

#### 0002 ¿TENDRÍA EL DECÚBITO PRONO UN EFECTO PROTECTOR EN EL SDRA?

P. INSAURRALDE, J. LEYRIA, J. VECCHIO

Unidad de Terapia Intensiva Adulto. Hospital Zonal Trelew. Chubut, Argentina.

Objetivo: Describir el comportamiento de la presión plateau, en los pacientes con SDRA, que fueron Ventilados en decúbito prono, bajo el concepto de protección pulmonar. Material y Método: Estudio prospectivo observacional, que se incluyeron 29 pacientes (p) con diagnóstico de SDRA de acuerdo al C.E.A. y Murray, que fueron ventilados bajo el concepto de estrategia de protección pulmonar, limitando la presión plateau por debajo de 30 cmho2, Volumen corriente (Vt), 4-5 ml/kg. Maniobra de reclutamiento alveolar (Mra). PEEP, posterior a la Mra, a través de la mejor Cest, tolerancia de la Hiperapnea Permisiva. En el periodo comprendido entre el 01/04/03 al 31/12/05, en el transcurso de su evolución 12 p fueron pronados al no poder limitar la presión plateau por debajo de 30 cmho2, utilizando Mra y PEEP a través de la mejor Cest, Vt 4 ml/kg. con la imposibilidad de optimizar la Pafi, sin incremento de la cest, es que se decide pronar a los p antes de las 12 horas de diagnosticado el SDRA en su fase inicial. Una vez pronado los pacientes, estuvieron en esta posición 12 horas, si al cavo de este tiempo se evidenciaba en esta posición mejoría gasométrica, (aumento de la Pafi en un 20% del basal), como mecánica, (aumento de la Cest igual o mayor al 20% del valor basal), se los ponía en decúbito dorsal y se evaluaba la estabilidad pulmonar, definida, esta como aquel pulmón que en un lapso de 2 horas no tienda al colapso y mantenga los parámetros de intercambio gaseoso y mecánico alcanzando en prono o una disminución del 10%, si los mantenían, los pacientes quedaban en decúbito dorsal, si no los mantenían los pacientes volvían a la posición de prono por otras 12 horas, donde se evaluaba de la misma forma. Continuando en prono con las Mra y PEEP de acuerdo a la Cest. Además de la presión plateau se consignaron las variables de Cest, PEEP, antes y una vez pronado cada hora. Resultado: De los 12 p solo el 16%, 2/12 no se obtuvo mejoría en decúbito prono considerándose a estos no respondedores, al no obtener un aumento de la pafi y de la cest. Del 20%, continuando su ventilación en decúbito dorsal. El 84% 10/12 p respondieron a la ventilación en decúbito prono. Del análisis del comportamiento de la presión plateau antes y después de pronar hacia las 2 horas, se advierte una disminución promedio de 6.8 rango (5-8), de las variables consignadas se obtuvo un incremento de la cest 20,6 rango (19-21), PEEP disminución promedio de 5,4 (rango 4-8). Conclusiones: El decubito prono en la muestra estudiada, parecería haber generado un efecto protector pulmonar al disminuir la presión transpulmonar, reflejado en la disminución de la presión plateau por debajo de 30 cmh2o, minimizando el estrés al que es sometido el pulmón lesionado durante la ventilación mecánica.

#### 0004 SÍNDROMES DE DESMIELINIZACIÓN OSMÓTICA (SDO). SÍNDROME DE MIELINOLISIS EXTRAPONTINA (SME). PRESENTACIÓN DE UN CASO.

P. BOSCHERO, S. PÉREZ BETI, M. ONTIVERO, J. FRIZZA, G. MITILI, F. CRIADO, D. FAINSTEIN, D. MAURIZI, C. VECCHI

UTI Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca, Pcia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El más conocido de estos síndromes, la mielínolisis pontina central (MPC), fue descrita por primera vez por Adams, Victor y Mancall en 1959, reportando 4 casos de desmielinización simétrica de la región pontina central., sin evidencia de pérdida axonal, inflamación o injuria vascular. Los pacientes reportados eran alcohólicos, desnutridos crónicos. Dos de ellos asintomáticos y los otros dos con parálisis pseudobulbar y cuadriplejía. En los años siguientes se observó que la desmielinización podía ocurrir en otras regiones, denominado en 1979 por Wright y col como mielínolisis extrapontina. En un estudio de 58 casos de SDO (Gocht and Colmant, 1987), 47% tenían localización pontina (MPC), 22% tenía localización extrapontina exclusiva (SDE) y 31% tenían ambas localizaciones. El SDE involucra la sustancia blanca interpuesta entre la sustancia gris de los ganglios basales, el gyrus cinguli, la cápsula externa, el tálamo y el cerebelo. Mientras que el SMP fue originariamente vinculado al alcoholismo, posteriormente se reconoció su asociación a los cambios bruscos en

los electrolitos, particularmente las fluctuaciones en el Sodio, lo suficientemente bruscas como para causar cambios en la osmolaridad. Caso Clínico: Paciente de 74 años, con antecedentes de etilismo crónico que ingresa a UTI por meningitis a Neumococo. Hemocultivos positivos al mismo germen. Fue tratada con Ceftriaxona 4 gr. /d más dexametasona 2 grs/d. rotándose a las 48 hrs. a Ampicilina 12 grs./d. Requiere 6 días de ventilación mecánica. Evolucionó infectológicamente de manera esperada externándose al 6to día a piso, con una discreta disfonía evidenciándose obstrucción del 50% de la luz traqueal por granuloma y parálisis de cuerda vocal derecha. 10 días mas tarde se da el alta domiciliaria. Reingresa a los 9 días por cuadro de desorientación temporoespacial, confusión, trastornos de conducta, alucinaciones, oftalmoplejía izq. con parálisis del recto interno izq. Se interpreta como una Encefalopatía de Wernicke, tratándose con Tiamina ,no mejorando, con persistencia del cuadro de desorientación TE y alucinaciones. Se realiza RMN que muestra lesiones hiperintensas en T2 simétricas y bilaterales de los ganglios de la base. Se interpreta el cuadro como SDE. Se la medica con metilprednisolona 3g/d con lo que los síntomas desaparecen por completo. Comentario: El diagnóstico de SDO comienza con el reconocimiento de los factores predisponentes, así como la aparición de síntomas después de un estrés osmótico. Sin embargo recientemente diversos autores han hallado el síndrome en pacientes con sodio normal, alto o sin corrección brusca de la natremia. En general, existe el concepto que estas entidades son de aparición infrecuente probablemente por la dificultad diagnóstica que ofrecen sin embargo creemos que esta apreciación puede no ser correcta. Creemos que el cuadro clínico, su contexto, las imágenes de RMN y la respuesta terapéutica confirman el diagnóstico de esta entidad.

#### 0005 USO DEL CATIÓN URINARIO COMO GUÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE GLUCOCORTICOIDES EN LA SEPSIS. MODIFICACIÓN A LAS GUÍAS EN USO.

J. FRIZZA, P. BOSCHERO, S. PÉREZ BETI, G. MITILI, M. ONTIVERO, M. FASANO, F. CRIADO, D. FAINSTEIN

UTI Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca, Pcia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La insuficiencia adrenal (IA) se acompaña de hipoadosteronismo, evidenciándose ésta por el incremento de sodio excretado en orina y la consiguiente positividad del cation urinario, el que podría sustituir al test de estimulación con CRH. La incidencia de IA en el paciente crítico varía en las series reportadas en función de la metodología diagnóstica y los distintos valores de corte para el test de estimulación. Objetivo: utilizar el cation urinario para reconocer aquellos pacientes que se beneficiarían con la administración de glucocorticoides en la sepsis y/o shock séptico. Material y métodos: incluimos en forma prospectiva a todos los pacientes médicos y quirúrgicos internados en UTI que cumplieran con los criterios de sepsis y/o shock séptico (Declaración de Barcelona) al protocolo de Hernández, G et al, siendo la única diferencia la oportunidad de administración de esteroides. La reanimación inicial se realizó según criterios de Rivers. Se determinó laboratorio de ingreso para la realización de Apache II y de forma adicional, ionograma urinario, plasmático y ph urinario. Cation Urinario: (Na+K)-(Cl+HCO3) Administración de esteroides: aquellos pacientes con cation urinario >20 recibieron una dosis de 500 mg de HCS(hidrocortisona) tomándose nueva muestra para CU a las 12 hs. En caso de normalización del cation se indicaron HCS 100 mg c/8 hs por cinco días. En caso contrario no se repitieron las dosis. Los resultados se analizaron con el programa SPSS vr.11 y EPI dat. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado de tendencias. Resultados: Se incluyeron 15 pacientes en un periodo de 6 meses: enero-junio 2006. (8 mujeres y 7 hombres), edad promedio 66,38, +/- 44a (rango 38-85), hemocultivos (+) 58,33% y el resto con foco infeccioso sospechado o confirmado bacteriológicamente. APACHE promedio de ingreso: 13,6. Todos cumplieron criterios de sepsis según declaración de Barcelona. CU de ingreso: +38. Todos recibieron Hidrocortisona 500 mg y a las 12 hs 10 ptes. (83,4%) negativizaron el cation urinario motivo por el cual continuaron tratamiento por 5 días. CU a las 12 hrs: +15.4 (p<0,01). Mortalidad: 4 ptes. (26,6%), 8 vivos (73,4%). El promedio de líquido para la reanimación en el primer día fue de 4250 cc. (máx: 6000ml-min 2000ml). Mortalidad esperada por Apache:10%. Mortalidad real:

26,6%. Pacientes libres de drogas VA a las 12 hrs de ingreso a protocolo: 10 (66%). Conclusiones: 1- El CU se modificó en el 100% de los pacientes luego de la administración de HD. (+38 vs +15.4) ( $p < 0,01$ ). 2- El catión urinario (CU) permitió indicar precozmente los glucocorticoides en pacientes con sepsis grave y/o shock séptico. 3- Creemos que el catión urinario positivo es expresión de insuficiencia suprarrenal en el crítico. 4- El catión urinario podría reemplazar al test de estimulación con CRH que recomiendan las guías internacionales en el diagnóstico de la insuficiencia suprarrenal relativa en el crítico. 5- No obtuvimos una adecuada correlación entre la mortalidad según APACHE de ingreso y la mortalidad real de este subgrupo de pacientes.

#### 0006 VALOR DEL PUNTO DE TISS28 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MONOVALENTE.

D FAINSTEIN, F CRIADO, D BARCA, M LOPERENA, G MITILI, P BOSCHERO, S PÉREZ BETI

UTI Hospital privado del Sur. Bahía Blanca, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Analizar el puntaje de TISS registrado en el PROGRAMA SATIQ desde nuestro ingreso al Programa Nacional de Calidad en Terapia Intensiva y a partir del mismo determinar el costo en pesos de cada punto de TISS de nuestra unidad. Material y Método: Unidad de Terapia Intensiva monovalente de adultos, privada con 7 camas. Se analizaron los pacientes ingresados a la unidad en el período marzo-diciembre 2005 inclusive. Se sumaron los puntos de TISS de cada paciente por día hasta obtener el total de puntos de TISS de cada mes. Se tuvo en cuenta para el análisis sólo los costos Indirectos y no aquellos vinculados a la patología internada en nuestra unidad. Por nuestro sistema prestacional, los costos indirectos son afrontados por la Institución mientras que los costos directos se facturan a los terceros pagadores lo que permite una discriminación sencilla de los mismos. Costos Indirectos: los mismos fueron aportados por el departamento de administración de la Institución, se tuvieron en cuenta: Salarios: 86% del gasto. Los enumerados a continuación suman el 13% del gasto. Proporcional limpieza por m<sup>2</sup>. Seguridad. Comunicaciones. Dirección. Administración. Mantenimiento por m<sup>2</sup>. Lavadero. Ropería. Alimentación. Morgue. Esterilización. Cálculo del costo del punto de TISS de cada mes: Costos Indirectos dividido el número total de puntos acumulados en el mes. Luego, a partir del acumulado de los 10 meses se realizó un promedio simple del costo por punto. Procedencia de los pacientes: Cirugía y/o quirófano: 40%, Guardia 16%, Sala de clínica: 9%, Otras UTI: 5%, Vía pública: 1%, Cirugía programada: 3%, Otros: 36%. Resultados: En el período de análisis se internaron en nuestra Unidad 640 pacientes. APACHE II promedio: 15. Edad: 62.19 (16a-84 a). Tasa de mortalidad fue del 9.88% (esperada según APACHE II 20.19%). Pacientes ventilados: 35.8%. N° de pacientes posquirúrgicos: 46%. TISS promedio: 22 puntos. Tasa de ocupación promedio: 75%. Costo indirecto por punto de TISS: \$ 24,64 (US\$ 8,20). Conclusiones: 1- Son pocas las Unidades monovalentes del Interior del país y gracias a la incorporación de la Unidad al programa de Control de Calidad SATIQ es que por primera vez disponemos datos estadísticos para confrontar contra la información administrativa. 2- Nuestro costo por punto de TISS es de \$ 24,64 (US\$ 8,2). 3- Los datos obtenidos nos permitirán desarrollar un presupuesto de gastos en la medida en que no haya variaciones significativas tanto en los costos directos como indirectos. 4- Estos mismos datos nos permitirán saber si distintas intervenciones programadas impactan y en que magnitud sobre nuestros costos de TISS (control de lavado de manos, restricción antibiótica, acortamiento de los días de atb, etc). 5- El programa SATIQ es una buena herramienta para poder observar los costos en función de la complejidad de las distintas unidades, el grado de intervenciones terapéuticas y realizar análisis comparativos confiables.

#### 0007 REGISTRO DEL SCORE DIARIO DE TISS28 POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. EXPERIENCIA ACUMULADA LUEGO DE 2 AÑOS.

S HURSTEL, S MERCADO, M COLUCCI

UTI Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca, Pcia. Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: El sistema de TISS mide la intensidad del tratamiento cuantificando las intervenciones terapéuticas en un período

de 24 hrs. El TISS 28 fue publicado por Miranda y col en 1996. Es una versión simplificada del original descripto por Cullen en 1976, y se denomina así porque cuenta con 28 ítems divididos en 7 actividades: 1- básicas, 2- soporte ventilatorio, 3- cardiovascular, 4- renal, 5- neurológico, 6- metabólico y 7- intervenciones específicas. No pierden sensibilidad con esta modificación y consume menos tiempo realizarlo. Cada punto del score equivale a 10 min de trabajo de enfermería, una enfermera promedio entrega en un turno de 6 hrs 36 puntos de TISS. Objetivos: 1- Presentar los valores de TISS promedio de ingreso y de alta en una Unidad de Terapia Monovalente, privada y con actividad docente, de 8 camas, 2- Evaluar la carga de trabajo de enfermería de nuestra unidad que posee una relación paciente: enfermera de 2:1. Material y Método: durante el período 2004-2005 el personal de enfermería registró el score de TISS 28 en forma diaria. Posteriormente se sumaron los puntajes de todos los pacientes por día de internación. Teniendo en cuenta la tasa de ocupación del servicio que es de 75%, se calculó el TISS promedio/d/enfermera. Jornada laboral de 6 hrs. Resultados: TISS promedio de ingreso: 22 puntos, TISS promedio de egreso: 6 puntos, Tasa de ocupación 75%, TISS de ingreso ajustado a relación pac/enf: 44 puntos, TISS de egreso ajustado: 12 puntos, TISS de ingreso ajustado a tasa de ocupación: 33 pts, TISS de alta ajustado a tasa de ocupación: 9. Conclusiones: 1- Con nuestra tasa de ocupación y score de intervenciones, cada enfermera entrega 198 puntos de TISS 28 por turno, lo que implica consumir 5hrs 30 min de su jornada en la que su producción máxima sería de 36 puntos. 2- otras actividades del servicio como las compartidas con el personal médico y la docencia así como para mejorar la relación con el paciente y su familia así como tareas de capacitación o de equipo quedan limitadas con valores tan ajustados de TISS. 3- la confección del score nos ha permitido participar del Programa Nacional de Control de la Calidad en Terapia Intensiva en el año 2005 y el año en curso. 4- Los datos obtenidos nos permitirán tratar de optimizar la relación paciente: enfermera. 5- El trabajo conjunto entre enfermería, personal médico y administración nos han permitido calcular el costo real de cada punto de TISS.

#### 0008 REGISTRO PROSPECTIVO DE BACTERIEMIAS-ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS INTRAHOSPITALARIAS.

F CRIADO, S PEREZ BETI, J FRIZZA, M ONTIVERO, D FAINSTEIN, M FASSANO, D MAURIZI

UTI Hospital privado del Sur. Bahía Blanca, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

La mortalidad de la bacteriemia es de aproximadamente 20-30% según la literatura. Hemos registrado por un período de 1 año (enero 2004-diciembre 2004) todas las bacteriemiias diagnosticadas por los laboratorios de bacteriología de nuestros hospitales locales. De ellas analizamos al subgrupo ocurrido en pacientes con más de 48 hrs de hospitalización. Material y Método: registro prospectivo en una planilla preformada donde se registraron la edad, las comorbilidades, el Score de Mc Cabe, foco de origen, shock, apropiabilidad de los ATB indicados de ingreso y seguimiento de la evolución de los pacientes hasta el alta. Posteriormente se volcaron los resultados en planilla Excell. Análisis estadístico: con programa SPSS vr 11 y EPI dat. Se utilizó además prueba de Chi cuadrado de tendencias y homogeneidad de proporciones. Resultados: Durante el período de análisis se registraron en nuestra comunidad 408 bacteriemiias, con un 16% de hemocultivos contaminados. 113 (27,7%) fueron comunitarias. Foco principal de las mismas: neumonía (40%). Mortalidad global de 22%. 109 (26,7%) fueron intrahospitalarias, siendo su foco principal catéter (55%). Mortalidad global del 15%. Focos restantes: abdominal (11%), desconocido 9,2%, neumonía IH 8 casos (7,3%), Infección tracto urinario 5,5%, piel y partes blandas (incluye sitio quirúrgico (5,5%), otros 6,4%. En forma global, la edad ( $p < 0,001$ ), el score de Mc Cabe ( $p < 0,001$ ) y la presencia de shock ( $p < 0,001$ ) mostraron  $p$  significativas como factores pronósticos de mortalidad, no así la apropiabilidad de los ATB ( $p < 0,55$ ), las comorbilidades ( $p < 0,17$ ) o la clasificación de las bacteriemiias utilizada ( $p: NS$ ) (Yardena Siegman-Igra). La Resistencia de los cocos + a oxa y/o aminoglucósidos y la de los bacilos - a cip. ceftriaxona y gentamina fue globalmente del 41%. Conclusiones: Es elevado el porcentaje de hemocultivos contaminados (16%). El 41% de gérmenes aislados presentaron a algún tipo de resistencia

antibiótica. El 55% de nuestras bacteriemias IH están vinculadas a la presencia de catéteres. La mortalidad de los casos IH fue menor que la de los casos EH. La edad, el Score de McCabe y la presencia de shock fueron factores pronósticos de mortalidad, no así la apropiabilidad del esquema ATB o las comorbilidades. Los pacientes con shock séptico tuvieron una mortalidad de 100% (7 casos) con una apropiabilidad atb de 33%. La sepsis severa (33p) presentó 66% de mortalidad (22p). Recibieron atb apropiados 19 p (57%). De los pacientes con sepsis (69) la mortalidad fue de 18% y la apropiabilidad fue de 58%.

**0010 ASPERGILOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.**

A MARCOLINI, F REVOL, A MUSCARELLO, M LEIVA  
Sanatorio del Salvador Privado S.A.

Objetivo: Reportar un caso de insuficiencia respiratoria secundaria a aspergilosis en paciente inmunocompetente. Material y Métodos: Paciente de sexo masculino, de 78 años de edad, con antecedentes de Enfermedad Pulmonar Obstrucciona Crónica (EPOC), hipertensión arterial y tabaquista que es internado en UTI con diagnóstico de insuficiencia respiratoria secundaria a EPOC reagudizado por neumopatía infecciosa. Al ingreso presenta disnea en reposo acompañado de tos no productiva de una semana de evolución, tratado con claritromicina vía oral durante 5 días sin respuesta al tratamiento; en las últimas 24 horas comienza con tos mucopurulenta, episódicamente hemoptoica y fiebre. Al examen físico se encontraba afebril, lúcido, orientado en tiempo y espacio, Glasgow 15/15 puntos; normotenso, FC 80 latidos/minutos, FR 20, SatO<sub>2</sub> 96% con oxígeno a 2 litros, Apache: 18; a la auscultación pulmonar, murmullo vesicular disminuido bilateralmente, roncus y sibilancias generalizadas. Se le realiza electrocardiograma que muestra ritmo sinusal, agrandamiento auricular derecho. A la radiografía de tórax, silueta cardíaca normal con ateromas calcificados en cayado aórtico y una lesión cavitada de 40mm de diámetro mayor con paredes regulares de aproximadamente de 2mm de espesor con engrosamiento localizado en la porción mas declive de la misma, que se modifica con los cambios de decúbito; ubicándose dicha lesión en el lóbulo superior derecho. Laboratorio de ingreso: GB 10800/mm<sup>3</sup> (C 8, SEG 78, E 0, B 0, L 10, M 4), eritrosedimentación 19 mm, glucosa 99 mg/dl, pH: 7.43, Pco<sub>2</sub> 38 mmHg, PO<sub>2</sub> 65 mmHg, bicarbonato 24 mEq/L, SatO<sub>2</sub> 80%. Se realiza esputo desarrollando bacilos Gram negativos, posteriormente se realiza esputo seriado en el que desarrolla hifas y esporas de hongos levaduriformes. La TAC de tórax informa enfisema centrolobulillar y panlobulillar en segmentos apicales de lóbulo superior con cavidad en segmento posterior de lóbulo superior derecho con contenido en su interior que con los cambios de decúbito obliga a descartar la posibilidad de bola de Aspergillus. Resultado: El paciente es medicado inicialmente con ceftriaxona 1gr EV cada 12 horas y claritromicina 500mg VO cada 12 horas. Posteriormente se agrega clindamicina 600mg EV cada 6 horas, por sospecha de absceso pulmonar. Luego del resultado del esputo seriado se agrega al esquema antibiótico fluconazol. Evolucionan favorablemente siendo dado de alta a sala común después de 13 días de internación. Conclusión: La presentación de un aspergiloma en un paciente inmunocompetente es rara, más aun cuando su forma de presentación es como insuficiencia respiratoria aguda. En nuestro caso el diagnóstico y el tratamiento médico resolvió el problema sin indicación quirúrgica debido a la falta de recurrencia de hemoptisis. Deberíamos tener en cuenta esta enfermedad como productora de insuficiencia respiratoria grave en pacientes añosos inmunocompetentes.

**0012 CORRELACIÓN ENTRE LACTATO ARTERIAL (LAC+) Y RAZÓN DE LA DIFERENCIA VENOARTERIAL DE PCO2 / CONTENIDO ARTERIOVENOSO DE O2 (CA-VO2) OBTENIDA USANDO CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC).**

RO FERNÁNDEZ, HMN LAMACCHIA, MB GRILLI, L PARRA, JC ARJONA, A BATISTINI, WD WAZQUEZ  
Hospital Español de Mendoza.

Objetivo: Evaluar la razón  $\Delta PCO_2 / C(a-v)O_2$  obtenido a través de un CVC, para detectar metabolismo anaeróbico definido por un aumento en los niveles de Lac+ > 2 mMol/L. Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional en un período de 6 meses,

en una unidad mixta de cuidados intensivos. Se obtuvieron 188 conjuntos de medidas en 84 pacientes críticamente enfermos. Se registraron características demográficas, diagnóstico, APACHE II y evolución. Los muestreos incluyeron Lac+ sérico y gases en sangre venosa y arterial. Se definió hiperlactacidemia como un valor >2 mMol /L. Las variables cuantitativas se analizaron con U de Mann-Whitney y las cualitativas mediante chi cuadrado. Para valorar la relación del parámetro estudiado respecto a hiperlactacidemia se utilizó regresión lineal y se calculó el coeficiente de correlación de Spearman. La capacidad discriminativa se calculó mediante el trazado de curvas ROC. La sobrevida fue analizada mediante curvas de Kaplan Meier. Se consideró significativa  $p \leq 0.05$ . Resultados: La razón  $\Delta PCO_2 / C(a-v)O_2$  no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con niveles de Lac+ aumentados (n = 68) o normales, (n = 120),  $1.2 \pm 1.4$  vs.  $1.2 \pm 1.7$ . Este parámetro no tuvo buena correlación con niveles de Lac+, Spearman's rho = -0.033. Sin embargo, al considerar solo los pacientes que habían recibido un CVC a su ingreso a UTI (n = 47) pudo establecerse un punto de corte de 1.4 para la razón  $\Delta PCO_2 / C(a-v)O_2$  en la curva ROC. Este valor fue capaz de predecir mortalidad con una sensibilidad de 69.7% y especificidad de 71%. La supervivencia estimada a los 30 días fue significativamente mayor cuando la relación presentó valores < 1.4 al ingreso a UTI, 84.7% vs. 52.4 %,  $p < 0.05$ . Conclusión: La razón  $\Delta PCO_2 / C(a-v)O_2$  obtenida desde un CVC no mostró correlación con niveles de Lac+ sérico, sin embargo podría usarse en asociación con otros parámetros como predictor precoz de mortalidad.

**0013 PROYECTO SATI-Q: MIDIENDO CALIDAD EN LAS UCIS ARGENTINAS.**

SATI SATI - Q UTIS

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Objetivo: Mostrar los resultados del soft SATI-Q, perteneciente a la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) de las unidades que participan voluntariamente. Material y Métodos: Decisión política de la SATI de desarrollar un sistema de medición de la calidad para Argentina. Desarrollo del Soft SATI-Q versión 2.1. Se estandarizó, bajo codificación ICD9, la mayoría de los procedimientos, diagnósticos y prácticas realizadas en Terapia. Difusión, entregas de soft y entrenamiento para su uso. Recolección de datos en forma anual. Análisis de datos con MS Access 2000 del set de datos correspondientes a todos los pacientes internados en el periodo 01/012003-31/12/2004 en todas las terapias participantes del proyecto. Resultados: Participaron 35 UCI's - Pacientes: 13197

Tabla 1: Datos Generales de la Base Nacional. Variable N %

Mortalidad	2355 17,84
Riesgo de Mortalidad (APACHE II)	- 23,50
Episodios con escaras	485 3,68
Pacientes con ARM	3963 30,03
Episodios con neumonía asociada a ARM	456 11,51
Pacientes con catéter	4172 31,61
Episodios con infecciones asoc a CVC	136 3,26
Pacientes con sonda foley	7841 59,42
Episodios con infección SF	266 3,39
Deslizamientos no prog. de la cama	29 0,22
Reingresos	689 5,22
Masc.	7628 57,80

Tabla 2: Datos generales de la Base Nacional. Media SD

APACHE	5,14 8,71
TISS	20,53 7,55
Edad	62,22 18,34
Días Cama de Pacientes con ARM	6,15 9,82
Días Cama de Pacientes con CVC	6,28 8,17
Días Cama de Pacientes con SF	5,99 8,88

Tabla 3: Estándares de Calidad

Incidenca de Neumonía Asociada a ARM	c/1000 días 17,86
Incidenca de Infección por catéter	c/1000 días 5,06
Incidenca de Infección Urinaria	c/1000 días 7,35

Conclusión: Permite la obtención de informes estadísticos. No predispone necesariamente un cambio en el sistema de trabajo de cada Unidad, sino que es una herramienta para la estandarización de la información. Se logró armar una base nacional de datos de pacientes en terapia intensiva por primera vez en la Argentina. El Soft demostró ser una herramienta útil como base de datos para realizar quality benchmarking entre las terapias de Argentina.

#### 0014 MORTALIDAD EN UCI: ¿ES DIFERENTE EN LOS FINES DE SEMANA?

C. CASTARATARO, A GORENSTEIN, M HEPNER, A GALLESIO, AL FERNANDEZ

Hospital Italiano Buenos Aires.

Objetivo: Evaluar si la mortalidad de los pacientes ingresados durante los días de semana difiere de aquella de los pacientes ingresados el fin de semana. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Análisis de todos los pacientes ingresados desde 01/01/2003 al 31/12/2003, registrados en SATI-Q version 2.1 modificada. Se utilizó el programa Stata 7.0 para el análisis estadístico. Se clasificaron a los pacientes en tres categorías de gravedad creciente: 1. Monitoreo continuo. 2. Alto riesgo 3. Críticos. La tasa de mortalidad cruda y rápida (dentro de las 48hs del ingreso) se dicotomizó en días laborables (lunes a viernes) y fines de semana, comparándose ambas a través del test Chi cuadrado para proporciones. Se realizó regresión logística uni y multivariada, siendo el outcome: "mortalidad 48hs del ingreso" y la variable de interés el "ingreso durante el fin de semana". En el análisis univariado se evaluaron: N° de enf., médicos; patología; pacientes quirúrgicos; sexo, edad y gravedad. A través de run charts y control charts se evaluó la variabilidad de la mortalidad cruda y rápida en cada uno de los meses del año y en cada trimestre. Resultados: 1167 Pacientes. Fem: 45%. Críticos: 32%. Ingresados en fin de semana: 19%. Caract. de los pacientes Media (rango) SD. Estadia 5.4 (1-212) 9.66. Edad 59.59 (16-95) 17.65. Apache II 15.18 (1-53) 7.65. TISS 28 22.94 (7-52) 6.76. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad (p:0.07), Apache II (p:0.089), estadia (p:0.12) ni gravedad (p 0.32), entre aquellos ingresados los días de semana vs fines de semana. El TISS se comparó por trimestre, no habiendo diferencias significativas en ninguno de ellos (p>0.05). La tasa de mortalidad global fue 15%. La tasa de mortalidad rápida global: 5.91%; Para aquellos ingresados los fines de semana: 8.5% y para los ingresados durante los días laborables de semana: 5.3%, no encontrándose diferencias estadísticamente significativa. Sólo la gravedad de los pacientes está significativamente asociada con la probabilidad de morir dentro de las 48hs del ingreso. En el run chart se observa aumento en la tasa de mortalidad global y rápida en los fines de semana del 3° trimestre. El control charts lo detecta como variabilidad especial, y se asoció a un deficit circunstancial de horas de enfermería en ese período. Discusión: En nuestra experiencia la mortalidad no varió significativamente según el día de ingreso a la UCI. La gravedad del paciente fue la variable determinante de la mortalidad. La diferencia detectada en la mortalidad rápida de los pacientes ingresados los fines de semana vs días de laborables, aunque no fue significativa, podría disminuirse y homogeneizarse diseñando un ciclo de mejora continua de la calidad de atención médica.

#### 0015 ENCUESTA SOBRE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN TERAPIA INTENSIVA.

C. CASTARATARO, AL FERNÁNDEZ, MV PAZ, R FERNANDEZ, A GALLESIO

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Introducción: Durante el Congreso Mundial de Terapia Intensiva (Buenos Aires 2005) se llevó adelante una encuesta a diseñada por la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y llevada adelante a través del Comité de Informática. Concurrieron al congreso 600 médicos Argentinos. La encuesta fue Anónima y Voluntaria y abarcó al 25% de los asistentes. Objetivos: Conocer la opinión actual de los terapeutas argentinos frente a la procuración de órganos y tejidos. Identificar posibles nichos de mejora en el proceso de Procuración de órganos y tejidos. Material y Métodos: Encuesta anónima auto-administrada. Población: médicos terapeutas argenti-

nos. Ámbito: Congreso Mundial de Terapia en Bs. As. Base datos: MYSQL. Análisis a través del programa estadístico STATA 7.0. Resultados: Se encuestaron 147 médicos argentinos (72% hombres). Edad promedio: 41 años (no hubo dif. entre sexos). El 60% fueron médicos de planta, el resto ocupaba cargos directivos/gerenciales. El 14% de las Terapias Intensivas de la muestra nunca realizaron procuración de órganos o tejidos. Entre los encuestados, solamente el 21% denuncia la totalidad de las muertes encefálicas que se producen en su Unidad. El 37 % de los que alguna vez participaron en donación de órganos nunca participo en procuración de tejidos. El 54% de los encuestados dice que en su Servicio no se donan tejidos, y el 39% de estos corresponden a Jefes de Servicio. El 48% de la muestra no realiza denuncias de presuntos donantes cadavéricos. El 30% no conoce la figura del coordinador hospitalario de transplante. El 32% de los terapeutas respondieron que no tienen en su Servicio un algoritmo que indique que hacer frente a un paciente en presunta muerte encefálica, de los cuales el 25 % son Jefes de Servicio. El 14% nunca recibió instrucción sobre donación de órganos y tejidos. El 82% esta de acuerdo totalmente con el transplante de órganos en Argentina. Y un 14% de acuerdo con reservas. Frente a la hipotética situación de la muerte encefálica de un ser muy querido, el 78% de los médicos sugeriría donar sus órganos. El 92,5% de las opiniones de los encuestados consideran que los problemas de la procuración están relacionados con déficit estatales como: educación poblacional, instrucción médica y política institucional. Conclusiones: Los resultados muestran un alineamiento del terapeuta argentino en favor con la procuración de órganos y transplantes. Es necesario todavía la definición de políticas institucionales a nivel hospitalario y estatal para evitar un excesivo voluntarismo en la procuración.

#### 0016 USO DEL GRADIENTE PCO2-PCO2ET EN EL MONITOREO DEL SDRA EN DECÚBITO PRONO.

P. INSAURRALDE, J LEYRIA, J VECCHIO

Unidad de Terapia Intensiva Adulto. Hospital Zonal Trelew, Chubut, Argentina.

Objetivo: Evaluar la distribución de la Ventilación Pulmonar, en los pacientes (p) con SDRA que fueron ventilados en decúbito prono, a través del monitoreo del comportamiento del gradiente Pco2-Pco2et. Material y Método: Estudio prospectivo observacional, en el que se incluyeron 12 p con diagnóstico de SDRA de acuerdo al C.E.A. y Murray, en el período comprendido entre el 01/04/03 al 31/12/05, en el trascurso de su evolución fueron pronados al no poder limitar la presión plateau por debajo de 30 cmh20, utilizando Maniobra de reclutamiento Alveolar y PEEP a través de la mejor cest, Vt 4ml/kg, con la imposibilidad de optimizar la pafi sin incremento de la cest, es que se decide pronar a los p antes de las 12 horas de diagnosticado el SDRA, en su fase inicial. Además del gradiente pco2-pco2et, se consignaron las variables de pafi y peep, antes y una vez pronado hacia las 2 horas. Resultados: Del análisis comparativo del comportamiento del gradiente Pco2-pco2et, antes y hacia las 2 horas, en decubito prono, hemos observado una disminución promedio de 6.3 rango (7-9), las variables consignadas, pafi aumento promedio 96,1 rango (22-163), incremento promedio cest 20,6 rango (19-21), peep disminución promedio de 5,4 rango (4-8). Conclusiones: La ventilación en decubito prono, promueve la ventilación de las zonas pulmonares dependientes en el SDRA. En la muestra estudiada, la disminución del gradiente Pco2-pco2et, advierte de la optimización y redistribución de la ventilación pulmonar a expensas de la postura, sin mediar otro mecanismo como la peep ya que ésta incluso se logró disminuir.

#### 0017 FACTORES QUE INCREMENTAN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA.

K UGO<sup>1</sup>, F GAMBINO<sup>1</sup>, A SEGOVIA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Militar Central; <sup>2</sup>Hospital Regional Río Gallegos.

Objetivos: Determinar los factores que incrementan la mortalidad entre los pacientes internados en Terapia Intensiva por Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática. Materiales y métodos: Estudio prospectivo de 95 pacientes adultos internados en Terapia Intensiva por hemorragia subaracnoidea aneurismática. En cada pa-

ciente se tuvo en cuenta, sexo, edad, score de Glasgow al ingreso, score de Hunt y Hess, media de la temperatura corporal durante la internación, media del promedio de glucemia, media del promedio de natremia, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y evolución. Todos los datos fueron evaluados por regresión logística múltiple siendo el valor de p menor a 0.05 significativo. Resultados: Entre los 95 pacientes adultos internados en Terapia Intensiva por hemorragia subaracnoidea aneurismática, 40 (42%) requirieron asistencia respiratoria mecánica de los cuales fallecieron 28 (29,5%). 17 pacientes requirieron ARM por más de 3 días. La media de la edad de los pacientes estudiados fue de 52 años. 37 pacientes eran menores de 52 años. La media del promedio de glucemia durante la internación de los pacientes fue de 148mg/dl (sd=63). 41 pacientes tuvieron un glucemia menor a 148mg/dl. La media del promedio de la temperatura corporal fue de 37 °C (sd=1). 26 pacientes presentaron una temperatura corporal menor a 37 °C. La media del promedio de natremia durante la internación fue de 140 mEq/l detectándose 22 pacientes con natremia inferior. La mortalidad entre los pacientes que requirieron ARM con temperatura corporal menor a 36 °C fue del 100% (p<0.01, OR=1.2) La mortalidad entre los pacientes que requirieron ARM con temperatura corporal entre 36 a 37 °C fue del 5% (p<0.01, OR=1.2). La mortalidad entre los pacientes que requirieron ARM con temperatura corporal mayor a 37 °C fue del 70% (p menor 0.01, OR=9.8). La mortalidad entre los pacientes que requirieron ARM con glucemia menor a 148mg/dl fue del 13% (p menor 0.01, OR=2.8). La mortalidad entre los pacientes que requirieron ARM con glucemia mayor a 148mg/dl fue del 50% (p menor 0.01, OR=3.8). Conclusiones: Los factores que incrementan la mortalidad entre los pacientes internados en Terapia Intensiva por hemorragia subaracnoidea aneurismática son el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, la media del promedio de temperatura corporal, la media de glucemia. La prevalencia de mortalidad es mayor entre los pacientes con HSA con ARM y temperatura corporal menor de 36 °C o mayor a 37 °C. La mortalidad es mayor entre los pacientes con HSA con ARM con glucemia mayor a 148mg/dl.

**0019 RUPTURA ESOFÁGICA DEBIDA A COLOCACIÓN DE BALÓN DE TAPONAMIENTO INTRAESOFÁGICO.**

JC ESCARDO, SJ COSENZA, GG PARRA, P PRATESI, JH ALVAREZ, D BERNARDEZ, D CZERWONKO, F UNGAR, G OLIVA, A HITA, A PRIOLO  
Hospital Universitario Austral.

El balón de taponamiento intraesofágico es una de las herramientas terapéuticas efectivas para lograr la hemostasia en pacientes con hematemesis masiva. La ruptura esofágica es una infrecuente complicación, muchas veces fatal, del manejo de sangrados variceales sometidos a reiteradas esclerosis y colocación de balón de taponamiento esofágico. Se presentó al servicio de emergencias un paciente con hemorragia digestiva manifestada por hematemesis. Presentaba antecedentes de cirrosis y sangrado variceal. Se realizó VEDA y esclerosis de varices sangrantes. Durante la evolución presentó nuevo episodio de sangrado variceal con shock requiriendo colocación de balón esofago/gástrico. Se utilizó la auscultación para guiar la inserción del balón y se obtuvo un control radiográfico luego de la colocación e insuflado del balón gástrico. El paciente presentó como complicación posterior ruptura esofágica. Se realizó esofagostoma. Evolucionó estable y se externó. Las complicaciones asociadas a la colocación del balón de taponamiento esofágico incluyen aspiración, necrosis por presión, inadecuado posicionamiento del balón y perforación esofágica. Aunque la ruptura esofágica luego de la colocación del balón es una complicación poco común, la mortalidad debida a hemotórax o mediastinitis es muy elevada. No existe en la literatura un acuerdo uniforme en cuanto a la sistemática para corroborar el correcto posicionamiento del balón gástrico.

**0020 EL ASESINO SILENCIOSO.**

JC ESCARDO, JH ALVAREZ, GG PARRA, SJ COSENZA, A HITA, P PRATESI, A PRIOLO, D BERNARDEZ, G OLIVA, F UNGAR, D CZERWONKO  
Hospital Universitario Austral.

Introducción: El Monóxido de Carbono (CO) es el principal agente causal de muerte por intoxicaciones. La evolución favorable

de estos pacientes depende de un diagnóstico y tratamiento precoz. Objetivo: Describir la población de pacientes ingresados a la Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por intoxicación debida a CO. Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo del registro medico informatizado mediante el programa OLAP. Se dirigió la búsqueda mediante codificación internacional (ICD 9 y CPT) específicos. Resultados: Durante el periodo analizado (7/2001 a 10/2005) ingresaron a la UCI 7 pacientes con diagnóstico de intoxicación por CO (ICO), sobre un total de 2602 (0,27%) ingresados a la unidad. En el mismo periodo, ingresaron a nuestro nosocomio 43 pacientes con diagnóstico de ICO. Requirieron ingreso a UCI el 16,3%. En todos los casos la fuente de intoxicación se hallaba en el domicilio. De los 7 pacientes, 5 fueron varones (71,4%) con una edad media de 28 años. Todos presentaron cefalea. La misma se encontró asociada a síncope en 4 casos (57,1%), mareos en 4 (57,1%), náuseas en 3 (42,8%), dolor abdominal en 1 (14,3%) y alteración en la visión en 1 (14,3%) La concentración media de COHb fue 23,95% medida por cooximetría (Roche - Omni), siendo de 32,7% en los pacientes que recibieron tratamiento hiperbárico. El tiempo de internación en UCI fue de 1 día para 6 pacientes (85,7%) y el restante 2 días. En todos los casos se realizó tratamiento con Oxígeno al 100% y en 3 casos (42,8%) tratamiento coadyuvante con oxígeno hiperbárico. Todos los pacientes fueron dados de alta desde la UCI. Conclusiones: La intoxicación por CO fue una causa infrecuente de ingreso a UCI, sin embargo fue la causa de intoxicación más frecuente en ese periodo. Todos los pacientes que ingresaron a UCI se encontraban sintomáticos y recibieron tratamiento con oxigenoterapia a alta FIO<sub>2</sub>. La mitad requirió tratamiento hiperbárico coadyuvante.

**0021 TROMBOLISIS EN EL TEP MASIVO. PRESENTACIÓN DE 6 CASOS.**

P GARCÍA PACHO, P BOSCHERO, G MITILI, D BARCA, F CRIADO, J SILIO, D FAINSTEIN  
UTI Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca, Pcia. Buenos Aires, Argentina.

El tromboembolismo pulmonar masivo es un evento CV grave con una mortalidad que se aproxima al 50%. En nuestro servicio desde diciembre de 2005 la conducta terapéutica incluye el uso de estreptokinasa IV en aquellos pacientes con TEP asociado a disfunción aguda del VD. Objetivos: presentar 6 casos de TEP masivos en los que el uso precoz de STK permitió obtener buenos resultados clínicos. Material y método: presentamos 6 casos de TEP masivo tratados con STK. Definición: TEP masivo: oclusión del árbol arterial pulmonar asociado a falla aguda del VD. Angioresonancia diagnóstica en todos los pacientes. Pro BNP: valores de corte mayores a 600 pg/ml. Ecocardiograma compatible con fallo agudo del VD, no cardiogénico. Ecodoppler de MII con TVP. Protocolo terapéutico: STK 250.000 U en bolo seguidos de 100.000 U/h durante 24 hrs. Control con Pro-BNP al fin de la infusión y doppler cardíaco al alta de la unidad. Resultados: Desde el inicio en diciembre de 2005 del protocolo de STK en el tratamiento del TEP masivo hemos tratado 6 pacientes que cumplieron con los criterios diagnósticos para su adecuada protocolización. Masculinos 5, 2 Femeninos. Edad promedio: Pacientes con TVP asociada: 5 (83,4%). Mortalidad: 1 pte (16,6%). Complicaciones: sangrado que requirió más de 3 unidades de GR: 1 paciente (16,6%). Pacientes con compromiso hemodinámico: 100%. Síncope: 50%. Fallo de VD: 100%. Pro-BNP superior a 600ug/dl: 100%. Mortalidad: 1 pte (16,6%). Conclusiones: 1- Se incorporado la STK al esquema terapéutico del TEP masivo con buenos resultados y baja tasa de complicaciones mayores. 2- El Pro-BNP es de utilidad en el diagnóstico de falla de VD asociado al TEP y se correlaciona adecuadamente con el ecocardiograma. Su utilidad permitiría evaluar la reperusión del árbol arterial pulmonar y la mejoría de la función del VD. 3- En un paciente no hallamos TVP asociada (16,6%). 4- Nuestra mortalidad ha sido inferior a la reportada por la literatura (16,6% vs 50%). 5- Recomendamos el protocolo utilizado para el tratamiento del TEP masivo. 6- La posibilidad de un diagnóstico de certeza, más la adhesión a un protocolo adecuado así como la disponibilidad Institucional de medios de diagnóstico nos han permitido adoptar el presente protocolo con buenos resultados terapéuticos.

## 0022 VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN LA FALLA RESPIRATORIA AGUDA POSTEXTUBACIÓN (FRAPEXT). ANÁLISIS PROSPECTIVO-RANDOMIZADO DE EFECTOS INMEDIATOS.

SA LASDICA<sup>1</sup>, RD URIZAR<sup>1</sup>, D FAINSTEIN<sup>2</sup>, L BUSTAMANTE<sup>2</sup>, M MORANTE<sup>1</sup>, W WALLACE<sup>1</sup>, I FRIZZA<sup>1</sup>, A CALVO<sup>1</sup>, G MITILLI<sup>2</sup>, K GASTON<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Municipal de Coronel Suarez; <sup>2</sup>Hospital Privado del Sur.

Objetivos: evaluar los efectos de un protocolo de extubación con VNI en pacientes que desarrollan FRA-postextubación inmediata comparandolas con un procedimiento tradicional de destete. Métodos: durante un año se recolectaron prospectivamente los datos de pacientes que permanecieron en ARM un tiempo mayor a 48hs. Luego de un proceso de extubación y fracaso del mismo eran conectados nuevamente a la ARM durante un periodo mínimo de 6hs. y posteriormente randomizados a ser extubados con VNI o convencionalmente. Utilizamos máscaras oronasales conectados a respiradores conveccionales. Cuando era indicado utilizamos el test de student, Kruskal Wallis o Man-Whitney, considerando un nivel de significación del 5%. Resultados: Se incluyeron 28 pacientes. Los datos son expresados como medias y SD. Los datos demográficos al momento de la inclusión se muestran en la tabla 1. Los datos de oxigenación son mostrados en la tabla 2. Tres y 5 pacientes debieron ser reintubados en el grupo VNI y Convencional respectivamente (P=ns). Los días de estadía en UTI fueron de 8,8+5,3 vs. 13,2+7,6 P<0,001. Conclusiones: La VNI podría considerarse como un procedimiento adecuado para mejorar los resultados en la falla respiratoria post-extubación, pudiendo reducir los días de estadía en UCI.

	VNI	Convencional	Valor p
Edad	57,3 + 1,5	56,3 + 2	
Sexo (m)	78%	85%	
Apache	14,5 + 2,1	15,5 + 1,9	
pH	7,20 + 0,07	7,30 + 0,1	
PaCO <sub>2</sub>	56 + 16	49 + 17	0,001
PaFiO <sub>2</sub>	118,1 + 11	133,4 + 50	
Saturación	89 + 2,1	89,2 + 4,4	
PiMax	27 + 8,7	28 + 8,3	
PeMax	31,2 + 7	25,7 + 10	0,004
f/Vt	92,8 + 43	86 + 23,7	
TAM	85,7 + 14	86 + 2,5	

	VNI			CONVENCIONAL		
	pH	PaCO <sub>2</sub>	PaFiO <sub>2</sub>	pH	PaCO <sub>2</sub>	PaFiO <sub>2</sub>
Ingreso	7,24+ 0,07	58+ 16	118+ 11	7,30+ 0,1	49+ 17	133+ 50
Hora	7,31+ 0,09	49,7+ 18	189+ 31	7,33+ 0,05	45+ 13	193+ 52
4-6 hs.	7,32+ 0,07	50+ 14,7	233+ 47	7,31+ 0,06	49+ 12	209+ 66
24 hs.		272+ 58 0,01				206+ 60

## 0023 SCORE PRONÓSTICO EN LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEA.

ME WALLBERG, ED SOLOAGA, ME PEREZ, FJ LOMBI, S QUADRELLI, MA VELTRI, JF CHERTCOFF, JE UBALDINI  
Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Británico de Buenos Aires.

Introducción: La hemorragia intracerebral espontánea (HIE) constituye el 10% al 15% de todos los strokes, presentando una alta mortalidad y un pobre pronóstico funcional en los sobrevivientes. Fue propuesto un Score pronóstico de mortalidad al día 30, el Score HIE que resulta de la suma de puntos asignados a las siguientes variable: escala de coma de Glasgow 3-4 (=2 puntos), 5-12 (=1), 13-15 (=0); edad 80 años si (=1), no (=0); origen infratentorial del hematoma si (=1), no (=0); volumen del hematoma 30 CC (=1), < 30 CC (=0); presencia de hemorragia intraventricular si (=1), no (=0). No existen scores que predigan la recuperación funcional alejada de los sobrevivientes. Objetivo: Validar en una muestra de pacientes con HIE el Score HIE a los 30 días, y la recuperación funcional, evaluada por el Glasgow Outcome Score (GOS), a los 6 meses y al

año del evento. Materiales y métodos: Fueron incluidos pacientes mayores de 17 años, que ingresaron a la Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Británico de Buenos Aires con diagnóstico de HIE, desde el 01/06/2001 hasta el 01/01/2005. Fueron excluidos pacientes con HIE secundaria al uso de agentes trombolíticos y sangrado de aneurisma intracraneano o malformación arteriovenosa. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo al Score HIE, se evaluó mortalidad a los 30 días y el GOS a los 6 meses y al año del evento mediante seguimiento telefónico. Resultados: Fueron incluidos 61 pacientes (n= 61), edad: 70,26 años (SD 11,02), score APACHE II: 13,93 (SD 7,04), tiempo de internación en UTI: 12,51 días (SD 14,66), tiempo de internación en el hospital: 17,36 días (SD 17,36). 58 pacientes fueron seguidos hasta el día 30, 52 hasta los 6 meses y 51 al año. 26 pacientes (42,6 %) tuvieron Score HIE 0-1 y 35 pacientes (57,3 %) Score HIE >1. Los pacientes con Score HIE 0-1 vs. Score HIE >1 no fueron diferentes en edad (68,1 ± 9,2 años vs. 71,8 ± 12 años) ni en prevalencia de HTA como causa del hematoma (68 vs. 72,2 %). El APACHE II de los pacientes con Score HIE 0-1 fue significativamente menor (9,4 ± 4 vs. 17,2 ± 6,9 p = < 0.0001) pero el tiempo de estadía en UTI (8,6 ± 7,8 vs. 15,3 ± 17,7 días) o en el hospital (13,3 ± 8,8 vs. 20,3 ± 21,2 días) no fueron diferentes. La mortalidad de los pacientes con Score HIE >1 fue significativamente superior (mortalidad al día 30: 50% vs. 4,1%, p = < 0.0001). Un 42.7 % de los pacientes seguían con severo deterioro a los 6 meses (GOS < 4). El porcentaje de pacientes con GOS < 4 a los 6 meses fue significativamente menor en el grupo con Score HIE 0-1, que en el resto (36,8% vs. 84,8%, p = < 0.0001). La correlación entre el valor de GOS a los 6 y 12 meses fue muy elevada (r = 0.96, p = < 0.0001). Hubo correlación negativa entre el Score HIE de ingreso y el GOS a los 6 meses (r = -0.49, p = 0.0002) y a los 12 meses (r = 0.47, p = 0.0004). Conclusiones: En la muestra de pacientes con HIE, el Score HIE mostró ser útil para predecir la mortalidad a los 30 días y el grado de recuperación funcional a los 6 meses y al año del evento.

## 0024 ACTIVADOR TISULAR DEL PLASMINÓGENO EN EL TRATAMIENTO DEL STROKE ISQUÉMICO AGUDO CON 3 HORAS DE VENTANA EN EL HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES.

FJ LOMBI, P BONARDO, RC REISIN, J HALFON, O MARTINEZ, JE UBALDINI, ED SOLOAGA, MH PEREZ, JV MAZZIOTI, HF AZCONA, AA CHUECO, RF VACA NARVAJA, MM FERNANDEZ PARDAL

Hospital Británico de Buenos Aires.

Introducción: La utilización de trombolisis sistémica empleando activador tisular del plasminógeno (r-TPA), para el tratamiento del stroke isquémico, es una práctica extendida en numerosos países. El estudio NINDS demostró que la administración r-TPA dentro de las 3 horas del inicio de los síntomas se asocia a una fuerte reducción de secuelas neurológicas a los tres meses. El estudio STARS y otros ensayos demostraron que estos resultados pueden ser reproducidos en hospitales comunitarios. Existe una limitada información sobre la utilización de esta terapéutica en Sudamérica. Objetivo: reportar la evolución de los pacientes con stroke isquémico tratados con r-TPA en nuestro hospital. Método: Desde 1999, nuestro hospital dispone de normas para el tratamiento fibrinolítico sistémico del stroke isquémico. Entre junio de 1999 y junio de 2004, todos los pacientes entre 18 y 80 años que presentaban stroke isquémico dentro de tres horas de inicio de los síntomas, fueron analizados para recibir r-TPA intravenoso según criterios de inclusión y exclusión del ensayo NINDS y exclusiones extraídas del estudio ECASS II. Los pacientes seleccionados para recibir r-TPA fueron evaluados con el Score NIHSS antes de la aplicación de la droga, una hora después de iniciado el tratamiento y a los tres meses del evento. Resultado: 15 pacientes fueron trombolizados dentro de las tres horas de inicio del stroke (edad promedio: 62,23 años; DS 24,04; rango 53-83, 7 hombres y 8 mujeres). El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la aplicación de r-TPA fue de 157 minutos (DS 26), el Score NIHSS basal fue de 18 (DS 7,8), el posterior a la administración de r-TPA fue de 14 (DS 7,1) y a los tres meses posteriores al tratamiento de 4,2 (DS 4,7). A los tres meses del evento cuatro pacientes fallecieron, dos de ellos por causas relacionadas al stroke. 33% tuvieron una evolución favorable (NIHSS 0-1). Ocurrieron cuatro violaciones de protocolo (26%) (Edad mayor a 80 años, presión arterial diastólica

mayor a 120 mm Hg, dosis inferior de t-PA). Las complicaciones incluyeron cuatro casos de hemorragia intracerebral asintomática y cinco casos de sangrado sistémico menor, no se presentó ningún caso de sangrado intracerebral sintomático. Conclusiones: nuestra serie muestra que, ajustando estrictamente los criterios de inclusión y exclusión, la utilización de r-TPA para el tratamiento del stroke isquémico es segura, efectiva y realizable en nuestro contexto local.

**0025 INSUFICIENCIA CARDÍACA DEBIDO A SÍNDROME DE MARCAPASO: REPORTE DE UN CASO.**

CJ CONTRERAS, M MASSONI, S VIGO, A MUSCARELLO, S VERGOTTINI, M LEIVA, S PAREDES  
Sanatorio del Salvador S.A.

Introducción: La estimulación cardíaca eléctrica crónica puede producir ocasionalmente efectos adversos sobre la función cardíaca, que son generalmente secundarios a una selección de modo de estimulación o programación inadecuada. Objetivo: Reportar un caso de insuficiencia cardíaca secundaria a síndrome de marcapaso. ¿Indicación de resincronización cardíaca? Material y Método: Mujer de 69 años de edad con antecedentes de enfermedad de Chagas, arritmia ventricular y bradicardia sintomática lo que motivó implante de marcapaso definitivo (MPD) tipo VVI con frecuencia programada a 70 latidos por minuto presentando previamente por ecocardiograma diámetros de ventrículo izquierdo (VI) dentro de límites máximos normales, con motilidad global y fracción de eyección (FE) conservadas. Luego de dos años comienza con Insuficiencia Cardíaca congestiva requiriendo internación. Se realiza nuevo ecocardiograma mostrando severa dilatación de cavidades izquierdas con deterioro de la función sistólica de VI (FE 24%). Se decide estudio electrofisiológico con monitoreo con catéter de Swan-Ganz mostrando coronarias normales y mejoría de los parámetros hemodinámicos con la estimulación epicárdica de VI comparados con la estimulación en ápex de ventrículo derecho (VD), pero discretamente peores que con ritmo sinusal, decidiéndose por esta razón disminuir la frecuencia de MPD a 45 latidos por minuto. La paciente evolucionó favorablemente mejorando su capacidad funcional conjuntamente con disminución de diámetros de VI y optimización de la función ventricular (FE 50%). Discusión: El síndrome de MPD es un fenómeno asociado con la pérdida de la sincronía aurículo-ventricular (AV) debido a un MPD unicameral VVI. Se caracteriza por una disminución del volumen minuto y una probable contracción auricular contra una válvula AV cerrada. En aquellos pacientes con conducción interventricular normal previo al implante del marcapasos, la pérdida de la sincronía ventricular atribuible al mismo puede empeorar la función cardíaca tal como ocurrió con nuestro paciente. Inicialmente se ha buscado la optimización del llenado ventricular y la reducción de la regurgitación mitral manipulando el intervalo A-V, alterada por la estimulación del ápex del VD, mediante la estimulación septal en VD y la estimulación biventricular. La estimulación del VI he demostrado ser capaz de corregir, al menos en parte, las alteraciones de la contracción producidas por la estimulación de VD. Conclusión: Nuestro caso es un ejemplo de síndrome MPD con insuficiencia cardíaca refractaria durante la estimulación de VD mostrando mejoría significativa con la estimulación de VI resultando con mejoría clínica y ecocardiográfica. De acuerdo a lo expuesto nuestra experiencia coincide que el ritmo sinusal aún con frecuencia cardíaca baja sería superior a la resincronización cardíaca.

**0026 VALIDACIÓN DE DOS MODELOS DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD, PRISM Y PIM2, EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.**

PG EULMESEKIAN, A PÉREZ, PG MINCES, H FERRERO, T FIORI BIMBI  
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Antecedentes-Objetivos: Pediatric Index of Mortality 2 (PIM2) y Pediatric Risk of Mortality (PRISM) son puntajes diseñados para predecir mortalidad en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). El objetivo del estudio es validar ambos modelos en la UCIP multidisciplinaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Métodos: Recogimos en forma prospectiva la información necesaria para obte-

ner los puntajes de predicción de mortalidad para cada uno de los pacientes ingresados consecutivamente a la unidad entre 1/1 y 31/12 de 2004. Utilizamos para el cálculo las ecuaciones originales de cada modelo. La calibración fue evaluada con la prueba de Hosmer y Lemeshow (HL). La discriminación con el área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristics). También se evaluaron los Standardized Mortality Ratio (SMR) para la población completa. Resultados: Se incluyeron 765 pacientes durante los 12 meses. 53,6% fueron varones. La mediana de edad fue 4,1 años (1 mes - 20 años). La mediana de la estadía en UCIP fue 2 días (1 - 154 días). 22 pacientes murieron en UCIP (2,9%). La mortalidad estimada por PIM2 fue de 3,3%; SMR = 0,87 (IC 95% 0.54 - 1.21); HL  $\chi^2 = 15.16$  ( $p = 0,01$ ) y el área bajo la curva ROC fue de 0.92 (IC 95% 0.90 - 0.94). La mortalidad estimada por PRISM fue de 5.5%; SMR = 0.50 (IC 95% 0.28 - 0.73); HL  $\chi^2 = 22$  ( $p = 0.0005$ ) y el área bajo la curva ROC fue de 0.94 (IC 95% 0.92 - 0.96). Conclusiones: PIM2 tuvo una mejor adecuación que PRISM en la población heterogénea de nuestra UCIP. Aunque la discriminación de ambos modelos fue muy buena, PRISM sobrestimó claramente la mortalidad.

**0027 COMPARACIÓN DEL "SCORE" APACHE III VS. APACHE II EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE.**

L PARRA, RO FERNÁNDEZ, MB GRILLI, J LEYTES, G BARCHIESI, JC ARJONA, LA BATTISTINI, HMN LAMACHIA, WD VAZQUEZ  
Hospital Español de Mendoza.

Introducción: El "score" APACHE II surgido en la década de los 80 se encuentra ampliamente difundido y es utilizado continuamente para categorización de poblaciones en estudios clínico - terapéuticos o comparación de desempeño de servicios entre otras aplicaciones. Por otra parte el APACHE III probablemente debido a su mayor complejidad e imposibilidad de validación independiente, no ha gozado de tanta difusión a pesar de compartir con otros "scores" de nueva generación un mayor poder discriminativo aunque con dificultades en la calibración. Objetivo: Valorar el poder discriminativo y calibración del APACHE III, vs. APACHE II en nuestro servicio de Terapia Intensiva (UTI). Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional, realizado en una UTI polivalente, durante los meses de junio de 2005 a junio del 2006. Fueron estudiados todos los pacientes ingresados al servicio, con una estadía igual o mayor a 24 horas. Para cada paciente se registraron datos demográficos, diagnóstico de ingreso, tipo de patología, lugar de procedencia, variables fisiológicas y de laboratorio necesarias para el cálculo de ambos indicadores, TISS 28 diario, estadía en UTI y evolución. Las variables cuantitativas se expresan como medias  $\pm$  desvío estándar (DS) y las cualitativas como porcentajes o proporciones. El poder discriminativo para cada indicador se determinó mediante el trazado de las curvas ROC correspondientes, calculándose el área bajo la curva (AUC), con sus correspondientes IC 95%. Para la calibración se utilizó el test de Hosmer-Lemeshow. Se consideró significación estadística  $p \leq 0.05$ . Resultados: En el período considerado fueron ingresados 439 pacientes, de los cuales 253 (57.6%) pertenecían al sexo masculino. El promedio de edad fue de  $60.61 \pm 18.60$  años. El tipo de patología más frecuente fue médica en el 58.5% de los casos. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue sepsis en el 14.81% de los casos. Los promedios de ambos indicadores y sus correspondientes probabilidades de mortalidad alcanzaron para el APACHE II  $12.12 \pm 7.93$  y  $17.29\%$ ; APACHE III,  $36.96 \pm 23.21$  y  $15.39\%$  respectivamente. El TISS-28 a las 24 horas fue de  $18.5 \pm 7.01$  y el promedio de las primeras 48 horas  $16.5 \pm 6.32$  puntos. Del total de 439 pacientes fallecieron 67 (15.3). La relación mortalidad observada vs. predicha (MO / MP) fue para el APACHE II igual a 0.88 vs. 0.99 para el APACHE III. El AUC para APACHE II alcanzó 0.829 (IC95% 0.775 - 0.882) vs. 0.881 (IC95% 0.835 - 0.925) para APACHE III,  $p = 0.01$ . Con respecto a la calibración el estadístico GOF para el APACHE II fue igual a 16.29,  $p = 0.038$ , mientras que para el APACHE III alcanzó 10.78,  $p = 0.214$ . Conclusión: A pesar de no haber sido validado en nuestro país y tal como ha sido previamente descrito el APACHE III mostró mejor poder discriminativo y calibración que el APACHE II, con diferencias estadísticamente significativas.

**0028 LA HIPOPERFUSIÓN VELLOSIARIA PERSISTENTE ES LA CAUSA DE LA ACIDOSIS INTRAMUCOSA EN LA ENDO-TOXEMIA EN OVEJAS.**

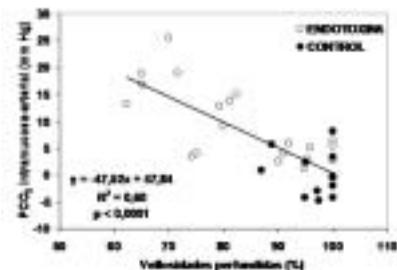
A. DUBIN<sup>1</sup>, VS KANOORE EDUL<sup>1</sup>, M POZO<sup>1</sup>, G MURIAS<sup>1</sup>, C CANULLÁN<sup>1</sup>, E MARTINS<sup>1</sup>, G FERRARA<sup>1</sup>, HS CANALES<sup>1</sup>, E ESTENSSORO<sup>1</sup>, C INCE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina; <sup>2</sup>Clinical Physiology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands.

Objetivos: la acidosis intramucosa es un hallazgo común en la sepsis clínica y experimental. Su significado es controvertido y se ha atribuido tanto a hipoperfusión tisular como a alteraciones metabólicas. Nuestro objetivo fue comparar la diferencia ileal intramucosal-arterial de PCO<sub>2</sub> (ΔPCO<sub>2</sub>) con cambios microcirculatorios sublinguales e intestinales (mucosa y serosa) en ovejas sometidas a shock endotóxico y resucitación. Nuestra hipótesis fue que la acidosis intramucosa es el resultado de disminución de la perfusión de las vellosidades intestinales, independientemente del comportamiento del flujo sanguíneo global. Métodos: se estudiaron 11 ovejas (20 ± 4 kg) que fueron anestesiadas y ventiladas mecánicamente. Se midieron ΔPCO<sub>2</sub>, lactato, presión arterial media (PAM), volumen minuto cardíaco (Q) y flujo sanguíneo intestinal (Q<sub>intestinal</sub>). Luego de mediciones basales (0'), las ovejas fueron asignadas a los grupos CONTROL (n = 4) y ENDOTOXINA (n = 7). En este último, las ovejas recibieron 5 μg/kg de lipopolisacárido de *Escherichia Coli* seguidos por una infusión de 4 μg/kg/hora durante el resto del experimento (grupo ENDOTOXINA). Las mediciones se repitieron luego de 60' sin resucitación (SHOCK 60') y después de 90' de normalizar las variables hemodinámicas a través de la expansión del volumen intravascular con hidroxietilalmidón 130/0.4 (Resucitación 150'). La microcirculación fue evaluada con un dispositivo de videomicroscopía (Sidestream darkfield (SDF) imaging). Se calcularon los índices de flujo microvascular (MFI) y el porcentaje de vellosidades perfundidas (%villi). Los datos, expresados como media ± DS, fueron analizados con ANOVA. Resultados: PAM, CO y Q<sub>intestinal</sub> se redujeron durante el shock y normalizaron con la resucitación. ΔPCO<sub>2</sub> y lactato aumentaron durante el shock y persistieron elevados después de la resucitación. Los MFI sublingual y seroso disminuyeron durante el shock y volvieron a valores basales con la resucitación. La MFI mucosa y el %villi se redujeron durante el shock y continuaron bajos pese a la resucitación. Todas estas variables no tuvieron cambios en el grupo CONTROL (ver Tabla). ΔPCO<sub>2</sub> correlacionó con el %villi (r<sup>2</sup> = 0.60, p < 0.0001) y el MFI mucoso (r<sup>2</sup> = 0.35, p = 0.0003) pero no con el Q<sub>intestinal</sub> (r<sup>2</sup> = 0.03, p = 0.37).

	ENDOTOXINA			CONTROL		
	0'	60'	150'	0'	60'	150'
PAM mm Hg	96 ± 10	51 ± 20*§	92 ± 13	92 ± 3	91 ± 6	98 ± 11
Q l/min	3.02 ± 0.98	2.21 ± 0.82*§	3.43 ± 0.92	3.36 ± 1.21	3.47 ± 1.23	3.01 ± 0.68
Q <sub>intestinal</sub> l/min	400 ± 188	221 ± 97*§	418 ± 152	449 ± 175	470 ± 226	471 ± 195
Δ PCO <sub>2</sub> mmHg	3 ± 3	14 ± 8*§	10 ± 6*§	0 ± 3	0 ± 4	1 ± 5
Lactato mmol/l	1.5 ± 0.5	3.7 ± 1.3*§	3.7 ± 0.9*§	1.6 ± 0.2	1.4 ± 0.4	1.3 ± 0.3
%villi	98 ± 3	76 ± 10*§	78 ± 11*§	99 ± 1	93 ± 6	98 ± 2
MFI mucosa	3.0 ± 0.1	2.0 ± 0.2*§	2.3 ± 0.4*§	3.0 ± 0.1	3.1 ± 0.6	2.9 ± 0.1
MFI serosa	3.2 ± 0.3	2.4 ± 0.7*§	3.5 ± 0.7	3.2 ± 0.4	3.8 ± 0.2	3.8 ± 0.3
MFI sublingual	3.0 ± 0.1	2.3 ± 0.4*§	2.8 ± 0.5	3.1 ± 0.2	3.1 ± 0.6	2.8 ± 0.4

\*p < 0.05 vs. 0', § p < 0.05 vs. CONTROL



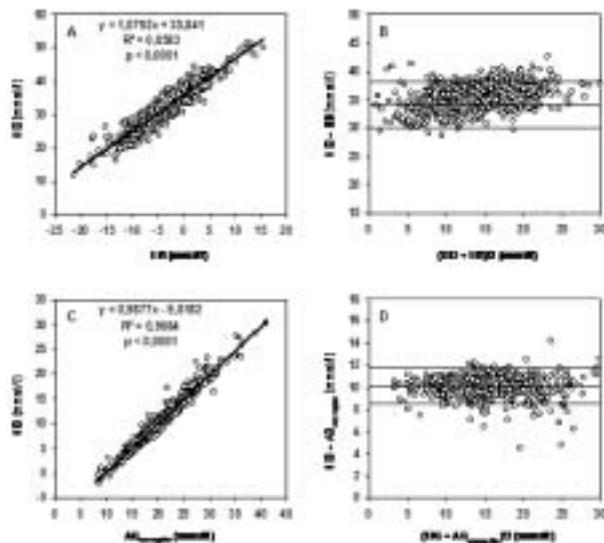
Conclusiones: El shock endotóxico redujo la perfusión micro-vascular a nivel sublingual e intestinal, tanto seroso como mucoso. La normalización del flujo sanguíneo global a través de la expansión del volumen intravascular fue incapaz de restaurar perfusión de la mucosa intestinal. La acidosis intramucosa parece deberse a un defecto en la distribución del flujo sanguíneo micro-circulatorio.

**0029 COMPARACIÓN DE TRES DIFERENTES MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS METABÓLICOS ÁCIDO BASE.**

A. DUBIN, MM MENISES, FD MASEVICIUS, MC MOSEINCO, D OLMOS KUTSCHERAUER, E VENTRICE, E LAFFAIRE, E ESTENSSORO

Sanatorio Otamendi y Mirolí, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Stewart ha planteado que la [H<sup>+</sup>] está primariamente determinada por la PCO<sub>2</sub>, la diferencia de iones fuertes y la concentración de ácidos débiles no volátiles. Este método podría identificar trastornos metabólicos severos que no son detectados por el análisis tradicional. Nuestro objetivo fue comparar la utilidad diagnóstica y pronóstica de la perspectiva de Stewart con: 1) El análisis tradicional basado en [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>] y exceso de base (EB), 2) [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>], EB y anión gap corregido a la albúmina (AG<sub>correctado</sub>). Métodos: se estudiaron 935 pacientes consecutivamente ingresados a terapia intensiva durante un período de 18 meses. Se realizaron determinaciones de gases, [Na<sup>+</sup>], [K<sup>+</sup>], [Ca<sup>++</sup>], [Mg<sup>++</sup>], [Cl<sup>-</sup>], [albúmina], [Pi<sup>-</sup>] y ácido láctico en sangre arterial. Se calcularon [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>], EB, AG<sub>correctado</sub>, SID<sub>efectivo</sub> y aniones fuertes no identificados (SIG). Se emplearon las categorías diagnósticas propuestas por Fencl y cols. Los rangos normales fueron establecidos como la media ± 3 DS de 7 voluntarios normales. Resultados: el enfoque de Stewart detectó alteraciones metabólicas en 131 pacientes (14%) con [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>] y EB normales, incluyendo 120 casos (92%) de acidosis metabólica. Sin embargo, 108 de estos pacientes (90%) tenían un AG<sub>correctado</sub> incrementado. El enfoque de Stewart permitió un diagnóstico adicional de acidosis metabólica en sólo 12 pacientes (1%) con [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>], EB y AG<sub>correctado</sub> normales. Por otro lado, el método de Stewart no identificó 27 pacientes (3%) con alteraciones observadas con el uso de [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>], EB y AG<sub>correctado</sub> (16 casos de acidosis y 11 de alcalosis). SID<sub>efectivo</sub> y EB, y SIG y AG<sub>correctado</sub> estuvieron fuertemente correlacionados y mostraron estrechos límites de concordancia del 95% (Figura). Las áreas bajo las curvas ROC para predecir la mortalidad a 30 días fueron 0.83, 0.64, 0.63, 0.62, 0.59, 0.57 and 0.56 para el puntaje SOFA, SIG, lactato, AG<sub>correctado</sub>, EB, SID<sub>efectivo</sub>, EB y [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>], respectivamente (SOFA vs. el resto: p < 0.0001).



Conclusiones: en esta numerosa serie de pacientes críticos, la utilidad diagnóstica del enfoque de Stewart fue mejor que la de [HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>] y EB. Sin embargo, cuando el AG<sub>correctado</sub> es incluido en el análisis, el método de Stewart no ofrece ninguna ventaja diagnóstica o pronóstica.

**0030 PREVALENCIA DE SIGNOS DE REPERFUSIÓN EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN RÍO GALLEGOS.**

F GAMBINO, A SEGOVIA, M CASTRO  
Hospital Regional Río Gallegos.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores que influyen en la reperfusión entre los pacientes con infarto agudo de miocardio en Río Gallegos. Materiales y métodos: Estudio prospectivo de 113 pacientes internados en la Terapia Intensiva del Hospital Regional Río Gallegos por infarto agudo de miocardio. A todos se tuvo en cuenta el sexo, edad, antecedentes familiares de patología cardiovascular, antecedentes personales de tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, tabaquismo, localización del IAM, tiempo entre inicio de dolor y tratamiento, evolución. Los datos fueron evaluados por regresión logística multinomial y test de Fisher, siendo p menor de 0.05 significativa. Resultados: De los 113 pacientes internados en UTI por IAM. Fallecieron 12 (11%). 54 (48%) eran menores de 55 años, 43 (38%) tenían entre 56 a 70 años y 16 (14%) eran mayores de 70 años. 21 (18,5%) tuvieron que ser derivados a Buenos Aires por falta de Servicio de Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular. 71(63%) ingresaron con IAM KK1, 16 (14%) con KK2, 11(7.5%) KK 3 y 15 (13.5%) con KK4. 69 (61%) presentaron IAM cara anterior. 34 (30%) eran dislipémicos, 26 (23%) diabéticos, 53 (47%) eran hipertensos, 67 (59%) tabaquistas y 39 (34.5%) obesos. 56 (49.5%) pacientes ingresaron a menos de 6 horas de comenzado el dolor, 32 (28%) lo hicieron entre las 6 y 12 horas de inicio y 25 (22%) fueron internados a más de 12 horas de inicio del dolor. 54 (48%) pacientes recibieron fibrinolíticos de los cuales 39 (34.5%) manifestaron signos de reperfusión. Entre los 56 pacientes que ingresaron a terapia Intensiva dentro de las primeras 6 horas de iniciado el dolor, 26 (46%) eran hipertensos, 27 (48%) eran fumadores y 15 (27%) eran diabéticos. La prevalencia de reperfusión entre los hipertensos que ingresaron antes de las 6 horas fue del 42% (o sea 29% menor a la correspondiente a no hipertensos) (p<0.01, chi x2=28). La prevalencia de reperfusión entre los diabéticos ingresaron antes de las 6 horas fue del 40% (o sea 26% menor a la correspondiente a no diabéticos) (p<0.01, chi x2=35). La prevalencia de reperfusión entre los pacientes menores de 60 años que ingresaron antes de las 6 horas fue del 63% (o sea 8% mayor a la correspondiente a mayores de 60 años) (p<0.01, chi x2=17). La prevalencia de reperfusión entre los pacientes con IAM cara anterior fue del 60% (o sea 4% mayor a la correspondiente a los de cara inferior). Conclusión: La prevalencia de signos positivos de reperfusión entre los pacientes con IAM, teniendo en cuenta el tiempo entre inicio de dolor y administración de tratamiento, depende de antecedentes personales de edad, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes.

