorio, pasa a cuidados criticos. Nueva PL: GB:1250 mm³, glucosa; 0,18 mg/dl, proteínas; 1,81mg/dl. Se agrega ampicilina 2 g cada 4 hs. A las 24 hs empeora GCS 8/15 requiere ventilación mecánica. Nueva RMN: aumento de señal T2 a nivel de tronco, mesencéfalo y médula cervical. Se realiza HIV: negativo. Se comienza con metilprednisona 1 g por 48hs ante sospecha de encefalitis diseminada aguda. Mayor compromiso neurológico GCS 4/15, cuadriparética. TAC cerebro: hidrocefalia. Se coloca drenaje ventricular externo. Se recibe resultado de hemocultivos 2/2 y liquido cefalorraquideo; bacilo G+. Cumple tratamiento por 21 días con ampicilina mas gentamina. Por fiebre y persistencia de liquido cefalorraquideo alterado se rota a cotrimoxazol y cumple 6 semanas es total. Evolucion a alerta, cuadriplejica, con episodios disautonómicos, sin posibilidad de destete de respirador. Oscilaciones en sensorio, nueva TAC cerebro persiste hidrocefalia con drenaje cerrado por 72 horas, se coloca válvula de derivación ventriculoperitoneal. , Tras lo cual presenta franca mejoría del sensorio persistiendo su cuadriplejía. El 03/04 se realiza nueva RMN de cerebro y columna cervical que muestra: incremento de la intensidad de señal en T2 y flair a nivel de mesencefalo, laminas cuadrigeminales y región vecina al tercer ventrículo. ; aumento de ventrículos laterales. A nivel de médula cervical aumento de señal en región cervical en T2 y flair. Electroencefalograma. No descargas paroxísticas espontaneas. Ondas lentas, hipervoltadas bilaterales. Potenciales evocados auditivos: compromiso periférico de la vía derecha y central de la izquierda.

El 19/04/03 fallece a causa de complicación respiratoria.

Discusión: La rombencefalitis es una forma poco habitual de presentación de infecciones en sistema nervioso central por Listeria monocytogenes en personas inmunocompetentes. En nuestro caso podemos ver la evolución natural de esta enfermedad, ya que tuvo diagnostico y tratamiento tardío y las secuelas consecuentes.

Con respecto al tratamiento se considero que presento recaída con esquema convencional (resistencia?), por lo que se roto esquema antibiótico con buena evolución. Además es destacable la superioridad de la RMN con respecto a TAC en la visualización precoz de las imágenes a nivel del rombencefalo (2 casos reportados 1993, 1996), siendo decisivo, en los reportes bibliográficos, el comienzo de antibióticos antes del cultivo positivo.

Con nuestro caso remarcamos la alta tasa de mortalidad (50%), si el diagnostico y tratamiento se demoran.

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

Nº de tema

B. Prefiero

Poster X

Oral

Apellido y nombre del relator Barrios Cecilia del Valle

Domicilio republica de Eslovenia 1922 1 A

Código Postal

Ciudad Capital Federal

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área) 011-47719367

Fax (Indicar código de área)

Email Cecybarrios@yahoo.com

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

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: TRES AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DEL INTERIOR DEL PAIS.

Disanto O, Benzoni C, Brunel E, Markovicz, A, Tannure Yaya, J. Juarez, H.
Sanatorio Frangioli de Salud 2000.S.R.L. Resistencia. Chaco.

Objetivos: Analizamos la población con IAM diagnosticado por dos de los tres criterios, en el período comprendido entre junio de 1999 y junio de 2002, enfatizando sobre factores de riesgo.

Material y métodos: Se incluyeron 213 pacientes, edad promedio $60,5 \pm 11,54$; 153 (71,8%) pacientes de sexo masculino, 60 (29,2%), de sexo femenino; 41 (19,2%) pacientes menores de 50 años y 172 (80,8%) pacientes mayores de esa edad.

Resultados: Como factores de riesgo estadísticamente significativos en los menores de 50 años, se objetivó el tabaquismo y la hipertensión arterial, el primero (tabaquismo), en los menores de 50 años, lo hallamos en 27 (65,8%) de los 41 pacientes pertenecientes a este grupo, vs. 83 (48,2%) de 172 pacientes mayores de esa edad ($p < 0,05$); en cuanto al segundo, (Hipertensión arterial), en los mayores de 50 años, se evidenció en 140 (81,3%) de 172 pacientes, vs. 22 (48,7%) de 41 pacientes menores de esa edad ($p < 0,000$).

Del total de la población, 167 (76%) pacientes presentaron IAM tipo Q, 103 (63,5%) recibieron terapia de reperfusión, 27 (26,1%) pacientes recibió fibrinolíticos y 76 (73,8%) PTCA.

