



**HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. APLICACION DE SCORES PRONOSTICOS.**

J. Cialzeta; H. Azcona; M. Prochasko; G. Imbelloni; M. Ramos; J. Ojeda; K. Surt; E. Perrault; L. Sosa; C. Mizdraji; L. Huespe; S. Lazzeri.  
Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Escuela José F. de San Martín. Corrientes. Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** La hemorragia subaracnoidea (HSA) puede provocar lesiones neurológicas y alteraciones sistémicas tanto por el sangrado inicial como por sus complicaciones neurológicas y extraneurológicas. El pronóstico de los pacientes que presentan HSA se relaciona con los aspectos clínicos en el momento de la presentación. Se han publicado numerosas escalas para la valoración clínica de la HSA siendo la de Hunt y Hess, el Glasgow y la de World Federation of Neurological Surgeons las más utilizadas. Se considera pacientes de "mal grado" a los enfermos con un Hunt y Hess de 4 y 5 y a los que tienen un Glasgow de 3 a 6 y un Fisher tomográfico de 3 y 4.

**OBJETIVO:** Determinar el pronóstico de los pacientes que ingresan a UTI con diagnóstico de HSA, mediante la aplicación de diferentes scores.

**MATERIAL Y METODO:** Estudio retrospectivo que incluyó todos los pacientes con HSA a su ingreso a la UTI, durante un período de tiempo de 6 meses. Se dividió la población en 2 grupos: Pacientes de "mal grado" y Pacientes de "buen grado". Se evaluó en ambos grupos: Glasgow, Hunt y Hess (HH), Fisher, APACHE II al ingreso y mortalidad.

Para el análisis estadístico se utilizó el test de Fisher, chi-cuadrado, considerando como significativo una (p < 0.05).

**RESULTADOS:** Fueron incluidos 17 pacientes de los cuales 13 (76%) eran mujeres y 4 (24%) eran hombres, con un promedio de edad de 65 años.

Grupo	Pacientes	Fischer	APACHE II	Hunt y Hess	Glasgow	Mortalidad
HSA mal g	7	3 - 4	17	4 - 5	< 6	7 (100%)
HSA buen g	10	1 - 2	7	1- 2 - 3	>6	4 (40%)
			p < 0.05			P < 0.05

**CONCLUSIÓN:** Mediante la aplicación de scores de pronóstico y gravedad podemos predecir la mortalidad. Esta pequeña muestra de pacientes con HSA presenta una elevada mortalidad que llegó al 100% en aquellos catalogados como de mal grado.

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

V-0144  
Nº de tema

**B. Prefiero**  
 Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator: Azcona Héctor Fabián

Domicilio : Don Orione 880

Código Postal:

Ciudad: Barranqueras  
03722-481763

Provincia: CHaco

País: Argentina

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email: drazcona2002@yahoo.com.ar

Institución a la que pertenece : Hospital Escuela.....



**NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN TERAPIA INTENSIVA**

Ojeda, J.; Prochasko, M.; Waisblatt, L.; Garcia Roth, J.C.; Roman, G.; Ojeda, A.; Imbelloni, G.; Ramos, M.; Azcona, H.; Lazzeri, S.; Sosa, L.; Mizdraji, C.; Huespe, L.; Cialzeta, J.  
 Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Escuela de Corrientes. Argentina.

**Introducción**

La mayoría de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) son de tratamiento ambulatorio, tienen baja mortalidad y solo un 35% requiere hospitalización. EN este último grupo la neumonía puede ser lo suficientemente severa como para requerir manejo intensivo; en estos casos se la considera como una neumonía grave de la comunidad (NGC) no existiendo en la actualidad un consenso absoluto para su definición.

**Objetivos**

- 1) Determinar la incidencia y mortalidad de las NGC y evaluar los factores de riesgo y los que se asocian con mal pronóstico.

**Material y Métodos**

Se evaluaron prospectivamente todos los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con diagnóstico de NGC durante el periodo comprendido desde Marzo del 2000 hasta Marzo del 2003, definiendo a esta enfermedad como todas aquellas neumonías que requerían desde un principio cuidados intensivos. Se excluyeron aquellos pacientes que inicialmente no fueron ingresados a la unidad. Se dividió la población estudiada en dos grupos: **Grupo I** (sobrevivientes) y **Grupo II** (no sobrevivientes). En ambos grupos se comparó las siguientes variables: edad, tratamiento previo, necesidad de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) al ingreso, presencia de shock séptico, urea y glucemia de ingreso y el Score SOFA y APACHE II. Otros datos epidemiológicos evaluados fue el sexo y los factores de riesgo.

Los datos se expresan como media y desvío estándar y para las variables continuas se utilizó como análisis estadístico la prueba del Chi cuadrado y el test T considerando como valor significativo una P < 0,05.

**Resultados**

Ingresaron durante el periodo de estudio 24 pacientes con NGC, el 42% (5 hombres y 5 mujeres) pertenecientes al **Grupo I** y el 58% (10 hombres y 4 mujeres) al **Grupo II**.

Las comparaciones realizadas entre los grupos se detallan en el siguiente cuadro:

	n	Edad	Tto. previo	ARM	Shock Séptico	Urea	Glucemia	SOFA	APACHE II
<b>GRUPO I</b>	10	43± 24	5 (30%)	3 (30%)	1 (10%)	0.53 ± 0.34	1.36 ± 0.69	2 ± 5	10 ± 4
<b>GRUPO II</b>	14	59± 24	7 (50%)	13 (92%)	13 (92%)	0.62 ± 0.34	1.25 ± 0.50	8 ± 4	20 ± 6
<b>Valor de P</b>		NS	NS	P<0.05	P<0.05	NS	NS	P<0.05	P<0.05

Los factores de riesgo observados fueron DBT en 2 ptes. (8%); EPOC 5 ptes. (21%); Asma 2 ptes. (8%) Enfermedad cardiovascular 6 ptes. (25%) y 7 ptes. (29%) no presentaron factores de riesgo.

**Conclusión**

La NGC es una entidad con elevada mortalidad, por lo general se asocia con algún tipo de enfermedad co-mórbida y la necesidad de ARM y la presencia de shock séptico son marcadores de mal pronóstico al igual que los scores de gravedad como el SOFA y APACHE II.

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

V-0146  
 N° de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator: Waisblatt Luciana María

Domicilio : Av. Maipú 1045

Código Postal: 3400

Ciudad: Corrientes  
 03783-432468

Provincia: Corrientes

País: Argentina

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece : Hospital Escuela.....



**HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN TERAPIA INTENSIVA**

Garcia Roth, J.C.; Waisblatt, L.; Prochasko, M.; Roman, G.; Ojeda, A.; Imbelloni, G.; Ramos, M.; Azcona, H.; Ojeda, J.; Lazzeri, S.; Sosa, L.; Mizdraji, C.; Huespe, L.; Cialzeta J. Servicio Terapia Intensiva Hospital Escuela "J.F. De San Martín". Corrientes. Argentina

**INTRODUCCIÓN**

La Hemorragia subaragnoidea (HSA) es una catástrofe neurológica que a menudo desemboca en una lesión cerebral grave y una discapacidad seria; asociandose a elevada mortalidad. En los últimos tiempos se ha observado cierta mejoría en la calidad y disponibilidad de los métodos diagnósticos y un avance importante en el desarrollo de nuevas técnicas micro quirúrgicas además de un mayor conocimiento fisiopatológico de la enfermedad lo que favorece la terapéutica. El cuadro clínico es uno de los mas característicos en medicina y es fundamental conocerlo para llegar al diagnostico precoz.

**OBJETIVOS**

- Describir las características clínicas, los factores de riesgo y la mortalidad de los pacientes con diagnóstico de HSA.

**MATERIAL Y METODOS**

Se analizaron retrospectivamente las historia clínicas de pacientes ingresados a la unidad con diagnóstico de HSA en el periodo comprendido entre Enero del 2000 a Enero del 2001. Se confecciono un protocolo para extraer la información que fue volcada a una base de datos Se descartaron las HSA de causa post-traumática. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, días de internación, tratamiento instalado, presentación clínica, factores de riesgo, exámenes complementarios realizados y la mortalidad. Se utilizó la media y el desvío estándar para el análisis.

**RESULTADOS**

Ingresaron a la UTI durante el periodo de estudio 73 pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebro vascular ,de los cuales 24 (32%) presentaron diagnostico de HSA. La edad promedio fue 46±14 años, con predominio del sexo femenino (15 mujeres y 9 hombres), el promedio de los días de internación fue 11±3 días y la mortalidad del 30% (7 pacientes.) Los factores de riesgos y los signos y síntomas de la presentación clínica inicial se detallan en la tabla Nº I y II.

Tabla Nº I

FACTORES DE RIESGO	Nº de ptes.
HTA	13 (55%)
ENOLISMO	6 (25%)
TABAQUISMO	5 (21%)
ECV previo	2 (9%)

Tabla Nº II

SINTOMATOLOGIA	Nº DE PACIENTES
CEFALEA	20 (83,3%)
VOMITOS	9 (37,5%)
FOTOFOBIA	6 (25%)
ALTERACIÓN CONCIENCIA	13 (54%)

Solamente 5 (20%), presentaron registros elevados de Tensión Arterial al ingreso, el valor promedio de la glucemia inicial fue de 127±0,40 mg/dl, destacando que en los pacientes que evolucionaron al óbito el valor promedio de glucemia inicial fue de 212±0,60 mg/dl.

Se realizo TAC al ingreso en 23 pacientes, observandose en 21 pacientes (87,5%), siendo el resto de los estudios normales. En estos la HSA fue confirmada posteriormente por angiografía. Este ultimo estudio se efectuo en 14 pacientes (58%), confirmandose la presencia de aneurisma cerebral, en el resto no se realizó porque las condiciones clínicas no lo permitieron.

Todos los pacientes recibieron tratamiento médico inicial, en uno de ellos (4%) se realizó cirugía de urgencia y 9 (36%) recibieron tratamiento quirúrgico en forma programada.

**CONCLUSIÓN**

En la población estudiada observamos que la HSA es una entidad frecuente dentro de los pacientes que ingresaron con enfermedades cerebro vasculares siendo más común en mujeres y cuyo principal factor de riesgo fue la hipertensión arterial.

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

V-0147  
Nº de tema

**B. Prefiero**  
 Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator: Garcia Roth Juan Carlos

Domicilio : Santa Catalina 1516

Código Postal: 3400

Ciudad: Corrientes  
03783-449701

Provincia: Corrientes

País: Argentina

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece : Hospital Escuela.....



**LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES EN UNA TERAPIA INTENSIVA DE CORRIENTES**  
Waisblatt,L.; Román,G.; Prochasko,M.; Garcia Roth,J.C.; Ojeda,A.; Imbelloni,G.; Ramos,M.; Azcona,H; Ojeda,J.; Lazzeri,S.; Sosa,L.; Mizdraji,C.; Huespe, L; Cialzeta,J.  
Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Escuela "José F. De San Martín". Corrientes. Argentina.

**INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades cerebro-vasculares (ECV) constituyen la primer causa de invalidez en la población mayor de 40 años y representan un problema para los sistemas de salud por los cuidados especiales y la prolongada internación que se requiere para su recuperación. Por lo general las ECV se categorizan en Isquémicas (85%); por aterotrombosis de las grandes arterias, enfermedades de los pequeños vasos penetrantes, y cardioembolias; y Hemorrágicas (15%) que se subdividen en hematomas intraparenquimatosos y hemorragias subaracnoideas.