**0031 EFECTOS BENEFICIOSOS DE LA DOBUTAMINA SOBRE LA OXIGENACIÓN PULMONAR EN LA ENDOTOXEMIA EN OVEJAS.**

G MURIAS, A DUBIN, HS CANALES, JP SOTTILE, M POZO, VS KANOORE EDUL, M BARÁN, E ESTENSSORO  
Cátedra de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Objetivos: la administración de endotoxina produce injuria pulmonar por mecanismos inflamatorios e hidrostáticos. La dobutamina tiene diferentes efectos vasculares sistémicos y pulmonares que pueden modificar la oxigenación pulmonar de formas opuestas. Nuestra hipótesis fue que la dobutamina podría mejorar la relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> a través de sus efectos sobre los determinantes pulmonares y extrapulmonares de la oxigenación. Métodos: en 12 ovejas anestesiadas y ventiladas mecánicamente, se colocaron catéteres pulmonares y arteriales. Se midieron presiones arteriales medias sistémicas y pulmonares (MAP y MPAP), presión de oclusión de la arteria pulmonar (PAOP), volumen minuto cardíaco (CO) y gases arteriales y venosos mixtos, hemoglobina y saturaciones de oxígeno. La presión capilar pulmonar (Pcap) fue identificada como el valor de presión a 175 milisegundos desde el comienzo de una oclusión sistólica, por análisis digitalizado de los datos sin procesamiento. Se calcularon las resistencias vasculares sistémicas y pulmonares, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> y shunt intrapulmonar (Qs/Qt). Después de mediciones

basales, se administró un bolo de 5 µg/kg de endotoxina seguido por una infusión de 2 µg/kg/h. En ese momento, la FiO<sub>2</sub> se incrementó a 0.50 y las ovejas fueron asignadas a los grupos control o dobutamina (10 µg/kg/min) durante 2 horas. Los datos, expresados como media ± DS, fueron analizados con ANOVA. Resultados:

	grupo	basal	endotoxina			
			30'	60'	90'	120'
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>	Control	329 ± 32	222 ± 116*	209 ± 143*	195 ± 128*	202 ± 142*
	Dobutamina	356 ± 36	409 ± 70 <sup>§</sup>	423 ± 54 <sup>§</sup>	442 ± 45 <sup>§</sup>	440 ± 47 <sup>§</sup>
Qs/Qt (%)	Control	20 ± 6	21 ± 15	27 ± 21	29 ± 19	28 ± 21
	Dobutamina	18 ± 8	7 ± 3* <sup>§</sup>	8 ± 3* <sup>§</sup>	7 ± 3* <sup>§</sup>	7 ± 3* <sup>§</sup>
SvO <sub>2</sub> (%)	Control	64 ± 4	58 ± 13	53 ± 17	52 ± 15	44 ± 17*
	Dobutamina	61 ± 6	68 ± 7*	70 ± 11	71 ± 10 <sup>§</sup>	70 ± 11 <sup>§</sup>
CO (l/min)	Control	3.72 ± 0.50	2.92 ± 0.68*	3.14 ± 1.06	3.00 ± 1.06	2.52 ± 0.67*
	Dobutamina	3.41 ± 0.77	3.50 ± 0.95	4.07 ± 1.11	4.04 ± 1.29	3.94 ± 0.98 <sup>§</sup>
MAP (mm Hg)	Control	97 ± 12	92 ± 26	82 ± 28	79 ± 25*	81 ± 29
	Dobutamina	96 ± 9	70 ± 9* <sup>§</sup>	59 ± 16*	71 ± 16*	72 ± 12
MPAP (mm Hg)	Control	26 ± 4	32 ± 4*	28 ± 4	31 ± 5	30 ± 4*
	Dobutamina	24 ± 3	24 ± 6 <sup>§</sup>	22 ± 5 <sup>§</sup>	23 ± 6 <sup>§</sup>	24 ± 7
PAOP (mm Hg)	Control	10 ± 4	10 ± 5	11 ± 4	9 ± 4	9 ± 5
	Dobutamina	9 ± 4	7 ± 8	8 ± 6	6 ± 6	7 ± 6
Pcap (mm Hg)	Control	19 ± 4	24 ± 6*	20 ± 7	20 ± 8	20 ± 7
	Dobutamina	17 ± 4	15 ± 7 <sup>§</sup>	14 ± 5	14 ± 6	14 ± 7

\*p < 0.05 vs. basal § < 0.05 vs. grupo control

Después de 120' de administración de endotoxina en el grupo control, la resistencia vascular sistémica no tuvo cambios (1956 ± 320 vs. 2270 ± 622, p = NS) y la resistencia vascular pulmonar aumentó (361 ± 152 vs. 731 ± 286 dinas.seg/cm<sup>5</sup>, p < 0.01). La dobutamina disminuyó la resistencia vascular sistémica (2116 ± 475 vs. 1288 ± 139, p < 0.01) y evitó el incremento de la resistencia vascular pulmonar (363 ± 74 vs. 377 ± 101, p = NS). Conclusiones: en este modelo de endotoxemia en ovejas, la dobutamina mantuvo la oxigenación arterial por mejoría de sus determinantes pulmonares y extrapulmonares: junto a una disminución del Qs/Qt, como probable consecuencia de la reducción de la Pcap, el aumento del CO resultó en mayores SvO<sub>2</sub>. La dobutamina parece comportarse como un vasodilatador sistémico y pulmonar.

**0032 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) DE ORIGEN PULMONAR Y VENTILACIÓN PROTECTORA (VP).**

R SANTA CRUZ, A CRUZ SEGOVIA, G VIDAL BIANCHI, MJ RONDINA  
Hospital Regional de Río Gallegos.

Introducción: En los últimos años se produjeron cambios en el manejo ventilatorio de pacientes con SDRA. Objetivo: Mostrar un caso de SDRA severo de causa pulmonar, con evolución prolongada, que requirió VP. Caso clínico: Paciente femenina de 36 años que ingresó el 17/09/05 por neumonía de la comunidad. EAB al ingreso: 7,33/38/59/20/-5.2/88%, (con máscara de O<sub>2</sub> con alto flujo). Ingresó en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM). Se coloca ATB: Cefepime, Claritromicina y Cotrimoxazol. Evoluciona con criterios de SDRA, Murray: 4. Parámetros de ventilación: Volumen corriente (VT) 6 ml/Kg de peso de acuerdo al predicho, se realizan maniobras de reclutamiento (MR) sin obtenerse mejoría en la oxigenación, PEEP: 10 cm de H<sub>2</sub>O, manteniendo presión estática menor de 30 cm de H<sub>2</sub>O. Evoluciona con SDRA severo (ver parámetros en cuadro). El 26/09/05 presenta hipertermia y leucocitosis, se realizan cultivos y se indica Vancomicina más Imipenem (serología para HIV negativo) por 7 días. Ecocardiograma normal. El 03/10/05 presenta estabilidad clínica, aunque persiste con SDRA con alteraciones funcionales pulmonares severas (CE:12,6 ml/cm de H<sub>2</sub>O). Se solicita serología para CMV, Clamidia y Micoplasma. Se realiza Fibrobroncoscopia con BAL y toma de biopsia. Se agregan corticoides: Metilprednisolona 2mg/kg/día. Evoluciona con mejoría progresiva de los parámetros pulmonares y gasométricos. El 13/10/05 se realiza destete de ARM con buena tolerancia y el 17/10/05 pasa al Servicio de Clínica Médica. Alta hospitalaria el 03/11/05. Anatomía patológica: congestión

con linfocitos y leucocitos (en su mayoría polimorfonucleares). Serología: IGM Citomegalovirus: negativo, IGM e IGG Clamidia: negativo, IGM e IGG Micoplasma: negativo. Conclusiones: En el SDRA se utiliza VP combinando altos niveles de PEEP y bajos VT. La ventilación con bajos VT ha mostrado incremento de la sobrevida mientras que la adición de alta PEEP no ha tenido iguales resultados. En pacientes con poco pulmón reclutable, el uso de PEEP puede ser perjudicial por sobredistender unidades alveolares que ya están abiertas y esto parece ser más evidente en los pacientes con SDRA de origen pulmonar como es este caso. Lo importante en estos pacientes es que si su manejo es difícil es importante no empeorarlos, quizás privilegiando evitar la injuria pulmonar por ARM antes que intentar lograr valores normales de ventilación.

	19/09/05	26/09/05	28/09/05	03/10/05	06/10/05
EAB	7,15/61/88/21/- 7/94%	7,39/35/90/21/- 3/97%	7,50/37/65/28/6/ 94%	7,35/59/135/ 32/5/99	7,50/28/152/22/ 1/99%
PAFI	89	150	108	225	253
Compliance estática	13 ml/cm H <sub>2</sub> O	12 ml/cm H <sub>2</sub> O	11 ml/cm H <sub>2</sub> O	8 ml/cm H <sub>2</sub> O	
VT	6 ml/Kg	5,6 ml/Kg	6,2 ml/Kg	4,9 ml/Kg	6,2 ml/Kg
Frec Resp	20 cpm	28 cpm	20 cpm	28 cpm	28 cpm
MR	sin respuesta	sin respuesta	sin respuesta	sin respuesta	sin respuesta
PEEP	10 cm H <sub>2</sub> O	10 cm H <sub>2</sub> O	10 cm H <sub>2</sub> O	10 cm H <sub>2</sub> O	10 cm H <sub>2</sub> O

### 0034 HEMORRAGIA ALVEOLAR Y CONSUMO DE COCAÍNA.

D. FIGONI, G LEBED, R RABUFFETTI, G SANTAMARIA, I BADDE

Hospital de Cipolletti " Dr. Pedro Moguillansky", Río Negro, Argentina.

Varón de 29 años, sin antecedentes patológicos, ingresó a UTI el 16/12/05 por Insuficiencia Respiratoria, refiriendo un cuadro de 72 hs de evolución caracterizado por hemoptisis, disnea y sensación febril. El laboratorio al ingreso: Hematocrito 31%, Leucocitos 11000 mm<sup>3</sup>, Plaquetas 190000 mm<sup>3</sup>, Ionograma, Glucemia, Urea, Creatinina, Bilirrubina normales. TGO 78 UI, TGP 99 UI, LDH 3075 UI. Coagulograma normal, Orina: hematies +++++. La radiografía de tórax revelaba: infiltrados intersticio-alveolares de cuatro cuadrantes. Se recolectaron muestras para cultivos, VIH, Clamidia y Micoplasma, iniciando un esquema de Ampicilina/Sulbactam, Claritromicina y Trimetoprima-Sulfametoxazol. Recibió VNI desde el ingreso pero agravó el intercambio gaseoso en la primeras 48 hs debiendo iniciarse ARM invasivo. Sospechando Hemorragia Alveolar, se solicitan determinaciones para descartar enfermedades autoinmunes. Comenzando tratamiento con metilprednisolona en pulsos. Los resultados de serología VIH, Clamidia y Micoplasma se reciben negativos, así también ANCA, FAN, anti ADN, anticuerpos antimúsculo liso y antimembrana basal. El complemento dentro de valores normales y todos los cultivos negativos. El 27/12/05 los familiares refieren tardíamente un alto consumo de cocaína por parte del paciente. El 28/12/05 se practica biopsia pulmonar a cielo abierto, la Anatomía Patológica informó la presencia de macrófagos alveolares cargados de Hemosiderina y la Inmunofluorescencia: IgG (-), C3 (+) focal en endotelio, IgM (+) en endotelio, IgA, Fibrinógeno en la luz alveolar. Mejoró con lentitud y evolucionó en forma tórpida desarrollando numerosas complicaciones: Neumonía Asociada a Ventilador, Absceso pulmonar y empiema que requirió tratamiento quirúrgico, evolucionando con una fistula pleurocutánea. Presentó además peritonitis fecal por perforación sigmoidea que demandó una colostomía. Finalmente luego de tres meses de internación fue dado de alta a la sala de clínica médica donde permaneció internado hasta el alta Hospitalaria. Conclusiones: Presentamos este caso clínico de SDRA y consumo de cocaína para compartir una asociación poco frecuente, que resulta de descartar entre otras entidades patológicas. Los escasos reportes refieren el SDRA vinculado al consumo de Crak, en este caso, además de recordar la asociación de SDRA y cocaína, se vincula el diagnóstico de Hemorragia Alveolar con aspiración nasal de esta sustancia.

### 0035 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE VALORACIÓN NUTRICIONAL GLOBAL SUBJETIVA Y LINFOCITOS TO-

### TALES EN PACIENTES AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA.

MA ESTRIN, V HAYETIAN, R ARIENTI, JL SCAPELLATO, E VEDOVATO, DR FENOGLIETTO, M PERROTA

Hospital Donación Fco Santojanni, Pilar 950, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivo: Los objetivos del presente estudio son efectuar un análisis de Correlación entre la Valoración Nutricional Global Subjetiva y los Linfocitos Totales al ingreso del paciente a Terapia Intensiva, así como también efectuar una Valoración nutricional del mismo a su ingreso por medio de la Valoración Nutricional Global Subjetiva. Material y método: Se realizó un estudio observacional, prospectivo de pacientes de ambos sexos y cualquier edad, ingresados a nuestro servicio entre Noviembre de 2005 a Junio de 2006, a los que se les efectuó Valoración por medio de la Valoración Nutricional Global Subjetiva de Detsky, clasificando a los pacientes en A: Bien nutrido, B: Desnutrición moderada o con riesgo, y C: Desnutrición severa, siendo los criterios de inclusión y exclusión los siguientes: Criterios de Inclusión: Todo paciente ingresado al servicio, con Valoración Nutricional Global Subjetiva y conteo de Linfocitos totales al ingreso efectuados. Criterios de exclusión: Protocolo incompleto, pacientes con HIV, tratados con Corticoides u otra droga inmunosupresora, o con afecciones hematológicas que provoquen linfopenia. Posteriormente se utilizó el test de Correlación de Spearman entre las variables Valoración Nutricional Global Subjetiva y Linfocitos Totales, empleando el paquete estadístico Statistica versión 6.0 y se analizaron los resultados. Resultados: Ingresaron al estudio un total de 59 pacientes con las siguientes características: Masculino: 38. Femenino: 21.

Variable	Media	DS
Edad	57	17,67
Apache II al ingreso	14	6,51
Linfocitos totales	1075/mm <sup>3</sup>	710
%Linfocitario	10,54	7,44

Valoración Nutricional: Global Subjetiva: A:27 (45,76%), B:24 (40,67%), C: 8 (13,55%). Test de Correlación de Spearman:R:0,058408 P:0,66 NS. Conclusión: No se observó Correlación entre las variables Valoración Nutricional Global subjetiva y Linfocitos totales en nuestra muestra. En cuanto al estado nutricional al ingreso valorado por la Valoración Nutricional global subjetiva predominó en nuestra población los grados A (Bien nutrido) y B (Desnutrición moderada o con riesgo), siendo el grado C (Desnutrición severa) escaso (13,55%).

### 0036 LOS CAMBIOS MICROCIRCULATORIOS SON INDICADORES PRECOCES DE HIPOVOLEMIA.

A DUBIN<sup>1</sup>, G FERRARA<sup>1</sup>, M POZO<sup>1</sup>, G MURIAS<sup>1</sup>, E MARTINS<sup>1</sup>, C CANULLÁN<sup>1</sup>, HS CANALES<sup>1</sup>, VS KANOORE EDUL<sup>1</sup>, E ESTENSSORO<sup>1</sup>, C INCE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina; <sup>2</sup>Clinical Physiology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands.

Introducción: nuestra hipótesis fue que los cambios microcirculatorios son indicadores tempranos de hipovolemia comparados a otras variables habitualmente empleadas. Métodos: 8 ovejas (25 ± 5 kg), anestesiadas y ventiladas mecánicamente, fueron sometidas a sangrado escalonado (5, 10 y 15 ml/kg), a intervalos de 30'. Se midieron gradiente ileal intramucoso-arterial de PCO<sub>2</sub> (ÄPCO<sub>2</sub>), exceso de base (EB), lactato, presión arterial media (MAP), volumen minuto cardíaco (Q) y flujo sanguíneo intestinal (Qintestinal). La microcirculación capilar, sublingual e ileal (mucosa y serosa), fue evaluada por una técnica de videomicroscopía (sidestream darkfield imaging). Se determinaron los índices de flujo microvascular (MFI) (Boerma EC, Mathura KR, van der Voort PH, Spronk PE, Ince C. Quantifying bedside-derived imaging of microcirculatory abnormalities in septic patients: a prospective validation study. Crit Care 2005;9:R601-6). Resultados: los cambios en ÄPCO<sub>2</sub> correlacionaron con el MFI mucoso ileal (r<sup>2</sup> = 0.45, p < 0.0001).

	basal	hemorragia		
		5 ml/kg	10 ml/kg	15 ml/kg
Q (l/min)	2.5 ± 0.4	1.9 ± 0.6*	1.6 ± 0.3*	1.4 ± 0.3*
Qintestinal (ml/min)	433 ± 81	322 ± 86*	265 ± 49*	230 ± 62*
MAP (mm Hg)	83 ± 6	82 ± 10	71 ± 17	60 ± 17*
EB (mmol/l)	1 ± 3	1 ± 3	-1 ± 5	-4 ± 5*
Lactato (mmol/l)	1.6 ± 0.3	2.5 ± 0.6*	4.0 ± 1.5*	5.8 ± 2.2*
ΔPCO <sub>2</sub> (mm Hg)	2 ± 5	5 ± 4	8 ± 4*	17 ± 15*
MFI sublingual	3.1 ± 0.1	2.7 ± 0.3*	2.6 ± 0.2*	2.3 ± 0.2*
MFI mucoso	2.9 ± 0.1	2.3 ± 0.3*	2.0 ± 0.4*	1.7 ± 0.4*
MFI seroso	3.1 ± 0.1	2.7 ± 0.2*	2.4 ± 0.2*	2.1 ± 0.4*

\*p < 0.05 vs. basal.

Conclusiones: alteraciones significativas en la microcirculación sublingual e intestinal y en el lactato surgieron antes de que se produjeran modificaciones en la presión arterial, el estado ácido-base y la tonometría. La evaluación de la microcirculación puede contribuir a la detección temprana de déficits de perfusión.

**0037 AUMENTO DE LA PRESION INTRA-ABDOMINAL. CAMBIOS HEMODINÁMICOS E HISTOLÓGICOS. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS.**

J.A. OJEDA, LL SOSA, SE LAZZERI, L HUESPE GARDEL, C MISDRAJI, JA CIALZETA, R PUYOL, A OJEDA, G IMBELLONI Hospital Escuela José F. De San Martín, Corrientes.

Introducción: Se ha descrito ampliamente que los aumentos de la presión intra-abdominal (PIA) comprometen la circulación esplácnica, como así también la función de los órganos intra-abdominales. Estudiamos efectos producidos por distintos niveles de PIA sobre la hemodinamia y su repercusión en la histoarquitectura de otros órganos. Metodología: Se utilizaron ratas Instituto Biológico; todas fueron anestesiadas con Tiopental Sódico (40 mg/Kg.); se realizó traqueotomía quirúrgica, se canuló la arteria carótida para el monitoreo hemodinámico a través de la presión arterial media (PAM) y para la medición de la PIA un catéter conectado a un manómetro de presión aneroide (mmHg) fue alojado en el interior del abdomen. Se registraron las mediciones basales de PAM y PIA, luego se insufló con aire intraperitoneal hasta lograr una PIA de 5 mmHg (Grupo I); PIA de 10 mmHg (Grupo II) y un grupo control en el cual no se realizó ninguna intervención (Grupo III). Se determinaron PAM y PIA en cada grupo en forma continua durante 1 hora. Finalizado el tiempo de protocolo todas fueron sacrificadas obteniéndose muestras de pulmón, hígado, intestino delgado y riñón para estudio histopatológico. Para el análisis estadístico se utilizaron la media, el desvío standar y la comparación de los grupos se realizó con el test de Kruskal Wallis considerando como valor significativo un valor de P < 0,05. Resultados: Se estudiaron 20 ratas de ambos sexos. Pertenecieron al Grupo I 7 ratas; al Grupo II 7 ratas y 6 al grupo III. En el Grupo I no se evidenciaron alteraciones hemodinámicas, los valores de PAM oscilaron entre 160-170 mmHg; las del Grupo II presentaron un descenso progresivo de la PAM, al principio con valores de 170 mmHg alcanzando valores de shock (PAM < 60 mmHg) a los 30 minutos y en ningún caso se completó el tiempo de protocolo. Histopatológicamente en las ratas del Grupo I se observó la presencia de congestión y edema generalizado en todos los órganos estudiados pero con la histoarquitectura conservada; mientras que en el Grupo II se observaron los mismos cambios pero con alteración marcada de la histoarquitectura con la presencia de áreas de enfisema a nivel pulmonar, focos hemorrágicos en el hígado y a nivel del riñón necrosis tubular distal, deflecamiento del epitelio, cilindros hialinos y focos hemorrágicos. Conclusión: Se confirma que el aumento de la PIA guarda relación directa con deterioro hemodinámico y cambios histopatológicos en pulmón, intestino, hígado y riñón. Estos cambios preceden al deterioro hemodinámico y parecerían ser mas marcados cuando más alto es el valor de PIA.

**0038 USO DE FACTOR VII ACTIVADO RECOMBINANTE HUMANO PARA EL TRATAMIENTO DE LA COAGULOPATÍA**

**SECUNDARIA POR TRANFUSIÓN MASIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

A HINTZE BARUJ, S MARE, T VIAENE, E ZIESENISS, J STOKFISZ, L GONGORA, O CARAVELLO, A ENRIQUEZ Sanatorio Municipal "Dr. Julio Mendez", Capital Federal, Argentina.

Objetivo: Comunicación de un caso de uso de Factor VII activado recombinante humano (rFVIIa) en paciente con coagulopatía secundaria a transfusión masiva. Caso Clínico: Mujer de 61 años con antecedentes de trombosis venosa profunda; Déficit de Antitrombina III; decorticación pleural izquierda por empiema; hernia diafragmática izquierda y absceso crónico bronquial izquierdo. Ingresó a terapia intensiva en postquirúrgico inmediato de lobectomía inferior izquierda por tumor carcinóide bronquial atípico. Presentó cuadro de shock, alto débito hemático por drenajes quirúrgicos, hipotermia y acidosis metabólica. Se inició asistencia respiratoria mecánica (ARM), expansión con coloides y cristaloides, infusión de vasopresores a altas dosis y soporte transfusional en las primeras 12 horas de 20 unidades (U) de glóbulos rojos desplasmatisados, 6 U de plaquetas, 11 U de plasma, 17 U de crioprecipitados y 1200 unidades internacionales de complejo protrombínico. Se realizó toracotomía exploradora hallándose múltiples sitios de sangrado en pleura izquierda, no respondiendo a hemostasia intraoperatoria. El análisis postquirúrgico de laboratorio evidenció: Hematocrito 10%; Leucocitos 7.000/mm<sup>3</sup>; Plaquetas 48.000/mm<sup>3</sup>; Glucemia 245 mg/dl; Urea 45 mg/dl; Creatinina 1.18 mg/dl; Sodio 146 meq/l; Potasio 4.4 meq/l; Cloro 112 meq/l; Tiempo de Quick 30%; KPTT 110"; Factores de Coagulación: FII 8%, FV 30%, FVII 6%, FX 10%; Estado Ácido Base: pH 7.14, pO<sub>2</sub> 393 mmHg, PCO<sub>2</sub> 59 mmHg, HCO<sub>3</sub> 19.7 mmol/l, EB -7mmol/l, Sat. O<sub>2</sub> 99%. Dados tal cuadro clínico y evidencias de laboratorio -y no habiendo posibilidad de tratamiento médico ni quirúrgico- se decidió utilizar rFVIIa 90 ug/kg/dosis, cuya recomendación para hemorragias graves, sugiere 2 dosis (Novo-Seven, Novo Nordisk®) con dos horas interdosis. A los 20 minutos (min) postinfusión de la primera dosis presentó disminución de la hemorragia por drenajes quirúrgicos y, en los siguientes 60 min, disminución de los requerimientos de hemoderivados y estabilización hemodinámica progresiva, aunque no en grado suficiente llegados los 120 min. Se decidió administrar la segunda dosis. A los 90 min de la misma el control de coagulación evidenció: Tiempo de Quick de 60% y KPTT de 29 segundos, sin reacciones adversas inmediatas. Evolucionó los siguientes 40 días en ARM prolongada con traqueostomía y weaning dificultoso. Presentó como complicaciones quirúrgicas neumomediastino y neumopiotórax. Ante un cierre dificultoso de herida quirúrgica se realizó mioplastia con músculo dorsal ancho, y posteriormente una ventana pleurocutánea. Tras 72 días, la paciente fue externada a su domicilio. Conclusiones: Dadas las recientes y aun discutidas evidencias científicas acerca de las nuevas indicaciones sobre el uso de rFVIIa en casos de coagulopatía secundaria por transfusión masiva y sin respuesta al tratamiento convencional, se estima que el resultado favorable de tal aplicación aquí descripto constituya un antecedente de interés para el conocimiento en la materia.

**0039 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA, NUESTRA EXPERIENCIA.**

D DUARTE, G FILIPPA, V ALONSO, A ALBERGUCCI, J BALBI, A MONTES, F PLANO, R ZAMBON, A GUERRA, M VARGAS, M OJEDA, P MONTES Servicio de Terapia Intensiva Hospital Regional Río Grande. Tierra del Fuego.

Objetivo: Describir la incidencia de Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) y su Mortalidad (M) en nuestro Servicio. Analizar sus Agentes Etiológicos (AE) y el impacto de la NAV sobre la estadía en Terapia Intensiva (TI). Materiales y métodos: Se evaluaron 122 pacientes (ptes) en asistencia respiratoria mecánica (ARM), ingresados a la TI en el periodo comprendido entre Enero de 2004 y Diciembre 2005. Para el diagnóstico de NAV se utilizó el Score Clínico de Infección Pulmonar (CIPS) evaluando diariamente: Temperatura, Recuento de Glóbulos Blancos, Secreción bronquial, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, Radiografía de Tórax y Cultivo de Aspirado Traqueal. Se

excluyeron los pacientes con SDRA. Se utilizaron respiradores Siemens Servo 900C, Neumovent Graph II, Puritan Bennett 7200 y Dragger Savina. Se realizó análisis estadístico utilizando la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% (\* $p < 0.05$ ). Resultados: 122 ptes. ingresaron al estudio, 47 mujeres (38,5%), 75 hombres (61,5%). Edad 61 años (82 a 15) La duración promedio de la ARM fue de 6,5 días, los pacientes sin NAV 5,1 días, y con NAV 7,8 días siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). El Apache II del grupo NAV 18 y sin NAV 16. La M fue de 24% en el grupo NAV y del 14 % sin NAV \* ( $p < 0.05$ ). La estadía en TI de los pacientes en ARM en promedio fue de 10,4 días, en los ptes. sin NAV 7,3 días, mientras que los ptes. con NAV 13,5 días. \* ( $p < 0.05$ ). Se diagnosticaron 29 casos de NAV según CIPS, representando el 23,7% de los pacientes ventilados. Los AE hallados: Pseudomona Aeruginosa n: 9 (31%), Stafilococo Aureus metilicilino resistente n: 7 (24%), E. Coli n: 4 (13,7%), Stenotrophomonas Maltophilia n: 4 (13,7%), Stafilococo Aureus metilicilino sensible n: 3(10,3%), Acinetobacter Baumannii n: 1 (3,4%), Enterobacter cloacae n: 1 (3,4%). Conclusión: En el grupo analizado la incidencia de NAV fue del 23,7%. Los AE más frecuentemente aislados fueron Pseudomona Aeruginosa y Stafilococo Aureus metilicilina resistente. En la población estudiada la NAV se asoció en con mayor estadía en la terapia Intensiva, más días en ARM y mayor Mortalidad, encontrándose a estas variables con significancia estadística.

#### 0041 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA Y HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO SECUNDARIO A TROMBOSIS DEL SENO VENOSO CON FÍSTULA DURAL ARTERIOVENOSA.

J. ESCARDO, S COSENZA, P PRATESI, G PARRA, J ALVAREZ, M BERRO, D CZERWONKO, F UNGAR, G OLIVA, A PRIOLO, D BERNARDEZ, A HITTA, M MORENO D'ANNA  
Hospital Universitario Austral.

Introducción: El hallazgo de fístula dural como causa de sangrado intraparenquimatoso y hemorragia subaracnoidea representa menos del 5 % de las mismas, Se reporta el caso de una hemorragia subaracnoidea y hematoma intraparenquimatoso secundaria a fístula dural. Presentación del caso: Paciente masculino de 73 años de edad sin antecedentes relevantes. Comenzó 48 hs previas al ingreso con cefalea parietal derecha. Agregó posteriormente debilidad en miembros superiores y disfagia. Al ingreso se encontraba lucido con paresia profunda de miembros superiores. Se realizó TC de cerebro que mostró hematoma parenquimatoso parietal derecho con hemorragia subaracnoidea. Se efectuó angiografía digital cerebral que mostró seno lateral derecho parcialmente trombosado. La arteria carótida externa presentó fístula dural al seno lateral derecho con afrencia única del arteria meníngea media, la cual se encontraba aumentada de tamaño y drenando a una vena cortical dilatada ectásica con drenaje pial más dilatación venosa múltiple (Cognard III). Se solicitó perfil bioquímico para evaluación de trombofilia. Al 3er día de internación se realizó embolización superselectiva de los puntos fistulosos de las arterias meníngea media derecha y occipital derecha hasta obtener la desvascularización de las mismas. Evolucionó posteriormente estable con evidencia de exclusión de la fístula en control angiográfico al día 14. Conclusión: Las fistulas durales se encuentran dentro del grupo de las malformaciones arteriovenosas intracerebrales representando el 10-15% de las mismas. Presentan distintas ubicaciones dentro de la duramadre siendo las más frecuentes las que se originan en el seno cavernoso (20-40%) y en el seno lateral, unión de los senos transversos y sigmoideos (20-60%). La mayoría se desarrolla luego de trombosis de senos venosos. La trombosis de los senos cerebrales afecta al 39% de los pacientes con fístula dural. La localización y el tipo de fístula son determinantes mayores de las manifestaciones graves en esta población (hemorragia intracranial, infarto venoso, convulsiones, hipertensión endocraneana, afectación del estado mental). Nuestro paciente presentó una fístula arteriovenosa dural Cognard III la cual esta asociada en un 50% a hemorragia intracerebral y el 79% a manifestaciones clínicas severas.

#### 0042 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS EN UCI.

M. CAVANAGH, J ESCARDO, J ALVAREZ, S COSENZA, G PARRA, P PRATESI, D CZERWONKO, F UNGAR, G OLIVA, D BERNARDEZ, A PRIOLO, A HITTA, E BERUTI  
Hospital Universitario Austral.

Objetivo: Identificar pacientes embarazadas y puerperas que fueron admitidas en la UCI por complicaciones asociadas al embarazo o situaciones en las que el embarazo afectó adversamente. Métodos: Análisis demográfico, retrospectivo de historias clínicas informatizados de pacientes que ingresaron entre 09/2000 y 10/2005. Se identificó media de edad, motivo de ingreso, APACHE II, evolución al shock, requerimiento de ARM, periodo del embarazo en que se presentó la complicación y mortalidad maternofetal. Se expresan los resultados en porcentajes y valores absolutos. Resultados: Ingresaron a la UCI, en el periodo analizado, 30 pacientes obstétricas complicadas representando un 0.7% (30/4083) de los partos atendidos en dicho periodo y un 1% (30/3028) de las admisiones a UCI. Las admisiones se dividieron en aquellas relacionadas con el embarazo, causas obstétricas (CO) que representaron las causas más frecuentes de internación 77%(23/30) y aquellas patologías no relacionadas con el embarazo, causas no obstétricas (CNO) 23% (7/30). Las complicaciones más frecuentes fueron los smes hipertensivos del embarazo que representaron el 48% de las CO (12/23) asociándose en el 36% a sme HELLP (5/14), seguidos por acretismo placentario y rotura/atonía uterina con 17% respectivamente (4/23). La CNO mas frecuentes de ingreso se relacionó con complicaciones cardiovasculares siendo el 43% (3/7). La edad media fue de 31.5 años. La media de Apache II fue de 9.1 siendo de 8.3 para pacientes con CO y 12.9 para pacientes con CNO. La estadía promedio en UCI fue de 4,4 días. Siendo 3.3 días para CO y 8.1 días para CNO. El 63% de la pacientes permaneció en UCI <2 días. La mortalidad materna en ambos grupos fue de 7% (2/30). No fallecieron pacientes en el grupo de CO y fallecieron el 28% (2/7) en el grupo de CNO. La mortalidad fetal en ambos grupos fue de 27% (8/30), 17% (4/23) para las CO y 57% (4/7) para las CNO. Presentaron shock el 26% de la pacientes (8/30), 62% de etiología hipovolemica (5/8). El 17% (4/23) de las CO y el 57% (4/7) de las CNO. La media de internación para este grupo fue de 7.1 días, requiriendo ARM el 63% (5/8). La mortalidad materna fue del 25% (2/8) y la fetal del 87% (7/8). Requhirieron ARM el 23%(7/30), la media de internación para este grupo fue de 9.7 días, la mortalidad materna fue del 29% (2/7) y la fetal 71% (5/7). La media de edad gestacional al ingreso a UCI fue de 31.1 semanas. Las complicaciones en pacientes con CO se presentaron en el 1er 4% (1), 2do 13% (3) y 3er trimestre 83% (19). Las complicaciones en pacientes con CNO se presentaron en el 1er 14% (1), 2do 29% (2) y 3er trimestre 57% (4). Conclusiones: Los resultados del estudio se asemejan a los reportes realizados en los últimos años sobre pacientes obstétricas complicadas que requirieron cuidados críticos tanto en mortalidad materna como fetal. Del estudio se desprende que el Apache II sobrevaloró la mortalidad en el grupo de pacientes con causas obstétricas y subvaloró la mortalidad en el grupo de pacientes con causas no obstétricas.

#### 0043 MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE (MND) (A PROPÓSITO DE UN CASO).

MA CHOMYN, FH ZELAYA, RD DIAZ  
Servicio de Terapia Intensiva, Sanatorio Boratti SRL.

Introducción: La MND es una enfermedad en la cual que pone en grave peligro la vida. Generalmente se produce después de una lesión séptica orocervicofaríngea y tiene una alta mortalidad a pesar de la disponibilidad actual de los antibióticos. Resumen de historia clínica: Paciente masculino, sano, de 40 años de edad, que comienza 6 días antes de su ingreso con odontalgia. Se automedica con aines y antibióticos sin mejoría. Internado, recibe cefalosporina de 1º generación y corticoides sin mejoría, por lo que se deriva a nuestro centro. Ingresa el 29/05/06 con excitación psicomotriz, taquipneico, taquicárdico, afebril, con hipoventilación de ambos hemotórax, signos de deshidratación, halitosis, secreción purulenta fétida bucal, edema de piso de boca y región antero-lateral del cuello, enfisema subcutáneo supraclavicular, hemodinámicamente estable, saturación de oxígeno de 70%. Se indica intubación y conexión

a ARM, reposición hidroelectrolítica, aspirado, solicitándose cultivo de secreción bucal, hemocultivo y radiografía de tórax. En la misma se observó derrame pleural derecho y neumotórax. En la radiografía de cuello se observó aire en la región prevertebral. Presenta disfunción renal, leucocitosis, plaquetopenia, serología HIV(-) y PAFI menor a 100. Se asume como sepsis severa a partir de un foco bucofaringeo con compromiso mediastinal. La TAC de cuello y tórax confirman los hallazgos radiológicos. Se indicó ampicilina sulbactam, cervicotomía y toracotomía derecha con colocación de tubo de drenaje pleural bilateral. El día 30/05/06 evoluciona en estado de shock y se reciben cultivos que informa flora mixta con pleomorfismo y desarrollo de Streptococcus alfa hemolítico y el día 01/06/06 se produce el óbito. Discusión: La MDN es una entidad rara, con una mortalidad elevada posterior a lesiones orofaríngeas adquiridas o traumáticas. La infección es polimicrobiana, atribuyéndose la naturaleza fulminante del proceso a la relación simbiótica y sinérgica entre organismos aeróbicos y anaeróbicos. Los responsables aislados de cultivos: Streptococo beta hemolítico del grupo A. Otros: Streptococo viridans, Anaerobios no enterococos, Bacteroides, Peptoestreptococo, Fusibacterium, Estafilococo aureus, Hemophilus. El diagnóstico temprano es infrecuente, debido a los síntomas inespecíficos: edema, dolor de cuello y tórax, disfagia y ocasionalmente enfisema subcutáneo. El compromiso mediastínico aparece en horas, por lo que se debe solicitar estudios de imágenes y cultivos para aislamiento bacteriológico. El tratamiento consiste en la utilización de antibióticos, debridación quirúrgica y soporte vital. Conclusión: Debido a la escasez de signos clínicos iniciales de la MND esta debe ser siempre sospechada ante cualquier infección cervical, especialmente cuando el compromiso sistémico es desproporcionado a las manifestaciones clínicas. La sospecha clínica y derivación oportuna, junto con la TAC de cabeza, cuello y tórax permite una rápida confirmación diagnóstica e inicio precoz del tratamiento.

**0046 LA IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS EN TERAPIA INTENSIVA MEJORA LOS RESULTADOS: NUESTRA EXPERIENCIA.**

D DUARTE, G FILIPPA, J BALBI, A MONTES, V ALONSO, A ALBERGUCCI, R MALTEZ, F PLANO, R ZAMBON  
 Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Regional Río Grande, Tierra del Fuego.

	Estadía	Apache II	Mortalidad	
2002	6,9	18	31%	
2003	6,5	16	33%	
2004	5,8	16	14%	p<0.05
2005	4,9	15	11%	p<0.05
		NS		

Objetivo: Describir los motivos de ingreso, gravedad, y estadía. Analizar la variabilidad de mortalidad en nuestro servicio. Materiales y métodos: Se evaluaron 796 pacientes (ptes), ingresados a la TI en el periodo comprendido entre abril de 2002 y Diciembre 2005. Se analizaron los motivos de ingreso (MI), el Índice de gravedad a través del score de APACHE II, estadía en TI y mortalidad (M). Se realizó análisis estadístico utilizando la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% (\*p< 0.05). Resultados: 796 ptes. ingresaron al estudio. El MI se distribuyó de la siguiente manera: 38% patologías cardiovasculares; 15% patologías respiratorias; 10% Postoperatorias; 9% Neurológicas; 11% Sepsis; 10% Trauma; 3% Patología Digestiva; 1% Patología Renal; 1% Intoxicaciones; 2% Metabólicas. El Apache II promedio fue: 18 en el 2002; 16 en el 2003; 16 en el 2004; 15 en el 2005. La estadía promedio fue de: 6,9 en el 2002; 6,5 en el 2003; 5,8 en el 2004 (p<0.05); 4,9 en el 2005 (p<0.05). La mortalidad en TI de los pacientes fue de: 31% en el 2002; 33% en el 2003; 14% en el 2004 (p<0.05); 11% en el 2005 (p<0.05). La variabilidad de la estadía y mortalidad en los dos últimos años coincidió con la implementación rigurosa de protocolos de actuación en diferente patología atendida en el servicio, además de la atención brindada por especialista y la continua formación científica. Conclusión: En el período analizado la patología cardio-

vascular y respiratoria fueron prevalentes. La estadía en TI y su mortalidad disminuyeron en forma significativa en los últimos dos años. La implementación de protocolos de manejo nos impresiona de ser el factor decisivo en la mejoría de los resultados obtenidos.

**0047 BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER: INCIDENCIA Y RELACIÓN CON LA PROVISIÓN DE INSUMOS ESTÉRILES EN UN HOSPITAL PÚBLICO.**

M RAMIREZ, RF GIMÉNEZ, O MAMANI, ML TORANZO, VFM VALDERRAMA, L IZULU, JA MAZZA, M CHIAPA, R REINA  
 Hospital San Martín, La Plata.

Introducción: La crisis económica que afectó a Argentina durante 2001-2002 dificultó la provisión adecuada de materiales estériles necesarios para la realización de prácticas invasivas como la inserción de catéteres venosos centrales (CVC), especialmente en los hospitales públicos, con posibles consecuencias en el incremento de las infecciones hospitalarias, situación que debería haberse revertido durante el período posterior de recuperación económica. Objetivo: 1) Evaluar en cuánto se afectó la provisión de insumos durante el período de Crisis comparada con el período Precrisis, y si la cantidad de los mismos durante el período Postcrisis volvió a ser similar al de Precrisis. 2) Comparar la incidencia de Bacteriemia asociada a catéter (BAC) durante el periodo de Crisis con los períodos Pre y Postcrisis. Material y método: Fueron incluidos todos los pacientes ingresados a una UTI médico quirúrgica, desde Ene/00 al Dic/05, que requirieron CVC durante más de 24 hs Se definió BAC, según el CDC, como el aislamiento de un mismo microorganismo de la punta del catéter y de hemocultivos periféricos, y sin otra fuente aparente de infección. Se utilizaron accesos yugular, femoral y subclavio. Los pacientes fueron divididos en 3 períodos para su comparación: Precrisis: desde 01/01/00 al 30/09/01; Crisis: desde 01/10/01 al 31/12/02; Postcrisis: desde el 01/01/03 al 31/12/05. Las variables continuas se presentan como x±DS o mediana (mdn) y rango intercuartilo [IC], las discretas como porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con Test-t o X2. Se consideró significativa una p<0.05. Resultados: La incidencia de BAC y la cantidad de insumos en los 3 períodos se muestran en la tabla. La incidencia de BAC según el acceso utilizado fue similar entre los 3 períodos. Durante la Crisis, 21 catéteres no pudieron ser estudiados por falta de recursos en Bacteriología, por lo cual no se puede descartar que el número real de BAC pudiera ser mayor. En el período Postcrisis la provisión de guantes y campos fue similar a la de Precrisis (p=0,6 y p=0,05, respectivamente), pero la de camisolines fue menor (p<0,001).

	Precrisis	Crisis	Postcrisis
Pacientes admitidos, n	342	213	651
Catéteres colocados, n	455	275	671
BAC, episodio/1000/d/catét	4	14*	5‡
Permanencia catét, día mdn[IC]	7 [4-10]	8 [5-13]†	7 [6-9]
Monomicrobianas, n(%)	6 (75)	21 (78)	19 (73)
Polimicrobianas, n(%)	2 (25)	6 (22)	7 (27)
Guantes, pares	52500	20690*	76990
Campos, unidad	4200	940*	2905
Camisolines, unidad	8400	491*	1554

\*p<0,001 vs Precrisis y Postcrisis; ‡p=0,04 vs Precrisis; †p=0,5 vs Precrisis y Postcrisis

Conclusiones: 1- La incidencia de BAC se incrementó significativamente con la reducción en la provisión de material estéril. 2- Pese a la recuperación en la provisión de insumos durante la Postcrisis, la incidencia de BAC aun permaneció significativamente elevada, aunque dentro de los rangos aceptados por el NNISS.

**0048 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA CAUSADA POR ACINETOBACTER Y PSEUDOMONAS.**

MA TORO, G FERRARA, MA SAÉNZ, P CASTELLUCCIO, I ZOILO, P VALVIDARES, C LÓPEZ, L MOLINA, E VALGOLIO, R REINA  
 Hospital San Martín, La Plata.

Objetivo: Comparar las características clínicas y la evolución de las Neumonías asociada a la ventilación mecánica (NAV) causadas por Acinetobacter y por Pseudomonas MATERIAL Y METODO: Fue-

ron incluidos todos los pacientes admitidos a una ICU médico quirúrgica de un hospital escuela de referencia, desde 01/01/2000 a 31/05/2005, con más de 72 hs de ventilación mecánica (VM), que presentaron su primer episodio de NAV por *Acinetobacter* o por *Pseudomonas*. Se definió NAV por persistencia o aparición de nuevos infiltrados, junto con 2 o más de los siguientes: temperatura  $>38.3$  °C o  $<36$  °C, Leucocitosis ( $>14 \times 10^3/\text{mm}^3$ ) o leucopenia ( $<4 \times 10^3/\text{mm}^3$ ) y/o desviación a la izquierda, secreciones purulentas, y confirmada por un cultivo cuantitativo (Aspirado traqueal  $>10^6$  cfu/ml, o BAL  $>10^4$  cfu/ml, o miniBAL  $>10^3$  cfu/ml). Las variables continuas se presentan como  $x \pm \text{DS}$  o mediana (mdn) y rango intercuartilo [IC], las discretas como porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con test t o X<sup>2</sup>. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Fueron analizados 143 pacientes con NAV: 78 por *Acinetobacter* y 65 por *Pseudomonas*. Los datos se muestran en la tabla. 32 (41%) de los *Acinetobacter* y 8 (12%) de las *Pseudomonas* fueron sensibles sólo al Colistin, un antibiótico que nunca fue usado como parte del tratamiento empírico inicial. Conclusiones: 1- Las NAV por *Acinetobacter* and *Pseudomonas* son comparables en severidad y mortalidad. 2- El tratamiento empírico inadecuado fue significativamente más frecuente en NAV por *Acinetobacter* debido al mayor número de cepas sólo sensibles al Colistin. 3- La mortalidad de ambas fue acorde a la esperada por APACHE II.

	Acin=78	Pseud=65	p
Edad	42 ± 16	42 ± 16	0.2
APACHE II	20 ± 7	20 ± 7	0.2
APACHE II Risk%	35 ± 21	35 ± 21	0.2
SOFA 24 hs	7 ± 3	7 ± 3	0.2
Mortalidad n(%)	26 (33)	21 (32)	0.3
Trat Inadec n(%)	41 (53)	20 (31)	0.009
Aparición días	9 [6-15]	9 [6-15]	0.2
VM días	25 [16-41]	25 [17-42]	0.2
Estadía UTI días	31 [22-50]	31 [22-50]	0.2

#### 0049 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y MORTALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. DIEZ AÑOS DE REGISTRO.

PG MINCES<sup>1</sup>, CA PÉREZ<sup>1</sup>, PG EULMESEKIAN<sup>1</sup>, SM DÍAZ<sup>1</sup>, J FERRARIS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina; <sup>2</sup>Hospital Austral.

Objetivo: estudiar la asociación entre insuficiencia renal aguda (IRA) y mortalidad en los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) y en dos subgrupos: niños con shock y pacientes durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular con circulación extracorpórea (CCV-CEC). Diseño: análisis retrospectivo de un registro informatizado, activo y prospectivo. Población: todos los pacientes que ingresaron a la UCIP durante diez años (1992-2002). Material y métodos: se definió IRA a la presencia de oligoanuria con aumento de la creatinemia por encima del valor máximo para la edad. Todas las formas de shock fueron incluidas. Definimos mortalidad al fallecimiento en la UCIP. El grupo control estuvo constituido por la población sin IRA. Se estudió la asociación entre mortalidad e IRA a través de la determinación del riesgo relativo (RR) y los intervalos de confianza (IC95%). La comparación entre los grupos se realizó con el test de chi cuadrado. Una  $p < 0,05$  fue considerada significativa. Resultados: se incluyeron 7052 pacientes. Hubo 273 niños con IRA (3,8%) cuya edad (mediana) fue 2 años (extremos: 1 mes-29 años), 51% varones. Requiritieron terapias de reemplazo renal 172 pacientes (63%). Las principales etiologías fueron: shock, 108 pacientes (40%), síndrome urémico-hemolítico (SUH), 71 pacientes (26%) y CCV-CEC 28 pacientes (10%). La asociación con mortalidad fue la siguiente:

	Mortalidad Con IRA (%)	Mortalidad Sin IRA (%)	RR (IC95%)	p
General	97/273 (35,5)	320/6459 (4,9)	7,53 (6,21-9,12)	< 0,0001
Shock	68/108 (63)	106/395 (26,8)	2,33 (1,98-2,91)	< 0,0001
Post CCV-CEC	12/28 (42,8)	43/532 (8)	5,30 (3,17-8,87)	< 0,0001

Conclusiones: la incidencia de IRA en UCIP, durante diez años, fue 3,8%. La presencia de IRA se asoció con mayor mortalidad, tanto en la población general como en el grupo de pacientes en shock o durante el postoperatorio inmediato de CCV-CEC.

#### 0050 ACIERTOS EN LA PUNCIÓN ARTERIAL REALIZADOS EN NIÑOS.

AMS AMANDA, MASP ANGELICA, AFM ARIANE, MLGP MAVILDE UNIFESP.

Objetivo: Verificar los aciertos en la primera tentativa al puncionar la arteria en niños hospitalizados. Material y método: estudio descriptivo, realizado en las enfermerías de pediatría quirúrgica y de cuidados intensivos pediátricos de un hospital universitario de São Paulo, después de haber sido aprobado por el Comité de Ética en investigación del propio hospital (n 0849/05). Los datos fueron colectados en el período de septiembre/2005 a febrero/2006, siendo utilizada la observación directa del procedimiento y un instrumento incluyendo las variables: la identificación del niño (edad y género), profesional que realizó la punción, motivo de la punción, evaluación de la perfusión periférica, arteria escogida, número de tentativas, necesidad de reposición de la aguja, suceso en la punción y complicaciones locales. Después de observar el procedimiento, el investigador llena el instrumento con las variables anteriormente descriptas. La observación del procedimiento fue realizada no período matutino. Fue considerado suceso cuando hay retorno de la sangre en la extensión del cateter, ya la reposición de la aguja sucedió cuando al ser introducida, no hubo retorno de la sangre, necesitando traccionar la misma y posteriormente introducirla, sin retirar la aguja totalmente de la piel. Resultados: Fueron observadas 163 punciones arteriales en un total de 31 pacientes, constituyendo una media de 5,3 punciones por cada niño. El promedio de edad fue de seis meses, 17 (54,8%) eran del sexo masculino y 14 (45,2%) femenino. Todas las punciones fueron realizadas para coleccionar sangre para exámenes de laboratorio. Se evaluó el nº de tentativas de punciones hasta obtener suceso, de las 126 (77,3%) con suceso, en 112 (87,3%) hubo suceso en la 1ª tentativa, 13 (10,3%) en la 2ª, 2 (1,6%) en la 3ª y 1 (0,8%) en la 4ª. De las 112 en la 1ª tentativa, 96 (85,7%) necesitaron de reposición de la aguja. La a. radial fue la primera escogida en 76 (46,6%) punciones, seguida de la a. braquial 63 (38,6%), a. pediosa 17 (10,4%) y a. tibial posterior 7 (4,3%). Los enfermeros prefieren la a. radial en cuanto que los médicos escogen la a. braquial. Cuando analizamos la categoría profesional que realizó la punción con suceso en la primera tentativa, 57 (50,9%) fueron realizadas por enfermeros y 55 (49,1%) por médicos. La perfusión periférica del niño no tubo ninguna relación con el suceso de la punción. La principal complicación fue el sangramiento que sucedió en 27 (16,5%) punciones y hematoma en 6 (3,6%) punciones. Conclusiones: la punción arterial es un procedimiento doloroso, con riesgo de complicaciones, entretanto, muchas veces es necesario que sea realizada diversas veces en un mismo niño. El procedimiento en niño puede ser difícil por el pequeño diámetro de la arteria. Podemos decir, que en dos tercios de estas punciones se consiguió suceso, pero en casi todos ellas, hubo necesidad de reposicionar la aguja. La principal arteria escogida fue a. radial, seguida de la braquial, mas conforme la literatura, esta no debe ser frecuente porque puede comprometer la eficiencia de la circulación colateral y el nervio mediano, debido a su proximidad.

#### 0051 BIOÉTICA Y MEDICINA CRÍTICA: ESCUCHEMOS A LOS USUARIOS.

D ELISABE, L VASTA, L PIERINI, M ALBORNOZ, A POSE, C FUKUDA, H ZELECHOWER, M SANTORO, G ORLANDO, P VALDEZ

Hospital Vélez Sarsfield. GCBA.

Objetivos: Cuantificar personas que aceptarían un tratamiento invasivo y firmarían una orden de no reanimación (ONR), que avalarían transfundir a testigos de Jehová. Jerarquizar los principios de bioética desde la óptica comunitaria. Cuantificar opiniones y argumentos respecto a eutanasia, aborto, investigación experimental.

Identificar en un modelo multivariado las variables predictoras de opiniones a favor de eutanasia. Cuantificar potenciales donantes, describir opiniones de la población relacionadas a la donación y determinar variables predictoras de donación en un modelo multivariado. Material y métodos: Diseño prospectivo, observacional, transversal, analítico. Se encuestaron 127 personas mayores de 18 años de la comunidad del área de influencia hospitalaria. Muestra azarizada. Estadística descriptiva, inferencial y regresión logística. Resultados: Mujeres 65.35%, edad: 36.59 ± 0.99 años. Acepta tratamiento invasivo: 62.99% (p 0.004), no firmaría una ONR: 66.14% (p 0.0004), avala transfusiones a Testigos de Jehová: 77.16% (p < 0.0001). Jerarquía de principios de bioética: 1 justicia, 2 autonomía, 3 no maleficencia y 4 beneficencia. A favor del aborto: 55.11% (p 0.28), de la investigación experimental: 54.33% (p 0.37), de eutanasia: 74.01% (p < 0.0001). Predictoras de opinión a favor de eutanasia: no preferir una actitud paternalista por parte de los médicos (p= 0.0287, OR 0.33 e IC95: 0.12, 0.89), y aceptar el aborto (p= 0.0133, OR 4.34 e IC95: 1.36, 13.86). Los donantes son el 23.62% de los encuestados. La discusión familiar está presente en el 30% de los donantes y en el 4.21% de los no donantes. El 26.31% de las causas de no donación es el miedo y la desconfianza. El 73.33% de las causas de donación es la solidaridad. El 76.37% piensa que el comercio de órganos es factible, y culpa a la corrupción como causa en el 42.26%. El 55.11% presenta miedo a la extracción prematura de sus órganos, siendo el mismo mayor en no donantes que en donantes (64.89% vs 30.00%, p= 0.001). Las principales causas de baja donación se atribuyen a falta de campañas, desorganización, ignorancia, miedo y desconfianza, poca claridad del estado (75.58%). Las variables predictoras de donación: menor miedo a la extracción precoz de los órganos (p valor 0.0008, OR 7.53), mayor nivel de estudios (p valor 0.0220, OR 4.23), y presencia de discusión familiar (p valor 0.0000, OR 32.87). Conclusiones: Hay votación mayoritaria a favor de la justicia y la autonomía. Predominan opiniones a favor de la autonomía en los ítems: preferir actitud médica flexible, aceptar la eutanasia. Preferir actitud médica flexible y aceptar el aborto son variables predictoras de opinión a favor de eutanasia. Los donantes son el 23.62% de los encuestados, sin diferencias según edad. La principal causa de no donación es el miedo y la desconfianza. La principal causa de donación es la solidaridad. Las variables predictoras de donación en el modelo multivariado fueron: menor miedo a la extracción precoz de los órganos, mayor nivel de estudios y presencia de discusión familiar.

**0052 EUTANASIA, CALIDAD DE VIDA Y RETIRO DE SOPORTE VITAL. ESTUDIO EN 5 CENTROS DE CUIDADOS CRÍTICOS.**

L VASTA<sup>1</sup>, D ELISABE<sup>2</sup>, C FUKUDA<sup>2</sup>, M ALBORNOZ<sup>2</sup>, M MARDYKS<sup>2</sup>, P VALDEZ<sup>2</sup>, B ABAZ<sup>3</sup>, S VERÍCIMO<sup>4</sup>, N MANO<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Universidad Abierta Interamericana; <sup>2</sup>Hospital Vélez Sarsfield; <sup>3</sup>Hospital Penna; <sup>4</sup>Hospital Ramos Mejía; <sup>5</sup>Hospital Belgrano.

Objetivos: Cuantificar opiniones y conductas acerca de métodos de abstención y/o retiro de soporte vital, interacciones con el resto del equipo de salud y la familia, opiniones acerca de la eutanasia. Establecer en un modelo logístico variables predictoras de opiniones a favor de eutanasia. Comparar opiniones entre centros, entre médicos y enfermeros, entre médicos experimentados y en formación. Métodos: Diseño prospectivo, observacional, transversal, analítico. Se encuestaron 130 trabajadores de 5 unidades de terapia intensiva. Muestra randomizada (79% del staff). Encuesta abierta/cerrada. Estadística descriptiva, regresión lineal y logística. Resultados: El 86.92% considera que la abstención (A) y/o retiro (R) de los métodos de soporte vital implica límites en la atención médica, el 63.07% piensa que A y R no son equivalentes. El 78.46% no consigna en las historias sus decisiones, teniendo como principal causa el temor legal (87.25%, IC95:79.19, 93.03). El 36.92% no discute con el resto del equipo sus decisiones. Las variables más relacionadas con A y R son: irreversibilidad del cuadro agudo (80.76%, IC95:72.93, 87.15) e ineficacia de medidas terapéuticas (70.00%, IC95:61.34, 77.72). A es más frecuente que R (47.69% y 40.76%). El 24.61% consensúa con la familia. El 31.53% investiga preferencias previas del paciente. Los R más comunes: inotrópicos (50.00%), ventilación

mecánica (VM) (36.92%). La modalidad de retiro de VM es brusca en 9.23%, y progresiva en 75.38%. Tras retirar VM, el 71.53% deja intubado al paciente. El 15.38% está a favor de la eutanasia. De las variables mencionadas, no se hallaron predictores a favor de la eutanasia en el modelo multivariado (p 0.05 o más para todas las variables independientes). No se hallaron diferencias a favor de eutanasia entre centros, ni entre médicos versus enfermeros, ni entre médicos experimentados versus en formación (p 0.05 o más en todos los casos). La antigüedad en terapia intensiva no fue predictor de eutanasia en regresión lineal (p 0.6110). Conclusiones: Es indudable la alta prevalencia de falta de formación en bioética, en los profesionales que asisten a pacientes críticos en nuestro medio. Es necesaria la adopción de medidas a través de instituciones relacionadas con la formación, educación continua, acreditación y recertificación, a fin de contribuir a modificar los perfiles profesionales y optimizar la relación equipo de salud-paciente-familia.

**0053 TRES FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA MIOCARDITIS AGUDA EN PEDIATRÍA.**

S SUAREZ<sup>1</sup>, R ALBAREZ<sup>1</sup>, G ROGGIERO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Provincial Mi Pueblo de Florencio Varela. Florencio Varela, Provincia de Buenos Aires; <sup>2</sup>Sanatorio de La Trinidad de Quilmes. Quilmes, Provincia de Buenos Aires

Antecedentes: Miocarditis aguda (MA): inflamación del miocardio (OMS: miocardiopatía inflamatoria), infiltrados celulares, necrosis miocelular (Dallas) por biopsia endomiocárdica (BEM) con disfunción cardíaca sintomática o no. Recuperación total: 75%, miocardiopatía dilatada: 15%, se trasplanta o muere: 10%. Objetivo: Comparando 3 casos de MA se desea destacar el polimorfismo clínico, agudizar sospecha diagnóstica y subrayar estudios para diagnóstico-seguimiento. Método: Niño, cinco años, derivado por abdomen agudo. Presentó bloqueo AV de 1° y 2° grado, hemibloqueo anterior izquierdo, infradesnivel ST y 3 bloqueos AV completos revertidos con dopamina y adrenalina IV. Ecocardiograma (ECO): fracción de acortamiento (FA) 22% ingreso, 30% 2° día, y 45% al 7°, sin patología estructural. IgG Epstein Barr virus +. Niño, 13 años, seguimiento ambulatorio por precordialgia e irradiación miembros superiores. Fiebre y diarrea 7 días antes. Enzimas elevadas. Hemograma, iono y ASTO normal. ECG: supradesnivel ST 2 mm cara inferior y antero lateral. Trastornos repolarización por 6 semanas. Al 2° día: R3 y galope, ECO: aumento diámetro ventrículo izquierdo (VI), disquinesia septal, FA: 30%. Recibió AAS 100 mg/día VO. Holter: normal (7° día). Lactante, 3 meses, varón. hospitalizado por bronquiolitis. Decaimiento, fiebre y dif respiratoria 7 días antes. Recibió salbutamol inhalatorio, meprednisona y luego furosemida VO ante cardiomegalia radiológica y ECG: sobrecarga biventricular. Derivado a otro hospital, ECO: dilat VI, mala función sistólica, lo digitalizaron y derivaron a UTI con diagnóstico de bronquiolitis y cardiopatía congénita, taquicárdico, R3 con galope. SS 1/4X, mesocárdico. RX: cardiomegalia severa. ECG: taquicardia sinusal. ECO: severa dilat VI, FA: 10%. Recibió dobutamina y milrinona IV por 10 días, se digitalizó al alta. La FA nunca > 20%. Resultado: 1° caso, síntoma guión: dolor abdominal. Afectó sistema de conducción, 3 bloqueos AV completos revirtieron con inotrópicos. No requirió marcapaso. Agente causal posible (ACP): Epstein Barr virus. 2° caso, síntoma guión: pre-cordialgia. ECG y ECO anormales. ACP: Enterovirus. 3° caso: inició como bronquiolitis, luego insuficiencia cardíaca. ECG y ECO patológicos, ya en la 1° semana. ACP: virus respiratorio. Casos 1 y 2: recuperación total. Caso 3: evolucionó a miocardiopatía dilatada. Perfil enzimático similar en todos: LDH, CK, CKMB, TGO, TGP altas. Conclusión: El diagnóstico de MA no fue el inicial en ningún caso. El 1° y el 3° fueron graves, su atención en área crítica fue clave en la recuperación. El 3° cursó enfermedad ambulatoria. Toda MA sospechada o confirmada debe ser hospitalizada. Pensar MA ante cuadro febril acompañado de arritmias simples – extrasístoles o taquicardia sinusal – especialmente si la taquicardia no correlaciona con la fiebre y cuando presentan clínica sugestiva de insuficiencia cardíaca. La semiología, RX TX simple, ECG, enzimas y ECO: pilares de diagnóstico-seguimiento. La serología viral sugiere el ACP. No se recurrió a la BEM.

#### 0054 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS QUE REQUIEREN INGRESO A UTI.

A. DAS NEVES, D VASQUEZ, E ESTENSSORO, R REINA, H CANALES, G SAENZ, A TORO, G FERRARA, I ZOILLO, P CASTELUCCIO, C LÓPEZ, E VALGOLIO, P VALVIDARES, L MOLINA

Hospital Interzonal de Agudos San Martín, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Analizar una serie de pacientes obstétricas críticas con el fin de evaluar diagnósticos de ingreso, intervenciones requeridas y evolución materna/ fetal. Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva de pacientes embarazadas/postparto (< 42 días) admitidas a UTI desde 1/1/1998 hasta 30/9/2005. Se registraron datos generales, categoría de admisión (obstétrica/no obstétrica), diagnósticos, scores de gravedad, intervenciones, disfunciones orgánicas, presencia de shock, ARDS, comorbilidades, datos obstétricos, admisión anteparto/ postparto, duración de estadía en UTI y evolución materna y fetal. Los datos se expresaron como media  $\pm$  DS o mediana y percentilos [.25-.75], y se analizaron con test T, rangos de Wilcoxon o Chi2, según correspondiera. Resultados: Se admitieron 161 pacientes obstétricas (10.2% de los ingresos a UTI, 0.7% del total de partos del hospital). La edad fue de 28 $\pm$ 9 años, y la edad gestacional 29 $\pm$  9 semanas. El APACHE II fue de 14 $\pm$ 8, con un 24% de mortalidad predicha. Los scores SOFA fueron de 5 $\pm$ 4, TISS 25 $\pm$ 9 y McCabe 1.2 $\pm$ 0.4. El 34% de las pacientes presentaban comorbilidades. La estadía en UTI fue 6 de (3-10) días. El 30% de las pacientes recibieron controles prenatales (4 $\pm$ 3 visitas). El 37% fueron admisiones anteparto, y el 10% de ellas fueron dadas de alta con continuación del embarazo. El 74% fueron admisiones obstétricas y el 26% no obstétricas. Las patologías más frecuentes fueron enfermedad hipertensiva (40%), hemorragia mayor (16%), aborto séptico (12%) y sepsis de origen no obstétrico (10%). El 41% de las pacientes requirieron ventilación mecánica, el 5% catéter en la arteria pulmonar y 3% monitoreo de presión intracraneal. El 19% presentaban ARDS y 25% shock. La mortalidad observada fue del 11%. Entre las no sobrevivientes prevalecieron la enfermedad hipertensiva (28%), hemorragia intracraneal (22%) y aborto séptico (22%), mientras que entre las sobrevivientes fueron la enfermedad hipertensiva, (41%), hemorragia mayor (17%) y aborto séptico (9%). La causa principal de mortalidad fue MODS seguida de hemorragia intracraneal. Entre las no sobrevivientes sólo el 6% realizó controles prenatales. La mortalidad fetal fue de 32%. Conclusiones: Un gran porcentaje de las pacientes presentaron ARDS, shock, disfunciones orgánicas y ventilación mecánica, a pesar de lo cual la mortalidad materna permanece dentro de rangos aceptables según los scores de gravedad. Entre las no sobrevivientes la causa más frecuente de admisión fue enfermedad hipertensiva seguida de hemorragia intracraneal. El APACHE II sobreestima la mortalidad en estas pacientes. El control prenatal, un factor de riesgo modificable, es deficiente y fue significativamente menor en las no sobrevivientes.

#### 0055 CONCORDANCIA DE DOS METODOLOGÍAS PARA EL CÁLCULO LA DIFERENCIA DE IONES FUERTES.

S. BALCONI, N VIAGAS, M FRONTERA, N ALSINA, S VACCARI, F VOMMARO, N URSI

Hospital N. Pr.Dr. A. Posadas.

Introducción: La diferencia de iones fuertes o strong ion diferente (SID) está dentro de los cálculos que se efectúa para evaluar el estado ácido base de un paciente crítico, un de valor 38 o menor define acidosis y mayor a 38 define alcalosis. Objetivo: Evaluar la correlación entre dos métodos para la medida de los electrolitos y determinar si existe concordancia en el cálculo del SID, cuando los electrolitos son medidos con distinta metodología, potenciometría directa e indirecta. Materiales y métodos: Medida simultánea de estos electrolitos en plasma de 542 muestras con dos analizadores un ión selectivo directo (ISEd), AVL988/3 e indirecto (ISEi), Hitachi 912. El cálculo del SID se realizó como Na+K-Cl. Resultados: La media de los resultados entre el ISEd e ISEi, expresado como media DS, para el Na fue de 139,4 $\pm$ 7,5 vs. 137,9 $\pm$ 7,6, para el K de 4.16 $\pm$ 0.7 vs. 4,09 $\pm$ 0,74 y para el Cl de 103,5 $\pm$ 8,0 vs. 103,9 $\pm$ 9,3. El coeficiente de determinación (r) para el Na, K, Cl y SID fue de 0,84, 0,92, 0,91 y 0,63 respectivamente. La media de las diferencias

entre métodos para el Na, fue de -1,42 $\pm$ 3,05, con un intervalo de confianza (IC) el 95% entre 4,68 y -7,52. La media de las diferencias entre métodos para el K fue de -0,07 $\pm$ 0,20, con un IC del 95% entre 0,34 y -0,48. La media de las diferencias entre métodos para el Cl fue de 0,56 $\pm$ 2,74, con un IC del 95% entre 6,05 y -4,93. Usando el método de Stewart-Figge para el cálculo del SID dio resultados diferentes 40,1 $\pm$  5,5 vs. 38,1 $\pm$ 5,0 en ISEd vs. ISEi con una media de las diferencias entre métodos de -2,0 + 3,4 y un IC 95% entre 4,7 y -8,8. Conclusión: Los r para K y Cl son aceptables, pero al aplicar Bland and Altman (media de las diferencias entre métodos) el único que presenta concordancia es el Na. No existe concordancia para el K, Cl y SID ya que un número de muestras mayor al 5% cae fuera del IC de confianza. En el seguimiento de un paciente no se pueden utilizar alternativamente los dos métodos ya que esta falta de concordancia en la medida de los electrolitos afecta el cálculo del SID pudiendo malinterpretarse el estado ácido base, conllevando a medidas terapéuticas erráticas.

#### 0056 COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS ENTRE CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA (CD) VERSUS BARBITÚRICOS EN PACIENTES CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO (TEC).

S. SVAMPA, V SCIUTO

Terapia Intensiva Hospital Provincial Neuquén.

Introducción: La CD y la infusión continua de barbitúricos son terapéuticas de 2° línea en el tratamiento de la hipertensión endocraneana (HTE). La DC es una técnica que permanece controvertida por su alta morbimortalidad en las series reportadas. Recientes estudios demuestran que reduce la presión intracraneana (PIC) e influye favorablemente en los resultados de los pacientes con TEC. Marshall y colaboradores fueron los primeros en reportar que el uso de barbitúricos no sólo mejora la PIC, sino que también mejora los resultados. Objetivo: Comparar los resultados de los pacientes con TEC tratados con CD vs tiopental sódico (TPS) expresados como Glasgow Outcome Score (GOS). Método: Estudio retrospectivo, observacional. Se analizó la base de datos de los pacientes ingresados con diagnóstico de TEC en la UTI de un Hospital desde el 01/01/2001 hasta el 31/12/2004 seleccionando los pacientes monitoreados con PIC que fueron tratados con CD y con TPS. Se excluyeron quienes recibieron ambos tratamientos y aquellos sometidos a CD que no fueron monitorizados. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, Glasgow Coma Score (GCS) de ingreso, lesiones tomográficas, Treatment Intensity Level (TIL), tiempo transcurrido hasta la cirugía y de inicio de infusión de TPS, complicaciones, tiempo de internación y el GOS que fue dicotomizado en Favorable 4 y 5 y Desfavorable 1,2 y 3 al alta de UTI y a los 6 meses. El análisis estadístico incluyó: media, mediana, desvío estándar. También se utilizó el test de chi cuadrado y se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: Sobre un total de 179 pacientes ingresados con diagnóstico de TEC, se monitorizaron 66 pacientes (37%), la mortalidad global fue 34%. 33 pacientes recibieron CD y/o TPS. Se excluyeron 3 que recibieron ambos tratamientos. 16 fueron sometidos a CD dentro de las 48 Hs y 14 a goteo de TPS dentro de las 72 hs. No hubo diferencias en sexo, APACHE II (20.5 y 20.5), GCS de admisión (7.6 y 6.8), traumas asociados y lesiones tomográficas al ingreso. La media de edad fue de 30 para el grupo CD (gCD) y de 22 para el grupo TPS (gTPS). El TIL al momento de iniciar la terapéutica fue 4 en ambos grupos. El promedio de días de internación fue de 13 días en ambos. Las complicaciones más frecuentes fueron neumonía, SIRS, sepsis severa e hiponatremia, no observándose diferencias entre ambos grupos. La HTE post procedimiento fue menos frecuente en el gCD. La mortalidad del gCD fue 31% (5/16) y del gTPS fue 57% (8/14). El GOS al alta de UTI fue similar para los 2 grupos. Cuando se analizó el GOS en Favorable y Desfavorable al alta de UTI y a los 6 meses no hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos (p 0.52 y p 0.65 respectivamente). Conclusiones: Si bien las diferencias en el outcome no fueron significativas, podemos atribuir la mayor mortalidad en los pacientes tratados con TPS a la refractariedad de la HTE. La precocidad de la DC favoreció el outcome de los sobrevivientes, que no fue diferente a los de TPS, pero quizá la n es insuficiente para dichas conclusiones.

**0058 PREVENCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA.**

G FERRARA, MA TORO, MG SÁENZ, P CASTELLUCCIO, I ZOILO, P VALVIDARES, C LÓPEZ, L MOLINA, E VALGOLIO, R REINA, E ESTENSORES  
Hospital Interzonal "General San Martín", La Plata.

Objetivo: Evaluar el impacto sobre la tasa de Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) con el implemento de: elevación de la cabecera de la cama, sistema de aspiración cerrado, control de la glucemia, y nutrición adecuada calorías/24 hs). Material y método: Fueron incluidos todos los pacientes admitidos a una ICU médico quirúrgica de un hospital escuela de referencia, desde 01-01-2000 al 31-05-2005, que presentaron su primer episodio de NAV luego de 72 hs de ventilación mecánica (mv) Se definió NAV por persistencia o aparición de nuevos infiltrados, junto con 2 ó más de los siguientes: temperatura >38.3 °C o <36 °C, Leucocitos >14x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> o <4x10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup> y/o desviación a la izquierda, o secreciones purulentas, y confirmada por un cultivo cuantitativo (Aspirado traqueal >10<sup>6</sup>cfu/ml, o BAL >10<sup>4</sup>cfu/ml, o miniBAL >10<sup>3</sup>cfu/ml) Se compararon las tasas de NAV durante 2 periodos: Período 1 (P1): desde Ene-2000 a Dic-2003, y Período 2 (P2): desde Ene-2004 a May-2006. Las variables continuas se presentan como x±DS o mediana y rango intercuartilo [IC], las discretas como porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con test t o X<sup>2</sup>. Se consideró significativa una p<0.05. Resultados: Se registraron 207 episodios de NAV:143 durante el P1: 24/1000-d-VM, y 64 durante el P2: 16/1000-d-mv (p<0.001). Los datos se muestran en la Tabla. Valor SOFA 24 hs: P1 7±3 vs P2 8±3 (p=0.04). Monomicrobianas: P1 59% vs P2 66%: Bacilos Gram Negativos (BGN) en el 79% vs el 88% y SAMR en el 11% vs 9%, respectivamente. Acinetobacter y Pseudomonas fueron los BGN más frecuentes en ambos periodos. Posición semisentada: su implementación fue absolutamente errática durante el P1. En cambio, hubo mayor adherencia a la misma durante el P2. Sistema de aspiración cerrada: Se implementó su uso a partir de Ene-2002, continuando hasta la fecha. Sin embargo, la tasa de NAV durante 2002-2003 (24 meses) fue aún más alta que durante el P2: 20 vs 16/1000-d-vm(p=0.03) Control de Glucemia: su optimización fue significativamente más efectiva durante el P2. Nutrición: los pacientes recibieron más calorías/24 hs durante el P2, incluso antes del desarrollo de NAV: 0[0-605] vs 634[0-1032] en P1 vs P2 (p=0.001). El tiempo de inicio de la nutrición durante P1 vs P2 fue de 3[2-6] vs 4[2-5](p=NS) Conclusiones: 1- El mantener al paciente en posición semisentada, con control estricto de la glucemia, y una nutrición adecuada redujo significativamente la tasa de NAV. 2- La mortalidad fue mayor en el P2 pero acorde a la predicha por el SAPS II, seguramente evidenciando la mayor edad y el estado más crítico de los pacientes durante el P2 (valores más altos de SAPS II y SOFA 24 hs).

	Periodo 1=143	Periodo 2 = 64	p
NAV/1000-d-vm	24	16	< 0.001
Edad	41±17	47±17	0.015
SAPS II score	38±12	43±11	0.003
SAPS II Risk	36%	45%	
Mortalidad real	38%	50%	0.04
Aparición NAV	6[4-10]	8[4-15]	0.008
Estadía UTI	27[15-40]	31[22-42]	0.7
Glucemia mg/dl	142[134-150]	124[116-133]	0.0015
Nutric cal/24 hs	1074[688-1272]	1168[737-1393]	0.03

**0059 INSUFICIENCIA SUPRARRENAL POR HEMORRAGIA BILATERAL EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO.**

R GARCÍA TURIELLA, D ROVIRA, G CECONI, G ARANA  
Hospital Italiano, Rosario.

Objetivos: El síndrome antifosfolípido se caracteriza por manifestaciones clínicas que derivan de su capacidad de producir trombosis arteriales y venosas, ocasionalmente se ha descrito el desarrollo de hemorragias intraparenquimatosas en distintos órganos de la economía. Presentamos aquí el caso de una paciente con dicho síndrome que presenta insuficiencia suprarrenal por hemorragia bila-

teral no relacionado al tratamiento anticoagulante. Material y método: Paciente de 47 años, obesa, hipertensa, con diagnóstico de síndrome antifosfolípido en el año '97, anticoagulada con acenocumarol. Ingresó por cuadro de hipotensión severa. Estuvo internada 20 días atrás en sala general por ileo que revierte espontáneamente al cuarto día; 48 horas antes del ingreso comenzó con diarreas líquidas. Ingresó hipotensa, oligúrica, Glasgow 14/15, taquicárdica y taquipneica; sin respuesta a las medidas de reanimación, por lo que inicia infusión de noradrenalina. Se pancultiva y comienza antibiótico empírico para foco abdominal. Laboratorio de ingreso: hipoxemia, acidosis metabólica, GB16000xmm<sup>3</sup>,80% neutrófilos, Hto 28.3%, Plaquetas 150.000xmm<sup>3</sup>, urea 83mg/dl, creatinina 2.82mg/dl, Na 128mEq/l, K 3.5mEq/l. Rx de tórax con leve redistribución de flujo. Segundo día: empeora función renal y mecánica respiratoria e ingresa en AMR, GB 23000x mm<sup>3</sup>, aumento de inotrópicos, cae el hematocrito 6 puntos por lo que se transfunde. Ecocardiograma muestra FE 40% (previa de la paciente), sin dilatación de cavidades derechas. TAC de abdomen y pelvis muestra hematomas adrenales bilaterales. Control de hematología: Kpdt de 39" y RIN 1.4 e indica HBPM dosis profiláctica. Se realiza dosaje de cortisol basal y 30 y 60' luego de inyección de ACTH que confirman el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria. Cuarto día: se suspenden inotrópicos, resultado de cultivos negativos, persiste con falla renal y en AMR con PAFIO2 de 200. Al 9no día se realiza traqueostomía, comienza con fiebre, se pancultiva constatándose foco respiratorio (acinetobacter baumannii sensible a imipenem). Día 11: persiste con falla renal, anemia y plaquetopenia severa (28700xmm<sup>3</sup>). Hipotensión y reinicio de medidas de reanimación y noradrenalina. Se transfunden GR y plaquetas y se solicita TAC de abdomen y pelvis que muestra hematoma esplénico reciente. El día 23º se diagnostica TVP de miembro superior izquierdo, hematología indica anticoagular con HBPM. Dos días después se hipotensa sin respuesta a drogas ni expansión y obita. Conclusión: es conocida la relación entre afección suprarrenal y síndrome antifosfolípido, probablemente por trombosis de las venas suprarrenales que originan una posterior necrosis hemorrágica de la glándula por su anatomía particular. En la bibliografía consultada han sido escasos los artículos encontrados que no se asocian con el tratamiento anticoagulante por lo que hemos querido compartir este caso clínico.

**0060 DISTRESS RESPIRATORIO Y SHOCK COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LEPTOSPIROSIS.**

G CECONI, R GARCÍA TURIELLA, D ROVIRA, R GUIDI, F DAMINATO, E BARRAL, G ARANA  
Hospital Italiano. Rosario.