La distribución de pacientes según Killip y Kimball fue en el grupo "A" 141 (66,2%), "B" 46 (21,6%), "C" 12 (5,6%), "D" 14 (6,6%). La mortalidad durante la internación fue de 3 (2,1%), 6 (13%), 2 (16,6%) y 8 (57%) pacientes respectivamente. La mortalidad global, antes del alta, fue de 19 (8,9%) pacientes.

Del total de los pacientes, 102 (47,9%) presentaron función ventricular izquierda adaptada, 37 (17,4%) deterioro leve, 51 (23,9%) deterioro moderado y 23 (10,8%) deterioro severo.

Conclusiones: En nuestra Institución se encontró una alta tasa de IAM en menores de 50 años. Los factores de riesgos estadísticamente significativos fueron, en menores de 50 años el tabaquismo y en mayores de 50 años la HTA. Se evidenció una alta tasa de utilización de PTCA como terapia de reperfusión.

**ENDOCARDITIS BACTERIANA A STAPHYLOCOCCUS AUREUS
SENSIBLE Y ANEURISMA MICÓTICO CEREBRAL COMO CAUSA DE
MUERTE.**

C. Yanarella, G. Virgini, G. González, F. Funaro, A. Barrientos, R. Suasnabar.
Unidad de Cuidados Críticos. Nueva Clínica Chacabuco. Tandil. Bs.As. Argentina

Paciente de 73 años de edad con antecedentes de más de 3 meses de síndrome febril prolongado que fuera tratado inicialmente como neumopatía bilateral y vasculitis periférica.

Ingres a nuestro servicio el 24 de febrero de 2003 presentando soplo sistólico 3/6 que irradia axila y foco aórtico con; hemocultivo positivo a Staphylococcus aureus epidermis sensible a vancomicina (tabla 1).

Se realiza ecocardiograma Doppler color , que muestra vegetación valva posterior de la mitral, con insuficiencia moderada severa, y válvula aórtica que prolapsa lo que haría sospechar endocarditis de ésta misma válvula. (imagen 1)

El paciente evoluciona tórpidamente con episodio de disnea súbita con signos compatibles con edema agudo de pulmón, necesitando para su compensación ARM.

El paciente comienza con foco neurológico y deterioro del sensorio, se realiza tomografía axial computada, que informa probable absceso cerebral con hemorragia perilesional compatible con aneurisma micótico (imagen 2).

Conclusión: Revisada la bibliografía el desarrollo de aneurisma micótica cerebral en endocarditis bacteriana lenta es muy poco frecuente. (Ver bibliografía)

LA RESINCRONIZACION VENTRICULAR SEGUIMIENTO DE LOS PRIMEROS 2 (DOS) CASOS A UN AÑO

H. Marti, G.Virgini,F.Funaro, R.Suasnabar

Clínica del corazón Nueva Clínica Chacabuco. Tandil BsAs Argentina

En nuestro servicio se han implantado durante los últimos 18 meses 4 sistemas de re-sincronización ventricular en pacientes que presentaban criterios para tal practica

- 1) Miocardiopatía dilatada con Fe menor de 25 %
- 2) QRS mayor de 150 ms
- 3) Tratamiento optimizado de la insuficiencia cardiaca

En la presente comunicación comentamos la evolución de los primeros 2 (dos) pacientes que presentan seguimiento mayor de 6 meses

Se trata de un paciente de sexo masculino portador de miocardiopatía dilatada con QRS de 160 ms en tratamiento de la insuficiencia cardiaca con digital diuréticos IECA Vasodilatadores beta bloqueantes en clase funcional III (NYHA) que venia sufriendo internaciones por EAP reiteradas en el ultimo año. (ver imágenes 1,2,3,)

La segunda paciente es de sexo femenino con similares característica pero sin el historial de EAP pero en clase funcional III (NYHA) con severo deterioro de la Fe.(ver Imágenes 4,5,6,)

Los implantes fueron realizados en nuestra unidad de Cardiología intervencionista, sin complicaciones en ambos casos

La reducción de la silueta cardiaca aumento de la Fe y mejoría de la clase funcional en ambos casos y destacando que en el primero no requirió nuevas internaciones; ambos se encuentran en clase funcional I-II (NYHA) (Ver imágenes 7.8.9.)

Conclusión y comentario: Creemos que el método de re-sincronización biventricular es una herramienta mas en el tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca en clase funcional que limite la vida del paciente, creemos que no mejora la sobrevida ó por lo menos no esta demostrado, si es de destacar la mejoría en la calidad de vida, argumento mas que importante en esta patología.

NUESTRA EXPERIENCIA EN TROMBOLISIS INTRA-ARTERIAL CON UROQUINASA EN EL STROKE ISQUÉMICO AGUDO.