*En la ciudad de Corrientes el Hospital Escuela representa el centro derivación mas importante para este tipo de patologías.*

**OBJETIVOS**

- 1) Estimar la incidencia de ECV y reportar los factores de riesgo de la población afectada.
- 2) Reportar los estudios complementarios realizados para diagnóstico y la mortalidad registrada.

**MATERIAL Y METODOS**

Se analizaron en forma retrospectiva historias clínicas de pacientes ingresados al servicio con diagnóstico o sospecha clínica de ECV durante el periodo comprendido desde Enero del 2000 hasta Enero del 2001. Se dividió a la población en 3 grupos:

**GRUPO I:** pacientes con diagnóstico de ECV Isquémico. **GRUPO II:** pacientes con diagnóstico de hematoma intra parenquimatoso. **GRUPO III:** pacientes con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea.

Se analizaron en cada grupo las siguientes variables epidemiológicas: sexo, edad, factores de riesgo, días de internación, métodos diagnósticos empleados y la mortalidad registrada. Se usó como análisis estadístico: la Media y el Desvío Estándar.

**RESULTADOS**

Durante el periodo estudiado ingresaron en la UTI 330 pacientes, de los cuales,73 (22%) presentaron diagnóstico o sospecha clínica de ECV. La edad promedio de la población general fue 52 ± 15 años y la distribución en cuanto a sexo fue: 43 (58%) hombres y 30 (42%)mujeres.

*En la siguiente tabla se detalla las variables epidemiológicas de cada grupo*

VARIABLES	GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III
Nº pacientes	6	43	24
Sexo			
Masculino	5 (83%)	24 (55%)	9 (37%)
Femenino	1 (17%)	19 (45%)	15 (63%)
Edad	74 años	52 ±14 años	46 ±14 años
Factores de riesgo			
HTA	3 (50%)	34 (79%)	13 (54%)
Tabaquismo	5 (83%)	5 (1,3%)	6 (25%)
Alcoholismo	3 (50%)	8 (18%)	5 (20%)
Días de Internación	8±7 días	7 ±6 días	11±9 días
Resultados			
Vivos	3 (50%)	19 (44%)	17 (70%)
óbitos	3 (50%)	23 (56%)	7 (30%)
Métodos diagnósticos empleados	TAC	TAC 40 ptes. (93%)	TAC-Angiog. cerebral

**CONCLUSIÓN**

*Las enfermedades cerebro vasculares son entidades de ingreso frecuente a las unidades de cuidados intensivos y en general afectan a la población adulta y en aquellos que tienen factores de riesgos. Estas enfermedades se acompañan de elevada mortalidad.*

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

V-0148  
Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator: Román Alberto Gabriel

Domicilio : Belgrano 2056

Código Postal: 3400

Ciudad: Corrientes  
03783-15667372

Provincia: Corrientes

País: Argentina

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece : Hospital Escuela.....



**INFECCIONES RELACIONADAS A PROCESOS INVASIVOS**

Imbelloni G; Ramos M; Prochasko M; Azcona H; Waisblatt L; Roman G; Ojeda A; Garcia Roth J; Corrales J; Caparas L; Lazzeri S; Mizdraji C; Sosa L; Huespe G; Cialzeta J; Surt K; Burguener E  
Servicio Terapia Intensiva Hospital Escuela "JF San Martín". Corrientes . Argentina

**INTRODUCCION:** Las infecciones intrahospitalarias especialmente las adquiridas en Terapia Intensiva presentan un alto índice de morbimortalidad. La admisión en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de un paciente gravemente enfermo determina invasividad tanto en los procedimientos diagnósticos como terapéuticos lo que puede determinar la aparición de infecciones relacionadas con dichos procedimientos.

**OBJETIVOS:**-Analizar la frecuencia de infecciones asociada a los procedimientos invasivos en nuestra UCI.

- Determinar la efectividad del programa de control de infecciones intrahospitalarias.
- Conocer su impacto en la estadía hospitalaria.

**MATERIAL Y METODOS:** Se incluyeron todos los pacientes ingresados a la UCI durante el periodo Enero 2001 a Diciembre 2002, tomados de la base de datos de nuestro servicio. Se analizaron las siguientes variables: total de pacientes, edad promedio, score APACHE II, y la tasa de infecciones anuales por episodio por mil días. Con respecto a las infecciones asociadas a catéter centrales (IACC), infecciones asociadas a la ventilación (IAV), infecciones asociadas a catéter vesical (IACV) las mismas fueron constatadas por cultivos bacteriológicos positivos. El programa de vigilancia para control de infecciones fue el Sistema Intensificado de Vigilancia Epidemiologica Nacional de Infecciones Hospitalarias (S.I.V.E.N.I.H). Se realizo análisis estadístico con el test de Fisher siendo la p significativa < 0.05.

**RESULTADOS:** Ingresaron en este periodo 849 pacientes, excluyéndose 123 pacientes por presentar infecciones extrahospitalarias. Las características de los mismos se observan en la Tabla I y la discriminación de infecciones en la Tabla II

Tabla I

Tabla II

	2001	2002
TOTAL INF	0,50	0,30 P<0.05
IAV	1,80	0,90 P<0.05
IACC	0,80	0,70 N.S
IACV	0,20	0,10 N.S
DIAS INTERN	11,30	7,43 N.S

AÑO	2001	2002
EDAD	48 ± 18	45 ± 17
TOTAL PCTES	426	423
INF EXTRAHOSP	72 (17%)	51 (12%)
APACHE II	19,8 ± 9	16 ± 4

**CONCLUSIONES:** Concluimos que a travez de la aplicación de un programa de vigilancia de infecciones se puede mejorar la incidencia de las mismas, aunque en este estudio solo demostró significancia estadística la reducción del numero total de infecciones y en las asociadas a la ventilación mecánica comparando en año 2001 – 2002.

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

V-0149  
Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster

Oral

Apellido y nombre del relator: Prochasko Marcelo Jorge

Domicilio : Junin 2389 – "8 D"

Código Postal: 3400

Ciudad: Corrientes  
03783-15404497

Provincia: Corrientes

País: Argentina

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email:

Institución a la que pertenece : Hospital Escuela.....



**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SEPSIS VASCULAR Y RESPIRATORIA.  
CUMPLIMIENTO Y NIVEL DE EVIDENCIA**

A. Rodríguez, L. Vetere, P. Farina, L. De Janon, P. Cueto, S. Arcieri, S.Trefler, M.Ricart\*, J.Rello\*\*  
UCI – UAI Hospital Universitario- Universidad Abierta Interamericana – Buenos Aires  
\*Hospital San Pau (Barcelona) \*\* Hospital Joan XXIII (Tarragona) España

**Objetivos:** Evaluar la coincidencia entre las recomendaciones del International Sepsis Forum (ISF: Intensive Care Med 2001;27:S1-48) sobre el diagnóstico y tratamiento de la sepsis endovascular y respiratoria y la práctica diaria en nuestro país, así como su relación con el nivel de evidencia (NE).

**Material y Método:** Entre los asistentes a las III Jornadas Internacionales de Infectología Crítica de SATI (09/02) se distribuyó una encuesta con 17 preguntas de opción doble (SI/NO) elaboradas según las conclusiones del ISF valoradas según el NE en Grados: **A** (al menos 2 trabajos con nivel I), **B** (sólo un trabajo de nivel I), **C** (trabajos de nivel II), **D** (trabajos de nivel III) y **E** (trabajos de niveles IV y V).

**Resultados:** Respondieron 46 de los 100 asistentes (46%). El 95,6% de los encuestados estuvo de acuerdo con la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y el 80,4% refirió que sus actos se rigen habitualmente por ella, sin embargo el 66,6% realiza conductas con bajo NE (**D, E**). El 68,2% coincidió con las conclusiones del ISF. Casi la totalidad (97,7%) considera que los antibióticos adecuados mejoran la evolución de los pacientes (**D**), pero sólo el 26,7% acepta la monoterapia como efectiva (**B**). La mayoría (84,8%) consideró que hay indicaciones precisas para realizar hemocultivos (HC)(**D**). El 95,6% sostiene que la técnica empleada influye en el rendimiento (**D**) y el 58,7% que existen evidencias del número de frascos de HC a tomar (**E**). El 67,4% consideró que se puede identificar una infección relacionada con catéter como fuente de bacteriemia sin retirar el mismo (**C**) y sólo el 45,6% cree que la infección del sitio de inserción es indicativo de infección del catéter (**C**). El 69,6% acepta que los signos clínicos pueden utilizarse para el diagnóstico de neumonía asociada a ARM (**E**), pero el 78,3% no considera de ayuda a los infiltrados en la Rx de torax para el diagnóstico (**D**). Sólo el 80,4% toma algún tipo de muestra de secreción respiratoria (**C**) y efectúa HC (**E**) ante la sospecha de neumonía asociada a ARM.

**Conclusiones:**

- 1.- Existe un aceptable grado de coincidencia (68%) entre las recomendaciones del ISF y las prácticas desarrolladas por los encuestados.
- 2.- Se evidenció una elevada aceptación de la MBE por parte de los participantes.
- 3.- Ninguna de las preguntas efectuadas tuvo un NE grado A y sólo una lo tuvo de grado B. Se observa que, habitualmente, se implementan procedimientos con pobre nivel de evidencia (grados C, D, E).
- 4.- Esta discrepancia sugiere que la aceptación de los procedimientos no parece estar influenciada por el nivel de evidencia de los mismos.
- 5.- Un número mayor de encuestados es necesario para generalizar los resultados.
- 6.- La falta de prácticas con alto NE dentro de las mismas recomendaciones del ISF, nos hace pensar ¿cuán factible es, en la UCI, guiarse con procedimientos con alto respaldo científico?.

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

Nº de tema

**B. Prefiero**  
 Poster  
 Oral

Lenin De Janon

Apellido y nombre del relator  
Sarandi 659 P4 Dto. A

1222  
Código Postal

Domicilio  
Capital Federal  
Ciudad  
4942-5205

Bs.As  
Provincia

Argentina  
País  
ldejanon@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece .....UAI- Hospital Universitario -UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA.....



**NEUMONÍA NOSOCOMIAL EN PACIENTES INTUBADOS.**

**MORTALIDAD ATRIBUIBLE (Estudio Caso/Control)**

Rodríguez A, Vetere L, Cueto P, Farina P, De Janon L, Arcieri S, González J, Vega P  
 UCI – UAI Hospital Universitario – Universidad Abierta Interamericana – Buenos Aires

**Objetivo:** Determinar si la neumonía nosocomial (NN) en pacientes intubados se asocia con aumento en la mortalidad.

**Diseño:** Estudio retrospectivo Caso/Control (1:1) utilizando una base de datos prospectiva

**M y Método:** Se consideraron todos los pacientes (P) ingresados prospectivamente a la UCI desde junio/01 hasta marzo/03 y que requirieron intubación orotraqueal (TOT) por más de 48 hs, con o sin asistencia respiratoria mecánica. Se distribuyeron los P según la presencia (Grupo A:GA) o no (Grupo B:GB) de NN con confirmación bacteriológica mediante muestras profundas. En todos se valoró el nivel de gravedad al ingreso mediante el APACHE II (NG), los días de exposición al riesgo (intubación:TOT), la edad, el tipo de diagnóstico de ingreso (DI) (Clínico: C ó Quirúrgico: Q) y se determinó la mortalidad cruda (MC). Posteriormente se efectuó el apareamiento de los P con NN (Casos) y sin ella (Controles). Los controles fueron apareados basados en el NG al ingreso (APACHE II +- 4 puntos) como primera variable y el tiempo de exposición al riesgo (TOT +- 3 días). Se analizó también el NG, días de TOT, edad, DI y mortalidad. La mortalidad atribuible (MA) se determinó mediante la diferencia entre la MC de Controles y Casos. Se efectuó el análisis descriptivo. Las medias se compararon con T Student y Mann-Whitney test. La mortalidad mediante Chi cuadrado y Fisher Test.. Se consideró significativo un valor de “p” inferior a 0.05

**Resultados:** Se admitieron en la UCI 561 P. 50 (8.9%) presentaron TOT por más de 48hs. 27/50 (54%) padecieron NN conformando el GA. Los 23 restantes sin NN integraron el GB. El NG ( 16.1 +-7 vs 18.3 +-5.64: pNS), días de TOT ( 8 +- 6.73 vs 10 +- 8.4 pNS), mortalidad (70.3% vs 39.1%) y tipo de diagnóstico de ingreso ( 70.3% C vs 69.5% C) para GA y GB respectivamente, no fueron significativamente diferentes. La edad media fue significativamente mayor en GB (77 +- 11.32) que en GA(54 +- 21.64) p: <.01. 18 Casos fueron apareados con 18 Controles. El NG, TOT y DI no fueron diferentes (pNS). La Edad media fue significativamente mayor en los casos p: <.02 Tabla. La MC fue superior sin significación en los Casos (83.3%- 15/18) respecto de los Controles (38.8%- 7/18) pNS. La MA resultó del 44.5%.