Introducción: La leptospirosis es una enfermedad infecciosa generalizada aguda, causada por espiroquetas del género Leptospira. Se considera a roedores y perros como las especies involucradas en el mantenimiento de esta zoonosis en la región. Existen formas subclínicas y clínicas. Entre los sintomáticos el 90% presentan una forma anictérica, sólo el 10 al 5% presenta una forma icterica grave con hemorragias, miocarditis e insuficiencia renal (síndrome de Weil). El compromiso respiratorio severo con o sin hemóptisis es raro en este último grupo, encontrándose reporte de casos en el sudeste asiático, Brasil y Nicaragua. Objetivo: Exponer un caso clínico de leptospirosis de presentación atípica que ingresa a nuestra UTI. Material y métodos: Paciente de sexo femenino, de 57 años de edad sin antecedentes de jerarquía, que ingresa a nuestro servicio por insuficiencia respiratoria. Antecedentes de una semana de evolución de fiebre de 39 °C, mioartralgias, decaimiento, esputos hemoptoicos aislados y foco positivo para zoonosis (presencia de roedores en el domicilio). A su ingreso se intuba y vincula a AMR, PAFIO2 de 130, Rx de tórax con exudados bilaterales, hipotensa, sin respuesta a la resucitación inicial, por lo que se inicia infusión de inotrópicos. Laboratorio al ingreso: Glóbulos blancos 16800, urea 98 mg%, creatinina 1.8 mg%, hematocrito 27%, VES 110, acidosis metabólica. Se coloca catéter de Swan Ganz obteniéndose las siguientes mediciones: IC 5.16, PCCP 18 mmhg como máximo, RVP 88. Se toman muestras para hemocultivos, aspirado traqueal para BAAR y gérmenes comunes, serología para gérmenes atípicos y HIV, todos con resultados negativos. Se solicita también serología para Hantavirus, Fiebre hemorrágica Argentina y Leptospirosis. Inicia tratamiento antibiótico empírico con doble plan, tazonom-claritro-

micina. Empeora hemodinámicamente aumentado los requerimientos de inotrópicos, normaliza valores de creatinina, sin falla hepática ni hematológica. Al cuarto día persiste febril con PAFIOZ de 130, se pancultiva nuevamente y se rota antibioterapia a Imipenem. Comienza tratamiento con proteína C activada. TAC de torax muestra hepatización pulmonar derecha y signos de SDRA. Al sexto día suspende inotrópicos, persiste febril, con leucocitosis marcada, se realiza punción transtorácica y nuevos cultivos siendo todos negativos. Al décimo día llega resultado de microaglutinación en tubos (MAT) positivo y macroaglutinación con antígeno TR positivo para leptospirosis. El día catorce de tratamiento se desvincula de AMR, evolucionando favorablemente, con recuperación ad-integrum. Discusión: Destacamos este caso por ser rara su forma clínica de presentación y evolución, con afectación pulmonar que ocasiona SDRA y falla hemodinámica severa, sin falla renal, hepática o coagulopatía asociada. Pese a la demora del resultado serológico para leptospirosis, se realizó cobertura antibiótica acorde por foco epidemiológico positivo. Creemos que es una patología a tener en cuenta ante cuadros de neumonía grave de la comunidad en nuestro medio.

#### 0061 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DISTINTIVAS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS CRÓNICOS: UN ESTUDIO DE COHORTE.

F. GONZALEZ, E. ESTENSSORO, R. REINA, M. SÁENZ, H. CANALES, M. APREÁ, I. ZOILLO, P. CASTELUCCIO, C. LÓPEZ, L. MOLINA, P. VALVIDARES, E. VALGOLIO

Hospital Interzonal de Agudos General San Martín de La Plata.

Introducción: Un número creciente de pacientes (5-10%) sobrevive a la enfermedad crítica aguda para transformarse en *Críticos Crónicos* (CC), con profunda debilidad muscular y falla respiratoria prolongada. Nuestro objetivo fue describir la epidemiología, características clínicas, perfil de infecciones, mortalidad, y los factores pronósticos determinantes de la progresión de los pacientes críticos a la cronicidad, en este grupo aún escasamente caracterizado. Métodos: Fueron estudiados prospectivamente todos los pacientes admitidos entre 1/7/02-30/6/05 a una UTI de un hospital universitario. En la admisión se registraron: datos epidemiológicos, presencia de disfunciones orgánicas (SOFA), enfermedades subyacentes (score McCabe), ARDS y shock; y diariamente, MODS, ARDS, shock, uso de ARM, complicaciones infecciosas, duración de internación en UTI y en el hospital, y mortalidad. Los pacientes *Críticos Crónicos* (CC) se definieron como los que tuvieron una traqueostomía por ARM prolongada. Se registraron complicaciones clínicas y tiempo en el que se logró la decanulación. Los datos se presentan como media  $\pm$  DS, mediana y rangos intercuartílicos o porcentajes; las comparaciones entre grupos se analizaron mediante test t, Mann-Whitney o Chi2. Se utilizó regresión logística para identificar predictores independientes de progresión a la cronicidad. Resultados: 95 pacientes (12%) fueron considerados CC, y comparados con los restantes 690, los CC estuvieron más graves al ingreso (APACHE II 21  $\pm$  7 vs. 18  $\pm$  9 para los no-CC, P=0.005); presentaron más disfunciones orgánicas (SOFA 7  $\pm$  3 vs. 6  $\pm$  4, P<0.003); recibieron más intervenciones (TISS 32  $\pm$  10 vs. 26  $\pm$  8, P<0.0001); y presentaron con mayor frecuencia cirugía de urgencia al ingreso (43 vs. 24%, P=0.001), y menos antecedentes de enfermedades subyacentes (McCabe 1.2  $\pm$  0.5 vs. 1.6  $\pm$  0.8, P<0.0001). ARDS y shock estuvieron presentes en 84 y 83% de los pacientes CC, vs. 44% y 48% en los restantes (P<0.0001 para ambos). Si bien los pacientes CC la mortalidad esperada era mayor con respecto a los no-CC (38% vs. 32%, P=0.003), la mortalidad observada fue similar (32% vs. 35%, P=0.59). ARDS en la admisión, y los scores de APACHE II y McCabe [OR 2.26, P<0.001; 1.03, P<0.01 y 0.34, P<0.0001] se comportaron como predictores independientes de la progresión a la cronicidad. La duración de ARM, y de la estadía en UTI y en el hospital fueron: 33[24-50]; 39[29-55] y 55[37-84] días. La decanulación traqueal se efectuó a los 40  $\pm$  19 días. Conclusiones: Los pacientes *Críticos Crónicos* constituyen una población severamente comprometida: ARDS, shock, y MODS fueron frecuentes al ingreso, con reiteradas complicaciones durante su estadía en la UTI. Sin embargo, su pronóstico fue similar al resto. ARDS, y los scores APACHE II y McCabe se comportaron como predictores independientes de la evolución a la cronicidad.

Diferencias entre N° y sitio de infecciones entre CC y no-CC

	Pacientes n (%)	Episodios/ 1000 días CC	Episodios/ 1000 días en no-CC
Bacteriemia 1ría	59 (72)	18	7
Neumonía asoc. ARM	57 (70)	17	12
Inf. Tracto Urinario	50 (61)	6	5
Inf. relac a catéteres	16 (20)	8	3

#### 0062 ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A ESTADÍAS PROLONGADAS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

M. DEHEZA, E. SLIPAK, C. VELLUSO, J. AVALOS  
Htal. Bernardino Rivadavia.

Objetivos: Describir las variables demográficas y epidemiológicas, identificar los factores de riesgo asociados a pacientes con estadía prolongada en una Terapia Intensiva (UTI) de Buenos Aires. Material y Método: Población: pacientes internados en UTI polivalente del Htal Bernardino Rivadavia (HBR) CABA. en la base de datos en el periodo Enero/2003 a Dic/2005, n: 780. Se compararon los datos demográficos con y sin el evento: Estadía prolongada, definida como estadía igual o mayor a 21 días en UTI (EP21). Se calculó la cantidad de días totales en UTI y su distribución según diagnósticos y estados. La selección de variables independientes se realizó siguiendo la plausibilidad biológica, estrategia manual, y la asociación estadística. Se definieron como variables independientes de un modelo de regresión logística múltiple: Apache II, Origen, que ingresaron al modelo como dummies. Se dicotomizó edad en mayor de 80 años, Sexo, óbito, tratamiento activo (paciente con inotropicos y vía central), Diagnósticos de ingreso y estados: Cardiovascular, SNC, Medio interno, Gastrointestinal, Sepsis, Postoperatorio de urgencia y No-urgencia, Infectados (leucocitosis, cultivos positivos y antibióticos), Ventilación mecánica (VM), Transfusión, Nutrición (todo soporte nutricional). Se utilizó para variables continuas el test de Student y categóricas el Chi cuadrado. Se realizó un Análisis univariado por variable obteniendo los coeficientes, OR, Wald Test, su valor de "p" asociado e Intervalo de confianza del 95%. Todas las variables independientes con una p menor a 0,05 ingresaron al MRLM. Resultado: La estadía media de la población fue del 9,1 rango de 0 a 113 y mediana de 6. Se asocia en forma estadísticamente significativa (AES) el grupo EP21, con un mayor puntaje de Apache II, mayor frecuencia de ingresos por SAME, óbitos, diagnósticos de ingreso: insuficiencia respiratoria, infecciones. Post operatorios de urgencia y no urgencia, nutrición y VM. El total de pacientes con EP21 fue del 10,13% y consumieron el 60% del total de días (21.053). La distribución del total de días fue Tratamiento activo 22%, VM 19%, Infectados 11%, Post operatorio gral. 9%, Post operatorio de urgencia y sepsis 2%. Las variables con AES menores de 0.001: Tratamiento Activo: presentó la mayor chance de tener EP21 OR 39, seguidos por infectados: con un OR 22, Nutrición: OR 17, VM: OR: 11.3, Transfusión: OR 2.7, Post. operatorio no de urgencia OR 0.4. Las variables dummies: Apache II categoría 2: OR 6.3 y la categoría de origen 4 (SAME): OR 2, ambos con p significativa. Las variables independientes con AES (p menor a 0.05) fueron: Infectados: OR: 11.2, Nutrición: OR: 8.2, VM: OR: 3.5. Conclusiones: Los pacientes con estadía prolongada tienen una baja prevalencia con un alto consumo de recursos de complejidad elevada. El modelo explicativo de regresión logística múltiple informó una fuerte asociación con una alta chance de estadía prolongada para las pacientes: Infectados, con patología del SNC, con soporte nutricional y VM.

#### 0063 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PEDIATRÍA. PERÍODOS DE DESCANSO Y LESIONES POR DECÚBITO.

S.R. VIDELA, M. RÍOS, P.G. MINCES, CA. PÉREZ  
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Objetivo: evaluar el efecto protector de los períodos de descanso de la ventilación no invasiva (VNI) sobre la incidencia de lesión

nes por decúbito en el puente nasal. Diseño: análisis de una base de datos activa prospectiva. Población: todos los pacientes internados en la UCIP que recibieron VNI con modo de dos niveles de presión (BiPAP). No se incluyeron los pacientes en presión continua en la vía aérea (CPAP). Métodos: los pacientes fueron ventilados con un BiPAP, por máscara facial o nasal, según la adaptación individual. La población fue dividida en dos grupos. El grupo 1 correspondió a los pacientes con períodos de descanso. Éstos consistieron en la suspensión de la VNI durante períodos de 30 minutos a 2 horas, 2 ó 3 veces por día. Los pacientes del grupo 2 fueron ventilados en forma continua. La decisión de los períodos de descanso fue definida por el médico a cargo, en función de la probabilidad de tolerancia en base a la situación clínica. Las lesiones fueron definidas como grado I (eritema) o grado II (lesión al menos epidérmica). En todos los pacientes se aplicaron apósitos protectores. Resultados: entre octubre de 2004 y junio de 2006 se incluyeron 42 pacientes en VNI. Trece correspondieron al grupo 1 y 29 al grupo 2. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos con respecto al peso, el tiempo de VNI, la proporción de máscaras faciales/nasales ni la proporción de pacientes inmunosuprimidos. Los pacientes del grupo 2 tuvieron edad menor que los del grupo 1 (7,8 ± 5,1 años vs 11 ± 3,3 años; p=0,045). Hubo 9 (21,4 %) pacientes con lesiones, 2 (15,3 %) en el grupo 1 y 7 (24,1%) en el grupo 2 (RR 0,63; IC95 % 0,15-2,66; p=0,69). En el grupo 1, con períodos de descanso, 2 pacientes presentaron lesiones grado I y ninguno lesiones grado II. En el grupo 2, hubo 3 pacientes con lesiones grado I y 4 con grado II. Conclusiones: en los pacientes pediátricos bajo VNI, los períodos de descanso no resultaron protectores, para las lesiones por decúbito en general. Sin embargo, ningún paciente en el grupo de descanso presentó lesiones severas.

**0064 LA VENTILACIÓN INJURIANTE CON ALTO VOLUMEN TIDAL Y AUSENCIA DE PEEP POTENCIÓ EL DAÑO PULMONAR FRENTE A UN SEGUNDO INSULTO POR NEUMONÍA.**

N PISTILLO<sup>1</sup>, A CONFORTI<sup>1</sup>, S FERRARIS<sup>1</sup>, AE MASUCCI<sup>2</sup>, JJ SCARIMBOLO<sup>2</sup>, S BRUNO<sup>3</sup>, V RIETSCHHEL<sup>3</sup>, O YAMIL<sup>1</sup>, M PEREIRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Htal Pedro Fiorito, Avellaneda, Bs As. Argentina; <sup>2</sup>Cátedra de Patología UBA, Ciudad Aut. Bs As. Argentina; <sup>3</sup>Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos Malbram, Ciudad Aut. Bs As., Argentina.

El objetivo de este trabajo fue evaluar si la ventilación injuriante con alto volumen tidal (Vt) y ZEEP predispone a mayor daño pulmonar frente a un segundo insulto por neumonía. Materiales y Métodos: Se utilizaron conejos (NZW) de 2.5 a 4 Kg. Los animales fueron randomizados para ventilación no injuriante (VNI): Vt: 10 ml/kg + PEEP: 6 cm H<sub>2</sub>O o injuriante (VI): Vt: 30 ml/kg + ZEEP. Se utilizó una FiO<sub>2</sub> de 0.5 y la frecuencia se ajustó según PCO<sub>2</sub> (30-45 mm Hg). A la hora se administró por vía intrabronquial 0.50 ml de una solución con 5 x 10<sup>8</sup> UFC/ml de E. Coli (Neumonía) o igual volumen de SF (Control). Se estudiaron 4 grupos de 5 animales cada uno (VI + Neumonía, VI + Control, VNI + Neumonía y VNI + Control). Se midió la compliance estática (Cst) y la Pa/FiO<sub>2</sub> basal y a los 45, 75, 120 y 180 min (Final). Como otro marcador de daño al final de la prueba se evaluó la LDH sérica y la relación entre el peso pulmonar/total. Los pulmones fueron cortados cada 2 mm y teñidos con hematoxilina y eosina. Se evaluaron 34 campos por animal con un aumento de 400 x. En el análisis histológico se consideró la presencia de congestión, hemorragia, infiltrado leucocitario y fibrina con una puntuación de: 0 a 3. Los datos se expresaron como media ± DS. Se utilizó ANOVA y la prueba post hoc de Newman-Keuls para la comparación intragrupo (Basal vs Final) e intergrupo (Neumonía vs Control) de la Cst y la Pa/FiO<sub>2</sub>. La diferencia entre modos ventilatorios de la LDH y el peso se analizó con el test de Student mientras que el score histopatológico con Mann-Whitney. Significativo p< 0.05. Resultados: El empleo por sí solo de una ventilación injuriante (VI + Control) no provocó cambios significativos (Pa/FiO<sub>2</sub>: Basal: 524 ± 45.8 vs Final A: 502 ± 126.2, p=NS y Cst: Basal: 4.1 ± 0.8 ml/cmH<sub>2</sub>O vs Final B: 4.0 ± 0.4 ml/cmH<sub>2</sub>O, p=NS) mientras que ante la administración de bacterias (VI + Neumonía), disminuyó tanto la Pa/FiO<sub>2</sub> (Basal: 486.8 ± 49.2 vs Final C: 220.4 ± 107.3, p= 0.009) como la Cst (Basal: 4.6 ± 1.3 ml/cmH<sub>2</sub>O vs Final D: 2.4 ± 0.7 ml/

cmH<sub>2</sub>O, p= 0.005), algo que no ocurrió en el grupo VNI + Neumonía, el cual se mantuvo sin variación luego de la infección (Pa/FiO<sub>2</sub>: Basal: 437 ± 19.5 vs Final: 532 ± 50.4, p=NS y Cst: Basal: 3.4 ± 1.2 ml/cmH<sub>2</sub>O vs Final: 3.1 ± 0.9 ml/cmH<sub>2</sub>O, p=NS). La disminución de la Pa/FiO<sub>2</sub> y Cst observada en el grupo VI + Neumonía también fue significativa con respecto al grupo Control + Neumonía (Pa/FiO<sub>2</sub>: Final C vs Final A, p= 0.01 y Cst: Final D vs Final B, p= 0.01), demostrando que la injuria se relacionó con la infección y no con el volumen instilado. La LDH y el Peso P/T de los animales con neumonía fue mayor en el grupo VI (LDH: VI:1684.6 ± 304.7 U/l vs VNI: 248.0 ± 123.8 U/l, p< 0.03 y Peso P/T: VI: 6.5 ± 0.4 g/Kg vs VNI: 4.2 ± 0.4 g/Kg, p< 0.03). El estudio histológico de los animales infectados también confirmó mayor daño pulmonar en el grupo VI (VI: 2.2 ± 1 vs VNI: 1.2 ± 1.1 puntos, P= 0.01). Conclusiones: En este trabajo observamos que la ventilación injuriante con alto Vt + ZEEP potenció el daño pulmonar secundario a neumonía.

**0066 ABSCESO EPIDURAL ESPINAL ESPONTÁNEO. REVISIÓN DE SEIS CASOS CLÍNICOS.**

AR CREMONA, OJ GRILLO, JL FERNANDEZ, JF LOSINNO, AA LEGARTO, GC FUNES, DR MASTRANTONIO, NV VERA, ML DI PAOLA, ME BLANCO

Hospital Italiano de La Plata.

Objetivo: Analizar la prevalencia microbiológica de los gérmenes aislados y los estudios de imágenes como herramientas para un diagnóstico y tratamiento precoces. Materiales y métodos: Se revisaron seis Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de absceso epidural espinal espontáneo desde 1996 a 2006, en el Hospital Italiano de La Plata. Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, enfermedades predisponentes, datos clínicos (fiebre, dolor, alteraciones sensitivas y motoras), datos de laboratorio (recuento de blancos y eritrosedimentación), estudios microbiológicos, neuroimágenes (TAC y RNM raquídea con Gadolinio) y evolución (alta con o sin secuelas/óbito). Resultados: Los motivos de consulta más comunes fueron: dolor local y alteraciones motoras 83% (5/6) y fiebre y alteraciones sensitivas en 67% (4/6). Laboratorio: Se encontró leucocitosis en 50% (3/6) pacientes y eritrosedimentación acelerada (valores superiores a 100 mm) en (6/6) pacientes. Microbiológicos: En material de absceso se recuperaron gérmenes en 83% casos (5/6). La distribución de los mismos fue: (3) Staphylococcus aureus metililino sensible, (2) Staphylococcus aureus metililino resistente, y (1) Streptococcus pneumoniae. En los hemocultivos hubo recuperación de gérmenes en 67% casos (4/6), con una distribución: (3) Staphylococcus aureus metililino sensible y (1) Streptococcus pneumoniae. Neuroimágenes: En la tomografía se observaron lesiones compatibles en 33% (2/6) pacientes, mientras que la Resonancia Nuclear Magnética con Gadolinio encontró colección epidural en la totalidad de los casos (6/6). En cuanto a la evolución final se obtuvo: recuperación completa 50% (3/6), secuelas motoras 33% (2/6), y óbito 17% (1/6). Conclusiones: El microorganismo prevalente resultó el Staphylococcus aureus, tanto en hemocultivos (50%) como en abscesos (67%). La RNM con Gadolinio permitió diagnosticar la totalidad de los casos.

**0068 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA FALLA DE EXTUBACIÓN Y REINTUBACIÓN EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA.**

O PEREYRA GONZALES, G NAHMIA, P GIMENEZ, H TALNER, M BERTÉ, M D´ONOFRIO, S SILLITI, A FERNANDEZ, J PARÉS, A SANTA MARÍA, D NOVAL, S ILUTOVICH, A BERTACCHINI Sanatorio de la Trinidad Mitre.

Objetivo: Evaluar el impacto de la falla de extubación y reintubación entre otras variables pronósticas en pacientes conectados a ventilación mecánica. Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte incluyendo pacientes ventilados y extubados en el período comprendido entre Octubre de 2003 y Diciembre de 2004. Se definió como falla de extubación a los pacientes que debieron ser reintubados y reconectados a ventilación mecánica (VM) antes de 72 horas y exitosamente extubados si no lo requirieron. La decisión de extubar fue tomada si el paciente completaba una PRE exitosa, previa evaluación de la capacidad de protección de la vía aérea. Se

registraron: sexo, edad, SAPS II, causa de falla respiratoria, días de VM, desarrollo de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVVM). El principal factor de exposición estudiado fue un nuevo evento de intubación. Se analizaron: Mortalidad hospitalaria, VM > 14 días, días de estadía en UTI y hospitalaria. Las variables continuas fueron analizadas con el Test de Student para muestras independientes y si la distribución no era normal el Test de U-Mann Whitney. Para las variables categóricas se utilizó el test exacto de Fisher. Para determinar el efecto independiente de la falla de extubación sobre la mortalidad y la ventilación mecánica prolongada se realizó un análisis de regresión logística múltiple ajustando para el efecto de las variables significativas en el análisis univariado. El nivel de significancia se ajustó a 0.05 (dos colas). Resultados: 65 pacientes fueron extubados en forma exitosa y 29 fallaron. Hubo diferencias significativas al comienzo de la VM en edad: 59.6 +18.1 vs 71.7 +15.6 años  $p < 0.002$ , SAPS II: 41.1 +13.5 vs 49.6 +15.7  $p < 0.015$  y causa de falla respiratoria (sepsis): 21.5% vs 56%  $p < 0.002$ . La falla de extubación se asoció a un incremento en la estadía en UTI: 24.5 +13.8 vs 9.0 + 6.4 días  $p < 0.001$ , hospitalaria: 31.2 +15.4 vs 16.7 +12.2 días  $p < 0.001$  y en el riesgo de mortalidad: OR: 11.2 (IC 95% 3.5 - 36.0) y necesidad de VM > 14 días: OR: 12.4 (95% IC: 3.6 - 43.2. En el análisis multivariado ajustado a edad, SAPS II, presencia de sepsis y desarrollo de NAVVM, continuó hallándose a la falla de extubación como un factor independiente de riesgo sobre las otras variables mencionadas. (Tabla 1)

Evolución	p	ORA (IC95%)
VM > 14 días		
SAPS II	0.07	3.0 (0.9 - 12.3)
NAVVM	0.03	9.2 (1.2 - 71.6)
Nuevo Evento	0.001	10.3 (2.7 - 38.7)
Obito/Vivo		
SAPS II	0.03	3.8 (1.2 - 12.4)
Nuevo Evento	0.0001	9.3 (2.8 - 31.9)

Conclusiones: La evolución de los pacientes con falla de extubación y reintubación fue pobre y asociada a un riesgo aumentado de mortalidad y dependencia de ventilación mecánica.

#### 0069 ¿ROTACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO, O BASADO EN LA EVIDENCIA?

EP CENTENO<sup>1</sup>, ME ARZEL<sup>1</sup>, M AGARIE<sup>1</sup>, H CABRERA<sup>1</sup>, L DEL RÍO<sup>1</sup>, MJ ALLOCHIS<sup>1</sup>, MC PEIN<sup>1</sup>, A TARDITTI<sup>2</sup>, M ANCHORENA<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>HZGA Km 32 González Catán, La Matanza, Bs. As.; <sup>2</sup>Zona Sanitaria VII A.

Objetivo: Establecer la rotación adecuada de los tratamientos antibióticos empíricos iniciales en función de los gérmenes que se rescatan de las infecciones más frecuentes en la UTI. Material y Método: Se aplicó un Sistema de Vigilancia Infectológica (SVI) en todos los pacientes ingresados en la UTI del HZGA Km 32, durante un período de 7 meses (7/12/05-30/6/06). Se registraron: neumonías asociadas al respirador (NAR), infecciones urinarias asociadas a sonda vesical (IUSV), bacteriemias asociadas a catéteres vasculares (BACV) y peritonitis terciarias (P3), utilizando los criterios del "Centres for Disease Control and Prevention" (CDC) para definir estas infecciones. Mensualmente se analizó la sensibilidad de los gérmenes hallados en las infecciones de los tres meses previos (análisis retrospectivo) y se estableció para el mes siguiente (prospectivo) un esquema antibiótico, basado en dichos hallazgos. Se utilizó ese plan antibiótico durante todo el mes y se modificó al mes siguiente de acuerdo a los nuevos aislamientos. Resultados: Se incluyeron un total de 349 pacientes, ingresados el 42% por causa médica, 30% cardiológicos, 15% quirúrgicos, 9% neuroquirúrgicos y 4% politraumatizados. El Apache II promedio fue 13 y SAPS II 37. La DI de NAR fue de 30 x 1000 días de ARM. Se propusieron tratamientos diferentes para las NAR tempranas (<3 días en UTI) ceftriaxona, gentamicina, que se rotó a ceftazidime, amikacina y tardías (>3 días en UTI) piperatazo, amikacina, que se rotó a piperatazo, vancomicina, minociclina. Analizadas en conjunto y en el caso de mantenerse el mismo tratamiento propuesto al inicio se hubiera evaluado tratamiento adecuado del 40%. Con la rotación el fue adecuado en el 75% de los casos. La DI de IUSV fue de 6 x 1000 días

de sondaje vesical. Los tratamientos propuestos, ceftazidime y ciprofloxacina, debieron ser rotados a fluconazol; fueron adecuados en el 70% de los casos. Hubieran sido adecuados sólo en el 30% si no se hubiera rotado. Se registró una Densidad de Incidencia (DI) de BACV de 12 x 1000 días de catéter venoso central. El tratamiento indicado inicialmente fue vancomicina y cotrimoxazol, el cual fue rotado a ampicilina-sulbactam y gentamicina. Tratamiento adecuado (71,4%) con menor espectro y menor presión de resistencia. En las P3 se realizó tratamiento con ciprofloxacina, amikacina y se rotó a imipenem, gentamicina, siendo adecuado en el 75% de los casos. Sin la rotación se hubiera registrado tratamiento adecuado en el 40%. Conclusiones: 1- La rotación mensual del tratamiento empírico basado en los diagnósticos de por lo menos tres meses previos, aumenta el porcentaje de tratamientos adecuados. 2- El tratamiento de las BACV se rotó a ATB de menor espectro disminuyendo presión de resistencia microbiana. 3- Sólo si se aplica un SVI permanente, se podrá fundamentar la elección y rotación periódica del tratamiento antibiótico empírico inicial.

#### 0070 LOS DOSAJES PLASMÁTICOS MODIFICAN LA DOSIFICACIÓN DE VANCOMICINA PLANIFICADA POR EL CLEARANCE DE CREATININA EN PACIENTES CRÍTICOS.

E VENTRICE, D MASEVICIUS, M MOSEINCO, D OLMOS KUTSCHERAUER, M CORTAZAR, M ENGEL, G TUHAY, MC PEIN, A DUBIN  
 Sanatorio Otamendi y Mirolí, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: la vancomicina es un antibiótico bactericida con una actividad primariamente tiempo dependiente. Consecuentemente es necesario mantener concentraciones plasmáticas efectivas, evitando niveles tóxicos. Habitualmente, la dosificación es programada según el filtrado glomerular, estimado por la creatinina sérica. Nuestra hipótesis fue que el conocimiento de los niveles plasmáticos de vancomicina podría modificar sustancialmente la dosificación prevista de acuerdo a la depuración de creatinina. Métodos: se estudiaron prospectivamente todos los pacientes internados en la terapia intensiva en los que se indicó vancomicina intravenosa, durante un período de 1 año. La dosificación se planificó según la depuración plasmática de creatinina calculada por la fórmula de Cockcroft y Gault. Las determinaciones de vancocinemia (inmunofluorescencia polarizada) se iniciaron en el valle, luego de la primera dosis. Los intervalos de administración fueron modificados para mantener concentraciones de 5 a 10 µg/ml. Se analizó el número de pacientes en quienes fue necesario modificar la dosificación. Los datos, expresados como media ± desvío estándar, fueron analizados con test t para muestras no apareadas. Resultados: se estudiaron 18 pacientes con una edad de 71 ± 13 años, APACHE II de 19 ± 7 y SOFA de 6 ± 4. La creatinina plasmática fue 1.5 ± 0.7 mg% (rango = 0.5-2.1) y la depuración plasmática 61 ± 27 ml/min (rango = 29-133). La concentración valle luego del primer día de administración fue 18.7 ± 13.5 µg/ml (rango 4.2-49). En 10 pacientes (56 %) fue necesario modificar el intervalo de administración (aumento en 9 y reducción en 1). Estos pacientes presentaron mayores vancocinemias durante las primeras 24 horas (25.7 ± 14.5 vs. 9.9 ± 4.0 µg/ml,  $p = 0.008$ ) y tuvieron tendencia a menor depuración plasmática de creatinina (51 ± 19 vs. 74 ± 30 ml/min,  $p = 0.07$ ) que los pacientes que no modificaron su dosificación con la vancocinemia. No hubo diferencias entre ambos grupos en edad (74 ± 8 vs. 67 ± 17,  $p = 0.25$ ), APACHE II (20 ± 7 vs. 18 ± 8,  $p = 0.64$ ), SOFA (7 ± 4 vs. 6 ± 3,  $p = 0.59$ ) y creatinina sérica (1.3 ± 0.4 vs. 1.0 ± 0.5 mg%,  $p = 0.34$ ). Conclusiones: en esta pequeña serie de pacientes críticos, la vancocinemia condujo a frecuentes modificaciones en el régimen de dosificación planificado según la depuración plasmática de creatinina, particularmente en los enfermos con mayor compromiso de la función renal. Las determinaciones plasmáticas parecen ser necesarias para la adecuada dosificación de vancomicina en los pacientes críticos.

#### 0071 NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD QUE REQUIERE INGRESO A UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS (UCI): FACTORES PRONÓSTICOS.

M DE LA SERNA, F LOSSINO, J FERNÁNDEZ, A LEGARTO, E

BENAVIDEZ, O GRILLO, S RAMIREZ BORGA, A CREMONA, J NAPAL, C MENDEZ  
Hospital Italiano de La Plata.

**Introducción:** La neumonía aguda de la comunidad (NAC) representa una de las principales causas de ingreso hospitalario y de mortalidad. En diferentes series, la NAC que requiere ingreso a UCI presenta una mortalidad global que oscila entre el 20 al 54%. **Objetivos:** Identificar los factores que influyen en la mortalidad de pacientes con NAC internados en una UCI. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes que ingresaron a UCI del Hospital Italiano de La Plata con diagnóstico de NAC en el período comprendido entre enero 2003 y octubre 2005. Se recogieron datos clínicos, microbiológicos y de laboratorio. Para el análisis estadístico de las variables se aplicaron los tests de la chi cuadrado (2) y de la t de Student. Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ . **Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron en la UCI 102 pacientes con NAC. La edad media fue de 69.4 años, 52.9 % sexo femenino y 47.1% sexo masculino La mortalidad global fue del 35 %. La gravedad de los pacientes, medida mediante el APACHE II, fue 17.4. El 51.7 % de los pacientes con  $\geq 15$  puntos fallecieron ( $p=0.0001$ ). En el análisis estadístico no se encontró asociación entre presencia de comorbilidades y muerte. Insuficiencia respiratoria al ingreso ocurrió en el 60.8%, se encontró una mortalidad del 45.2%  $p = 0.01$ . Se halló microorganismo en los hemocultivos en el 30.4%. La mortalidad de estos pacientes fue del 61.3% ( $p=0.0007$ ). En 21 casos el germen hallado fue *Streptococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* 3, *Staphylococcus aureus* 3, *Pseudomonas aeruginosa* 2, *Escherichia coli* 1, *Serratia marcescens* 1. **Academia al ingreso se objetivó en el 31.4%** de los pacientes. La mortalidad fue del 56.3% ( $p=0.0014$ ). El 50 % de los pacientes requirieron ARM, 88% de los pacientes que fallecieron ( $p=0.0000$ ). El 69.4% de los que presentaron choque séptico fallecieron ( $p=0.0000$ ) y el 48.6% de los pacientes que fallecieron desarrollaron MODS ( $p=0.0000$ ). **Conclusiones:** La mortalidad encontrada fue similar a la descripta en diversas series en donde se analizan pacientes críticos. Aquellas variables que traducen una mayor gravedad del proceso y que condicionan el ingreso son las que marcan la diferencia entre los pacientes sobrevivientes y los que fallecen.

**0073 ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA POST-EXTUBACIÓN.**

J DÍAZ, O PEREYRA GONZALES, G NAHMÍAS, P GIMENEZ, H TALNER, J PARÉS, A SANTA MARÍA, G IZZO, C DE FILIPPO, M BERTÉ, D NOVAL, S ILUTOVICH  
Sanatorio de la Trinidad Mitre.

**Introducción:** La utilidad de la implementación de ventilación no invasiva (VNI) en pacientes que desarrollan insuficiencia respiratoria aguda post-extubación (IRA-PE) es controvertida hallándose trabajos con resultados negativos y otros donde se han demostrado efectos positivos. **Objetivo:** Analizar el efecto de la implementación de VNI en IRA-PE sobre la frecuencia de reintubación y determinar factores de riesgo de falla. **Material y Métodos:** Se incluyeron pacientes ventilados por más de 48 horas en una UTI médico-quirúrgica entre enero de 2005 y junio de 2006 que completaron con éxito una prueba de respiración espontánea (PRE) y fueron extubados. Se definió como desarrollo de IRA-PE a la presencia antes de 48 horas de dos de los tres siguientes criterios:  $FR > 35$  resp./min., uso de músculos accesorios y saturación de  $O_2 < 90\%$  con  $FiO_2 50\%$ . En los pacientes que no presentaban criterios inmediatos de reintubación ni contraindicaciones para VNI se implementó la misma con máscaras orofaciales y equipos binivelados. Se monitoreó la respuesta clínica y de gases en sangre arterial (GSA) y se ajustaron parámetros de acuerdo a la misma. Se definió como falla de VNI a la falta de respuesta clínica y de mejoría de GSA con necesidad de reintubación. Se registraron los siguientes datos: Edad, sexo, SAPS II, motivo y duración de VM, datos de PRE, Score de Kelly y Matthay (SKM) al comienzo de VNI, GSA al comienzo y a las dos horas, motivo y porcentaje de falla y evolución final. Para la comparación de éxito y falla de VNI se utilizó la prueba de T de Student o el test de U-Mann Whitney para variables numéricas y el test exacto de Fisher para variables categóricas. Se calculó el riesgo relativo (RR) e IC 95%. El nivel de significación se estableció en 0.05. **Resultados:** Se

extubaron 142 pacientes de los cuales 34 (23.9%) presentaron IRA-PE. 12 necesitaron reintubación inmediata y 22 recibieron VNI de los cuales 16 (75%) tuvieron éxito y 6 (25%) fallaron. El grupo tuvo una edad promedio de  $69.4 \pm 12.6$  años y SAPS II  $41 \pm 11$ . El motivo de VM fue: neumonía (41%), IRA post-cirugía (23%), neurológico (23%), EPOC (9%) e insuficiencia cardíaca (4%). La mediana de días de VM fue de 6 (3 – 9) días. La media de uso de VNI fue de  $3.2 \pm 2.7$  días. En la comparación de pacientes que tuvieron éxito o falla se halló diferencia significativa en edad:  $66.9 \pm 13.7$  años vs  $76.2 \pm 5.4$  años ( $p < 0.05$ ), SKM: 1 (1 – 2) vs 3 (2 – 3) ( $p < 0.008$ ) y  $PaO_2/FiO_2$  a las dos horas de VNI:  $237 \pm 70$  vs  $198 \pm 28$  mmHg ( $p < 0.05$ ). Los pacientes que fallaron fueron reintubados por persistencia de falla respiratoria y deterioro hemodinámico (50%) y deterioro del sensorio (50%). En el análisis univariado se halló como factor de riesgo de falla a la presencia de un SKM  $> 2$  al inicio de VNI (RR: 5.3 IC95%: 1.3 – 21.9.  $p < 0.025$ ). La mortalidad en el grupo de falla fue de 33%. **Conclusiones:** La implementación de VNI en pacientes con IRA post-extubación permitió evitar la reintubación en la mayoría de los casos. Los pacientes con un SKM  $> 2$  tuvieron mayor riesgo de falla.

**0074 COMPARACIÓN ENTRE LA COBERTURA ANTIBIÓTICA EMPÍRICA INICIAL Y LA SENSIBILIDAD DE LA FLORA PREVALENTE EN LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA.**

MS GILLI, N PISTILLO, A CONFORTI  
Htal. Pedro Fiorito, Avellaneda, Bs. As., Argentina.

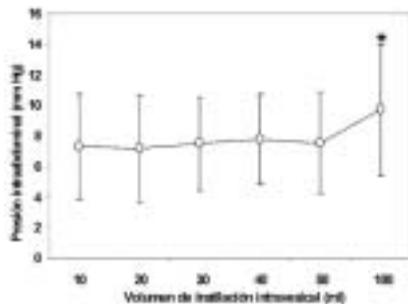
**Introducción:** La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es una complicación grave que frecuentemente afecta a los pacientes internados en Terapia Intensiva. La evolución de esta enfermedad está en relación directa con la utilización de un esquema antibiótico empírico inicialmente adecuado, para ello es imprescindible el conocimiento de la flora prevalente y su patrón de sensibilidad. El objetivo de este estudio fue evaluar en pacientes con NAV la frecuencia y sensibilidad de los gérmenes y compararlos con la cobertura de los esquemas antibióticos empíricos habitualmente recomendados. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal en un servicio de Terapia Intensiva clínico-quirúrgico de un hospital asociado a la UBA, en el período comprendido entre el 01/05/04 y el 30/06/06. Teniendo en cuenta las recomendaciones de la American Thoracic Society (2005) se consideró neumonía a la presencia de infiltrado radiológico nuevo o progresivo con hallazgos clínicos sugerentes de infección incluyendo al menos dos de los siguientes criterios: fiebre, esputo purulento y leucocitosis; y NAV a la neumonía que se produjo luego de 48 hs. de la asistencia ventilatoria mecánica. La NAV se clasificó como precoz cuando su diagnóstico ocurrió antes del quinto día de ingreso al hospital y tardía a partir de este día. Se incluyeron pacientes con NAV que presentaron rescate bacteriológico significativo en las secreciones respiratorias. Al final de la recolección de datos se comparó la sensibilidad obtenida con los esquemas antibióticos propuestos por los consensos de neumonía vigentes. **Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes con NAV. El 26,3% presentó NAV precoz y el 73,7% tardía. En las NAV precoces sólo el 53,8% correspondió a SAMS o neumococo, mientras que el resto fueron causadas por flora intrahospitalaria. El 35,4% de las NAV precoces fueron resistentes al tratamiento empírico recomendado (ampicilina-sulbactam o ceftriaxona/cefotaxima + Claritromicina/Ciprofloxacina). En las NAV tardías se rescató flora intrahospitalaria en el 82,4% aislándose en igual proporción (31,1%) *Acinetobacter*, *Pseudomonas* y SAMR. La incidencia de *Acinetobacter carbapenem* resistente fue alta en este grupo (63.1%), de los cuales fueron sólo sensibles a Colistin el 47.4%. Las *Pseudomonas* fueron resistentes a imipenem en un 33.3%. El 19.7% de las NAV tardías fueron resistentes al esquema empírico inicial de imipenem + vancomicina, el 31.6% a piperacilina-tazobactam + vancomicina y el 43.7% a ceftazidima + vancomicina. Se observó mayor mortalidad en el grupo de NAV tardía (34.6% vs 56.7%, Fisher test:  $p < 0.01$ ). **Conclusiones:** En este estudio nosotros observamos un muy alto porcentaje de NAV precoz con flora intrahospitalaria al igual que la presencia de gérmenes multiresistentes en ambos tipos de NAV, lo que indicaría una limitación en la elección del tratamiento. Los esquemas empíricos iniciales habitualmente utilizados y propuestos por los consensos de neumonía resultaron insuficientes para un alto grupo de pacientes.

#### 0075 COMPARACIÓN DE DIFERENTES MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL (PIA).

M ENGEL, MA CORTAZAR, D OLMOS KUTSCHERAUER, A DUBIN

Sanatorio Otamendi y Mirolí, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: la hipertensión abdominal es frecuente en los pacientes críticos y puede ser un mecanismo de fallo multiorgánico. El monitoreo de la PIA se realiza habitualmente a través de la medición de la presión intravesical, luego de la instilación de solución fisiológica. Sin embargo, existen controversias sobre el volumen de fluido que debe emplearse. Nuestro objetivo fue comparar el efecto de diferentes volúmenes de instilación sobre la determinación de la PIA. Adicionalmente, comparamos la medición indirecta con registros directos de la PIA. Métodos: en 18 pacientes críticos, la PIA fue medida por instilación de 10, 20, 30, 40, 50 y 100 ml de solución fisiológica. En 8 pacientes, también se midió a través de un drenaje abdominal. Los datos, expresados como media  $\pm$  DS, fueron analizados con ANOVA y con el método de Bland y Altman. Resultados: los valores de sesgo  $\pm$  precisión de las mediciones realizadas con 10 ml en relación con 20, 30, 40, 50 y 100 ml fueron  $0 \pm 3$ ,  $0 \pm 2$ ,  $0 \pm 3$ ,  $0 \pm 3$  y  $2 \pm 4$  mm Hg, y para las efectuadas con 10, 20, 30, 40, 50 y 100 ml en relación con el drenaje abdominal fueron  $1 \pm 7$ ,  $1 \pm 7$ ,  $2 \pm 6$ ,  $2 \pm 6$ ,  $2 \pm 6$  y  $3 \pm 7$  mm Hg respectivamente. Conclusiones: los resultados en esta pequeña serie de pacientes críticos sugieren que la determinación indirecta de la PIA a través de una sonda vesical es poco influida por el volumen de fluido empleado. Sin embargo, las mediciones muestran una pobre reproducibilidad.



#### 0076 PRIMER TRASPLANTE CARDIOHEPÁTICO EN ARGENTINA EN UN PACIENTE CON DISLIPEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA TIPO II A.

A ADUR, D RODRIGUEZ, L AHUALLI, V PICONE, O IMVENTARZA, N CEJAS, A ARATA, A STEWART HARRISON, G CUETO

Terapia Intensiva Tx Cardíaco y Hepático, Hospital Municipal Cosme Argerich.

Objetivo: presentar el primer caso de trasplante cardiohepático realizado en nuestro país en un paciente con dislipemia familiar heterocigoto tipo II A. Introducción: la hipercolesterolemia es una enfermedad hereditaria, de transmisión autosómica dominante, debido a la mutación del gen del receptor de las LDL en forma homocigoto o heterocigoto. La prevalencia de la forma heterocigoto es de 1/500 individuos en la población y 1/20 presentan un infarto antes de los 55 años. Algunos pacientes evolucionan a enfermedad cardíaca terminal. El trasplante combinado hepático y cardíaco aparece como la mejor opción para corregir definitivamente el desorden metabólico evitando la recidiva de la enfermedad en el corazón trasplantado. Material y método: Paciente de 22 años con diagnóstico de dislipemia familiar heterocigoto tipo II A tratado desde la infancia por síntomas cardíacos. Derivado en julio de 2004 por insuficiencia cardíaca descompensada con deterioro severo de la función cardíaca, una cineangiografía coronariografía demuestra enfermedad del tronco de coronaria izquierda y tres vasos. El 7 de marzo del 2006 se realizó trasplante cardíaco con técnica tradicional seguido del trasplante hepático. Durante el post-operatorio inmediato requirió tratamiento con Isoproterenol, Nitroprusiato de Sodio y Nitroglicerina. Fue extubado precozmente. La inmunosupresión al inicio fue Metilprednisolona y Timoglobulina endovenosas. La evolución favorable permitió rotar el esquema inmunosupresor a tri-

ple esquema por vía oral con Meprednisona, Ciclosporina y Micofenolato Mofetil. Las complicaciones del post-operatorio fueron: reactivación de Citomegalovirus, rechazo celular agudo leve hepático e insuficiencia crónotrópica. Estas intercurencias fueron resueltas con tratamiento médico y no representaron eventos serios. Dado de alta en el día 45 de post-operatorio. La evolución es favorable y realiza control por consultorios externos. Conclusión: Este reporte evidencia que el trasplante cardíaco-hepático es la opción cuando ya está desarrollada la enfermedad cardíaca. La coordinación entre los equipos quirúrgicos, anestésicos y recuperación en UTI son claves en la evolución postoperatoria de estos pacientes.

#### 0077 PANCREATITIS AGUDA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE TRASPLANTE HEPÁTICO.

G CUETO, A ADUR, D RODRIGUEZ, N CEJAS, A ARATA, J LENDOIRE, O IMVENTARZA

Terapia Intensiva Trasplante Hepático Hospital Argerich.

Objetivo: Comunicar un caso de pancreatitis necrohemorrágica en el postoperatorio de trasplante hepático. La pancreatitis aguda es una complicación infrecuente en el postoperatorio del trasplante hepático, se acompaña de una alta morbimortalidad. Las hepatitis virales en especial Virus B pueden producir pancreatitis, un tercio de ellos tienen pancreatitis asintomática diagnosticada por autopsia. La extensa disección quirúrgica alrededor del páncreas, el tipo de reconstrucción biliar, el número de grafts hepáticos recibido por el mismo paciente y la cantidad de cloruro de calcio administrado son los factores de riesgo intraoperatorio para pancreatitis aguda postrasplante. Presentación del caso: paciente de 22 años de edad admitido en UTI por falla hepática aguda. Había comenzado su enfermedad 1 mes antes con astenia, anorexia, vómitos e ictericia. Consulta en un hospital de Catamarca donde los estudios de laboratorio demuestran IGM + para VHA, coagulopatía RIN >5, enzimas hepáticas elevadas. Registraba como antecedente "anemia" diagnosticada a los 3 años recibiendo crónicamente hierro. Deciden su derivación a centro de trasplante. Durante las primeras 24hs de internación se constata coagulopatía con sangrado, progresión a encefalopatía grado 1-2, ictericia marcada, acidosis metabólica y disfunción renal. Es colocado en lista de emergencia para trasplante hepático y 24hs más tarde se realiza el mismo, la anastomosis biliar fue hepático yeyuno. El paciente evoluciona en las primeras horas estable con recuperación del sensorio y registros febriles. A las 48hs presenta dolor abdominal, distensión, acidosis metabólica con lactato normal, hiperbilirrubinemia, leucocitosis, hipocalcemia, hiperglucemia y deterioro de la función renal. Inmunosupresión administrada: corticoides más micofenolato suspendido a las 48hs por vómitos y diarrea. Se realiza pancultivo con resultados negativos, antigenemia positiva para citomegalovirus. Un eco doppler demuestra permeabilidad de los vasos hepáticos. Tomografía computada de abdomen informa la existencia de pancreatitis que por imágenes y laboratorio reúne criterios de gravedad, en el día diez de postoperatorio de Tx es llevado a quirófano por cultivo de líquido abdominal positivo para bacilo gram negativo donde se constata pancreatitis necrohemorrágica realizándose lavado de cavidad y packing. El paciente evoluciona torpidamente con sepsis, falla multiorgánica, falleciendo a los 30 días de haber sido trasplantado. Conclusión: La pancreatitis aguda es una rara pero fatal complicación en el postoperatorio inmediato de trasplante hepático, en nuestro centro la incidencia es 0,3%. El diagnóstico precoz y el tratamiento agresivo de las complicaciones infecciosas son los pilares de su manejo. En la falla hepática fulminante debe establecerse el diagnóstico previo al trasplante porque representa una contraindicación.

#### 0079 ALTERACIONES EN EL ANIÓN GAP URINARIO COMO INDICADOR DE DISFUNCIÓN TUBULAR EN PACIENTES CRÍTICOS CON ACIDOSIS METABÓLICA: ¿UNA NUEVA MANIFESTACIÓN DE FALLO MULTIORGÁNICO?

D MASEVICIUS, G TUHAY, MC PEIN, E VENTRICE, A DUBIN

Sanatorio Otamendi y Mirolí, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: la respuesta renal adecuada a la acidosis metabólica es la modificación del anión gap urinario ( $[Na^+] + [K^+] - [Cl^-]$ ) que

debe hacerse negativo. Nuestra hipótesis fue que la incapacidad para aumentar la eliminación urinaria de cloro, en los pacientes críticos con acidosis metabólica, es una expresión frecuente de disfunción renal. Métodos: se estudiaron 265 pacientes ingresados a la terapia intensiva durante un periodo de seis meses. Se incluyeron enfermos que presentaban acidosis metabólica simple, excluyéndose pacientes con trastornos ácido-base respiratorios asociados, uso de diuréticos y/o insuficiencia renal (creatinina > 1,7 mg%). Se estudió también un grupo control (10 voluntarios normales). Al ingreso, se determinaron gases en sangre e ionogramas plasmático y urinario. Se calcularon los valores de anión gap plasmático (AGAPp) y urinario (AGAPu) y las relaciones  $\Delta\text{AGAPp}-\Delta[\text{HCO}_3^-]$  y  $\Delta\text{AGAPp}$ -exceso de base (EB). Los pacientes fueron separados en dos grupos de acuerdo a que el AGAPu fuera positivo o negativo. Los datos, expresados como media  $\pm$  DS, fueron analizados con ANOVA y el test de Newman-Keuls. Resultados: se incluyeron 48 pacientes, 9 con AGAPu negativo (20%) y 39 con AGAPu positivo (80%).

grupo	AGAPu < 1 mmol/l	AGAPu > 1 mmol/l	Control
pH	7.34 $\pm$ 0.02	7.34 $\pm$ 0.02	7.41 $\pm$ 0.03*
PCO <sub>2</sub> (mm Hg)	35 $\pm$ 4	35 $\pm$ 5	42 $\pm$ 3*
[Cl <sup>-</sup> ] (mmol/l)	107 $\pm$ 3	110 $\pm$ 3*	106 $\pm$ 2
[HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ] (mmol/l)	19 $\pm$ 3	18 $\pm$ 3	26 $\pm$ 1*
EB (mmol/l)	-6 $\pm$ 2	-6 $\pm$ 2	2 $\pm$ 1*
AGAPp (mmol/l)	21 $\pm$ 3	18 $\pm$ 4	12 $\pm$ 1*
AGAPu (mmol/l)	-17 $\pm$ 17*	48 $\pm$ 37	47 $\pm$ 42
$\Delta\text{AGAPp}-\Delta[\text{HCO}_3^-]$ (mmol/l)	3 $\pm$ 2*	0 $\pm$ 3	0 $\pm$ 1
$\Delta\text{AGAPp}-\text{EB}$ (mmol/l)	3 $\pm$ 2*	0 $\pm$ 3	-1 $\pm$ 1

\* p < 0.05 vs. los otros grupos.

Conclusiones: la mayor parte de los pacientes críticos con acidosis metabólica mostraron una compensación renal inapropiada, evidenciada por un AGAPu positivos y mayores [Cl<sup>-</sup>] plasmáticos. Por el contrario, los pacientes con una respuesta renal adecuada tuvieron  $\Delta\text{AGAPp}-\Delta[\text{HCO}_3^-]$  y  $\Delta\text{AGAPp}-\text{EB}$  positivos, elementos que se consideran diagnósticos de alcalosis metabólica asociada. Nosotros postulamos que esto no es expresión de un trastorno mixto sino de la apropiada compensación renal de la acidosis metabólica.

**0080 UTILIZACIÓN DE COLCHONES ALTERNANTES DE AIRE PARA LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN.**

ML STESSENS, A VAZQUEZ

Clínica Dr. Gregorio Maraño - Unidad de Terapia Intensiva, Ciudad de Villa María, Córdoba, Argentina.

Objetivo: determinar la eficacia de los dispositivos como colchones alternantes de aire, en la prevención de úlceras por presión en los pacientes internados en la unidad de Terapia Intensiva de la Clínica Dr. Gregorio Maraño, Villa María, Córdoba. Materiales y Métodos: el presente es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población la componen los pacientes internados en la unidad de Terapia Intensiva de la Clínica Dr. Gregorio Maraño, en el período de agosto de 2005 a enero de 2006. Primera Etapa: se registraron todos los pacientes con alto riesgo de úlceras por presión, ingresados al servicio, utilizando el índice de Norton. Segunda Etapa: se analizaron y procesaron los datos de los pacientes que tenían alto riesgo de úlceras por presión. Para la recopilación de datos se confeccionó una planilla de lista de pacientes con formación de úlceras por presión y quienes utilizaron colchón alternante de aire. Se tomo en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, estadía, formación de úlceras por presión y utilización de colchón alternante de aire. Procesamiento de Datos: los datos se volcaron en una tabla maestra; la cual constaba de una tabla numerada (correspondiente a cada sujeto) y otra columna (correspondiente a las variables). En dichas columnas se volcaron los datos obtenidos. Presentación de Datos los datos se presentaron en tablas de simple entrada y se representaron gráficamente en barras y sectores. Resultados: de los pacientes estudiados 70% fueron hombres y 30% fueron mujeres. Las edades se distribuyeron de la siguiente manera: 37% de 63 a 75 años; 28% de 75 a 85 años; 25% de 51 a 63 años; 4% de 39 a 51 años; y 2% de 25 a 39 años, de 15 a 27 años y de 87 a 99 años. Un 87% de los pacientes no tuvo úlceras por presión

y un 13% si tuvieron. En el 80% de los pacientes no se utilizó colchón alternante de aire y un 20% si lo utilizó. Conclusiones: los pacientes con formación de úlceras por presión no utilizaron el colchón alternante de aire, cabe destacar que fueron los de estadía prolongada. Sin embargo, de los pacientes que utilizaron colchón alternante de aire (11 en total), 3 presentaron formación de úlceras por presión. Por lo tanto deducimos que además de la movilización del paciente, es eficaz la utilización de dispositivos como colchón alternante de aire.

**0082 SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS VENTILADOS CON TRAUMATISMO CRÁNEO-ENCEFÁLICO GRAVE.**

D CAPRA, L POLITANSKI, L ALBANO, G EIBERMAN, A PANIGAZZI

Hospital Alejandro Posadas. Terapia Intensiva Pediátrica.

Introducción: El niño críticamente enfermo se encuentra en riesgo nutricional. Se debe evaluar el soporte nutricional a instaurar desde el ingreso del mismo a la Unidad. La alimentación enteral con tracto gastro-intestinal funcionante es el modo más utilizado y la nutrición enteral precoz, incluso dentro de las primeras 24 hs de internación y por sonda naso-gástrica(SNG), es bien tolerada y efectiva en la mayoría de los pacientes en asistencia respiratoria mecánica (ARM). Sin embargo hay algunos pacientes críticos que no toleran la nutrición enteral precoz, demorándose en ellos el inicio del soporte nutricional y la necesidad de utilizar nutrición parenteral. Hipótesis: Los niños con traumatismo encéfalo craneal (TEC) no toleran la nutrición enteral precoz por SNG. Objetivos: Observar si la Nutrición Enteral Precoz por SNG es tolerada en pacientes con TEC grave alcanzando los objetivos nutricionales. Diseño: Retrospectivo. Observacional. Descriptivo. Métodos: Recolección de datos de historias clínicas de pacientes con TEC grave, desde enero 2001 hasta diciembre 2005 internados en unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Se incluyeron todos los pacientes con TEC grave, definido por Glasgow <8, que requirieron ARM e internación por 4 días o más. Se excluyeron todos los pacientes con TEC grave y trauma abdominal y aquellos con TEC grave que estuvieron menos de 4 días en ARM o en la UTIP. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, días de internación en UTIP y de ARM, modo y duración del soporte, días de ayuno y objetivos nutricionales alcanzados al 4º día de internación y se utilizaron medidas de tendencia central y su dispersión y medidas de frecuencia para su análisis estadístico. Resultados: Población estudiada 62 pacientes de 2540 (2.44%). Sexo masculino 71%. Edad: 8,3años (R:8-180meses) mediana 9.1años (IQ:48-144m). Días en UTIP:14.5 (R:5-53) mediana 12(IQ:8-16). Días de ARM 8.9 (R:4-45) mediana 7 (IQ:5-9). Modo de Soporte: población que toleró la Nutrición enteral en las 24hs de ingresado: 11/62 18%; en las 48hs de ingresado: 9/62, 15% y más de 48hs de ingresado:7/62 11%. Población con nutrición parenteral: 12/62 19% y población con soporte mixto (enteral + parenteral): 23/62 37%. Duración del soporte:días de nutrición enteral media 9.8 (R:1-53) mediana 6 (IQ:4-12.5); días de nutrición parenteral media 7.75 (R:1-29) mediana 7 (IQ:4-10). Días de ayuno: media 2.1 (R:0-5). Objetivos nutricionales alcanzados al 4º día: el 70% de los pacientes con alimentación enteral cumplió las metas; el 67% con alimentación parenteral y el 78% con alimentación mixta. Conclusiones: En esta población con TEC grave el 67% no toleró la nutrición enteral por SNG dentro de las 48hs de ingresado, por lo que luego de este período debe implementarse otro modo de soporte nutricional.

**0083 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS BACTERIEMIAS PRIMARIAS EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.**

MP ARIAS LÓPEZ, MG SHEEHAN, MC BERRONDO, J BAKIR, A PROCOPIO, A GENTILE, J FARIAS

Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez.

Introducción: Las bacteriemias primarias son una de las principales causas de infección nosocomial en el paciente crítico pediátrico. Su impacto en la evolución del paciente es destacable ya que aumenta la morbimortalidad, prolonga la estadía y genera costos extra. Objetivo: estudio de la incidencia de bacteriemias primarias en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) y de su

perfil clínico-epidemiológico. Material y métodos: estudio prospectivo, observacional. Se realizó la vigilancia epidemiológica de infección nosocomial de todos los pacientes ingresados en la UCIP entre octubre 2003 y diciembre 2005 usando la metodología del National Nosocomial Infections Surveillance System. Se utilizaron las definiciones del CDC (Center of Disease Control) para el diagnóstico de bacteriemia primaria. Las tasas de infección se expresaron en ‰ días catéter o ‰ días paciente. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar la población (mediana e intervalos intercuartiles). Se utilizaron test no paramétricos para comparar las variables continuas y test de Chi 2 para las variables discretas. Un valor de  $p \leq 0.05$  se consideró estadísticamente significativo. Resultados: Durante el período de estudio ingresaron en la UCIP 1031 pacientes, de los cuales 97 (9.4%) presentaron 126 episodios de bacteriemia primaria (1.2 episodios/paciente). 42 (42.4%) pacientes fueron del sexo masculino; 21 (21.2%) inmunosuprimidos y 22 (27.2%) desnutridos. La mediana de PRISM fue de 16 (10-23) La mediana de edad fue de 8 meses (4-47 m) vs. 29.5 meses (7-110m) en la población general ( $p \leq 0.001$ ). El tiempo de aparición tuvo una mediana de 12 días (8-27.5). 75 episodios (59.5%) fueron microbiológicamente documentados y 51 (40.5%) fueron asumidos como sepsis clínica. 27.8% de los episodios (35/126) fueron bacteriemias relacionadas a catéter (BACTAC) mientras que 31.7% fueron no relacionadas (40/126). La tasa de BACTAC fue de 4.7‰ (0-9.4 ‰). La tasa de bacteriemia no relacionada y de sepsis clínica fueron de 6.2‰ días paciente (4.5-10.1‰) y 4.38 ‰ (2.4-5.6‰) días pac respectivamente. El germen más frecuente rescatado en los casos de BACTAC fue *Acinetobacter baumannii* (28.6%) seguido por *Staphylococcus aureus* (25.7%) y *SCN* (14.7%). En los casos de bacteriemia no relacionada *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa* fueron los gérmenes más frecuentes (15% respectivamente), *Stenotrophomonas maltophilia* (10%) y *Candida* (10%). La mediana de estadía fue de 32 días (19-68) vs. 3 días (1-7) de la población general ( $p \leq 0.001$ ). La mortalidad del grupo fue de 43.9% (43/97) vs. 17% de la población global ( $p \leq 0.001$ ). La mortalidad asociada fue de 16.7% (7/43); relacionada 31% (13/43) y no asociada 52.7% (23/43). Conclusiones: 9.4% de los pacientes que ingresaron en UTIP presentaron algún episodio de bacteriemia primaria. Los pacientes afectados eran más jóvenes y su estadía final fue mayor que la de la población general. Sólo 59.5 % de los episodios fueron microbiológicamente mente documentados, ocupando los gérmenes gram negativos lugar preponderante.

#### 0084 UTILIZACIÓN DEL NINE EQUIVALENT OF NURSING MANPOWER SCORE (NEMS SCORE) PARA LA EVALUACIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA.

AJ CARUSO, G TORREALDAY, G MARTINEZ, D TEDESCO, G HORNUS PLANES, M TORRES BODEN, A ARATA  
Hospital Cosme Argerich GCBA.

Objetivos: Evaluar la utilidad y el comportamiento del NEMS score en la asignación y distribución de cargas de trabajo, administración de recursos humanos y la relación entre nivel de cuidado planeado y nivel operativo en nuestro servicio de Terapia Intensiva polivalente de 10 camas. Material y métodos: Se recolectó en forma prospectiva durante el período octubre-noviembre 2005 el score NEMS diario el APACHE II al ingreso y el SOFA score en todos los pacientes admitidos en forma consecutiva a Terapia Intensiva con estadía mayor de 24 hs. Resultados: Durante el período 1 de octubre a 30 de noviembre de 2005 ingresaron 94 pacientes con edad promedio de 49.65 años APACHE II 13.01 SOFA de ingreso 4.31, estadía promedio 6.39 días requiriendo ventilación mecánica 58 pacientes (61%) con una mortalidad en Terapia de 21.2 % (20 pacientes). El NEMS global promedio fue de 26.88 el WUR 0.87 ( carga de trabajo de enfermería) el nivel de cuidados planeados pLOC 2.21 y el nivel de cuidados operativos oLOC 1.63 evidenciándose un mismatch entre pLOC y oLOC el nivel de cuidados planeado (nivel 2) fue inferior al nivel operativo que se acercó mas a nivel 3 (relación número de pacientes por enfermero 1 a 1). Se evidenció además una relación entre el score NEMS del día 1 y la mortalidad NEMS < 20 mortalidad 3.7% NEMS mayor de 20 mortalidad 28.3%.  $p < 0.008$  (chi cuadrado). Conclusión: El NEMS score resulta de utilidad para valorar la signación y el desempeño de los recursos humanos en

enfermería: El comportamiento inverso de mismatch entre pLOC y oLOC con respecto a los hospitales de Europa podría ser explicado por prácticas operativas locales diferentes a la de los hospitales del estudio original del NEMS. El NEMS podría utilizarse además como método objetivo en la descarga rápida de los pacientes con puntuación de NEMS menor de 20 puntos en el primer día de internación .

#### 0085 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIISQUÉMICO Y A LAS ESTATINAS DE PACIENTES INTERNADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN EL HOSPITAL PÚBLICO. SEGUIMIENTO A 18 MESES.

O GUTIERREZ, A GIMENEZ, A GIMIGLIANO, D MASEVICIUS, S LAGE, S MOSCA, J BORGIO, R CAPECE  
Hospital Interzonal General de Agudos Evita de Lanús.

Introducción: es bien conocido el rol de las estatinas en prevención secundaria, donde la disminución de los niveles de colesterol reduce la mortalidad cardiovascular, la morbilidad y la necesidad de procedimientos de revascularización coronaria. Objetivos: determinar la adherencia al tratamiento médico antiisquémico y en particular a las estatinas, y sus implicancias a 18 meses de seguimiento, en pacientes internados con evento coronario agudo en el hospital público. Materiales y métodos: se evaluaron retrospectivamente 98 pacientes consecutivos internados en unidad coronaria por angina inestable e infarto de miocardio entre 1 de enero al 31 diciembre de 2004 donde todos recibieron tratamiento convencional y estatinas desde su admisión. Se realizó seguimiento telefónico a los 18 meses. El método estadístico empleado fue tests de proporciones del programa statistix 7.0. Resultados: la edad media de la población fue de  $58,2 \pm 9.5$  años, 75.5% de sexo masculino. La adherencia al tratamiento convencional fue del 82.6% vs 17.3%; la necesidad de cinecoronariografías 41.9% vs 5.8% ( $p 0,01$ ); rehospitalización 16% vs 0% ( $p 0.1$ ) necesidad de revascularización 27% vs 0% ( $p 0,03$ ) contra no adherencia respectivamente. La adherencia a estatinas fue de 50% con necesidad de cinecoronariografía 53% vs 18.3% ( $p 0.0007$ ), rehospitalización 14.3% vs 12.2% ( $p ns$ ), necesidad de revascularización 38.7% vs 6.1% ( $p 0.0003$ ) contra no adherencia .La mortalidad total por todas las causas fue del 6.1%. Conclusiones: Los pacientes internados en unidad coronaria por angina inestable e infarto agudo de miocardio a 18 meses de su externación tuvieron alta adherencia al tratamiento convencional. Sólo la mitad de los pacientes adhirieron al tratamiento con estatinas. Los que adhirieron a tratamiento convencional tuvieron mayor necesidad de cinecoronariografía, rehospitalización y revascularización. Los que adhirieron a estatinas requirieron mas cinecoronariografías y revascularización.

#### 0087 EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO INTERNADOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO. SEGUIMIENTO A 18 MESES.

R CAPECE, O GUTIERREZ, A GIMENEZ, ML D AMBROSIO, J BORGIO, A GIMIGLIANO, M NUÑEZ, S MOSCA, L MASEVICIUS, S LAGE  
Hospital Interzonal General de Agudos Evita de Lanús.

Introducción: Los portadores de síndrome metabólico tienen 3 veces mas riesgo de desarrollar un evento cardiaco o stroke y 2 veces mas riesgo de muerte cardiovascular que los que no lo poseen. Un trabajo presentado el año 2004 por este mismo grupo determino que durante la internación por un evento coronario agudo presentar o no síndrome metabólico no modificaba el pronóstico durante la etapa intrahospitalaria. OBJETIVO: Determinar si la presencia de síndrome metabólico en pacientes (pac) internados por síndrome coronario agudo, es indicador pronostico independiente de mortalidad , necesidad de revascularización y rehospitalización a los 18 meses de seguimiento. Materiales y métodos: Se analizaron retrospectivamente 98 pac consecutivos internados en unidad coronaria por angina inestable o infarto agudo de miocardio entre enero/diciembre de 2003, de los cuales 47 pacientes portaban síndrome metabólico. Se realizo relevamiento telefónico a 18 meses de su internación determinandose mortalidad, necesidad de revascularización y rehospitalización. Se utilizo como método estadístico el test de proporciones del programa statistix 7.0. Se considero significativa un valor de  $p < 0.05$  corregido por el test de Fisher.

Resultados: De los pac (47) portadores de síndrome metabólico (SM): edad 58±8.5 años, 70% sexo masculino, 26% diabéticos, se observó: mortalidad total 4.2%, necesidad de revascularización 10.6 % y rehospitalización 12.7%. De los pac (49) sin SM: edad 58.4±10.5 años, 84% sexo masculino, diabéticos 8%, se observó: mortalidad total 8.1%, necesidad de revascularización 34.6% y rehospitalización 14.2%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad y distribución por sexo. Hubo mas diabéticos en el grupo con SM ( $p < 0.04$ ) y para los puntos finales no se observó diferencias significativas en mortalidad y rehospitalización entre ambos grupos. Se observó para los pac revascularizados  $p < 0.01$  a favor de los pac sin SM. En el analisis del punto final combinado muerte, revascularización, rehospitalización, se observa diferencia estadística  $p < 0.006$  para los pac sin SM. Conclusión: La presencia de síndrome metabólico en pacientes internados por síndrome coronario agudo, no sería un determinante de pronóstico adverso a 18 meses de seguimiento.

#### 0088 ADHERENCIA A LA POSICIÓN SEMISENTADA EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.

JL SCAPELLATO, M PERROTTA, M ESTRIN, G SALINAS, D FENOGLIETTO  
Hospital Santojanni.

La Neumonía nosocomial ( NN) representa aproximadamente la mitad de las infecciones en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). En la patogénesis de la NN y especialmente en la neumonía asociada a asistencia ventilatoria (NAR) juega un rol principal la colonización de la vía aérea proximal instrumentada. La aspiración de contenido faríngeo esta facilitada por la posición supina. En estudios observacionales se vio que la adherencia a este método era baja. Objetivo: Determinar la adherencia a lo largo de 24hs de la posición semisentada (45°) de la cabecera. Observar la incidencia de deslizamiento en la cama. Población: pacientes internados en UTI de hospital universitario de 400 camas que no tuvieran indicación medica de cabecera en posición supina. Métodos: se realizaron durante 4 dias tomados al azar mediciones de la posición de la cabecera de la cama, durante las 24 hs una vez por hora se tomó el ángulo de la cabecera de la cama al dar la hora en punto. También se registró la posición del paciente con respecto a la articulación de la cama tomando como guía la posición normal "no desplazado" considerando al paciente acostado en el cual el sacro coincidía con la articulación de la cama. Resultados: Durante los 4 días se observaron 50 pacientes de los cuales 36 (72%) se encontraban en ARM. Los pacientes tenían un score APACHE II promedio de 24,7 (DS ± 7,4). El diagnóstico más frecuente como causa de internación fue sepsis. Se tomaron 848 registros (98.14%) de la posición de la cabecera de la cama y 847 registros del desplazamiento en la cama (98.03%). En 24 pacientes (66%) se encontró indicación médica de "cabecera a 45°". El promedio de posición de la cabecera en 24 hs. Fue 28,14 +/- 9,47. Se clasificó en forma arbitraria siguiendo los turnos de enfermería en cuatro turnos distintos. Se realizó estadístico de ANOVA de Kruskal Wallis por no poder confirmar normalidad de la variable. Se obtuvo diferencia significativa entre los grupos Chi-Square = 16,84727 df = 3  $p = 0,0008$ . En el analisis entre grupos se encontró diferencia significativa entre el turno B con los turnos C y D  $p = 0,015662$  y  $0,000051$  respectivamente. Se encontro al paciente deslizado en 368 mediciones de las 864 (42,59%). Conclusion: La adherencia a la posición semisentada es muy baja y es peor durante el horario nocturno. Es también escasa la indicación médica explícita de la medida de prevención. Es muy frecuente el deslizamiento del paciente hacia los pies de la cama lo que sobre valora la posición real de la cabeza. Sin embargo estos datos son concordantes con otros estudios realizados lo que podría mostrar que existen barreras materiales importantes que dificultan la adherencia a la posición semisentada.

#### 0089 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN TERAPIA INTENSIVA.

N TIRIBELLI, D VARELA, R SANCHEZ, M BONO, A MARINO, E NORMANTAS, M GUAYMAS, P REVEL CHION, O GOMEZ, E SALA  
Hospital Churruca, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Evaluar la implementación de un protocolo de Ventilación No Invasiva (VNI) en pacientes con insuficiencia respiratoria

aguda (IRA). Material y Método: Se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a Terapia Intensiva desde Noviembre de 2005 hasta Junio de 2006 con IRA de diversas etiologías que cumplieron los criterios del protocolo de VNI de nuestro servicio. Se utilizaron ventiladores mecánicos microprocesados con interfaces oronasales. Se registraron datos de la población, etiología de la IRA, éxito o fracaso (necesidad de intubación), tiempo transcurrido hasta la falla (temprana o tardía), días de UTI, mortalidad y complicaciones. Se analizaron datos totales y en subgrupos (éxitos vs fracasos, IRA hipoxémica vs IRA hipercápnica). Los datos se expresan como mediana y rango. Para el análisis comparativo se utilizó el Test de Chi Cuadrado para las variables nominales y la suma de rangos de Mann Whitney para las variables continuas. Se consideró significativa una  $p > 0.05$ . Resultados: Ingresaron 42 pacientes (23 hombres y 19 mujeres) con una edad de 64 años (29-84), APACHE II 19 (3-30), SAPS II 40.5 (23-68). La causa de IRA fue: EPOC  $n = 10$  (23 %), neumonía  $n = 8$  (19%), edema agudo de pulmón  $n = 7$  (16%), IRA postquirúrgica  $n = 6$  (14%), IPA  $n = 4$  (9%); enfermedad neuromuscular  $n = 4$  (9%) y otros  $n = 3$  (7%). Un 57% (24 / 42) de los pacientes tuvieron éxito. La duración de la VNI fue de 1 día (1-9), la estadía en UTI de 6.5 días (1-55). La mortalidad fue 33%. El 35% de los pacientes presentaron complicaciones (lesión cutánea 21%, sequedad bucal 11%, falla de la interfase 11%). En el grupo de pacientes con éxito la duración de la VNI fue de 1 día (1-9), la estadía en UTI 4.5 días (1-22). La mortalidad fue 8%, las complicaciones 29%. Un 21% de los pacientes (5/24) requirió VNI al alta. En el grupo de fracasos la duración de la VNI fue de 1 día (1-3), la duración de ARM 7 días (2-54), la estadía en UTI 12.5 días (2-55). La mortalidad fue 66%, las complicaciones 44%. La diferencia de mortalidad entre los grupos anteriores fue estadísticamente significativa ( $p > 0.01$ ). No se encontraron diferencias entre otras variables. De los 18 pacientes que fracasaron 14/18 se consideraron falla temprana (mortalidad 21.4%) y 4/18 falla tardía (mortalidad 75%). En los pacientes con IRA hipoxémica ( $n = 23$ ) 60% (14/23) tuvieron éxito. La duración de la VNI fue de 1 día (1-4), la estadía en UTI 8 días (1-35). La mortalidad fue 39%, y las complicaciones 26%. En los pacientes con IRA hipercápnica ( $n = 19$ ) un 57% (11/19) tuvieron éxito. La duración de la VNI fue de 1 día (1-9), la estadía en UTI 5.5 días (1-55). La mortalidad fue 26.3%, las complicaciones 47%. Un 31.5% de los pacientes (6/19) continuó con requerimiento de VNI al alta. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas. Conclusiones: Los pacientes que fracasaron con VNI y requirieron ARM tuvieron mayor mortalidad que aquéllos que tuvieron éxito. La respuesta a la VNI en la IRA hipoxémica e hipercápnica es similar.

#### 0091 SEPSIS SEVERA. IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO-ASISTENCIAL EN TERAPIA INTENSIVA.

O DISANTO, C BENZONI, H JUAREZ, J TANNURE YAYA, G BORDA, G RIOS PICAZA, A GORODNER, A MARKOVICZ, J PASCUZZI

Servicio de Terapia Intensiva, Sanatorio Frangioli de Salud 2000 SRL, Resistencia, Chaco, Argentina.

Objetivo: Análisis de pacientes con Sepsis Severa (SS) y su impacto sobre la actividad asistencial en un Servicio de Terapia Intensiva Polivalente. Materiales y métodos: Utilizando la base de datos proporcionada por el estudio multicéntrico PROGRESS, se compararon dos poblaciones: Pacientes con SS y sin Sepsis severa (NSS). Se definió a SS a aquellos pacientes con infección, sospechada o documentada con cultivos, que se acompañara por lo menos de una disfunción orgánica, (DO), de acuerdo a consenso de ACCP/SCCM. Se analizaron 853 pacientes egresados de Terapia Intensiva desde el 01/02/2003 al 01/02/2005. Surgieron de allí 83 pacientes con SS y 770 NSS. Utilizamos el test de chi cuadrado y el Anova o Kruskal-Wallis, consideramos significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Pacientes SS: 83 (9.5%); NSS 770 (90.5%). La edad fue para SS: 65.3 media y NSS: 61.2 (ns), APACHE II de ingreso para SS: 25 y NSS: 17 puntos, ( $p < 0.001$ ). Cultivos positivos para SS: 54 pacientes (65%). Estadía en Terapia Intensiva, SS: 1256 días, (media 15.1) y NSS: 3538 días, (media 4.5), ( $p < 0.001$ ). Mortalidad SS: 40 (48.2%); NSS: 73 (9.8%): ( $p < 0.001$ ). El número de DO en SS se observó de la siguiente manera: 1 (una) 23 pacientes; 2 (dos) 38 pacientes y 3 (tres) o más: 22 pacientes. Conclusiones: Los pacientes con SS representan una proporción importante de los ingresos a Terapia Intensiva, con tenden-

cia creciente. De los resultados podemos concluir que los pacientes con SS presentan: Mayor permanencia en el servicio, mayor requerimiento de recursos, y elevada mortalidad.

#### 0092 PACIENTE CON DETERIORO DEL SENSORIO Y HEMORRAGIA PULMONAR MASIVA.

S. ARCIERI, F. SالدARINI, E. PESAT, G. CARQUEIJEDA, V. MANDICH, S. DESSY, D. BARBIERI, D. BARBIERI, J. BARCA, A. SABRA, A. VASALLO, J. MENDEZ, J. RODRIGUEZ  
Sala de Reanimación y Shock, Hospital Donación Francisco Santojanni.