M.C. Palacio; J.C. Medina, H. Cohen Arazi, E. Mendaro.

Sanatorio Itoiz. Servicio de Terapia Intensiva. Avellaneda. Bs As.

INTRODUCCIÓN: La trombolisis intra-arterial con prouroquinasa en el stroke isquémico agudo de menos de 6 hs de evolución ha sido demostrado ser clínicamente eficaz y seguro en el primer estudio randomizado, controlado y multicéntrico, PROACT II (Intra-arterial Prourokinase for Acute Ischemic Stroke).

OBJETIVO: Comunicar nuestra experiencia en la utilización de trombolisis intra-arterial en el stroke isquémico agudo de menos de 6 hs de duración .

MATERIAL Y MÉTODOS: Se admiten un total de 60 pacientes con stroke isquémico agudo de menos de 6 hs de evolución, desde febrero del 2001 a marzo del 2003, utilizando un protocolo de recepción, diagnóstico y triage, con criterios clínicos, tomográficos y angiográficos provenientes del PROACT II.

Del total de pacientes, solo 17 pacientes (28%) se encuentran en ventana terapéutica; de ellos 11 pacientes se excluyeron clínicamente, y 3 pacientes se excluyen por angiografía. Se realiza trombolisis en 3 pacientes.

CASO 1

Paciente de 38 años masculino, sin antecedentes; que ingresa a UTI a las 3 hs de iniciado los síntomas con déficit motor derecho, diplopía, disartria, Glasgow 15 y NIHSS 8 que deteriora rápidamente. Se realiza angiografía cerebral y vasos de cuello evidenciando vertebral derecha permeable tipo vertebro-PICA sin lleno del tronco basilar, la vertebral izq dominante se encuentra ocluida en su origen, que se repermeabiliza con balón y stent. Luego se constata trombosis del tronco basilar, se infunde UK, logrando reapertura y recanalización del tronco basilar con persistencia de trombos en el territorio distal de la arteria cerebral posterior derecha.

Evoluciona favorablemente con diplopía, hemianopsia homónima izquierda, lúcido, orientado y con movilidad de miembros conservada, Glasgow 15 NIHSS 3. Se indica alta al 6to día de internación.

Se evalúa a los 90 días con el índice de Barthel de 80 y Rankin modificado de 2.

CASO 2

Paciente de 69 años femenina, con antecedentes de FA crónica y miocardiopatía dilatada, que ingresa a UTI a la hora de iniciar la sintomatología, con déficit motor derecho, afasia de expresión y desviación conjugada de la mirada a la izquierda, Glasgow 10 y NIHSS 20. Se realiza angiografía cerebral y vasos de cuello constatando oclusión total de arteria silviana izquierda M1, se infunde UK sin evidencia de reperfusión.

Evoluciona con afasia de expresión y déficit motor previo, obedece órdenes, Glasgow 12 y NIHSS 15.

Se indica alta a los 11 días de internación. Se evalúa a los 90 días con índice de Barthel de 65 y mRs 4.

CASO 3

Paciente de 70 años masculino, con antecedentes de HTA y TIA. Ingres a UTI a la hora de iniciar la sintomatología con afasia de expresión, desviación conjugada de la mirada a la izquierda, con paresia profunda FBC derecha, Glasgow 9 y NIHSS 20.

Se realiza angiografía cerebral y vasos de cuello constatando trombo en rama silviana izquierda.

Se perfunde UK y se logra reapertura arterial.

Evoluciona con Glasgow 11, déficit FBC derecho y afasia de expresión.

Se indica el alta a los 12 días de internación. Se evalúa a los 90 días con índice de Barthel de 95 y mRs 2.

RESULTADOS: En el caso 1 se presenta trombosis basilar en paciente joven, se evitó un resultado fatal con incapacidad neurológica leve; en el caso 2 portador de FA, MCP dilatada, y trombo en la AI no se obtuvo recanalización, con incapacidad neurológica severa; mientras que en el caso 3 se constató foramen oval permeable, con recanalización e incapacidad funcional neurológica leve.

CONCLUSIÓN

Según el PROACT II cada 7 pacientes tratados se beneficia 1 paciente; si bien necesitamos una amplia población para constatar el beneficio de esta terapéutica, no solo se requiere de un equipo multidisciplinario para la recepción, diagnóstico y triage del stroke isquémico agudo e identificación precoz de los pacientes pasibles de trombolisis, además se deben considerar otras variables que son independientes como la etiología y patogénesis de la oclusión, la colateralización o flujo sanguíneo colateral disponible, las alteraciones metabólicas y celulares del órgano isquémico, factores comorbidos y edad de los pacientes, todos estos factores interactúan hacia el resultado final.