**Conclusiones:** La MC fue superior en los P con NN (GA vs GB) y se mantuvo en el análisis Caso/Control pero sin significación. La MA fue del 44.5% para la NN en pacientes con TOT por más de 48hs. Debido a la falta de significación estadística son necesarios un mayor número de casos apareados para generalizar estos resultados.

	Casos (n:18)	Controles (n:18)
Apache II (puntos)	16.94+-5.02	17.27+- 5.11
Días TOT	6.44 +- 3.89	7.11 +- 4.85
Edad media (años)	62.05 +-20.12*	72.33 +-12.09*
Diagnóstico Ingreso Clínico	77.7%	72.2 %
Mortalidad Cruda	83.3%	38.8%
Mortalidad Atribuible		44.5%

\* p <.02

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

5

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster

Oral

Cueto Quintana, Pitter Francisco

Apellido y nombre del relator  
 Francia 4890 Primer piso

1605

Domicilio

Código Postal

Munro

Buenos Aires

Argentina

Ciudad

Provincia

País

011 4730 2141

[Pitter.Cueto@vaneduc.edu.ar](mailto:Pitter.Cueto@vaneduc.edu.ar)

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

## VIGILANCIA CONTINUA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

A. Panigazzi, G. Gregorio, R. Moreno, A. Fernandez Lausi, M. Orsi, L. Albano.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediatricos .Hospital Nacional A. Posadas . El Palomar. Bs As.

**Objetivo:** \*Conocer la incidencia de infecciones intrahospitalarias (IH) en los pacientes internados en UCIP. \*Determinar la incidencia global de IH según pacientes expuestos al riesgo y ajustada por cada 1000 paciente –día. \*Conocer la incidencia de IH asociada a procedimientos invasivos por cada 1000 días de uso de ellos. \* Determinar la Tasa de utilización de todos y cada uno de los procedimientos invasivos (PI). \*Determinar las principales localizaciones y agentes etiológicos. \*Comparar la incidencia con las ofrecidas por el reporte del CDC.

**Material y Método:** Estudio observacional, longitudinal, prospectivo. La incidencia de IH se expresa en tasas crudas y ajustada por procedimiento. La localización de la IH y microorganismos presentes se expresa en variables cualitativas nominales. Criterio de inclusión: los criterios para identificar y clasificar las IH se rigieron por los desarrollados por el CDC en su Sistema de Vigilancia (NNIS). Se excluyeron las infecciones del sitio quirúrgico. Los datos se recolectaron diariamente en fichas de datos base para el control de denominadores, ficha de IH y fichas de registro mensual. Población: todo paciente internado en UCIP por más de 24 horas en los dos periodos comprendidos entre abril 2001 a marzo 2002 y abril 2002 a marzo 2003.

**Resultados:** En el periodo abril 2001 a marzo 2002 se registraron 63 episodios de IH en 484 pacientes expuestos al riesgo. La tasa global de IH fue de 12,5%, la tasa ajustada fue de 17,8 por 1000 pacientes-día. La tasa de utilización de PI fueron: CVC 49,1%, ARM 40,4%, de SV 31,4%. La densidad media de utilización de PI fue de 96,2%. La localizaciones más frecuentes fueron las bacteriemias. Las asociadas a CVC 18 casos. Tasa de IH 10,9 por 1000 días de uso de CVC. Bacteriemia /Sepsis no asociada a CVC 19, Tasa de IH 9,7 por cada 1000 día de no uso de CVC. Neumonía asociada a ARM (NAR) 14 casos, Tasa de IH 8,8 por 1000 días de uso de ARM. Infección urinaria asociada a SV 12, Tasa de IH 8,3 por 1000 días de uso de SV. Microorganismo aislados con mayor frecuencia en bacteriemias *Cándida* spp, *Staphilococcus aureus*, *Enterococo* spp y en NAR *Pseudomona aeruginosa*.

En el periodo abril 2002 a marzo 2003 se registraron 92 episodios de IH en 560 pacientes expuestos al riesgo. La Tasa global de IH fue de 16,6 %, y la tasa ajustada fue de 21,6 por 1000 pacientes día. La Tasa de utilización de CVC 39,4%, de ARM 36,5%, de SV 36 %. La densidad media de utilización de PI fue de 104,3%. La localización más frecuente fue Bacteriemia asociada a CVC 34, la Tasa de IH 18,6 por 1000 días de uso. La bacteriemia /sepsis no asociada a CVC 28, con Tasa de IH 11,4 por 1000 días de no uso de CVC. La NAR 16 con una Tasa de 10 por 1000 días de uso de ARM. La infección asociada a sonda vesical (SV) 14, con una tasa de IH 8 por 1000 días de uso. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia en bacteriemias *Burkholderia cepacia* (BC); en NAR *Acinetobacter Baumannii* y *Pseudomona aeruginosa*; en infección urinaria asociada a SV *Cándida* spp.

**Conclusiones:** La obtención de estos datos nos permitió conocer la epidemiología de nuestro Servicio. Determinar que las bacteriemias asociadas a CVC es la localización mas frecuente de IH siendo el germen prevalente el *Staphiloccocus aureus* meticilino resistente. En los meses de mayo-octubre de 2002 se presentó un brote de BC, lo cual que se convirtió en el germen predominante en el segundo periodo. La Vigilancia continua nos permitió detectar precozmente este evento y adoptar medidas para controlar el mismo. La NAR y la infección urinaria asociada a SV no presentaron cambios significativos comparando ambos períodos. Al comparar nuestras tasas con las referidas por el NNIS nos encontramos por encima del percentilo 75.



## BACTERIEMIA A BURKHOLDERIA CEPACIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

A. Panigazzi; G. Gregorio; A. Fernandez Lausi; R. Moreno; M. Orsi; L. Albano.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Nacional A. Posadas. El Palomar. Bs As.

**Introducción:** El complejo Burkholderia cepacia ( BC ) ha sido asociada con la colonización de las vías aérea de los pacientes con Fibrosis Quística ( FQ ) , cuyo curso clínico puede evolucionar a una neumonía necrotizante rápidamente progresiva o al denominado "Síndrome cepacia" que consiste en una falla respiratoria severa con bacteriemia. En los últimos años, la BC surge como patógeno nosocomial que puede causar bacteriemias importantes en pacientes hospitalizados. La diseminación nosocomial ocurre con mayor frecuencia debido a la contaminación de soluciones antisépticas y desinfectantes.

La BC es un germen de baja virulencia , gramnegativo, no fermentador. Se han descrito siete variedades genéticas cuyo conjunto se denomina " complejo BC ". Este germen resulta resistente a una gama amplia de antibióticos lo que hace difícil su control.

**Objetivo:** Describir un brote de BC en pacientes pediátricos sin FQ internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos ( UCIP ).

**Material y Método:** Dentro del Programa de Vigilancia continua de Infecciones intrahospitalarias (IH ) que se realiza en nuestra unidad se detectó en el período mayo- octubre de 2002 un aumento de la frecuencia de bacteriemias causadas por BC. El aislamiento Bacteriológico se realizó en muestras de Hemocultivos tomados en botellas Bact-Alert FAN Pediátricas. Las cepas aisladas de BC se tipificaron mediante tarjetas GNI + Vitek ( Bio- Merieux ). Con ello se determinó el grupo. Se efectuó el relevamiento del área de la UCIP tomando muestras ambientales y de las soluciones iodadas para la búsqueda de este germen.

**Resultados:** Se detectó un brote de BC durante el periodo mayo – octubre de 2002 en UCIP. En estos 6 meses hubo 22 episodios de bacteriemias. La distribución de las bacteriemias fueron 2 en mayo, 2 en junio, 9 en julio, 5 en agosto, 3 en setiembre y 1 en el mes de octubre. La población en estudio correspondió a 22 pacientes ingresados a la unidad, de los cuales 14 eran de sexo masculino y 9 femeninos , la edad mediana 5 meses ( rango entre 1 mes y 156 meses ) , el motivo de ingreso fue 11 pacientes con claudicación respiratoria inminente aguda por infección respiratoria baja, 5 sepsis, 3 traumas, 2 postquirúrgicos, 1 meningoencefalitis TBC . Los 22 pacientes al momento de las bacteriemias se hallaban con asistencia respiratoria mecánica, y 18 con catéter venoso central ( CVC ) . Las bacteriemias se produjeron entre los 2 y los 30 días de internación, con un promedio de 10 días. Se diagnosticaron 13 bacteriemias asociadas a CVC y 9 bacteriemias no asociadas. Para este periodo de 6 meses los pacientes expuestos al riesgo fueron 318 ; las bacteriemias asociadas a CVC fue 25 , la Tasa de IH 21,7% según paciente expuesto; y la Tasa de IH ajustada de 23,6 por 1000 días de uso. Los pacientes con bacteriemias no asociadas a CVC fueron 17 , la Tasa de IH 9,2% , y la Tasa de IH ajustada 10,9 por 1000 días de no uso. No se aisló BC en ninguna muestra de secreción respiratoria. Fueron tratados con Ceftazidime + amikacina 7; Carbapenems 13 asociados con ciprofloxacina 5, TMS 1, Rifampicina 2, amikacina 1; y 2 pacientes con ciprofloxacina + TMS. Fallecieron 3 pacientes.

No se obtuvo aislamiento de este germen en las muestras ambientales ni en los antisépticos.

**Conclusiones:** La Vigilancia continua de IH nos permitió detectar precozmente el brote de BC.

No se pudo documentar la fuente de infección . Por la alta sospecha de contaminación de las soluciones iodadas se revisaron las medidas de fraccionamiento de las mismas y las normas de utilización de antisépticos en procedimientos invasivos . De esta forma se logró modificar la situación sin documentar nuevos episodios hasta marzo de 2003.

## **EFECTO DE LA POSICION PRONA SOBRE LA OXIGENACION EN PACIENTES PEDIATRICOS VENTILADOS**

J.L. Araguas, N. Vidal, C. Mancilla, A.C. Blanco, J. Sansone, S. Repetto, L. Albano  
Hospital Nacional "Alejandro Posadas", Buenos Aires.

Diseño: Estudio clínico prospectivo, observacional

Objetivos: Documentar la mejoría en el intercambio gaseoso en pacientes pediátricos ventilados, con trastornos de la oxigenación, cuando son tratados en posición prona (pp). Determinar la persistencia en el tiempo de dicho efecto. Evaluar cambios hemodinámicos y registrar las complicaciones.