Objetivos: Hacer conocer como causa de deterioro del sensorio aguda y SDRA con hemorragia pulmonar masiva la intoxicación por monóxido de carbono. Material y métodos: Se presenta un paciente de 16 años de edad, sexo masculino, con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 150 mcg/día desde el año 2000, que ingresa a SRS encontrado en su domicilio con deterioro del sensorio (GCS 3/15) y sangrado por vía aérea, por lo que requiere intubación orotraqueal y posterior a la misma se evidencia sangrado pulmonar masivo (mayor a 400 ml). El laboratorio de ingreso evidenció: HTO.: 44%. UREA: 39 mg/dl. CREATININA: 1.64 mg/dl. Na: 145 K: 3.3. CPK: 3500.LDH: 1900. GOT 2500/GPT 3100. PLAQUETAS: 110.000. TP: 59% K.P.T.T.: 33. Estudios complementarios: Broncoscopia: se evidencia sangre de ambos bronquios principales sin lesión ocupante de espacio. Se realiza BAL para: PCP/ gérmenes comunes/ KOCH/ Micológico con resultados negativos. Ecocardiograma: FSVI conservada. Diámetros de VI conservado. Sin derrame pericárdico. Catéter de S. Ganz: pvc: 10/pcp 12/psap 27mmhg. TC de cerebro: Normal. Serologías: HIV/Hantavirus/ Leptospira. Las cuales fueron negativas. Reumatograma: ANCA C Y P. C3./C4/FAN. AC Antimembrana basal./AC Antimitocondrial. Dosaje de carboxihemoglobina: 57,8. Evolución: Evolucionó con hemoptisis masiva en las primeras 48 horas con caída del hematocrito a 32%, posteriormente se auto limita. Recibió tratamiento con antibióticos EV., pulsos de metilprednisolona 2 días. Presento infección intrahospitalaria a Stf. aureus que recibió tratamiento adecuado. Se extuba a los 10 días del ingreso. Alta a los 16 días. Conclusión: La intoxicación por CO es una enfermedad frecuente, es la segunda causa de muerte luego de intoxicación por drogas ilícitas. En USA mueren 5.600 personas anuales por esta enfermedad. Afecta a varios órganos dentro de los cuales tiene importancia el pulmón por que con valores de CO elevados pueden producirse episodios de hemorragia pulmonar masiva que generalmente se auto limitan, y deben tenerse en cuenta el diagnóstico diferencial en pacientes con deterioro del sensorio. La hemorragia pulmonar se debería a lesión directa sobre los capilares produciendo capilaritis y hemorragia. Se debe descartar siempre Insuficiencia cardiaca por acumulo de COhb. en la mioglobina.

#### 0093 MICROALBUMINURIA A LAS 36 HS DEL POST-OPERATORIO COMO PREDICTORA DE FALLA MULTIORGÁNICA.

DN CHIACCHIARA<sup>1</sup>, JA VAZQUEZ<sup>1</sup>, MC ADDUCCI<sup>2</sup>, LI KRAEMER<sup>2</sup>, D SEGOVIA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UTI Hospital Santojanni; <sup>2</sup>Cátedra de Hematología, Facultad de Bioquímica (UBA).

Introducción: Las alteraciones del endotelio vascular son frecuentes en el marco de los postoperatorios (POP) de los pacientes (p) graves. Su presencia puede valorarse a través de la excreción de microalbuminuria. Por lo que la presencia de microalbuminuria mas allá de las 36 hs del POP podría predecir la aparición de complicaciones severas como el distress respiratorio (SDRA), la falla multiorgánica (FOM) y mayor mortalidad. Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva de la excreción de microalbuminuria en p graves POP con respecto a la generación de FOM, SDRA y mortalidad. Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y longitudinal. Se incluyeron todos los p quirúrgicos que se ingresaron en la UTI durante los meses de Abril y Septiembre del 2005. Los p fueron divididos en dos grupos según presentaron valores altos o bajos de microalbuminuria expresada como relación Microalbuminuria/creatininuria (ACR) tomando como punto de corte un valor de 2.3 mg/mmol. Se excluye-

ron los p <18años, las embarazadas, los portadores de insuficiencia renal crónica, los p que presentaron hematuria franca, anúricos y los p cuya estadía fue menor de 48 hs. Los valores de ACR se describen como media  $\pm$  error estándar y se compararon usando el test t de Student, aceptándose como significativa una  $p < 0.05$ . Posteriormente se consideró la presencia /ausencia de ACR y se confeccionaron tablas de contingencia. Se calculó el RR y el valor diagnóstico y pronóstico de la presencia de ACR. Resultados: Se reclutaron 130 p de los cuales 22 fueron excluidos. Se analizaron 108 de los cuales solo 46 (0.43 $\pm$ 0.05) presentaron ACR elevada (grupo 1). Los datos generales son: N: 108 p, APACHEII: 18 $\pm$ 6.9, SOFA: 3.2 $\pm$ 2.1 ACR: 6.5 $\pm$ 2.3 FOM 0.66 $\pm$ 0.05 MORT: 0.28 $\pm$ 0.04 (30p). Grupo 1: N: 64 p edad: 59 (18-83), hombres: 28p, APA II: 21.7 1.14, SOFA: 9.8 2.1, SDRA 28p (0.61), FOM: 43p (0.93), MORT: 25 (0.54). Grupo 2: N: 62 p, edad: 53 (18-87), hombres: 29 p, APA II: 16.5 $\pm$ 1.12, SOFA: 4.38 $\pm$ 2.6, SDRA: 8 p (0.13), FOM: 28p (0.45), MORT: 5 (0.08). la probabilidad de desarrollar SDRA Y FOM con ACR elevada fue 0.48 $\pm$ 0.092 con un RR de 4.69 y 2.06 respectivamente y la de morir fue de 0.46 $\pm$ 0.087 con un RR de 6.75. Lo que le otorga al método una sensibilidad de 0.777 (SDRA) 0.605 (FOM) 0.834 (Mortalidad), y una especificidad de 0.750 (SDRA) 0.919(FOM) 0.731(Mortalidad). Conclusiones: 1. La presencia de ACR elevada a las 36 hs POP diferencia dos poblaciones de distinta evolución y pronóstico. 2. El aumento de los valores de ACR (>2.3 mg/mmol) aumenta significativamente la chance y la probabilidad de desarrollo de SDRA, FOM y muerte en los p críticos POP. 3. La medición de ACR puede implementarse como rutina junto al resto de los parámetros de monitoreo POP.

#### 0094 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES NEUMOCÓCCICAS EN UCI (UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS).

M. BERRO, JC ESCARDO, S COSENZA, J ALVAREZ, P PRATESI, G PARRA, D CZERWONKO, F UNGAR, G OLIVA, D BERNARDEZ, A PRIOLO, A HITTA  
Hospital Universitario Austral.

Objetivo: Describir características demográficas de pacientes con infección neumococcica documentada. Identificar media de edad, sexo, estadía promedio, media de APACHE II, mortalidad, motivos de ingreso, sitio de infección, requerimiento de ARM, evolución al shock y tratamientos antibióticoterápicos. Método: Análisis retrospectivo de historias clínicas informatizadas de los pacientes admitidos a UCI en el periodo 5/2002- 5/2006. Resultados: Se documentaron en este periodo 19 pacientes con cultivos positivos e infección clínica. La media de edad fue 59 años. El 47% correspondieron al sexo femenino y el 53% al masculino. La estadía promedio en UCI fue de 14 días. El APACHE II promedio fue de 21. La mortalidad global fue del 26%. Los motivos de ingreso fueron: infecciones respiratorias 16%, obstétricas complicadas 10% y sepsis 10%. Se destacó como antecedente el uso de corticoesteroides en el 26% y ningún paciente era esplenectomizado. Un solo paciente se encontraba en ARM al momento del diagnóstico de infección neumococcica y requirieron ARM durante la evolución el 84%. Los sitios de infección fueron: respiratorio 79%, peritoneal 10%, SNC 5% y otros 5%. Las muestras bacteriológicas donde se relevaron los gérmenes fueron: MINIBAL 79%, LCR 7% esputo 14%. Presentaron bacteriemia el 21% de los pacientes, uno de ellos presento aislamiento concomitante en esputo y otro en LCR. La mortalidad en el grupo de pacientes con hemocultivos positivos fue similar al grupo que no presento bacteriemia 25% (1/4) y 26% (4/15) respectivamente. El 21% de los pacientes presentaron crecimiento de otro germen diferente al neumococo en los cultivos. El 5% de los pacientes presentaron criterios de sepsis, 16% sepsis severa y 79% shock séptico. La utilización de antibióticos en forma empírica fue adecuada (el antibiótico utilizado era efectivo según el antibiograma y fue iniciado en tiempo adecuado) en el 68% y racional (el antibiótico utilizado fue el de menor espectro posible según el antibiograma) en el 84%. La media de edad en los pacientes fallecidos fue de 63 años, el APACHE II 34. Conclusiones: La mortalidad evidenciada en nuestra serie fue similar a la reportada en la literatura. La causa más frecuente de infección fue neumonía, al igual que lo enumerado en otros estudios. No evidenciamos incremento en la mortalidad relacionado al desarrollo de bacteriemia. La media de edad y el APACHE II en los pacientes que fallecieron fue mayor a la media gene-

ral. Sobre un total de 40 infecciones neumococcicas relevadas en nuestro nosocomio, la mitad requirieron internación en UCI. En nuestra serie la mayor parte de los pacientes presentó shock séptico durante su evolución y requirió ARM. El tratamiento antibiótico-terápico fue inadecuado en 1/3 de los pacientes, esto debido principalmente a la demora en el inicio de la antibioticoterapia. Sin embargo, el tratamiento antibiótico-terápico fue ajustado al antibiograma en un alto porcentaje de pacientes.

**0095 REPORTE DE COLONIZACIÓN POR PEDIOCOCCUS SPP EN UNA SALA DE CUIDADOS CRÍTICOS (UTI) DE LA ARGENTINA.**

E VEDOVATO<sup>1</sup>, JA VAZQUEZ<sup>1</sup>, PG SCAPELLATO<sup>2</sup>, CM ALFONSO<sup>3</sup>, DN CHIACCHIARA<sup>1</sup>, G VIDAL<sup>2</sup>, MC ADDUCCI<sup>1</sup>, C ORMAZABAL<sup>3</sup>, DR FENOGLIETTO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UTI; <sup>2</sup>Infectología; <sup>3</sup>Bacteriología Hospital Santojanni.

Introducción: La creciente incidencia de infecciones nosocomiales por Enterococo Vancomicino-Resistente (EVR) impuso en la UTI la necesidad de implementar una serie de medidas preventivas entre las cuales la vigilancia epidemiológica se ha transformado en un pilar indiscutible. En este marco se ha observado la colonización de los pacientes (p) críticos por distintos gérmenes resistentes a la vancomicina. Entre ellos se encuentra *Pediococcus* spp. Objetivos: Describir la aparición de la colonización por *Pediococcus* spp en p críticos. Material y métodos: Trabajo prospectivo, observacional, de seguimiento. En el marco de la vigilancia epidemiológica del EVR llevado a cabo por espacio de 18 meses (entre 01/01/05 y 31/06/06) se decidió estudiar los hisopados anales que mostraban crecimiento de microbios Vancomicino-Resistentes no enterococo hasta el diagnóstico de *Pediococcus* spp. La vigilancia consistió en la práctica del hisopado de todos los p consecutivos ingresados a la unidad al ingreso y una vez a la semana hasta el alta del servicio. Se informan las características epidemiológicas de la población contaminada. Los datos de colonización se expresan en incidencia y prevalencia. En esta última se informa el Error estándar y el IC95%. Resultados: Ingresaron un total de 612 p. Se aisló *Pediococcus* spp. en 18 p, lo que representa una prevalencia de: 2.94% ± 0.68% con un IC95%: 1.6-4.2%. La incidencia de aparición de *Pediococcus* spp luego de la primer semana de internación fue de 3 p lo que corresponde al 0.49 %. Durante dicho periodo no se observó ningún caso de infección invasiva. Los datos generales de la población con *Pediococcus* spp fue: Edad: 56.6±21.1 años, Hombres: 11 p (61.1%) APACHE II: 18.6 ± 9.2, Días de internación previo al hisopado (+): 2.12 días, Md: 2 días, 3º Cuartil: 3.5 días, con un R: 0-6 días. Discusión: *Pediococcus* es un germen Gram positivo emparentado con *Lactobacillus* y *Leuconostoc* con los que comparte la vancomicino-resistencia, y la disponibilidad en la industria alimenticia. Sin embargo a diferencia de aquellos, *Pediococcus* spp esta demostrando un creciente poder infeccioso de tipo oportunista al punto de haber sido señalado como responsable de cuadros de neumonitis, meningitis y sepsis entre otras. La evidencia de colonización en p críticos podría preceder a la infección sistémica. Conclusiones: 1. La colonización por *Pediococcus* spp en UTI es poco frecuente pero no despreciable ya que podría tener implicancias epidemiológicas importantes. 2. La colonización por *Pediococcus* spp podría seguir caminos diferentes de la del EVR.

**0096 SANGRADO PERITONEAL POR HEMOFILIA ADQUIRIDA EN EL MARCO DE UN CUADRO SÉPTICO-QUIRÚRGICO.**

E CASALDEREY<sup>1</sup>, MC ADDUCCI<sup>2</sup>, JA VAZQUEZ<sup>1</sup>, DN CHIACCHIARA<sup>1</sup>, MNP LORENZO COROMINAS<sup>1</sup>, MV RESSIA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UTI Hospital Santojanni; <sup>2</sup>Cátedra de Hematología, Facultad de Bioquímica (UBA).

Caso clínico: Paciente masculino, de 34 años de edad, sin antecedentes clínicos de importancia que consulta al hospital por abdomen agudo. Después de 12 hs del ingreso se lo interviene quirúrgicamente realizándose el diagnóstico de apendicitis. Posteriormente requirió varias cirugías por evisceración a causa de diferentes complicaciones que acabaron con una peritonitis purulenta por perforación del ileon. En el marco del cuadro séptico POP el paciente evoluciona con agravamiento del estado general, hipoten-

sión arterial, taquicardia, taquipnea, signos de mala perfusión periférica, oliguria, sangrado pericatóter y un gran hematoma (15x15 cm. aprox.) en hipocondrio y flanco derecho. Una nueva analítica resaltó: hepatograma normal, T. de Quick: 90%, APTT: 107", Plaquetas: 286000, y tiempo de coagulación normal. Con estos datos se realizó el análisis químico de factor VIII: 5% (VN: 50-150%), del factor de von Willebrand que no corrige con el agregado de plasma normal diagnosticándose la presencia de factor inhibidor circulante. Con dicho diagnóstico se inicia tratamiento inmunosupresor con Deltisona 60 mg/día, transfusión de PFC y varias unidades de GRD, pero ante el fracaso de la terapéutica se agrega al plan Ciclofosfamida a dosis de 100 mg/día y terapia sustitutiva con Factor VIII 3600 U cada 8 hs. A las 48 hs de tratamiento el paciente no presenta signos de sangrado activo, una nueva analítica informo: Plaquetas: 334000, Vol. plaquetario medio 7.5 fl (VN: 7-10 fl) T. de Protrombina: 80%, APTT: 86". Ante la falta de respuesta se indicó Gama-Globulina 1.5 gr/kg en infusión por 48 hs y rFVIIa 90 ug/kg cada 2 hs con control de APTT. Se rota esquema ATB por Impipenem-Vancomicina y se realiza nueva TAC de abdomen donde se evidencia importante hematoma organizado a nivel peritoneal. El paciente se remite a quirófano donde se realiza drenaje del hematoma. 72 hs después el paciente se encuentra, afebril, hemodinamicamente compensado con un abdomen menos distendido, blando y depresible con cataris+ y tolerando nutrición enteral. La analítica: Plaquetas: 240000, protrombina: 92% APTT: 46" se otorgó alta. Discusión: La hemofilia adquirida es una diátesis hemorrágica causada por la depleción inmune de FVIII. La aparición de estos autoanticuerpos con actividad proteolítica contra la porción procoagulante del FVIII suele darse en la evolución de la hemofilia A y en menor medida en la B. Habitualmente el diagnóstico de sospecha, con o sin la presencia de sangrado, cuando aparece un aPTT prolongado con tiempo de sangría normal (lo que descarta enf. de vonWillebrand) que no corrige con la mezcla con plasma normal (lo que implica la presencia de inhibidores). La confirmación requiere del dosaje de FVIII y del título sérico de los inhibidores los episodios desencadenantes son la agresión séptica y la injuria quirúrgico-anestésica. Si bien ambos procesos no se excluyen entre sí tampoco se complementan necesariamente para la generación de autoanticuerpos por lo que cabe la posibilidad que cualquiera o ambos procesos hayan sido los desencadenantes.

**0097 INFORME DE COLONIZACIÓN POR ENTEROCOCCO VANCOMICINO-RESISTENTE EN TERAPIA INTENSIVA.**

ME BENITEZ<sup>1</sup>, VG HAYETIAN<sup>1</sup>, M PERROTTA<sup>1</sup>, C ALFONSO<sup>2</sup>, JA VAZQUEZ<sup>1</sup>, E VEDOVATO<sup>1</sup>, MV RESSIA<sup>1</sup>, DR FENOGLIETTO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UTI; <sup>2</sup>Bacteriología Hospital Santojanni.

Introducción: La incidencia de infecciones nosocomiales por Enterococos Vancomicino-Resistentes (EVR) se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años. Los pacientes internados en las unidades de terapia intensiva (UTI) son los que presentan mayor riesgo de adquisición debido al uso de antibacterianos de amplio espectro, mayor numero de procedimientos invasivos así como a una prolongada estadía en UTI. Objetivos: 1. Describir las características demográficas así como la prevalencia general de la colonización con EVR en una sala de Terapia Intensiva. Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, y longitudinal en el cual durante un periodo de 18 meses (desde 01/01/05 al 31/06/06) se estudiaron todos los pacientes (P) ingresados en la unidad por medio de un hisopado anal semanal desde el ingreso para conocer si estaban colonizados o no por EVR. Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron un total de 613 p sobre los que se realizaron un total de 987 hisopados, descartándose 10 p por tratarse de reingresos EVR (+), lo que hace una proporción de 1.64 hisopados/paciente, se perdieron los resultados de 8 hisopados (todos correspondientes al ingreso) por lo que se analizaron en total 979. Así sobre 595 hisopados de ingreso se verificó EVR en 78 (13.1%), lo que refleja una prevalencia de ingreso de 14.35% (78+10/613). De los hisopados negativos al ingreso (517) fue necesario realizar 384 hisopados en forma posterior con una positividad de 88 lo que da una incidencia de 22.91% y una prevalencia final (de salida o output) en UTI de 28.71%. Todos los p colonizados fueron sometidos a distintos esquemas ATB. Discusión: Las observaciones internacionales muestran un incremento progresivo en la incidencia de colonización por EVR.

La instalación de un programa de vigilancia continua en las salas de UTI tiene una gran importancia tanto desde el punto de vista epidemiológico así como terapéutico. La vigilancia activa previene nuevas colonizaciones e infecciones ya que permite aplicar las medidas de aislamiento pertinentes así como limitar la exposición de antibióticos. Conclusiones: 1- Se observa una elevada prevalencia de colonización por EVR en UTI. 2- La incidencia general de colonización aumenta con el tiempo de estadía en UTI y el uso de ATB de amplio espectro. 3- La vigilancia epidemiológica semanal resulta una herramienta de primer nivel para conocer la real dimensión de este gran problema.

#### 0098 MENINGITIS AGUDA POR STREPTOCOCCO PNEUMONIAE CON LCR NORMAL.

S MARTINEZ<sup>1</sup>, JA VAZQUEZ<sup>2</sup>, MC ADDUCCI<sup>3</sup>, C CORONEL<sup>1</sup>, R GOMEZ PAZ<sup>1</sup>, KE BRUZZESE<sup>2</sup>, LI KRAEMER<sup>3</sup>, M VILLOBOBOS<sup>1</sup>, JE MENDEZ<sup>1</sup>, D GODOY MONZON<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UTI; <sup>2</sup>Servicio de Emergencias Hospital Italiano HICAR; <sup>3</sup>Cátedra de Hematología Facultad de Bioquímica (UBA).

Introducción: La meningitis bacteriana es un cuadro de gran severidad que conlleva implícita una gran morbimortalidad. De hecho las infecciones del SNC son consideradas emergencias infecciológicas que requieren inmediato reconocimiento, diagnóstico precoz, y un rápido tratamiento. El caso clínico presentado surgió en el marco de un trabajo prospectivo que se llevó a cabo en pacientes portadores de meningitis aguda pero el mismo representa un hallazgo casi de excepción y de hecho fue el único paciente de esta serie con meningitis bacteriana cuyo examen citológico y físico-químico resultó no concluyente para el diagnóstico. Presentación del caso: El paciente H.G. de 71 años de edad con antecedentes de HTA, Obesidad, DBT II, hipotiroidismo, ICC, síndrome depresivo, y prostatismo que ingresa a la sala de Urgencias en horas de la madrugada con cuadro de cefalea y posterior TCE sin pérdida de conocimiento luego de caída de su propia altura en ocasión de ir al baño. Ingresó vigil, desorientado, confuso, con movilidad conservada de los cuatro miembros, sin foco motor ni signos meníngeos, febril, taquicárdico, taquipneico, levemente hipertenso, con buena perfusión distal y sin signos de falla de bomba. La mecánica ventilatoria era aceptable con buena entrada de aire bilateral, escasos rales basales finos a predominio de la base derecha y sin signos de broncospasmo. Una hora después de su ingreso comienza con excitación psicomotriz incontrolable y convulsiones por lo que se medicó con propofol seguido por un goteo de Midazolam+ Fentanilo lo que obligó a instaurar ARM. Se tomó rx de tórax que mostró infiltrado alveolar confluyente con broncograma aéreo en campo medio derecho y laboratorio que reflejó hiperglucemia con acidosis respiratoria leve sin hipoxemia. Posteriormente se realizó TAC de cerebro sin contraste que no evidenció anomalías, por lo que se decidió realizar punción lumbar ingresando posteriormente a terapia intensiva. El resultado de la PL mostró salida a chorro, líquido límpido-incoloro, Glucorraquia: 209 mg/dl (61.5% de la glucemia), Proteinorraquia: 219 mg/dl, hematíes: 50/ mm<sup>3</sup> (70% crenados), leucocitos: 5 /mm<sup>3</sup>. Desde el ingreso a UTI el paciente persistió hiperdinámico, con signos de SIRS y foco pulmonar en base derecha por lo que se diagnosticó sepsis severa y se inició tratamiento con Ceftriaxone + Claritromicina. Luego de 6 hs de su ingreso el paciente se tornó hipotenso sin respuesta a la infusión de líquidos y noradrenalina y falleció 30 hs más tarde en el marco de un cuadro séptico hipodinámico que surgió inexorablemente luego de un severo síndrome inflamatorio. Resultados de hemocultivos (x 2) y cultivo de LCR: Streptococcus pneumoniae, resistente a penicilina. Urocultivo: negativo. Micológico: negativo. El LCR obtenido fue posteriormente congelado a -20 °C para el análisis (en un segundo tiempo) de la concentración de interleuquinas inflamatorias IL-6:4642 pg/dl, IL-8:3660 pg/dl, y FNT-  $\alpha$ : 590 pg/dl y también marcadores de fase aguda como: Lactato: 6.6mmol/L, LDH:6 UI/L y PCR: 0.6 mg/dl en el LCR.

#### 0099 ANÁLISIS DE LA CONCENTRACIÓN DE CITOQUINAS INFLAMATORIAS EN LCR DE PACIENTES CON MENINGITIS AGUDA DE LA COMUNIDAD.

R GOMEZ PAZ<sup>1</sup>, JA VAZQUEZ<sup>1</sup>, MC ADDUCCI<sup>3</sup>, C CORONEL<sup>1</sup>,

MF VILAS<sup>2</sup>, M VILLOBOBOS<sup>1</sup>, LI KRAEMER<sup>3</sup>, F SILDARINI<sup>2</sup>, JE MENDEZ<sup>1</sup>, D GODOY MONZON<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UTI; <sup>2</sup>Central de Emergencias Hospital Italiano HICAR; <sup>3</sup>Cátedra de Hematología Facultad Bioquímica (UBA)

Introducción: La meningitis aguda es un cuadro de gran severidad que conlleva implícita una gran morbimortalidad. Uno de los pilares del diagnóstico de este tipo de trastornos es el líquido cefalorraquídeo (LCR). El mismo se obtiene en la mayoría de los casos por medio de la punción lumbar (PL). OBJETIVO: Analizar los valores de la concentración de las citoquinas FNT, IL-6, e IL-8 en LCR en pacientes (p) que consultan por cuadro de meningitis aguda (MA). Material y métodos: Trabajo observacional, prospectivo, de corte transversal, dirigido a metas clínicas. Durante un lapso de 6 (seis) meses se obtuvieron muestras de suero y LCR a los pacientes que concurrían con cuadro de cefalea y fiebre más alguno de los clásicos signos de MA. Quedaron excluidos aquellos p que por TAC se contraindicaba la PL, los que presentaban trastornos de la coagulación, muestras xantocrómicas con botón hemático post-centrifugado. Se valoraron además de las determinaciones bioquímicas y microbiológicas comunes los niveles de FNT, IL-6, e IL-8. Los mismos se expresan en pg/dl. Se compararon los niveles en meningitis bacteriana (grupo A) y no bacteriana (grupo B) por medio del test U de Mann-Whitney. Se aceptó como diferencia significativa la presencia de una p<0.05. Resultados: Se recolectaron para su estudio un total de 33 p de los cuales solo 28 presentaron cuadros de meningitis aguda por lo que 5 p fueron excluidos a causa de presentar un LCR sin estigmas de compatibles con meningitis. N: 28, edad: 49.6±21.9, hombres: 12 (0.43) internación: 15 (0.54), mortalidad: 4 (0.14). Cuando se dividieron los grupos se obtuvo una distribución asimétrica: Grupo A: N: 9 p, IL-6 media: 1317.4; Md:600, Percentilos 25/75: 155-2030, IC95%: 329.3-2305.5, rango: 64-6000. FNT media: 218.07, Md: 99, Percentilos 25/75:46-273, IC95%: 52.72-383.41, r: 38-1200. IL-8 media: 3795.9, Md: 2400, Percentilo 25/75:451-7500, IC95%: 1953.5-5638.4, r: 58-8800. Grupo B: N 19 p, IL-6 media: 7.34, Md: 5, Percentilos 25/75: 0.0/15.1, IC95%: 3.94-10.73 rango: 0-23.6. FNT media: 17.7, Md: 16.9, Percentilos 25/75: 13-20.5, IC95%: 13.4-22.1, r: 7.1-41. IL-8 media: 74.3, Md: 63, Percentilos 25/75: 56.7-99.6, IC95%: 58.2-90.5, r: 41.3-135. Test U de Mann-Whitney para los tres parámetros entre sí: p<0.0001. Conclusiones: 1- En el marco de la meningitis aguda se observa un elevado nivel de concentración de citoquinas en el LCR. 2- Los valores de citoquinas inflamatorias son mayores en los pacientes con meningitis bacteriana respecto de los pacientes con meningitis no bacteriana.

#### 0100 NEUMONÍA GRAVE POR ADENOVIRUS EN ADULTO JOVEN. REPORTE DE UN CASO.

G IZZO, C DE FILIPPO, O PEREYRA GONZALES, P YANSENSEN, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, D NOVAL, S ILUTOVICH Sanatorio de la Trinidad Mitre.

Introducción: La neumonía grave de la comunidad es una de las principales causas de internación en Terapia Intensiva; siendo infrecuentes los casos de neumonía viral, en especial en individuos inmunocompetentes. La etiología menos frecuente de neumonía viral es Adenovirus, los casos reportados en la literatura corresponden a pequeños brotes en comunidades cerradas. De los 29 casos reportados en la literatura, 6 pacientes murieron, 12 recibieron ventilación mecánica y 4 fueron tratados con corticoides, de los cuales 2 murieron. Objetivo: Describir un caso inusual de distres severo secundario a Adenovirus. Materiales y Métodos: Recolección de datos de la historia clínica de un paciente internado en la Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio de la Trinidad Mitre. Descripción: Paciente masculino de 18 años, obeso mórbido, que ingresó por hipertermia, mialgias generalizadas y tos productiva hemoptóica de 72 horas de evolución; realizó un día de tratamiento ambulatorio con ampicilina sulbactam y claritromicina. La radiografía mostró infiltrados bibasales. Se internó en el Servicio de Clínica Médica. Evolucionó con insuficiencia ventilatoria por lo que ingresó a Terapia Intensiva. Requirió ventilación mecánica y evolucionó con distres severo (LIS 3,5), por lo que fue ventilado con estrategia protectora con bajos volúmenes y altas PEEP, efectuándose maniobras de reclutamiento pulmonar. No presentó deterioro hemodinámico. Hallazgos de laboratorio patológicos fueron leucopenia (GB 2800/mm<sup>3</sup>, N

66%), LDH de 434 UI/L y CPK de 5647 UI/L, alcanzando esta última valores pico el día 7º de internación, con un valor máximo de 11.964 UI/L. Se realizaron cultivos de lavado bronquioalveolar (BAL) para bacterias; aspirado nasofaríngeo y BAL para estudio virológico (Inmofluorescencia Indirecta, IFI) para detección de Influenza, Parainfluenza y Adenovirus; serología para Hantavirus, HIV, Mycoplasma y Clamidia, todas con resultado negativo. Se recibió Inmunofluorescencia Indirecta positiva para adenovirus en BAL. Recibió ventilación mecánica durante 45 días, fue traqueostomizado. Intercurrió con neumonía asociada a la ventilación mecánica, infección de escara y polineuropatía del paciente crítico. Se derivó a centro de cuidados respiratorios. Presentó como secuela tardía estenosis traqueal. Recuperación funcional respiratoria aceptable. Conclusión: Describimos un caso de neumonía grave de la comunidad de etiología viral que evolucionó con distres severo que fue diagnosticado mediante screening virológico. Recibió tratamiento con corticoides en forma tardía, sin tratamiento antiviral. Presentó sobrevida al año con aceptable recuperación respiratoria y motora.

**0101 DETERIORIO DEL SENSORIO Y FALLA MULTIORGÁNICA POR COMA MIXEDEMATOSA.**

**F. SALDARINI, S. ARCIERI, E. PESAT, G. CARQUEIJEDA, V. MANDICH, S. DESSY, D. BARBIERI, J. BARCA, A. SABRA, A. VASALLO, J. MENDEZ, J. RODRIGUEZ, J. VAZQUEZ**  
Sala de Reanimación y Shock, Hospital Donación Francisco Santojanni.

Objetivos: Reportar un caso de coma mixedematoso por la rareza del mismo. Materiales y métodos: Paciente de 59 años de edad, sexo femenino con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 10 mg/día, hipotiroidismo en tratamiento con 100 mcg de Levotiroxina/día, tabaquista de 30 paq/año en tratamiento con beta 2 adrenérgicos que ingresa a Sala de Reanimación y Shock, por deterioro del sensorio e insuficiencia respiratoria aguda que requiere ARM. desde el ingreso. Laboratorio: Hto 44%Urea 35mg Creatinina: 1.10mg. Na 125 K 3.6 Cpk 6800.Got 1020. Gpt 1250 Bilirrubina normal, Tp 78% K.p.t.t. 34". Se realizan 2 hemocultivos, urocultivo y punción lumbar, siendo todos negativos. T.A 80/60 mmhg. Fc: 40 x min. Fr: 36 x min. GCS 5/15. Temp. rectal 34°C. Se inicia resucitación con fluidos e inotropicos, interpretándose el cuadro inicialmente como sepsis de la comunidad con falla multiórganica, inicia antibioticoterapia empírica con AMS + Ciprofloxacina. Ante la falta de mejoría, a las 24 horas, se coloca corticoides a dosis de 100 mg de hidrocortisona cada 8 horas y ante la sospecha de coma mixedematoso se solicita TSH u y T4 y se comienza tratamiento con T4 ev. en las primeras 48 horas y luego 200 mcg día por sonda nasogastrica. Se reciben los resultados de TSH u de 78 y T4 no dosable. A las 96 hs. se disminuye las dosis de inotropicos por mejoría progresiva del cuadro hemodinámico. A los 6 días se suspende la sedoanalgesia constatándose una paciente lúcida con respuesta a órdenes simples. TSH u de control a los 6 días 25. Se extuba a los 20 días. Conclusiones: Se expone el presente caso, ya que el pronóstico del coma mixedematoso depende fundamentalmente de un diagnóstico precoz y de un rápido tratamiento. Su incidencia es del 0.3 a 1.8 % de los pacientes hipotiroideos. Es desencadenado por estrés, predomina en mayores de 60 años y fundamentalmente en invierno. La T4 diastólica es normal y cursa con hiponatremia, cortisol bajo, TSH u elevada y T4 baja o no dosable. Su mortalidad es del 60-80%.

**0102 LA ANTIBIOTICOTERAPIA PERIOPERATORIA SISTÉMICA REDUCE LA PÉRDIDA DE INJERTOS DE PIEL AUTÓLOGA EN PACIENTES QUEMADOS.**

**G. RAMOS, M. RESTA, G. PREZZAVENTO, C. MOYA, C. MANGIERI, L. FERNANDEZ CANIGIA, R. DURLACH, A. BOLGIANI**  
CEPAQ (Unidad de Quemados), Bacteriología, Infectología. Hospital Alemán. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: Los injertos con piel autóloga son el principal método de cobertura definitiva de quemaduras profundas. En quemaduras extensas la zona dadora es un recurso limitado, por lo su pérdida puede asociarse a incremento de la morbilidad y predisponer a malos resultados estéticos y funcionales. El objetivo del estudio fue

evaluar el efecto de la antibioticoterapia perioperatoria en el prendimiento de injertos. Material y Métodos: Estudio prospectivo donde se evaluó el porcentaje de prendimiento de injertos dermoepidérmicos de piel autóloga en pacientes con quemaduras agudas. Fueron ingresados al estudio pacientes que recibían antibióticos como tratamiento previo y pacientes que sin antibióticos. Estos últimos fueron divididos aleatoriamente en profilaxis perioperatoria y sin profilaxis. Se estudió la colonización del lecho receptor mediante cultivo de superficie. Se realizó análisis estadístico con el sistema Epi Info 6.04 (CDC, USA). Se consideró como significativo un valor de p < 0.05. Resultados: Se estudiaron 120 injertos en 61 pacientes quemados. En 46 (38.3%) injertos los pacientes recibían tratamiento antimicrobiano, 30 (25.0%) profilaxis y 44 (36.6%) sin antibióticos. La superficie quemada era mayor 50.1% (±22.7) en los pacientes con tratamiento con respecto a los que recibieron profilaxis 26.7% (±24.2) y los que no recibieron profilaxis 21.0% (±20.4) p < 0.001. El prendimiento global de injertos fue de 91.3% (±18.9). El prendimiento fue en los pacientes con tratamiento de 89.2% (±22.6), con profilaxis 96.3% (±10.6) y sin profilaxis 87.8% (±18.7) (p < 0.003). En 54 de los 76 injertos que recibieron antibióticos se cultivaron microorganismos colonizando el lecho receptor. Los antibióticos fueron considerados como adecuados a los microorganismos colonizantes en 34 (63%), inadecuados en 6 (11%) o insuficientes 14 (26%). El porcentaje de injertos con pérdidas parciales fue de 20.5% , 50% y 42.8% respectivamente. El porcentaje promedio de prendimiento de autoinjerto fue de 94.2% (±17.1), 77.5% (±28.5) y 88.7% (±20.5) respectivamente (p 0,008). Los microorganismos colonizantes mas frecuentes fueron Pseudomonas spp en 36% y Staphylococcus aureus en 34%. No hubo diferencias de prendimiento de injertos entre los diferentes microorganismos colonizantes. Los injertos sobre dermis tuvieron mejor prendimiento con respecto a tejido de granulación, fascia o tejido celular subcutáneo. Los injertos delgados tuvieron mayor porcentaje de pérdidas con respecto a los de medio y tres cuartos de espesor. En el análisis multivariado los injertos realizados sobre tejido de granulación (OR 5.1; IC 2.2-11.6), y la ausencia de antibióticos adecuados a los microorganismos colonizantes (OR 3.5; IC 1,5-8,4) se relacionaron con aumento del riesgo de pérdidas de injertos. Conclusión: La antibioticoterapia perioperatoria sistémica adecuada a los microorganismos colonizantes del lecho receptor, redujo la pérdida de injertos de piel autóloga en pacientes quemados.

**0103 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VÁRICES ESOFÁGICAS EN PACIENTES CIRRÓTICOS TRATADOS ENDOSCÓPICAMENTE.**

**J. BERRETA<sup>1</sup>, D. KOCIAK<sup>1</sup>, MB. LAPLACETTE<sup>1</sup>, G. MORALES<sup>1</sup>, M. ORTIZ<sup>1</sup>, F. BELLIDO<sup>1</sup>, P. SALGADO<sup>1</sup>, O. TUMILASCI<sup>2</sup>**  
<sup>1</sup>Servicio de Terapia Intensiva, Hospital "Dr. Carlos Bonorino Udaondo"; <sup>2</sup>Facultad de Medicina (UBA).

Objetivo: Detectar pacientes en el más alto riesgo de muerte por Hemorragia Digestiva Alta secundaria a Várices Esofágicas (HDAV). La HDAV es una patología que entraña alta mortalidad y la primera línea de tratamiento es la reanimación y hemostasia endoscópica a través de la ligadura (L) o la esclerosis (E) de las várices, la cual debe ser efectuada inmediatamente a la admisión hospitalaria. Material y métodos: se analizaron todas las internaciones (I) en UTI desde Octubre de 2001 hasta Abril de 2006. Las 106 I provinieron de 73 pacientes (P) de los cuales 1P tuvo 5 I, 4P tuvieron 3 I, 21P tuvieron 2 I y 47P 1 sola I. Todos Cirróticos, 63 hombres y 10 mujeres con rango etario de 19 a 75 años (a), edad: 52±12. La etiología fue alcohólica (OH) en 48p (65,8%), criptogénica en 6p (8,2%), Cirrosis Biliar Primaria en 5p (6,8%), Hepatitis crónica a virus B (HVB) en 2p (2,7%), Hepatitis crónica a virus C (HVC) en 1p (1,4%), OH+HVC en 5p (6,8%), sarcoidosis en 1p (1,4%), criptogénica asociada a mielofibrosis en 1p (1,4%) autoinmune en 2 p (2,7%), HVB+HVC en 1p (1,4%), OH+HVB 1p (1,4%). Fallecieron 21p durante la internación. Se analizó la relación entre mortalidad y las siguientes variables: edad, sexo, APACHE II al ingreso (Alling), Apache II a las 24hs (All24), etiología de la cirrosis, tipo de tratamiento endoscópico (E o L), clasificación endoscópica de las várices, Clase de Child Pugh, resangrado hasta 48hs del ingreso (Rpre48), resangrado luego de las 48hs del ingreso (Rpost48), requerimiento de transfusiones, antecedentes de HDAV. Se utilizaron los siguientes métodos estadísti-

cos: test de Student para muestras relacionadas, test de Student para muestras independientes, Chi cuadrado, Test exacto de Fisher, ANOVA, Regresión Logística. Resultados: Mortalidad: 21/106 (19,8%). Mortalidad y Alling: de todos: 13,5±4. Fallecidos (F): 21,86±9,18. No fallecidos (NF): 12,45±3,4. F vs NF (p<0,001). Mortalidad y All24: de todos: 12±6. F:20,93±9,03. NF: 10,28±3,49 F vs NF p<0,001. Mortalidad y Child Pugh: Clase A=0/18p, Clase B=5/48p (10,4%) y Clase C=16/40p (39%). A vs C y B vs C p<0,001. Mortalidad y Sexo: todos hombres p=0,016. Mortalidad y Resangrado: 22P resangraron antes de 48hs, fallecieron 11 (50%) p<0,001. 22P resangraron luego de 48hs, fallecieron 8 (36,3%) p=0,029. El Riesgo Relativo (RR) para muerte fue: 1) Alling mayor que 15: RR 6,3 (IC:2,71-14,8), 2) All24 mayor que 10 RR: 3,2 (IC:1,1-9,4), 3) Child Pugh C RR:5,3 (IC:2,1-13,3), 4) Rpre48 RR:4,2 (IC 2-8,5). De los resultados de la regresión logística se obtuvo que las variables que aportan el 91% de la predicción global de muerte fueron: Alling>15 (Odds:7,9), Rpre48 (Odds:6,1) y Clase C de Child Pugh (Odds:3,7). A pesar de que el Sexo, el Rpost48 y el All24>10 fueron significativos para muerte, su aporte relativo no fue relevante. Las otras variables analizadas no se correlacionan con muerte. Conclusiones: Son predictores de mortalidad en HDAV el Apache II a ingreso mayor que 15, resangrado antes de 48hs de ingreso y la clase C de Child Pugh.

#### 0105 ACTIVIDAD DEL SISTEMA DE COMPLEMENTO EN LCR DE PACIENTES CON MENINGITIS AGUDA.

J.A. VAZQUEZ<sup>1</sup>, MC ADDUCCI<sup>2</sup>, DN CHIACCHIARA<sup>1</sup>, E VEDOVATO<sup>1</sup>, LI KRAEMER<sup>2</sup>, KE BRUZZESE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UTI Hospital Santojanni; <sup>2</sup>Cátedra de Hematología Facultad de Bioquímica (UBA).

Objetivo: Analizar las diferencias en la concentración de C3 y C4 en el LCR de pacientes con meningitis aguda de etiología bacteriana (MB) vs. Aséptica (MA). Evaluar el valor diagnóstico de las mismas y relacionarlas con los valores de Lactato. Material y método: Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos mayores de 18 años que ingresaron por cuadro de síndrome meníngeo por 6 meses. Se registraron los datos demográficos y clínicos se separaron los grupos según la etiología MB/MA y se les midieron las concentraciones de C3 y C4, así como las de Lactato en LCR. Las mediciones (C3/C4) se compararon con el test de Wilcoxon debido a su distribución no paramétrica, y el lactato con el test t de Student. Se considero significativa una p<0,05, además se busco correlación entre C3/C4 y lactato por el test de Spearman y se estudio el valor diagnóstico por tablas de contingencia. Resultados: Se analizaron un total de 53 p de los cuales solo 40 presentaron meningitis aguda y sus datos son los siguientes: N: 40, Edad: 49.6±21.9, hombres: 18 (0.45), internación: 21 (0.52), mortalidad: 3 (0.07), SRIS: 30 (0.75), APACHE II: 14.6±6.8. De los 40 p, 13 presentaron MB y 27 MA. No se hallaron diferencias entre ambos grupos en sus características demográficas y solo las hubo en la proporción de internaciones, APACHE II y alteración del sensorio. La mortalidad fue mayor en los p con MB sin significación estadística. Valores correspondientes a C3-C4 entre ambos grupos: C3 MA: Md: 1.1 R: 0.3-2.4 P25/75:0.8-1.6 MB: Md:5.6, R: 3.6-10.1, P25/75: 4.6-7.95. C4 MA: Md:1.3 R:0.5-1.9, P25/75:0.9-1.5. MB: Md:3.5, R:2.2-6.1, P25/75:2.7-4.15. Las diferencias estadísticas según el test de Wilcoxon (signed rank test) para ambas determinaciones fue p<0.005. Cuando se realizaron las tablas de contingencia se observó para C3 y C4 respectivamente: Sensib: 84.6 y 76.9%, Especif: 92.6 y 88.9%, VPP: 85 y 77%, VPN: 93 y 89%, LR+: 11.42 y 6.92, LR-: 0.17 y 0.26. Los valores de lactato en LCR fueron: (media ± DS): MA: 2.4 ± 0.73 mmol/l, IC95%: 2.11-2.69. MB: 6.2±1.46 IC95%: 5.37-7.14 test t de Student p<0.05. Finalmente el estudio de correlación arrojó: entre C3-lactato en MB: la relación es positiva con un r: 0.5249, r2 (d): 0.275, pendiente (pe): 0.43 p: 0.0655. En MA: r2 (d): 0.071, r: 0.267, pe: 0.34, p: 0.177. Con respecto a C4-lactato en MB si se halló correlación r: 0.578, r2 (d): 0.334, pe: 0.91, p: 0.0385 mientras que en MA: r: 0.084, r2: 0.0071, pe: 0.06, p: 0.677. Conclusiones: 1- Se observa un, clínica y estadísticamente, significativo aumento de los valores de C3 y C4 en LCR de los pacientes portadores de meningitis bacteriana con respecto a los portadores de meningitis aséptica. 2- La determinación de C3/C4 en LCR representa un elemento diagnóstico y pronostico

de gran valor dada la facilidad, costo, fiabilidad y disponibilidad del método. 3- Hay una relación positiva entre C3/C4 y Lactato en MB mayor que en MA, siendo significativa para C4.

#### 0106 UTILIDAD DE LA CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO SEVERO Y PRESIÓN INTRACRANEANA ELEVADA REFRACTARIA AL TRATAMIENTO MÉDICO.

AJ CARUSO, E ADAMOLI, U ALEGRE ESCOBAR, F PIEDIMONTE, C URBINA, A GALATTI

Servicio de Terapia Intensiva y Neurocirugía Corporación Médica de Gral San Martín.

Antecedentes: La craniectomía descompresiva hasta el momento recomendada para pacientes con TEC grave y PIC elevada refractaria no es un procedimiento rutinario. Objetivos: El objetivo de este estudio retrospectivo es analizar la evolución de nuestros pacientes sometidos a craniectomía descompresiva de urgencia en TEC grave con PIC mayor de 30 mmHg refractaria al tratamiento médico convencional. Material y métodos: Se examinaron retrospectivamente 19 pacientes con TEC grave sometidos a tratamiento médico convencional, seleccionando los pacientes sometidos a craniectomía descompresiva de urgencia por PIC elevada refractaria asociada a signos clínicos de inminente enclavamiento durante el periodo julio de 2003 a marzo de 2006, evaluando los factores asociados a la evolución y complicaciones entre el grupo de pacientes sobrevivientes y no sobrevivientes sometidos a dicho procedimiento. Resultados: Se evaluaron retrospectivamente 19 pacientes con TEC severo de los cuales 11 fueron sometidos a craniectomía descompresiva por PIC refractaria. De los 19 pacientes 8 presentaron adecuado control de la PIC con el tratamiento médico, 6 de los cuales pertenecían a la clasificación Marshall II y 2 pacientes Marshall III con una PIC de apertura de 24 mmHg y mortalidad de 12.5 %. La edad promedio de los 11 pacientes intervenidos quirúrgicamente fue de 43.6 años, 6 pacientes sobrevivieron (edad promedio 37 años) y 5 fallecieron (edad promedio 51.6 años). La PIC promedio previo a la intervención era de 33 mmHg ( 31.5 en los sobrevivientes y 35 mmHg en los fallecidos ), la craniectomía se realizó entre 8 y 72 hs luego del ingreso a UTI y entre 1 a 5 hs de presentada la PIC refractaria. La clasificación tomográfica evidenciaba 2 pacientes Marshall II 4 pacientes Marshall III y 5 pacientes Marshall IV. Se realizaron 4 craniectomías bifrontales, 4 frototemporoparietales unilaterales, 2 bilaterales y un paciente requirió una craniectomía unilateral mas una de fosa posterior. Las complicaciones inherentes al procedimiento fueron 3 pacientes con descompensación hemodinámica luego del procedimiento y 2 pacientes presentaron fiebre y LCR patológico compatible con meningitis postquirúrgica con adecuada evolución con tratamiento antibiótico. Los 6 pacientes que sobrevivieron evolucionaron con una adecuada recuperación neurológica a los 3 meses, 3 pacientes con GOS (Glasgow Outcome Scale) de 4 puntos y 3 pacientes con GOS de 5 puntos. Los 5 pacientes que fallecieron presentaron Glasgow menor de 4 puntos luego de la cirugía y evolucionaron a la muerte cerebral. Conclusiones: La craniectomía descompresiva es un procedimiento efectivo si se realiza en forma temprana luego de diagnosticada la PIC refractaria al tratamiento médico, los pacientes que sobrevivieron evolucionaron con una adecuada recuperación neurológica sin secuelas graves.

#### 0107 REGISTRO DE PACIENTES EN UNA SALA DE REANIMACIÓN Y SHOCK.

G. CARQUEIJEDA, F SILDARINI, E PESAT, A VASALLO, S ARCIERI, A SABRA, V MANDICH, S DESSY, J MENDEZ, J BARCA, D BARBIERI, J RODRIGUEZ

Sala de Reanimación y Shock, Hospital Donación Francisco Santojanni.

Objetivos: Mostrar la estadística de una sala de reanimación y shock de un Hospital de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires. Materiales y métodos: Ingresaron 9570 pacientes desde el 1° de junio del 2000 hasta el 31 de mayo del 2006. El 60% es externo y el 40% es interno. De los pacientes que ingresan externos se dividen en las siguientes categorías: Pacientes clínicos 36% ,que se subdividen en: 1- Insuficiencia respiratoria 25%, 2- Pacientes cardiológicos

(no coronarios) 25%, 3- Pacientes septicos 23%, 4- Otras patologías (diabeticos/reumatologicos/neurológicos no quirúrgicos) 27%, Neuroquirúrgicos 14%, Politraumatismo 13%, Tocoginecologicos 2%, P.C.R. 2%, Varios 3%, Quirúrgicos 10%, Cardiológicos (coronarios) 20%. De los ingresos internos: Piso de cirugía 20%, Piso de OYT 10%, Piso de clinica medica 35%, Quirofano 20%, Neurocirugía 5%, Otros (ginecología/urología) 10%. Derivación: Interna 60%, Externa 20%, Otros establecimientos de la red 5%, Derivacion a obras sociales y/o establecimientos privados 10%, Egresos directos al domicilio: (85% son cardiologicos) 5%, Aache II de ingreso de los pacientes 16±6. Mortalidad 12%. Conclusión: Creemos que nuestra sala de reanimación y shock maneja un importante volumen de pacientes graves. Nuestra unidad está conformada por: dos intensivistas, un cardiólogo, un cirujano de trauma y 3 enfermeras por turno; posee 8 camas con monitoreo central completo, cabezales con aspiración, oxígeno y aire comprimido, ocho respiradores, 4 microprocesados y uno de transporte, lo cual hace que a nuestro entender tengamos una tasa de mortalidad baja, en relación al APACHE II de ingreso. Es importante destacar que nuestros pacientes tienen una larga estadía en nuestra unidad por la falta de disponibilidad de camas en la terapia intensiva.

**0108 EPIDEMIOLOGÍA DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PEDIATRÍA.**

R JAÉN, MJ OLANO, S GÓMEZ, C JOVIC, MJ CIVETTA, M FULGENZI, R BURGOS, E CAMACHO, R MAGLIOLA  
Hospital Británico de Bs. As.

Introducción: La VNI que significa ventilación mecánica sin invadir la vía aérea, tiene sus orígenes en la epidemia de polio de los años 60. Su uso avanzó dramáticamente en esta última década, y se extendió favoreciendo la ventilación de un subgrupo de pacientes. Su difusión se relaciona con la baja morbilidad, disminución de los episodios de barotrauma, infecciones, y bajos costos. Este método que en un principio se limitó a los pacientes neuromusculares, hipoventiladores nocturnos, o a los que presentaban apneas en estudio, actualmente se extendió al fallo respiratorio hipóxico e hipercápnico pediátrico. Si bien existen trabajos controlados y randomizados en pacientes adultos, no los hay en pediatría, ya que sólo se reportan casos clínicos o trabajos no controlados, no existiendo aun indicaciones precisas en Pediatría. Objetivo: Mostrar el uso de VNI en nuestra UTIP durante el año 2005. Material y método: Estudio descriptivo. Serie de casos retrospectivo. Resultados: Durante el año 2005 se ingresaron a VNI 15 pacientes. De los cuales fueron 6 mujeres. Las edades estuvieron entre 1 y 180 meses. Hubo 6 pacientes menores de 2 años. Se usó el score de TAL que estuvo entre 5 y 12 puntos antes del ingreso a VNI. Los diagnósticos de ingreso a VNI fueron: Patología respiratoria 13 pacientes, CID 1, GVH 1. Comorbilidad como inmunodeficiencia adquirida 2, neuropatía crónica 1, trasplante 1. Insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica 2, hipoxiémica 5. Los motivos de uso de VNI: fallo de bomba respiratorio 5, restrictivo 1, obstructivo 5, mixto 2, asma 3, bronquiolitis 4, neumonía 1, apneas 1. Interfases usadas: facial 6, nasal 8, tubo nasofaríngeo 1. Motivos de discontinuación: disnea 3, apnea 1, hipoxemia 1, hiperapnea 1. Complicaciones: neumonía 1, shock 1, lesión en piel 1, edema palpebral 1. Se usó en 2 pacientes como fracaso a la extubación. La demora en colocar en VNI estuvo entre 1 hora y 48 hs. Los modos usados fueron CPAP: 3; BiPAP: 4; BiPAP asistido: 8 pacientes. No se reportaron óbitos de pacientes ventilado con esta modalidad. Las drogas usadas como adaptación fueron midazolam + hidrato de cloral en el 46% de los casos. Conclusión: La VNI en nuestro Servicio mostró ser un procedimiento seguro, sólo el 13% de los pacientes presentó complicaciones y no se registró ningún óbito durante el procedimiento, ni relacionado a él.

**0109 TROMBOSIS DEL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR.**

F MUÑOZ CASTILLO, A GIANNELLI, L VARGAS, R NAVARRO  
Policlínico Neuquén. Terapia Intensiva.

Introducción: la trombosis de senos duros es poco frecuente. Esta entidad plantea dos problemas aún no resueltos en la literatura consultada: el método de diagnóstico adecuado y la terapéutica anticoagulante. En 1994 C. Isensee publica su trabajo, dónde

describe como seguro el diagnóstico a través de la RMN solamente para estadios tempranos. Desde el año 2000 varias publicaciones trataron de comprobar la sensibilidad y la especificidad de la resonancia magnética por difusión y la angioresonancia, concluyendo que ambas tienen una sensibilidad superior al 90% para todas las etapas del trombo. Esto eliminaría en el protocolo de diagnóstico a la angiografía, aunque el nivel de evidencia es bajo, habida cuenta de los pocos casos incluidos en dichos estudios. Varias publicaciones abordan la forma de tratar a estos pacientes. La anticoagulación es el tratamiento en discusión. En una revisión sistemática (Cochrane 2002), midieron muerte como desenlace con un RR de 0.33 (IC del 95%: 0.08-1.21) a favor del tratamiento con heparina y, de 0.46 (IC 95% : 0.16-1.31) para muerte o dependencia. Los intervalos de confianza pasan por la línea de no efecto en ambos casos. Allí se concluye que existe diferencia estadística, pero consideramos que la fuerza del efecto no es clínicamente importante. Otras publicaciones fueron revisiones no sistemáticas y si bien se observó mejor respuesta al grupo tratado con heparina, el impacto del efecto no es significativo. En un trabajo controlado y randomizado del año 1999 se comparan tratamientos con heparinas de bajo peso molecular versus placebo y concluye: Muerte a las 3 semanas: RR. 0.48 (0.10-2,12) y muerte o dependencia a las 12 semanas un RR de 0,6 (0.2-1,9). Los estadísticos utilizados (RR,RRR y NNT) pasan por la línea de no efecto. Objetivos: Presentar un caso clínico con diagnóstico de trombotosis del seno longitudinal superior y discutir la indicación del tratamiento anticoagulante. Caso clínico: Paciente varón de 44 años de edad, que 7 días después de una corta internación, por cuadro de meningitis viral, reingresa a UTI por cefalea intensa, fotofobia, hemiparesia izquierda y convulsiones. La TAC de cráneo fue normal. La RMN cerebral mostró múltiples focos hiperintensos en la sustancia blanca de la corona radiada derecha, especialmente en zonas parietal y frontal superior y cambios hemorrágicos evidentes. Estos hallazgos corresponderían a trombotosis del seno longitudinal superior asociada a infartos venosos y hemorragia. Se discutió el tratamiento anticoagulante y se decidió no indicarlo por la presencia de hemorragia cerebral y por la interpretación de la literatura consultada. El paciente mejora y es dado de alta del área crítica al décimo día. Discusión: en este caso la RMN fue suficiente para realizar el diagnóstico, en coincidencia con la literatura, ya que fue realizada en los estadios iniciales de la enfermedad. Si bien en todos los trabajos consultados se observó un efecto favorable para la terapia anticoagulante, se decidió no indicarla teniendo en cuenta que la fuerza de la evidencia no es concluyente.

**0110 SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA CEREBRAL: PRESENTACIÓN DE CASOS.**

AM RE  
Sanatorio Allende.

Objetivo: Revisión de Síndrome de Embolia Grasa Cerebral (SEGC) a partir de casos clínicos en pacientes con fractura de huesos largos. El SEGC se caracteriza por el desarrollo de insuficiencia respiratoria, trombocitopenia y compromiso de la conciencia en las primeras 72 hs que siguen a la injuria. La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) ha logrado definir ciertos patrones característicos para diagnóstico del cuadro que previamente era netamente clínico. Material y Método: Revisión de dos casos clínicos de síndrome de embolia grasa cerebral. Resultados: Caso 1: Sexo femenino, 21 años, con comunicación intraventricular (CIV) constatada por ecocardiograma; ingresó con Glasgow 15, por fractura cerrada de fémur, con el resto del examen físico sin alteraciones. 11 hs después presentó hipoxemia, hipotensión arterial, petequias subconjuntivales y en zona axilar/mamaria bilateral; y deterioro del sensorio. Evolucionó en coma. RMN al día 4: en sustancia blanca protuberancial y pedúnculo cerebeloso focos hipointensos en T1 e hiperintensos en T2 sin realce con gadolinio, y en forma difusa en la corteza cerebral, sustancia blanca subcortical frontal bilateral y profunda a nivel de centros semioviales y núcleos grises. Evolucionó a Estado Vegetativo impresión de Mínima Conciencia. RMN al día 37 del ingreso: focos hiperintensos en fosa posterior y supratentoriales, sugestivo de desmielinización. Alteración de la señal en núcleos grises y corteza. Atrofia cerebral. Higromas subdurales bilateral. Alta al mes y 18 días, con un Glasgow Outcome Scale (GOS) grado II. Caso 2: Sexo masculino, 22 años, sin antecedentes patológicos; ingresa a las 48

hs del accidente, con fractura expuesta de fémur derecho, y cerrada tibio-peronea. 17 horas después presentó deterioro del sensorio, petequiado en tronco, anemia, plaquetopenia e insuficiencia respiratoria que requirió ventilación mecánica. En RMN 24 hs del ingreso: T1 con foco hiperintenso en sustancia blanca protuberancial, profunda periventricular, centros semioviales y subcorticales. Secuencia GRE focos hipointensos cortico-subcorticales de cerebelo (petequiado hemorrágico). Evoluciona en coma, actitud de descerebración bilateral, convulsiones tónicas. Con neurorrehabilitación, mejoría clínica progresiva, conexión con el medio a los 7-10 días, respondiendo órdenes simples. Alta a los 30 días con excelente recuperación; GOS grado V. RMN control ambulatorio a los tres meses: focos hipointensos, puntiformes infra-supratentoriales compatibles con restos hemáticos (petequias hemorrágicas). Conclusión: Los pacientes presentaron Síndrome de Embolia Grasa Cerebral, luego de una fractura de hueso largo, complicación descrita en la bibliografía, con muy bajo porcentaje de afectación. Uno de ellos con CIV constatada. Las Neuroimágenes mostraron, evolución típica, de lesión por Embolia Grasa Cerebral.

#### 0112 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO.

MP VARELA OTERO, Y ARZANI, L HELMAN, V LERNOUD, C GOMEZ, A BERTOLOTI, D INTILE, RR FAVALORO  
Fundación Favalaro. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: analizar los resultados de un grupo de pacientes (p) con hipertensión pulmonar secundaria a tromboembolismo pulmonar (TEP) crónico recurrente que fueron sometidos a cirugía. Material y Métodos: entre noviembre 1992 y septiembre 2004 se realizaron 21 tromboendarterectomias pulmonares (TP). La edad promedio de los p fue de  $46.8 \pm 13.9$  años, el 62% (13p) pertenecía al sexo femenino. El 90% (19p) estaba en clase funcional (NYHA) III-IV; 47% (10p) presentaba ascitis y 38% (8p) anasarca. El 71% de los p tenía antecedentes de trombosis venosa profunda. La pO<sub>2</sub> promedio preoperatoria fue de  $60.1 \pm 12$  mmHg. Previo a la realización de la TP la presión media arteria pulmonar (PMAP) era de  $55.9 \pm 13.3$  mmHg, la resistencia vascular pulmonar (RVP)  $1019.2 \pm 470$  dinas/s/cm<sup>2</sup>, el índice cardíaco (IC)  $2.2 \pm 0.8$  l/min/m<sup>2</sup>, la presión en aurícula derecha (AD)  $12 \pm 6$  mmHg y el índice de trabajo sistólico del ventrículo derecho (ITSVD)  $17.4 \pm 8.6$ . La TP fue realizada en hipotermia profunda (17) con un paro circulatorio promedio de  $60 \pm 17.2$  min. La media de circulación extracorpórea (CEC) fue de  $203.5 \pm 37.5$  min. Análisis estadístico: las variables continuas se expresan como media y desvío standard mientras que las categóricas como proporciones. Las continuas fueron analizadas con métodos no paramétricos comparando los valores pre y postquirúrgicos con el test de Wilcoxon. El análisis de sobrevida global y la mortalidad intrahospitalaria según el tiempo de asistencia respiratoria mecánica (ARM) fue realizado por Kaplan-Meier y por el test de Gehan-Wilcoxon. Resultados: el tiempo promedio de ARM fue 63hs (6-912). Los valores de los parámetros hemodinámicos evaluados disminuyeron en forma significativa post TP: PMAP de  $55.9$  a  $30.2$  mHg (p 0.0001), RVP de  $1019.1$  a  $241.7$  dinas/s/cm<sup>2</sup> (p 0.00008) y ITSVD de  $17.4$  a  $11.4$  (0.01). La mortalidad global fue de 22.3%. Al analizar la mortalidad intrahospitalaria según el tiempo de ARM se observó que la misma fue de 28% en p con ARM >72hs y de 10% en aquellos con ARM < 72hs. Conclusiones: la TP es un tratamiento efectivo para la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica con una sobrevida global a 144 meses de 77.7%.

#### 0113 ENCUESTA SOBRE RECURSOS Y LAS REGLAS DE USOS DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

MC MONTARULLI<sup>5</sup>, C KECSKES<sup>2</sup>, E MENÉNDEZ<sup>2</sup>, ML CORDINI<sup>1</sup>, F MARTINO<sup>3</sup>, G BORDOLLI<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Francés Buenos Aires Argentina; <sup>2</sup>Hospital Italiano Buenos Aires Argentina; <sup>3</sup>Sanatorio Reconquista Reconquista, Santa Fe; <sup>4</sup>Hospital Tornú Buenos Aires Argentina; <sup>5</sup>Hospital Zubizarreta Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: Otras encuestas publicadas. Objetivo: Conocer los recursos materiales disponibles y las normas de uso del So-

porte Nutricional (SN) en varias Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) de nuestro país. Material y Métodos: Se elaboró un cuestionario con preguntas relacionadas con la práctica del SN, la utilización de los recursos materiales, la implementación de la Nutrición Parenteral (NP), la Nutrición Enteral (E). Resultados: Se obtuvieron respuesta de 35 UCIs, sobre 323 pacientes adultos. Ellos fueron divididos en: Clínicos 46%, Quirúrgicos 31%, Neurológicos 20%, Traumatológicos 3%. Se realizó evaluación nutricional sistemática en el 43% de los centros; 29 % de ellos utilizaron Evaluación Global Subjetiva (EGS), concentración de Albúmina plasmática, y medidas Antropométricas, 6% Albúmina solamente. NP 97% de las UCIs usa NP, el 46% tiene protocolos escritos. 43% de los Centros tienen menos de un paciente al mes con NP, 48% entre 1 y 5 pacientes, 9% más de 10 pacientes al mes con NP. En el 66% el SN duró entre 5 y 10 días. Indicaciones: Cirugías complicadas el 83% Patologías Clínicas 3,5%, Patologías Neurológicas 3,5%. En el 57% de los casos la NP es administrada en bolsa única, el resto utiliza frascos en paralelo. El 86% utiliza Bombas de Infusión. Las emulsiones de lípidos son utilizadas como fuente calórica en 63%. El 26% los utilizan una o dos veces a la semana, No se encuentra disponibles en el 3% y creen que no son necesarias en el 3% de los casos. Solo el 26% los casos utilizan NP por vía periférica. El 43% de las NP se administran por catéteres con un lumen exclusivos, 35% por catéteres multilumen, con un lumen exclusivo para NP, mientras que un 3% lo comparte con medicación u otras infusiones intravenosas. El 63% de los catéteres son dejados hasta completar la NP o son removidos cuando aparece una complicación, el 24% los cambia rutinariamente cada 5 a 7 días En el 76% de las UCIs la infección relacionada al catéter representa más del 5% de los catéteres, mientras que el resto entre el 5 y el 15%. NE 47% de la ICUs tienen protocolos escritos; el 51% tienen un promedio de 10 a 19 pacientes con NE al mes, el 26% entre 5 a 9 días, 20% más de 20 y 3% menos de 5 pacientes al mes. En el 5% la NE dura entre 5 y 10 días, el 43% más de 10 días y 1% menos de 5 días. Indicaciones: El 60% en pacientes neurológicos, 25% médicos, 6% quemados, 6% quirúrgicos, 3% traumatológicos. El 68% utiliza dietas líquidas y polvos reconstituidos; 17% exclusivamente líquidas, 9% polvos. El 71% utiliza contenedores. El 63% de las NE son administradas por infusión continua, el 60% con bombas de infusión. El 60% utiliza sondas gástricas más que nasoyeyunales (NY). El 11% no utiliza ningún tipo de ostoma. Las sondas enterales en el 52% son de siliconas y poliurethano. El 86% de las sondas NY son colocadas a ciegas como primera opción 11% con radioscopia. Conclusiones: La información obtenida con la encuesta muestra, que se contaba con los recursos necesarios para un adecuado SN, más allá de las dificultades económicas.

#### 0114 DIFERENCIA ENTRE SATURACIÓN DE OXÍGENO MEDIDA Y CALCULADA. REPORTE DE UN CASO.

VM CAMPOLO GIRARD, C NOZIEREZ, C ROMAN, ED SOLOAGA, MH PEREZ, MA VELTRI, FJ CERTCOFF  
Hospital Británico de Buenos Aires.

Introducción: la saturación de oxígeno de la hemoglobina (SaO<sub>2</sub>Hb) es uno de los determinantes más importantes del contenido arterial de oxígeno. La oximetría de pulso se fundamenta en la espectrofotometría clásica y permite calcular la concentración de una sustancia en solución a partir de su absorción óptica a una longitud de onda determinada. La medición invasiva de la SaO<sub>2</sub>Hb, mediante la extracción de sangre arterial, se realiza a través de un cálculo matemático a partir de la presión parcial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>), el pH y la temperatura (SaO<sub>2</sub>Hb calculada). La SaO<sub>2</sub>Hb en sangre arterial puede medirse directamente mediante cooximetría, a través de la utilización de múltiples longitudes de onda el cooxímetro mide los niveles de hemoglobina (Hb), oxihemoglobina (O<sub>2</sub>Hb), carboxihemoglobina (COHb), sulfahemoglobina (SHb) y meta-hemoglobina (MetHb). El cooxímetro expresa la saturación de la hemoglobina como fracción de saturación es decir la relación entre la O<sub>2</sub>Hb y el total de Hb (SaO<sub>2</sub>Hb medida). Caso clínico: paciente femenina de 60 años de edad, en contacto con pinturas, y exposición a fuente de monóxido de carbono, consultó por opresión precordial. El examen físico mostró leve cianosis sin otros hallazgos patológicos, se le realizó un ECG que no mostró isquemia miocárdica, la SaO<sub>2</sub>Hb por oximetría de pulso era del 88%. La paciente es derivada a Terapia Intensiva, se le realizan gases en sangre arterial respiran-

do aire ambiente: pH 7,41; PCO<sub>2</sub> 42; PaO<sub>2</sub> 80; Hb 12,5 g/l; SaO<sub>2</sub>Hb calculada 85%; SaO<sub>2</sub>Hb medida por cooximetría 96%; COHb 3,2%; MetHb 1,4%; SHb 0%; p50 36,9 mm Hg. Al evidenciarse una diferencia entre la SaO<sub>2</sub>Hb medida y la calculada, y ante la ausencia de COHb, MetHb o SHb se solicitó electroforesis de Hb, observándose una disminución de la Hb A y la presencia de una banda de alta concentración con movilidad de Hb A2 y otra de baja concentración con movilidad entre Hb A2 y Hb A. Se constató en familiares directos la presencia de baja saturación de oxígeno por oximetría de pulso. Discusión: Han sido reportadas más de 50 variantes de Hb con anormal afinidad por el oxígeno, clasificadas en de alta o baja afinidad. Las Hb de baja afinidad se acompañan de la presencia de cianosis, 16 variantes han sido descriptas. Inexplicada cianosis y una diferencia entre la SaO<sub>2</sub>Hb medida por cooximetría y la calculada debe hacer sospechar la presencia de una Hb anormal, como la COHb o la MetHb, o una mutación en estructura de la Hb que genera una baja afinidad por el oxígeno. La corrección de la cianosis con el aporte de oxígeno, una elevada p50 y la electroforesis de Hb permiten hacer el diagnóstico de la existencia de una Hb de baja afinidad. Conclusiones: la oximetría de pulso es actualmente un método muy difundido en los servicios de emergencia y en las unidades de cuidados intensivos, brinda una medición no invasiva y continua de la saturación de oxígeno, pero deben tenerse en cuenta sus limitaciones.

**0115 IMPACTO DE LA TRAQUEOSTOMÍA SOBRE LA MORTALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA.**

ED SOLOAGA, LV MALDONADO, J BRAGA MENENDEZ, SA QUADRELLI, WR ZAMBON, FJ CHERTCOFF, MA VELTRI  
Hospital Británico de Buenos Aires.

Introducción: La traqueostomía es un procedimiento comúnmente realizado en pacientes con diversas patologías que requieren Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) prolongada. Estos pacientes tienen una elevada mortalidad determinada por su patología de base y no por el procedimiento. Objetivo: Determinar el impacto del uso de la traqueostomía sobre la mortalidad en terapia intensiva, en pacientes con ARM prolongada. Material y métodos: se analizaron en forma retrospectiva las traqueostomías realizadas entre el 01/10/04 al 31/01/06 en nuestra unidad de terapia intensiva. Resultados: Se realizaron 60 traqueostomías sobre 306 pacientes sometidos a ARM (19.6%). Se analizaron 55 pacientes (edad 63.8 ± 15.1 años, 68.9% varones) en los cuales la misma se realizó por ARM prolongada. La causa de la ARM fue patología neurológica (n= 30, 54,54%), patología pulmonar aguda (n= 11, 20%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (n= 3, 5.45%) y falla respiratoria post-operatoria (n= 11, 20%). Un 20% de las traqueostomías fueron realizadas en forma precoz (antes o en el día 8), todas en pacientes con patología neurológica. No se registraron complicaciones tempranas asociadas a la traqueostomía. El APACHE II de los pacientes que debieron ser sometidos a traqueostomía fue mayor (20.24±6.70 vs 17.37±7.65, p= 0.01) y el tiempo total de ARM (25.62±13.1 vs 4.0±4.92 días, p = < 0.0001) y de estadía en UTI (36.55±19.1 vs 8.72±9.22 días, p = <0.0001) fue significativamente más prolongado. No se registraron episodios de estenosis traqueal clínicamente evidente en los primeros 6 meses de seguimiento. Pese a la mayor severidad la mortalidad en UTI no fue diferente en pacientes en ARM con y sin traqueostomía (41.8% vs 38.2%, p = 0.1057). Conclusiones: En nuestra serie la traqueostomía fue un procedimiento seguro, con baja prevalencia de complicaciones y que no afectó las tasas de mortalidad en pacientes en ARM.

**0116 TRAQUEOSTOMÍA PRECOZ VERSUS TRAQUEOSTOMÍA TARDÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA AGUDA.**

LV MALDONADO, ED SOLOAGA, WR ZAMBON, SA QUADRELLI, G LYONS, MH PEREZ, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF  
Hospital Británico de Buenos Aires.

Introducción: La prolongada intubación laringea presenta desventajas con respecto a la traqueostomía en pacientes que se encuentran en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) prolongada. El momento de realizar la traqueostomía permanece contro-

versial. Existe evidencia que la realización de la traqueostomía en forma precoz se acompaña de una reducción del tiempo de ARM, y de internación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los eventos neurológicos agudos son causa frecuente de necesidad de ARM prolongada. Objetivos: determinar si en pacientes con patología neurológica aguda, sometidos a ARM prolongada existen beneficios de la realización precoz de la traqueostomía. Material y métodos: Se analizaron en forma retrospectiva 82 pacientes (edad 60,76±17,9 años, 57,31% varones) que fueron sometidos a ARM secundaria a patología de origen neurológico (ACV hemorrágico= 22; 26,82%; ACV isquémico= 12; 14,63%; TEC=11, 13,41%; metabólicas= 11, 13,41%; hematoma subdural= 5, 6,09%; status epileptico= 5, 6,09%; otras causas= 11, 13,41%). En 30 pacientes (36.58%) se realizó traqueostomía, en 52 (63,41%) no se realizó traqueostomía. La edad (64.9±14,31 vs 58,36±19,4 años), el sexo (varones 53.33% vs 59,61%) o el APACHE II de ingreso (18.93±5.76 vs 16.6±7.58, p= 0.164) no fueron diferentes. El tiempo total de ARM (22.4±11.87 vs 5.02±4.77 días, p= 0.0001) y de estadía en UTI (32.1±10.35 vs 10.3±9.90 días, p= 0.0001) fue más prolongado en los pacientes con traqueostomía pero la mortalidad en UTI no fue diferente (33.3 vs 42.3, p= 1, NS). De las 30 traqueostomías 11 (36.66%) fueron realizadas en forma precoz (antes o en el día 8), en 19 (63,33%) en forma tardía. La edad 59,82±13.43 vs 67,89±14.31 años, p= 0.160), el sexo (varones 54.5 vs 52.6%) o el APACHE II de ingreso (17,81±4.96 vs 19,57±6.21, p= 0.429) no fueron diferentes en los grupos de pacientes. El tiempo total de ARM (16.1±12.00 vs 25±11.00 días, p= 0.0479) y de estadía en UTI 26.2±14.34 vs 35.3±9.92 días, p= 0.0487) fue más corto en los pacientes con traqueostomía precoz pero la mortalidad en UTI no fue diferente (36.3 vs 31.5, p= 1, NS). La incidencia de neumonía asociada al respirador (NAR) (0 vs 10.5%, p= 0.5, NS) no fue diferente en los pacientes con traqueostomía precoz y tardía. Conclusión: El uso de traqueostomía temprana está asociado a un tiempo más breve de ARM y de internación en UTI, aunque no a una disminución en la mortalidad. La incidencia de NAR fue menor en el grupo traqueostomía precoz pero esto no fue estadísticamente significativo.

**0117 VALOR DE LA TROPONINA T EN SEPSIS.**

EM BRUNEL, LV MALDONADO, ED SOLOAGA, MH PEREZ, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF, JE UBALDINI  
Hospital Británico de Buenos Aires.

Introducción: La Troponina T y Troponina I son los marcadores más específicos de lesión o injuria miocárdica y su elevación se asocia a un incremento de la mortalidad, pero no indican cual es el mecanismo de injuria. Estos marcadores cardíacos se encuentran elevados no solamente en la isquemia miocárdica sino también en otras entidades que cursan con lesión miocárdica, sin la presencia de enfermedad coronaria, como la sepsis. Objetivo: determinar la incidencia de elevación de la Troponina T en pacientes sépticos y su asociación con la mortalidad. Material y método: fueron incluidos, en forma prospectiva y consecutiva, todos los pacientes admitidos en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por presentar sepsis, sepsis severa o shock séptico, desde el 01/01/06 al 30/06/06; fueron excluidos los pacientes que tenían antecedentes o presentaban enfermedad coronaria u otra patología cardíaca al ingreso. Se les realizó un dosaje de Troponina T entre las 8 y las 24 horas de la admisión a UCI, se consideró positivo un valor mayor a 0,01 ng/ml. Se efectuaron las comparaciones con test t de Student, y X2 test (chi square). Resultados: fueron incluidos 20 pacientes, 15 hombres, edad 62.9±18.4 años, APACHE II 19.8±6.5. En 13 pacientes (65%) la Troponina T fue positiva (0,23±0,58 ng/ml). Los pacientes que presentaban Troponina T positiva tuvieron un score APACHE II más elevado (22,53±5.6 vs 14.7±5.28, p= 0.0073), mayor prevalencia de shock séptico (53 vs 0%, p= 0.0180) y mayor requerimiento de ARM (53 vs 0%, p= 0.0180). En esta serie de pacientes la mortalidad en UTI no fue diferente en el grupo con Troponina positiva (30,76% vs 14,2%, p= 0.6126, NS). Conclusiones: La presencia de Troponina T positiva es elevada en la sepsis, y es un predictor temprano de severidad. En esta serie la Troponina T, pese a la tendencia, no fue capaz de predecir mayor mortalidad. Estudios con mayor número de pacientes se requerirán para evaluar esta tendencia.

