

020**PRONÓSTICO Y MORTALIDAD DE PACIENTES MÉDICOS VS QUIRÚRGICOS**

Ojeda A., Cialzeta J., Garcia Roth JC., Prochasko JM., Surt K., Mizdraji C., Huespe L., Sosa L., Lazzeri S., Servicio de Terapia Intensiva Hospital Escuela "J. F. San Martín". Corrientes. Argentina

OBJETIVOS:

- Determinar el pronóstico, gravedad y mortalidad de pacientes médicos y quirúrgicos en una UTI polivalente.

MATERIAL Y METODO:

Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados a una UTI polivalente en los periodos comprendidos desde 01 de Agosto del 2003 al 31 de Marzo del 2004.

Los datos registrados fueron edad, sexo, procedencia, días de internación y se calculó el APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), TISS 28 (Therapeutic Intervention Scoring System), SAPS II (Simplified acute Physiology Score) promedio de las primeras 24 hs.

Se dividió a la población en pacientes ingresados con diagnóstico médico (GRUPO M) y quirúrgicos (GRUPO Q). Se utilizó análisis estadístico de promedios, Test de Fisher siendo p significativa < 0,05.

RESULTADOS:

En el periodo mencionado ingresaron 253 pacientes, con una edad promedio de 48 años (88-16), género masculino 158, femenino 95, procedencia interna 40%, procedencia externa 60%. La mortalidad global fue de 42,1%.

	n	EDAD	APACHE II	SAPS II	SOFA	TISS 28	DIAS INTER	MORTALIDAD
GRUPO M	168	44,9	21,1	40,1	4,9	33,8	6,3	49,4% (83)
GRUPO Q	85	44,3	18	30,1	2,9	33,5	5,1	27,2% (24)
VALOR p		NS	<0,05	< 0,05	< 0,05	NS	NS	< 0,05

CONCLUSIONES:

De esta muestra de pacientes, podemos determinar que mediante la aplicación de scores de pronóstico y gravedad, los pacientes del grupo M (Médicos) presentaban al ingreso a UTI una mayor gravedad con más disfunciones y peor pronóstico que los del grupo Q (quirúrgicos), pudiendo ser esto el determinante de una mayor mortalidad en los pacientes médicos.

021**PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA PRIMARIA REFRACTARIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO**M. Anders

D. Czerwonko; E. San Román; A. Galesio. Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La púrpura trombótica trombocitopénica se caracteriza por ser una vasculopatía multisistémica poco común (incidencia anual 4.1/millón), con signos y síntomas fluctuantes, descrita por primera vez en 1947 por Singer. La mayoría son pacientes previamente sanos. Con la plasmaféresis la mortalidad a 30 días se redujo a menos del 20% (90% sin tratamiento). Asimismo comenzaron a diagnosticarse las formas crónicas. En el 85% son primarias. 15% secundarias (tumores, infecciones, autoinmunes, embarazos). El episodio simple es la forma más frecuente pero con el uso de la plasmaféresis ha aumentado la incidencia de la PTT recurrente. (alrededor del 40%) La clínica se caracteriza por su presentación brusca y una péntada clásica de anemia hemolítica microangiopática-Coombs negativa, trombocitopenia por consumo responsable de diátesis hemorrágica severa, síntomas neurológicos fluctuantes, compromiso renal y fiebre.

Objetivo: Comunicación de un caso de PTT primaria recurrente.

Presentación del caso: Paciente de 37 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes patológicos de relevancia que consulta a la guardia por dolor abdominal y fiebre. Presentaba en ese momento como hallazgos de laboratorio: LDH 1814, Plq 10800 GB10400 Cr 2 Bt 10.4 Bd 0.5 Hto34 Coombs negativa. Se interna con el diagnóstico presuntivo PTT. Recibe un tratamiento inicial plasmaféresis diaria 40ml/kg. A los 6 días: compromiso neurológico. Sme confusional agudo, foco motor izq transitorio, hemisomatognosia, convulsiones. Requiere intubación orotraqueal por deterioro del sensorio. Se indica metilprednisolona 500 mg por tres días, quedando luego con metilprednisona 80mg/día. Persiste con deterioro del sensorio y sin mejoría del laboratorio por lo que se indica ciclofosfamida 200mg por tres días, quedando luego con 100 mg/día ev, luego vía enteral. Además se aumenta la frecuencia de las plasmaféresis a cada 12 horas. Otro compromiso orgánico: insuficiencia renal aguda no oligúrica. (máxima creatinina: 3.2mg%). A los 25 días retrogradan completamente los síntomas neurológicos. A los 35 días comienzan a mejorar los parámetros de laboratorio

Exámenes complementarios de relevancia realizados durante la internación: Anticuerpos antifosfolípido y anticardiolipina negativos, TP y KPTT normales, fibrinógeno 365 (v.r. 200-400), PDF 20 microgramos/ml (v.r. < 10), inmunohematológico negativo, FAN, HIV, HVB, HVC, Latex AR negativos. Ecografía y RMI abdomino pelviana: formación multiquística en riñón izquierdo, TAC de cerebro normal, EEG x 2: lentificación del trazado.