Población de pacientes: Se *incluyeron* pacientes con mas de 24 Hs y 120 Hs en asistencia respiratoria mecánica, entre el mes de edad y los 24 meses, con  $PaFi \leq 200$ , desde el 01/04/00 al 31/08/01. Se *excluyeron* aquellos que presentaron traumatismo encefalocraneano, trauma espinal, cirugía facial, cirugía abdominal, cirugía torácica, edema pulmonar cardiogénico, cardiopatía congénita, inestabilidad hemodinámica, quemados o con lesiones extensas de piel, neumotórax drenado, enfermedad terminal, oncológicos, y/o criterios de retirada del respirador.

Material y métodos: Los pacientes fueron ventilados en modo A/C, limitado por presión, ciclado por tiempo y sedados según guías de procedimientos del servicio.

Los datos se registraron como decúbito supino (supino 0), después de 1 hora de pronar al paciente (prono 1), a las 6 horas (prono 6), luego de lo cual se supinó nuevamente tomándose a la hora otra serie de determinaciones (supino 7). Se realizó una prueba diaria de decúbito prono en respondedores (R) y no respondedores (NR) interrumpiéndose la misma, si hubiera criterios de exclusión o complicaciones.

Se consideró (R) cuando hubo un incremento de la  $PaO_2 \geq 10$  mmHg o la  $PaFi \geq 20$  a los 60 minutos del estudio. La única intervención que se permitió sobre los parámetros del respirador fue la modificación de la  $FiO_2$ .

Estadística: Los datos se expresaron como media y desvios estándar. El test estadístico de t de Student.

Resultados: Se estudiaron 21 pacientes, edad promedio 5,8 meses (SD 4,1) rango (1 a 16) todos de causa pulmonar. 8 pacientes fueron R (38.1%) 8 pacientes NR (38.1%) y 5 (23.8%) pacientes cambiaron de un estado al otro en el transcurso de los días. Se cumplieron 46 ciclos: 23 (50%) fueron R y 23 (50%) fueron NR. No hubo cambios significativos entre los dos grupos en la hemodinamia ni en los parámetros ventilatorios. Todos los R continuaron siéndolo a las 6 hs del estudio. En los R la  $PaFi$  aumento de  $120 \pm 38$  a  $167.3 \pm 64$  ( $p=0.004$ ), los NR empeoraron la oxigenación y la  $PaFi$  disminuyó de  $117.9 \pm 54$  a  $111.3 \pm 44$  ( $p=0.65$ ). Se produjeron 2 extubaciones en los pacientes pronados (9.5%) y se observó edema facial en la mayoría de los pacientes.

Conclusiones: Se observó un aumento significativo en la oxigenación de pacientes con IPA y SDRA en posición prona. Esta mejoría se mantuvo durante el tiempo que duró el protocolo. La posición prona no produjo cambios hemodinámicos en ninguno de los pacientes. Se necesitaría un mayor número de pacientes para demostrar la eficacia de esta técnica coadyuvante de la ventilación en los niños severamente hipoxémicos.



**PRESENTACION DE UN CASO DE FISTULA BILIO PLEUROBRONQUIAL EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD POLIQUISTICA.**

Leandro Aguirre, Ana Adur, Sergio Benítez, Gabriela Queiroz, Romina Fiorentino, Romina Mattei, Néstor Arias, Armando L. Arata.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Presentación de un caso de fístula biliopleurobronquial como complicación de la enfermedad poliquistica renal .

**Presentación del caso:**

Motivo de ingreso: Hipotensión arterial, taquicardia, taquipnea, biliopneumonia.

Enfermedad actual: Paciente de 46 años de que ingresa 24 horas previas al servicio de nefrología por presentar episodios de tos con expectoración biliosa y evoluciona con cuadro de hipotensión arterial, taquicardia y taquipnea por lo cual es derivada a UTI.

Antecedentes de la enfermedad actual: 1) Insuficiencia renal crónica secundaria a enfermedad poliquistica renal y hepática, 2) Trasplante renal en 1994 con posterior rechazo agudo, 3) Mayo 2001: infección de quistes renales y posterior binefrectomía, 4) Septiembre de 2001: colección subfrénica mas empiema pleural y fístula bilio toracica con requerimiento de drenaje mas decorticación.

Examen físico datos de relevancia:

En hemitorax derecho hipoventilación global con disminución de las vibraciones vocales a partir de D7 y matidez a la percusión a partir de D7, uso de músculos accesorios. Aparato cardiovascular: edemas 2/6 bimaolares. Abdomen: doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, hepatomegalia de bordes irregulares.

Exámenes complementarios: RX tórax: Se ve radioopacidad homogénea en pulmón derecho (de D3 hacia la base). Pulmón izquierdo s/p. Seno costo y cardiofrénico derecho velado.

Laboratorio al ingreso: Hto: 30,9 %; GB: 9100; Plaquetas: 168000; Urea: 0,89 Glucemia 0,83; Quick: 53% KPTT: 35 seg. EAB: 7,16/14,9/133,9/5,2/-21/98% Pa/FiO2: 267,8 Ionograma 142/4,6

Se inicia tratamiento antibiotico con Imipenem Amikacina,, O2 terapia y protección gástrica.

Evolución: al no presentar mejoría de la insuficiencia respiratoria se intuba y se coloca en ARM con EAB control de 7,11/37/105/11,6/-17/96% Pa/FiO2 de 105.

Presenta hipotensión refractaria a expansión con volumen por lo que se inicia dopamina a 11 g/k/m.

Evoluciona con tendencia a la oliguria, mayor inestabilidad hemodinámica mala perfusión periférica requiere dopamina 30 g/k/m.

Permanece hipotensa a pesar de las crecientes dosis de inotrópicos y anúrica posteriormente presenta paro cardiorrespiratorio sin respuesta a las maniobras de reanimación y fallece

**Discusión:** se describe el casos de una paciente con antecedente de enfermedad poliquistica renal autosómica dominante (tipo I) y hepática, con trasplante renal, que evoluciona con infección de quistes hepáticos, absceso subfrénico, posterior empiema pleural derecho con decorticación. Ingresa a UTI con cuadro de shock séptico con insuficiencia respiratoria y franca biliopneumonia, característica sine qua non para el diagnostico de fístula biliopleurobronquial, el paciente obitó debido a una rápida evolución a falla múltiple de órganos, sin respuesta al tratamiento instaurado.

La fístula biliopleurobronquial es una condición rara de encontrar, cuya etiología puede ser congénita o adquirida resultando de infecciones biliares (hidatidosis, abscesos hepáticos bacterianos o amebianos), tumores, complicaciones quirúrgicas o traumáticas.

Se realizo una búsqueda bibliográfica por medios electrónicos en distintas bases de datos como MEDLINE, EMBASE, LILACS, Bireme, The Cochrane Library de casos de fístula biliopleurobronquial como complicación de la enfermedad poliquistica renal y hepática sin hallarse casos reportados similares.

**Conclusión:** a partir de la presentación de este caso, del cual no hay reportes en la búsqueda bibliográfica realizada, se debe considerar a la fístula biliopleurobronquial como una complicación grave y potencialmente letal de la enfermedad poliquistica renal y hepática.

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

Nº de tema

**B. Prefiero**  
 Poster  
 Oral

Leandro Aguirre

Apellido y nombre del relator

Castelli 192

1888

Domicilio

Código Postal

Florencio Varela

Buenos Aires

Argentina

Ciudad

Provincia

País

011-42557685

leoagustinaguirre@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece: Htal General de Agudos Dr.Cosme Argerich.....



**TROMBOSIS CAROTIDEA AGUDA POR TRAUMA PENETRANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

M. Salvay, P. Lavaselli, A. Vilkelis, V. Duarte, A. Catrina, J. Fuentes, L. Quinteros, C. Gómez, L. Ortiz, E. Lacombe.  
 Hospital Municipal de Urgencias, Córdoba, Argentina.

**INTRODUCCIÓN:** El cuello concentra una serie de estructuras vitales, cuyas lesiones penetrantes en ésta zona, son de evaluación y manejo complicado. Se divide en tres zonas: zona I; desde la clavícula hasta el cricoides, zona II; desde el cartílago cricoides hasta el ángulo del maxilar inferior, zona III; desde el ángulo del maxilar inferior hasta la base del cráneo.

La trombosis de la arteria carótida, ocurre por daño endotelial primario. La lesión de la misma tiene una incidencia del 6 al 9% en el trauma penetrante de cuello, con una mortalidad que oscila entre el 10 y el 20%. Dicha mortalidad aumenta cuando hay compromiso de la arteria carótida común, ya que esta se asocia a lesión de la vena yugular.

La lesión de la carótida, es por arma de fuego (HAF) 70%, arma blanca 20% (HAB), arma de fuego con carga múltiple 5%, trauma cerrado en cuello 5%.

Caso clínico: joven de 15 años que sufre HAF con carga múltiple en cuello zona I, II y región superior de tórax, con destrucción de tejido cutáneo, aponeurosis muscular, fractura expuesta de maxilar inferior, hematoma en cuello y hueco supraclavicular, con importante pérdida sanguínea (2000c.c.) en el prehospitalario. Al examen neurológico de ingreso, vigil, OTE, voz bitonal, sin daño neurológico central. En miembro superior izquierdo presentó imposibilidad de extensión y flexión del antebrazo, disminución de la motilidad proximal del brazo, que orientó a una lesión del plexo braquial, miosis izquierda, ptosis palpebral que hizo sospechar lesión del parasimpático (Claude Bernard Horner). Ingresó al hospital dentro de la primera hora del accidente.

Se realizó reanimación con coloides, cristaloides, hemoderivados. En las siguientes 6 horas se solicitaron:

1. Rx. cervical ( F y P): que mostró perdigones en la línea media del cuello y en base del cuello izquierdo, desviación de la traquea a la derecha.
2. Rx de tórax: neumotórax izquierdo que se drena.
3. Angiografía: trombosis de la arteria carótida primitiva izquierda con indemnidad de la arteria vertebral y subclavia izquierda.
4. Angiografía de los 4 vasos del cuello e intracraneal (para evaluar suficiencia del polígono de Willis): trombosis de carótida izquierda a nivel de la carótida primitiva con revascularización en carótida interna a través del polígono de Willis de la carótida derecha. Trombosis de carótida externa izquierda. Compresión por hematoma de la vena subclavia izquierda.

Se lo estabiliza e ingresa a cirugía, en donde se realiza cervicotomía exploradora y toilette de la herida, bypass carotideo con interposición de vena safena interna invertida y ligadura de la carótida externa izquierda sin uso de shunt Durante la cirugía se observó sangrado profuso, que lo inestabilizó hemodinámicamente que requirió 5000 c.c. entre coloides y cristaloides.

Pasa a U.T.I. lográndose la estabilidad hemodinámica dentro de las primeras 4 horas del ingreso a esta unidad ( se administró 2 unidades de plasma, 1 unidad de G.R.S.). Se comienza con antiagregantes plaquetarios. En las primeras 12 horas sé lo extubó y comenzó con dieta vía oral en la próximas 12 horas. Fue valorado por cirugía plástica y traumatología realizándosele curaciones diarias. A las 72 horas se retiro tubo de drenaje pleural. Día 11 se realiza RMN: para valorar plexo braquial izquierdo, observandose compromiso muscular importante que involucra a dicho plexo. Día 13 TAC de cuello y ecodoppler: By pass carotideo permeable Día 14 alta hospitalaria, lúcido, autoválido.