### 0118 CUADRIPLEJIA AGUDA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER.

AM PALAZZO, D WALL, HW MENDOZA, LV MALDONADO, ED SOLOAGA, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF  
Hospital Británico de Buenos Aires.

**Introducción:** La enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) produce compromiso neurológico en el 10 al 15 % de los casos. Las más frecuentes son las malformaciones arterio-venosas cerebrales. En presencia de malformaciones arteriovenosas pulmonares los accidentes cerebro vasculares embólicos y los abscesos cerebrales suelen describirse. **Objetivo:** Reportar un caso de absceso intramedular en una paciente con enfermedad de Rendu-Osler-Weber. **Caso Clínico:** Paciente femenina, 56 años de edad, con antecedentes familiares de THH (madre-hermana). Comenzó con cuadro dolor cervicodorsal de diez días de evolución, a lo cual se agregó parestias y paresia en miembro superior izquierdo. Evolucionó con inestabilidad de la marcha. Al ingreso el examen físico constató debilidad muscular proximal en miembro superior izquierdo, dismetría, parestias e hiperalgesia homolateral y acrocianosis bilateral. Se realizó TAC de cerebro sin contraste dentro de límites normales. La paciente evolucionó con paro cardiorespiratorio con requerimiento de intubación y reanimación cardiopulmonar. Ingresó a Terapia Intensiva lúcida, cuadruplejía, se observó lesión cutánea temporal derecha. Se conectó a asistencia respiratoria mecánica, PA/FI de 178, radiografía de tórax dentro de parámetros normales. Se realizó RMN de columna cervical donde se observó imagen quística con leve refuerzo periférico y edema supra e infralesional, a nivel de C3-C4 con extensión bulbar. Se interpretó como proceso expansivo intramedular, e inició corticoides en altas dosis. Bajo sedación y por persistir con PAFI < de 150, radiografía de tórax con imagen parahiliar derecha y leucocitosis, se interpretó el cuadro como neumonía asociada a ARM iniciando tratamiento antibiótico con ampicilina-sulbactam y ciprofloxacina. Por continuar con hipoxemia refractaria se realizó TAC Helicooidal de tórax en la se observó aumento del calibre de los vasos pulmonares, con imagen compatible con malformación arteriovenosa en lóbulo inferior derecho e inferior izquierdo y consolidación heterogénea del espacio aéreo con broncograma en ambas bases. Sin sedación persiste con cuadruplejía y se decide conducta quirúrgica. Se realizó laminectomía C2-C6, evidenciándose un absceso intramedular. Anatomía patológica necrosis y supuración no específica. Bacteriología directa y cultivo negativos. **Discusión:** En todo paciente con THH e hipoxemia refractaria debe pensarse siempre en la presencia de malformaciones arteriovenosas pulmonares. Ante la presencia de síntomas neurológicos debe sospecharse una complicación de la enfermedad de base, y en la posibilidad de que esta complicación sea un absceso. El compromiso medular hallado en esta paciente no ha sido descrito comúnmente en la literatura.

### 0119 CONTROL DE GLUCEMIA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: ENCUESTA MULTICÉNTRICA.

D CAPRA<sup>1</sup>, A NIEVA<sup>2</sup>, G EIBERMAN<sup>1</sup>, L ALBANO<sup>1</sup>, F OLAZARRI<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital Nacional Alejandro Posadas - Terapia Intensiva Pediátrica; <sup>2</sup>Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez - Terapia Intensiva.

**Introducción:** En los últimos años han surgido evidencias que relacionan en el paciente críticamente enfermo hiperglucemia con mayor morbi-mortalidad. En la población pediátrica no hay datos concluyentes que permitan tomar decisiones en cuanto a cual es el valor crítico que requeriría una intervención terapéutica. **Objetivos:** Conocer opiniones y actitudes, entre el personal médico y no médico que trabajan en las UTIP, relacionados con el control de la glucemia a los fines de desarrollar futuras propuestas de investigación. **Métodos:** Se distribuyó entre profesionales pertenecientes a distintas UTIP un formulario personal y anónimo con preguntas relacionadas al control de la glucemia. Participaron las UTIP de los Hospitales A. Posadas, Italiano, Gutierrez, Garrahan (BsAs), Sor Ludovica (La Plata), De Niños (Córdoba), Austral y Policlínico Bancario. **Período de estudio:** noviembre 2005-abril 2006. Las preguntas consistían en: 1) Nivel de glucemia en el cual empieza a preocupar

la existencia de hiperglucemia; 2) Nivel de glucemia en el cual empieza a preocupar la existencia de hipoglucemia; 3) Patología en la que preocupa más la hiperglucemia; 4) Método más utilizado para monitorizar la glucemia; 5) Frecuencia con que se debe monitorizar rutinariamente la glucemia; 6) Acciones para lograr un óptimo control de la glucemia y 7) Función en la Unidad. Se analizaron los resultados por porcentajes. **Resultados:** Fueron devueltas 85 encuestas. El 43% de los encuestados consignó como valor preocupante de hipoglucemia 60mg/%; el 26% 50mg/%; el 22% 40mg/%. El 51% de los encuestados consignó valores de hiperglucemia entre 150-180mg/% como preocupantes; el 33% de 200mg/% o mayor; y el 16% entre 120-150mg/%. Al 42% le preocupa el traumatismo craneo-encefálico (TEC) y al 23% la sepsis cuando se asocian con hiperglucemia. El 35% de los encuestados utilizan punción capilar y "glucometer"; el 29% dosaje glucemia venosa y el 28% dosaje glucemia arterial como método para monitoreo. El 46% monitoriza de rutina 3 veces/día; el 34% 2 veces y el 20% 1 vez. El 33% de los encuestados considera que dedicar mayor atención al monitoreo y control adecuado de la glucemia en UTIP serían las acciones a tomar para lograr un "óptimo control de la glucemia"; el 23% considera que se debe tener mayor disponibilidad y/o frecuencia de "glucometer" para controlar la glucemia; el 19% considera que se deben definir protocolos de insulinización; el 10% dice que los resultados de glucemia deben informarse más rápidamente por el laboratorio. El 29% de los participantes fueron médicos de planta; el 29% médicos de guardia; el 35% médicos residentes y 7% enfermeros. **Conclusiones:** La necesidad de dedicar mayor atención al monitoreo de la glucemia, con métodos de control como el "glucometer", podría optimizar el mismo. No surge de la encuesta un valor de glucemia para iniciar una corrección aunque a la mitad de los encuestados les preocupa valores a partir de 150mg/%. El TEC con hiperglucemia surgió como la patología asociada que más preocupa.

### 0120 COLOCACIÓN DE SONDAS TRANSPILÓRICAS PARA ALIMENTACIÓN MEDIANTE TÉCNICA DE INSUFLACIÓN DE AIRE.

P EULMESEKIAN, A PÉREZ, PG MINCES, M SÁNCHEZ  
Hospital Italiano de Buenos Aires.

**Antecedentes/Objetivos:** La alimentación de pacientes críticos en forma transpilórica tiene muchos beneficios potenciales. Existen numerosos métodos descriptos para la colocación de sondas transpilóricas (STP), la mayoría de ellos dificultosos por requerir traslado del paciente y/o técnicas muy especializadas. El método de insuflación de aire tiene algunas ventajas: fácil de implementar, efectivo, rápido y no requiere traslado del paciente. El objetivo del estudio es presentar nuestra experiencia en colocación de STP mediante la técnica de insuflación de aire (TIA) y evaluar su eficacia. **Métodos:** El estudio se realizó en los pacientes internados en la UCIP mayores de 10 Kg. de peso en quienes fracasó la alimentación nasogástrica. Se registraron en forma prospectiva todos los procedimientos de colocación de STP mediante TIA desde Enero del 2004 hasta Junio del 2006. La TIA sigue un estricto protocolo: posición del paciente en decúbito lateral derecho, administración de una dosis EV de Metoclopramida, colocación de la sonda en el estómago y avance de la misma mientras se insufla aire con el objetivo de abrir el píloro. **Resultados:** Se realizaron 31 procedimientos en 27 pacientes; sexo masculino 52%; edad promedio 6,6 años ( $\pm$  4,44) y peso promedio 22,6 Kg. ( $\pm$  14,1). De los 27 pacientes 58% eran neurológicos, 15% sépticos, 15% CCV, 6% oncológicos, 3% quemado y 3% respiratorio. De los 31 procedimientos, 84% se realizaron en pacientes en ARM; 19% de las veces se administraron bolos de sedación/analgesia y en ninguna ocasión se utilizaron relajantes musculares. No se registraron complicaciones en los procedimientos; 90% de los mismos se realizaron en decúbito lateral derecho y 97% de las veces se administró Metoclopramida EV inmediatamente antes. La duración del procedimiento tuvo en promedio 13 minutos ( $\pm$  5,4). 90% de los procedimientos fueron exitosos; el extremo distal de la STP se ubicó en duodeno el 82% de las veces y en yeyuno el 18% restante. **Conclusiones:** La TIA para colocación de STP para alimentación de pacientes críticos pediátricos es efectiva y puede ser realizada en pocos minutos al lado de la cama del paciente.

**0121 AUMENTO EN LA CAPACIDAD VITAL FORZADA Y EL VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO LUEGO DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.**

M MANAGO<sup>1</sup>, G CONVERSO<sup>2</sup>, A FORCHER<sup>2</sup>, D VADELL<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fundación del Gran Rosario-UNSAM; Inst. Cardiovascular de Rosario; <sup>2</sup>Fundación del Gran Rosario - UNSAM.

Antecedentes: En el curso del posquirúrgico inmediato de tórax se observa una disminución de volúmenes y flujos pulmonares que favorecen el desarrollo de complicaciones respiratorias. La fisioterapia respiratoria podría contrarrestar estos cambios, pero no se hallaron evidencias de este efecto en el posquirúrgico inmediato. Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar las variaciones en la capacidad vital forzada (CVF) y el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) entre el prequirúrgico y el posquirúrgico inmediato de cirugía cardiovascular luego de fisioterapia respiratoria. Material y Métodos: Se estudiaron 20 pacientes (14 hombres; 70%), con edad media de 61,1 (DE=8,2) sometidos a cirugías programadas de revascularización miocárdica (14/20), recambio valvular (4/20) o combinada (2/20). No se incluyeron pacientes con EPOC severa (CVF<50%; VEF1 <50% del teórico), asma, fibrosis pulmonar o con cirugía de tórax previa. Se midieron la CVF y el VEF1 (FLOWMAX 2 COEX) en el prequirúrgico (Preq), y en el día 1 posquirúrgico en posición de acostado a 30° (A), sentado al borde (S) y luego de una sesión de fisioterapia respiratoria (FR). La misma consistió en ejercicios respiratorios (sniff e inspiración forzada) combinados con maniobras de estimulación de la inspiración y de espiración asistida, tos asistida y haffing, realizados en posición de sentado al borde. Los pacientes no recibieron sedación ni broncodilatadores entre las mediciones realizadas en el posquirúrgico. Los datos se analizaron mediante la Prueba de Rangos Señalados de Wilcoxon. Se consideró significativo un valor p<.05. Resultados: Los resultados obtenidos se registran en la siguiente tabla:

		Mediana	Mín-Máx
CVF (L)	Preq	3,68	2,28 - 5,25
	A	1,0	,46 - 1,90
	S	1,26	,87 - 2,32
	FR	1,97	,89 - 3,42
VEF1 (L/s)	Preq	3,05	1,85 - 3,91
	A	,89	,46 - 1,58
	S	1,16	,71 - 2,17
	FR	1,42	,69 - 2,29

Todas las comparaciones (Preq vs A; Preq vs S; Preq vs FR; A vs S; A vs FR; S vs FR) de ambas variables arrojaron un p<.001. Conclusiones: La CVF y el VEF1 disminuyeron por debajo del 30% en el primer día posquirúrgico con el paciente acostado a 30° y no se logró una reversión completa con la fisioterapia respiratoria. La sedestación aumentó significativamente los valores de CVF y VEF1 en relación con la posición de acostado. La combinación de sedestación y fisioterapia respiratoria mostró una recuperación significativa en la CVF y el VEF1 comparado con las posiciones de acostado y sentado al borde.

**0122 MONITOREO HEMODINÁMICO AVANZADO EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO.**

Δ PÉREZ<sup>1</sup>, P EULMESEKIAN<sup>1</sup>, P MINCES<sup>1</sup>, E SCHNITZLER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires; <sup>2</sup>Hospital Universitario Austral.

Objetivos: Determinar, a través del monitoreo hemodinámico avanzado (MHA) con catéter de Swan Ganz (CSG) los perfiles hemodinámicos (PH) y sus posibles variaciones durante las primeras 24hs de monitoreo en pacientes con shock séptico refractario a fluidos y dopamina. Material y Métodos: Fueron analizados 14 pacientes pediátricos ingresados a nuestra unidad entre Enero 2000 y Abril 2006. Se registraron datos demográficos, tratamiento recibido previo al MHA, PIM2, complicaciones asociadas a la colocación del CSG y tiempo del MHA. Las variables hemodinámicas fueron determinadas inmediatamente luego de la colocación del CSG, a las 6, 12 y 24hs. Cuatro PH fueron previamente definidos, teniendo en cuenta

los valores de Índice Cardíaco (IC) e Índice de Resistencias Vasculares Sistémicas (IRVS): I.IC <3.3 L/min/m<sup>2</sup> e IRVS normales o >1600 dyne.seg/cm-5/m<sup>2</sup>. II.IC normal o >6 L/min/m<sup>2</sup> e IRVS <800 dyne.seg/cm-5/m<sup>2</sup>. III.IC <3.3 L/min/m<sup>2</sup> e IRVS <800 dyne.seg/cm-5/m<sup>2</sup>. IV.IC normal o >6 L/min/m<sup>2</sup> e IRVS normales. Resultados: La mediana de edad fue de 6.5 años (IC95% 1.7-13.7 años) y 57% fueron de sexo masculino. Una enfermedad de base asociada estuvo presente en el 64%. El origen del shock se determinó en el 86%, siendo los hemocultivos positivos en el 43%. La mortalidad observada fue 29% y la media estimada por PIM2 17.3±21.1%. El tiempo promedio de monitoreo fue de 2.8±1.2 días. No se registraron complicaciones durante o posterior a la colocación del CSG. Todos los pacientes al momento de inserción del CSG habían sido resucitados con fluidos: 86.1±44.3 ml/kg y 79% estaba recibiendo 2 drogas inotrópicas y/o vasoactivas. Los PH encontrados inicialmente correspondieron al: grupo I 1/14 (7%); grupo II 7/14 (50%) y grupo IV 6/14 (43%). Cambiaron sus PH iniciales 9/14 (64%) durante el tiempo de estudio. Conclusiones: en esta serie, los PH iniciales más frecuentemente encontrados se fueron 1) -IC normal o aumentado e IRVS bajo y 2) -IC normal o aumentado e IRVS normal. Sin embargo el PH inicial cambió en casi 2/3 de los pacientes durante las primeras 24hs de MHA.

**0123 ALTERACIONES EN EL PICO FLUJO TOSIDO EN EL POSQUIRÚRGICO CARDIOVASCULAR INMEDIATO: VARIACIONES ENTRE EL PREQUIRÚRGICO Y EL POSQUIRÚRGICO INMEDIATO CON EL POSICIONAMIENTO Y FISIOTERAPIA RESPIRATORIA.**

G CONVERSO<sup>1</sup>, M MANAGO<sup>2</sup>, D VADELL<sup>1</sup>, A FORCHER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fundación del Gran Rosario-UNSAM; <sup>2</sup>Fundación del Gran Rosario - UNSAM; Instituto Cardiovascular de Rosario.

Antecedentes: Luego de cirugía cardiovascular se observan alteraciones en la mecánica ventilatoria como consecuencia de la esternotomía, entre otros factores. Como consecuencia de esto se altera la mecánica de la tos, lo cual contribuye a la aparición de complicaciones respiratorias. Conocer la relación existente entre el mecanismo de la tos y los volúmenes, flujos y presiones inspiratoria y espiratoria máximas permitiría adecuar medidas terapéuticas para revertir dichas alteraciones. Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar los cambios en la correlación del pico flujo tosido (PFT) con la capacidad vital forzada (CVF), el volumen espiratorio Forzado en el primer segundo (VEF1) y las presiones inspiratoria y espiratoria máximas (PiMAX y PeMAX) entre el prequirúrgico y el posquirúrgico inmediato según el posicionamiento del paciente y luego de fisioterapia respiratoria, en pacientes sometidos a cirugía cardiovascular. Material y Métodos: Se estudiaron 20 pacientes (14 hombres; 70%), con edad media de 61,1 (DE=8,2) sometidos a cirugías programadas de revascularización miocárdica (14/20), recambio valvular (4/20) o combinada (2/20). No se incluyeron pacientes con EPOC severa (CVF<50%; VEF1 <50% del teórico), asma, fibrosis pulmonar o con cirugía de tórax previa. Se midieron: PFT (Multispiro-The Peak 2317 W Huntington), PiMAX y PeMAX (DHD Healthcare NIF-TEE KIT), CVF y VEF1 (FLOWMAX 2 COEX) en el prequirúrgico, y en el día 1 posquirúrgico en posición de acostado (30°), sentado al borde y luego de una sesión de fisioterapia respiratoria. La misma consistió en ejercicios respiratorios (sniff e inspiración forzada) combinados con maniobras de estimulación de la inspiración y de espiración asistida, tos asistida y haffing, realizados en posición de sentado al borde. Los pacientes no recibieron sedación ni broncodilatadores entre las mediciones realizadas en el posquirúrgico. Los datos se analizaron mediante la Prueba Correlación de Pearson. Se consideró significativo un valor p<.05. Resultados: Las correlaciones del PFT observadas en el prequirúrgico fueron: con la CVF r=.416, R<sup>2</sup>= 17.3%, p=.034; con el VEF1 r=.55, R<sup>2</sup>= 30.3%, p=.006; y con el PeMAX r=.365, p=.057. En el día 1 posquirúrgico, en la posición de acostado a 30° no se observó correlación significativa con ninguna de las variables estudiadas. En la posición de sentado al borde, el PFT se asoció con el VEF1/CVF r=.447, R<sup>2</sup>= 20%, p=.024, y luego de la fisioterapia respiratoria, con el VEF1 r=.352, p=.064 (r: Coeficiente de Correlación de Pearson; R<sup>2</sup>: Coeficiente de Determinación). Conclusiones: En el prequirúrgico, el PFT se asoció con la CVF y el VEF1 de forma significativa, y se observó una tendencia a la asociación significativa con la PeMAX. Las correlaciones observadas en el

prequirúrgico no se mantuvieron en el primer día del posquirúrgico. Luego de la fisioterapia respiratoria se observó una tendencia de recuperación de la asociación del PFT con el VEF1.

#### 0124 INSUFICIENCIA SUPRARRENAL RELATIVA EN PACIENTES CON DIFERENTES CAUSAS DE SHOCK.

MA CORTAZAR, D OLMOS KUTSCHERAUER, M ENGEL, A DUBIN

Sanatorio Otamendi y Miroli, Biuenos Aires, Argentina.

Objetivos: los pacientes críticamente enfermos pueden desarrollar insuficiencia suprarrenal relativa (ISR). Esta entidad ha sido bien descrita en pacientes con shock séptico. Sin embargo, su incidencia en otras etiologías del shock no está adecuadamente documentada. Nuestra hipótesis fue que la ISR está frecuentemente presente en todo tipo de shock, independientemente de la presencia de sepsis. Métodos: se estudiaron pacientes críticos que requirieron vasoconstrictores para mantener una presión arterial media > 60 mm Hg. La ISR fue diagnosticada como un aumento  $\leq 9 \mu\text{g}$  en el cortisol plasmático luego de la administración de 250  $\mu\text{g}$  de ACTH. Todos los pacientes con ISR fueron tratados con hidrocortisona y fludrocortisona. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo a la presencia de sepsis. Se compararon los puntajes APACHE II y SOFA, y la mortalidad. Los datos, expresados como media  $\pm$  DS, fueron analizados con test t para muestras no apareadas y test chi cuadrado. Resultados: Se incluyeron 43 pacientes con shock. 23 (53%) presentaron shock séptico, y 20 (47%) otras causas de shock, que consistieron en shock hemorrágico (7 pacientes), shock perioperatorio (5), hemorragia intracraneana (5), insuficiencia hepática (2) y paro cardíaco (1). El 67% de los pacientes evidenció ISR: 13 presentaron shock séptico (45%) y 16 shock de otras causas (55%). El cortisol basal fue semejante ( $29 \pm 18$  vs.  $26 \pm 13$ ,  $p = 0.45$ ), pero, luego de la prueba de ACTH, el nivel fue menor en los pacientes con ISR ( $45 \pm 14$  vs.  $30 \pm 12$ ,  $p < 0.001$ ). Estos enfermos presentaron mayor puntaje SOFA ( $6 \pm 2$  vs.  $4 \pm 1$ ,  $p < 0.005$ ) pero la mortalidad (34 vs. 43 %,  $p = 0.59$ ) y el APACHE II ( $20 \pm 5$  vs.  $18 \pm 6$ ,  $p = 0.38$ ) fueron semejantes. La ISR estuvo presente en 13 de 23 pacientes con shock séptico (57%) y en 16 de 20 pacientes con otras causas de shock (80%) ( $p = 0.10$ ). Conclusiones: la ISR tiene una alta incidencia en todos los tipos de shock. Sin embargo, los datos de esta pequeña cohorte sugieren que, cuando es precozmente diagnosticada y tratada, no incrementa la mortalidad.

#### 0125 NIVELES PLASMÁTICOS DE FACTORES ANGIOGÉNICOS Y ANTIANGIOGÉNICOS EN MUJERES EMBARAZADAS. RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA.

B MASKIN, G BEROIZ, L SOLARI, D GAMELLA, J MANZANO, C KOTTAR

Hospital Posadas, Haedo, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: La etiopatogenia de la preeclampsia no se ha definido totalmente. Se acepta que su origen es placentario asociado a trastornos de la remodelación de la vasculatura de la placenta. Estudios recientes han mostrado el compromiso de factores de crecimiento vascular de origen placentario (factores angiogénicos) y sus receptores en la patogénesis de la disfunción endotelial. El factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y el factor de crecimiento placentario (PIGF) están involucrados en el desarrollo de vasculatura placentaria y en el control de función endotelial materna. Se unen a un receptor 1 (VEGF-R1) o fms-like tyrosine kinase (Flt1), cuya variante soluble circulante (sFlt1) tiene potentes efectos antiangiogénicos al bloquear la acción de VEGF y PIGF. Una disminución de VEGF y PIGF o un exceso de sFlt-1 podría contribuir a la disfunción endotelial característica de esta patología. Además, la preeclampsia, podría ser el extremo de un rango de respuesta inflamatoria sistémica inducida por el embarazo en sí. Se diseñó este estudio para evaluar la relación entre los niveles plasmáticos de los factores angiogénicos (VEGF, PIGF), de su inhibidor (sFlt-1) y del marcador de inflamación sistémica interleukina-6 (IL-6) con el desarrollo de la preeclampsia. Material y método. Estudio prospectivo caso-control. Se enrolaron 10 pacientes con diagnóstico de preeclampsia, 10 embarazadas normales pareadas por edad gestacional y 10 mujeres no embarazadas. Se excluyeron casos con preeclampsia sobreimpuesta o

eclampsia. Las muestras de sangre fueron obtenidas preparto. VEGF, PIGF, sFlt1 e IL-6 se determinaron por ELISA y se expresaron como mediana e intercuartilo 25-75. El test de Wilcoxon fue utilizado para evaluar la diferencia entre las medianas de la concentración plasmática de cada factor entre casos y controles (Wilcoxon signed-rank test). Los niveles de IL-6 se analizaron como valores independientes (Kruskal-Wallis test). El estudio histopatológico de las placentas se efectuó por hematoxilina-eosina. Resultados. No hubo diferencias en la edad gestacional entre los pares:  $p = 0.29$ . Concentraciones plasmáticas (Pacientes vs. embarazo normal pareado). VEGF dif: 8.2 (-10.7; 125.2),  $p = 0.65$ . PIGF dif: -177.2 (-276.5; -149.3) significativamente menor en la preeclampsia,  $p = 0.002$ . sFlt1 dif: 331.8 (24.7; 918.5) mayor en preeclampsia, pero en el límite de la significación,  $p = 0.045$ . IL-6: mayor en preeclampsia y embarazadas normotensas respecto a controles sanos, pero en límite de la significación,  $p = 0.048$ . Las placentas de las pacientes con 30 semanas o menos de embarazo presentaban infartos de  $\leq 50$  % de la placenta y bajo peso. Conclusión: Si bien los datos son preliminares, en las pacientes preeclámpticas se encontró una disminución significativa de los niveles de PIGF y una fuerte tendencia al incremento de los niveles del inhibidor sFlt1. Esto sugiere un compromiso de la relación entre factores angiogénicos y antiangiogénicos en la génesis de este proceso.

#### 0126 HLA-DR EN SUPERFICIE E INTRACITOPLASMÁTICO EN MONOCITOS SANGUÍNEOS CIRCULANTES DE PACIENTES CON SEPSIS SEVERA.

B MASKIN, L SOLARI, D GAMELLA, N CACACE

Hospital Posadas, Haedo, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En los monocitos de muchos pacientes sépticos se aprecia una disminución de la expresión del antígeno leucocitario-DR (HLA-DR). Esto altera el mecanismo de presentación de antígenos a los linfocitos T e induce fenómenos de inmunodepresión, que algunos autores denominan "inmunoparálisis". Se cree que este fenómeno juega un rol en el incremento de la susceptibilidad a infecciones secundarias que presentan estos pacientes. Los mecanismos que llevan a la disminución de la expresión de moléculas HLA-DR en los monocitos durante la sepsis no se conocen totalmente. Se han planteado dos teorías: el secuestro intracelular con transcripción normal o trastornos de la regulación a nivel transcripcional (disminución de la síntesis). Para intentar dilucidar el mecanismo involucrado se comparó, en monocitos sanguíneos circulantes, la expresión en superficie del antígeno HLA-DR y la concentración intracitoplasmática de HLA-DR. Material y Método: Los monocitos fueron estudiados de muestras de sangre entera de pacientes con sepsis severa y de controles normales. La expresión en superficie fue determinada por citometría de flujo (FACSCAN, BD, USA) utilizando un método cuantitativo (Quantibrite, BD, USA). Los resultados se expresan como moléculas/célula. La concentración intracitoplasmática de HLA-DR se determinó por citometría de flujo por medio de anticuerpos monoclonales fluorescentes. Un modelo matemático fue utilizado para transformar las medidas de intensidad del HLA DR intracitoplasmático en un valor cuantitativo (moléculas/célula). Se efectuó la comparación de los cocientes entre la concentración de HLA-DR intracitoplasmático y de superficie (I/S) en los monocitos de los controles y de los pacientes sépticos. Resultados: Veinte pacientes fueron enrolados en el estudio. Edad promedio:  $54.5 \pm 19.1$  años. Score APACHE II (al ingreso): 23 (18-28), score SOFA score (al ingreso): 9 (8-11). Se encontró una significativa reducción de la expresión de HLA-DR en superficie (membrana) en los pacientes sépticos al ingreso en relación con los controles: 3842 (1994.2-4205.2) vs. 25368 (19962.7-28329.5) moléculas/monocito,  $p < 0.0001$ . La expresión en superficie de HLA-DR en los monocitos de los controles: 25208.0 (19986.0-26698.0) fue significativamente mayor que la concentración intracitoplasmática: 11899.0 (5116.0-13197.0),  $p = 0.0078$ . Al contrario, la expresión de HLA-DR en la membrana de los monocitos de los pacientes sépticos: 1832.0 (639.0-2772.0) fue significativamente mas baja que la concentración intracitoplasmática: 3330.0 (1351.0-3709.0),  $p = 0.0327$ . El cociente I/S fue significativamente más alto en los pacientes que en los controles,  $p = 0.0012$ . Conclusión: La concentraciones en superficie e intracitoplasmática de HLA-DR disminuye en los pacientes sépticos, pero la disminución de la concentración en superficie fue más importante. Estos datos sugie-

ren que existen dos mecanismos involucrados en la disminución de la expresión de HLA-DR: disminución de la transcripción y de la expresión en membrana, con predominio de este mecanismo.

**0128 UNA COMPARACIÓN DE DOS MODOS VENTILATORIOS, SU EFECTO SOBRE LA MORTALIDAD Y EL TIEMPO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FALLO RESPIRATORIO AGUDO HIPOXÉMICO.**

R POTERALA<sup>1</sup>, JA FARIAS<sup>1</sup>, E MONTEVERDE<sup>1</sup>, H AMARO<sup>2</sup>, C MEREGALLI<sup>1</sup>, MJ STEINER<sup>3</sup>, G RODRIGUEZ<sup>1</sup>, F SALOUM<sup>1</sup>, V ALTUNA<sup>1</sup>, L ARRIOLA<sup>2</sup>, A RETTA<sup>1</sup>, W LORENZ<sup>3</sup>, F OLAZARRI<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital de Niños R Gutiérrez (CABA) Argentina; <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Clínica Bazterrica. (CABA). Argentina; <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital L Meléndez, (Adrogué. Bs. As), Argentina.

Objetivo: Comparar dos estrategias de ventilación en pacientes pediátricos con fallo respiratorio agudo hipoxémico (FRAH), su efecto sobre la mortalidad, la duración de la asistencia ventilatoria mecánica (AVM) y la estadía en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Pacientes: Los criterios de inclusión fueron a) edad entre 1 mes y 15 años b) relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 300 al menos durante seis horas previas a la admisión a la UCIP c) PEEP ≥ de 5 cm H<sub>2</sub>O c) comienzo agudo de la causa que precipitó la AVM 4) necesidad de AVM al menos por 12 horas. Fueron excluidos aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria crónica agudizada, coma, TEC, neuromusculares, patologías preexistentes: HIV, inmunodeficientes (leucemia y tumores malignos), paro cardiorrespiratorio previo al ingreso al hospital, quemados, hemorragia cerebral, etc. Protocolo: Entre el 1/1/2003 y 30/12/2004 todos los pacientes potencialmente elegibles para el estudio y una vez que cumplieron los criterios de inclusión fueron aleatoriamente asignados mediante una tabla por bloques a recibir: A/C con límite de presión (PLV), A/C con límite de volumen (VLV). Los pacientes fueron ventilados en el modo asignado según las siguientes premisas. 1) No sobrepasar la presión plateau por encima de 30 cm. de H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) Combinación de PEEP y FiO<sub>2</sub> para mantener una saturación de oxígeno > 85%. La desconexión de la AVM fue realizada de acuerdo a criterios preestablecidos. Análisis estadístico: Se ha reportado que la mortalidad en el FRAH en pacientes pediátricos es del 43% para obtener una reducción del riesgo absoluto del 2% con una probabilidad de error de 0.05 a dos extremos y con una potencia del 80 % se necesitarían 96 pacientes en cada grupo. Los datos son presentados como media ± DS, porcentajes o mediana con percentil 25-75%. La comparaciones fueron realizadas con chi 2, test de Fisher, "t" de Student o Kruskal-Wallis según correspondiera. Resultados: Durante el período de estudio 356 fueron los pacientes potencialmente elegibles, sin embargo los que cumplieron con todos los criterios de inclusión fueron 230, de estos 115 fueron aleatorizados a PLV y 115 a VLV. La tasa de mortalidad en el grupo de VLV fue de 27% (IC 95% 15-30) y en el grupo de PLV 22% (IC 95 % 15-30%). En ambos grupos VLV vs PLV tampoco hubo diferencias en la duración de la AVM 9.07 ± 8.1 vs 9.5 ± 7.86 (p=0.59); en la estadía en UCIP (14 días ± 12.7 vs 12.7 ± 10.7, p=0.54) respectivamente. Tampoco se encontraron diferencias en la incidencia de (ARDS, neumonía, fallo renal, shock, fallo hepático, coagulopatía o barotrauma). Conclusión: En el primer estudio realizado en pacientes pediátricos con FRHA, con dos modos convencionales de AVM, hemos demostrado que la implementación de una estrategia de protección pulmonar (limitando la presión plateau por debajo de los 30 cm H<sub>2</sub>O) es igual de efectiva, por lo tanto nuestro hallazgos pueden ser útiles para la práctica cotidiana en la UCIP.

**0129 ENFERMEDAD DE POMPE MANIFESTACIÓN EN LA EDAD ADULTA.**

P GELMI, MC MONTARULI, M ALTEMIR, A DOMÍNGUEZ, R NAVEIRA  
 Hospital Abel Zubizarreta, Buenos Aires, Argentina.

Antecedentes: La Enfermedad de Pompe caracterizada por el déficit de la enzima α-Glucosidasa, y depósito lisosomal de

glucógeno en el músculo, tiene variantes en sus formas clínicas según la edad de comienzo. Objetivo: Presentar un caso de comienzo tardío en la edad adulta. Se manifestó con debilidad muscular progresiva y compromiso de los músculos respiratorios, que lo llevó a la hipoventilación alveolar y complicaciones respiratorias que son causa de muerte. Material y métodos: A los 37 años de edad ingresa a la UCI en paro cardiorrespiratorio, obligando a maniobras de reanimación y asistencia ventilatoria mecánica (AVM) Se mostraba cuadríparético y alerta. Se descartaron otras afecciones del sistema neuromuscular. Apoyaron este diagnóstico: Electromiograma (EMG) Patrón Miopático, Biopsia de Músculo (Deltoides Derecho) microscopía óptica y electrónica: Miopatía vacuolar. Vacuolas con material PAS (+) Compatible con déficit de Maltasa Ácida. Dosaje de á Glucosidasas en linfocitos: áGlucosidasa ácida: 0,03 nmoles/min/mg (VN: 0,49 - 1,27). αGlucosidasa neutra: 0,79 nmoles/min/mg (VN): 0,63 - 1,20) Relación neutra/ácida: 25 (VN 0.6 - 1.3). Se observa por lo tanto un profundo déficit de áGlucosidasa Ácida compatible con el diagnóstico de Glucogenosis II o Enfermedad de Pompe. Desde la adolescencia aproximadamente 13 años tuvo dificultades en educación física, tenía menos fuerza que sus pares, no podía realizar flexiones. En la edad más adulta dificultad respiratoria que fueron interpretados como ataques de pánico, sobre todo de noche en la posición decúbito, fue medicado con ansiolíticos, dificultad creciente para subir las escaleras. Resultados: Internado en UTI durante 7½ meses. Requirió (AVM) prolongada, se le realizó traqueotomía, presentó Neumonía Asociada al Ventilador e Injurias Pulmonares Severas, el weaning fue laborioso. Se lo entrenó con Ventilación no Invasiva para el sueño nocturno. Estudios funcionales respiratorios mostraron compromiso funcional restrictivo PIMAX 6% y PEMAX 7% del teórico, CV 19% del teórico, severamente disminuidas. Se mantuvo la traqueotomía al egreso. Recibió alimentación enteral, una dieta baja en carbohidratos, rica en proteínas especialmente glutamina, lípidos y carnitina. Recibió asistencia quinésica respiratoria y neuromuscular. Mostraba debilidad muscular a predominio proximal con atrofia de los músculos de la cintura escapular y pelviana, progresando desde la imposibilidad de movilizar sus miembros contra la gravedad hasta incorporarse en la cama con ayuda, vestirse solo, marcha independiente basculante, subir escaleras muy lentamente. Conclusión: La importancia de su diagnóstico precoz. Ingresará en protocolo de terapia sustitutiva con α glucosidasa recombinante.

**0130 VISITAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES, LOS FAMILIARES Y LOS PROFESIONALES?**

MD IRAOLA, M FONSECA, B RODRÍGUEZ  
 Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba.

Objetivo: Determinar criterios de profesionales, familiares y pacientes acerca del sistema de visitas en la unidad de cuidados intensivos. Método: Descriptivo y transversal. Se confeccionó un cuestionario, fueron entrevistados médicos, enfermeros y pacientes cuyo estado de conciencia les permitía cooperar, así como familiares que en ese momento los acompañaban. Obtuvimos la opinión sobre: tiempo de visita, participación familiar en los cuidados del paciente y permanencia junto a los pacientes con alteraciones de conciencia o recibiendo ventilación mecánica. Se conformaron 2 grupos: el primero por médicos y enfermeros y el segundo por pacientes y familiares. Resultados: El tiempo de visita fue considerado suficiente por ambos grupos. El 72.2% de los pacientes y familiares sugirió permanecer "todo el tiempo" junto al enfermo y el 96.7% de los médicos y enfermeras respondió "parte del tiempo". Con relación a la participación familiar en los cuidados del paciente, obtuvimos respuestas afirmativas en el 77.8% del primer grupo y 40.0% del segundo. Sobre la permanencia del familiar al lado del paciente, el 27.8% del primer grupo respondió "todo el tiempo" y el 50.0% "en ningún momento", al igual que el 80.0% del segundo grupo. Conclusiones: Existen diferencias de opiniones entre médicos/enfermeros y familiares/pacientes. El sistema actual de visitas de nuestra unidad no suple las necesidades psicológicas de pacientes y familiares. Debe tenerse en cuenta su modificación.

### 0132 PROFILAXIS PARA ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA PREVIA A TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN.

C SMITH, JE UBALDINI, AL CAMPOS, S BAUQUE, MA VELTRI, JA MAZZEI, C NOZIERES, EM BRUNEL  
Hospital Británico de Buenos Aires.

Introducción: Está bien demostrado que la prevención adecuada de la trombosis venosa profunda es útil y costo-efectiva en la prevención del tromboembolismo de pulmón (TEP). El propósito de este trabajo es evaluar si los métodos de prevención fueron correctamente indicados en una cohorte de pacientes (p) ingresados a la unidad terapia intensiva (UTI) por diagnóstico de TEP. Material y método: La población del estudio es parte de un registro multicéntrico de TEP. De 277 p ingresados a la UTI de 8 hospitales generales con diagnóstico de TEP se analizaron 139 p. Todos ellos tenían factores de riesgo para TEP antes del evento. Se analizó cuantos de ellos recibieron profilaxis previa al evento agudo y si esta fue o no adecuada. Resultados: Sexo masculino 53 y Femenino 86. Edad promedio 71 años.

	Pacientes	Profilaxis	HBPM	HNF	Mecánica
Quirúrgico	42	15 (36%)	4 (10%)	9 (21%)	2 (5%)
Iam	18	7 (39%)	0 (0%)	5 (28%)	2 (11%)
ACV	7	5 (71%)	3 (43%)	1 (14%)	1 (14%)
Trauma	22	7 (32%)	0 (0%)	7 (32%)	0 (2%)
Reposo prolongado	45	14 (31%)	6 (13%)	7 (16%)	1 (2%)
Sepsis	5	2 (40%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	139	50 (36%)	15 (36%)	29 (21%)	6 (4%)

Conclusiones: en esta cohorte de pacientes el promedio de edad fue de 71 años, con rango de 19-94 siendo la relación masculino/femenino de 38% de hombres y 62% mujeres. Solo el 36% de ellos recibieron profilaxis para TEP, no siendo la adecuada en todos los casos. El agente más frecuentemente utilizado fue la heparina no fraccionada. Debido a diferentes motivos el 64% de estos pacientes no recibieron ningún tipo de profilaxis. Concluimos que es necesario reforzar las políticas hospitalarias de nuestro país en la utilización adecuada de profilaxis para trombosis venosa profunda en todo paciente quirúrgico o con factores de riesgo para enfermedad tromboembólica.

### 0133 BALONAMIENTO APICAL EN TERAPIA INTENSIVA.

GN MEDINA, JE UBALDINI, JA ALVAREZ, MH PÉREZ, MA VELTRI, OD MANUALE, V CAMPOLO GIRARD, EM BRUNEL  
Hospital Británico de Buenos Aires.

Introducción: el síndrome de balonamiento apical (Takotsubo, miocardiopatía inducida por estrés) o disfunción ventricular transitoria fue descripta inicialmente en Japón. Sólo pocos casos fueron reportados en países occidentales. Pacientes y métodos: desde enero de 2003 hasta diciembre de 2004 seis pacientes (p) fueron admitidos a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos con sospecha clínica de infarto agudo de miocardio (IAM). Todos ellos presentaban supradesnivel del ST en derivaciones anteriores y marcadores cardíacos positivos. El ecocardiograma durante la fase aguda evidenció balonamiento apical junto con hipercinesia basal. Resultados: los seis pacientes eran mujeres de entre 56 a 81 años de edad. En todos los casos los pacientes se encontraban bajo situaciones de estrés físico y emocional. No se observó estenosis significativa de vasos coronarios epicárdicos. El índice de recurrencia fue mayor de 16% en un solo paciente y la ventriculografía mostró una extensa acinesia apical en todos los casos. La fracción de eyección fue de 15% en 2 p, 25% en 2 p, 30% en 1 p y 40% en otro. Tres pacientes fueron admitidos con edema agudo de pulmón, uno de ellos obitó por shock cardiogénico. Cinco p sobrevivieron y en ellos tanto el ECG como el ecocardiograma se normalizaron en tres semanas. Conclusiones: El estrés emocional o físico severo puede precipitar una grave, pero frecuentemente reversible disfunción miocárdica aguda en p sin enfermedad coronaria aterosclerótica. En un caso la falla miocárdica irreversible provocó la muerte. La etiología de este síndrome se postula que es una desproporcionada estimulación adrenérgica.

### 0134 PERFORACIÓN TRAUMÁTICA DE ESÓFAGO POR CUERPO EXTRAÑO, QUE SE MANIFIESTA CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DE NEUMONÍA AGUDA.

SD AVALOS, HO BERNTSEN, FA GRISZKA, DE SOTELO  
Sanatorio de La Trinidad Quilmes, Bs. As., Argentina.

Introducción: La ruptura o perforación del esófago, tiene una alta morbi-mortalidad que requiere un diagnóstico y tratamiento precoz que la mayoría de las veces es quirúrgico, puede afectar al mediastino llevando a mediastinitis severas o fatales con una mortalidad del 14-42%. Las causas son: iatrogénicas, cuerpos extraños, ruptura espontánea (síndrome de Borheaave), trauma externo o patologías preexistentes. El diagnóstico es de un alto grado de sospecha y un esofagograma lo confirma. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico con una variedad de opciones que la hacen controvertida. Objetivo: Describir el caso de una perforación por cuerpo extraño que se presentó como neumonía, retrasando el diagnóstico y tratamiento. Caso Clínico: Un hombre de 43 años, consulta por fiebre, taquipnea y tos productiva. En el examen físico: la orofaringe normal, sin adenomegalias, en la auscultación pulmonar, rales crepitantes en la base derecha; la auscultación cardíaca y el examen abdominal sin anormalidades. Una Rx de tórax mostró infiltrados en la base derecha. El laboratorio leucocitosis con neutrofilia. Se interpretó el cuadro como NAC y se indicó tratamiento con amoxicilavulánico. El paciente continuó con fiebre persistente, recuerda haber sufrido un episodio de disfagia durante una comida. En la Rx y TAC se observó derrame pleural con nivel hidroaéreo y neumomediastino. Con la sospecha de perforación esofágica se realizó un esofagograma sin resultados positivos. Se internó en UTI, se tomaron hemocultivos y rutina de laboratorio. Se cambió el esquema a ceftriaxona + metronidazol. Se realizó una punción guiada por TAC del derrame pleural y se envió a cultivo, en el directo se observaron cocos g+ y levaduras, se agregó al esquema penicilina G + fluconazol. Por la mala evolución ingresó a quirófano para toracotomía exploradora. Se observó perforación de esófago en tercio superior por cuerpo extraño (un mondadientes) y mediastinitis. Se realizó esofagectomía diferida, drenaje de mediastino y pleura + yeyunostomía. En UTI presentó buena evolución y continuó el mismo esquema antibiótico hasta 21 días de tratamiento. Se dio el alta con internación domiciliar y seguimiento por cirugía. Conclusión: La segunda causa de perforación de esófago es por ingesta de cuerpo extraño, pueden drenar hacia los espacios pretraqueal o retroesofágico y al mediastino. El diagnóstico e intervención temprana previenen la morbi-mortalidad. En la mayoría de los casos la extracción endoscópica es imposible y la manera de retirar el cuerpo extraño es por cirugía. Los factores pronósticos son el tiempo entre el evento y el diagnóstico, el tamaño y localización de la perforación, y la presencia de inflamación local o sepsis. A pesar que en nuestro paciente el diagnóstico fue tardío y la afección se extendió más allá del mediastino, el paciente sobrevivió. Consideramos que se debió a un tratamiento quirúrgico agresivo, más un amplio esquema antibiótico y nutrición enteral precoz.

### 0135 PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA MEDIANTE LAVADO ORAL CON PH ALCALINO, ESTUDIO ALEATORIO DOBLE CIEGO PLACEBO-CONTROL.

E RIOS, F LOIACONO, J DALDIN, L AGUILAR, M LLORIA, B MASKIN, C APEZTEGUIA  
Hospital Profesor A Posadas.

La colonización orofaríngea por patógenos nosocomiales es un mecanismo fundamental en la patogénesis de la NAV. En nuestra unidad la tasa histórica es de aproximadamente 30 NAV por mil días de VM. Hipótesis: la higiene oral con pH alcalino (en la práctica se utiliza bicarbonato de sodio), disminuiría la incidencia de NAV al reducir la colonización orofaríngea. Objetivo: evaluar el impacto de la higiene oral con pH alcalino 3 veces/día como método de prevención de NAV. Objetivos secundarios: valorar la aparición de diferencias en la incidencia de NAV tardías/tempranas y en la distribución de micro-organismos entre los grupos tratamiento/placebo. Métodos: estudio prospectivo, aleatorio, doble ciego, placebo-control, realizado en una UTI médico-quirúrgica. Los pacientes fueron asignados a dos grupos; uno de ellos recibió higiene con bicarbonato

(gel pH 8.5), y el otro grupo recibió placebo (gel pH 7). Criterios de inclusión: todos los pacientes ingresados a la UTI tratados con VM invasiva. Resultados: durante 8 meses (ingresan a UTI 286 pacientes) fueron incluidos 140 pacientes (70 grupo tratamiento y 69 grupo placebo). Edad 69±16 vs 70±16 años; Apache II 19±6 vs 20±5; días de VM 10 (5-24) vs 9 (5-17); días de UTI 12 (7-29) vs 11 (7-20); días de internación hospitalaria 13 (6-36) vs 14 (8-39); mortalidad 34% vs 38%; NAV (episodios) 26 vs 29 (37% vs 40%); NAV por 1000 días de VM 21 vs 24 p=NS. NAV por Gram negativos 58% vs 60%, p=NS; por Gram positivos 42% vs 32%, p=NS; patógenos sólo sensibles a colistín 12% vs 17%, p=NS; SAMR 24% vs 19%, p=NS; NAV tardías 70% vs 72%; NAV tempranas 30% vs 28%, p=NS; segundos episodios de NAV 4 vs 8 Ninguna de las diferencias entre los grupos resultaron estadísticamente significativas. Conclusión: la higiene orofaríngea con gel de pH alcalino no disminuyó la incidencia de NAV respecto de la higiene con placebo, aunque se observó una tendencia en tal sentido. La implementación del protocolo redujo la incidencia de NAV en ambos grupos respecto de la tasa histórica, hecho que indicaría que la higiene sistemática buco-faríngea aplicada tres veces al día puede reducir la incidencia de NAV. Es necesario evaluar el efecto de la higiene oral sobre la incidencia de NAV en un estudio futuro.

**0136 COMPARACIÓN ENTRE LOS NIVELES PLASMÁTICOS DE CORTISOL TOTAL Y CORTISOL LIBRE EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO.**

F LOIÁCONO, P RODRIGUEZ, J DALDIN, B MASKIN  
Hospital Posadas, Haedo, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: No existe consenso sobre los métodos de diagnóstico de la insuficiencia suprarrenal relativa (ISR). La utilidad de la determinación de los niveles basales y estimulados de cortisol es todavía incierta. Los métodos utilizados para determinar cortisol plasmático miden la concentración de cortisol libre (responsable de las funciones fisiológicas) más la fracción unida a proteínas. En las enfermedades críticas, los niveles de la globulina transportadora de cortisol (CBG) y albúmina caen alrededor de 50%. Se ha planteado que es más adecuado la utilización de los valores plasmáticos de cortisol libre en estos pacientes, pero los métodos para determinarlos son complejos. La concentración de cortisol libre puede ser calculada a partir de las concentraciones de cortisol total y CBG utilizando la ecuación de Coolens. En estudios previos los resultados por este método correlacionan con los resultados obtenidos en determinaciones directas de cortisol libre, aunque no se ha definido finalmente el punto de corte de cortisol libre diagnóstico de ISR. Se diseñó este estudio para comparar los valores basales plasmáticos de cortisol total y de cortisol libre (método de Coolens) en un grupo de pacientes con shock séptico. Material y método: Estudio prospectivo de cohorte. Se definió ISR por valores de cortisol total < 690 nmol/L (Marik y col.) Se enrolaron 19 pacientes con shock séptico y 20 controles sanos. Determinaciones de laboratorio: cortisol total por inmunoensayo quimioluminiscente, indirecto, competitivo ACCESS (Beckman Coulter); CBG por radioinmunoensayo; cortisol libre plasmático calculado por fórmula de Coolens a partir de CBG y cortisol total. Albúmina por prueba colorimétrica. Para el análisis estadístico de las medianas entre controles y pacientes se utilizó el Wilcoxon rank-sum test. Resultados: Edad: 49.5±17.6 años; score SOFA: 11; score APACHE II: 22; sexo masculino 12/19. Todos los pacientes recibían catecolaminas al enrolamiento. Resultados de laboratorio en mediana e intercuartiles 25-75. Pacientes vs controles. Cortisol total: 753.4 (522.1-1441.8) vs. 434.9 (370.5-509.6) nmol/L, p = 0.0002. Cortisol libre: 107.6 (66.5-393.8) vs. 11.6 (7.7-20.5) nmol/L, p < 0.0001 (diferencia 10 veces); ISR: 36.8 % (7/19) pacientes por cortisol total. CBG: 24.7 (18.3-29.5) vs. 65.7 (47.5-131.7) g/dL, p < 0.001; albúmina: 1.8 (1.4-2.2) vs. 4.4 (4.3-4.5) g/dL, p < 0.001. Discusión: La diferencia de las concentraciones entre pacientes y controles es mayor para cortisol libre que para el cortisol total, pero para ambos la diferencia es estadísticamente significativa. Por este motivo, por la falta de definición consensuada de valores normales y puntos de corte de cortisol libre en pacientes críticos y por el costo de la determinación de CBG no parecería de mayor utilidad la utilización de los valores de cortisol libre (por método de Coolens) en lugar del cortisol total para evaluar ISR, a pesar de la marcada disminución de CBG.

**0137 MAREA ROJA: INTOXICACIÓN PARALÍTICA POR MOLUSCOS BIVALVOS.**

MJ RONDINA<sup>1</sup>, A CRUZ SEGOVIA<sup>1</sup>, R SANTA CRUZ<sup>1</sup>, M TRIPUTTI<sup>2</sup>, G VIDAL BIANCHI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Río Gallegos; <sup>2</sup>Hospital de Piedra Buena.

Introducción: El envenenamiento paralizante por consumo de moluscos (EPM) es un síndrome neurotóxico asociado a la presencia de saxitoxina. Dicha toxina es producida por dinoflagelados, y portada en el aparato digestivo de los moluscos bivalvos. La sintomatología producida por dicha toxina se centra en el sistema nervioso, genera bloqueo de los canales de sodio y la consecuente parálisis. No existe antídoto y el tratamiento es sintomático enfocado a mantener la mecánica ventilatoria. Objetivo: comunicar un caso clínico de intoxicación paralítica por moluscos ingresado en UTI y actualización bibliográfica. Material y método: descripción de la presentación clínica de un paciente ingresado en nuestra unidad, realización de búsqueda bibliográfica. Resumen del caso clínico: Paciente masculino de 52 años de edad que consulta por parestesias peribucales y disminución de la fuerza de los miembros superiores cuarenta minutos después de la ingesta de cuatro mejillones extraídos de zona costera que se encontraba en veda por marea roja. se realizó tratamiento con enemas evacuantes, hidratación parenteral y lavaje gástrico, evolucionó progresivamente con mayor compromiso de los miembros superiores, compromiso de miembros inferiores, dificultad para articular la palabra, dificultad respiratoria, bradicardia, deterioro del sensorio, paro respiratorio y midriasis bilateral, se realizó intubación orotraqueal y se conectó a ARM. Al ingreso a UTI presento APACHE II 14 puntos estable hemodinámicamente, GSC 3 cuadriplejía, midriasis fija bilateral, reflejo corneano negativo, reflejo tusígeno negativo, se realiza TAC de cerebro sin particularidades, EEG sin particularidades. Se realizó tratamiento sintomático, a las 37 horas de evolución comenzó con movimientos espontáneos de miembros inferiores, luego movilizó miembros superiores y luego movilizó la cabeza, obedeciendo ordenes simples sin drive respiratorio central. A las 48 hs de evolución recuperó mecánica ventilatoria, se realizó extubación exitosa y posterior pase a clínica médica. Conclusión: la incidencia de episodios tóxicos, así como la presencia de toxinas paralizantes se ha incrementado y se han reportado nuevos casos en lugares en donde antes no era común, consideramos de real importancia la divulgación y la ampliación bibliográfica de esta patología, ya que representa un gran riesgo para la salud humana.

**0138 CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, INTERNADOS EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA.**

LA FLORES, MA VALIÑO, JF LOAYZA, A CABRAL, NB DI GIORGIO, AM BRAVO, NE MOLINAS, M MARCHETTI, L PEREZ SAAVEDRA, CW BRAVO, CL QUIROZ

Servicio de Terapia Intensiva, Sanatorio Alberdi, Quilmes, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Analizar las características clínicas, uso de fibrinolítico, evolución y mortalidad intrahospitalaria en pacientes mayores de 75 años con elevación del ST e Infarto Agudo Miocárdico. Material y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva 150 pacientes (p.) con diagnóstico de SCA con ST e IAM de los cuales 30 p. fueron mayores de 75 años (edad avanzada = EA), ingresados en forma consecutiva durante el 1 Enero de 1996 a 31 de Mayo de 2006. Estudio observacional, longitudinal. Las variables discretas se expresan en porcentajes. Las variables continuas como media y DS. Se aplicó la Prueba exacta de Fischer y X2 de Yates para las variables discretas y T Student para las variables continuas. Se utilizó una p menor de 0,05 como significación estadística. Resultado: El 20% (n = 30 p.) de todos los IAM fueron de EA y de ellos el 56,6% de sexo femenino. Respecto al resto de la población, la EA se asoció con mayor frecuencia a insuficiencia cardíaca previa (ICP)(45% vs 15%, p < 0,001) y Angor Crónico estable (ACE) (25% vs 8,3%, p 0,002). No existieron diferencias en la incidencia de Diabetes (DBT) (16% vs. 18%, p 0,7), mientras que presentaron con menor frecuencia tabaquismo (25% vs 76%, p < 0,001) y Dislipidemia (DLP) (18%

vs 38%,  $p < 0.002$ ) y mayor proporción de Hipertensión Arterial (HTA) (75% vs 44%,  $p < 0.05$ ). Este grupo etario recibió en menor proporción fibrinolítico respecto a los < 74 años (35,6% vs 65,8%,  $p < 0.001$ ) presentaron en la evolución con mayor frecuencia Edema Agudo de Pulmón (EAP) (12,5% vs 4%,  $p < 0.05$ ), Shock cardiogénico (SC) (31,3% vs 2,5%,  $p < 0,001$ ) y mortalidad hospitalaria (37,5% vs 9%,  $p < 0,001$ ). Conclusiones: Los pacientes  $\geq$  de 75 años respecto a los de  $\leq$  74 edad presentaron: 1- Menor tabaquismo e igual proporción de DBT como FR. 2- Predominó: el sexo femenino; más antecedentes de ICP, ACE y HTA; mayor frecuencia de EAP, Shock Cardiogénico y mayor mortalidad en la evolución temprana. 3- A pesar de la alta mortalidad el uso de fibrinolíticos fue significativamente menor en este grupo etario.

### 0139 INFECCIONES ESPINALES ENTIDADES CLÍNICAS POCO FRECUENTES. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.

MA ACQUAFREDDA, F SIERRA, A QUISPE LAIME, D VIVES  
Hospital de la Asociación Médica Dr. Felipe Glasman, Bahía Blanca.

Objetivos: presentar dos casos clínicos de infecciones espinales (Un absceso subdural y uno Epidural). Materiales y método: Se revisaron las historias clínicas e imágenes de dos pacientes ingresados al servicio de terapia intensiva del hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca con diagnóstico de infecciones espinales. Los casos clínicos se detallan a continuación: Caso1: Paciente 82 años, sexo femenino. Antecedentes de dolor lumbar de 7 días de evolución, ingresa con dolor lumbar, fiebre, deterioro del sensorio, paraparesia LCR: proteínas 16 g/l, glucosa 0.13mg/dl, células 90 mm3 cultivo negativo. RMN: absceso subdural L1, L2, L3 Diagnóstico: Absceso subdural espinal. Tratamiento antibióticoterapia, drenaje quirúrgico Evolución: paraparesia de miembros inferiores. Caso2: Paciente de 52años, sexo femenino que se presenta con dolor lumbar de 2 meses de evolución luego de anestesia raquídea. Al ingreso fiebre, fotofobia, dolor lumbar rigidez, somnolencia, Kerning positivo. LCR: 13600 células, glucosa no dosable, proteínas 1.05g/.l. Cultivos: positivos estreptococo viridans Hemocultivos 2/2 positivo estreptococo viridans. RMN: absceso epidural con espondilodiscitis vertebral L2 a L5. Diagnóstico: Absceso Epidural espinal con osteomielitis vertebral L2 a L5. Tratamiento antibióticoterapia, drenaje quirúrgico Evolución: paresia de miembro inferior izquierdo. Discusión: Las colecciones subdurales y epidurales son patologías graves, cuyo pronóstico depende del diagnóstico y tratamiento precoz. El índice de sospecha debe ser alto, dado que el lapso temporal entre los primeros síntomas (dolor lumbar y fiebre) y la afectación neurológica es muy breve. Una vez instalado el déficit, suelen progresar de manera rápida hasta dejar al paciente incapacitado. El pronóstico de recuperación funcional neurológica esta en relación con la fase clínica en la que se hallan al momento de instalar el tratamiento adecuado. Nuestros pacientes llegaron en una fase tardía, uno luego de 7 días y otra luego de 2 meses del inicio de los síntomas y aunque su evolución no comprometió la vida, la presencia de déficit neurológico, condiciona su recuperación funcional.

### 0140 HIPERLACTACIDEMIA SEVERA CON EXCESO DE BASE NORMAL.

G TUHAY, MC PEIN, D MASEVICIUS, D OLMOS KUTSCHE-RAUER, A DUBIN  
Sanatorio Otamendi y Miroli, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: los pacientes críticos frecuentemente presentan trastornos ácido-base complejos, incluso cuando pH,  $PCO_2$ ,  $[HCO_3^-]$  y exceso de base (EB) son normales. Nuestra hipótesis fue que la hiperlactacidemia puede estar enmascarada por los efectos de procesos alcalinizantes que normalizan el EB. Métodos se estudiaron prospectivamente todos los pacientes críticos a su ingreso a la terapia intensiva. Se seleccionaron los pacientes con hiperlactacidemia severa (ácido láctico  $\geq 4.0$  mmol/l) que fueron agrupados de acuerdo a que el EB fuera  $> 0$  o  $< -3$  mmol/l. Los datos, expresados como media  $\pm$  DS, fueron analizados con test t para muestras no apareadas. Resultados: se evaluaron 1228 pacientes. La hiperlactacidemia estuvo presente en 125 enfermos (10.2%). Vein-

tisiete de estos pacientes hiperlactacidémicos (21.6%) tuvieron EB  $> -3$  mmol/l.

Grupo	EB $> -3$ mmol/l (n = 98)	EB $< -3$ mmol/l (n = 27)
pH	7.28 $\pm$ 0.11	7.41 $\pm$ 0.07*
$PCO_2$ (mm Hg)	36 $\pm$ 11	39 $\pm$ 12
$[HCO_3^-]$ (mmol/l)	17 $\pm$ 4	24 $\pm$ 3*
EB (mmol/l)	-9 $\pm$ 4	-0 $\pm$ 3*
AGAP (mmol/l)	24 $\pm$ 5	22 $\pm$ 5
$[Cl^-]$ (mmol/l)	107 $\pm$ 4	100 $\pm$ 6*
Albúmina (g%)	3.0 $\pm$ 0.8	3.5 $\pm$ 0.8*
Lactato (mmol/l)	6.3 $\pm$ 2.6	5.6 $\pm$ 2.3
$\Delta$ AGAP- $\Delta$ $[HCO_3^-]$ (mmol/l)	5 $\pm$ 4	10 $\pm$ 6*

$p < 0.01$

Conclusiones: un número significativo de pacientes críticos pueden presentar hiperlactacidemia severa con pH,  $[HCO_3^-]$  y EB normales debido a la presencia concomitante de alcalosis hipoclorémica.

### 0141 ABORTO SÉPTICO EN TERAPIA INTENSIVA (UTI).

AM SANCHEZ, G ZAKALIK, R FERNANDEZ, A PRÓSPERO, A CHENA, JL MARENGO  
Hospital Luis Lagomaggiore.

Introducción: El aborto ilegal es uno de los principales problemas sanitarios en los países en vías de desarrollo y la causa principal de muerte materna (1). La clandestinidad del aborto provocado en nuestro país, hace que sea imposible conocer exactamente su magnitud. Objetivo: Describir la población obstétrica con Aborto Séptico que ingresó a Terapia Intensiva. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo observacional en pacientes obstétricas que ingresaron a Terapia Intensiva con diagnóstico de Aborto Séptico, desde enero del 2000 a diciembre del 2004. Para cada paciente se registraron características demográficas, n° de embarazos y abortos previos, tiempo hasta la consulta, APACHE II a las 24 horas, disfunción de órganos, necesidad de ARM o diálisis, tratamiento realizado, estadía en UTI y evolución. Fallo renal, hepático, hematológico, gastrointestinal, y neurológico fueron definidos según Knaus et al. (2,3). El fallo hemodinámico fue definido por la necesidad de inotrópicos y el fallo respiratorio por hipoxemia con  $pafi < 300$ . Las variables cuantitativas se expresan como medias  $\pm$  desvíos estándar (DE) y fueron analizadas mediante U de Mann-Whitney. La cualitativas se expresan como porcentajes y para su análisis se utilizó chi cuadrado o contraste de proporciones. Se consideró significativa  $p \leq 0.05$ . Resultados: En el período considerado ingresaron 39 pacientes con aborto séptico, lo que representó el 19.03% del total de pacientes obstétricas admitidas en nuestro servicio en ese período de tiempo (n: 202). Del total de pacientes obstétricas que ingresaron al hospital el 0.32% fue ingresada a UTI, lo que correspondió al 10.23% de los ingresos a Terapia Intensiva. La edad media fue de 28.77 $\pm$ 7.05 años (16-43); 17 pacientes (43.5%) tenían antecedentes de abortos previos; 45.6 % tenían 6 o más gestas previas. El score APACHE II medio al ingreso 14.6 $\pm$ 6.73 puntos (3-26). El 64.1% de las pacientes presentó Fallo Multiorgánico, solo el 23.1% de las pacientes no presentó al menos una disfunción de órgano al ingreso con un promedio de fallas orgánicas por paciente de 2.28 $\pm$ 1.8; la distribución de fallos en la población fue: 59% hemodinámico, 56.4% hematológico, 46.2% respiratorio, 38.5% renal, 35.9 hepático. El número de fallas orgánicas estuvo en relación directa con la mortalidad, media 4.22 $\pm$ 1.3 en fallecidas vs 1.7 $\pm$ 1.5 en sobrevivientes,  $p = 0.000$ . también fue significativa la presencia de shock séptico al ingreso, con una mortalidad del 34.7% y el requerimiento de ARM entre las pacientes fallecidas. La mortalidad global observada fue 23% (9 pacientes), para una predicha según APACHE II de 53.67%. Conclusiones: A pesar de que el Aborto Séptico es una patología prevenible, sigue siendo una causa frecuente de morbi-mortalidad en nuestro país, asociado a pacientes con alto número de gestas y abortos previos.

1- Intensive Care Med (2004) 30:1097-1102.

2- Ann Surg 202:685-693.

3- Intensive Care Med 22:707-710.

**0143 HEMORRAGIA CEREBRAL REMOTA COMO COMPLICACIÓN NEUROQUIRÚRGICA DE ADENOMA DE HIPÓFISIS.**

ML VILLALOBOS CASTAÑEDA, C SALVIATERRA, L SIERRA, J GRUCCI, LA CAMPUTARO, AO GALLESIO  
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción: La H.C.R, es una complicación infrecuente (0.08% a 0.06%) la cual se presenta después de una craniectomía supratentorial. En pacientes con resección lobulop temporal es alrededor del 12.9%, en el clipado de aneurisma que compromete la circulación anterior llega a 3.5%. También puede presentarse posterior a cirugía de la medula espinal. La revisión de la literatura considero estudios clínicos, reportes de casos, estudios de cohorte. Objetivo: Presentar a discusión un paciente operado de un Tumor Supraselar Nodular, que sufre Hemorragia Cerebral Remota. Caso clínico: Paciente masculino de 57 años de edad con historia de 12 años de evolución. En el último período cursa con alteraciones del campo visual y valores altos de prolactina. Los estudios por imágenes (R.M.N.) informan la presencia de lesión supraselar nodular que parte de silla turca hacia la base de tercer ventrículo, comprime tallo y quiasma. El crecimiento de la masa con contenido mixto presenta extensión supraselar izquierda, más desplazamiento del sifón carotídeo izquierdo. Es intervenido quirúrgicamente por vía transpetoefenoidal con adecuada resección y sin eventos de relevancia intraoperatorios. Ingresa al Servicio de Terapia Intensiva a las 24 horas de operado por deterioro del sensorio y encefalopatía. La T.A.C de cerebro demuestra la presencia de un hematoma cerebeloso bilateral con hidrocefalia. Se coloca ventriculostomía y monitoriza la presión intracraneana (catéter de fibra óptica). Mejora la hidrocefalia, requiriendo igualmente la evacuación quirúrgica del hematoma y deslaquetamiento occipital, el cual se amplía a las 24 hrs. Evolucionan con paresia profunda, vigíl y posteriormente respondiendo órdenes simples. Presenta procesos infecciosos cubiertos con terapia antibiótica. Es dado de alta de UTIA con glasgow de 12 / 15. Discusión: La H.C.R. es una consecuencia de procedimientos quirúrgicos a nivel encefálico de etiología diversa como la reparación de ruptura de aneurismas, lobectomías y procesos tumorales (cavernomas, schwannomas, meningiomas). Clínicamente suelen presentar deterioro del estado de conciencia, convulsiones tónico clónicas, crisis epilépticas, déficit motor en el postoperatorio inmediato y hasta 24 horas posteriores al mismo. La presencia de sangre en la tomografía (hemorragia subaracnoidea) a nivel de tienda del cerebelo, parénquima o aneurisma clipado. Aumentan el riesgo de presentar una H.C.R. En todo paciente sometido a neurocirugía y ante la presencia de síntomas clínicos y factores de riesgo (uso habitual de aspirina), así como la patología específica que motiva la intervención, aumento de la presión arterial o pérdida abundante de LCR en el intraoperatorio, nos debe hacer sospechar que estamos frente a un cuadro de H.C.R.

**0144 APLICABILIDAD DEL SCORE APACHE II EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VÁRICES ESOFÁGICAS TRATADA ENDOSCÓPICAMENTE.**

J.BERRETA<sup>1</sup>, D KOCIAC<sup>1</sup>, MV LAPLACETTE<sup>1</sup>, G MORALES<sup>1</sup>, M ORTIZ<sup>1</sup>, F BELLIDO<sup>1</sup>, P SALGADO<sup>1</sup>, O TUMILASCI<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital "Dr.Carlos Bonorino Udaondo"; <sup>2</sup>Facultad de Medicina (UBA).

Objetivo: evaluar la aplicabilidad del APACHE II a la población de cirróticos con Hemorragia digestiva alta por várices esofágicas (HDAV) internados en UTI y tratados endoscópicamente con ligadura (L) o esclerosis (E) de las várices. Material y métodos: se incluyeron todas las internaciones (I) en UTI por HDAV en pacientes (P) cirróticos entre 10/2001 y 04/2006 en un estudio de cohortes. Se evaluaron 106 I de 73 P cirróticos (10 mujeres y 63 hombres) con edad 52±12 años. Todos fueron categorizados según APACHE II de ingreso (Alling). Se estudió la relación entre muerte hospitalaria (MH) y Alling, y MH con otras variables potencialmente pronósticas no contempladas en el AII: sexo, etiología de la cirrosis, clases de Child, tipo de tratamiento endoscópico (E o L). Se comparó la mortalidad prevista por Alling con la observada, y se calculó la sensibilidad y especificidad de Alling para predecir muerte en múltiples pun-

tos de corte. Los métodos estadísticos usados fueron el Test de Student para muestras relacionadas e independientes, chi cuadrado, Test exacto de Fisher, ANOVA, Regresión Logística, Test de bondad para proporciones y curva COR. Resultados: Mortalidad global: 21/106 (19.8%). Alling en no fallecidos (NF): 21.86±9.18. Alling en no fallecidos (NF): 12.45±3.4. F vs NF: p<0.001. Child y muerte: Clase A F 0/18 (0%), Clase B F 4/48 (10.4%), Clase C F 16/41 (39%). A vs C: p<0.001, B vs C: p=0.012. Sexo y muerte: sexo masculino correlaciona p=0.016. Clase de Child y Alling: Clase A y Alling 11.78±1.93 Clase B y Alling 12.48±4.39 Clase C y Alling 17.65±7.94. A vs C y B vs C p<0.001. La etiología de la cirrosis y el tratamiento endoscópico (E o L) no tuvieron relación significativa con muerte. A pesar que de que el sexo masculino correlacionó con muerte, evaluado por regresión logística su aporte relativo a la predicción no fue significativo. Mortalidad prevista por Alling vs mortalidad observada. En todos: previsto 12%, observada 19.8% p no significativa (PNS). En Child A prevista 12%, observada 0% (PNS). En Child B prevista 12%, observada 10.4% (PNS). En Child C prevista 22% observada 40% (PNS). El Alling > 15 tuvo RR de muerte de 6.3 (IC 2.71 - 14.8). El punto de corte 15 para Alling predice muerte con sensibilidad 0.71 y especificidad 0.82. Conclusiones: 1- La mortalidad prevista por Alling en cirróticos con HDAV en la Clase A de Child fue mayor que la observada y sin significación estadística, en la Clase B de Child fue sensiblemente similar a la observada, y en la Clase C de Child fue menor que la observada y sin significación estadística. 2- A pesar de que la Clase C de Child fue predictor de mortalidad, la utilización del Alling con punto de corte 15 como predictor independiente mostró buena sensibilidad y especificidad para valorar el riesgo de muerte en pacientes cirróticos con Hemorragia Digestiva Alta varicosa.

**0145 DISFUNCIÓN NO NEUROLÓGICA EN EL TRAUMA DE CRÁNEO GRAVE.**

S. CARINO, MG SÁENZ, F GONZÁLEZ, MA TORO, P CASTELLUCCIO, I ZOILO, C LÓPEZ, P VALVIDARES, L MOLINA, E VALGOLIO, R REINA  
Hospital San Martín La Plata.

Objetivos: Describir la incidencia de disfunción/falla no neurológica en Trauma de Cráneo Grave (TCG) y su impacto en la evolución. Material y método: Fueron evaluados todos los pacientes con TCG (Glasgow ≥ 8), no causados por arma de fuego, internados en una UTI médico quirúrgica de un hospital universitario por ≥ 48 hs, desde 01-06-01 al 30-11-05. Se registraron datos epidemiológicos; días en ventilación mecánica (VM) y de UTI; y mortalidad. Fue utilizado diariamente el SOFA score para evaluar disfunción orgánica. No se tuvo en cuenta el componente neurológico para el SOFA diario. Se definió disfunción como un score 1-2 y falla como un score 3-4. Se definió SOFA 24 hs: como el peor valor registrado en cada uno de los órganos no neurológicos a las 24 hs del ingreso. Se determinó el porcentaje de días libre de falla (DLF) en los diferentes órganos, excluyendo el neurológico. Se compararon las características clínicas entre vivos y muertos. Las variables continuas se presentan como X±DS o mediana y rango intercuartilo [IC], las discretas como porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con Test t, Test exacto de Fisher o X2, según corresponda. Se consideró significativa una p <0.05. Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 92 pacientes con Trauma de cráneo internados por >48 hs, de los cuales 33 (36%) fueron TCG: 16 (48%) post cirugía de urgencia. Las variables registradas y las diferencias entre vivos y muertos se muestran en la Tabla. No hubo diferencia entre sobrevivientes (SV) y no sobrevivientes (nSV) con respecto a edad (31 ± 10 vs 28 ± 8) y Glasgow (7 [7-7] vs 7 [6-7]). Las fallas fueron: Respiratorias (Resp) 88%, Cardiovascular (CV) 79% y Hematológica (Hemat) 12%; en cambio, las disfunciones estuvieron presentes en los 5 sistemas. La mortalidad fue de 39%, para una esperada por Apache II de 43%. Conclusiones: 1) La disfunción/falla fueron un evento muy frecuente en estos pacientes con TCG 2) El SOFA 24 hs, el APACHE II y la falla CV diferenciaron a sobrevivientes de no sobrevivientes 3) El Glasgow no discriminó entre sobrevivientes y no sobrevivientes 4) La mortalidad fue acorde a la esperada por Apache II.

	Total = 33	SV = 20	nSV = 13	p e/SV y nSV
Glasgow	7 [6-7]	7 [7-7]	7 [6-7]	0.2
SOFA 24 hs	7 [4-8]	5 [4-6]	8 [7-10]	<0.001
APACHE II	24 ± 7	22 ± 7	27 ± 6	0.046
Falla Resp n (%)	29 (88)	17 (85)	12 (92)	0.5
Falla CV n (%)	26 (79)	13 (65)	13 (100)	0.02
Falla Hemat n (%)	4 (12)	1 (5)	3 (23)	0.1
DLF CV %		85	51	<0.001
DLF Resp		86	72	<0.001
UTI días	20[6-30]	27[19-35]	5[4-6]	<0.001

#### 0146 ROL DEL PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FALLO RESPIRATORIO AGUDO POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO.

M.G. SHEEHAN, CA BERRONDO, MP ARIAS LOPEZ, L BERODSNIK, A MISTCHENKO, I KO, AG PALACIO, F OLAZARRI  
Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La infección primaria por *Pneumocystis jiroveci* (PJ) puede causar neumonía fatal en lactantes inmunocomprometidos. Sin embargo su rol en los pacientes previamente sanos, con fallo respiratorio agudo secundario a bronquiolitis no es claro. Objetivo: investigar el rol de *Pneumocystis jiroveci* en una cohorte de lactantes con fallo respiratorio agudo secundario a síndrome bronquiolítico por virus sincicial respiratorio. Material y métodos: estudio retrospectivo, observacional. Población: pacientes con fallo respiratorio agudo secundario a bronquiolitis por VSR que ingresaron a asistencia respiratoria mecánica (ARM) y a los que se investigó PJ en muestras de aspirado traqueal. Análisis estadístico: esta-distia descriptiva. Test de Man Whitney para comparar variables cuantitativas, prueba exacta de Fisher para comparar variables cualitativas. Resultados: ingresaron al estudio 12 pacientes. Mediana de PRISM 18 (11-23). 58.3% sexo femenino. 50% de ellos tuvieron aislamiento de PJ en muestras respiratorias. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la presencia de factores de riesgo en ambos grupos ni en cuanto a los días requeridos de ARM o internación en UTI. La PAFI al ingreso de los pacientes con PJ positivo fue menor (110 vs. 176)  $p=0.05$ . Los días transcurridos desde el inicio del tratamiento específico (TMP/SMX) hasta lograr una PAFI mayor de 200 fue 4.4 días. Conclusiones: Los pacientes con aislamiento de PJ mostraron mayor compromiso respiratorio demostrado por una relación PAFI más baja.

#### 0149 MANEJO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA.

G. PARRA, P PRATESI, S COSENZA, J ALVAREZ, J ESCARDO, D BERNARDEZ, J BILBAO, A PRIOLO, P GUIMARAENS, D CZERWONKO, F UNGAR, A HITA  
Hospital Universitario Austral.