La sospecha diagnóstica se basó en que el paciente se encontraba en el rango etario de presentación (30-40 años), previamente sano (PTT primaria), presentó la péntada clásica (AH microangiopática Coombs negativa, trombocitopenia, fiebre, síntomas neurológicos fluctuantes, compromiso renal). Presentaba un rango de severidad de 5/8.

Discusión: Se presenta el caso por ser la PTT una enfermedad poco frecuente y la evolución de este paciente particularmente tórpida.

022

CORRELACIÓN ENTRE SOFA (SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT), TISS 28 (THERAPEUTIC INTERVENTION SCORING SYSTEM) Y MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA

Autores: Azcona H; Imbelloni G; Prochasko M; Waisblatt L; Roman G; Ojeda A; Garcia Roth J; Mizdraji C; Lazzeri SE; Sosa L; Huespe G, Ojeda JA; Piacenza A.

Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Escuela "Gral. José F. De San Martín" Corrientes. Argentina.

Introducción: La disfunción orgánica múltiple (DOM) es una causa frecuente de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) presentando una alta morbilidad y mortalidad, la misma puede ser evaluada por medio del SOFA que permite determinar la intensidad de la disfunción y efectividad del tratamiento. El score TISS 28 evalúa las intervenciones efectuadas, utilización de recursos y costos en la UCI.

Objetivos:

- Determinar en los pacientes que ingresan con algún grado de disfunción orgánica la correlación entre score Sequential Organ Failure Assessment SOFA y el score TISS 28 con la mortalidad.

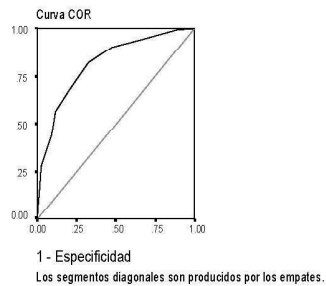
Material y métodos: La población estudiada incluyó a todos los pacientes ingresados a la UCI desde el 01/03/03 al 30/03/04 que presentaban algún grado de DOM. Se determinó en ellos el SOFA al ingreso y al egreso, TISS 28 y APACHE II a la admisión, días de internación y mortalidad (punto final).

El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 10.0 y Epi info. 6.04b. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes y se analizan con test de chi cuadrado. Las variables cuantitativas se expresan como media (\pm DS) y se analizan con Test de ANOVA o Test exacto de Fisher. Se realizó análisis de curva ROC para SOFA y APACHE II para el punto final.

Resultados: En este periodo se internaron 388 pacientes. La mediana de SOFA fue 4 al ingreso y 3 al egreso, el Score APACHE II fue 18, y el TISS28 fue 31. La media de internación fue de 5 días (\pm 5.9). La mortalidad en la internación fue de 39.2%.

Para el Score de SOFA se halló el valor de 4 puntos (S:75%, E:72%, Área bajo la curva:0.82) para predecir mortalidad. El grupo hasta 4 puntos (238p, 61.3%) tuvo una mortalidad de 20.6%; mientras que los que presentaron SOFA \geq 4 (150p, 38.7%) tuvieron una mortalidad del 68.7% (OR:8.45, IC 95%: 5.3-13.5, $p < 0.001$).

Se encontró correlación significativa entre el Score de SOFA al ingreso y el APACHE II (R:0.648, $p < 0.001$). Además ambos scores se correlacionaron en forma significativa con el TISS28, el SOFA al ingreso (R: 0.465, $p < 0.001$) y el APACHE II (R: 0.596, $p < 0.001$).



Conclusiones: El SOFA al ingreso a la UCI demostró una buena correlación con el TISS 28, APACHE II y mortalidad, no así con los días de internación.

023**USO EXITOSO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (VÍA MÁSCARA FACIAL Y HELMET) EN PACIENTES OBSTÉTRICAS CON FALLO RESPIRATORIO AGUDO. REPORTE DE 2 CASOS**

AUTORES: A. Chena, G. Zakalik, J. L. Marengo, A. Chirino, C. Barada.
SERVICIO TERAPIA INTENSIVA. HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE. MENDOZA. CIUDAD.