**DISCUSIÓN:** Al hospital de Urgencias de Córdoba durante el año 2002 ingresaron 71.265 ptes, 363 a UTI, de los cuales 20 por HAB (5,50%) y 30 por HAF (8,26%), de estos últimos 3 con lesión de cuello (10%) y la mortalidad se presento en uno de ellos. La bibliografía coincide que para ptes estable hemodinámicamente con lesión en zona I y III se debe realizar angiografía. En la zona II es de manejo clínico si el examen físico no revela compromiso vascular. En ptes inestables, si no se halla en coma profundo con pupilas dilatadas bilaterales y fijas, la conducta es quirúrgica inmediata.

**CONCLUSIÓN:** Las HAF son alarmantes y potencialmente letales. En este caso existió la confluencia de la edad, premura en la asistencia prehospitalaria, y un centro de trauma con médicos emergentólogos y acceso rápido a métodos de diagnóstico que permitieron la resolución favorable en este joven.

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

Trauma Nº de tema
----------------------

**B. Prefiero**

	Poster
	Oral

Apellido y nombre del relator SALVAY, Marcelo

Domicilio Caseros 985 depto. 6 C

Código Postal 5000

Ciudad Córdoba - Capital

Provincia Córdoba

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área)  
0351-465-7181

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 14 - Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock.  
7º Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva - Pediatría  
**Septiembre 6-9, 2003**



**157**

**Formulario de  
Presentación de  
Trabajos Libres**

---

Institución a la que pertenece Hospital Municipal de  
Urgencias.....

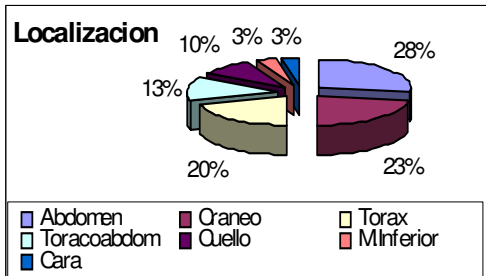
**INCIDENCIA DE HERIDAS POR ARMA DE FUEGO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**

V. M. Duarte, A. Catrina, P. Lavaselli, A. Vilkelis, M. Salvay, H. Fara, G. Blason, L. Ortiz, E. Lacombe  
 Hospital de Urgencias, Servicio de Terapia Intensiva, Córdoba, Argentina.

**OBJETIVOS:**

- a) Evaluar la incidencia de Heridas por Arma de Fuego (H.A.F.) que requirieron internación en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) durante un período de 12 meses.
- b) Evaluar la influencia de la localización de las H.A.F. respecto a la mortalidad en la U.T.I.

**MATERIAL Y MÉTODO:** La Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) del Hospital de Urgencias es polivalente. En el año 2002 ingresaron 363 pacientes de los cuales 30 (8,26%), fueron por H.A.F. Se consideraron las lesiones producidas por H.A.F. por bala única y/o múltiple de uso civil. Se evaluó el tiempo de internación, las causas de muerte y mortalidad global.



**RESULTADOS:** En un período de 12 meses ingresaron a la U.T.I. un total de 363 ptes, 30 de ellos (8,26%) correspondieron a H.A.F., cuyas edades oscilaron entre la segunda y sexta décadas de vida con predominio entre los 21 y 30 años. El 87% corresponden al sexo masculino y femenino sólo el 13%. Las localizaciones fueron: Abdomen 8 (28%), Cráneo 7 (23%), Tórax 6 (20%), Toracoabdominal 4 (13%), Cuello 3 (10%), Miembro Inferior 1 (3%) y cara 1 (3%), de los cuales 10 fallecieron (30%). La mortalidad total en la UTI durante el 2002 fue del 34,24% y el 2,75% correspondió a HAF.

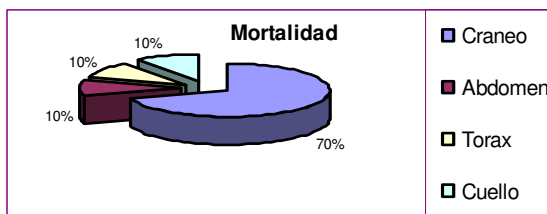
El AISS fluctuó entre 2 y 6 puntos con una media de 5 puntos, el mayor corresponde a lesiones en cráneo. El tiempo de internación varió entre algunas horas hasta 30 días con predominio entre los 6 y 10 días. Las causas de muerte fueron lesión encefálica provocada por la onda expansiva del proyectil propiamente dicho, otros por sepsis y shock hipovolémico.

Localización	AISS	Mortalidad	Días Internación
Cráneo	5	70%	Horas hasta 12 días
Abdomen	4	10%	30 días
Tórax	5	10%	7 días
Cuello	4	10%	7 días

**DISCUSION:** La disponibilidad y el uso creciente de armas de fuego de uso civil, ha aumentado significativamente la probabilidad de que una persona sea víctima de un trauma penetrante, esto coincide con el aumento de la violencia urbana.

Si bien las heridas por arma de fuego en la población civil constituyen un riesgo para la vida sobre todo en las grandes ciudades, su real incidencia en una U.T.I. de un centro de trauma es necesaria para recapacitar sobre el impacto en la mortalidad sobre todo por la localización. Cuando compromete tórax, abdomen o miembros, la recuperación del paciente se puede lograr con intenso trabajo profesional, pero cuando la localización es en el cráneo suele ser de presentación ominosa desde el inicio.

**CONCLUSIÓN:** Si bien la incidencia de las HAF en esta unidad es sólo del 8,26%, la mortalidad es elevada (30%), influenciada por la localización, que cuando compromete el cráneo aumenta considerablemente.



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

16

Nº de tema

**B. Prefiero**

Póster

Oral

Apellido y nombre del relator

DUARTE, Verónica Myriam

Domicilio Av. Cdad. de Valparaíso 4050 Bº Jardín Hipódromo

Código Postal

5016

Ciudad

Córdoba Capital

Provincia

Córdoba

País

Argentina

Teléfono (Indicar código de área)  
0351- 156778940

Fax (Indicar código de área)

Email dravmduarte@hotmail.com

Institución a la que pertenece .....Hospital de Urgencias.....



**TRAUMATISMO ABIERTO: EVALUACION DE PACIENTES QUE INGRESARON CON HERIDAS POR ARMA BLANCA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE.**

P. Lavaselli, A. Viikeliis, M. Salvay, V. Duarte, A. Catrina, L. Ortiz, V Carrizo Triay, S. Ricci .E Lacombe  
 Unidad de Terapia Intensiva – Hospital de Urgencias – Córdoba – Argentina.

**INTRODUCCION:** El trauma penetrante es causado más frecuentemente por armas blancas (cuchillos, navajas, empalamientos) y por proyectiles de arma de fuego. Las heridas por arma blanca (HAB) son debidas a penetraciones de baja velocidad y la mortalidad esta relacionada directamente con el órgano afectado. Los efectos secundarios, como la infección, están relacionados con la naturaleza del arma, los materiales que esta transporta hacia los tejidos y el derrame del contenido de vísceras huecas dentro de las cavidades corporales a partir de una lesión.

**OBJETIVO:** Evaluar y describir las características y complicaciones de las HAB en pacientes que necesitaron ingresar a la sala de terapia intensiva y correlacionar la morbimortalidad con los scores usados al ingreso: APACHE II, AIS 85, ISS.

**MATERIAL Y METODO:** Se realizo un estudio observacional retrospectivo durante un periodo de 12 meses(2002) donde ingresaron en el Hospital de Urgencias 71.265 ptes. En el área de emergencias 459 por HAB, de ellos 20p. requirieron cuidados en UTI. Durante dicho periodo ingresaron al servicio 363 pacientes.

**RESULTADOS:** Del total de los pacientes analizados: 19 fueron varones(85%), una mujer(5%), Edades entre los 18 y 50 años, con un promedio de 30. Con lesiones múltiples: (toracoabdominales) 4 ptes. (20%), lesiones unicas: 16 ptes.(80%).Localizaciones de lesiones: tórax 40%(8 ptes), abdomen30%(6 ptes) Toracoabdominal 20%(4 ptes) En miembros inferiores el 10 %(2 ptes). Complicaciones producidas por las HAB al ingreso: 6 neumotórax unilateral,4 hemotórax unilateral y uno masivo,3 hemoneumotórax,4 hemopericardio, de los cuales 2 presentaron taponamiento cardíaco con paro cardiopulmonar donde se le realizó en shock-room toracotomía anterolateral izquierda con el 100% de sobrevida sin secuelas ,de estos 2 pacientes. 5 ingresaron con evisceración.

Hallazgos quirúrgicos: Lesiones de órganos sólidos: hígado 20%, páncreas 20%, pulmón 20%, bazo 10%. Lesiones en órganos huecos: intestino delgado 24%, colon 14%, pericardio 14%, pleura 32%, corazón 7%, duodeno 3%, vía biliar intrahepática 3%, vejiga3%. Lesiones vasculares: arteria mamaria interna, intercostales, arteria y vena poplitea, arteria y vena femoral profunda, vena cava inferior, vena porta y arteria hepática. De las complicaciones relacionadas a las lesiones ( 81%) el 21% fueron quirúrgicas: resangrado hepático, suboclusión intestinal, fístulas de intestino delgado y de cecostomía, fístula arteriovenosa con síndrome compartimental. Las complicaciones clínicas no relacionadas 19%: neumonías intrahospitalaras, shock séptico, insuficiencia renal.

La estadía en terapia intensiva fue: 1-5 días 35%(7 ptes), entre 6-10 días 40%(8 ptes), entre 11-15 días el 10%(2 ptes) más de 15 días el 15% (3 ptes).

La sobrevida fué del 85%(17 ptes) y la mortalidad 15%(3 fallecieron), causas de muerte: shock séptico dos y pancreatitis necrotizante post traumática el restante.

**APACHEII** 12 ptes. entre 0-9, 6 ptes entre 10-14 y 2 ptes entre 15-20 .

**AIS 85:** 2 ptes AIS de 2, 5 ptes AIS de 3. 8 ptes. AIS de 4; 3ptes. AIS de 5, 2 ptes. AIS de 6.

**ISS** entre 1-15:10 ptes, entre 15-25:8 ptes y con ISS de 75: 2 ptes.

De los tres que fallecieron 2 ptes. un AIS de 4 con un ISS de 16 APACHEII 20-8 edad: 50-33 a. y el restante un AIS de 6 con ISS de 75 APACHEII 12 edad: 47 a.

**CONCLUSION:** Se resalta la alta incidencia de HAB en personas jóvenes, de sexo masculino y con lesiones únicas en tórax. Cabe destacar que si bien los ptes presentaron un Scores de Severidad elevado, la mortalidad fue significativamente menor debido a la premura en el accionar del equipo médico interviniente. Todos fueron explorados quirúrgicamente. Consideramos que los traumatismos penetrantes no permiten demora en su terapéutica, debido a la alta mortalidad que representa el shock inicial, que de no ser revertido oportunamente conduce al fallo multisistémico. Por ultimo se pudo observar que no se correlacionó la mortalidad con los Scores hallados al ingreso.

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

N° de tema

**B. Prefiero**

SI Póster  
 Oral

Apellido y nombre del relator

LAVASELLI PAULA ANDREA

Domicilio

Av. Colon 635 11 b Alberdi

Código Postal 5000

Ciudad

CORDOBA

Provincia

CORDOBA

País

ARGENTINA

Teléfono (Indicar código de área)0351-4262530

Fax (Indicar código de área)

Email Paula377hotmail.com

Institución a la que pertenece HOSPITAL DE URGENCIAS.....



**COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES DE PROTECCION DE LA VIA AEREA AL MOMENTO DE LA EXTUBACION**

M.E. Berti; R. Broggi; P. Clos; L. Cópola; L. Díaz Coria; F. Dursi; P. Eguillor Stivale; G. Giuliano; J. Lardiés; V. Mendiondo; M. Papucci; N.G. Roux y A. Scollo.

Hospital Juan A. Fernández. Residencia de Kinesiología. Capital Federal. Argentina.

**Objetivos:** Los índices de reintubación publicados varían entre 4 y 35%. Por lo tanto, minimizar el riesgo de reintubación es indispensable, ya que, los pacientes reintubados presentaron mayores índices de morbilidad, mortalidad, tiempo de VM, estadía en UTI y costos de internación.

Los objetivos de este trabajo son: 1) observar el comportamiento de los mecanismos de protección de la VA en el momento previo a la extubación a través de diferentes mediciones. 2) verificar si existen diferencias significativas entre las variables evaluadas en el grupo de pacientes extubados con éxito y aquellos que fracasaron en la extubación.

**Materiales y métodos:** La población incluye a todos los pacientes intubados orotraquealmente y ventilados por más de 24 hs. internados en las UCI del Hospital de Agudos Juan A. Fernández desde marzo de 2001 hasta marzo de 2003. Deben haber superado una prueba en Tubo en "T" por un período mínimo de 30 minutos y también contar con la indicación médica de extubación. Se excluyen de este trabajo aquellos pacientes con antecedentes de reintubación y quedan eliminados los pacientes que requieran reintubación inmediata por edema de glotis. El diseño corresponde a un trabajo prospectivo-observacional. Se evalúan las variables implicadas en la protección de la VA y otras relacionadas. Las variables seleccionadas son: Pemáx., tos (relacionadas con el manejo de secreciones), manejo del material orofaríngeo, tragadas automáticas, reflejos faríngeo y deglutorio (relacionadas con el mecanismo deglutorio), frecuencia de aspiraciones, calidad de las secreciones, GCS, Escala de Ramsay, APACHE II, tiempo de Tubo en "T" y días de VM. Finalizada la evaluación el paciente es extubado y se controla su evolución por un lapso de 72 hs. La extubación exitosa consiste en la remoción del TET y mantenimiento de la respiración espontánea por más de 72 hs sin la subsiguiente reintubación o ejecución de TQT. La extubación fallida o sin éxito se define como la necesidad de reintubación o muerte inesperada dentro de las 72 hs de la extubación. En base a esto, se categoriza a los pacientes en dos grupos:

**GRUPO A:** Extubación exitosa y **GRUPO B:** Extubación fallida por alteración de los mecanismos de protección de la VA y otras causas.

Los datos categóricos fueron analizados utilizando el test de  $\chi^2$  y las variables continuas se estudiaron con test no paramétricos de acuerdo a su distribución (Test de Mann-Whitney). Se realizó un análisis de regresión logística considerando éxito o fracaso de la extubación como variable dependiente. El modelo incluyó como variables independientes el sexo y los siguientes parámetros relacionados con la protección de la vía aérea: GCS, reflejo faríngeo, Pemáx., tos espontánea y tos efectiva. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se observó una diferencia significativa en relación a las siguientes variables: GCS ( $p= 0,03$ ), reflejo faríngeo ( $p=0,002$ ) y frecuencia de aspiraciones en 4 horas ( $p=0,02$ ). En el análisis de regresión logística la única variable independiente que se asoció con fracaso de extubación fue la ausencia de reflejo faríngeo: OR 20,3 (IC 95% 1,3 a 242,2). De los pacientes con reflejo ausente, el 75% fracasaron y el 25% tuvieron éxito en la extubación; mientras que los pacientes con reflejo presente, el 19,4% fallaron y el 80,6% fueron extubados favorablemente. En el resto de las variables medidas no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

**Conclusión:** Se evaluó el comportamiento de los mecanismos de protección de la vía aérea y se constató que existen diferencias significativas en: GCS, aspiraciones en 4 horas y reflejo faríngeo. Además, la ausencia del reflejo faríngeo se asoció con una mayor chance de reintubación.

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

6

Nº de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral SI

Poster

Oral SI

Apellido y nombre del relator PAPUCCI MARINA

Domicilio SANCHEZ DE BUSTAMANTE 2167 9º A

Código Postal 1425

Ciudad Capital Federal

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono (011) 4829-2166

Fax (Indicar código de área)

Email marinapapu@tutopia.com

Institución a la que pertenece ...HTAL. J. A. FERNANDEZ.....





**UTILIDAD Y COMPARACIÓN DE TRES SCORES DE GRAVEDAD (APACHE II, SAPS II Y SOFA) EN LA VALORACIÓN DE PACIENTES CRÍTICOS.**

Rodríguez A, Vetere L, Farina P, De Janon L, Arcieri S, Cueto P, González J, Vega P  
 UCI – UAI Hospital Universitario – Universidad Abierta Interamericana – Buenos Aires

**Objetivo:** 1.- Valorar la utilidad de tres scores de gravedad: APACHE II (AP), SAPS II (SA) y SOFA (SO) respecto del pronóstico de los pacientes críticos (PC).  
 2.- Evaluar si la combinación entre estos mejora la performance individual.

**Diseño:** Estudio prospectivo observacional de cohorte

**M y Método:** Se determinó durante 20 meses (Ago 01/ Mar 03) en todos los PC admitidos en la UTI que permanecieron por más de 24 horas el AP, SA y SO al ingreso. Además se registraron las variables demográficas, diagnósticos de ingreso (clínico (C); quirúrgico de urgencia (QU); quirúrgico electivo (QE); y cardiológico (CA)) y la mortalidad (M) en UTI. Se efectuó la comparación de la performance de los diferentes indicadores por separado y al combinar AP y SA con SO. Los resultados se expresan en porcentajes, medias y medianas y el análisis estadístico se efectuó mediante regresión logística múltiple (RLM), bivariada (RLB), test de Wilcoxon y Chi cuadrado según fue necesario. Se trazaron las curvas ROC para cada score por separado y luego de su comparación para evaluar si ello mejoraba su performance.

**Resultados:** Se admitieron en la UCI 561 PC (49% mujeres). La M general fue de 26.4 % ( 148 fallecidos) La edad x fue de 67.2 +- 7.3 , con una estadía X DE 5.9 +- 2.7. La distribución según el diagnóstico de ingreso fue la siguiente: C 382 PC ( 68.1%); QU 59 (10.5%); QE 100 (17.8%) y CA 20 (3.6%). Mediante RLM utilizando M como variable dependiente y los 3 scores al ingreso como predictores independientes, se observó que solamente el AP y SA fueron predictivos. Las curvas ROC obtenidas de AP, SA, SO y sus combinaciones AP-SO Y SA-SO fueron similares , no presentando diferencias significativas entre ellos .

SCORES	Area ROC +- ES	IC 95%
AP II	75.4%+- 2.3%	70.7% , 79.9 %
SA II	77.2 % +- 2.3%	72.5 % , 81.8 %
SO	73.3 % +- 2.5 %	68.2 % , 78.2 %
AP II + SO	76.4 % +- 2.4 %	71.5 % , 81.1 %
SA II + SO	75.6 % +- 2.4 %	70.7 % , 80.4 %

**Conclusiones:** En nuestro estudio se observó que el AP y SA fueron predictivos al ingreso, no así el SA por lo cual podemos concluir que el último no sería en nuestra población un buen predictor de mortalidad. Sin embargo al realizar las curvas ROC todos los scores demostraron una buena performance , la cual no mejoró con la combinación de un score fisiológico con otro de disfunción multiorgánica, es decir la habilidad para distinguir entre que un paciente sobreviva y otro fallezca es igual en todos los modelos.

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

Nº de tema

**B. Prefiero**


Poster

Oral

FARINA, Pablo

Apellido y nombre del relator  
 Juárez 3653

1650

Domicilio

Código Postal

San Martín

Buenos Aires

Argentina

Ciudad

Provincia

País

011 4755-3243

[pablofarina@vaneduc.edu.ar](mailto:pablofarina@vaneduc.edu.ar)

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

**REDUCCIÓN DE COSTOS EN UTI: ROL DE LA FARMACIA SATÉLITE**

GaleanoC, Martínez V, Torres Boden M, Arata A

Unidad de Terapia Intensiva. Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich. Buenos Aires. Argentina

**Introducción**

El presupuesto para Terapia Intensiva puede representar entre el 1% y el 3% del PBN. Una gran proporción se gasta en medicación (Med) e insumos biomédicos (IB). Se ha propuesto la incorporación de profesionales farmacéuticos y/o el establecimiento de una Farmacia Satélite en las Unidades Críticas con el objetivo de optimizar los recursos, sin embargo, se cuestiona el incremento del costo que ello representaría. En este estudio se realiza una evaluación farmacoeconómica del Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Diaria (SDDD) luego de la instalación de una Farmacia Satélite en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich.

**Objetivo**

Evaluar los costos directos de Med e IB a partir del establecimiento de una farmacia satélite en UTI.

**Material y Método:****Diseño:**

Estudio de comparación, de antes y después, longitudinal.

**Método**

Se comparo los costos de dispensación de medicamentos correspondiente al periodo Octubre-Noviembre del año 1998 con respecto del mismo período del año 1999 de todos los pacientes ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich.

El primer periodo se analizó de forma retrospectiva con los datos obtenidos de las planillas del sistema de dispensación tradicional P-SDT utilizado en Farmacia Central del Hospital. El segundo período se analizó en forma prospectiva, luego de la incorporación de una Farmacia Satélite en UTI. Se diseñó una planilla de dispensación por dosis diaria individualizada por paciente P-SDDD. Las variables estudiadas fueron cantidad de pacientes ingresados, costo de Med y IB y porcentaje de reducción de los mismos.

**Resultados:**

En el periodo SDT-1998 sobre un total de 327 pacientes se registró un gasto en Med de \$ 122.041 e IB de \$46.194, totalizando la suma de \$168.235. En el periodo SDDD-1999 sobre un total de 399 pacientes los gastos en Med registrados fueron de \$ 104.904 e IB de \$37.710, totalizando la suma de \$142.614.

El porcentaje de reducción para Med e IB fue del 14.04% y 18.36% respectivamente, siendo el total de reducción del 15.23%.

**Conclusiones:**

La incorporación de una farmacia satélite en UTI permitió la reducción de los costos directos de Med e IB del 15,23 % (\$ 25.621) en un periodo de 3 meses.

La presencia del profesional farmacéutico en la sala cumple un rol fundamental en el uso racional de los recursos, ya que optimiza la dispensación, recupera los medicamentos no administrados evitando la acumulación de los mismos en la unidad con el riesgo de su posible vencimiento e inutilización y permite la continuidad de la terapéutica ante las faltas de stock, satisface los requerimientos terapéuticos de los pacientes internados, favorece la actividad multidisciplinaria y contribuye a disminuir los gastos en el sistema de salud.

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

Nº de tema

**B. Prefiero**  

Póster

Oral

Apellido y nombre del relator : Galeano Cecilia

Domicilio Garibaldi 1879

Código Postal 1167

Ciudad Capital Federal

Provincia Buenos Aires

País Argentina

Teléfono 011-4302-4248

Fax

Email: galeanocecilia@hotmail.com

Institución a la que pertenece .....Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich.