Objetivo: 1) Evaluar la morbimortalidad de los pacientes sometidos a cirugía de by pass gástrico por vía laparoscópica teniendo en cuenta: características poblacionales, co-morbilidades previas, evolución durante su internación (Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), y total) y a los 6 meses. 2) Evaluar el valor del score de Apache II en este grupo de pacientes. Material y Métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de historias clínicas informatizadas de todos los pacientes sometidos a by pass gástrico por vía laparoscópica, en el lapso entre octubre de 2004 y diciembre 2005. Se ingresaron 100 pacientes durante ese lapso analizándose los datos mediante el programa EPI Info 6, realizando seguimiento posterior a 6 meses de su alta hospitalaria. Resultados: La media de edad de la población fue de 41.9 años (intervalo 18-66 años), siendo la distribución según sexo: 61% Femeninos y el 39% masculinos. La media de BMI fue de 46.5 (intervalo 34-76), correspondiendo según las clasificaciones internacionales 10% obesos (BMI 34-40), 60% obesos morbidos (BMI 40-50) y 30% a Hiperobesos (BMI >50). La media de peso fue de 133.5 kg (intervalo 91-273). Las comorbilidades observadas correspondieron a: Dislipemia 67% - HTA 47% - Tabaquismo 35% - Apneas de Sueño 28% - Hipotiroidismo 26% - Diabetes 24% - Trastornos depresivos psiquiátricos 22%, TVP 6%, Coronarios 4%, EPOC 3%. , Otras 2%. La media de score Apache II fue de 2.39 (intervalo 0 - 13). No hubo fallecidos al egreso de UCI ni al egreso

Hospitalario. Se observaron complicaciones en el 11% de los pacientes: 5 pac. con dehiscencias de sutura gástrica, 3 sangrados de herida quirúrgica y 3 hemorragias digestivas. Todos los pacientes con dehiscencia de sutura gástrica desarrollaron peritonitis y Sepsis secundaria a la misma. Los pacientes cuyo esquema de profilaxis de TVP-TEP con heparinas de bajo peso molecular duró 48-72 hs, fueron los que presentaron complicaciones hemorrágicas (6 pac). Ningun paciente cuyo esquema de profilaxis de TVP duró 24 hs presentó complicaciones hemorrágicas. No hubo evidencia clínica de TVP ni TEP en ningún paciente durante el periodo monitoreado. La estancia en UCI dentro del grupo de los pacientes sin complicaciones (89%) fue de 24 hs. En el grupo que presentó complicaciones la estancia en UCI tuvo una media de 13.88 días (intervalo 2-90). En el seguimiento a los 6 meses se detectó 1 muerte por ruptura de neoesmago generada por transgresión alimentaria producida a los 20 días del alta hospitalaria. Conclusiones: 1- El By pass gástrico por vía laparoscópica es un procedimiento que presenta baja morbimortalidad perioperatoria. 2- El score de ApacheII en nuestra población, correlaciona con la mortalidad esperada a los demás pacientes internados en UCI. 3- Según nuestros datos el protocolo de profilaxis de TVP - TEP con heparina de bajo peso molecular durante 24 hs, parece ser seguro y efectivo. 4- Las tasas de complicaciones observadas se correlacionan con las publicadas en la literatura internacional.

#### 0150 NUEVO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES SÉPTICOS: RESULTADOS PRELIMINARES.

E. CUNTO, C NOGUERAS, G DE LARRAÑAGA, L FONTANA, S PERÉS WINGEYER, J SAN JUAN  
Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz, Buenos Aires, Argentina.

La sepsis es un desorden multifactorial, poligénico y complejo, resultado de la interacción entre la información genética propia del individuo, comorbilidades y factores ambientales. La sepsis se caracteriza por falla multiorgánica que condiciona fuertemente el pronóstico de los pacientes. El índice SOFA es un score objetivo y simple, permitiendo una rápida idea de la disfunción de órganos. Sin embargo, presenta una capacidad limitada para predecir el outcome, lo cual sugiere la necesidad de realizar nuevos trabajos que mejoren la predictibilidad del mismo. El principal y más rápido inhibidor del sistema de activación fibrinolítica es el inhibidor del activador tisular de plasminógeno-1 (PAI-1). Se ha demostrado que altos niveles de PAI-1 se asocian fuertemente con altos índices de morbi-mortalidad, convirtiéndolo en un posible predictor de sobrevida en pacientes sépticos. Objetivo: estudiar un nuevo predictor del outcome de pacientes sépticos en relación con la disfunción de órganos. Materiales y métodos: Se investigaron los niveles plasmáticos de PAI-1 en 21 pacientes sépticos, registrándose: edad, índice de masa corporal, días de internación, score SOFA máximo (SOFAmax) y mínimo (SOFAmin), score APACHE (basal y 48 hs) y grado de sepsis (sepsis, sepsis severa, shock séptico). Se determinó PAI-1 por sustratos cromogénicos dentro de las primeras 48 hs de internación. Estadística: Chi2, test de Mann-Whitney, Test de Spearman, regresión logística ( $p<0.05$  significativo). Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a su outcome: sobrevida y muerte. Resultados: Patología de base: 47% fueron infecciones respiratorias bajas, 24% infecciones de SNC, 24% infecciones severas de piel y partes blandas y 5% candidiasis. Microorganismo aislado: 23.8% sin aislamiento, 19.0% neumococo, 9.5% BAAR+, 9.5% Hantavirus y 38.2% otros. Tratamiento: 100% recibió ATB y reposición hídrica, 81% corticoides y asistencia respiratoria mecánica, 76% drogas vasopresoras y 24% requirió cirugía.

medianas (cuartiles)	sobrevida (n=10)	muerte (n=11)	p
APACHE 0	17.0 (11.0-20.5)	17.0 (10.0-22.0)	0.837
APACHE 48	13.5 (4.5-15.0)	16.0 (11.0-22.0)	0.08
SOFAMin	1.0 (0-3.0)	7.0 (4.5-10.0)	0.001
SOFAMax	6.0 (5.0-9.0)	11.0 (8.8-13.8)	0.06
Índice masa corporal (Kg/m2)	25.7 (23.7-31.3)	23.2 (22.2-28.6)	0.327
edad (años)	59 (47-61)	55 (36-67)	0.683
Shock séptico (%)	45.5	100	0.022
días de internación	14.0 (7.5-20.5)	4.0 (1.9-11.0)	0.06
PAI-1 (UA/ml)	15.3 (8.9-35.3)	73.0 (32.8-85.5)	0.011

Por regresión logística binaria, SOFA ( $\hat{a}=2.65$ ) y PAI-1 ( $\hat{a}=1.03$ ) resultaron predictores del outcome desfavorable. Se encontraron correlaciones significativas entre el outcome de los pacientes y SOFAmin ( $r=0.786$ ), SOFAmax ( $r=0.648$ ) y PAI-1 ( $r=0.597$ ). Sin embargo, la correlación entre outcome vs. PAI-1 se pierde ( $p>0.1$ ) al controlar por las variables SOFAmin o SOFAmax. Conclusiones: Aquellos pacientes que evolucionaron desfavorablemente, lo hicieron en corto tiempo, todos a shock séptico y con altos índices de disfunción de órganos. El nivel de PAI-1 obtenido dentro de las primeras 48 hs de internación, resultó ser un buen predictor de muerte en pacientes sépticos, guardando una estrecha relación con la disfunción de órganos.

**0151 INCIDENCIA Y PRONÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN INTRA-ABDOMINAL EN EL PACIENTE CRÍTICO.**

SE LAZZERI, L SOSA, L HUESPE GARDEL, C MISDRAJI, JA OJEDA, JA CIALZETA, R PUYOL, A OJEDA, W COSSIO, H ALVAREZ, G ANDRICH  
Hospital Escuela de Corrientes.

Introducción: LA hipertensión intra-abdominal (HIA) se asocia con significativa morbi-mortalidad en pacientes quirúrgicos y politraumatizados graves. El objetivo de este estudio fue determinar si la presión intra-abdominal (PIA) medida al ingreso se comportó como un predictor independiente de mortalidad en una población mixta de pacientes críticamente enfermos. Metodología: Se midió la PIA en todos los pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva desde Marzo 2004 hasta Diciembre 2005 mediante la técnica indirecta a través de la sonda vesical descrita por Cheattman y Safsak. Fueron excluidos para el análisis todos los pacientes que no tenían indicación de sonda vesical, los que tenían contraindicación para la medición de PIA y los pacientes con internación menor de 24 hs. Determinada la PIA se dividió a los pacientes en dos grupos según tuvieron: PIA > 12 mmHg (Grupo I- HIA-) y PIA < 12 mmHg (Grupo II – no HIA-). Este punto de corte en el valor de PIA se determinó a través de una curva ROC. En cada grupo se consignaron datos demográficos, PIA media, Apache II (1ras. 24 hs.), patologías medico-quirúrgicas y mortalidad. Resultados: Se estudiaron durante el periodo establecido 355 pacientes. En la tabla siguiente se observan los resultados de las variables analizadas.

	n (total)	PIA < 12 (no HIA)	PIA > 12 (HIA)	Valor de P
Ptes.	355	133	220	P< 0,05
Edad	47±16	44±18	50±17	-
Sexo M/F	209/146	92/41	117/103	-
M/Q	203/152	89/44	114/106	-
PIA media	17±11	8±2	23±10	P< 0,001
Apache II	18±6	17±6	22±8	P< 0,001
Mortalidad	56%	42%	65%	P< 0,05

En el analisis multivariable la HIA resulto ser un marcador independiente de mortalidad con OR 2,95; 95% IC con una p: 0.004. Conclusión: La HIA es un hallazgo frecuente en Terapia Intensiva y en esta serie resultó ser un predictor independiente de mortalidad. Su presencia se asocio significativamente con mayor gravedad y mortalidad.

**0152 HIPERTENSIÓN INTRA-ABDOMINAL EN EL SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA.**

JA OJEDA, SE LAZZERI, L SOSA, L HUESPE GARDEL, C MISDRAJI, R PUYOL, JA CIALZETA, A OJEDA, J LOPEZ VERON, W COSSIO, G ANDRICH, H ANDRICH  
Hospital Escuela de Corrientes.

Introducción: Las consecuencias adversas secundarias a la Hipertensión intra-abdominal (HIA) son bien conocidas desde hace un tiempo. El propósito de este trabajo fue analizar la incidencia de la HIA en el Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple (SDOM) y su relación con la mortalidad. Metodología: Se midió la PIA en todos los pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva desde Marzo 2004 hasta Diciembre 2005 mediante la técnica indirecta a tra-

vés de la sonda vesical. Se excluyeron del estudio los pacientes sin indicación de sonda vesical, aquellos con contraindicación para la medición de PIA y los pacientes con una internación menor de 24 hs. Se definió la presencia de HIA con un valor de PIA > 12 mmHg; se calculó en todos ellos el valor del score SOFA al ingreso como marcador de SDMO. Para el análisis se dividió a la población según el SOFA en Grupo I (SOFA < 4) y Grupo II (SOFA > 4) y se determinó la mortalidad según tuvieran o no HIA. Para el analisis estadístico se utilizaron la media, el desvio standar y la prueba del Chi-cuadrado de Pearson para la comparacion entre los grupos, tomando como valor de significancia estadística a una p<0,05. Resultados: Se analizaron 355 pacientes con una edad promedio de 47±16 años. En la tabla siguiente se observan los hallazgos en cada grupo.

	n	PIA < 12 /mortalidad	PIA > 12 /mortalidad	Valor de P
Grupo I(SOFA < 4)	156	67/18 (26%)	89/41 (46%)	P< 0,001
Grupo II(SOFA > 4)	199	66/39 (59%)	133/104 (79%)	P< 0,001

Conclusión: La incidencia de HIA es mas alta cuando es mayor es el grado de SDMO. La existencia de SDMO con HIA se asocian con mayor mortalidad.

**0154 INSUFICIENCIA SUPRARRENAL RELATIVA EN PACIENTES CON DIFERENTES CAUSAS DE SHOCK.**

M CORTAZAR, D OLMOS KUTSCHERAUER, M ENGEL, A DUBIN  
Sanatorio Otamendi y Miroli.

Objetivos: los pacientes críticamente enfermos pueden desarrollar insuficiencia suprarrenal relativa (ISR). Esta entidad ha sido bien descrita en pacientes con shock séptico. Sin embargo, su incidencia en otras etiologías del shock no está adecuadamente documentada. Nuestra hipótesis fue que la ISR está frecuentemente presente en todo tipo de shock, independientemente de la presencia de sepsis. Métodos: se estudiaron pacientes críticos que requirieron vasoconstrictores para mantener una presión arterial media > 60 mm Hg. La ISR fue diagnosticada como un aumento  $\leq 9 \mu\text{g}\%$  en el cortisol plasmático luego de la administración de 250 ig de ACTH. Todos los pacientes con ISR fueron tratados con hidrocortisona y fludrocortisona. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo a la presencia de sepsis. Se compararon los puntajes APACHE II y SOFA, y la mortalidad. Los datos, expresados como media  $\pm$  DS, fueron analizados con test t para muestras no apareadas y test chi cuadrado. Resultados: se incluyeron 43 pacientes con shock. 23 (53%) presentaron shock séptico, y 20 (47%) otras causas de shock, que consistieron en shock hemorrágico (7 pacientes), shock perioperatorio (5), hemorragia intracraneana (5), insuficiencia hepática (2) y paro cardíaco (1). El 67% de los pacientes evidenció ISR: 13 presentaron shock séptico (45%) y 16 shock de otras causas (55%). El cortisol basal fue semejante (29±18 vs. 26±13, p = 0.45), pero, luego de la prueba de ACTH, el nivel fue menor en los pacientes con ISR (45  $\pm$  14 vs. 30±12, p < 0.001). Estos enfermos presentaron mayor puntaje SOFA (6±2 vs. 4±1, p < 0.005) pero la mortalidad (34 vs. 43 %, p = 0.59) y el APACHE II (20±5 vs. 18±6, p = 0.38) fueron semejantes. La ISR estuvo presente en 13 de 23 pacientes con shock séptico (57%) y en 16 de 20 pacientes con otras causas de shock (80%) (p = 0.10). Conclusiones: la ISR tiene una alta incidencia en todos los tipos de shock. Sin embargo, los datos de esta pequeña cohorte sugieren que, cuando es precozmente diagnosticada y tratada, no incrementa la mortalidad.

**0156 IMPLICANCIAS CLÍNICAS DE LA DETECCIÓN Y GENOTIPIFICACIÓN DEL RNA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS A EN LA FALLA HEPÁTICA FULMINANTE EN NIÑOS EN ARGENTINA.**

JS SASBON<sup>1</sup>, D BUAMSCHA<sup>1</sup>, S GIANNIVELLI<sup>1</sup>, C CAMBACERES<sup>1</sup>, G SALIP<sup>1</sup>, O IMVENTARZA<sup>1</sup>, D DEVICTOR<sup>2</sup>, R MOREIRO<sup>1</sup>, M CIOCCA<sup>1</sup>, M CUARTEROLO<sup>1</sup>, S VLADIMIRSKY<sup>3</sup>, L OTEGUI<sup>3</sup>, R CASTRO<sup>3</sup>, L BRAJTERMAN<sup>3</sup>, S SOTO<sup>3</sup>, J GONZÁLEZ<sup>3</sup>, MS MUNNEN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Pediatría "Dr.J.P.Garrahan", Buenos Aires, Argentina; <sup>2</sup>Unité de Soins Intensifs, Department de Pédiatrie,

Hopital de Bicetre, Le Kremlin-Bicetre, Francia.; <sup>3</sup>Laboratorio Nacional de Referencia de Hepatitis Viral. INEI ANLIS", Dr. C. G. Malbran" Buenos Aires, Argentina.

En la Argentina la causa más frecuente de Falla Hepática Fulminante (FHF) es la Hepatitis causada por el virus de la hepatitis A. Los objetivos de este estudio fueron investigar si la detección del RNA del HAV y la genotipificación mostraron alguna particularidad especial y si la detección del RNA del HAV tienen alguna implicancia clínica en la FHF. Material y métodos: Se incluyeron 33 pacientes con diagnóstico de FHF secundario a hepatitis por virus A (IgM positiva) que ingresaron al Hospital de Pediatría "Dr. P. Garrahan" desde Septiembre de 2003 a Septiembre de 2005. De este grupo 20 niños fueron admitidos la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Los criterios de inclusión fueron: pacientes con IgM positivo para HAV con severo deterioro de la función hepática y alteración de la coagulación con o sin encefalopatía al momento del diagnóstico y sin enfermedad hepática previa. Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a los resultados obtenidos de la detección del HAV RNA: Grupo 1: HAV RNA detectable (13 pacientes). Grupo 2: HAV RNA no detectables (20 pacientes). En ambos grupos se estudiaron las siguientes variables clínicas: días de internación, admisión a UCI, días de UCI, días de ARM, ingreso a lista de espera para trasplante hepático, trasplante hepático y mortalidad. Las muestras en suero para diagnóstico etiológico fueron extraídas al ingreso del paciente al hospital. A todos ellos se les pidió anticuerpos para hepatitis A, B, C, HIV, Chagas, sífilis. Los estudios de detección y caracterización del HAV fueron realizados en el Laboratorio Nacional de Referencia de Hepatitis Viral INEI ANLIS", Dr. C. G. Malbran" Buenos Aires. Para este estudio se envió suero y materia fecal de cada paciente al momento del ingreso. Resultados: La caracterización del fragmento no determinó diferencias en cuanto a genotipo. Todos fueron IA. No hubo significación estadística en relación a las variables edad, tiempo de evolución, tiempo de internación, días en UCI y ARM tanto en el grupo total de pacientes como el admitido a UCI. Sin embargo el grupo total de pacientes con HAV RNA mostró un porcentaje menor al número de admisiones a UCI (54% vs. 65%), criterios de trasplante (46% vs. 80%), posibilidad de ser trasplantados (23% vs. 40%) y mortalidad (15.3% vs. 20%). Los pacientes ingresados a UCI en que el HAV RNA fue detectable mostraron resultados similares. Un porcentaje menor en relación a criterios de trasplante (71.42% vs. 100%), número de trasplantes (42.85% vs. 61.5%) y mortalidad (28.57% vs. 30.76%). Conclusiones: El HAV estudiado hasta el nivel de genotipo no tiene particularidad especial, consecuentemente no tendría relación con la presentación clínica de la FHF. La posibilidad de detectar el RNA del HAV indicaría un mejor pronóstico ya que observamos disminución en el riesgo de trasplante, menor número de trasplante y menor mortalidad.

#### 0157 SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL SECUNDARIO EN UN NIÑO CON QUEMADURAS CRÍTICAS.

E CERDA, A VÉLEZ, G KALTENBACH, D ALLENDE  
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital Provincial Neuquén "Dr. Eduardo Castro Rendón", Neuquén, Argentina.

Objetivos: Reportar un caso de síndrome compartimental abdominal secundario en un niño con quemaduras críticas por fuego. Material y Método: Análisis de caso clínico. Niño de 18 meses de edad que sufre quemaduras por fuego del 70% en cara, tórax, dorso y miembros, sin lesiones abdominales, siendo 30% AB y 40% B (Índice de Garcés 219, quemadura crítica). Se intuba por clínica de injuria por inhalación en el hospital más cercano y se traslada en ambulancia a nuestro Hospital (110 Km de distancia), recibiendo 500 ml de Solución Fisiológica en el trayecto. A las 3 hs del accidente ingresa a la Unidad, sin pulsos periféricos (FC 200/min), pH 6,97. Queda en ARM y se continúa reanimación hidroelectrolítica con 1500 cc de Ringer Lactato, logrando en 2 hs disminuir su FC a 180/min, obteniendo orina hematuria y TA Invasiva de 100/40. A las 4 hs de la admisión persiste con acidosis metabólica a pesar de las correcciones con bicarbonato de sodio al 1/2, con diuresis de 2 ml/Kg/h, y PVC de 4 cm de H2O. Pero progresivamente se observa abdomen más distendido y tenso, que dificulta la ventilación mecánica (con hipercapnia a pesar de altas presiones: PIM 43, PEEP 5), con acidosis

metabólica refractaria, hipertensión arterial y anuria que no responde a infusión de coloides con furosemida. Una hora después sufre PCR, del que se recupera en 10 minutos, quedando con goteo de adrenalina. Se consulta a cirujano infantil por presunto síndrome compartimental abdominal, y ante nuevo PCR se colocan dos catéteres peritoneales para drenaje obteniéndose sólo 100 cc de líquido. Se decide entonces realizar laparotomía descompresiva, exudando abundante cantidad de fluido citrino; el paciente se recupera del paro, pero a las 7 hs del ingreso sufre sucesivos PCR y fallece. Resultados: La distensión abdominal progresiva en este niño con quemaduras críticas pudo ser ocasionada por la infusión de líquidos (más de 250 ml/Kg). A pesar de no medir la presión abdominal mediante sondaje vesical, la descompensación del paciente con disminución franca de la compliance pulmonar (hipercapnia e hipoxemia), acidosis refractaria y anuria es sugestiva de síndrome compartimental abdominal secundario. Habitualmente este síndrome se asocia a hipotensión arterial, pero en este paciente la hipertensión podría deberse a compresión renal y mecanismo renina-angiotensina. La falta de respuesta a la paracentesis abdominal obligó a una laparotomía, con la que se logró descomprimir la presión intraabdominal estabilizando al paciente transitoriamente, pues posteriormente falleció. Conclusión: El síndrome compartimental abdominal secundario en los quemados graves es una complicación que se debe sospechar y evitar, pues se asocia a una mortalidad de 50-100%. Sería recomendable el monitoreo de presión intrabdominal (PIA) en los niños con quemaduras mayores al 40%, pues detectando precozmente un incremento en la PIA podría intervenir antes del desarrollo del síndrome compartimental y su evolución letal.

#### 0158 RABDOMIOLISIS - INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO.

M MONTENEGRO, S CORTESE, I SAGER, J ROMERO, B DI BIASI, C DAMIN

Unidad Toxicología Unidad Terapia Intensiva Hospital Fernandez, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Comunicar las complicaciones en un intoxicado con monóxido de carbono. Rabdomiólisis, insuficiencia renal aguda y trombosis venosa profunda. Material y método: Reporte de un paciente de 25 años, que ingresa al departamento de emergencias con deterioro del sensorio y pérdida de conciencia, Glasgow 5/15, cianótico, hipotenso e hipoperfundido hallado en el suelo del baño de su hogar con 7 horas de evolución. Resultados: Requirió AVM y expansión con cristaloides con refractariedad a la misma. Se agregó infusión con drogas vasoactivas. Miembro inferior izquierdo edema a tensión, eritema y petequias con aumento del diámetro. De ingreso acidosis metabólica severa, Carboxihemoglobina 39.9%, creatinina 3.01. Diuresis: 3000 ml. Se interpreta como Intoxicación con CO. Ingresó a terapia intensiva donde evolucionó con rabdomiólisis (CPK 22.374 a 125.480 U) e I.R.A. Recibió Hemodiálisis. Ecodoppler disminución de flujo en vena femoral y poplítea, sin trombo en miembro inferior izquierdo. Se interpretó trombosis venosa profunda, tratamiento anticoagulante. Neurológico evolución sin déficit motor ni neurocognitivo. La RNM de cerebro no reveló lesiones focales. A los quince días se restableció la función renal con descenso de la curva de CPK a valores normales y se suspendió diálisis. El miembro inferior izquierdo recuperó lentamente su diámetro y funcionalidad normal. Se interpretó el cuadro como intoxicación grave con monóxido de carbono con síndrome compartimental traumático y rabdomiólisis. Conclusiones: En relación a la rabdomiólisis, nuestras observaciones sugieren que la necrosis muscular se podría atribuir a la compresión mecánica del decúbito prolongado y al efecto tóxico directo en músculo del Monóxido de Carbono. El 26% de las rabdomiólisis cursa sin mioglobinuria. La mioglobinuria se asocia con necrosis tubular aguda en el 40% de los casos. El fallo renal agudo como complicación de la rabdomiólisis inducida por monóxido de carbono ha sido bien identificado. 30% de todos los pacientes con rabdomiólisis evolucionan hacia la insuficiencia renal aguda. 8% de las IRA se deben a rabdomiólisis. 50-70% de la rabdomiólisis con IRA requieren diálisis. Existen escasos reportes de trombosis venosa profunda asociados a intoxicación por monóxido de carbono. En nuestro paciente las condiciones predisponentes fueron la inmovilización prolongada, estasis venosa. En la intoxicación por monóxido

de carbono la patogenia incluye anemia relativa por formación de carboxihemoglobina y daño tisular directo por generación de radicales libres e inhibición enzimático. Aunque el dosaje de carboxihemoglobina es útil para el diagnóstico, sus niveles no son adecuados para determinar la severidad del daño tóxico ni tampoco es útil como índice pronóstico. Tratamiento administración de oxígeno suplementario con FIO<sub>2</sub> 100% a través de máscara con reservorio o intubación endotraqueal y oxígeno hiperbárico precózmente si las condiciones del paciente lo permiten. En el paciente no se realizó por encontrarse en AVM sin condiciones para su traslado.

**0159 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS GUÍAS PARA MANEJO DEL TEC SEVERO DE LA TRAUMA BRAIN FOUNDATION (2000).**

G PIÑERO, MA PASQUALI, MJ MONTES, IM AZAR, M MIROFSKY, E ESANDI

Miembros de la Red Argentina de Guías de Práctica Clínica.

Introducción: La utilización de Guías de Práctica Clínica (GPC) es un hecho cada vez más frecuente de práctica médica, sin embargo la evaluación sistemática de su calidad es un ejercicio poco aplicado por los usuarios de GPC. Objetivos: Evaluar la calidad de las Guías de TEC Severo en su versión 2000 utilizando para ello el instrumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation) para evaluación de GPC. Materiales y métodos: Utilizando el instrumento AGREE seis miembros de la Red Argentina de GPC entrenados en evaluación de guías, evaluaron la versión 2000 de las Guías de TEC Severo (TBF), cada evaluador en forma individual envió vía correo electrónico los resultados de su evaluación para luego procesarse los datos en su conjunto. El instrumento AGREE evalúa seis tópicos de interés de las GPC los mismos son: alcance y objetivos, participación de los implicados, rigor de la elaboración, claridad y presentación, aplicabilidad e independencia del editorial. Estas seis áreas son evaluadas mediante la respuesta a 23 preguntas, cada una graduada para que responda el evaluador en una escala de 4 puntos (4 "muy de acuerdo", 3 "de acuerdo", 2 "en desacuerdo" y 1 "muy en desacuerdo") esta escala mide la intensidad con la cual el criterio se ha cumplido. El mínimo de evaluadores para utilizar el instrumento AGREE es de 2, ideal 4. Resultados: Luego de procesar las seis evaluaciones utilizando la fórmula provista por el instrumento: (Puntaje obtenido - Mínimo puntaje posible/Máximo puntaje posible - Mínimo puntaje posible) X 100. Los resultados para cada área fueron los siguientes: Alcance y objetivos: 57,4%, participación de los implicados 16,6%, rigor de elaboración 65,8%, claridad y presentación 66,6%, aplicabilidad 38,8% e independencia del editorial 19,4%. Basados en estos hallazgos la evaluación global demuestra que la guía para el Manejo del TEC severo de la BTF puede ser recomendada, pero que deben realizarse cambios con la finalidad de mejorar su calidad. Conclusiones: Distintos autores han demostrado que la aplicación de la guía ha mejorado la sobrevida de los pacientes con TEC grave. Sin embargo la aplicación y grado de complacencia a las mismas tiene alto grado de variabilidad en la práctica clínica. La evaluación de la calidad de la GPC nos permite identificar los "puntos débiles" que estas presentan con la finalidad de descartar su uso o mejorar sus falencias. La GPC de TEC severo muestra como fortalezas que los objetivos están bien definidos, la calidad en la presentación es buena como así también el rigor en su elaboración. Los puntos a mejoras se relacionan con la participación de los implicados, la independencia editorial y en los aspectos relacionados con su aplicabilidad.

**0160 RELACIÓN DE COSTOS DE LAS TÉCNICAS ABIERTA Y CERRADA DE ASPIRACIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL EN PACIENTES ADULTOS CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA, EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PRIVADA DE LA PROVINCIA DE SAN JUAN.**

MC ZAMORA, DE BENITEZ, WR STOERMANN

Hospital Español.Terapia Intensiva. San Juan. Argentina.

Introducción: En las dos últimas décadas los organismos internacionales (Ej. Banco Mundial), impusieron en nuestro país medidas que favorecieron el ingreso de insumos importados que coti-

zan en dólares. Desaparecida la convertibilidad éstos aumentaron tres veces su valor. Por ello el factor económico cobró gran importancia al momento de decidir su utilización. Objetivo: Conocer la relación de costos de las técnicas abierta y cerrada de aspiración de tubo endotraqueal en pacientes adultos ventilados mecánicamente. Material y método: Se realizó un estudio con enfoque retrospectivo, interpretativo-explicativo. Se extrajeron datos de 64 historias clínicas (11/04 a 04/06), se estableció como unidad de estudio el costo día/aspiración actualizado al 04/06. Se realizaron entrevistas a cuatro coordinadores del área de Terapia Intensiva para conocer el método utilizado en dichas unidades y, su fundamento. Resultados: De las historias clínicas consultadas se observó que la suma de los días de aspiración de los 64 pacientes fue de 361, de éstos 232 se asistieron con técnica cerrada y, 129 con técnica abierta. Luego de calcular el costo total de cada técnica (el cual se calculó en forma directa actualizado a abril de '06), se determinó \$3.356,64 para la cerrada y, \$461,38 para la abierta. Posteriormente, se estableció como unidad de análisis el costo/día aspiración siendo \$14,46 para la cerrada y, \$3,57 para la abierta, resultando la primera cuatro veces más onerosa. Se evidenció también que ambas son eficaces, y sin diferencia significativa en la incidencia de la Neumonía asociada a la Ventilación Mecánica (Se detectó sólo en el 15,6% de los pacientes; de éstos el 50% fue atendido con sistema cerrado, el 40% con sistema abierto y, el 10% en forma mixta). Conclusión: Al momento de elegir un sistema de aspiración en un paciente ventilado mecánicamente se debe optar en primera instancia por la técnica abierta ya que la relación costo-eficacia se encuentra a su favor.

**0162 HIPERNATREMIA EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

J VERGES, N SACCODOSSI

Hospital Teodoro Alvarez, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Determinar incidencia, características clínicas, tratamiento instaurado y mortalidad de los pacientes que presentaron hipernatremia internados en la unidad de cuidados críticos. Material y método: Análisis retrospectivo de 35 pacientes con concentración sérica de sodio mayor de 150 mEq/l durante su internación en terapia intensiva en el periodo Abril de 2005 a Junio de 2006. De las historias clínicas estudiadas se obtuvieron los siguientes datos: hemograma, ionograma, estado ácido-base, tratamientos, balance hídrico y evolución clínica. Los distintos grupos de pacientes con hipernatremia fueron analizados con test de chi cuadrado y para el estudio de relación entre LDH y natremia se utilizó el análisis por regresión simple y se evaluó su posterior correlación. Resultados: El 72% de los pacientes que presentaron hipernatremia fallecieron, mientras que el 28% restante sobrevivieron y fueron derivados a otros servicios del Hospital. La edad media y genero de los pacientes fallecidos (28-88 años, hombres 54%) no marcaron diferencias significativa de los que sobrevivieron (29-80 años, hombres 62%). Con respecto a los niveles séricos de sodio al ingreso de los pacientes a terapia intensiva, el 18% de los pacientes fallecidos presentaron valores entre 150-183 mEq/l y el 12% de los pacientes que sobrevivieron presentaron valores de  $\pm$  150mEq/l. En la cantidad de días de persistencia hipernatremica, no se observo diferencia significativa entre los grupos de fallecidos y sobrevivientes. A la mayoría de los pacientes estudiados no se les prescribió ningún tratamiento con agua libre durante las primeras 24hs. La duración de este trastorno fue mas corta en pacientes que eran hipernatremicos al ingreso (duración media 3 días) que en pacientes con hipernatremia adquirida (duración media 5 días). Se observo además una estrecha relación directa de los altos niveles séricos de LDH y de sodio, sobre todo en patologías inflamatorias. Conclusiones: El tratamiento de la hipernatremia en la práctica médica es a menudo inadecuado o retrasado. Los esfuerzos en manejar mejor este trastorno y de evitar la hipernatremia hospital-adquirida deben encontrarse en la educación del medico y el desarrollo de los sistemas del hospital para prevenir errores en la prescripción de fluidos. Se demuestra además que la hipernatremia hospital-adquirida no es una enfermedad que ocurre solamente en pacientes de altos grupos etáreos, sino que la edad de las personas con esta condición es similar al de todos los pacientes hospitalizados.

**0163 TROMBOSIS DE LOS SENOS VENOSOS CEREBRALES.**

G VIDAL BIANCHI, M ARAUJO, A CRUZ SEGOVIA, R SANTA CRUZ, MJ RONDINA, A CORRALES, J MARTINEZ, L AVILA Hospital Regional Río Gallegos.

**Introducción:** La trombosis del seno cerebral es una patología cerebrovascular, que afecta predominantemente a adultos jóvenes y niños. En adultos la incidencia es de 3-4 casos por millón y el 75% son mujeres. El 85% de los pacientes presentan riesgo protrombótico asociado a factores genéticos, embarazo y puerperio, anticonceptivos orales, trauma del SNC, intervenciones en cuello y columna, infecciones (otitis, mastoiditis, etc.). **Objetivo:** Presentación de dos casos de trombosis del seno longitudinal superior en mujeres en edad fértil internadas en UTI en junio de 2006. **Material y método:** Se utilizó para el diagnóstico: tomografía axial computada (TC), angiografía por resonancia magnética nuclear (ARMN), doppler de vasos de cuello y ecocardiograma. **Caso I:** 38 años, uso de anticonceptivos orales con parestias peribucales y de miembro inferior izquierdo 72 hs previas a la consulta que realiza por convulsiones. doppler de vasos de cuello sin particularidades, ecocardiograma sin particularidades, TC focos isquémicos corticosubcorticales bilaterales ARMN: trombosis de 2/3 anterior del seno sagital izquierdo. Se realizó anticoagulación, presentó evolución favorable. **Caso II:** 25 años, antecedente de aborto espontáneo en 2005, derivada de Río Turbio por presentar hemiparesia derecha y convulsiones, así mismo presentaba 7 días antes de la consulta cefalea, mareos y náuseas. Doppler de vasos de cuello sin particularidades, ecocardiograma sin particularidades, TC hemorragia occipital derecha y hematoma parasagital cortical derecho. ARMN trombosis de seno longitudinal y transversal derecho con imagen compatible con mastoiditis homolateral, se realizó anticoagulación, presentó evolución favorable. **Conclusión:** En pacientes jóvenes que debutan con foco motor y convulsiones, y presentan TC con infartos hemorrágicos especialmente si son múltiples y no pertenecen a un territorio vascular definido uno de los diagnósticos diferenciales a considerar debe ser la trombosis de senos cerebrales.

**0165 PREDICTORES SENCILLOS DE FALLA EVOLUTIVA EN PACIENTES CON EPOC EN UTI. NUEVO SCORE.**

ALRICA<sup>1</sup>, JA DE CA<sup>1</sup>, V ME<sup>1</sup>, CO YANA<sup>1</sup>, RU FRAN<sup>1</sup>, TU CAST<sup>1</sup>, FER FUNA<sup>1</sup>, PA DICI<sup>1</sup>, CA SER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón Santamarina Tandil; <sup>2</sup>Terapia Intensiva

predictores sencillos	AR	VP	BR	VR	VP
taquipnea fatiga musc	5	< 0.005	sin menores broncoespasmo	1	<0.005
ARM >10 ds.	5	< 0.005	Sin ARM, ARM <4ds.	1	<0.005
complicaciones FOM	5	NP	sin complicaciones sistémicas	1	NP
Plaquetopenia, urea creat elev.	5	NP	leucocitosis función renal normal	1	NP
Alteraciones PCO2 y PH >3ds	5	NP	mejoría gasométrica dentro 24 hs	1	NP

**Objetivo:** determinar factores predictores sencillos de evolución en pacientes con EPOC en UTI, creando un nuevo score. **Material y**

**Método:** se analizaron pacientes con diagnóstico de EPOC, sexo, edad, días de internación, comorbilidad, uso o no de ARM, sepsis, shock, FOM, neumopatías, Apache, laboratorio, bacteriología, gasometría, síntomas desde el ingreso, espirometría, otras variables fisiológicas, estado nutricional. Se incluyeron un total de 125 pacientes desde el 03/02 hasta 03/06, se recopilaron datos de las historias clínicas, realizando seguimiento de c/u de los pacientes. Consultando bibliografía científica actualizada por diferentes métodos (medline, revistas científicas, estudios multicéntricos, medicina basada en la evidencia, consenso de expertos). **Análisis descriptivo, analítico y retrospectivo.** **Resultados:** Se observó que la mortalidad hospitalaria fue < en los EPOC, versus otras patologías graves ingresados en UTI. Dentro de los EPOC La > mortalidad 60% en los bronquiales crónicos con reagudización de su enfermedad, uso de ARM al ingreso que presentaron durante su internación FOM (12%). Y < grado de mortalidad en pacientes con asma, jóvenes de los cuales el motivo de ingreso fue PCR que requirieron ARM, con aumento de los días de requerimiento de ARM (7%) con el antecedente de varias internaciones y uso previo de ARM. Presentaron VI el 85% VNI 4% requiriendo posteriormente estos últimos el 50% VI. En los pacientes que sólo requirieron VNI el tiempo de hospitalización y la mortalidad fue menor. Valores altos de APACHE II: > hospitalización y comorbilidad requiriendo al año por lo menos 2 internaciones con ARM > de 15 días y > mortalidad entre los 3 y 6 meses, alteración conciencia, agotamiento progresivo, alteración de la PCO<sub>2</sub> y PH persistente, shock, FOM, caída del VEF1. Se pudo observar que en el 70% de estos pacientes a partir del 2° o 3° día presentaban plaquetopenia con peor pronóstico con urea y creatinina elevadas. **Conclusión:** No existe hoy un método fiable, o un score para EPOC, usando predictores sencillos para identificar pacientes con alto riesgo de vida. Para tal fin dividimos a los pacientes en 2 grupos teniendo en cuenta los diferentes predictores y así observar el pronóstico de los mismos: Alto riesgo (AR), Bajo riesgo (BR) Mortalidad: 25 puntos de ingreso (>90%), 5 puntos (<10%).

**0166 HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS EN EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

V BORRAJO, F MUÑOZ CASTILLO, A GIANNELLI, L VARGAS, R NAVARRO, C BONINO MENDEZ

Policlínico Neuquén, Terapia Intensiva.

**Introducción:** La histiocitosis X es una enfermedad infrecuente producida por la proliferación de células de Langerhans. Al diagnóstico se llega mediante biopsia de la lesión (gránulos de Birbeck), y/ó mediante técnicas inmunohistoquímicas (proteína S100 y células CD1). La incidencia en niños es de 3 a 5 casos por millón y en adultos, de 1 a 2 casos por millón de habitantes y la edad de presentación está entre los 21 y los 69 años con una edad media de 32 años. No se conoce la etiología, aunque las últimas investigaciones apuntan a una disfunción del sistema inmune, ya sea de fagocitos multinucleares ó por alteración en el control de las células citotóxicas. La enfermedad puede ser uni ó multifocal y dentro del SNC existe predilección por el área hipotálamo-hipofisaria, siendo el cerebelo el segundo órgano afectado. Poliuria y polidipsia son signos de compromiso hipotalámico y pueden indicar el principio de una diabetes insípida, usualmente en aquellos con afectación multisistémica y durante el curso de la enfermedad, rara vez es la primera manifestación. Con la RMN se ha incrementado la identificación de lesiones en el sistema nervioso central. El tratamiento quimioterápico no ha demostrado curación de la diabetes insípida. **Objetivo:** Documentar un caso de enfermedad poco frecuente con una rara forma de presentación. **Presentación del caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 32 años, portadora de hipotiroidismo en tratamiento con 150 mcg de levotiroxina/día, que presentaba trastornos de consciencia y cambios en la conducta de un año de evolución, amenorrea, agalactorrea, hipernatremia, poliuria y polidipsia. Mediante RMN, se diagnosticó un tumor de hipotálamo y se realizó la exéresis quirúrgica. La anatomía patológica informó diagnóstico definitivo de histiocitosis de células de Langerhans. Recibió tratamiento con quimioterapia y quedó con tratamiento de mantenimiento con desmopresina, fludrocortisona y levotiroxina. A los cuatro años, presentó nuevamente trastornos de conducta, agresividad, desorientación témporo-espacial, deshidratación y severa hipernatremia. Se

internó en UTI y se trató con desmopresina. Presentó severos trastornos del balance de sodio con encefalopatía, múltiples intercorrientes infecciosas y muerte. Discusión: La histiocitosis X es una enfermedad poco frecuente y menos frecuente es que exista solamente compromiso hipotalámico. La diabetes insípida está presente, en general, cuando hay compromiso multisistémico de la enfermedad. Es raro que se presente como primera manifestación.

**0167 IMPACTO DE LA ACIDOSIS HIPERCLORÉMICA (AHCL) EN LA MORTALIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS.**

J. CESTARI<sup>1</sup>, D. CAPUTO<sup>1</sup>, C. STRUCK<sup>1</sup>, G. DOMENICONI<sup>2</sup>, A. LESTON<sup>1</sup>, M. COHEN<sup>2</sup>, E. QUERO<sup>1</sup>, J. SAGARDIA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología y Medio Interno. Hospital Posadas; <sup>2</sup>Terapia Intensiva de Adultos. Hospital Posadas.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre el desarrollo de AHCL y mortalidad en pacientes en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI). **Material y método:** Se evaluaron consecutivamente todos los pacientes ingresados en la UTI del Hospital Posadas entre enero y junio de 2006. Fueron excluidos los que no permanecían en la UTI luego de 48 Hs del ingreso y los que requirieron diálisis en ese período. Se ingresaron al estudio 120 pacientes, a quienes se les midió estado ácido-base, ionograma, creatinina y albúmina en plasma. Se definió AHCL como aquel caso con bicarbonato plasmático  $\leq 22$  mEq/L y variación de cloro  $> 5$  mEq/L, medidos a las 48 Hs del ingreso. Con estos parámetros se formaron 2 grupos que fueron seguidos prospectivamente hasta el alta o muerte del paciente. Se utilizó test t o Wilcoxon para comparar APACHE II entre ambos grupos y test de proporciones binomiales para las diferencias de mortalidad. Además se realizó una regresión logística, utilizando APACHE y presencia de AHCL (con análisis uni y bivariado). **Resultados:** Del total de pacientes evaluados 37.5% (n:45) presentaban AHCL. Ambos grupos tenían valores de APACHE II al ingreso similares (p: 0.18). El valor de APACHE II (p: $< 0.0001$ ) fue predictor de mortalidad en esta población. La mortalidad intrahospitalaria en el grupo con AHCL fue del 60% (27 de los 45 pacientes), mientras que en el grupo sin AHCL murieron 20 de los 75 pacientes (26%), p:0.0024; IC95 0.14-0.51. La AHCL resultó un factor de riesgo significativo para mortalidad, con un OR: 4.12 (IC 95%: 1.88-9.05). La interacción de ambas variables no fue significativa en cuanto a su impacto en mortalidad (p: 0.68). **Conclusiones:** En la población descrita la acidosis metabólica hiperclorémica fue predictor de mortalidad intrahospitalaria en pacientes críticos.

**0168 ACIDOSIS HIPERCLORÉMICA (AHCL) EN PACIENTES CRÍTICOS: ¿SÓLO LAS SOLUCIONES INFUNDIDAS SON RESPONSABLES?**

D. CAPUTO<sup>1</sup>, J. CESTARI<sup>1</sup>, A. LESTON<sup>1</sup>, M. COHEN<sup>2</sup>, G. DOMENICONI<sup>2</sup>, C. STRUCK<sup>1</sup>, E. QUERO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Nefrología y Medio Interno. Hospital Posadas; <sup>2</sup>Terapia Intensiva de Adultos, Hospital Posadas.

**Objetivo:** La generación de AHCL en pacientes críticos ha sido vinculada a la infusión de grandes volúmenes de soluciones ricas en cloro. La respuesta renal fisiológica a la AHCL es una máxima excreción de amonio en orina. El objetivo del presente estudio fue evaluar la capacidad de acidificación renal distal en pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) que desarrollan AHCL. **Material y método:** Se evaluaron prospectivamente 111 pacientes ingresados en la UTI del Hospital Posadas entre enero y junio de 2006. A todos los pacientes se les solicitó estado ácido-base, ionogramas urinario y plasmático y creatinemia luego de 48 Hs de estadía en la UTI. Se calculó el catión restante urinario según la siguiente fórmula: CRU:Cl - (Na+K). Se consideró que un CRU  $> 20$  correspondía a una adecuada excreción renal de amonio. Fueron evaluadas las frecuencias relativas de adecuada o inadecuada acidificación urinaria en presencia de hipercloremia. **Resultados:** De los 111 pacientes evaluados 73 desarrollaron AHCL a las 48 Hs del ingreso (60.8%), definida por bicarbonato plasmático  $\leq 22$  mEq/L con variación del cloro  $> 3$ . De ellos 19 fueron descartados por presentar falla renal (creatinina  $\geq 1.5$ ) y 5 por tener sodio urinario  $< 20$  mEq/L (ambas condiciones asociadas por alteraciones en la acidificación urinaria). Según este análisis el 92.5% de los 40 pa-

cientes (n: 37) presentaron un CRU  $< 20$ . **CONCLUSIONES:** Un alto porcentaje de pacientes que desarrollan AHCL a las 48 Hs de internación en UTI muestran una inapropiada respuesta homeostática renal al trastorno ácido-base, caracterizada por una insuficiente excreción de amonio. Según nuestros datos, el riñón jugaría un rol determinante en la fisiopatología de la AHCL en pacientes críticos.

**0169 EVOLUCIÓN A 30 Y 90 DÍAS DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR BAJO TRATAMIENTO CON ALTEPLASA.**

P. CLEMENTTI, L. VIDAL, G. BUSTAMANTE LABARTA, C. SZULMAN, B. WAJSER, L. FREIJO, H. SOSA, L. SILVA, V. RAMOS, M. VELÁZQUEZ, C. CAÑAS, F. TEJERINA, G. MARTÍNEZ, S. CASTAÑEDA

Sanatorio Nuestra Sra. Rosario. S.S. de Jujuy, Pcia. Jujuy, Argentina.

**Introducción:** los pacientes con accidente cerebrovascular (ACV) tienen un pronóstico desfavorable, constituyendo la primera causa de discapacidad y la tercera causa de muerte a nivel mundial. La forma de presentación isquémica es la más frecuente, sólo algunas drogas han demostrado su utilidad en la etapa aguda. **Objetivos:** En este reporte presentamos la evolución de los pacientes con ACV isquémico agudo tratados con Alteplasa, en un centro, en la Provincia de Jujuy. **Material y métodos:** en un período de 2 años, 2004 -2006, se evaluaron 10 pacientes de ambos sexos, en forma descriptiva y prospectiva, con ACV isquémico agudo sometidos a tratamiento con Alteplasa endovenoso (EV), o la combinación endovenoso intraarterial (EV-IA), o con métodos mecánicos (angioplastia). **Criterios de inclusión:** mayores de 18 años, sin contraindicación para fibrinolíticos, con menos de 3 horas de evolución para Alteplasa endovenoso (EV), con menos de 6 horas para combinados IA-EV, y con menos de 12 hs. para territorio posterior. A todos se realizó tomografía axial computada al ingreso y a 48 horas, además fueron evaluados con escala de NIH (Instituto Nacional de Salud de EE.UU) y Rankin modificado (Rm), al ingreso, 30 y 90 días. **Resultados:** los pacientes presentaron al ingreso, una escala de NIH promedio de 12 (rango 6 - 19), una edad promedio de 66 años (rango 44 - 86). Se realizaron 6 tratamientos con Alteplasa EV, 1 IA, y 3 combinados IA y EV, de estos últimos un paciente además fue tratado con angioplastia. A 30 días, 7 (70%) pacientes con evolución favorable, con escala de NIH 0-1 en 6 pacientes y en 1 paciente con escala de 4; escala de Rm 0-1 en 6 pacientes y escala de Rm de 2 en 1 paciente. A 90 días, 6 pacientes (60%) con evolución favorable, escala NIH 0-1, y escala Rm 0-1. **Complicaciones:** mortalidad del 10%, una muerte relacionada a fenómeno de retrombosis intraprocedimiento en paciente con ACV vertebrobasilar, de 10 horas de evolución; 2 hemorragias mayores sin riesgo de vida, no cerebrales. Ninguno de los pacientes presentó hemorragia cerebral. **Conclusión:** los pacientes con ACV isquémico agudo sometidos a tratamiento con alteplase presentaron una evolución favorable, con un porcentaje de éxito elevado, en el seguimiento a 30 y 90 días.

**0172 MONITORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS EN LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO.**

E. MANRIQUE<sup>1</sup>, Z. AGUAD<sup>1</sup>, S. CASTRO<sup>1</sup>, D. DUARTE<sup>2</sup>, G. FILLIPA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Ushuaia; <sup>2</sup>Hospital Regional Río Grande.

**Objetivo:** Monitorización de 7 indicadores de calidad, considerados relevantes en la atención de los pacientes internados en TI. **Observar** el grado de cumplimiento de los indicadores de calidad, y comparar los resultados obtenidos con estándares vigentes. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico. Desde el 20/05/06 al 14/07/06 inclusive, totalizando 56 días de monitoreo. Se realizó una monitorización de los indicadores de forma cuidadosa por los investigadores; recolectando los datos de las historias clínicas, indicaciones médicas, partes de enfermería, y de la observación de las intervenciones que recibían los pacientes. No teniendo conocimiento del monitoreo el resto de los integrantes de las TIs. Los indicadores fueron: 1) Administración precoz de AAS en SCA. 2) Terapéutica de reperfusión en STEMI. 3) Cabecera 30° en pacientes con ventilación mecánica. 4) Prevención de enfermedad

tromboembólica. 5) Seguimiento de protocolo en liberación de ventilación mecánica. 6) Profilaxis de hemorragia gastrointestinal. 7) Toma de cultivos e inicio de antibióticos en forma temprana en la sepsis. Resultados: En los 56 días del estudio, ingresaron 59 pacientes, con un APACHE II promedio de 18.85. Con los siguientes resultados: INDICADOR 1: 20 pacientes con SCA, 19 cumplieron (95%), INDICADOR 2: 3 pacientes con STEMI, recibiendo los 3 (100%) terapéutica de reperfusión, INDICADOR 3: 22 pacientes, con una duración de 95 días de VM, cumpliendo el indicador en 91 días (95.78%), INDICADOR 4: Se realizó en pacientes cuya estadía era mayor a 24 horas, de 52 pacientes, cumplieron con el indicador 44 (84%), INDICADOR 5: se evaluó en pacientes que recibieron VM por más de 24 horas, 22 pacientes recibieron VM, solo se evaluó en 14 de ellos ya que 8 obitaron. En los 14 se cumplió en el 100%, INDICADOR 6: se realizó en pacientes cuya estadía era mayor a 24 horas, de 52 pacientes, cumplieron con el indicador 47 (90.38%), INDICADOR 7: En 22 pacientes que presentaron criterios de sepsis, se cumplió el indicador en 17 (77.27%). Dichos resultados son muy acordes comparando con estándares internacionales. Ver Grafico.

Indicadores	Total Pacientes	Cumplimiento	Estandares
1	20 ptes. con SCA	19 ptes. (95%)	100%
2	3 ptes. con STEMI	3 ptes. (100%)	100%
3	22 ptes., con una duración de 95 días de VM	91 días (95.78%)	97%
4	52 ptes.	44 ptes (84%)	90%
5	14 ptes.	14 ptes. (100%)	97%
6	52 ptes.	47 ptes. (90.38%)	95%
7	22 ptes.	17 ptes. (77.27%)	100%

Conclusiones: La monitorización y la observación del cumplimiento de los indicadores sirvió para darnos cuenta de las prácticas que realizamos en TI muchas de ellas se pueden mejorar y reeditarán en un beneficio para nuestros pacientes.

### 0173 SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCO B HEMOLÍTICO DEL GRUPO A: UNA INFRECUENTE FORMA DE PRESENTACIÓN.

GL FAGALDE, LS MARCOS

Hospital Niño Jesús de Tucumán.

Introducción: La enfermedad invasiva por Estreptococo B hemolítico del grupo A (GABHS) es una enfermedad multisistémica con una importante morbi-mortalidad. Se define como una infección asociada al aislamiento del GABHS de un sitio normalmente estéril del organismo e incluye 3 síndromes clínicos. El Síndrome de Shock Tóxico (TSS) se diferencia de los otros por cursar con shock y fallo orgánico múltiple temprano en su evolución. Objetivo: Presentar una rara forma de presentación del TSS. Diseño: Reporte de un caso pediátrico. Caso Clínico: Paciente de 6 años de edad que ingresa a UCIP con Diagnóstico presuntivo de Leucemia, cursando un cuadro de Shock Séptico. Enfermedad de 10 días de evolución con vómitos y fiebre, palidez generalizada, astenia y dolor óseo. Presenta al ingreso al hospital HTO: 18%; Hb: 5,7gr%, GB: 500; Plaquetas de 5500. Se realiza PAMO. Evolución desfavorablemente y pasa a UCIP a las 48hs del ingreso en mal estado general, palidez generalizada, adenopatías múltiples, taquicárdico, taquipneico, oximetría 84%, hipotenso TAM < PC 5, pulsos periféricos ausentes, relleno capilar enlentecido, Hígado a 7cm reborde costal, Bazo 1,5 cm. Se colocan vías centrales y vía arterial, e ingresa en ARM. Diagnóstico al ingreso: Probable LLA-Shock Séptico. Se comienza con reposición de líquidos e inotrópicos a altas dosis, se poli cultiva y se medica con Ceftriaxona. Evolución a Shock séptico refractario con infusión de adrenalina ev altas dosis. Se agregan lesiones ampollosas en piel con descamación posterior. Se recibe PAMO normal e informe de Hemocultivos con cocos (+) en cadena, se agrega Clíndamicina ev y gammaglobulina a 400mg/kg/día. Al 3er día Hemocultivo (+) para Estreptococo B hemolítico del grupo A. Fallo renal al 4to día, comienza con diálisis peritoneal. Fallece al 9no día del ingreso en Fallo Orgánico Múltiple. Dg. definitivo: Síndrome de Shock Tóxico por Estreptococo B hemolítico del grupo A.

### 0174 NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

N PINELLO, M PORTUGAL, A NUÑEZ, P VENDRAMI

Servicio de Terapia Intensiva Hospital Angel C. Padilla, Tucumán.

Introducción: El SIC es la resección masiva del intestino delgado con o sin conservación de la válvula ileocecal dejando como consecuencia una superficie insuficiente para mantener un estado nutricional o de hidratación compatible con la salud y en el caso de los niños con el crecimiento. Las causas son el Infarto Mesentérico, la Enfermedad de Crohn, los Tumores, el Trauma y la enterocolitis necrotizante (niños). El principal síntoma es la diarrea. La evolución postoperatoria dependerá del nivel de resección y se ha dividido en cuatro fases: hipersecretora; de adaptación intestinal; otra en la que se dividen los pacientes que podrán sobrevivir con soporte nutricional y quienes van a necesitar reposición hidroelectrolítica periódica y de las complicaciones. En el tratamiento, lo importante es la precocidad de la nutrición enteral con formulas isoosmótica, hipograsas y sin residuos ni lactosa siendo esto el principal factor estimulante de la adaptación del intestino remanente. Esta presenta dificultades en las fases agudas, por lo que los pacientes deben ser tratados frecuentemente con nutrición parenteral. Las consecuencias de este cuadro son: una larga estadía hospitalaria, alteración social y laboral, riesgo vital e infecciones frecuentes que obligan al reingreso hospitalario en la unidad de cuidados intensivos, con los consecuentes aumentos en los costos de internación. Objetivo: presentación de un caso clínico de Síndrome de Intestino Corto. Presentación del caso: paciente femenino de 35 años, consulta por vómitos, reflujo y con distensión abdominal no atribuible a la edad gestacional. Embarazo de 35 semanas. Se interna y se decide cirugía. Se realiza cesárea, se extrae feto vivo y luego se explora cavidad abdominal encontrándose tumoración sólida, que compromete la arteria mesentérica, resecándose 120 cm de yeyuno proximal desde el ángulo de Treitz, realizándose una anastomosis término lateral. Se deja yeyunostomía para alimentación. Evolucionó con diarrea y distensión abdominal. Se detecta fístula por lo cual es reintervenida quirúrgicamente constatándose necrosis casi total del yeyuno-ileon, dejando 40 cm de ileon desde la válvula ileocecal. Recibe tratamiento antibiótico, continúa con dolor abdominal, diarrea y abundantes débitos biliosos por S.N.G. Inicia AP. Continúa con fuertes dolores cólicos. Nueva cirugía; previo a esta, se realiza un transito intestinal donde se constata pasaje de medio de contraste a ileon por anastomosis y estenosis de la misma por lo que se decide colocar stent. Se inicia AE con mala tolerancia (vómitos biliosos) continuando con AP, en sala de clínica. Permanece internada tres meses con AP con Clinomel®. Actualmente se alimenta por VO con aportes vitamínicos, manteniendo un peso promedio de 50 kg. Con reinternaciones por pseudoclusión a punto de partida de segmento remanente. Informe de anatomía patológica: lesión histológica compatible con Fibromatosis Mesentérica. Conclusión: se presenta el caso por su evolución favorable y el rol de la nutrición enteral y parenteral en el manejo de la misma.

### 0175 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES ASOCIADAS A TAM AL INGRESO RESPECTO A MORTALIDAD EN EL HEMATOMA INTRACEREBRAL ESPONTÁNEO.

JA GRUCCI, L CAMPUTARO, C SALVATIERRA, D CZERWONKO, L SIERRA, A GALLESIO

Hospital Italiano Buenos Aires.

Introducción: El hematoma intracerebral espontáneo continúa siendo uno de los eventos cerebrovasculares de mayor desafío en el tratamiento intensivo y neuroquirúrgico. Varios análisis han demostrado la asociación de malos resultados con el volumen inicial, presencia o no de volcado ventricular, escala de Glasgow, topografía infra o supratentorial y la edad del paciente. La tensión arterial media no demostró ser predictor de resultados. A pesar de ello; las Guídelines sugieren ser permisivos con la misma, sugiriendo un punto de tolerancia de 130 mmHg. Objetivo: analizar el comportamiento de las variables en una población de HICe las variables. Material y Métodos: análisis retrospectivo de una cohorte de pa-

cientes ingresados a Terapia Intensiva en un periodo de 18 meses (01/06/03 - 30/12/04). Se obtuvo de los registros datos epidemiológicos: sexo, edad. Datos al ingreso del paciente: escala de Glasgow post reanimación, volumen del hematoma (medido por TAC AxBxC/2), presencia o no de volcado ventricular, antecedentes vasculares (definidos por historia clínica previa), días de internación en TI, evolución en TI tomando como outcome vivo ó fallecido. Se dicotomizó la muestra según la TAM de ingreso en A: TAM <130 mmHg y B: TAM >130 mmHg. Los datos fueron procesados con programa Stata VII. Se utilizó ttest para variables continuas y test chi2 para variables ordinales. Se realizó regresión logística múltiple tratando de identificar las variables predictoras de TAM correspondientes a grupo A o B. Resultados: Se recabaron los datos de 85 pacientes en dicho periodo. Para el análisis final se incluyeron 78 pacientes, los 7 restantes se descartaron por no contar con los datos completos requeridos. El 53.8 % (42/78) correspondió al sexo masculino. La edad promedio fue de 68.3 ± 13 años. El 37.2% (29/78) referían antecedentes vasculares. Los grupos A y B quedaron conformados con 39 pacientes cada uno. Los resultados de las variables analizadas por grupo fueron: Tabla I. El análisis de regresión logística arroja la edad, el volumen al ingreso y la presencia o no de volcado ventricular como predictor de ingreso con TAM correspondiente al Grupo A. Conclusiones: La TAM al ingreso en el HIC no demuestra valor predictivo de outcome en Terapia Intensiva. Por otro lado hipotensión arterial impresiona ser un evento deletéreo en la evolución. En esta población un volumen menor al ingreso, mayor edad, y la presencia de volcado ventricular se comporta como predictor de TAM.

GRUPO	Edad	Volumen	Glasgow	Historia Vascular	Hemorragia Ventricular	Mortalidad
A (N=39)	66,3 DS: 14 (61,7-71,02)	50,26 DS 24 (24,46-58,05)	9,9 DS 4,1 (8,6-11,2)	13 / 39	22 / 39	11 / 39
B (N=39)	70,1 DS 11,2 (66,5-73,8)	64,7 DS 28,7 (55,4-74,0)	10 DS 4 (8,7-11,3)	16 / 39	13 / 39	19 / 39
p	NS	S	NS	NS	S	NS

**0176 EVALUACIÓN DE LA INJURIA MIOCÁRDICA EN PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO SIN ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES.**

D BERNARDEZ, J BILBAO, S BARATTA, P PRATESI, G PARRA, S COSENZA, J ALVAREZ, J ESCARDO, D CZERWONKO, F UNGAR, G OLIVA, A PRIOLO, A HITTA  
Hospital Universitario Austral.

Objetivo: Evaluar "injuria miocárdica" mediante la utilización de troponina T (TT), CPKMB y CPK, en pacientes con sepsis severa y shock séptico (SS-ShS), sin antecedentes cardiológicos, durante la resucitación clínica, hemodinámica y tisular. Material y métodos: En 12 meses ingresaron a nuestro servicio 40 pacientes (p) con SS y ShS. Treinta p presentaron los criterios de exclusión de nuestro protocolo: >70 años, miocardiopatía de cualquier etiología, enfermedad coronaria aguda o crónica conocida, bloqueo de rama izquierda, marcapaso definitivo, cardiopatías valvulares significativas, arritmias de alta respuesta ventricular y post parocardiopulmonar. Incluimos 10p (SS n:1/ShS n:9), media de edad 50 años (DE 17), sexo masculino 40%. Las variables numéricas no paramétricas se expresaron por mediana e intervalos intercuartilo 25-75. El APACHE II fue de 18,5 (14 a 22) y el SOFA al ingreso de 6.5 (6 a 8). Todos los p requirieron ARM, duración 10d (4 a 28). La permanencia en UCI fue de 14d (7 a 30). La evaluación hemodinámica se realizó mediante catéter de arteria pulmonar. Se realizaron determinaciones de CPK, CPKMB y TT con valores de corte: 174 U/L, 7,2 ng/ml, 0,03 ng/ml respectivamente, al ingreso y durante 10 días consecutivos. Se utilizó noradrenalina en 9p y dobutamina en 2p. Se cumplieron objetivos de resucitación clínica, hemodinámica y tisular evaluados por diuresis >0.5 ml/kg/hora, TAM >65 mmHg, IC >2.5 l/m<sup>2</sup>/min, PCP >12 mmHg, láctico <2,5 meq/L, saturometría venosa/arterial O<sub>2</sub> >70/90% respectivamente y hemoglobina >10 mg/dl. Resultados: Se observó una elevación de la TT de 0.07 (0.03 a 0.39) en el 50% de los p, con normalización al 5 día en todos. Este comportamiento separó 2 grupos: TT+ y TT- (con y sin elevación). El descenso de TT mostró correlación con la reducción de la dosis de drogas vasoactivas.

El grupo TT+ presentó respecto del grupo TT- un APACHE II 22 vs 16 y un SOFA 7,8 vs 5,8. No se detectó elevación de CPK y CPK MB ni cambios ECG de isquemia/infarto. El patrón hemodinámico de ambos grupos fue distributivo: IC 4.4 l/min/m<sup>2</sup> (3.8 a 5) resistencia vascular sistémica de 700 dinas/seg/cm<sup>5</sup> (600 a 825). En todos los pacientes se alcanzaron dentro de las primeras 24 hs los criterios de resucitación preestablecidos. La mortalidad fue de 20% en la población incluida. Conclusiones: La TT se eleva frecuentemente en los pacientes con SS y ShS aún en p sin antecedentes cardíacos. Se observó una tendencia de correlación positiva entre la elevación de la TT y los scores de gravedad al ingreso. La elevación de TT no se asoció a elevación de CPK y CPK MB ni cambios ECG de isquemia / infarto. La TT mostró un "rápido descenso" correlacionando con la reducción de la dosis de noradrenalina. No se puede diferenciar si este grado de injuria miocárdica es secundario a la resucitación o se debe a la mayor gravedad de los pacientes. La elevación de la TT podría ser un elemento de valor pronóstico no considerado en los scores de gravedad clásicos.

**0177 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN POR ACINETOBACTER SPP. MULTIRRESISTENTE TRATADA CON TIGECICLINA.**

JF LOSINNO, ME BLANCO, GE CREMONA, AR CREMONA, MR DE LA SERNA, OJ GRILLO, AA LEGARTO, MC MENDEZ, JJ NAPAL, SJ RAMIREZ BORGA  
Hospital Italiano de La Plata.

Introducción: La neumomía asociada a ventilador (NAV) es la 2 causa en frecuencia y la 1 causa de muerte por infección nosocomial, adquirida en unidades de cuidados intensivos. (UCI). Los microorganismos implicados en las NAV tardías presentan resistencia en aumento a múltiples antibióticos, con opciones terapéuticas limitadas; especialmente para los bacilos gram negativos (BGN) no fermentadores (*Acinetobacter spp.* y *Pseudomonas aeruginosa*). Objetivo: Reportar dos casos de NAV tardías producida por *Acinetobacter spp.* resistente a carbapenemes y polimixina E (colistina) que fueron tratadas con tigeciclina. Material y Métodos: Caso 1: B.O: 44 años, masculino, antecedentes de esquizofrenia Ingresó por coma, por intoxicación con alcohol y psicofármacos. Presenta síndrome de distress respiratorio del adulto secundario a broncoaspiración, con requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM) desde su ingreso a UCI, APACHE 26. Al 12 día de ARM desarrolla shock séptico secundario a NAV; con criterios clínicos y radiológicos. Se realiza MiniBal con rescate de *Acinetobacter spp.* multirresistente con recuento significativo (10<sup>4</sup> unidades formadoras de colonias por mililitro). Se realiza tratamiento por 14 días. Caso 2: M.F: 36 años, masculino, sin comorbilidades. Presenta cuadro de insuficiencia respiratoria aguda por debilidad muscular secundaria a crisis miasténiforme, con requerimiento de ARM desde el ingreso; APACHE 5. Se realiza tratamiento con anticolinérgicos, plasmaféresis y glucocorticoides por su enfermedad de base (mias-tenia gravis). Al 6 día de ARM presenta NAV con criterios clínicos y radiológicos; en el lavado bronquioloalveolar se rescata *Acinetobacter spp.* multirresistente y *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, con un índice bacteriano de 8. Se realiza tratamiento con tigeciclina asociado a cefazolina durante 10 días. Los casos descritos tuvieron buena evolución clínica, radiológica y microbiológica. No se constataron efectos adversos atribuidos al tratamiento anti-microbiano. Conclusiones: Aproximadamente el 65 % de las NAV son debidas a BGN (*Acinetobacter spp.* 7%) con una elevada morbi-mortalidad. Si bien la tigeciclina fue aprobada para el tratamiento de infecciones de piel y partes blandas e infecciones intraabdominales, resultó ser una alternativa útil, como tratamiento compasivo en NAV por *Acinetobacter spp.* En los casos presentados se obtuvieron buenos resultados clínicos, radiológicos y microbiológicos; y ninguno de los casos presentó efectos adversos relacionados al tratamiento con la tigeciclina.

**0178 EDEMA PULMONAR POR PRESIÓN NEGATIVA TIPO 1 EN UNA UCIP.**

AE TABOADA, PA CASTELLANI, OA RECUPERO, CF PELTZER, P SALDÍAS  
Hospital de Niños Sor María Ludovica.

Introducción: Los primeros casos de edema agudo de pulmón por presión negativa (EPPN) se describieron en la década del

1970, siendo éstos secundarios a epiglotitis y crup, llamándolos edema agudo de pulmón post-obstruccion. Años después, se encontraron otras etiologías que generaban edema agudo de pulmón como consecuencia a una obstrucción aguda de la vía aérea superior con aumento de la presión negativa intrapleural; se agruparon entonces, como EPPN tipo 1 a las patologías que incrementan la presión negativa intra-pleural secundariamente al esfuerzo respiratorio realizado para vencer esa resistencia generada por la obstrucción aguda de la vía aérea, ejemplos serían el laringoespasma post-extubación, estrangulación o atragantamiento, epiglotitis o crup. Como EPPN tipo 2 se englobaron a los cuadros que se desarrollan al liberar una obstrucción de la vía aérea superior de instauración crónica, cabe mencionar como ejemplo amigdalectomías o adenoidectomías, entre otras. Objetivos: Analizar su incidencia. Subclasificar según etiopatogenia. Describir tres casos clínicos ocurridos en la UCIP en el último año. Materiales y Métodos: Se presentan tres pacientes ingresados en el 2006, en una UCIP, que desarrollaron Edema Pulmonar por Presión Negativa (EPPN); el primero secundario a post-extubación anestésica; el segundo posterior a intento de suicidio por ahorcadura; y el tercero por laringitis subglótica. Se llega al diagnóstico por: antecedente de obstrucción aguda de vía aérea superior, ausencia de patología previa, clínica y radiología torácica compatible con edema agudo de pulmón y evaluación cardiológica normal. Resultados: La incidencia de EPPN fue de 3 de los en 360 pacientes ingresados el último año. Lo que arroja una tasa de 8.3 casos/ 1000 pacientes. Se propone subclasificar al EPPN tipo 1 según su etiopatogenia, en tres subgrupos: 1- Complicaciones de la invasión de vía aérea: obstrucción de TET, extubación accidental, fallo de la extubación post- anestésica, desplazamiento de la máscara laríngea, etc. 2- Injuria traumática: estrangulamiento, ahorcamiento, asfixia por sumersión o inmersión, atragantamiento por cuerpo extraño. 3- Secundario a patología intrínseca laríngea: de causa infecciosa epiglotitis o crup. Se presentan tres casos clínicos diagnosticados en nuestra UCI, que corresponden a cada subgrupo propuesto. Conclusiones: Pese a ser poco frecuente en pediatría se identificaron tres casos de EPPN diferentes desde la etiopatogenia, en los cuales el diagnóstico y tratamiento oportuno determinaron una evolución favorable: quizás esta patología sea subdiagnosticada y dividir a las de tipo 1 en tres subgrupos puede favorecer su mejor entendimiento.

#### 0179 MEDICIÓN DE PCO<sub>2</sub> URINARIA Y DELTA DE PCO<sub>2</sub> DURANTE EPISODIO DE HIPOXIA-ISQUÉMICA, SHOCK CARDIOGÉNICO, EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

PD COMIGNANI, A DUBIN, Y ARZANI, V LERNOUD, L HELMAN, RR FAVALORO  
Terapia Intensiva Quirúrgica. Fundación Favaloro.

Objetivos: analizar el comportamiento de la presión parcial de anhídrido carbónico urinario (pCO<sub>2</sub>u) y del gradiente de pCO<sub>2</sub> orina-arterial (delta de PCO<sub>2</sub>) durante el shock cardiogénico y luego de la mejoría del mismo, como expresión de disponibilidad de oxígeno e hipoxia tisular. Material y métodos: trabajo prospectivo, observacional. Los criterios de inclusión fueron índice cardiaco(IC) inferior o igual a 2,1 l/min/m<sup>2</sup> en ausencia de signos clínicos compatibles con hipovolemia. La población fue seguida hasta una hora después de alcanzar un IC mayor a 2,2 l/min/m<sup>2</sup>. La muestra para la determinación de pCO<sub>2</sub> urinaria se obtuvo luego de clampear la sonda vesical. El delta de pCO<sub>2</sub> se obtuvo sustrayendo a la pCO<sub>2</sub> urinaria la tensión parcial de anhídrido carbonico en sangre arterial. El coeficiente alfa fue estimado en 95%, considerando un valor significativo de p del 95% < 0,05. Un error tipo β aceptado fue estimado en 10%, con un poder del 90%, estimando un tamaño de la muestra de 35 pacientes (n=35). Se consideró un intervalo de confianza 95%. Las variables continuas fueron analizadas con t-Test, presentadas como medias y desvío Standard (Sd). El análisis estadístico fue realizado usando SPSS v.9. Población 37 pacientes, edad promedio 64 años (rango:25-86). Resultados: se observó un incremento significativo del IC con medicación inotrópica, media basal de 1,9 l/min/m<sup>2</sup> (rango:1,4-2,1) y una variación media de 0.93 l/min/m<sup>2</sup> (DS 0.55) (basal-final)[IC95(0.74, 1.11)]; [p<0.0001]; la saturación venosa central (SvcO<sub>2</sub>), inicial promedio de 51,4% mostró un ascenso, medio en respuesta al tratamiento de 15.39% (DS 8.59) [IC 95(12.49,

18.30)]; [p<0.0001]; el exeso de base (EB) mostró un cambio medio de 1.35 (DS 3.59) con un valor de [p=0.03]; la pCO<sub>2</sub>u media basal de 51,4 mmHg (rango: 20-87,8) disminuyó significativamente a lo largo del tratamiento con una variación media (final-basal) de 7.11 mmHg (DS 9.61) [IC95 (-10.37, -3.86)]; [p=0.0001]. El delta de pCO<sub>2</sub>, valor medio basal de 13,69 mmHg también tuvo una variación media significativa de 8.92 mmHg (DS 11.05), [IC95(-12.08, -4.61)] [p=0.0001]. El ácido láctico disminuyó significativamente, medio de 8.92 mg/dl (DS de 9.74). [IC95(-12.21, -5.621)]; [p<0.0001]. Conclusiones: Nuestros resultados reflejan que los valores de pCO<sub>2</sub> y delta de pCO<sub>2</sub> obtenidos, muestran cambios en el transporte de oxígeno compatibles con la mejoría hemodinámica.

#### 0180 PILEFLEBITIS ASOCIADA A SIGMOIDITIS.

J OSATNIK, M LOPEZ WORTZMAN, M KLEINERT, E SORIA, B HUNTER, P COMIGNANI

Terapia Intensiva Hospital Alemán Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Pileflebitis o tromboflebitis séptica de la vena porta, fatal en la era preantibiótica, continua siendo una entidad con elevada morbi-mortalidad. Aunque poco común, suele presentarse como complicación de un proceso séptico abdominal de cualquier etiología. Se comunica una serie de cuatro casos de pileflebitis asociadas a diverticulitis sigmoidea como foco primario. Todos los pacientes cursaron con bacteriemia persistentes, encefalopatía y desarrollaron disfunción orgánica múltiple (MODS) asociada a sepsis severa-shock séptico. Tenían una historia de dolor abdominal poco específico entre cinco y quince días antes de su admisión. Exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis hiperbilirrubinemia y en tres de los casos plaquetopenia. Se diagnosticó trombosis no exclusiva de Vena Porta en todos los casos por medio de Eco-doppler, mientras que procesos trombóticos a nivel mesentérico y compromiso inflamatorio diverticular y perisigmoideo fueron identificados por tomografía. Dos de los casos requirieron desfuncionalización quirúrgica del colon, mientras que en otros dos casos se efectuó drenaje percutáneo de abscesos hepáticos. La presencia de flora bacteriana mixta en hemocultivos y otros materiales de cultivo consistió fundamentalmente en E.Coli (Cuatro Casos) y Bacteroides fragilis (Tres de los cuatro casos). Enterococo sólo fue hallado en material de colección pericólica en un caso. En un caso, un segundo foco primario colangítico se asoció a una diverticulitis perforada. A pesar de la resolución quirúrgica de ambos sitios, la paciente evolucionó con fallo orgánico múltiple, bacteriemia a E. Coli y Clostridium Perfringens y posterior fallecimiento. El compromiso trombótico venoso se extendió hasta niveles mesentéricos en tres de los casos. Se implementó tratamiento anticoagulante ante la progresión del mismo en un paciente, sin embargo, éste continuó con bacteriemias diarias y evidencia trombótica local hasta la remoción quirúrgica del foco sigmoideo. Los esquemas antibióticos utilizados fueron, desde el comienzo, de efectiva cobertura para los gérmenes identificados. El tiempo promedio de internación en Área Crítica fue de 7.5 días (4-13). El APACHE II promedio de 15. El tiempo medio de internación hospitalaria fue de 16 días con resolución completa de la trombosis mesentérico -portal y normalización de los valores de laboratorio al momento del egreso. Conclusión: La alteración del hepatograma y plaquetopenia en el contexto de sigmoiditis, a pesar de ser marcadores de disfunción orgánica en la sepsis severa, son un motivo para descartar la existencia de pileflebitis. Resaltamos la importancia del Doppler del lecho portal como herramienta diagnóstica.

#### 0182 SHOCK TÓXICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

C PRADILLA, V ARIAS, A VÉLEZ, E CERDA, F LAFFAYE, D ALLENDE

Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital Provincial Neuquén "Dr. Eduardo Castro Rendón", Neuquén, Argentina.