SALMONELOSIS SEVERA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

M.C. Palacio; J.C. Medina, H. Cohen Arazi.

Sanatorio Itoiz. Servicio de Terapia Intensiva. Avellaneda. Bs As.

INTRODUCCIÓN: La Salmonella no typhica son patógenos que causan gastroenteritis, bacteriemia e infecciones localizadas (meningitis, artritis sépticas, osteomielitis, colangitis, neumonía, endarteritis y endocarditis). Aproximadamente el 5% desarrollan bacteriemia, en general son inmunocomprometidos.

Más del 95% de los casos son transmitidos por alimentos.

Los factores de riesgo más comunes son el uso de esteroides, malignidad, diabetes, HIV, tratamiento previo con antibióticos e inmunosupresión. La susceptibilidad a la salmonelosis depende de factores del huésped (disrupciones anatómicas que incluyen litos renales, cálculos biliares, lesiones endovasculares ateroscleróticas y prótesis que pueden ser foco persistente de infección a salmonella) y propiedades patogénicas de la salmonella.

Esta entidad expresa múltiples citokinas que han protegido e inhibido al huésped, demostrado en modelos animales; mientras que el éxito inmunológico depende de la generación de células T helper CD4.

Los serotipos más frecuentemente aislados en la literatura son la Salmonella typhimurium serogrupo B y Salmonella enteritidis serogrupo D.

OBJETIVO: Reportar un caso de Salmonelosis severa con gran repercusión hemodinámica, poliserositis y taponamiento cardíaco recidivado.

CASO CLÍNICO: Se presenta paciente masculino de 42 años de edad, con deposiciones diarreicas acuosas, sin moco, sangre o pus y vómitos, con disminución del ritmo diurético de 24 hs de evolución.

Ingresa a UTI con TA 67/52 FC 134 FR 24 T 39°C. Datos positivos al examen físico: Somnoliento con Glasgow 14, sudoración profusa, pulso filiforme, abdomen doloroso a la palpación superficial.

LAB: GB: 8.800 U: 99 mg% creat: 5.4 mg% Na: 128 meq/L HTO 45 GS 7.37/23.3/172/13.6/99.6 amilasa 20 U/L. APACHE II de ingreso 14.

ECG: Tq sinusal, Rx Tx: s/p, Rx abd dilatación de intestino delgado, Ecografía abd: asas dilatadas de intestino delgado y vesícula con barro biliar sin engrosamiento de la pared, se descarta perforación o colección.

Requirió al ingreso reanimación hidroelectrolítica e inotrópicos en ascenso. Se realiza monitoreo hemodinámico: TA 75/29 FC 135 AP 21/13 APM 16 PCP 10 AD 2 VM 8.5 IC 4.23

IRVS 813 IRVP 113. Se constata hipovolemia e hiperdinamia con vasodilatación sistémica severa

Se inició tratamiento empírico con ciprofloxacina previo pancultivos; con diagnóstico inicial presuntivo de shock séptico a enterobacterias. Evoluciona con gran inestabilidad hemodinámica y requerimiento de elevadas dosis de inotrópicos, por tal motivo se solicita Ecocardiograma 2D para evaluar motilidad y función sistólica del VI; constatando derrame pericárdico severo con compresión de cavidades derechas; se realiza pericardiocentesis, se extrae 200 ml de líquido trasudado, evoluciona con mejoría hemodinámica.

Presenta nuevamente inestabilidad hemodinámica y taponamiento cardíaco, realizando pericardiotomía con colocación de dos tubos pericárdicos, se extraen 1200 ml de líquido trasudado.

Se optimiza precarga y se logra suspender inotrópicos. Presenta derrame pleural en aumento, bilateral a predominio derecho, se realiza evacuación diagnóstica y terapéutica de más de 1000 ml de líquido trasudado.

Se solicita TAC de tórax para descartar patología de etiología tumoral, se observa derrame pleural bilateral y atelectasia pasiva.

Se recibe coprocultivo y hemocultivos 2:4 a Salmonella enteritidis (no typhi no paratyphi), cultivo de líquido pericárdico y pleural negativos.

Evoluciona favorablemente, se extraen tubos pericárdicos. Alta médica al 9no día de internación.

CONCLUSIÓN: Nuestra presentación está motivada a comunicar una entidad poco frecuente con gran respuesta inflamatoria sistémica, disfunción de órganos y bacteriemia en un paciente joven e inmunocompetente.

El paciente no presenta factores de riesgo para salmonelosis, aunque si susceptibilidad por ser portador de vesícula con barro biliar. Cumple un rol importante en esta entidad las propiedades patogénicas del germen y la respuesta inmunológica del huésped.