**AUTOPSIA EN LA TERAPIA INTENSIVA : UNA HERRAMIENTA SUBESTIMADA.**

N. Arias, A. Adur, L. A. Aguirre, S. Benitez, G. Queiroz, Romina Fiorentino, Romina Mattei. A.L.Arata.  
 Htal. Dr. Cosme Argerich-Unidad de terapia Intensiva-Buenos Aires-Argentina

**Introducción:**

La autopsia brinda una oportunidad de aprendizaje siendo sus dos mayores utilidades evaluar la calidad de atención y dar el diagnóstico final de muerte. Sin embargo, la tasa de autopsias ha ido decayendo hasta llegar a un 10% de los obitos. Las causas se atribuyen a la mejor capacidad diagnóstica de los estudios complementarios, el temor a acciones legales y a la dificultad de tratar el tema por familiares y médicos.

**Objetivo:**

Presentar un caso clínico, que muestra la importancia de la autopsia en una paciente de 21 años que si bien presentaba alto riesgo de muerte, la evolución rápida y fatal fue inesperada.

**Presentación del caso:**

Paciente de 21 años, sin antecedentes patológicos que consulta por neumonía grave de la comunidad(NAC). Ingres a la unidad de cuidados intensivos con distres severo y compromiso hemodinámico. Requiere de ARM, presentando en sangre arterial un ph:7.10/pCO<sub>2</sub> 47.7mmHg/ pO<sub>2</sub> 59 mmHg/ HCO<sub>3</sub> 14/ EB -9/ 81 de Sat%, con una FIO de 100% , PAFI de 50 y soporte inotrópico. En el ECG presentaba Bloqueo Incompleto de Rama Derecha(BIRD) con desviación del eje hacia la derecha y signos de sobrecarga del ventrículo derecho. En la Rx de tórax se observa un infiltrado intersticial bilateral en cuatro cuadrantes, sin cardiomegalia. Evoluciona sin cambios respiratorios significativos. El score de Murray fue de cuatro. A las 10 hs del ingreso presenta taquicardia ventricular, se realiza tratamiento con cardioversión eléctrica , asociada a amiodarona y gluconato de calcio sin respuesta y fallece.

La anatomía patológica demostró exudado inflamatorio agudo, con ocupación de los espacios alveolares por polimorfonucleares en ambos campos pulmonares, compatibles con NAC grave y en el corazón se describe en la pared libre del ventrículo derecho reemplazo focal y difuso de miocitos por tejido adiposo y fibroso hallazgo característico de Displasia Arritmogénica de Ventrículo Derecho (DAVD).

**Discusión:**

En las últimas décadas el uso de la autopsia como método de aprendizaje ha decaído por el avance de la tecnología médica que lleva a diagnósticos más certeros antes de la muerte, pero se continúa utilizándose para el diagnóstico de la causa de muerte y control de calidad de la atención. En esta paciente se atribuyo su muerte al distres, dada la gravedad del mismo si bien, la precocidad y tipo de desenlace fue inesperado (arritmia refractaria). En la autopsia se confirma el diagnóstico de su patología de base, pero se detecta asociada una cardiopatía subyacente, no conocida hasta el momento.

La DAVD es una cardiopatía de pacientes jóvenes , varones, atletas . Es de etiología desconocida, al igual que su incidencia y prevalencia . Se caracteriza por que el tejido miocárdico del ventrículo derecho es reemplazado por tejido fibroadiposo que interfiere en la actividad eléctrica, causando la aparición de ritmos irregulares que pueden derivar en una taquicardia ventricular, fibrilación ventricular y muerte. Se postula que en la génesis de las mismas intervienen mecanismos automáticos mediados por catecolaminas. En el ECG se puede encontrar QRS ensanchado en V1-V3 y BIRD. Puede ser refractaria al tratamiento farmacológico y requerir ablación, cirugía, marcapasos e incluso trasplante para su control. Probablemente la hipoxia y el uso de inotrópicos favoreció los mecanismos arritmogénicos.

Este caso corresponde a la clase II de la clasificación de Goldman de Hallazgos en la autopsias que incluye diagnósticos cuya detección no hubieran llevado a cambios en el manejo, ya que la única opción disponible en la urgencia son los antiarrítmicos y cardioversión eléctrica. Las cardiopatías son la segunda causa de diagnósticos ocultos en una serie del mismo autor.

**Conclusion:**

La Terapia Intensiva tiene mayor discrepancia en los diagnósticos pre y post-mortem que otras áreas, ya que los avances en los procedimientos diagnósticos no siempre están al alcance de pacientes inestables. La autopsia, por lo tanto continua siendo de inestimable valor para llegar al diagnóstico definitivo de los pacientes críticos, mas aún, en los que fallecen dentro de los primeros días del ingreso.

**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

Poster

Oral

ARIAS, NESTOR EDUARDO

Apellido y nombre del relator

NICETO VEGA 5319 , piso 2, dpto. 12

Domicilio

Código Postal

CAPITAL FEDERAL

BUENOS AIRES

ARGENTINA

Ciudad

Provincia

País

011-4775-3139

Nestorarias02@hotmail.com

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email

Institución a la que pertenece

HOSPITAL DR COSME ARGERICH.....



**LOCALIZACIONES CEREBRALES DE ACCIDENTES CEREBROVASCULARES POR TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA Y SU RELACION CON LA MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA.**

A Acosta; R Karatanasopuloz; G Levy; Y Haydar; Ch Monjes; H Luna; M López Veron.  
 Terapia Intensiva Hospital J.R.Vidal. Corrientes, Argentina.

**ANTECEDENTES:** Todo paciente con un rápido inicio de anormalidades neurológicas y descenso en el nivel de conciencia, sugiere la presencia de una lesión intracraneal aguda, por lo que las imágenes tomográficas (TAC) deberían realizarse con urgencia a fin de obtener el diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV), su tipo, localización ,pronóstico y determinar su tratamiento.

**OBJETIVO:** Determinar por TAC las localizaciones de los ACV, de pacientes internados en Terapia Intensiva y correlacionarlos con la mortalidad.

**MATERIALES Y METODOS:** Se realizó el estudio de 116 imágenes cerebrales obtenidas por TAC durante las primeras 24 a 72 horas, de los pacientes que ingresaron a Terapia Intensiva con diagnóstico de ACV en el período diciembre de 1999 a diciembre de 2002. Se los agrupó de acuerdo a su origen en isquémicos o hemorrágicos, y de acuerdo a las localizaciones cerebrales correspondientes. Estos datos los correlacionamos con la mortalidad. Denominamos lobares a las lesiones ubicadas en los lóbulos frontales, parietales, temporales u occipitales; gangliobásales a aquellas que incluían a los núcleos caudados, lenticular; tálamo y a la cápsula interna; troncales a las ubicadas en protuberancia y/o bulbo raquídeo; y cerebelosas, subdurales y subaracnoideas a las lesiones ubicadas en los espacios del mismo nombre.(5,6,7)

**RESULTADOS:** De las 116 imágenes estudiadas, 71 pertenecían a mujeres y 45 a varones, con una edad promedio general para el grupo de 59 años. Las imágenes correspondientes a los accidentes isquémicos fueron de 46 (40%) y las de los accidentes hemorrágicos fueron de 70 (60%). Las localizaciones de causa isquémica las clasificamos en cerebrales lobares (25 pacientes, mortalidad de 56%), gangliobásales, cerebelosas y troncales y a los hemorrágicos en cerebrales lobares, gangliobásales, cerebelosas, troncales, subdurales y subaracnoideas. El número de pacientes que presentaron esas localizaciones se detallan en las Tablas N° 1 y 2. Cuando estudiamos la mortalidad de esos pacientes en Terapia Intensiva y lo comparamos con las localizaciones de los Accidentes Cerebro Vasculares, resultó para los isquémicos: cerebrales lobares 14 óbitos; gangliobásales 4 ; cerebelosas 1 y troncales 3 . Para los Hemorrágicos: lobares 8 óbitos; gangliobásales 1; cerebelosos 1 ; troncales 4; subdurales 2 y subaracnoideos 5. La mortalidad general para ambos grupos fue: Isquémicos 22 pacientes (47%) y Hemorrágicos 38 pacientes (51%).

**CONCLUSIONES:** Las imágenes tomograficas son esenciales para el diagnóstico de accidente cerebrovascular, definir su tipo y localización, pudiendo de esta manera establecer además, en base a nuestros estudios, el riesgo de muerte. De acuerdo a ellas, predominan los hemorrágicos (60%) sobre los isquémicos (40%), en nuestra serie, predominando la localización lobar seguida por los gangliobasales, cerebelosas y troncales. Los de tipo hemorrágicos predominan en localización gangliobasal, seguido de los lobares, hemorragias subaracnoideas, troncales, subdurales y cerebelosos. La mortalidad general fue similar en ambos grupos; 47% para los isquémicos y 51 % para los hemorrágicos. Las localizaciones troncales y lobares son las que se acompañaron de mayor mortalidad.

Localización	Número	Obitos	% Mortalidad
<b>Lobares</b>	25	14	56%
<b>Gangliobas.</b>	14	4	28%
<b>Cerebelosos</b>	4	1	25%
<b>Troncales</b>	3	3	100%

ACV Isquemicos

Localización	Numero	Obitos	% Mortalidad
<b>Lobares</b>	14	8	57%
<b>Gangliobas.</b>	34	18	52%
<b>Cerebelosos</b>	2	1	50%
<b>Troncales</b>	5	4	80%
<b>Subdurales</b>	3	2	66%
<b>HSA</b>	12	5	41%

ACV Hemorrágicos

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

9  
 N° de tema

**B. Prefiero**

Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator Haydar Yamila Liliana

Domicilio Necochea 1050

Código Postal 3400

Ciudad Corrientes

Provincia Corrientes

País Argentina

Teléfono (Indicar código de área)

Fax (Indicar código de área)

Email levygustavo@yahoo.com.ar

Institución a la que pertenece Hospital José Ramón Vidal



**TRAUMATISMO PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO: ANALISIS DE 303 PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

J.M.Sansón, A.Marino, P.Revel Chion, O.Gomez, L.Leit, L.Vigliotta, M.S.Tegli, E.R.Fernandez W.Paz.  
Complejo Médico de la Policía Federal Argentina Churrucá-Visca, Servicio de Terapia Intensiva, Capital Federal, Argentina.-

**OBJETIVO:** Establecer la distribución topográfica, analizar las variaciones pronósticas según el sitio de procedencia y la utilidad del TRISS como score de gravedad en trauma penetrante por arma de fuego.

**MATERIAL Y METODOS:** Se evaluó en forma retrospectiva una muestra de 303 pacientes (288 hombres, 15 mujeres), ingresados entre el 01/01/98 y el 01/04/03. El registro de los datos de los pacientes: edad, sexo, días de internación (D.INTER), número de impactos, Trauma Score Review (TSR), Injury Severity Score (ISS) y Trauma Injury Severity Score (TRISS PRE) preliminar, fueron consignados en forma exclusiva por dos de los autores. Se estableció TRISS definido (DEF) de la población, Según la procedencia y lugar quirúrgico se conformaron tres grupos: derivado operado (DO), ingresados a cuidados intensivos y luego a quirófano (UQU) y provenientes de quirófano (QX), comparando scores, mortalidad observada y días de internación. Se excluyeron los heridos de bala en cráneo. Se comparo la mortalidad mediante la Prueba Exacta de Fisher a dos colas, considerando significativo un valor  $p \leq 0,05$ .

**RESULTADOS:** En la muestra analizada, la edad promedio fue 39 años, la relación Hombre/Mujer:19/1, el promedio de internación 6.6 días, la mortalidad fue 21%, la probabilidad de muerte por TRISS 28.5%, el ISS de 27, observándose por el TRISS DEF que la supervivencia actual y la esperada no son significativamente diferentes desde el punto de vista estadístico.