Objetivos: Describir cuadro clínico, factores de riesgo y evolución en niños con sospecha de shock tóxico, para agudizar diagnóstico e instaurar tratamiento precoz, dada la alta morbilidad observada en esta entidad infecciosa causada por estreptococo

pyogenes y/o estafilococo aureus. Material y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes internados en nuestra Unidad desde 1/1997 a 12/2005 con diagnóstico presuntivo de shock tóxico. Se analizaron puerta de entrada, PRISM, medicación recibida, días de evolución previos al ingreso, cuadro clínico, laboratorio y evolución. Estadísticamente se utilizó EPI6 y test de Fisher para valor de p. Resultados: Se internaron 10 niños, 7 varones y 3 niñas, con una mediana de edad de 3,5 años. La puerta de entrada fue piel en 40%, y faringe en 40%, no detectándose en el 20% de los casos. La mediana de PRISM fue 28, y la de probabilidad de muerte 57%. 7/10 niños habían recibido previamente AINE y 4/10 ATB, pero no se halló relación con la evolución de la enfermedad. El 60% de los pacientes tenía menos de 3 días de sintomatología previa (mediana 2 d). Los hallazgos clínicos fueron: fiebre 90%, fascitis 40%, edema facial 30%, y exantema-ictericia-diarrea 20% respectivamente. Todos los pacientes tuvieron shock tóxico, 7 estreptocóccico (3 definidos, 3 probables y uno sospechoso), y 3 estafilocóccico. En 4 de ellos se asoció también fascitis necrotizante. El 70% de los niños tuvo cultivos positivos: 4 estreptococo pyogenes, 2 estreptococo + estafilococo y 1 estafilococo aureus. 5 pacientes recibieron clindamicina. Se halló un valor de CPK elevado en los niños con fascitis necrotizante (mediana: 4800 U). En 70% de los niños se registró falla renal, en 40% SDR y en 20% fallo hepático. La mortalidad fue de 60%, y 50% en aquéllos con fascitis necrotizante. Falleció el 100% de los 6 pacientes con menos de 10.000 leucocitos al ingreso ( $p < 0,005$ ) y de los 4 niños con bacteriemia ( $p = 0,07$ ). Se observó plaquetopenia ( $< 100.000$ ) en 60% de los pacientes, pero no se correlacionó con la evolución. 4 de los 6 pacientes fallecidos fueron formas fulminantes: 3 con faringitis y uno con SUH que no requirió diálisis. Una niña con quemaduras de 25% desarrolló shock tóxico a las 48 hs de su internación. Un paciente que había tenido varicela 2 meses antes, desarrolló fascitis necrotizante a las 72 hs de una cirugía de hernia inguinal. Conclusiones: La mortalidad en nuestros casos de shock tóxico estreptocóccico o estafilocóccico (60%) coincide con la esperada por PRISM (57%) y con la publicada. Su evolución ha sido fulminante en algunos casos. La antibiotioterapia y el uso de AINE previos no se relacionaron con la sobrevida. Los hemocultivos positivos y la leucopenia se asociaron a mayor mortalidad. El valor de CPK puede ser útil ante la sospecha de fascitis. Los pacientes quemados y/o con varicela pueden tener mayor riesgo de padecer esta entidad.

### 0183 FALLO HEPÁTICO FULMINANTE Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA.

SF TORRES<sup>2</sup>, A SIABA SERRATE<sup>2</sup>, PE PETRACCA<sup>2</sup>, C LUQUE<sup>3</sup>, I MALLA<sup>3</sup>, R POTERALA<sup>2</sup>, E MONTEVERDE<sup>2</sup>, E MARTINEZ DEL VALLE<sup>2</sup>, J ARAGUAS<sup>2</sup>, G VELAZQUEZ<sup>2</sup>, E SCHNITZLER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Austral; <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intnsivos Pediátricos; <sup>3</sup>Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico.

Introducción: el Fallo Hepático Fulminante (FHF) es una enfermedad compleja multisistémica, con alta morbimortalidad que puede desencadenar encefalopatía irreversible. En las distintas series publicadas, la mortalidad se encuentra entre 50 y 90% cuando solo se maneja médicamente, siendo el edema cerebral la principal causa de muerte. El trasplante hepático es la estrategia terapéutica efectiva para estos casos. Objetivo: comunicar resultados en un grupo de pacientes pediátricos ingresados en nuestro Hospital por FHF desde el comienzo del programa de Trasplante Hepático. Material y Métodos: se analizaron retrospectivamente datos de historias clínicas computarizadas de 48 pacientes pediátricos ingresados a nuestra unidad por FHF entre enero de 2002 y junio de 2006. Se recabaron datos demográficos, etiología, evolución, indicación (según criterios del King's College) y tipo de trasplante, estudios y procedimientos invasivos realizados. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el programa EPIINFO 6.0. Resultados: en el período descripto, fueron admitidos 48 niños con FHF, la mediana de edad fue 60 meses (rango:12-192 meses). 37,5% varones y 62,5% mujeres. La Hepatitis A Virus A fue la etiología más frecuente: 29 (60.5%); seguida por Criptogénica: 17 (35%) y otras: 2 (4 %). 22 pacientes (46%) fueron trasplantados, de los cuales 2 fallecieron en las 72 hs postquirúrgicas, la sobrevida de los 20 restantes al año de trasplante fue 95%. 13 pacientes (59%) recibieron trasplante con donante vivo relacionado y 9, con donante cadavérico (41%). 20 pacientes

(41%), tuvieron buena evolución sin trasplante, 6 (12,5%) fallecieron por encefalopatía severa, con edema cerebral, en lista de espera. Entre los 22 trasplantados, 16 tuvieron encefalopatía grado 4 y 6, grado 3, los 2 pacientes que fallecieron en las 72 hs posteriores al trasplante pertenecían al grupo de encefalopatía grado 4. La mediana de estadía en UCIP fue 14 días ( $r=5-64$  días), la mediana en ARM 7 días ( $r=3-14$ ). En 5 casos se utilizaron inotrópicos por más de 48hs postrasplante (23%). El monitoreo se realizó con TAC cerebral, doppler transcraneal, y variables hemodinámicas invasivas, desde el ingreso hasta la cirugía, recuperación o muerte. El monitoreo de Presión Intracraneal (PIC) se empleó en 14 pacientes (29%), sin complicaciones. El manitol fue el agente osmótico más frecuentemente utilizado (75%). Conclusiones: en nuestra serie, la causa más frecuente de Hepatitis Fulminante fue el Virus Hepatitis A. En comparación con la bibliografía, nuestros pacientes muestran muy buen porcentaje de sobrevida al año de trasplante. No observamos complicaciones con el monitoreo de PIC.

### 0184 INFECCIONES NOSOCOMIALES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

A CANE<sup>5</sup>, A SIABA SERRATE<sup>2</sup>, L FABRO<sup>4</sup>, M PANIAGUA<sup>4</sup>, PE PETRACCA<sup>2</sup>, SF TORRES<sup>2</sup>, J ARAGUAS<sup>2</sup>, G VELAZQUEZ<sup>2</sup>, R POTERALA<sup>2</sup>, E MONTEVERDE<sup>2</sup>, E MARTINEZ DEL VALLE<sup>2</sup>, I MALLA<sup>3</sup>, M ROCCA RIVAROLA<sup>3</sup>, E SCHNITZLER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Austral; <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; <sup>3</sup>Departamento Materno Infantil; <sup>4</sup>Departamento de Enfermería; <sup>5</sup>Infectología Pediátrica.

Introducción: las Infecciones Nosocomiales (IN) en UCIP, principalmente las asociadas a procedimientos invasivos, son causa importante de morbimortalidad. El conocimiento de la incidencia y epidemiología de IN en cada centro es el primer paso para implementar programas de control de infecciones y disminuir la morbilidad asociada a la internación en UCIP. Objetivos: 1- Estudiar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con IN. 2- Analizar las tasas de IN global y asociadas a procedimientos invasivos. 3- Analizar las tasas de utilización de estos procedimientos. Material y Métodos: utilizando el programa SATI-Q, se estudiaron todos los pacientes que ingresaron en UCIP y los episodios de IN (episodios/paciente) entre junio de 2005 y Junio de 2006, considerando las características demográficas, motivo de internación y procedimientos realizados. Diseño de estudio: se realizó un estudio de vigilancia de IN siguiendo los lineamientos generales del Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias del centro de control de enfermedades de EEUU. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó el programa MS Access 2000. Resultados: En el período estudiado ingresaron 203 niños con una media de edad de 62,44 meses; 46.31 % mujeres (n=94) y 53.69% varones (n=109). La media del Índice de Mortalidad Pediátrica fue 4.97%. Los diagnósticos al ingreso fueron: politraumatismo 16.7% (34/203), postquirúrgicos 17.7% (36/203), insuficiencia respiratoria 18.7% (38/203), falla hepática 7.3% (15/203), trasplante hepático 8.8 (18/203), enfermedad neurológica 5,9% (12/203), sepsis 7.3%(15/203), otros 17.2% (35/203). La tasa global de IN fue 17‰ días paciente (35/1970) correspondiendo a bacteriemias 37% (13/35), infecciones abdominales 31% (11/35), infecciones respiratorias 25.7% (9/35), infección urinaria 5.71% (2/35). La tasa global de IN asociada a procedimientos fue 3.5‰ días paciente (7/1970). No se registraron casos de NAV con una tasa de utilización de ARM de 25.6% (52/203) y una media de estadía en ARM de 4.65 días. La IUACV fue 4.17‰ días catéter vesical con una tasa de utilización de 34.98% (71/203) y una media de uso de 4.7 días. Las CVC ocurrieron en 2.66 ‰ días catéter, con una tasa de utilización de 30.54% (62/203) y una media de utilización de 6.8 días. La documentación microbiológica fue posible en 17.2 % de los pacientes (35/203). Se aislaron: Grampositivos 28.5% (10/35) (Staphylococcus aureus: 4, Enterococcus faecalis: 3, Streptococo pneumoniae: 3), Gramnegativos 51.4% (18/35) (Pseudomonas aeruginosa: 3, E.coli: 10, Klebsiella pneumoniae 2, Neisseria meningitidis 3), Hongos 2.8% (1/35), Virus:17.1% (6/35) (Citomegalovirus 3; Virus Sincicial Respiratorio 3). La mortalidad en el período estudiado fue de 4.92% (10/203), ninguno de los fallecidos tuvo IN. Conclusiones: Las CVC fueron la 1ª causa de IN asociada a procedimientos invasivos en nuestra serie. Los Bacilos Gramnegativos fueron los rescates bacterianos predom-

minantes. A diferencia de lo referido en la bibliografía, no tuvimos casos de NAV.

#### 0185 MARCADORES DE PRONÓSTICO EN FALLA HEPÁTICA FULMINANTE PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL.

L MALLA, P RIGALLI, E PEREZ ETCHEPARE, A BESGA, SF TORRES, A SIABA SERRATE, PE PETRACCA, J ARAGUAS, T GONZALEZ, C LUQUE, M O'FLAHERTY, A ARUJ  
Hospital Universitario Austral.

Introducción: la falla hepática fulminante es una complicación rara, pero potencialmente fatal de la hepatitis aguda. El trasplante hepático ofrece una alternativa terapéutica no exenta de morbi-mortalidad. Se buscan criterios de pronóstico que determinen su indicación oportuna, teniendo en cuenta la posible reversibilidad del cuadro con manejo de soporte. Los criterios más utilizados en la actualidad (King's College) han sido criticados por su índice de falsos negativos. Recientemente se ha propuesto la superioridad pronóstica de los scores Peld/Meld por sobre aquellos en este tipo de pacientes. Objetivo: comunicar el análisis de indicadores de pronóstico y los resultados obtenidos en nuestra serie. Material y Métodos: se analizaron retrospectivamente datos de historias clínicas computarizadas de 43 pacientes pediátricos ingresados a nuestra unidad por falla hepática fulminante entre enero de 2002 y enero de 2006. Se evaluaron datos clínicos, de laboratorio y procedimientos realizados, consignando un valor inicial y otro previo al desenlace (resolución, muerte o trasplante) y se comparó la eficacia pronóstica de los criterios habitualmente utilizados (King's College) con los scores Peld/Meld. Se utilizó un modelo de regresión logística para analizar la eficacia pronóstica de los criterios de King's College y el Score PELD/MELD. Se analizó el Área Bajo la Curva de los indicadores de pronóstico con el procedimiento ROC TAB del programa STATA 8. Resultados: la media de edad de nuestros pacientes fue de 78 meses, con una mediana de 60 meses (rango de 12 a 192 meses); 15 varones (34.8%), 28 mujeres (65.1%); la etiología fue en 26 pacientes Hepatitis A (60.4%), en 10 pacientes criptogénica (23.2%), y otras causas en 7 pacientes (16.2%); 18 pacientes (41.8%) evolucionaron favorablemente con medidas de sostén, 19 (44.1%) requirieron trasplante y 6 (13.9%) murieron sin trasplante.

Score	VPP	VPN	SENS	ESPEC
K1	88%	83.3%	88%	83.3%
P1	91.3%	80%	84%	88.8%
K2	86.9%	83.3%	86.9%	83.3%
P2	100%	100%	100%	100%

Score	VPP	VPN
K1	88%	83.3%
P1	91.3%	80%

Conclusiones: solo en las determinaciones previas al desenlace, el score Peld/Meld mostró superioridad pronóstica respecto de los criterios del King's College. Un requisito importante de los predictores es su precocidad, por lo cual consideramos que deben seguir utilizándose los criterios clásicos para indicación de Trasplante, ya que, en nuestra serie, no encontramos diferencias iniciales significativas entre estos indicadores de pronóstico y el score Peld/Meld.

#### 0186 SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA REVERSIBLE POSTERIOR EN PEDIATRÍA: REPORTE DE 2 CASOS.

PE PETRACCA<sup>2</sup>, A SIABA SERRATE<sup>2</sup>, A RICHARD<sup>4</sup>, P SOSA<sup>4</sup>, C LUQUE<sup>3</sup>, I MALLA<sup>3</sup>, R POTERALA<sup>2</sup>, E MONTEVERDE<sup>2</sup>, E MARTINEZ DEL VALLE<sup>2</sup>, J ARAGUAS<sup>2</sup>, G VELAZQUEZ<sup>2</sup>, J KADAR<sup>5</sup>, N GRAÑANA<sup>5</sup>, SF TORRES<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Austral; <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; <sup>3</sup>Hepatology y Trasplante Hepático Pediátrico; <sup>4</sup>Hemato-oncología Pediaátrica; <sup>5</sup>Neurología.

Introducción: el Síndrome de Leucoencefalopatía Reversible Posterior (PRES), es una rara complicación de algunos tratamientos

inmunosupresores, como Ciclosporina y Tacrolimus. El cuadro se caracteriza por un comienzo súbito de cefalea, alteración del estado mental, disturbios visuales, hipertensión y convulsiones, con compromiso parieto-occipital en la resonancia cerebral magnética. Usualmente es reversible, aunque en ocasiones puede no serlo y llevar a la muerte. Objetivo: comunicar dos casos de PRES en pacientes pediátricos de nuestro Hospital. Caso 1: niña de 3 años de edad con diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda tipo T y Trasplante vivo relacionado de médula ósea en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus y corticoides. Presentó episodios de cefalea, pérdida de la visión y convulsión tónica. Constatándose hipertensión arterial posterior al episodio. Se tomaron cultivos, estudios virales y bacterianos de sangre, líquido cefalorraquídeo (negativos). Se solicitó EEG (ondas lentas generalizadas) y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) (lesiones hiperintensas a predominio bilateral occipitales). Fue evaluada por Neurología y se diagnosticó Síndrome de Leucoencefalopatía Posterior Reversible secundario a inmunosupresores por lo cual se suspendió el tacrolimus. Evolucionó con mejoría paulatina de los síntomas neurológicos y estabilización de la tensión arterial, resolviendo el cuadro sin secuelas. Caso 2: niña de 5 años de edad, postoperatorio alejado de trasplante hepático con rechazo agudo tardío moderado en tratamiento con corticoides y tacrolimus que presentó episodio de convulsión focal izquierda con desconexión, estado postictal y recuperación completa posterior. En el momento del episodio, se constató hipertensión arterial. El dosaje de tacrolimus era elevado (17,7 ng/ml). Se realizó Tomografía Computada de cerebro (normal), RMN (lesiones córtico-subcorticales difusas bihemisféricas) y EEG (normal). Se suspendió transitoriamente tacrolimus. Fue valorada por neurología infantil, interpretándose como Síndrome de Leucoencefalopatía Posterior Reversible. Presentó buena evolución, continuando tratamiento del rechazo con triple esquema inmunosupresor (corticoides, micofenolato y tacrolimus, con dosajes bajos de este último), con buen control de tensión arterial. Comentario: el PRES es una entidad clínico-radiológica que se caracteriza por su reversibilidad con la detección precoz, la suspensión o disminución de dosis de los fármacos precipitantes y el control de la hipertensión arterial. Un diagnóstico tardío puede resultar en daño cerebral permanente con severas secuelas neurológicas.

#### 0187 EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES READMITIDOS DURANTE LA MISMA INTERNACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

RP MORENO, JL ARAGUAS, S AYALA TORALES, E QUIROGA, F FERNÁNDEZ, CG CAPROTTA, RM PENA  
Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro "Dr. Carlos Gianantonio". Diego Palma 505, San Isidro, Buenos Aires.

Objetivos: 1) Analizar los factores que la influyen las readmisiones en una UCIP. 2) Conocer las características epidemiológicas de dichos pacientes. Materiales y métodos: Diseño: descriptivo, observacional, prospectivo. Se estudiaron a los pacientes ingresados a UCIP que tuvieron readmisiones, entre el 01/01/01 y el 31/12/05. Se analizaron las variables demográficas, antecedentes de la enfermedad actual, puntaje de PRISM (pediatric risk index score of mortality), los motivos de reinternación, los procedimientos utilizados y las complicaciones que se presentaron. Métodos estadísticos utilizados: las variables continuas se resumieron como media y DS o mediana y rango según distribución; las variables categóricas se resumieron como porcentajes. Se utilizó TT o test de Wilcoxon para comparación de variables continuas y el test de chi cuadrado para las categóricas. Resultados: Durante el período analizado se internaron 704 pacientes y hubo 42 reinternaciones (5.9%). La mediana de edad: 11 meses (Pc 25% 5 y Pc 75% 23). La distribución por sexo fue: masculino 32 pacientes (76.2%) y femenino 10 pacientes (23.8%). Procedían de sala de pediatría 92.8% (n = 39) y de otros hospitales 7.2% (n = 3). Reingresaron antes de las 48 hs 23.8% (n = 10), entre las 48 hs y los 10 días 35.7% (n = 15) y de 10 a 30 días 40.5% (n = 17). Los diagnósticos de la internación inicial fueron: patología respiratoria 42.9% (n = 18), post quirúrgicos 14,3% (n = 6), shock séptico 14.3% (n = 6), neurológicos 9.5% (n = 4), traumas 9.1% (n = 3), enfermedad infecciosa 9.5% (n = 4), cardiovasculares 4,8% (n = 2) y post paro cardiorespiratorio 2.4% (n = 1). Las causas

de reinternación fueron: infecciones intrahospitalarias 45.2% (n = 19), agravamiento de la enfermedad inicial 38% (n = 16), complicaciones no infecciosas 9.6% (n = 4) y post quirúrgicos 7.2% (n = 3). Los focos de las infecciones intrahospitalarias fueron: pulmonar 73.7% (n = 14), urinario 15.8% (n = 3), asociado a catéter central 5.2% (n = 1) y gastrointestinal 5.2% (n = 1). El 66.7% (n = 28) tenía patología crónica previa: cardiovasculares 35.7% (n = 10), neurológicos 25% (n = 7), oncológicos 17.8% (n = 5), pulmonares 14.3% (n = 4) y otros 7.2% (n = 2). Al comparar la internación original y la reinternación, no hubo diferencias estadísticamente significativas en las medias de PRISM, de días de internación y los requerimientos de inotrópicos y ARM. Al comparar los pacientes reinternados con el total de ingresos a la UCIP, no hubo diferencias significativas en la tasa de mortalidad, la media de PRISM y los requerimientos de ARM. Tampoco hubo diferencias entre la media de estadía en UCIP de la primera internación de los pacientes estudiados y la del total de ingresados a UCIP. Conclusiones: 1) La mayoría de las reinternaciones ocurrieron en pacientes con enfermedad crónica previa. 2) Las causas más frecuente de reingreso fueron las infecciones intrahospitalarias. 3) No hubo diferencias significativas en la mortalidad entre los pacientes readmitidos y el total de internados en la UCIP.

**0189 SEGUIMIENTO FIBROBRONCOSCÓPICO E HISTOPATOLÓGICO DE PACIENTES QUE SUFRIERON INHALACIÓN DE PARTÍCULAS DE HUMO Y REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA.**

AE ORTIZ NARETTO<sup>1</sup>, MP PEREIRO<sup>1</sup>, RM DURÉ<sup>5</sup>, F ELÍAS<sup>2</sup>, JM RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, A DE NICHILLO<sup>2</sup>, L CASTRO ZORRILLA<sup>3</sup>, J VALDES<sup>4</sup>, JL MORETTI<sup>1</sup>, CN ARTANA<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>HIGA "Pedro Fiorito", Avellaneda, Bs. As.; <sup>2</sup>Laboratorio de Inmunotech; <sup>3</sup>Instituto de Tisioneumonología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza"; <sup>4</sup>Hospital "Rivadavia", CABA.; <sup>5</sup>Hospital "F.J. Muñoz", CABA.

El presente estudio, prospectivo, cuyo objetivo principal fue el seguimiento del proceso inflamatorio de las vías aéreas en víctimas de la inhalación de partículas de humo y que recibieron asistencia respiratoria mecánica (ARM). Materiales y métodos: Se estudiaron 11 pacientes a los que se les realizó Fibrobronoscopias (FBC) con lavado broncoalveolares (BAL) y biopsias de espólón. En el análisis de la FBC del mes 14 además de coloraciones con hematoxilina y eosina se utilizaron marcaciones para sinaptoficina, CD3 y CD34, análisis citológico de BAL, con mediciones de LDH, inmunoglobulinas, PCR, IL6, TNF alfa, GMCF e IL8, péptidos relacionados con la bombesina comparándose este último grupo con pacientes con patologías pulmones no inflamatorias. Los resultados se expresan como promedio y rango, considerándose significativo p<0.05. La histología fue evaluada como números de células marcadas por cm lineal de membrana basal. Resultados: En las primeras 72 hs, la FBC evidenció la mucosa congestiva cubierta por partículas de color negro que dibujaban la superficie traqueo-bronquial. Entre los días 3 y 10, se observó disminución de la luz bronquial por edema y secreciones asalmonadas viscosas. En el BAL, se extraen tapones de características mucosas sin coágulos sanguíneos ni partículas, la histopatología mostró células inflamatorias sobre matriz eosinofílica. Complicaciones bronquiales al alta: estenosis traqueal (1) traqueomalacia sintomática (2) deformación traqueal y bronquiectasias (1). FBC entre 4° y 6° mes: no demostraron patología a la visión, el BAL fue de color negro opalescente, en la citología se hallaron macrófagos pigmentados y la histología mostró un infiltrado inflamatorio. A los 14 meses se evaluaron 4 pacientes que continuaban con tos y expectoración. No se observaron alteraciones de la mucosa por FBC, en el grupo estudio vs. grupo control solo se observó un aumento en IL8 (10.0 pg/ml rango: 2.2-13.6) vs <1.95, el dosaje de inmunoglobulinas (IgAs) fue indetectable vs control 7.9 mg% (5.1-9.3) por otro lado la anatomía patológica mostró aumento de linfocitos T (p<0.05), células marcadas por sinaptoficina (p<0.05) y de CD34 (p<0.05) cuando se compararon cuantitativamente con el grupo control. Conclusión: Un infiltrado linfocitario dirigido probablemente por la persistencia de la IL8, la disminución de la inmunidad humoral con presencia de respuesta celular, el aumento de células neuroendócrinas: pueden provocar a través de diversos caminos el remo-

delamiento pulmonar evidenciado por la angiogénesis que puede en el futuro desencadenar patologías como asma, EBOC, cáncer o la reparación pulmonar ya que algunos manifiestan que crean un microambiente que favorece la destrucción de agentes ambientales, por lo cual el seguimiento de las secuelas inflamatorias de estos pacientes puede tener gran trascendencia.

**0190 OBSTRUCCIÓN TRAQUEAL POST EXTUBACIÓN PRECOZ Y TARDÍA.**

AE ORTIZ NARETTO<sup>1</sup>, RM DURÉ<sup>1</sup>, J SAN JUAN<sup>1</sup>, M DUBERTI<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Hospital "F.J. Muñoz", CABA.; <sup>2</sup>HIGA "Pedro Fiorito", Avellaneda, Bs. As.

Introducción: Las causas de obstrucción traqueal post extubación inmediata, (dentro de las primeras 24 hs. de extubado el paciente), son el edema de laringe, los moldes de secreción purulenta, los coágulos y las pseudomembranas. Esta última, poco frecuente, que de no ser diagnosticada y resuelta a tiempo puede ser fatal. La causa tardía más frecuente de obstrucción es la estenosis traqueal (ET). En general esta es diagnosticada fuera de la Terapia Intensiva (TI). Para una terapia Intensiva contar con servicio de guardia de endoscopia respiratoria activa permite mayor participación en la resolución de problemas de vía aérea y parénquima pulmonar tanto diagnóstico como terapéutico. Objetivos: Estudio descriptivo para evaluar las causas de obstrucción traqueal temprana, y tardías post extubación o decanulación en una TI de enfermedades infecciosas y SIDA. Material y métodos: se evaluó en forma retrospectivo, pacientes internados en la TI del Hospital "F.J. Muñoz" que presentaron síntomas de obstrucción traqueal luego de la extubación, entre enero de 2004 y junio de 2006. Criterios de inclusión: pacientes ventilados que fueron extubados y presentaron síntomas de obstrucción traqueal (tiraje, cornaje y/o dificultad respiratoria postextubación) y requirieron broncoscopia rígida (broncoscopio de Chevallier Jackson modificado, Gil López y Cía.) para diagnóstico y tratamiento. Resultados: en el periodo de 2,5 años se ventilaron 266 pacientes de los cuales 74 (27,8%) fueron extubados y dados de alta. De este grupo 4 (5%) pacientes presentaron síntomas de obstrucción traqueal dentro de las 3 horas de la extubación que requirió desobstrucción de urgencia. La desobstrucción se realizó con broncoscopio rígido (BR). El lugar elegido para trabajar fue la cabecera de la cama del paciente. La técnica utilizada fue la intubación bajo visión directa, con complemento de observación por Fibrobroncoscopia (FBC), maniobras de rotación de BR, uso de pinzas de biopsia y presión para extracción de membranas de color blanquecino y consistencia firme adheridas a la traquea que generaban sangrado al despegarlas. El informe anatomopatológico de las membranas mostró material fibrinoso con infiltración de polimorfonucleares. Los pacientes que presentaron síntomas tardíos, mas allá de una semana, 7 en total (9,45%), se les realizó primero diagnóstico de estenosis traqueal por FBC y luego dilatación con BR sin complicaciones. Conclusiones: 1°. La emergencia de la reintubación post extubación en un paciente con parámetros adecuados de tubo en "T" debe ser evaluada siempre con fibrobroncoscopia luego de la reintubación. 2°. si se cuenta con broncoscopia rígida la terapéutica inmediata puede evitar la reintubación. 3°. En nuestra serie la incidencia de pseudomembranas fue del 5% y la de estenosis traqueal del 9.45%.

**0191 COMPARACIÓN DE CUATRO MÉTODOS DE HIGIENE ORAL Y SU IMPACTO EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV).**

F RIOS, F LOIACONO, J HIDALGO, A SAENZ VALIENTE, J DALDIN, M LLORIA, C APEZTEGUIA, L AGUILAR, B MASKIN  
 Hospital Profesor A. Posadas.

Objetivo: evaluar el impacto de distintos métodos de higiene oral en la incidencia de NAV. Métodos: se incluyó la población evaluada prospectivamente en 3 diferentes estudios de pacientes tratados con 4 métodos de higiene oral. Grupo1-Higiene oral c/solución fisiológica 1 vez/día vs 3 métodos de higiene oral aplicados c/8 hs, Grupo2-Higiene oral con decontaminación orofaríngea (DOF) c/polimixina y gentamicina, Grupo3-Higiene oral c/gel alcalino (pH

8.5), y Grupo4-Higiene oral c/placebo. Se utilizó el método actuarial (Cutler-Ederer) para evaluar riesgo de NAV en distintos periodos de ventilación mecánica (VM), ya que el riesgo se modifica con la prolongación de la misma. Resultados: se estudiaron 312 pacientes ventilados por más de 48 hs. No se observaron diferencias significativas en los datos demográficos de los 4 grupos (se promedian los datos demográficos de la población estudiada): APACHE II  $18 \pm 6$ , edad  $55 \pm 16$  años, días de VM  $10(5-24)$ , días en UTI  $12(7-29)$ , mortalidad 38%, NAV 141 episodios.

Periodo de VM	Grupo1 (c/24hs)	Grupo2 DOF (c/8hs)	Grupo3 pH (c/8hs)	Grupo4 Placebo (c/8hs)
<7 días *	16/52 (31%)&	7/49 (14%)&	12/69 (17%)&	23/117 (19%)&
7-14 días *	16/33 (48%)&	8/32 (27%)&	10/38 (26%)&	18/70 (26%)&
14-21 días *	8/20 (30%)&	5/18 (27%)&	3/13 (23%)&	5/31 (16%)&
>21 días *	3/5 (60%)	1/8 (12%)	1/9 (11%)	5/31 (12%)
7 días \$	0.26 (0.12-0.58)	0.13 (0.05-0.29)	0.16 (0.08-0.30)	0.19 (0.12-0.29)
7-14 días \$	0.38 (0.22-0.61)	0.22 (0.12-0.45)	0.23 (0.14-0.35)	0.22 (0.14-0.40)
14-21 días \$	0.33 (0.18-0.65)	0.24 (0.19-0.55)	0.20 (0.16-0.48)	0.18 (0.09-0.45)
>21 días \$	0.45 (0.21-0.65)	0.12 (0.08-0.33)	0.10 (0.04-0.28)	0.11 (0.07-0.22)
Riesgo	0.98 (0.77-1.41)	0.59(0.37-0.74)	0.58 (0.36-0.72)	0.57 (0.28-0.71)
Acumulado				

\* Episodios NAV/n pacientes (%) & Presentaron diferencias significativas respecto grupo1.

\$ Hazard rate(Riesgo de NAV, IC 95%)

Conclusiones: realizar higiene oral 3 veces/día, independientemente del método, reduce el riesgo de NAV en forma significativa respecto de realizar la higiene oral 1 vez/día. Aplicar DOF ofrece un marcado efecto protector durante la primer semana, aunque luego dicho efecto disminuye y se equipara al de los otros métodos de higiene aplicados 3 veces/día.

#### 0192 EL DOSAJE DE PROCALCITONINA, ¿PUEDE CAMBIAR PAUTAS DE TRATAMIENTO DE LA FIEBRE O INFLAMACIÓN DE PROBABLE ORIGEN BACTERIANO EN TERAPIA INTENSIVA?

C SALVATIERRA, D CZEWONKO, S DIAZ, R DE MIGUEL, S GIANNASI, J GRUCCI, L SIERRA, P MINCES, M PERMAN  
Servicios de Terapia Intensiva de Adultos y de Pediatría y Laboratorio Central - Hospital Italiano de Buenos Aires.

Objetivo: Evaluar asociación entre el dosaje semicuantitativo de procalcitonina (PC) y el diagnóstico clínico-bacteriológico de infecciones bacterianas en pacientes (P) críticos adultos y pediátricos. Métodos: Niños y adultos con SIRS de probable origen infeccioso bacteriano. Se excluyeron P en tratamiento antibiótico (ATB). Ante fiebre/inflamación de posible origen bacteriano se tomaron muestras bacteriológicas de los posibles focos (criterios de CDC) y se realizó test de PC (test inmunocromatográfico semicuantitativo, BRAHMS, Alemania). Los resultados de PC (no informados) fueron: < 0.5 ng/ml: Negativo (N); 0.5-2 ng/ml: + leve (+L); 2-10 ng/ml: + moderado (+M); > 10.0 ng/ml: + fuerte (+F). Conductas terapéuticas ciegas a resultados de PC. Las conclusiones clínico-bacteriológicas se clasificaron en: infección comprobada (IC), probable (IP) y ausente (IA). El presente es un análisis preliminar (corte piloto) de los primeros 50 dosajes de PC, realizado con el programa Intercooled Stata8 (USA), utilizando los estadísticos  $\chi^2$  y kappa. Resultados: Se incluyeron 18 niños (6 quirúrgicos, 11 clínicos, 1 trauma), edad promedio  $4,7 \pm 4,6$  años; PIM2  $4,15 \pm 3,95$  y 31 P adultos (11 quirúrgicos, 16 clínicos, 4 trauma), edad  $57,5 \pm 17,7$  años; APACHE II  $16,71 \pm 6,99$ ; SOFA  $4,29 \pm 3,58$ . Se observaron IA 36,7%, IP 12,2% e IC 51.1% y los resultados de PC fueron: N 53%, +L 20.4%, +M 14.3% y +F 12.3%. No se observó una relación significativa entre ambas variables:  $\chi^2$  ( $p = 0.53$ ) y el kappa mostró una concordancia muy baja; por ejemplo, se observó coincidencias entre IA y PC N en el 20.4% de los casos y entre IC y PC +M y +F en el 14,2% del total de los pacientes. Las conclusiones y los resultados de PC se analizaron colapsando las variables de diferentes maneras y tampoco se logró significación estadística; se observó una tendencia entre las 3 categorías de conclusiones (IA, IP e IC) y los resultados de PC dicotomizados en N y todas las + (L, M y F) ( $\chi^2$  0,0788), o ambas con variables dicotomizadas: la PC de igual manera que lo anterior y las

conclusiones en IA versus IP + IC ( $\chi^2$  0,0711). En ambos casos el resultado del estadístico kappa mostró una concordancia muy pobre. El n del corte piloto no permitió completar análisis de subgrupos. El sistema de registro de datos no permitió una adecuada evaluación de las potenciales incongruencias entre la confirmación bacteriológica de infecciones y el tratamiento antibiótico indicado y completado. Conclusiones: No observamos asociación significativa de los parámetros analizados ni se pudo estimar la sensibilidad y especificidad del test semicuantitativo de PC para afirmar o descartar el origen bacteriano de fiebre o SIRS en terapia intensiva, una de las causas probables es una falla metodológica en las pautas diagnóstico-terapéuticas entre adultos y niños, lo cual nos obligará a recomenzar el estudio. Debemos destacar que si tomamos como válidos (acorde a la literatura) los resultados de PC, es probable que estemos indicando tratamiento ATB a pacientes que no tendrían una indicación cierta y viceversa.

#### 0193 REGISTRO ELECTROENCEFALOGRÁFICO EN EL TRATAMIENTO DEL STATUS EPILÉPTICO CONVULSIVO Y NO CONVULSIVO: VALOR TERAPÉUTICO Y PRONÓSTICO. E MORENO, A MAZZOLA, S CORRAL, A BORDON, P NEIRA, F OLAZARRI

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Objetivo: Determinar la importancia del registro electroencefalográfico (EEG) en el tratamiento del Status Epiléptico (SE) de pacientes internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de 47 pacientes durante el 1/4/04 y el 31/6/06, hasta alta o fallecimiento. Se obtuvo el EEG dentro de los 60 minutos posteriores al tratamiento farmacológico y ausencia de manifestaciones motoras. Para predicción de mortalidad se aplicó el Pediatrics Index of Mortality II (PIM II); para definir tipo de SE se utilizó la clasificación de Brenner (J. Clin. Neurophys. 2004); el registro EEG se dividió en tres categorías: ictal claro, ictal discutido, y no ictal; las definiciones de registro EEG ictal fueron extraídas de Young (Neurology 1996); se tomó la clasificación etiológica del SE de Young (Neurology 1996); El tratamiento se basó en el protocolo de SE utilizado en la Unidad (Medicina Intensiva 1998). Para la toma de EEG se usó el montaje 10-20 internacional. Se utilizaron los siguientes métodos estadísticos: test de Student para muestras independientes, Chi cuadrado, Test exacto de Fisher, ANOVA, Curvas COR para definir puntos de corte para variables cuantitativas. Resultados: Edad promedio: 48,6 meses (rango: 1-204 meses). Duración del SE promedio: 241 minutos. Tipo de crisis inicial: convulsiva 25 (53,2%), no convulsiva: 22 (46,8%). Etiología: remota sintomática: 17 (36,2%); aguda sintomática: 30 (63,8%). Recibieron más de una droga anticonvulsivante previo al ingreso a la Unidad: 29 pacientes (61,7%). Mortalidad observada: 10 (21,3%) pacientes. El valor del Score del PIM II en los fallecidos fue 50,9 y en los no fallecidos 9,3 ( $p < 0,001$ ); se calculó el punto de corte del PIM II y muerte a partir de la curva COR, siendo de 21,6, con un RR de muerte de 2,6,25 (IC 95%: 3,7-186). Del análisis del registro EEG, 21 pacientes (44,7%) tuvieron patrón EEG ictal, de los cuales 7 (14,9%) fueron EEG ictal discutido y 14 (29,8%) fueron EEG ictal claro; los EEG no ictal fueron 26 (55,3%). Se observó un valor del Score del PIM II mayor en la población con EEG discutido (49,4) con respecto EEG ictal claro (13,0) y a EEG no ictal (12,5), siendo la  $p < 0,001$ . Se observó una asociación significativa entre etiología y muerte ( $p = 0,006$ ); la causa remota sintomática no tuvo mortalidad. Conclusión: Se confirmó un alto índice de EEG ictal sin manifestaciones motoras, lo que obliga a realizar EEG durante el tratamiento del SE convulsivo y no convulsivo. El uso del PIM II junto con el tipo de registro EEG permite mejorar la predicción de mortalidad.

#### 0194 PIONUMOTÓRAX SEVERO COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE PANCREATITIS AGUDA GRAVE.

LURANGA, C VIOTTI, S FARIAS, A MARTINOVICH, S ZIDARICH  
Hospital Italiano, Unidad de Terapia Intensiva. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Reporte de una complicación pulmonar grave tardía de la pancreatitis aguda severa. Materiales y métodos: Descripción de un caso clínico con búsqueda y actualización bibliográfica.

Presentación del caso: Mujer de 40 años de edad, antecedentes de pancreatitis aguda severa con necrosis estéril de la glándula 2 meses previos al ingreso a esta unidad, consulta por disnea progresiva y tos con expectoración mucosa clara acompañadas por dolor difuso en hemitórax izquierdo de 48 horas de evolución. El laboratorio muestra glóbulos blancos 36.000/mm<sup>3</sup>, hemoglobina 8.6 g/dl, hematocrito 31.3%, plaquetas 762.000/mm<sup>3</sup>, glucemia 65 mg/dl, creatinina 0.69 mg/dl, hepatograma normal, amilase 15 U/l, tiempo de protrombina 15.9" y KPTT 44.9". Se solicita radiografía de tórax y posterior tomografía computada pulmonar que revelan múltiples imágenes cavitadas con niveles hidroaéreos que desplazan todo el parénquima pulmonar izquierdo colapsado en el vértice. Una tomografía computada abdominal con contraste objetiva un pseudoquistes pancreático. Inicia tratamiento empírico endovenoso con ampicilina, gentamicina y metronidazol. Con control radioscópico previo, se coloca drenaje pleural en la cavitación mayor, importante débito purulento -800 cc en las primeras 24 horas-. Hemocultivos negativos. Se aísla del líquido drenado E. coli multisensible y anaerobios. Se cambia gentamicina por ciprofloxacina. Evoluciona afebril, normotensa y sin taquipnea, saturación de oxígeno con bioterapia a 2 litros de 95%, sin necesidad de asistencia respiratoria mecánica. Menor débito del drenaje, mejoría radiológica y de parámetros de laboratorio. Luego de 5 días en terapia intensiva pasa a sala común. Conclusión: La pancreatitis aguda cursa de diversas formas clínicas pudiendo manifestar tardíamente complicaciones. Una complicación frecuente (24%) es el derrame pleural generalmente del lado izquierdo, en nuestro caso clínico se objetivó un pnoneumotórax severo a los 60 días posteriores al proceso agudo; resaltando la escasa correlación entre la magnitud de las imágenes tomográficas y la repercusión sistémica y clínica del caso. Cabe destacarse la importancia del derrame crónico como manifestación de enfermedad pancreática en curso -pseudoquistes pancreático- y la posibilidad de infección.

**0195 MÚLTIPLES VÍCTIMAS INTOXICADAS, INCENDIO DE DISCOTECA.**

S. CORTESE, M RISSO

Toximed. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los eventos con múltiples víctimas intoxicadas tienen varios antecedentes en el mundo. En Buenos Aires se produjo un incendio en un local bailable que involucro a aproximadamente 4000 personas con 900 víctimas que requirieron atención médica inmediata y 192 muertos. Objetivo: Comunicar la experiencia del seguimiento de 38 de las víctimas involucradas, que presentaron intoxicación con monóxido de carbono y Síndrome de Inhalación de Humo. Comunicar el tipo de combustión, smolering, que se produce en los incendios que involucran materiales porosos y plásticos. El reporte de las mismas nos permite aprender, comprender y planificar la respuesta local ante un hecho de dicha envergadura. Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional. Seguimiento por el término de 1 año de 38 pacientes. Evaluación de las historias clínicas de internación y consultorio. Datos volcados en Base de Datos Excel Windows XP. Resultados: De los 38 pacientes, 16 presentaron pérdida de conocimiento. 23 pacientes presentaron Injuria Pulmonar por inhalación de humo con presencia de gases tóxicos, 6 de los cuales presentaron sintomatología respiratoria tardía, cinco requirieron AVM y solo una tuvo lesión de la vía aérea asociado a quemaduras cutáneas. Las secuelas, registradas en orden de frecuencia fueron el Estrés Postraumático, Daño Neurológico Persistente con trastornos cognitivos (Una paciente), Lesión en ganglios de la base y cerebelo, por RNM de cerebro con difusión, sin clínica neurológica (Dos pacientes), Fibrosis Pulmonar (Una paciente que presento ARDS). No se reportaron casos de Daño Neurológico Tardío a 1 año del evento. Conclusión: Consideramos necesario evaluar los errores cometidos en la atención inmediata y en el seguimiento. Los pacientes con Síndrome de Inhalación de Humo, pueden presentar Injuria Pulmonar Tardía ya que dentro del humo inhalado se encuentra el Fosgeno que produce sintomatología tardía debido a que al entrar en contacto con el vapor de agua presente en los alvéolos se produce Acido Clorhídrico. También el Dióxido de Nitrógeno por igual mecanismo produce a nivel alveolar Acido Nítrico altamente corrosivo. Los pacientes que desarrollaron ARDS presentaron síntomas respiratorios tempranos. El 60% de los mismos tuvieron valores

de carboxihemoglobina por encima de 18%, es estadísticamente significativo pero no son datos que puedan ser extrapolados, debido al tamaño de la muestra. También el cianuro y otros gases tóxicos deben ser considerados, en el humo de incendio como factores a considerar en la evolución.

**0197 PECULIARIDADES DE LAS TAQUIARRITMIAS SUPRA-VENTRICULARES EN PACIENTES CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN LA ERA DE LOS FIBRINOLÍTICOS. EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE.**

LA FLORES, JF LOAYZA, MA VALIÑO, NB DI GIORGIO, M MARCHETTI, A CABRAL, AM BRAVO, CL QUIROZ, L PEREZ SAAVEDRA, CW BRAVO, NE MOLINAS  
Servicio de Terapia Intensiva, Sanatorio Alberdi, Quilmes, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Conocer la incidencia, características clínicas, evolución y pronóstico intrahospitalario de las Taquiarritmias Supraventriculares (TASV) con Infarto Agudo de Miocardio (IAM). Material y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva 150 pacientes (p.) con diagnóstico de SCA con ST e IAM y se analizaron 20 p con TASV ingresados en forma consecutiva durante Enero de 1996 a 31 de Mayo de 2006. Estudio observacional, longitudinal. Las variables discretas se expresan en porcentajes. Las variables continuas como media y DS. Se utilizo la Prueba exacta de Fischer y X2 de Yates para las variables discretas y T Student para las continuas. Se utilizó una p menor de 0,05 como significación estadística. Resultados: De 150 pacientes incluidos con IAM y ST, se documentaron 20 (13,3%) pacientes con TSV: Fibrilación auricular en 16 (10,7 %); Taquicardia Auricular y Aleteo Auricular 4 (2,6%). Los paciente con TASV respecto a los que no lo presentaron fueron de mayor edad (60.6±12.0 vs. 55.9±11, p < 0,05) y presentaron similares antecedentes y factores de riesgos: Angor Crónico Estable (ACE) (18% vs 20%), IC previa (7% vs 5,5%), Angor Crónico Estable (ACE) (18% vs 20%), IC previa (7% vs 5,5%), Diabetes (DBT) (13% vs 15%), Dislipidemia (30% vs 30,7%), HTA (54 % vs 52,7%); todos sin significación estadística. Los pacientes con TASV, al ingreso a la unidad, presentaron mayor frecuencia cardíaca (FC) (95±29 vs 83±22 < p 0,01), menor presión arterial media (PAM) (89±25 vs 104±22 p < 0,01), mayor número de derivaciones comprometidas (4,5±1,6 vs 3,8±1,3 p < 0,01). La presencia de TASV no se acompañó de una diferente tasa de uso de fibrinolítico (60% vs 64%, p ns), pero presento mayor pico de CPK (1776±1382 vs 1432±1331, p 0,05). Las complicaciones más registradas y asociadas a la presencia de TASV fueron: Bloqueo AV completo (BAVC) (10% vs 4%, p < 0,05), Edema Agudo de Pulmón (EAP) (10% vs 4%, p < 0,05), Shock Cardiogénico (40% vs 6%, p < 0,05) y Mortalidad Intrahospitalaria (15% vs 9%, p < 0,05). Conclusiones: Los pacientes con TASV e IAM: Al ingreso presentaron mayor edad, mayor FC, menor PAM, y mayor extensión electrocardiográfica. En la evolución intrahospitalaria desarrollaron mayor monto necrótico (> CPK), mayor frecuencia de BAVC y fallo de bomba VI. Presentó un aumento significativo de la mortalidad intrahospitalaria.

**0198 EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL ÁNGULO DE FASE MEDIDO POR BIOIMPEDANCIA ELÉCTRICA PARA PREDECIR LA SEVERIDAD Y EL PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA.**

J. GRUCCI, D CZERWONKO, C SALVATIERRA, M PERMAN, S GIANNASI, L SIERRA, C LOUDET, J BUTERA, A GALLESIO  
Servicio de Terapia Intensiva de Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción: El ángulo de fase (AF), determinado por bioimpedancia eléctrica (BI), es una función matemática de la resistencia y la reactancia y se relaciona con la composición, función e integridad de las membranas celulares y en algunas patologías mostró capacidad para predecir la severidad y el pronóstico. Objetivo. Evaluar la capacidad del AF para predecir la severidad y/o el pronóstico de pacientes (P) internados en terapia intensiva por diferentes motivos y gravedad clínica. Método: Análisis preliminar (piloto) de un estudio prospectivo (n = 300) de P internados en TI sin exclusiones. El AF se calculó 2 veces en las primeras 24 horas de internación (AF24) y otras 2 dentro de las 48 horas (AF48). Concomitantemente

se registraron una serie de parámetros clínicos, bioquímicos y terapéuticos, para clasificar a los P en base a criterios clínico-terapéuticos y a los scores APACHE II (All), SOFA y TISS28. También se registró el tiempo de internación y la mortalidad en UTI. El análisis estadístico se efectuó con el programa Intercooled Stata 8.0 (USA) utilizando los estadísticos T test, Wilcoxon, Chi2, Kruskal-Wallis, Spearman y regresión logística uni y multivariable. Resultados: Hasta el momento se incluyeron 77 P, edad promedio 53,9±17,9 años. En las primeras 24 hs.: All 13,92±7,3; SOFA 3,43±3,45; TISS28 19,69±5,77 y a las 48 horas SOFA 2,77±3,23 y TISS28 19,69±5,55. Estadia en UTI 7,45±8,62 días y mortalidad 19,5%. El AF24 promedio fue de 4,99±1,91 y el AF48 de 4,63±1,34; la correlación entre ambos de 0.62 (p<0,001). El AF24 de los P que vivieron fue de 5,24±0,24 y el de los que murieron 3,97 ± 0,48 (p = 0,0036) y el AF48 de los vivos 4,91±0,19 y de los que murieron 3,79±0,32 (p = 0,0011). Utilizando un punto de corte arbitrario del AF24 de ≤ y > 4,5 el riesgo de muerte fue del 11,11% y del 31,25% respectivamente (p = 0,028). Con un punto de corte del AF48 de ≤ y > 4,3, los riesgos de muerte fueron de 8,88% y 46,15% respectivamente (p < 0,001). El All promedio de los P que sobrevivieron fue de 11,93 ± 0,77 y el de los muertos 21,87 ± 1,79. El riesgo de muerte estimado dentro de las 24 horas con All ≥ 14 fue de 34,88% (similar al de AF24). Con regresión logística univariable, el aumento del AF24 disminuye la mortalidad: Odds Ratio (OR) 0,56 (p 0,017) y del AF48 el OR 0,43 (p 0,009); el aumento del APACHE II aumenta la mortalidad OR 1.31 (p < 0,001) y lo mismo se observó con el SOFA de 24 y 48 horas: OR 1,46 y 1,41 (p = 0,001 y 0,002) respectivamente. No se encontró ningún modelo logístico multivariable (también incluyendo otros parámetros) que tuviera mejor capacidad predictiva que los univariados mencionados. Conclusiones: En este corte piloto ya se puede observar que el AF es un adecuado parámetro de pronóstico, tanto dentro de las 24 como de las 48 horas de internación en terapia intensiva. Dado el número relativamente pequeño de P analizados, hasta el momento no se pudieron establecer relaciones significativas entre el AF y otros parámetros de gravedad y evolución de los P.

#### 0199 VARIACIÓN DE LOS RITMOS CIRCADIANOS EN SEPSIS. ANÁLISIS DE FRECUENCIA CARDÍACA Y TENSIÓN ARTERIAL MEDIA.

F. RÍOS<sup>1</sup>, J. SAGARDÍA<sup>2</sup>, E. PEZZOLA<sup>3</sup>, P. SOBRERO<sup>3</sup>, DA. GOLOBEK<sup>3</sup>, O. YUNK<sup>1</sup>, B. MASKIN<sup>2</sup>, ME. KATZ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sanatorio Trinidad, San Isidro, Bs. As.; <sup>2</sup>Hospital Alejandro Posadas, Haedo, Bs. As.; <sup>3</sup>Universidad Nacional de Quilmes; <sup>4</sup>Hospital Donación F. Santojanni, Cdad. Bs. As.

Antecedentes/Objetivo: Los pacientes con sepsis presentan modificaciones en el patrón circadiano de su organización fisiológica, tanto hormonal como del sueño. Por otra parte se ha reportado que los resultados de tratamientos paliativos en esta patología, como la corticoterapia, se verían modificados de acuerdo al horario en que son administrados. El objetivo de este trabajo es describir la organización temporal de las variables hemodinámicas frecuencia cardíaca (FC) y tensión arterial media (TAM) en pacientes con sepsis, y los cambios que se producen durante el curso de la misma. Materiales y métodos: Análisis prospectivo de 20 individuos con diagnóstico de shock séptico (S) y 10 individuos alojados en la misma sala por diferentes causas (C). Los valores de FC y TAM fueron obtenidos cada 15 min. por catéter intra-arterial. Los datos se analizaron por medio de una regresión matemática ajustada a una función cosenoidal que permite estudiar no sólo la presencia de un ritmo, sino su amplitud y parámetros que indican su fase, como el horario del pico. Se compararon ambas poblaciones analizando por separado los datos del primer y último día de internación. Los valores son presentados como promedio ± SEM. Resultados: La proporción de individuos con shock séptico que presentó variación circadiana de FC resultó estadísticamente similar a la población control, tanto durante el primer día (42.9% S vs 75% C) como el último (71.4% S vs. 75% C), al igual que para la TAM (57.1% S vs 53.8% C, el primer día; 28.6% S vs. 30.8% C) (en todos p>0.05 test de Fisher). Tampoco registramos diferencias en la amplitud de las variaciones, sin embargo sí se registraron importantes diferencias en el horario del pico. Durante las primeras 24 hs. el pico de FC ocurrió al anochecer

(21.82±2.06hs.) en los pacientes con sepsis mientras que en los controles ocurrió cerca del mediodía (10.50±1.79hs.) (p<0.05 test de Student). Durante el último día estas diferencias desaparecieron (16.76±2.48hs S vs. 16.28±3.57hs C, p>0.05 test de Student). El horario del pico de TAM también resultó diferente en los individuos con sepsis durante el primer día de internación (22.75±1.88hs S vs. 15.05±3.03hs C, p<0.05 test de Student), y esta diferencia se mantuvo durante el último día (0.51±1.93hs S vs. 12.94±3.34hs C, p<0.05 test de Student). Conclusiones: El análisis del perfil de 24 hs. de las variables hemodinámicas estudiadas en pacientes internados en la UTI confirmó la elevada proporción de individuos que carecen de una organización temporal de su fisiología. El análisis por regresión utilizado, nos permitió describir en aquellos individuos con sepsis que sí poseen ritmo circadiano, que no obstante, presentan un fase completamente modificada. Este hallazgo implica la necesidad de profundizar los conocimientos en esta área. La aplicación de terapéutica teniendo en cuenta la presencia o modificación de los ritmos circadianos podrían jugar un rol importante en el paciente con sepsis y shock séptico.

#### 0200 UTILIZACIÓN DE LA INSUFLACIÓN TRAQUEAL DE GASES CONTINUA EN EL SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO.

J. LEYRIA, C. ARDILEZ, B. STEGMULLER, J. VECCHIO, Y. P. INSAURRALDE

Unidad de Terapia Intensiva Adultos, Hospital Zonal Trelew, Chubut, Argentina.

Objetivo: Describir el efecto de la Insuflación Traqueal de Gases Continuo (T.G.I.C.) sobre la disminución de la Pco2 y la Optimización del PH en pacientes a los cuales se Ventiló bajo Estrategia de Ventilación de Protección Pulmonar y tolerancia de la Hipercapnea Permisiva (H.P) con Síndrome de Distres respiratorio Agudo (SDRA). Material y Metodo: Estudio prospectivo, observacional en el que se evaluaron desde el 01/04/2002 al 30/09/2004, pacientes portadores de SDRA de acuerdo al C.E.A. Con un escort de Murray de 3 +/- 0,5 en el transcurso de su evolución se tolero la H.P hasta un pH de punto de corte menor o igual que 7.20 según protocolo del Servicio. Para confeccionar la T.G.I.C, se utilizó una Sonda con un diámetro interno de 2.2 mm la que se introducía por dentro del tubo endotraqueal (T.E.T) y que quedaba cercana a la carina por observación radiológica. Una pieza en T se utilizó como intermediario entre el T.E.T y el respirador. El flujo fue administrado por un flowmeter requiriendo un flujo promedio de 7 litros (rango 5 - 9). Se realizó muestra de Sangre Arterial previo y a la 1ra horas posteriores a la I.T.G.C. El aumento de la presión plateau por incremento del volumen por fin de espiración por el flujo administrado se corrigió prolongando la relación I:E. Resultados: Ingresaron al estudio 5 pacientes masculinos con una edad promedio de 59.4 (rango 52-71). Del análisis de la gasometría arterial realizada antes y a la 1ra hora de administrar la T.G.I.C se advierte una disminución promedio de la Pco2 de 18 mmhg (rango 11-23) esto a su vez generó un incremento del pH en 0.16 puntos (rango 0.10-0.21).

Pco2 antes de TGIC.	pH antes de TGIC.	Pco2 1ra hora despues de TGIC.	pH 1ra hora despues de TGIC.
66 mmhg.	7.18	55 mmhg.	7.28
72 mmhg.	7.16	50 mmhg.	7.36
70 mmhg.	7.14	52 mmhg.	7.32
74 mmhg.	7.12	58 mmhg.	7.26
91 mmhg.	7.10	68 mmhg.	7.31

Conclusiones: Ventilar bajo la estrategia de protección pulmonar, limitando la presión plateau por debajo de 30 cmho2 en aquellos pacientes portadores de SDRA conlleva a un grupo de ellos a tolerar la H.P, como resultado de esto se alcanza valores de pH por debajo de 7.20. La T.G.I.C en la muestra estudiada parecería ser un método útil para lavar el espacio muerto, generar el descenso de la Pco2 y corregir el pH, sin la necesidad de administrar bicarbonato de sodio para su corrección, pudiendo continuar con los beneficios de la Hipercapnia Permisiva.

**0201 VALORACIÓN Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DE SOPORTE NUTRICIONAL POR SONDA. UTI, HOSPITAL INTERZONAL SAN JUAN BAUTISTA, CATAMARCA, AÑO 2005.**

M NIETO<sup>1</sup>, R FRÍAS<sup>2</sup>, A CORNATOSKY<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de La Salud - UNCA. (Nieto, M.); <sup>2</sup>Facultad de Ciencias de La Salud - UNCA. <sup>3</sup>Facultad de Ciencias de La Salud - UNCA.

Introducción: La identificación del riesgo nutricional de pacientes hospitalizados en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), por parte del personal de enfermería, puede realizarse con la aplicación de técnicas de tamizaje o screening. Objetivo: Valorar el riesgo nutricional, y el conocimiento que posee el personal de enfermería en los pacientes internados en la UTI con indicación de soporte nutricional por sonda, mediante la aplicación de técnicas de screening. Material y Método: Diseño descriptivo, de corte transversal, fueron evaluados 31 pacientes adultos (N=31). Se aplicó el protocolo de screening de la Sociedad Americana de Nutrición Enteral y parenteral (ASPEN), analizando sus variables, se observó el tipo de fórmulas enterales y método de administración; se entrevistó al personal de enfermería para determinar el conocimiento sobre valoración nutricional, composición de las fórmulas y técnicas de administración. Resultados: El (62%) de los pacientes pertenecen al grupo etareo de 40 - 55 años y el (38%) de 56 y más años, predominando como patología de gase el accidente cerebrovascular, postoperatorio de cirugía mayor y politraumatizados. La vía utilizada con mayor frecuencia fue la nasogástrica (83%) y de las fórmulas empleadas el (92%) fueron poliméricas artesanales administradas por goteo discontinuo. La evaluación del screening nutricional indicó que el (86%) de los pacientes obtuvo un score que corresponde al riesgo de malnutrición. Solo el (40%) del personal de enfermería posee conocimientos sobre la valoración, el (25%) en la composición de las fórmulas y el (70%) en relación a las técnicas de administración. Conclusiones: El estudio evidenció que la valoración nutricional del paciente internado en UTI, es un predictor del riesgo de desnutrición, sugiriendo que se debería implementar a través de protocolos. Es importante la adopción de intervenciones educativas a efectos de mejorar la calidad de atención nutricional.

**0202 INFECCIONES POR ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE EN UNA TERAPIA INTENSIVA NEUROQUIRÚRGICA: EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD.**

P MASKIN, A MORA, C VERA OCAMPO, N ORELLANA, A ARMENDARIZ, F DIAZ, A HLAVNIKA, N WAINSZTEIN, M DEL CASTILLO FLENI.

Las infecciones por *Acinetobacter baumannii* multirresistentes (AB) en terapia intensiva son frecuentes con consecuencias crecientes en la morbimortalidad. Objetivos: evaluar factores de riesgo, focos de infección y mortalidad en una terapia neuroquirúrgica. Métodos: estudio retrospectivo caso-control. Casos: pacientes con AB (21), controles: pacientes internados en el mismo período con infecciones por otras bacterias (42). Variables: comorbilidades (C), internación previa (I), cirugía (C) e infección (IN) previa, score de severidad (S)(1-5), APACHE (A), número de ATB (<3,3,>3), días de ATB (<7,7-14,>14), asistencia respiratoria mecánica (ARM), catéter venoso (CVC), sonda vesical (SV), catéter de presión intracraniana (PIC). Análisis univariado y multivariado de regresión logística (MV), chi cuadrado, fisher, p<0.05. Resultados: Se incluyeron 21 pacientes con AB, en el período 2003/05. Edad promedio 57, sexo masculino 15/21 (71%). Comorbilidades: 15/21 (71%); internación previa: 11/21 (52%); infección previa: 14/21 (66%); score de severidad: 13/21 (62%) tuvieron nivel 4 (p,<0.04); APACHE: el promedio fue 19 (7-30); ATB previos: 16/21 (76%), uso de más de 3 ATB: 11/21 (68%) p<0.006; empleo de más de 14 días de ATB: 10/16 (62%) p<0.04. ARM: 16/21 (76%); SV: 21/21; CVC: 17/21 (81%); PIC: 13/21 (62%) p<0.06. Cuadro clínico: Neumonía 9/21(43%), bacteriemia 4/21 (19%), infección urinaria 2, meningitis y otras infecciones respiratorias 2 (9.5%) respectivamente, partes blandas y sinusitis 1 (5%) respectivamente. Hubo sólo 2/21 bacteriemias secundarias vs 13/42

(p<0.06) en los controles. Mortalidad 4/21 (19%) vs 9/42 (21%), mortalidad por infección 3/21 vs 5/42 (NS). El análisis multivariado mostró asociación significativa en el uso de más de 3 ATB OR 4.12 (IC:1.14-14.9) ajustado por empleo de ATB por más de 14 días y por uso de catéter de PIC; Estos dos últimos no alcanzan significación estadística por un intervalo de confianza que indica falta de poder del estudio. Conclusiones: el empleo de múltiples esquemas ATB pone en riesgo a los pacientes internados en terapia intensiva de adquirir infecciones por *Acinetobacter baumannii* multirresistentes.

**0203 UTILIZACIÓN DE PROTOCOLO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DEL HOSPITAL ZONAL TRELEW.**

C ARDILEZ, J LEYRIA, B STEGMULLER, J VECCHIO, Y, P INSAURRALDE.

Unidad de Terapia Intensiva Adulto, Hospital Zonal Trelew, Chubut, Argentina.

Objetivo: Evaluar la evolución de los pacientes que fueron incluidos al protocolo de Ventilación No Invasiva (V.N.I) y definir como meta cuando esta permitió evitar la intubación orotraqueal (I.O) y la necesidad de ARM convencional. Material Y Método: Estudio prospectivo observacional, en el período comprendido entre 01/06/2000 al 30/12/2004. Para la realización de la V.N.I Se utilizaron ventiladores Microprocesados. Modo Presión Soporte (PS) más PEEP Los Parámetros de Inclusión al protocolo de V.N.I. son más de 2 de los siguientes: 1) Frecuencia respiratoria (Fr) Mayor de 25 rpm, 2) pH igual o menor de 7,30, 3) PCO<sub>2</sub> mayor de 45 mmhg, 4) Uso de accesorios, 5) respiración paradójal, 6) disnea moderada a severa. 7) pico flujo espiratorio menor de 100 l/m. Se evaluó en forma continua por un período de dos horas, realizándose gasometría arterial antes de empezar, tiempo 0, a los 45 minutos y a las 2 horas, Si al término de las 2 horas se observaron signos de Fracaso, se procedía a la IO y ARM convencional, signos de fracaso: 1) Intolerancia a máscara, 2) Persistencia de la Taquipnea pese al aumento progresivo de la PS, estableciendo como punto de corte a una Fr igual o mayor a 36 rpm, 3) Ausencia de la mejoría clínica y gasométrica después del tiempo pautado. 4) Progresión de la acidosis. Resultados. Muestra de 56 pacientes (p) 8 mujeres y 48 hombres, edad promedio 62,5 años (rango 28-80). La mejoría en el pH, PCO<sub>2</sub>, Fr y la PO<sub>2</sub>, después de la aplicación de V.N.I, fue evidente ya a los 45 minutos en los pacientes que tuvieron éxito en la VNI y se evito la IO y la ARM, observando un incremento del pH en 0.12 puntos, disminución de la PCO<sub>2</sub> de 11.64 mmhg un aumento de la PO<sub>2</sub> de 16 mmhg y una disminución de la Fr 14 rpm, que se mantuvieron hacia fines de las 2 horas, de la muestra estudiada de 56 p, el 83.9% (47p) se evito la IO y la ARM. El 16% (9p) fracasaron en la VNI y se procedió a la IO y la ulterior ARM, a los 45 minutos del tiempo de evaluación, no observándose mejoría de las variables estudiadas. Los datos fueron expresados como media +/- . Evaluación de los p que se evito la IO y ARM.

	tiempo 0	45 minutos	2 horas
pH	7.20±0.15	7.32±0.05	7.34±0.03
PCO <sub>2</sub>	65.96±33.96	54.32±21.34	53.28±20.18
PO <sub>2</sub>	52.3±9.3	68.3±7.2	69.5±7
Fr	34.7±7.3	23.2±6.4	22.4±4.7

Pacientes que fracasaron a la VNI:

pH	7.09±0.09	7.10±0.05
PCO <sub>2</sub>	31.3±13.3	30.2±12.2
PO <sub>2</sub>	46.6±8.4	54.5±4.5
Fr	34.2±6.2	31.8±5.8

Conclusiones: La utilización del protocolo de VNI nos permitió identificar a los 45 minutos aquellos p que tuvieron éxito en el procedimiento y se evitó la IO y la ARM. Y el grupo de p que fracasaron al mismo y se realizó IO Y ARM convencional. De la muestra estudiada, se podría considerar la no mejoría del pH de ingreso hacia los 45 minutos, como un posible indicador de fracaso de la VNI.

#### 0204 INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS ENCAPSULADOS O BODY PACKERS (BP).

G. SORRENTINO, L. ATADIA, A. CORONEL, A. KAKAZU, M. BORGARETTO, L. TACO ZEA  
Hospital. Z.G.A. Madre Teresa de Calcuta - Ezeiza.

**Introducción:** El ingreso de BP (transporte de estupefacientes de un país a otro dentro del organismo) se ha ido incrementando en forma exponencial, con el consiguiente aumento de los potenciales riesgos para la salud, que en su mayoría requieren manejo en Terapia Intensiva. El abordaje habitual consiste en el tratamiento con polietilenglicol. Si bien en un principio estos pacientes eran asistidos casi exclusivamente en hospitales cercanos a aeropuertos, en la actualidad se reciben casos en el resto de los hospitales. **Objetivos:** 1) Presentar la experiencia de 12 años en el manejo de BP; 2) Descripción de una sistemática propia, diferente de la usualmente recomendada con polietilenglicol. **Material y métodos:** Se revisó de manera retrospectiva la historia clínica de pacientes ingresados en UTI entre octubre 1994 y julio de 2006, con diagnóstico de ingesta de cuerpos extraños. **Método estadístico:** Las variables continuas se expresaron como media  $\pm$  DS y rango total y las variables discretas se expresaron como frecuencia y porcentaje. **Resultados:** Se incluyeron 153 pacientes, 117 (76%) hombres y 36 (24%) mujeres. Las nacionalidades fueron variadas. El predominio fue de países sudamericanos. Hubo algunos de Europa, África, Oceanía. El diagnóstico se realizó por Rx simple de abdomen (Rx Abd.). La TAC se utilizó en casos dudosos pre-alta. Se observaron cápsulas en todo el trayecto del tubo digestivo (por ingesta o por vía rectal) y en vagina. El método evacuatorio fue ingesta de ("wash-out") manitol-glicerina. 6 casos (3,9%) registraron vómitos de cápsulas. El promedio de evacuación fue de 30 horas. Se rescataron 12.192 cápsulas. Peso entre 10 y 17 gramos cada una. Tamaño entre 1.8 y 5 cm de diámetro por 5 y 15 cm de largo. Promedio de cápsulas ingeridas por paciente 79,7 ( $\pm$ 2,1). Máximo de ingesta 298 cápsulas. Un caso con 20 vaginales. **Complicaciones:** 6 casos (3,9%): 3 por oclusión intestinal, 2 óbitos por ruptura de cápsulas (ambos ingresaron con convulsiones seguidas de PCR) y uno con perforación de víscera hueca. Estadia promedio internación 3,5 días. Máximo 14 días en los casos de resolución quirúrgica. **Conclusiones:** 1) Los casos de BP se encuentran en aumento. 2) Los envoltorios cada vez más inseguros. 3) método diagnóstico Rx Abd. 4) TAC para casos pre alta 5) Bajo índice de complicaciones. 6) Diagnóstico precoz y seguimiento hasta el alta. 7) Alerta en paciente proveniente de aeropuertos con síntomas psiquiátricos y convulsiones.

#### 0205 UTILIZACIÓN DE TISS 28 EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

L. SALIGARI<sup>1</sup>, ME RATTO<sup>2</sup>, L. ALBANO<sup>1</sup>, P. CASTELLANI<sup>2</sup>, I. KO<sup>3</sup>, A. VARGAS<sup>4</sup>, P. MINCES<sup>4</sup>, S. DÍAZ<sup>4</sup>, G. LAIN FAGALDE<sup>5</sup>, N. BOADA<sup>6</sup>, J. SASSÓN<sup>6</sup>, A. SIABA SERRATE<sup>7</sup>, S. TORRES<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. El Palomar, Pcia de Buenos Aires; <sup>2</sup>Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Pcia de Buenos Aires; <sup>3</sup>Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; <sup>4</sup>Hospital Italiano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; <sup>5</sup>Hospital del Niño Jesús, San Miguel de Tucumán. Pcia de Tucumán; <sup>6</sup>Hospital Nacional de Pediatría Juan Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; <sup>7</sup>Hospital Universitario Austral, Pilar, Pcia de Buenos Aires

**Introducción:** El Therapeutic Intervention Scoring System: TISS fue diseñado en 1974 y es uno de los sistemas de valoración más antiguos y más ampliamente utilizados. Su versión simplificada. el TISS 28 es la más difundida en la actualidad. El programa SATI Q Pediátrico, base de datos para uso en Terapia Intensiva, orientada a la medición de calidad, incluye la determinación diaria de TISS 28 en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Objetivos:** 1- Presentar los resultados obtenidos a través de la utilización de TISS 28 en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos de la República Argentina, usuarias de SATI Q Pediátrico. 2- evaluar su habilidad como herramienta de gestión de los recursos humanos y materiales. 3- describir su asociación con severidad de la enfermedad en pacientes pediátricos. **Material y métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo,

de análisis retrospectivo de base de datos. Se analizaron los datos con MS Access 2000 correspondientes a los pacientes internados en el periodo 01/01/2005-31/12/2005 de ocho Unidades de Cuidados Intensivos pediátricos (UCIPs) de Argentina, distribuidas en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Pcia de Bs. As y Pcia. de Tucumán participantes en el programa SATI Q Pediátrico. Se analizaron comparativamente datos entre sobrevivientes (S) y no sobrevivientes (NS) con t test y test de Wilcoxon según la normalidad de la muestra. **Resultados:** Durante el período del estudio las Unidades ingresaron datos de 2592 pacientes de los cuales 1813 tenían calculado el TISS 28 diariamente con un total de 18317 determinaciones. El 59,28% de la población fue de sexo masculino. El promedio de edad fue 4,7 meses. La media de TISS 28 para esta población fue de 22,50 DS 8,3 mediana 21. Las variables de TISS 28 más frecuentemente tomadas en el total de los pacientes fueron: monitoreo ECG - control signos vitales - balance: 14779 - varias drogas IV o en bomba 12706 - tratamiento para mejorar la función pulmonar 11303 - medicación estricta de la diuresis 10718 - nutrición enteral: 8910 - vía venosa central 5888 El motivo de ingreso más frecuente fue Respiratorio (34 %). Se halló diferencia estadísticamente significativa entre Sobrevivientes (S) y no sobrevivientes (NS) con respecto a TISS promedio (S = 17,5 NS = 29,5 p 0,0000) TISS del día de ingreso (S = 20,2 NS = 29,4 p 0,0000) y TISS del día de alta o fallecimiento (S = 14,2 NS = 30,5 p 0,0000). El promedio de días de estada entre ambos grupos no mostró diferencias estadísticamente significativas. En 1057 pacientes se calculó al TISS 28 y PIM 2. El promedio de TISS 28 se incrementó acorde a los rangos de mortalidad esperada por score de PIM 2. **Conclusiones:** En la población estudiada TISS 28 ha demostrado ser una valiosa herramienta para las tareas de gestión de los recursos humanos y materiales y un buen complemento de los otros sistemas que expresan severidad de enfermedad. Esta es la primera serie de datos referentes a este score obtenidos en nuestra población.

#### 0206 LESIÓN PULMONAR AGUDA Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA.

G. ANDRICH, A. OJEDA, W. COSCIO, H. ALVAREZ, SE. LAZZERI, L. SOSA, C. MIZDRAJI, L. HUESPE GARDEL, JA. OJEDA, J. CIALZETA, R. PUYOL

Hospital Escuela Gral. José F. de San Martín, Corrientes.

**Objetivo:** establecer la incidencia de Lesión Pulmonar Aguda (LPA) en pacientes afectados de Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática (HSA), y su asociación con el pronóstico. **Materiales y métodos:** Se revisaron en forma retrospectiva todas las historias clínicas de pacientes ingresados en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Escuela "José F. de San Martín", de la ciudad de Corrientes, desde enero 2005 a marzo 2006, con diagnóstico de HSA confirmada por angiografía de 4 vasos, excluyendo aquellos que permanecieron en la UTI menos de 24 hs. Se determinó en ellos la presencia de LPA (PAFI <300) al ingreso o durante su evolución, quedando así constituidas dos poblaciones: pacientes con HSA y LPA (grupo I) y pacientes con HSA sin LPA (grupo II). En cada uno de los grupos se consignaron: Datos demográficos (edad, sexo), Apache II (1ras 24 hs), escala de Fisher, Score de Glasgow al ingreso, PaFi promedio de toda su internación, Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple (evaluado por SOFA), presencia de sepsis (Criterios de Conferencia Consenso), estadia y mortalidad en UTI. Comparamos ambas poblaciones utilizando como análisis estadístico el test de Chi Cuadrado y Test de Fisher. **Resultados:**

	Total	Grupo I	Grupo II	P
n	54	19 (35,2%)	35 (64,8%)	
Glasgow	10 $\pm$ 3	7 $\pm$ 3	13 $\pm$ 3	<0,004
APACHE II	12 $\pm$ 6	16 $\pm$ 7	12 $\pm$ 5	ns
Fisher	3 $\pm$ 1	3 $\pm$ 1	3 $\pm$ 1	ns
SOFA	1 $\pm$ 1	3 $\pm$ 2	1 $\pm$ 1	<0,001
PaFi	316 $\pm$ 79	239 $\pm$ 51	342 $\pm$ 39	
Sepsis (%)	25 (46,2%)	15 (78%)	10 (22%)	<0,0004
Estadia	6 $\pm$ 5	9 $\pm$ 7	5 $\pm$ 4	<0,001
Mortalidad	13 (24%)	9 (47%)	4 (11,4%)	<0,001

**Conclusión:** La LPA es una complicación habitual en pacientes con HSA y se asocia con un peor pronóstico.

**0207 MUDIENDO CALIDAD EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICAS ARGENTINAS: EXPERIENCIA CON SATI-Q PEDIÁTRICO.**

ME RATTO<sup>2</sup>, L SALIGARI<sup>1</sup>, L ALBANO<sup>1</sup>, C PELTZER<sup>2</sup>, J FARÍAS<sup>3</sup>, I KO<sup>3</sup>, P MINCES<sup>4</sup>, S DÍAZ<sup>4</sup>, G LAIN FAGALDE<sup>5</sup>, N BOADA<sup>6</sup>, J SASBÓN<sup>6</sup>, A SIABA SERRATE<sup>7</sup>, E SCHNITZLER<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, El Palomar, Pcia de Buenos Aires; <sup>2</sup>Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Pcia de Buenos Aires; <sup>3</sup>Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; <sup>4</sup>Hospital Italiano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; <sup>5</sup>Hospital del Niño Jesús, San Miguel de Tucumán, Pcia. de Tucumán; <sup>6</sup>Hospital Nacional de Pediatría Juan Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; <sup>7</sup>Hospital Universitario Austral, Pilar, Pcia de Buenos Aires

Introducción: La gestión de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPs) debe abarcar, entre otros aspectos, la organización de las formas de registro de los datos necesarios para generar la información suficiente y homogénea que permita medir la calidad de la atención y comparar resultados para el mejoramiento continuo de la misma. Objetivos: Presentar los resultados obtenidos con SATI Q Pediátrico, base de datos para uso en Unidades de Cuidados Intensivos, orientada a la medición de calidad. Material y Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, descriptivo. A partir de la decisión de SATI de implementar un sistema de medición de la calidad para las UCIPs de Argentina, se desarrolló el Soft SATI-Q Pediátrico. El programa permite registrar: datos demográficos de los pacientes, diagnósticos y causas de ingreso codificados según el registro ANZPIC (Australia and New Zealand Paediatric Intensive Care Registry), prácticas y procedimientos codificados a partir del ICD 9, escores de Riesgo de Mortalidad: Pediatric Index of Mortality 2 (PIM2) y Pediatric Risk of Mortality (PRISM), escores de fallo multiorgánico (PELOD), escores de intervención: Therapeutic Intervention Scoring System (TISS 28). Evolución, complicaciones y resultados. Se realizó la difusión, entrega de soft y entrenamiento para su uso a todas las Unidades participantes (ocho) distribuidas en Ciudad Autónoma de Bs. As. y las provincias de Bs. As. y Tucumán. Se efectuó la recolección de datos prospectivamente. Se analizaron los datos con MS Access 2000 correspondientes a los pacientes internados en el periodo 01/01/2005-31/12/2005. Resultados: Se obtuvieron los siguientes resultados: Rango de días del informe: 364, cantidad de pacientes: 2592, Estadía promedio 9.92 días, DS 25,89 Mediana de 3 días Pacientes sexo masculino 1433 (55,29%), Edad promedio 61,93 meses DS 64,74. Mediana= 31 meses. Mortalidad observada: 283 (10,92 %). Mortalidad esperada por PIM2: 7,37%. TISS 28 Promedio: 22,05 DS 8.58. Mediana 21,00 Pacientes con ARM 1077 (41,55%), episodios de neumonía asociada a respirador 109 (10,12 %). Pacientes con Catéter Venoso Central 910 (35,11%), episodios de infección asociada a catéter 119 (13,08%). Pacientes con sonda vesical 949 (36,61%), infección urinaria asociada a sonda vesical (SV) 45 (4,74%). Deslizamiento no programado de la cama 5 (0,19 %). Episodios con escasas: 78 (3.01%). Reingresos: 96 (3,70%) Neumonía Asociada a Respirador cada 1000 días: 9,75. Incidencia de infección por catéter cada 1000 días: 9,92. Incidencia de infección urinaria cada 1000 días: 7,19. Conclusión: A través de los datos obtenidos la utilización del programa ha demostrado que permite contar por primera vez con un registro de datos homogéneo para la UCIPs argentinas, medir estándares de calidad de la asistencia a través de indicadores previamente definidos, hallar una media nacional de los indicadores y brindar una herramienta de comparación de niveles de calidad para las Unidades así como datos epidemiológicos nacionales de los cuales se carecía hasta el presente.