OBJETIVO: Reportar dos casos de pacientes obstétricas con insuficiencia respiratoria en las cuales se utilizó exitosamente la Ventilación No Invasiva.

INTRODUCCIÓN: La Ventilación No Invasiva (VNI) es un método seguro y eficaz de ventilación mecánica, sobretudo en pacientes con reagudización de EPOC. Sin embargo no está totalmente definido su lugar en otras patologías con insuficiencia respiratoria no hipercápnica. Dentro de este grupo, presentamos 2 casos de uso exitoso de VNI en pacientes obstétricas con insuficiencia respiratoria.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de casos.

RESULTADOS:

Caso 1: Paciente mujer de 21 años que ingresa en el postoperatorio inmediato de una cesárea tras un embarazo de 40 semanas por presentar eclampsia. Antecedentes: insuficiencia renal crónica (sin requerimiento de hemodiálisis) por infecciones urinarias a repetición. Uremia 1 año anterior a su ingreso = 1,46 g/l. Al ingreso a UTI: Paciente con trastorno de conciencia luego de 1 episodio convulsivo autolimitado, T° 36,6 °C, TA: 165/110 mmHg, FC: 140 x', diuresis 30 ml/h, FR: 28 x', Sat O₂: 98% FIO₂ 28%, Murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados. Hto: 22%, GB: 17,000/mm³, PTL: 96,000/mm³; Uremia: 1,5 g/l; Creatinemia: 50 mg/l; TP: 28%, signos de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y microhematuria. APACHE II: 17 puntos.

Evolución: durante el primer día de UTI desarrolla insuficiencia respiratoria, FR: 35 x'; infiltrados difusos en Rx Tórax. Se inicia VNI a través de máscara facial logrando buena adaptación, utilizando modo Presión de Soporte/PEEP (Respirador Siemens 900C). Gases al inicio de VNI: pH 7,23; pO₂ 59 mmHg; pCO₂ 30

mmHg; CO₃H⁻ 12,3 mEq/l, PAFI 131; gases a las 2 hs de VNI: pH 7,33, pO₂ 217 mmHg, pCO₂ 28 mmHg, CO₃H⁻ 14 mEq/l, PAFI: 296. El mismo día se comienza hemodiálisis. Tiempo total de VNI 6 días. Sin complicaciones relacionadas con la técnica. Estadía en UTI 9 días. Estadía hospitalaria 26 días. Paciente viva al alta.

Caso 2: Paciente mujer de 27 años que ingresa con diagnóstico de neumonía severa de la comunidad con derrame pleural asociado. Antecedentes: 2 embarazos previos normales, embarazo actual de 30 semanas. Al ingreso la paciente se encuentra taquipneica, lúcida, T° 37,7°C, TA: 115/70 mmHg, FC: 130 x'; FR 36 x'; sat

O₂: 96% FIO₂ 50%, diuresis conservada. Hto: 28%; GB: 20,800/mm³; PTL: 280,000/mm³; Uremia: 0,17 g/l; pH 7,37; pO₂ 76,9; pCO₂ 30,8; CO₃H⁻ 17,5 mEq/l; PAFI 153; Rx tórax: infiltrado denso basal y medio izquierdo con derrame pleural. APACHE II: 7 puntos.

Evolución: Se inicia VNI a través de casco Helmet en modo Presión de Soporte/PEEP (respirador Siemens 300), con buena adaptación de la paciente. Gases a las 2 hs pH 7,35; pO₂ 250 mmHg; pCO₂ 48 mmHg; CO₃H⁻ 26 mEq/l. Se diagnostica empiema pleural y se realiza drenaje por tubo. A las 24 hs se realiza decorticación toracoscópica. Al tercer día se suspende la VNI. Se retira tubo pleural al 7° día. Estadía en UTI 6 días. Estadía hospitalaria: 17 días. Paciente viva al alta.

CONCLUSIONES:

- 1) Ambas pacientes con insuficiencia respiratoria no hipercápnica con relaciones PAFI < 150.
- 2) El uso de VNI fue exitoso en ambas pacientes, evaluado por la mejoría gasométrica a las 2 hs y la falta de necesidad de ventilación invasiva.
- 3) Se logró además buena tolerancia y adaptación de las enfermas con 2 tipos diferentes de interfases: máscara facial y helmet.
- 4) Notamos un incremento de la pCO₂ a las 2 hs de VNI en la enferma ventilada a través de helmet, lo cual puede deberse al re-breathing del CO₂ presente en la cámara del casco.
- 5) Por último, en pacientes obstétricas seleccionadas la VNI es una técnica segura y efectiva de ventilación, ya sea a través de máscara facial ó helmet.