TOPOGRAFIA	#Nº PAC	%	IMPACTOS	Nº H.ASO*	D. INTER	MORT	ISS	TSR	TRISS
CRANEO	58	19,14	1,39	21	7,10	55,17	60,85	3,93	75,71
MAXILOFACIAL	25	8,25	2,25	34	5,42	4,00	16,52	6,94	13,60
CUELLO	26	8,50	2,19	34	8,41	15,38	17,50	6,46	24,60
TORAX	105	34,60	1,92	116	8,14	10,47	20,35	6,75	17,90
ABDOMEN	127	41,91	1,98	129	7,91	14,17	21,17	6,46	22,20
PELVIS	10	3,30	2,40	19	6,82	20,00	25,50	5,84	31,40
MMSS	48	15,84	2,66	72	4,22	6,25	17,54	6,95	15,30
MMII	55	18,48	3,01	82	4,27	14,54	22,33	6,76	21,20
TRM	27	8,91	1,53	35	11,14	22,22	20,92	6,38	19,70
TOR-ABD	46	15,58	2,17	28	10,04	17,39	24,36	6,09	28,00

\*Nº H.ASO: número de heridas asociadas. #Nº PAC: número de pacientes.

GRUPOS	Nº PAC	D.INTER	MORT	ISS	TSR	TRISS
DO	25	9,96	28,00 %	20,00	6,10	24,90
UQU	42	7,37	9,52 %	20,98	6,88	15,40
QX	50	5,43	4,00 %	19,34	6,84	17,20

**CONCLUSION:** En la muestra analizada, la injuria penetrante mas frecuente fue la abdominal, seguida por la torácica y en tercer lugar la craneana. La mortalidad en el Grupo DO fue estadísticamente mayor que la observada en el Grupo QX ( $p=0,005$ ). No se observó diferencia significativa en la mortalidad entre los Grupos QX y UQU. La mortalidad predicha por el TRISS y la observada en nuestra población no presento diferencias estadísticas significativas ( $Z: -0,16$ ), concluyendo que el TRISS es un buen predictor de mortalidad en los pacientes con trauma penetrante por arma de fuego.

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

Nº de tema

**B. Prefiero**  
 si Poster  
 Oral

Apellido y nombre del relator: Sanson José Manuel

Domicilio Av. Sánchez de Loria 2351 2º "A"

Código Postal 1241

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Teléfono 011-4912-2434

Fax 011-49094129

Email sansonjose@hotmail.com

Institución a la que pertenece: Complejo Medico de la Policía Federal Argentina Churrucá Visca.

## **EL COMPORTAMIENTO DE LA CPK EN LAS PRIMERAS 12HS DE UN SCA SIN ELEVACION DEL ST PERMITIRIA IDENTIFICAR LA EXISTENCIA DE UN IAM NO Q SIN DISPONER DE LA TROPONINA.**

Bono, J.; Trucco, E.; Castelli, S.; De Elias, R.; Kiener, O.

Servicios de Unidad Coronaria y Laboratorio, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El manejo del dolor precordial con ECG no concluyentes de IAM se debería hacer con Troponina T (TnTc), lo que es difícil cuando no se dispone de la misma. Objetivo: Evaluar si el comportamiento de la CPK en las primeras horas del Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (SCASEST) permitiría identificar pacientes (p) que evolucionaran a un IAM sin elevación del ST (IMSEST).

**Material y Método:** Se estudiaron 290 p (92 mujeres y 198 hombres), edad media 62+-10años en los que el ECG no fue concluyente de IAM. Se realizaron determinaciones de TnTc, CK, CKmb, glóbulos blancos, score TIMI, diabetes y el uso previo de aspirina y/o betabloqueantes (BB). Los P fueron divididos de acuerdo al valor de TnTc <o> de 0,10ng/ml sin y con IMSEST respectivamente al ingreso, a las 6 hs y a las 12 hs.

**Resultados:** Los P sin IMSEST se observó una disminución estadísticamente significativamente de la CPK con respecto al ingreso ( $p<0,001$ ). Los que tenían TnTc fue  $>0,10$  ng/ml a las 6 hs se observa un aumento significativo de la CPK con respecto al ingreso ( $p<0,0001$ ), en el grupo de IAM a las 12 hs se observa diferencias significativas sólo entre el valor de la CPK a las 12 hs con respecto al ingreso ( $p<0,01$ ). Con respecto a los grupos entre sí no se observaron diferencias entre los valores de CPK al ingreso entre los 3 grupos (sin IAM, IAM 6 hs e IAM

12 hs)  $p=0,12$ ; a las 6 hs se observa un aumento muy significativo del valor mediana de CPK en grupo IAM 6 hs el cuál difiere significativamente del grupo sin IAM e IAM 12 hs ( $p<0,0001$ ). El uso previo de AAS no se encontró asociado con IAM ( $p=0,20$ ). Tampoco se observó asociación de Diabetes e IAM ( $p=0,55$ ). Los que tuvieron IAM a las 12 hs tomaban más BB ( $p<0,005$ ) (27,6% IAM ingreso, 33,3% IAM 6 hs y el 65,2% IAM a las 12 hs.

**Conclusión:** el comportamiento de la CPK en las primeras 12 hs permitiría identificar aquellos pacientes que podrían evolucionar con un IAM no Q, lo que ayudaría a los que no disponen de TnTc para el manejo de estos pacientes. La ingesta de BB previa al SCASEST demoraría la elevación enzimática que confirma un infarto.

## SCORE DE PROBABILIDAD QUE PERMITIRIA IDENTIFICAR PACIENTES CON UN INFARTO DE MIOCARDIO SIN ELEVACION DEL SEGMENTO ST ANTE LA IMPOSIBILIDAD DE DISPONER TROPONINA T.

Bono, J.; Trucco, E.; Castelli, S.; De Elias, R.; Kiener, O.

Servicios de Unidad Coronaria y Laboratorio, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

La detección de pacientes (p) con IAM sin elevación del segmento ST con la Troponina T (cTnT) ha dejado ser un problema clínico, lo es en países como el nuestro, en que por distintas razones no todos pueden disponer de la misma.

**Objetivo:** Analizar la utilidad de un score con CK, CK-mb y de otros indicadores clínicos para detectar p con probabilidad de tener un IAM no Q.

**Material y Método:** Fueron estudiados 219 p que ingresaron a la UCO con diagnóstico probable de Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST(SCASST) y ECG no concluyente. Se diagnosticó IAM no Q con  $\geq 0,10$  ng/ml de cTnT con dosaje cuantitativo por Elysa durante las primeras 12 hs. Se cor-relacionó los datos obtenidos con medición seriada de cTnT, CK y CK-mb (<6, 6 y 12 hs).

**Resultados:** Prevalencia acumulada de IAM no Q según cTnT fue 18,3%, 29,7% y 36,5% a <6, 6 y 12 hs de iniciado el angor. El Análisis de regresión logística múltiple logró identificar 5 factores independientes: cambios en Onda T, Leucocitosis, profilaxis con AAS, CK >150 en cualquier momento, elevación o ningún cambio de CK a 6 hs ó 12 hs y una CK-mb >2% hasta 6 hs o >1% a las 12 hs. Entre ellos CK 6-12 hs  $\geq$  al valor de ingreso (P<0,0001 OR=9.3), o de la CK-mb >2% hasta 6 hs y/o >1% a las 12 hs (P<0,05 OR=4.1). Por curva ROC, se determinó que los valores absolutos de CK-mb a <6, 6 y 12 hs tienen un valor pronóstico en términos de 70,7% (IC95% 63,2-78,3), 81,6% (IC95% 75,3-88,0) y 77,6% (IC95% 70,5-84,7) respectivamente, donde el valor de corte (Cutoff) sugerido para el diagnóstico de IMSST se encuentra en una CK-mb >2% hasta las 6 hs y >1% a las 12 hs. Los p con CK-mb >2% hasta las 6 hs y/o CK-mb >1% a las 12 hs presentan una prevalencia de IAM no Q de 61,2% contra 20,9% de p con < valor de CK-mb (P<0,0000001). Con los 5 factores, probabilidad de un SCASST se puede realizar en 75% de los (p) (sensibilidad(s) 70% y especificidad(e) 78%). O bien, 64% de los (p) (s) 91% y (e) 48% con medición de CK y CKmb.

**Conclusión:** La lectura seriada de CK y CKmb dentro de las primeras 12 hs y marcadores clínicos en un SCASST y ECG no concluyente permitiría establecer la probabilidad de un IMSST en al menos 3 de cada 4 p, resultando una herramienta útil y sencilla en ausencia de cTnT.

## EL USO PREVIO DE ASPIRINA TIENE UN FACTOR PROTECTOR EN LOS PACIENTES CON SCASEST QUE NO ES MODIFICADO NI POR LOS INHIBIDORES DE LA ECA NI POR LOS BETABLOQUEANTES

Bono, J.; Fernández Cid, G.; Ramos, H.; Suasnabar, R.; Trucco, E.  
e Investigadores del Estudio Multicéntrico Argentino TROTESATI.  
Comité de Unidad Coronaria de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

**Introducción:** El uso previo aspirina (AAS) previa en Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (SCASEST) es controvertido su valor pronóstico y su asociación con los Beta Bloqueantes (BB) o Inhibidores de la ECA (IECA).

**Objetivo:** Analizar el valor pronóstico del uso previo de la AAS, de los (BB) y de los IECA sobre la tasa de eventos intrahospitalarios (EI) y su interrelación entre ellos si la hay. 2° El rol de la leucocitosis en (p) admitidos con diagnóstico de SCASEST.

**Material y método:** Se estudió la asociación entre consumo de AAS, GB  $> <$  a 10000, BB e IECA con distintos end point en un total de 543 pacientes (P) del estudio multicéntrico argentino TROTESATI. Los (P) fueron consignados como Angina Inestable (AI) o IMSEST según dos pruebas de cTnT dentro de las primeras 12 hs. de admisión. Se tuvieron en cuenta la Tasa de (EI), incluyendo en estos a la mortalidad CV (M), IAM, Falla de Bomba (FB) y angina (A) durante internación.

**Resultados:** Con respecto al análisis de la relación entre ingesta de BB y EI no se observó asociación con IAM ( $p=0.74$ ), con (M) ( $p=0.86$ ), con (FB) ( $p=0.88$ ), ni con angina (A) ( $p=0.75$ ). Analizando los GB con los EI se observó una asociación estadísticamente significativa entre GB  $> 10000$  e IAM ( $p<0.003$ )

OR= 2,1 (1,3 – 3,3). Asimismo los que tuvieron GB  $> 10000$  tuvieron menos angina que los que tuvieron GB  $< a 10000$   $p<0.04$  OR= 0,43 (0,19 – 0,93). No se observó asociación con (FB) ( $p=0,64$ ) ni con (M) ( $p=0,88$ ). En cuanto a la toma de IECA no se observó asociación con IAM ( $p=0,57$ ), ni con (A) ( $p=0,62$ ), tampoco con (M) ( $p=0,07$ ) ni con (FB) ( $p=0,15$ ). Con respecto a la toma previa de AAS se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la ingesta previa de AAS e IAM ( $p<0,04$ ) OR= 0,62 (0,40 – 0,95); se observa una reducción en el riesgo de padecer un IAM con la ingesta previa de AAS de un 38%. No se encontró asociación entre AAS y (A) ( $p= 0,09$ ), ni con (FB) ( $p=0,47$ ) ni con (M) ( $p=0,37$ ).

**Conclusión:** La AAS demuestra su papel “protector” en los P con SCASEST y no sería un predictor de mal pronóstico en estos P. No hay interrelación entre el uso previo de AAS con los de BB o IECA. Hay una asociación estadísticamente significativa entre Leucocitosis e IAM.