**0208 HIDROCORTISONA VERSUS PLACEBO EN EL TRATAMIENTO DEL SHOCK EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA.**

Y ARZANI, MP VARELA OTERO, L HELMAN, V LERNOUD, D INTILE, RR FAVALORO, PD COMIGNANI  
Fundación Favaloro.

Objetivo: determinar si el tratamiento con dosis sustitutivas de hidrocortisona se relaciona con disminución del requerimiento de drogas vasopresoras en pacientes que presentan shock en el postoperatorio de cirugía cardíaca. Material y Métodos: estudio

prospectivo, randomizado, ciego. De 1600 cirugías cardíacas (10/04-06/06) se incluyeron 42 pacientes (p) con diagnóstico de shock con requerimiento de noradrenalina<sup>2</sup> 0.5ug/kg/min. Excluidos: tratamiento previo con corticoides, corticoides en el intraop, shock séptico. Se dosaron cortisol basal y albúmina plasmática. Los p fueron randomizados a recibir 300mg/d hidrocortisona vs placebo por 7 ds. Se registraron mediciones de parámetros hemodinámicos con cateter de Swan Ganz y dosis de noradrenalina e inotrópicos a las 0,6,12 y 24 hs. Análisis estadístico: test de Mann-Whitney, pe<sup>2</sup>.05. Resultados: 23p recibieron hidrocortisona (H) y 19 placebo (P). No hubo diferencias significativas en las características basales de los grupos: función sistólica ventricular izq conservada en 12p del grupo H y en 7 de P; cirugía: revascularización miocárdica en 7p del grupo H y en 8p del P, reemplazo valvular en 9p de H y 5 de P y combinados en 7p de H y 6 de P. Promedio minutos de circulación extracorpórea y clampeo aórtico: 151(±44), 109(±33) en el grupo H y 161(±54), 117+/-41) en el P. Media de cortisol basal(ug/dl) H:39,P:43(p.46). Media de albúmina (mg/dl) H:2.89,P:2.55(p.06). Al momento de la randomización (hora 0) media PAM en mmHg H:64, P:63 (p.59); Wedge H:14, P:14; aurícula derecha H:10,P:10; gasto cardíaco H:5.3, P:4.9 (p.32); dobutamina 16p (69%) del grupo H y 14 (74%) del P, milrinone igual, 11p de H y 12 de P recibían los dos inotrópicos y 2 p en cada grupo, ninguno. 4p de grupo H y 3 de P levosimendan y balón de contrapulsación 11p (48%) de H y 8 (42%) de P. Media del delta de dosis de noradrenalina en H y P a 6 hs: .051,-.17; 12 hs: .11,-.01 y 24 hs: -.2,-.85. 18p (78%) en el grupo H y 13 (68%) en el P tuvieron insuficiencia renal aguda (Cr>1.5) de los cuales 8p y 7p requirieron diálisis. El promedio de hs de ARM fue 150 en H y 78 en P. Fallecieron 6 de los p que recibieron hidrocortisona (26%) y 12p (63%) del grupo placebo. De los que sobrevivieron: estadía promedio en UTI: 20ds (122/5) para el grupo H y 5 para el P; intrahospitalaria 34 (145/10) y 19 (35/10). Conclusión: la administración de dosis sustitutivas de hidrocortisona se relacionó con una disminución del requerimiento de drogas vasopresoras en pacientes con shock de origen no infeccioso en el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En los p que recibieron corticoides se observó una significativa reducción de la mortalidad.

**0209 ANÁLISIS DEL NIVEL DE SATISFACCIÓN Y RIESGO DE BURNOUT EN MÉDICOS DE TRES UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.**

G CECONI, R GARCÍA TURIELLA, D ROVIRA, V CLAIRÓN, L VOVK, L VILLARROEL  
Hospital Italiano Garibaldi, Rosario.

Introducción: El interés social y científico por el burnout ha crecido espectacularmente en las últimas décadas, importantes investigadores consideran necesario realizar estudios transocasionales. Maslach define burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (sensaciones de sobre esfuerzo físico y emocional), despersonalización (desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y respuestas cínicas hacia los receptores del servicio prestado) y reducida realización personal (tendencia a evaluar el propio trabajo en forma negativa). Objetivos: Analizar el nivel de satisfacción profesional de médicos de unidades intensivas, tratando de identificar la tendencia o presencia de burnout en los mismos, detectar factores predisponentes o protectivos y establecer un sistema de alerta, evaluar programas de intervención integral para mejorar la situación en función de datos obtenidos. Material y método: Se realizaron 40 encuestas de elaboración propia a médicos de unidades intensivas. Una parte abarca datos sociodemográficos y laborales, y otra evalúa agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, basado en el inventario de Maslach. También se solicitó nombrar tres características consideradas como más positivas o más negativas de la actividad. Con los datos se realizó un análisis estadístico descriptivo. Resultados: contestaron 31 encuestas. El 58.1% mujeres. 61.3% están casados o en pareja. 41.8% no tiene hijos. La edad media es de 33 años con un promedio de años de graduado de 8. 35.5% son residentes, 54.8% staff y el resto jefes y concurrentes, con un promedio de horas de trabajo semanal de 79 hs. El 58.1% no realiza deportes, 54.8% no leyó un libro en los últimos 60 días. El 100% considera que está mal remunerado. El 41.9% realiza tareas docentes y el 45.2%

de investigación. Hemos encontrado que los médicos que se sienten emocionalmente exhaustos ven negativa su relación con los familiares de los pacientes ( $p:0.009$ ), mientras que con el pacientes y con los colegas sólo hay una tendencia a empeorar sus relaciones. Mientras que el sentirse físicamente exhausto empeora mas la relación con sus colegas (0.010) y tiende a influir negativamente en la vida familiar. El 29% no se siente capacitado para contener a familiares y pacientes, y el 12.9% no se siente preparado para dar malas noticias. El 25.8% no volvería a estudiar medicina. Conclusiones: El burnout no solo afecta al individuo que lo padece sino también al entorno laboral. En el ámbito médico, el terapeuta es particularmente susceptible de padecerlo. Lo encuestados que presentan agotamiento emocional y físico se interrelacionan peor con los familiares de los pacientes y sus propios colegas, teniendo también una tendencia aunque no significativa a valorar negativamente la relación con sus pacientes.

#### 0210 COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE DOS AÑOS DE VALORACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES DE PACIENTES DADOS DE ALTA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

G. CECONI, R. GARCÍA TURIELLA, D. ROVIRA, F. DAMINATO, E. BARRAL, V. CLAIRÓN, J. ESPARZA  
Hospital Italiano Garibaldi, Rosario.

Introducción: En los últimos años ha habido un auge en el análisis de calidad asistencial, haciéndose hincapié en la calidad técnica, en el uso de recursos o eficiencia y en los riesgos del paciente asociados a los servicios prestados; pero poco se incorpora el punto de vista y la opinión del paciente, su "satisfacción" y la de sus familiares. Objetivos: valorar el grado de satisfacción de pacientes y familiares de pacientes dados de alta de nuestra sala, en lo que se refiere al confort físico y psíquico, el entorno asistencial, la información recibida, la relación médico-paciente-familia, comparar los resultados de dos años y analizar los procesos susceptibles de mejora. Material y método: se realizaron 50 encuestas de confección propia, con respuestas sugeridas (19 a un familiar directo y 19 al paciente) en el período enero a julio del 2006 y se compararon con los resultados de julio a diciembre de 2004. Resultados: 56% de los ingresos fueron postoperatorios, 30% patologías clínicas y 14% politraumatismos. La edad media de los pacientes: 59 años, con un tiempo medio de estancia en uti de 3.5 días. Aumentó el número de familiares que se sintió contenido por el médico (86% contra 72% el año anterior) y disminuyó el que tubo una mala impresión al pasar a la sala (40% versus 52%), el principal motivo de mala impresión fue el ambiente de la sala, mientras que el año anterior era la visión de su familiar. Con respecto al dolor hubo una significativa disminución en la escala referida del mismo, del 70% que lo tubo, 54.28% en escala de 3-4, 34.28% entre 5-6, 8.5% entre 7-8 y 2.85% 9-10, todos mejoraron con analgésicos. Continúa siendo significativa la relación con el motivo de ingreso ( $p:0.0001$ ) más frecuente en el postoperatorio. No hay cambios con respecto a la conciliación del sueño, el 20% no pudo dormir y 46% sólo parcialmente, siendo significativa la diferencia con respecto a la patología de ingreso ( $p:0.002$ ) más frecuente por causas clínicas. La extracción de sangre arterial continúa siendo el procedimiento que causa mayor disconfort (36% de los pacientes). Mejoró el porcentaje de pacientes que se sienten contenidos por el médico (82% vs 74%). No hubo cambios con respecto al porcentaje que se siente expuesto o desnudo (56% vs 54%). Conclusiones: la relación médico-paciente familia fue valorada como muy satisfactoria habiendo aumentado la contención brindada. La familia tiene menos impresión negativa al pasar a la sala ya que se explica exhaustivamente antes del ingreso qué es lo que va a ver y cómo va a encontrar a su familiar. A partir de la primer encuesta hemos instaurado la analgesia más precozmente habiendo bajado los porcentajes de escalas de dolor más alto. Aún nos resta trabajar en lograr una mejoría en la conciliación del sueño, ya que con las medidas instauradas no hubo cambios.

#### 0211 FACTOR VII RECOMBINANTE HUMANO: UTILIDAD EN NIÑOS NO HEMOFÍLICOS.

R. POTERALA<sup>2</sup>, PE PETRACCA<sup>2</sup>, A. SIABA SERRATE<sup>2</sup>, L. RICHARD<sup>4</sup>, P. SOSA<sup>4</sup>, C. LUQUE<sup>3</sup>, I. MALLA<sup>3</sup>, E. MONTEVERDE<sup>2</sup>, E. MARTINEZ DEL VALLE<sup>2</sup>, J. ARAGUAS<sup>2</sup>, G. VELAZQUEZ<sup>2</sup>, SF. TORRES<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Austral; <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; <sup>3</sup>Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico; <sup>4</sup>Hemato-oncología Pediátrica.

Introducción: el factor VII recombinante activado ha sido desarrollado para el tratamiento de los sangrados espontáneos y quirúrgicos en pacientes con hemofilia congénita con anticuerpos inhibidores contra los factores VIII y IX y en la hemofilia adquirida. Su uso se ha extendido en el tratamiento de pacientes con enfermedades de la función plaquetaria o trombocitopatías. Induce la hemostasia en el sitio de la injuria tanto a través de la formación de complejos con el factor tisular expuesto (TF) como por la activación directa del factor X sobre la superficie de la plaqueta activada. Ha sido utilizado en pacientes sin coagulopatía con sangrados incontrolables con amenaza de vida cuando todas las demás alternativas han sido agotadas. Objetivo: Describir dos casos de pacientes pediátricos sin hemofilia, tratados en nuestro Hospital. Caso 1: varón de 12 años de edad, postrasplante alejado de médula ósea, internado para tratamiento de infección por CMV (antigenemia positiva), que comenzó con hemorragia digestiva al cuarto día de internación, se tomaron múltiples biopsias de mucosa intestinal siendo positivas las pruebas para detección de CMV y EBV. Continuó con hemorragias digestivas con altos requerimientos transfusionales. Ante la falta de respuesta, se indicó goteo Octeotride y topicación local con adrenalina, sin éxito. Al continuar con episodios de sangrado masivo y riesgo de vida, con coagulograma, plaquetas y fibrinógeno normales, se decidió administrar dos dosis de Factor VII recombinante (Novoseven) (120 mg/kg y 60 mg/kg), presentando cese de sangrado y estabilización hemodinámica con buena evolución posterior. Caso 2: niña de 13 años, postrasplante hepático reciente (2 meses) por falla hepática fulminante criptogénica con donante cadavérico, reinternada por enfermedad injerto vs huésped con plaquetopenia, neutropenia y anemia. Comenzó con sangrado digestivo de difícil manejo y múltiples requerimientos transfusionales, por lo cual se realizó endoscopia digestiva diagnosticándose gastroduodenitis por CMV y EBV con lesiones activas. Ante la persistencia de sangrados con descompensación hemodinámica y riesgo de vida, se administró una única dosis de Factor VII (90ucg/kg). A las 12 horas presentó sangrado difuso cerebral y signos de hipertensión endocraneana severa, que requirió tratamiento médico y craneotomía descompresiva. El paciente evolucionó con severo daño cerebral, y falleció a las 48 horas. Comentario: el uso de factor VII recombinante se ha extendido a pacientes sin coagulopatía, como terapia alternativa en el control de la hemorragia masiva con riesgo de vida. Si bien el segundo paciente descripto no mostró resultados favorables, tal vez en relación a un comienzo tardío e incompleto del tratamiento, en el primer caso el uso de Factor VII constituyó una medida eficaz para el control del sangrado gastrointestinal refractario a la terapéutica convencional.

#### 0212 TRANSECCIÓN COMPLETA PANCREÁTICA. MANEJO CONSERVADOR EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO TRAUMATIZADO.

PE. PETRACCA<sup>2</sup>, R. POTERALA<sup>2</sup>, A. SIABA SERRATE<sup>2</sup>, E. MONTEVERDE<sup>2</sup>, E. MARTINEZ DEL VALLE<sup>2</sup>, G. VELAZQUEZ<sup>2</sup>, J. ARAGUAS<sup>2</sup>, I. MALLA<sup>3</sup>, SF. TORRES<sup>2</sup>, D. RUSSO<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Austral; <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; <sup>3</sup>Hepatología; <sup>4</sup>Cirugía Pediátrica.

Introducción: El trauma abdominal cerrado es una de las causas mas frecuentes de injuria abdominal en niños. La lesión pancreática es poco común (2%). El diagnóstico y tratamiento constituyen un desafío terapéutico. La mortalidad (5-10%) de pacientes con lesiones graves esta relacionada principalmente con la hemorragia, el retardo en el diagnóstico y el grado de lesión pancreática. La detección de lesión pancreática con efracción del conducto principal es asumida, en general, como indicación quirúrgica. Caso clínico: Niño de 7 años de edad que ingresó, derivado de otro centro, a nuestro hospital politraumatizado por accidente vehículo motor. Al momento del ingreso presentó: Scalp grave con sección muscular y tendinosa en cara anterior de la pierna izquierda (lesión de músculo tibial anterior, extensor común y sección de nervio músculo cutáneo) fractura de pelvis con compromiso de rama ileoisiopubiana con extensión iliaca sin lesión de uretra, contusión pulmonar bilate-

ral a predominio derecho. Con la TAC se detectó transección pancreática completa en la unión corporo-caudal y abundante líquido libre en cavidad. La amilasa, lipasa pancreática, GOT y GPT se hallaban elevadas. Se decidió tomar conducta conservadora. Se indicó reposo digestivo, se inició NPT (que se retiró luego 17 días con la normalización de las enzimas pancreáticas) y se medicó con cefalotina, amikacina y metronidazol debido a las lesiones del MI. Al tercer día de internación se observó derrame pleural masivo izquierdo, con niveles elevados de amilasa, que requirió ser drenado. Inició medicación con octeotride 4mcgr/kg/hs por 5 días luego del cual evidenció una clara mejoría sintomatológica coincidente con el descenso de los niveles enzimáticos séricos. En este momento el control Tomográfico evidenció ausencia de líquido libre en cavidad y una imagen de "pseudociste en formación" en la zona de la lesión del páncreas. En controles ecográficos de seguimiento se observó la resolución completa de la imagen en un plazo de 15 días posteriores. Conclusión: La lesión pancreática postraumática con efracción de sus conductos puede constituir una entidad de difícil y controvertido manejo tanto quirúrgico como médico. Esta experiencia, como algunas otras de la literatura, demuestra que el manejo conservador de la transección pancreática completa post traumática de conductos principales constituye una alternativa viable. Asimismo para llevar a cabo esta modalidad de abordaje es necesario contar con internación en un centro de alta complejidad que permita un adecuado monitoreo de la evolución así como un equipo interdisciplinario con experiencia en trauma abdominal.

**0213 TIFLITIS: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS NEUTROPÉNICOS TRASPLANTADOS.**

PE PETRACCA<sup>2</sup>, R POTERALA<sup>2</sup>, A SIABA SERRATE<sup>2</sup>, E MONTEVERDE<sup>2</sup>, E MARTINEZ DEL VALLE<sup>2</sup>, G VELAZQUEZ<sup>2</sup>, J ARAGUAS<sup>2</sup>, P LEBATE<sup>3</sup>, M OSPITAL<sup>3</sup>, D RUSSO<sup>5</sup>, A CANE<sup>3</sup>, L RICHARD<sup>4</sup>, P SOSA<sup>4</sup>, SF TORRES<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Austral; <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos; <sup>3</sup>Departamento Maternoinfantil; <sup>4</sup>Hematología Pediátrica; <sup>5</sup>Cirugía Pediátrica.

Introducción: La tiflitis es una grave complicación de la quimioterapia en pacientes leucémicos y su manejo es controvertido. El tratamiento inicial es médico. Un grupo de pacientes presentará una mala evolución, con rápido deterioro clínico y fallo multiorgánico. El diagnóstico temprano, con el tratamiento adecuado tienen por objeto anticiparse a la necrosis y perforación intestinal, relacionados con alta mortalidad (90%). En estos casos es sumamente difícil encontrar el momento del abordaje quirúrgico. Objetivo: Presentar dos pacientes leucémicos con formas graves de tiflitis durante el tratamiento quimioterápico con fallo multiorgánico. Caso 1: Niña de 11 años de edad con diagnóstico de LLA de alto riesgo en quimioterapia quien presentó cuadro de abdomen agudo, fiebre y neutropenia severa. Al examen el abdomen era tenso y doloroso en FID, sin ruidos hidro aéreos, deposiciones sanguinolentas. Con sospecha de tiflitis se indicó una ecografía abdominal que mostró engrosamiento del ciego y colon ascendente. Se medicó con ceftazidim, amikacina y metronidazol. A las 48 hs presentó fallo multiorgánico con claro foco abdominal. Se decidió laparotomía exploradora evidenciándose compromiso inflamatorio del ciego, colon ascendente hasta el ángulo hepático con ileostomía inicial de descarga. Reexploración quirúrgica al 5º día postoperatorio: se constató zonas de necrosis segmentaria del ciego, colon ascendente y ángulo hepático. Se le realizó hemicolecotomía derecha con buena evolución clínica. Caso 2: Niña de 23 meses de edad con diagnóstico de LLA en recaída, con quimioterapia, neutropenia severa, fiebre, abdomen distendido y doloroso, asociado a vómitos. Se confirma el cuadro de tiflitis con TAC de abdomen con contraste. Inicia tratamiento con ceftazidim, amikacina y metronidazol. A las 48hs presentó una rápida desmejoría llevándola progresivamente al fallo multiorgánico decidiéndose realizar laparotomía exploradora y resección del segmento intestinal con compromiso isquémico (sin perforación) que incluyó el ciego, colon ascendente y parte del transverso. Por inestabilidad del paciente se realizó cierre a lo Hartmann del colon transverso e ileostomía terminal. Presentó un distress respiratorio severo postoperatorio con evolución clínica favorable y actualmente ha recibido trasplante de médula. Conclusión: La mortalidad asociada al cuadro de tiflitis y fallo multiorgánico es de alre-

dedor del 90%. Es fundamental la integración e interacción multidisciplinaria entre el hemato oncólogo, el terapeuta y el cirujano desde el comienzo del cuadro, permitirán minimizar las complicaciones gastrointestinales que ocurren en este grupo de pacientes. La desmejoría en el cuadro clínico con rápida instalación del fallo multiorgánico, dentro del contexto de esta enfermedad, serán factores a considerar para decidir la exploración quirúrgica. La cirugía radical con la resección completa del tejido necrótico proporciona, como se demostró en estos pacientes, el control del cuadro clínico, aún en situaciones muy graves.

**0214 A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERICARDIO IDIOPÁTICO SIN NEUMOTÓRAX: UNA ENTIDAD RARA.**

G NIS, MJ OLEIRO, SF ROMAN, CA BASSANI ARRIETA UTI N. <sup>1</sup>Hospital San Roque, Córdoba, Argentina.

La presentación de Neumomediastino y Neumopericardio espontáneo, sin Neumotórax en gente joven y sana, es de observación excepcional. La mayoría de los casos reportados se asocian a patología grave, que amenazan la vida, como lesiones Esofágicas, Enfermedades Pulmonares severas, abuso de drogas, trauma perforante, Barotrauma. Objetivo: Presentación de un caso de Neumomediastino y Neumopericardio espontáneo sin Neumotórax, en un adolescente sin antecedentes patológicos. Material y método: Paciente de 14 años, sexo masculino, que comienza en forma súbita con sensación de asfixia, disnea, dolor cervical, disfonía, seguido de dolor torácico y en miembro superior derecho. Al examen físico presenta Enfisema subcutáneo (sc) en cuello y Hombro derecho. Frote pericárdico sistodiastólico. ECG: Ritmo sinusal 100x min, eje QRS + 90 PQ 0.14" QRS 0.08". Trastornos difusos de repolarización. Rx. Torax: Enfisema sc Mediastino ensanchado. Neumomediastino. Neumopericardio. TAC: Enfisema sc cuello, peritraqueal Hombro derecho. Evaluación por Cirugía de Tórax: Conducta expectante. Tratamiento: Reposo en cama - Oxígeno a bajo flujo - Analgésicos. Se realizó TAC de Tórax a las 72 Hs, que mostró resolución parcial. Conclusión: La presencia de Neumomediastino y Neumopericardio espontáneo sin Neumotórax es una entidad rara pero benigna, que debe ser considerada como diagnóstico diferencial de dolor precordial en adolescentes y adultos jóvenes, una vez excluidas las causas que amenazan la vida. Su recurrencia es inusual y debe recomendarse la práctica deportiva excepto el buceo.

**0215 CORTISOL PLASMÁTICO TOTAL EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA CON SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA.**

C LOUDET, M PERMAN, S RYAN, C CASTARATARO, E SAN ROMÁN, A GALLESIO Servicio de Terapia Intensiva de Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Objetivo: Evaluar los niveles de cortisol plasmático total (C) en pacientes (P) con SIRS, su asociación con parámetros etiológicos, fisiopatológicos y de severidad y con la mortalidad. Método: Estudio prospectivo de P que ingresaron a UTI con SIRS dentro de las 72 horas de su inicio, sin manifestaciones clínicas de shock ni de insuficiencia suprarrenal (IS) y sin corticoterapia previa. Los P fueron analizados acorde a: diagnóstico de admisión (médicos [M], quirúrgicos [Q], neurológicos/neuroquirúrgicos [N]); fisiopatología del SIRS (sepsis [S], injuria tisular, injuria cerebral); severidad clínica (APACHE II, TISS28, SOFA); edad; días de estadía y mortalidad en UTI. El C fue medido por RIA (DP Corp, USA). Se evaluó mortalidad a distintos puntos de corte de C. Resultados expresados en mediana y rangos intercuartiles (25-75IQ) o en %. Análisis estadístico con programa STATA 8.0 usando T test, Wilcoxon, Chi<sup>2</sup> y regresión logística uni y multivariable. Resultados: Total de 80 P: M 32%, Q 39%, N 29%; hombres 63%; edad: 56±17 años; APACHE II: 17±5; TISS28: 26 ±7; SOFA 5,7±3; mortalidad 31%; estadía en UTI 13 (5,5-21,5) días. Mediana del C en los 80 P: 22,35 µg/dl (14,8-38,7). C de P vivos (n = 55): 22,3 µg/dl (13,1-36,3), C de P muertos (n = 25): 22,4 µg/dl (18,2-49,8) (NS). El C en APACHE II (≤ 15 (n = 53): 22,3 ± µg/dl (16-38) y > 15: 22,4 ± µg/dl (10-39,5) (NS); en SOFA < 6 (n = 42): 22,3 ± µg/dl (9,4-39,5) y en ≥ 6: 22,4 µg/dl (16-43,5) (NS); con edad < 65

(n = 51): 22,4 µg/dl (14-38) y con  $\geq$  65: 22,2 µg/dl (16-44) (NS); en los P con S (n = 33): 22,3 µg/dl (18-45) y sin S: 21,5 µg/dl (14-38) (NS). Los C de P según diagnóstico de admisión, fisiopatología del SIRS y complicaciones infecciosas tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas. 30% de los P tuvieron C <18 µg/dl y 54% < 25 µg/dl, sin presentar hipotensión ni signos clínicos de ISR, ni diferencias en la mortalidad. La mortalidad no fue diferente en los siguientes puntos de corte de C: 18, 23, 25, 28, 30 y 35 µg/dl, pero hubo mayor riesgo de mortalidad en los P con C  $\geq$  40 µg/dl (n = 18): 50% vs. 26% (OR: 2.87, p = 0.05). Con regresión logística no se observaron diferencias significativas entre C y mortalidad, tampoco en los modelos multivariados con varios parámetros de severidad. Conclusiones: Los niveles "mínimos adecuados" de C en P con SIRS que refiere la literatura son de 18 y de 25 µg/dl, pero observamos que el 30% y el 54% de los P tuvieron valores menores de C que los referidos, sin presentar hipotensión ni signos clínicos de IS. No se observaron asociaciones significativas entre C y los parámetros estudiados, salvo un > riesgo de mortalidad con C  $\geq$  40 µg/dl. Estos resultados, aparentemente contradictorios, pueden estar relacionados con las variaciones diarias del C acorde al grado de estrés y/o a los niveles de la proteína transportadora de C, lo cual podría ser resuelto con el dosaje de C libre plasmático (difícil y costoso) o el C libre en saliva (muestras difíciles de obtener en pacientes críticos).

#### 0216 CUARTO AÑO DE DESARROLLO DE PROGRAMA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE INFECCIONES EN CUIDADOS CRÍTICOS. 3ER AÑO DE ESTUDIO, VALIDACIÓN.

F DAMINATO, G ARANA, R GARCIA TURIELLA, D ROVIRA, R GUIDI, G CECCONI, V CLAIRON, M DRUETTA, J STORANI  
Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Italiano Garibaldi.  
Carrera de Postgrado de Terapia Intensiva. IUNIR. Rosario, Sta Fe.

Objetivos: Describir la infección nosocomial en una UTI. Conocer la tasa GLOBAL de infección nosocomial. Correlacionar los factores internos de la UTI con riesgo de adquirir una infección. Conocer densidad de incidencia de infecciones asociada a AMR, catéteres y urinarias. Comparar y validar indicadores obtenidos en el periodo seleccionado con los indicadores internos de periodo anterior. Reflexionar sobre la puesta en marcha del programa, fortalezas y debilidades. Material y métodos: Estudio prospectivo 1 año de duración (01/01al 31/12/05). Punto de corte del 01/07 al 31/12/2005 para análisis: Se comparó con datos epidemiológicos generales e indicadores de semestre anterior: tasa global de infecciones, densidad de incidencias y APACHE II. Durante el periodo analizado, de un total de 250 pacientes, se incluyeron (n 200) aquellos con estancia de al menos 48 horas, y se seleccionaron los cultivos bacteriológicos obtenidos hasta las 48 horas de alta de la UTI. Se recogieron y analizaron 60 cultivos que a juicio de los intensivistas reuniesen criterios de CDC/NNIS, de infección nosocomial. Para neumonías asociadas a respirador, se tomo CIPS (Score clínico infección pulmonar de Pugin), el método bacteriológico fue aspirado traqueal. Análisis estadístico descriptivo y test de verosimilitud. Resultados: tasa de infección: 30% (anterior: 18.4%, p menor a 0.001). Procedencia del paciente mas frecuente: otro servicio intrahospital 45.5%; la patología prevalente al ingreso: clínica (80 %). Obito 58,3%. Estancia promedio en UTI: 9.6 días (r 3-29). APACHE promedio 13.6 (anterior 17). Factores comorbidos mas frecuentes: EPOC, cardiopatías y neoplasias, con mas de 3 factores en 35,5%. 100% de los ptes tenia sonda vesical, el 82.1% tuvo tanto AMR invasiva como via central. Sitio de infección prevalente secreción bronquial (N 20): 33.3%, germen prevalente Pseudomonas aeruginosa (n 10), acinetobacter baumannii (n 9), Staphilococcus aureus MTR (n 8). La densidad de incidencia de infecciones asociada AMR (NAV), fue de 32.7 /1000 días, (anterior 39.4, p menor a 0.05), la densidad de incidencia de infecciones asociadas a catéter central fue 7.0/ 1000 días, (e anterior 3,3 p no significativa), y asociada a sonda vesical 11.1/1000 días (anterior 9.9, p menor a 0.01). Conclusiones: la tasa de infección aumento. La infección respiratoria descendió mostrando un mejor cuidado de la vía aérea. Las infecciones asociadas a catéteres ctales y urinarias aumentaron, requiriendo revisar el factor tecnico operador dependiente, fortalecer medidas de prevención y control y la educación permanente. Si bien el APACHE II fue menor al semestre anterior, el perfil de los pacientes mostró más factores comorbidos

asociados y la procedencia intrahospital. El desarrollo del programa permitio validar con standares internacionales (NNIS), locales como proyecto VALIDAR, y darle validez interna con indicadores propios del programa, colaborando en la calidad de atención de los pacientes, y dinamizando operativamente la toma de decisiones.

#### 0217 EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL INTENSIVO DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA.

S ATTIE, I BONELLI, C SALGADO, R VALENTINI

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Evaluar la factibilidad de implementación, la eficacia en el control de la glucemia y el riesgo de hipoglucemia con un protocolo de insulina intensiva endovenosa (IIE) en pacientes (pt) bajo Ventilación Mecánica (VM) por patologías médicas. Material y Métodos: Se analizó durante los primeros 7 días de VM una cohorte de 33 pt en VM por patologías médicas, no neurovasculares, a los que se indicó un protocolo de IIE (1). Se inició IIE luego de dos controles seguidos de glucemia >120 mg/dl, en un esquema de controles cada 2-4 hs con sangre capilar analizada por glucometer (Accu Check®), en todo pt bajo VM. Se determinaron: edad, sexo, motivo de VM, Apache II (del ingreso a UTI) y el SOFA al inicio de la VM. Se consignó el diagnóstico y tipo de diabetes (DBT), insulino-requirente (IR) o no requirente, la administración de esteroides y de alimentación enteral/parenteral. Se determinaron: cantidad de controles de glucemia realizados por día, los valores de glucemia media obtenidos durante la IIE, y las hipoglucemias (<60 mg/dl). Se registraron: tiempo al inicio de la IIE con respecto al parámetro de indicación y las dosis media de insulina diaria. Se estableció el logro del objetivo primario, definido por las medias de las glucemias diarias entre 80 y 110 mg/dl y el objetivo secundario, por glucemias entre 80-150 mg/dl. Los controles de glucemia y el ajuste de la dosis de insulina se efectuaron por el enfermero a cargo del paciente. Resultados: Edad: 76 ( $\pm$ 13); mujer: 58%; Apache II: 25 ( $\pm$ 6), SOFA 7 ( $\pm$ 3). Causa de VM: falla respiratoria en 20 pt (EPOC, Asma, Neumonía, SDRA), shock en 11 y encefalopatía en 2 pt. Tenían DBT 7 pt (1 IR). El 97% de los pt recibió esteroides, administrados durante el 75% del tiempo analizado, y alimentación el 76% del tiempo. El inicio de la IIE ocurrió dentro de las 24 hs de la indicación establecida en el 67% de los casos y con demoras >a 24 hs en el 33%. La cantidad de controles diarios de glucemia fue de 10 ( $\pm$ 1.6). La glucemia media diaria fue de 122 mg/dl ( $\pm$ 15). El 67% de los pt tuvieron al menos un episodio de hipoglucemia, registrándose 50 episodios con una media sobre la población global de 1,5 por pt. La dosis media diaria de insulina fue de 44 UI (rango 9-105). El objetivo primario se logró en un 34% del tiempo de evaluación, y el secundario en un 89%. La mortalidad a 60 días fue de 50%. Conclusión: La implementación de un protocolo de IIE para control de la glucemia en pt críticos bajo VM por razones médicas mostró, en nuestra Unidad, una baja eficacia (34%) en alcanzar el objetivo primario (glucemias 80-110 mg/dl). El objetivo secundario (glucemias 80-150 mg/dl), se obtuvo en un elevado porcentaje (89%). La presencia de hipoglucemia, todas sin consecuencias evidenciables, se observó con una incidencia de 1.5 por pt. Hubo un retraso en el inicio de la terapéutica en el 33% de los casos, dato que también debería monitorizarse en todo programa de implementación de insulina intensiva.

1. Van den Bergher y col. N Engl J Med, 2001; 345: 1359-1367.

#### 0218 CASO CLÍNICO: CRISIS PORFÍRICA AGUDA. DOLOR ABDOMINAL, DEPRESIÓN DEL SENSORIO CON NECESIDAD DE VENTILACIÓN MECÁNICA. NEUROPATÍA AXONAL.

M MARCIAL<sup>1</sup>, M GOMEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ángel C. Padilla, San Miguel de Tucumán, Argentina; <sup>2</sup>Hospital Ángel C. Padilla, San Miguel de Tucumán, Argentina.

Las porfirias son trastornos congénitos del metabolismo de las enzimas que participan en la biosíntesis del hemo. La trascendencia clínica se debe a la elevada morbimortalidad de la enfermedad y sus complicaciones. Se reporta el caso por su poca frecuencia

en nuestro medio, su relación con el compromiso neurológico y la dificultad para llegar al diagnóstico. Se estudia con un enfoque secuencial basado en la clínica y en los diagnósticos diferenciales (meningoencefalitis, sepsis, porfiria). Se describe el caso de una joven de 22 años, sin comorbilidades que consulta por dolor abdominal. Caso clínico. Paciente con antecedente de internación por dolor abdominal tipo cólico, hipertermia, rales bibasales y relajación de esfínter, llega a guardia por depresión progresiva del sensorio. Hemodinámicamente estable. Ingres a Terapia Intensiva estupefosa con respuesta de decorticación a estímulos dolorosos, pupilas hiporreactivas, normorreflexia, broncorreica que requiere ventilación mecánica, (VM) sedada y relajada. Inicia terapia con antibiótico (ATB) y antiviral. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, eritrosedimentación elevada, punción lumbar (PL) con líquido turbio, celularidad a predominio mononuclear. Tomografía computada de cerebro normal, ecografía abdominal que evidencia derrame plural derecho denso. HIV negativo. Evolución: Se repite PL de características normales, se envía muestra para PCR para herpes virus tipo 1-2, siendo negativo, se descarta encefalitis herpética. Se suspende aciclovir. Ecocardiograma normal (cardiomegalia grado II). Al 6to día de VM se suspende sedación para evaluación neurológica, se presenta vigil, responde a órdenes simples con mínimos movimientos cefálicos y de hemicuerpo derecho. Persiste febril, broncorreica y broncoplejica, con cultivos negativos, recibe varios esquemas antibióticos empíricos. Complica su cuadro respiratorio con derrame pleural que requiere drenaje con cultivo negativo. El cuadro neurológico evoluciona hacia una cuadriparesia a predominio faciobraquiocrural derecha, hiporreflexia y vejiga neurogénica. Sin compromiso del estado de conciencia ni de la sensibilidad. Se realiza Resonancia Nuclear (RN) de cerebro con cambios sutiles posthipocampales y RN de columna cervical normal. El electromiograma de los cuatro miembros muestra una poliradiculopatía con compromiso de miembros y del nervio facial izquierdo. Porfiria? Se solicita ácido delta-aminolevulínico y uroporfobilinógeno con valores aumentados, se confirma el diagnóstico. Presenta al alta médica leve compromiso motor, controla esfínter urinario, con ATB por infección urinaria con germen rescatado. Se indican medidas de soporte teniendo la precaución de seleccionar fármacos que se conocen como seguros en estos pacientes. Conclusión: Se expone el caso por su forma de presentación, su gravedad, la dificultad diagnóstica y la necesidad de un equipo multidisciplinario para su tratamiento. Se hace mención a la importante participación de kinesiólogos en la rehabilitación prolongada.

**0219 ERITEMA MULTIFORME AMPOLLAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

SARCIERI, G CHIAPPERO, P CUETO, L DE JANON, P ARISTA, S FINI, C AVILA, A BOTBOL  
Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las complicaciones graves de fármacos frecuentes constituyen un punto de estudio necesario. La farmacodermia por el uso de Trimetoprima-Sulfametoxazol (TMS) puede manifestarse por medio de dos síndromes con severo riesgo de vida. El Sme. de Stevens-Johnson (SJS) y el Sme. de Lyell o Necrolisis Epidérmica Tóxica (NET) son dos momentos diferentes de un mismo proceso clínico. Ambos comprometen piel y mucosas y son inducidas por drogas o ciertas infecciones. Se caracterizan por un eritema multiforme en mucosas y lesiones eritemato-ampollares confluentes en la piel. Los mecanismos fisiopatológicos no están bien definidos. Dadas las severas complicaciones y su alta tasa de mortalidad es imperioso su estudio. Objetivos: Presentación de un caso clínico infrecuente ante una droga de uso frecuente. Caso clínico: Enfermo de 49 años, tabaquista, con HIV SIDA, de reciente diagnóstico quien fue internado en el último mes por neumonía por Pneumocystis Carinii, quedando en tratamiento con Trimetoprima-Sulfametozazol (TMS). Completó tratamiento con Fluconazol por candidiasis orofaríngeo-esofágica. Cinco días previo al ingreso a la UCI comenzó con lesiones en piel eritemato-ampollares en extremidades, tórax y abdomen, extendiéndose hacia cabeza, cuello, ingles y mucosas oral y conjuntivas. Al ingreso las lesiones comprometían más del 70% de la superficie corporal. Se hallaba lúcido, afebril y hemodinámicamente estable. Hipoventilaba bases pulmonares con rales grue-

sos y secreciones mucopurulentas. La radiografía de tórax mostraba infiltrados intersticiales bilaterales. Hepatograma con leve aumento de transaminasas. Horas posteriores al ingreso evolucionó con fiebre, iniciándose tratamiento con Pentamidina. Se administraron fluidos, con reposición hidroelectrolítica, corticoides, antihistamínicos, curaciones frecuentes. El estado general empeoró, progresaron los infiltrados pulmonares. Se agregó Ceftriaxona y se reinició Fluconazol. El primer juego de cultivos resultó negativo. Apareció secreción y olor fétido de las lesiones de piel y mucosas. Al 7mo. día presentó inestabilidad hemodinámica, alteración del sensorio, requirió ARM, desarrolló fallas orgánicas. Se pancultivó nuevamente y se rotó la Ceftriaxona por Imipenem y Vancomicina. El enfermo falleció al 8vo. día. Post mortem se recibieron los hemocultivos (2:2) con *Pseudomona aureginosa*. Conclusiones: 1. Pese al uso frecuente de TMS ésta puede ocasionar complicaciones letales. 2. El Sme. de Lyell es una complicación severa con alta mortalidad. 3. Es de considerar la antibiotioterapia empírica en los inmunocomprometidos. 4. Los cuidados de la piel requieren de un manejo complejo que no se pueden ofrecer en todas las UCIs.

**0220 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV).**

S ATTIE, I BONELLI, L MAZZUOCCOLO, M STRYJEWSKI, R VALENTINI  
Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Buenos Aires.

Objetivo: Evaluar la mortalidad global y factores asociados en pacientes con NAV. Material y Métodos: se evaluaron prospectivamente los episodios de NAV diagnosticada por imagen radiológica y  $\geq 2$  de: leucocitosis o leucopenia, fiebre o hipotermia, secreciones y caída de la  $PaO_2/FIO_2$  y confirmada microbiológicamente por lavado bronquioalveolar por broncoscopio (FBC-BAL) con cultivo  $\geq 10^4$  ufc/ml o minBAL a ciegas por catéter Combicath® con cultivo  $\geq 10^3$  ufc/ml. Se incluyó sólo un episodio de NAV por paciente (pt). Se analizaron las características demográficas, Apache II al día de la admisión a Terapia Intensiva (UTI), SOFA al día del diagnóstico de NAV, el tiempo (t) de aparición de la NAV, el tratamiento antibiótico (ATB) empírico instituido, la causa de la Ventilación Mecánica (VM) y las comorbilidades. Se consignó la mortalidad en UTI. Estadística: análisis univariado por test de Wilcoxon para variables continuas y test exacto de Fisher para variables categóricas. Análisis multivariado por regresión logística incluyendo variables con una  $p < 0.1$  en el análisis univariado. Resultados: en un período de 2 años se evaluaron 70 casos de NAV con documentación microbiológica por BAL o miniBAL. Edad: 68 ( $\pm 14$ ) años; varones 66%, fumadores 47%, EPOC 24%, diabéticos (DBT) 19%, alcohólicos 6%, otras comorbilidades 23% (cáncer activo, enfermedad oncohe-matológica, inmunosupresión, y/o hemodiálisis crónica) El t a NAV fue de  $< 4$  días en 7 pt, 4-7 días en 20 pt, 8-14 en 25 pt,  $> 14$  días en 18 pt. Un 14% de los pt presentaron SDRA, un 29% shock séptico, y un 19% hemocultivos (+). La NAV fue polimicrobiana en 41% y se identificaron microorganismos en el directo (Gram) en el 64% de los casos. En el cultivo los gérmes más prevalentes fueron *P. aureginosa* 21%, *Acinetobacter* 17%, *S. aureus* 13%, *Klebsiella* 13%. El Apache II medio fue de 22 ( $\pm 8$ ), la mediana de SOFA fue 6 (IQR 3-7), la mediana de t en VM de 26 días (IQR 16-45) y de t en UTI de 32 días (IQR 23-52). El ATB empírico fue adecuado en 75% de los casos. La mortalidad global en UTI fue de 31%. En el análisis univariado sólo se asociaron a muerte el aumento de la edad ( $p=0.0002$ ) y la presencia de DBT ( $p=0.02$ ). En el análisis multivariado ambas variables permanecieron como factores independientemente asociados a muerte.

	OR	95% Intervalo de confianza	Valor de p
Edad	1.124	1.047 – 1.206	0.0012
Diabetes	4.718	1.123 – 19.834	0.0342

Conclusión: en nuestra cohorte la mortalidad global fue del 31%. Los factores independientemente asociados a muerte fueron la presencia de DBT y el aumento de la edad.

#### 0221 ESTUDIO SOBRE BACTERIEMIA EN UNA POBLACIÓN DE 1912 PACIENTES DE UCI.

L DE JANON, S ARCIERI, P CUETO, G CHIAPPERO, P ARISTA, S FINI, C AVILA, L VASTA, F ROTRYNG, R CHERJOVSKY  
Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La bacteriemia (BH) se define como la presencia de gérmenes en los hemocultivos (HC). El conocimiento de las BH tiene gran relevancia en una UCI, ya que nos permite adecuar la antibioticoterapia, ejecutar un seguimiento epidemiológico, entre otras. Las BH pueden influenciar en la sobrevida de los enfermos críticos. Objetivos: Conocer la prevalencia de HC positivos, las características de los gérmenes y la influencia de los resultados sobre el outcome en una población de pacientes (Pc) de UCI. Material y método: El estudio se efectuó en UCI polivalente con 9 camas de un hospital universitario. Desde el 1ero de Junio de 2001 hasta el 31 de Diciembre de 2005 a todos los Pc ingresados a UCI que permanecieron más de 24 horas y tuvieron evidencias clínicas de infección se efectuaron dos HC. Al ingreso se recolectaron parámetros demográficos: edad, sexo, clínicos (CI) o quirúrgicos (Qx). Se confeccionaron los scores: APACHE II (APA II), SOFA y SAPS II. Los HC fueron leídos a las 24 y 48 horas. Según los HC se agrupó a los Pc en: BH positiva (BH+) y negativa (BH-). Se identificaron los gérmenes desarrollados y su sensibilidad, clasificándolos en: Gram Negativos (GN), Gram Positivos (GP) y otros. En todos los pacientes se registró la mortalidad (M) al alta de UCI. Los datos obtenidos se expresaron en porcentajes y medias. Se aplicó el X<sup>2</sup> con la ayuda del software estadístico "analyse it". Resultados: Ingresaron 1912 Pc. Media de edad 65; CI 65%; femeninos 42,64%; APA II 10,75; SOFA 4; SAPS II 26,5; M global 22,6%. El 3,8% (73) tuvo BH+ y 96,8% (1839) tuvo BH-. Los Pc con BH+ presentaron: APA II 11,5±7; SOFA 3±2,4; SAPS II 28±12; CI 61,6%; M 49,32% (vs. 21,59% en BH-, p<0,005). Gérmenes rescatados: GP 52%; GN 45%, otros 3%. Gérmenes más frecuentes: Staph. aureus methicillin susceptible 21,9%; Staph. aureus methicillin resistant 13,7%; Klebsiella pneumoniae 13,7%; Proteus mirabilis 8,2%; Staph. coag. neg. methicillin resistant 6,8%; Escherichia coli 6,8%. La M entre las BH por GN fue 45,7%; por GP 54,2% (16 vs. 19 pNS). Hubo un paciente fallecido con BH+ por Candida sp. Los pacientes con BH- presentaron: APA II 10±6; SOFA 1±2; SAPS II 25±16; CI 67,1%; M 21,59%. El APA II de fallecidos con BH+ fue 11±6; con BH- fue 10±6. Conclusiones: 1- La prevalencia de BH fue del 3,8% y dada la definición de la misma, se puede inferir sobre el rendimiento de los HC como método diagnóstico. 2- Si bien la M bruta por BH fue de 49,32%; la M global fue 22,6%, estando ésta dentro de la órbita de los valores históricos de mortalidad en la UCI. 3- No hubo diferencia significativa entre los niveles de gravedad en los enfermos con BH+ y BH-. 4- No hubo diferencia significativa entre la M en la BH por GP al compararlas con las BH por GN.

#### 0223 EVALUACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS A TERAPÉUTICA EMPÍRICA INADECUADA Y EL IMPACTO EN LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV).

S ATTIE, I BONELLI, L MAZZUCCUOLO, M STRYJEWSKI, R VALENTINI  
Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Buenos Aires.

Objetivos: evaluar en una población de pacientes (pt) con NAV, la incidencia de terapéutica antibiótica (ATB) empírica inadecuada, los factores asociados y el impacto sobre la morbilidad y la mortalidad. Material y Métodos: se evaluaron prospectivamente los casos de NAV diagnosticada por infiltrado en Rx Tórax y  $\geq 2$  de: leucocitosis o leucopenia, fiebre o hipotermia, secreciones y caída de la PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> y confirmada microbiológicamente por lavado bronquioalveolar por broncoscopio (FBC-BAL) con cultivo  $\geq 10^4$  ufc/ml o miniBAL a ciegas por catéter Combicath® con cultivo  $\geq 10^3$  ufc/ml. Se incluyó sólo un episodio de NAV por pt. Se analizaron:

edad, sexo, Apache II al día de la admisión a Terapia Intensiva (UTI), SOFA al día del diagnóstico de NAV, el tiempo (t) de aparición de la NAV, el tratamiento ATB empírico instituido, considerándolo adecuado según los patrones de sensibilidad de los gérmenes hallados en cultivo, la causa de la Ventilación Mecánica (VM) y las comorbilidades (enfermedad oncohematológica, cáncer activo, inmunosupresión, alcoholismo, diabetes, EPOC severo y hemodiálisis crónica). Se consideró la mortalidad en UTI. La morbilidad fue estimada por el t en VM y el t en UTI. Estadística: análisis univariado por test de Wilcoxon para variables continuas y test exacto de Fisher para variables categóricas. Resultados: en un período de 2 años se analizaron 70 casos de NAV con documentación microbiológica por FBC-BAL o miniBAL. En ambos grupos con ATB empírico adecuado vs. inadecuado no hubo diferencias en la edad (67±14 vs. 71±14 años, respectivamente), en el sexo (varón 64% vs. 71%), en la presencia de comorbilidad (40% vs. 41%) ni en el Apache II (21±7 vs. 23±9). En el análisis de las otras variables consideradas se observó:

	ATB empírico adecuado (n= 53)	ATB empírico inadecuado (n= 17)	Valor de p
SOFA (mediana e IQR)	6 (4-7)	6 (3-8)	0.87
Tinción directa de Gram con microorganismos (%)	36 (68%)	9 (53%)	0.38
Cultivo (+) para Pseudomonas S.aureus SAMR, Acinetobacter o Stenotrophomonas (%)	28 (53%)	17 (100%)	0.0002
NAV polimicrobiana (%)	20 (38%)	9 (53%)	0.40
Hemocultivos positivos (%)	8 (15%)	5 (29%)	0.28
t a NAV > 7 días (%)	22 (42%)	5 (29%)	0.41
t de VM días (mediana ± IQR)	25 (16-42)	32 (20-49)	0.71
t en UTI días (mediana ± IQR)	32 (22-51)	34 (27-54)	0.52
Mortalidad en UTI (%)	16 (30%)	6 (35%)	0.77

El SOFA (mediana) en pacientes con terapia ATB empírica inadecuada fue de 6.5 días en aquellos pacientes que murieron (n=6) y de 3.5 en aquellos que sobrevivieron (n=11). Conclusión: en nuestra cohorte la incidencia de error en el esquema ATB empírico fue baja con respecto a otras series. La terapia empírica inadecuada se asoció con la presencia en cultivo de gérmenes habitualmente multi-resistentes (p=0.0002). En las otras variables analizadas, incluyendo mortalidad, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos. En los pacientes con esquema ATB empírico inadecuado que murieron, observamos un mayor score de SOFA (NS). Estos hallazgos deben ser confirmados utilizando muestras de mayor tamaño, tanto en nuestra como en otras Instituciones.

#### 0225 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO AGUDO EN UNA SALA DE EMERGENCIAS POR MEDIO DEL ANÁLISIS DE LDH EN EL LCR.

MV RESSIA<sup>1</sup>, JA VAZQUEZ<sup>1</sup>, MC ADDUCCI<sup>2</sup>, C COLL<sup>2</sup>, A SANTOS<sup>1</sup>, F FUSETTI<sup>1</sup>, G SAROBE<sup>1</sup>, D GODOY MONZON<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Central de Emergencias Hospital Italiano San Justo (HICAR);

<sup>2</sup>Catedra de Fisiopatología Facultad de Bioquímica (UBA).

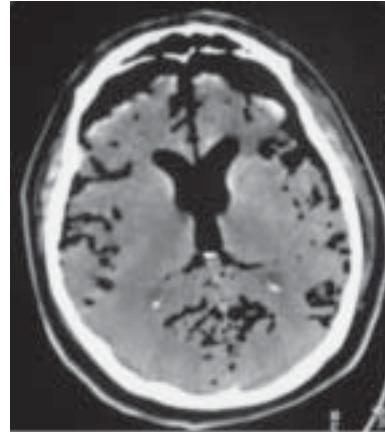
Introducción: El deterioro del sensorio es una causa de frecuente consulta en los servicios de emergencia. Habitualmente el mismo corresponde a dos grandes causas: alteraciones estructurales (ej. Stroke) o metabólicas (ej. hipoglucemia) La LDH es una enzima cuyo nivel en LCR se eleva clásicamente en meningitis, cáncer metastático y en general en aquellos trastornos que provocan necrosis isquémicas. Objetivos: Analizar cuantitativamente la LDH del LCR de pacientes con trastornos neurológicos agudos y determinar valores diferenciales de LDH en pacientes con patología estructural de aquellos ingresados con patología neurológica no estructural. Material y Método: Durante un período de 6 meses (08/2005 a 01/2006) se obtuvieron muestras de LCR en 54 pacientes ingresados consecutivamente en el servicio de emergencias que presentaban trastornos neurológicos agudos, con alteración del sensorio. Se incluyeron en el mismo aquellos con alteraciones del contenido y/o de la reactividad de la conciencia en forma total o parcial; aparición de un nuevo foco motor y/o sensitivo, o signos meníngeos de reciente comienzo. Se excluyeron del estudio los pacientes que por TAC se contraindicaba PL, aquellos con trastornos clínicos de coagu-

lación, muestras hemorrágicas xantocrómicas o que presentaron botón hemático post-centrifugado. Los datos obtenidos se analizaron según diagnóstico de ingreso, se entrecruzaron los datos y se obtuvieron los siguientes resultados. Resultados: Se tomaron muestras en 54 p de los cuales fueron excluidos 8. De los pacientes analizados surge: N: 46, edad: 56.1±2.75, IC95%: 50.6-61.7, APACHE II: 20.93±0.98 IC95%: 18.9-22.91, (Md: 21.1) GCS: 7.15±0.49, IC95%: 6.16-8.14 Mortalidad: 22 p (0.55) LDH: 94.4±17.6 IC95%: 58.9-129.8. Grupo con patología estructural: N: 30, edad: 56.7 ± 3.55 GCS: 7.3±0.61 (IC95%: 6.06-8.54) APACHE II: 20.2±1.1, Mortalidad: 13 p (0.43) LDH: 128.8±24.8 mUI (IC 95% 78.1-179.6). Grupo con patología metabólica: N: 16, edad: 55.0±4.42 GCS: 6.87±0.86 APACHE II: 22.2±1.94, Mortalidad: 9 p (0.56) LDH: 20.8±2.9 mUI (IC 95% 23.6-36.1). El análisis por medio del test t de Student fue p<0.05 cuando se evaluó el valor diagnóstico de la LDH tomando como punto de corte 40 mUI se obtuvo: sensibilidad: 86.7%, especificidad: 81.3%, probabilidad pretest: 65%, VPP: 90%, VPN: 76%, LR+ 4.62, LR-: 0.16 (aumento de 6.25 veces) Conclusiones: Se puede inferir que con valores de LDH ≤ 40 mUI en el LCR, los pacientes presentan una patología no estructural aguda del SNC. El incremento estadísticamente significativo del valor de LDH del LCR de pacientes con patología estructural puede ser indicador del grado de isquemia cerebral del paciente agudo.

**0226 PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE CON TEC LEVE Y GRAN NEUMOENCÉFALO.**

E VAN DER WERT, C LLERENA, A SIRINO, G DI NIRO, G CARDONATTI  
Hospital Central de San Isidro, Bs. As., Argentina.

Objetivos: Rever presentación clínica y complicaciones de fractura de base de cráneo. Presentación de caso: Masculino de 63 años que ingresa con diagnóstico de politraumatismo, con Tec sin pérdida de conocimiento, trauma facial, y traumatismo cerrado de tórax. Glasgow 15/15, lúcido, sin foco motor, con excitación psicomotriz, hemodinámicamente estable. Las lesiones: fracturas costales múltiples y de clavícula izquierda, luxación de falange distal de pulgar derecho, hematoma esplénico, hematoma bipalpebral izquierdo con parálisis del 3 par completo homolateral. Fracturas múltiples en TAC de ingreso, que involucran seno maxilar izquierdo, seno esfenoidal, malar homolateral, pared externa, interna y piso de órbita izquierda y peñasco. Ocupación por contenido probablemente hemático de los senos maxilar, etmoidal, esfenoidal y celdillas mastoideas izquierdas. Importante ocupación aérea de los espacios subaracnoideos y del sistema ventricular en su totalidad. Edema difuso. Tratamiento médico según indicación de neurocirugía, oxigenoterapia y cabecera 0°. TAC de control: evidencia imagen hiperdensa en el asta posterior del ventrículo lateral izquierdo (sangre), pequeña burbuja aérea en el asta frontal del ventrículo lateral derecho. Ocupación por material isodenso con nivel hidroaéreo de ambos senos maxilares, celdillas etmoidales y senos esfenoidales. Colección hemática yuxtadural frontotemporal derecha. Línea media conservada. Evolución: paciente desvinculado de la ventilación mecánica, lúcido, con tercer par izquierdo. Alta hospitalaria, control ambulatorio. Discusión: el neumoencéfalo es subestimado en la mayoría de los pacientes post TEC ya que coexiste con lesiones que amenazan potencialmente la vida. La localización más frecuente es subdural y subaracnoidea, siendo rara la intraparenquimatosa o intraventricular. Se puede presentar como una simple cefalea hasta excitación, confusión, coma o convulsiones. La frecuencia global de las fracturas de base de cráneo en pacientes con traumatismo de macizo facial es del 25%, cayendo al 2.9% en aquellos que no presentan fracturas faciales. En el caso de presentar evidencias radiológicas, la frecuencia aumenta a 75%. Clínicamente se asocian con lesión del I y II par, endocrinopatías, fistulas o parálisis del V, VI, o del VIII pares craneales. Nuestro paciente presentaba como única sintomatología excitación psicomotriz que puede ser explicado por el extenso neumoencéfalo evidenciado. Se ha observado que la reabsorción del mismo se produjo casi totalmente dentro de las primeras 48 hs como en el 75% de los casos. Por otro lado la alteración del III par se observa en lesiones asociadas a fractura de órbita. En las fracturas de base de cráneo los dos signos tomográficos más importantes son el neumoencéfalo y la opacificación de los senos, y el par más afectado es el VI habitualmente.



**0227 IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DEL TRAUMA AÓRTICO EN TERAPIA INTENSIVA.**

R GILARDINO, J NEIRA, C KARMAZYN, P PARDO, J ROSSINBLIT, N ALLENDE, R GUGLIELMONE  
Sanatorio de La Trinidad Palermo, Buenos Aires, Argentina.

La incidencia del trauma aórtico ronda los 6.8 c/1000 ocupantes lesionados en colisiones de vehículos a motor con impacto frontal o lateral sin cinturón de seguridad. Un 60 - 85% muere en la escena o camino al hospital, y de los que arriban vivos la mortalidad es del 60%. El sitio habitual de lesión en los pacientes admitidos es el istmo y la aorta ascendente próxima a la salida de los vasos braquiocefálicos. Objetivo: Mostrar la experiencia en una UCI en la identificación y manejo de las lesiones aórticas traumáticas. Caso 1: Varón de 57 años, sufrió colisión vehicular con impacto frontal sin cinturón de seguridad. Presentó TEC leve, trauma de tórax y fractura conminuta del tercio inferior de fémur. Rx mostró mediastino ensanchado; TC constató desinserción condroesternal, contusión pulmonar, hemoneumotórax bilateral y hemomediastino. El ETE mostró disección de la íntima y de la media a nivel del istmo en su cara interna; el aortograma no evidenció rotura. Caso 2: Mujer de 44 años admitida 24 horas luego de una colisión vehicular. Presentaba TEC, fractura del cuerpo de C2 y D2, trauma toracoabdominal. La Rx evidenció el mediastino ensanchado. ETE sugerente de hemomediastino y una imagen de 6 mm en la pared interna del istmo sobre el plano transversal consistente con trombo mural, no detectó otras lesiones. Por inestabilidad clínica no se realizaron angioTC ni angiografía. Al 7º día otro ETE no demostró alteración de la pared ni la presencia del trombo. Recibió antiagregantes. Evolucionó favorablemente, externada a los 31 días. Caso 3: Varón de 57 años, sufre colisión vehicular, impacto frontolateral izquierdo con cinturón de seguridad. Presentó TEC leve, trauma toracoabdominal con hernia diafragmática izquierda y fractura de MI derecho. La Rx mostró cardiomegalia, infiltrados bilaterales y fracturas costales izquierdas. Un ETE confirmó insuficiencia aórtica aguda severa por rotura de la valva no coronariana; la angioTC descartó disección aórtica. El monitoreo HD mostró alto IC, bajas resistencias, wedge alta y la TA diastólica > 55 mmHg. El ETE de control no arrojó cambios y no presentó ICC, por lo que no se tomó conducta quirúrgica. Fue dado de alta de UCI a los 30 días con seguimiento cardiológico. Comentario: El ETE es un método rápido, disponible y sensible para la detección de lesiones aórticas mínimas. Recientemente propuesto de primer línea diagnóstica. Fue utilizado en la evaluación inicial de los pacientes debido a la gravedad de sus lesiones asociadas y la imposibilidad de traslado a hemodinamia o tomografía. Este detectó las lesiones descriptas y permitió su seguimiento. Todos los casos fueron tratados de manera conservadora, porque las lesiones aórticas eran de grado leve o moderado en pacientes clínicamente inestables por otras lesiones, y evolucionaron sin necesidad de tratamiento quirúrgico. En la actualidad existen variantes no operatorias en casos seleccionados de lesiones aórticas que incluyen tratamiento endovascular, tratamiento antihipertensivo y tratamiento quirúrgico diferido con sobrevida reportada de hasta un 75%.

## 0228 DEBUT CATASTRÓFICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

A. MARINO, D VARELA, M BONO, R SANCHEZ, E NORMANTAS, M GUAYMAS

Hospital Churrucua-Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es un trastorno inflamatorio multisistémico, definido por sus características clínicas más la presencia de anticuerpos en la sangre dirigidos contra los núcleos celulares. La afectación severa del sistema nervioso central y riñón son formas inusuales de presentación y ocurren en menos de la tercera parte de los casos, pero constituyen determinantes pronósticos de la enfermedad. El diagnóstico depende de criterios clínicos en su inicio y pese al tratamiento agresivo tiene una mortalidad elevada. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente joven con un debut catastrófico de LES asociado a síndrome hemofagocítico. **Material y Método:** Paciente de 17 años de edad con antecedentes de artralgias de 6 meses de evolución. Ingresó a Terapia Intensiva de nuestro hospital por presentar fiebre de 48 hs de evolución y dos episodios de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, estuporosa con un Glasgow de 10/15 y tendencia a la hipotensión arterial, sin otros datos relevantes al examen físico. Los datos de laboratorio mostraron: Hto: 18%; Dímero D: 1359; Glucemia: 1,02 Gr/dl; LDH: 1086 U/L; Leucocitos: 2400/mm<sup>3</sup>; Factor V: 109%; Urea: 1,18Gr/dl; Bilirrubina total 1,2mg/dl; Quick: 58%; Creatinina 1,1Gr/dl; CPK 481U/L; Plaquetas: 40000; APTT: 63<sup>s</sup>; TGO: 239 U/L; TGP: 221 U/L; VSG: 100mm; Coombs Directa +. La TC de Cerebro no mostró datos relevantes. El LCR tenía características fisicoquímicas normales. Dada la gravedad del cuadro y los datos clínicos disponibles decidió realizar plasmaferesis ante la sospecha de Enfermedad Autoinmune además de tratamiento antibiótico y antiviral empírico. A las pocas horas de su ingreso, presenta excitación psicomotriz, seguida de deterioro del sensorio, que requirió de intubación orotraqueal y conexión a ARM. Doce horas más tarde, presentó paro cardíaco que respondió a maniobras de reanimación luego de 60 minutos luego de lo cual evolucionó con inestabilidad hemodinámica con alto requerimiento inotrópico y fallo multiorgánico. Se obtienen resultados de laboratorio: PCR: 7,56; C3: 32 mg/dl; C4: 8 mg/dl; Factor Reumatoideo 111, FAN 1/200 antiDNA positivo; Serología para: HIV no reactivo, Hepatitis A IgG (+), IgM (-), Hepatitis B y C (-), Epstein BAAR IgM positiva, Citomegalovirus Ig M positiva. Se realizó una PAMO que mostró elementos de serie mieloide con vacuolas, acumulo eritroide y eritrofagocitario. Se agrega al tratamiento metilprednisolona y por deterioro de la función renal hemodiafiltración continua. Evolución desfavorablemente y fallece a los 4 días de su internación. **Conclusión:** Se interpretó el cuadro como un LES con un debut catastrófico asociado a Síndrome hemofagocítico gatillado por una infección por Epstein Baar y CMV. Es digno de destacar que ante la sospecha clínica de una enfermedad autoinmune de inicio grave, no debiera postergarse el tratamiento empírico agresivo. Esta asociación está escasamente reportada en la literatura, razón que motivó nuestra presentación.

## 0229 INSUFICIENCIA SUPRARRENAL RELATIVA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SHOCK SÉPTICO.

D. VARELA, J SANSÓN, L VIGLIOTTA, S RASERO, E NORMANTAS, M BONO, R SANCHEZ, A FELDMAN, A MARINO, L FERREIRO  
Hospital Churrucua-Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Determinar la incidencia y pronóstico de pacientes con diagnóstico de shock séptico que presentan insuficiencia suprarrenal relativa (ISR) en Terapia Intensiva. **Material y método:** Estudio prospectivo realizado en la Terapia Intensiva del Hospital Churrucua-Visca desde el 1ro de Julio de 2004 hasta 31 de Marzo de 2006, en el cual se incluyeron en forma consecutiva a todos los pacientes con diagnóstico de shock séptico, a los cuales se les realizó una prueba de estimulación con 250 µg de ACTH para diagnóstico de ISR definida como un aumento < 9 µg/dL del nivel de cortisol plasmático a los 30 y 60 minutos luego de la estimulación con ACTH. Todos los pacientes luego de la realizada la prueba fueron tratados con hidrocortisona 200 mg/día endovenosa. Los pacientes se clasificaron de acuerdo a scores de gravedad como SAPS II, APACHE II. Los resultados se expresan en media y desvío estándar. Para el análisis comparativo de la mortalidad entre los grupos se utilizó el

test chi Cuadrado considerándose significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Se incluyeron 24 pacientes, 14 hombres y 10 mujeres, con una edad de 67 (8.8) años, APACHE II 27.3 (12.3), SAPS II 61.2 (23.9) y una estadía en terapia intensiva de 6.6 (2.9) días. El 41.7% de los pacientes presentó diagnóstico de ISR, una edad de 66 (14.4) años, APACHE II 27.2 (7.6), SAPS II 60.2 (14.9), estadía en terapia intensiva de 6.3 (3.6) días y una mortalidad de 70 %. La media de cortisol basal fue 45.4 (16.9), a los 30 minutos 48.7 (18.1), a los 60 minutos 48.5 (17.9). El 58.3% no presentó ISR, una edad de 73.1 (7.7) años, APACHE II 27.2 (14), SAPS II 60.3 (27.4), estadía en terapia intensiva de 7 (2.7) días y una mortalidad de 64.3%. Cuando se analizó estadísticamente la mortalidad entre estos dos grupos no se encontró una diferencia significativa,  $p = 0.77$ . **Conclusión:** La incidencia de ISR en los pacientes estudiados es digna de considerar, dado que con el tratamiento de la misma, como se ha demostrado en varios estudios clínicos, podemos cambiar el pronóstico de estos pacientes. Con respecto a la mortalidad nosotros no observamos diferencia significativa entre los grupos con ISR y sin ella, por lo tanto ante la imposibilidad de realizar el diagnóstico de ISR podríamos tratar en forma empírica con hidrocortisona sin que ello produzca cambios en el pronóstico del paciente.

## 0230 NEUMOENCÉFALO ASOCIADO A EXTRACCIÓN DE CÁTER VENOSO CENTRAL.

CARLOS VIOTTI, DR LEONARDO URANGA, S FARIAS, A MARTINOVICH, S ZIDARICH

Hospital Italiano Córdoba, Servicio de Terapia Intensiva.

**Introducción:** El embolismo gaseoso es la entrada de gas a las estructuras vasculares, siendo frecuentemente una complicación de procedimientos invasivos, que se asocia a una alta morbimortalidad. El mismo puede ser venoso produciendo colapso cardiopulmonar, embolia paradójica o embolia cerebral retrógrada ascendente; o arterial produciendo obstrucción en los vasos coronarios o cerebrales. **Objetivos:** Reporte de un caso clínico infrecuente, que produjo importante morbimortalidad al paciente y que fue difícil de explicar el mecanismo por el cual se produjo. **Presentación del caso:** Pte de sexo masculino, de 80 años de edad, con antecedentes médicos de TBC, Ca gástrico (gastrectomía subtotal 2005), diverticulosis y glaucoma. Consulta a este nosocomio por cuadro compatible con colangitis, se realiza duodenostomía con exploración de la vía biliar (por imposibilidad anatómica quirúrgica de realizar ERCP), con colocación de CVC, evolucionando favorablemente en los siguientes cinco días. Clínicamente estable al momento del alta, se retira CVC con el paciente incorporado presentando a posterior cuadro de pérdida de conocimiento súbito con mirada conjugada desviada a la derecha, plejía braquial izquierda y paresia crural izquierda 1/5, sin respuesta a órdenes, con TA 80/60, glucemia normal. Pasa a UTI, se realiza TAC cerebral evidenciando neumocéfalo. Se realiza ecocardiograma sin evidencia de CIV o CIA. Se realiza tratamiento específico. Pte estable hemodinámicamente pasa a sala de internación común, a los cuatro días comienza con fiebre, tos con expectoración hematópurlenta, mala dinámica respiratoria e hipotensión arterial. Ingresó a UTI con diagnóstico de sepsis secundaria a neumonía intra hospitalaria, pte es conectado a ARM, fallece a los dos días del ingreso. **Conclusión:** si bien la embolia aérea cerebral es una rara complicación secundaria a la extracción de una CVC, puede tener importante repercusión en la evolución de los enfermos, independientemente de la fisiopatología. Queda plasmado en este caso la importancia de extremar las medidas profilácticas relacionadas con la manipulación de la vía.

## 0231 EXPERIENCIA CLÍNICA CON LEVOSIMENDAN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDÍACO DURANTE EL POSTOPERATORIO DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

L. LANDRY<sup>1</sup>, R MAGLIOLA<sup>1</sup>, G MORENO<sup>1</sup>, J VASSALLO<sup>1</sup>, M ALTHABE<sup>1</sup>, M BALESTRINI<sup>1</sup>, A CHARROQUI<sup>1</sup>, G SALGADO<sup>1</sup>, E LATAZA<sup>1</sup>, A CHANG<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Pediatría "Prof. Juan P. Garrahan", Buenos Aires, Argentina; <sup>2</sup>Children's Hospital of Orange County, California, USA.

**Objetivo:** el síndrome de bajo gasto cardíaco (SBGC) es un hecho frecuente en pacientes pediátricos pos-quirúrgicos cardio-

vasculares (PQCV). Las catecolaminas, inotrópicos más utilizados para su tratamiento, pueden causar efectos indeseables y potencialmente dañinos. Este estudio evaluó la eficacia y seguridad del levosimendan (LEVO) en niños con SBGC, PQCV. Pacientes y Método: cohorte abierta y prospectiva, paciente propio control, de niños PQCV con SBGC (severo o prolongado), refractario al tratamiento convencional a los cuales, previo consentimiento informado escrito, se les suministró LEVO en forma compasiva. La droga se infundió E.V. a 6 mcg/ Kg durante 15 minutos, seguida de 0.1 mcg/kg/min por 24 hs. Objetivos primarios: evaluar el impacto sobre el gasto cardíaco y la aparición de efectos adversos. Objetivos secundarios: efectos sobre la FC, TAS y TAD, presiones auriculares, lactacidemia, SvO<sub>2</sub>, A-V DO<sub>2</sub>, score de inotrópicos e índice de performance miocárdico (MPI). La respuesta a LEVO se evaluó al final de la infusión y se consideró exitosa cuando la perfusión y diuresis, con la menos dos de las siguientes variables mejoraron, en ausencia de efectos adversos: SvO<sub>2</sub>, A-V DO<sub>2</sub>, lactacidemia, por MPI. Análisis estadístico: se realizó con STATA 8, las variables categóricas se expresan como valores absolutos y porcentajes; las continuas, como media y DS o mediana y rango. Se utilizaron los test de Wilcoxon para variables continuas y Chi<sup>2</sup> o Fisher para variables categóricas (2colas). Una p < 0.05 fue considerada significativa. Resultados: Se infundió LEVO a catorce pacientes, (total 18 infusiones). La respuesta se consideró exitosa en 9/18 intervenciones (50%; p = 0.004). No se observaron efectos adversos a LEVO. Cuatro pacientes fallecieron. Ninguna de estas muertes tuvo relación con la administración de la droga. Conclusiones: LEVO resultó ser una droga segura en enfermos PQCV con SBGC refractario. El 50% de ellos mostraron una mejoría significativa en el gasto cardíaco.

**0232 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DURANTE LOS DÍAS DE SEMANA Y DE FINES DE SEMANA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.**

RP MORENO, S AYALA TORALES, JL ARAGUAS, V FERREYRA, V MACLEOD, CG CAPROTTA

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

Objetivos: 1) Conocer las características de la población admitida a la UCIP durante los días de semana y de fin de semana. 2) Conocer las características de la población fallecida en la UCIP durante los días de semana y de fin de semana. 3) Comparar la mortalidad según el día de admisión de los pacientes a la UCIP. Materiales y métodos: Diseño: descriptivo, observacional y retrospectivo. Criterios de inclusión: todos los pacientes admitidos a la UCIP del Hospital M. Materno Infantil de San Isidro "Dr. Carlos Gianantonio", entre el 01 de Enero de 2000 y el 31 de Diciembre de 2005. Criterios de exclusión: no hubo. Se analizaron las variables demográficos, antecedentes de la enfermedad actual, procedencia, puntaje de PRISM (pediatric risk index score of mortality), tiempo de permanencia, destino al alta y diagnóstico que motivó el ingreso. Métodos estadísticos utilizados: las variables continuas se resumieron como media y DS o mediana y rango según distribución; las variables categóricas se resumieron como porcentajes. Se utilizó TT o test de Wilcoxon para comparación de variables continuas y el test de chi cuadrado para las categóricas. Resultados: Durante el periodo de tiempo analizado se internaron 704 pacientes, la mediana de edad fue de 12 meses (Pc 25% 4 y Pc 75% 60) y la distribución por sexo fue: masculino 392 pacientes (55.7%) y femenino 312 pacientes (44.3%). Procedían de: otros hospitales 33.8% (n = 156), emergencias 32.5% (n = 150), sala de pediatría 26.2% (n = 121), quirófano 6.7% (n = 31) y neonatología 0.7% (n = 3). Los diagnósticos fueron: patología respiratoria 39.3% (n = 277), traumas 12.2% (n = 100), shock séptico 9.4% (n = 66), neurológicos 8.8% (n = 62), post quirúrgicos 5.7% (n = 40), cardiovasculares 5,8% (n = 41), enfermedades infecciosas 4.4% (n = 31) y otras 12,4% (n = 87). El puntaje de PRISM tuvo una media de 16.7% (Pc 25% 2 y Pc 75% 21); en 98 internaciones no se realizó por ser menores de 24 horas de duración, entre las cuales se encuentran 26 fallecidos. Durante los días de semana ingresaron 556 pacientes (79% = 111.2 pacientes /día) y de fines de semana 148 pacientes (21% = 74 pacientes /día). Al comparar ambos grupos, no hubo diferencias significativas en edad, sexo, motivo del ingreso, media de PRISM, días de internación en UCIP y requerimientos de ARM. Fallecieron 95 pacientes, 76 los días

de semana (15.2/día) y 19 los días de fin de semana (9.5 /día) (diferencia no significativa). Los pacientes ingresados los días de fin de semana tuvieron una tasa bruta de mortalidad de 15.6% (n = 23) y los de los días de semana de 12.9% (n = 72) (p =0.41, OR 1.21 IC 25-75% 0.72 – 2.11, RR 1.03 IC 25-75% 0.96-1.11). Conclusiones: 1) El número de ingresos durante los días de semana y de fin de semana es similar en nuestra UCIP. 2) No hay diferencias en la media de PRISM, de días de internación y requerimientos de ARM entre los pacientes admitidos los días semana o de fin de semana. 3) No hubo diferencias significativas en la mortalidad según los pacientes ingresaran los días de semana o de fin de semana.

**0233 EVOLUCIÓN FATAL DE UN CASO DE TROMBOSIS DE SENO CAVERNOSO EN EL POSTOPERATORIO MEDIATO DE CIRUGÍA TRANSESENOIDAL DE MACROADENOMA DE HIPÓFISIS.**

K COZACOV, MJ OLEIRO, G NIS, CA BASSANI ARRIETA  
UTI N 1 Hospital San Roque, Córdoba, Argentina.

Trombosis Seno Cavernoso, (TSC) es una patología grave, con una mortalidad cercana al 30%, con secuelas en el 50% de los casos que incluyen lesiones de pares craneales, hemiparesia, hipopituitarismo, debilidad de los músculos extraoculares, visión borrosa o ceguera. Objetivos: Presentar un caso de TSC de evolución fatal, en el postoperatorio mediato de Cirugía de Macroadenoma de Hipófisis por vía transesfenoidal, por Síndrome de Cushing. Material y método: Mujer de 47 años, con diagnóstico de Síndrome de Cushing, con Hipertensión de dos años de evolución, e Hipotiroidismo. Amaurosis del ojo izquierdo desde 02/05. Se realiza Campimetría que muestra Hemianopsia nasal derecha y Amaurosis izquierda. RMN: Formación sólida de 46 x 26 x 33 mm en silla turca, que desplaza ambos Senos cavernosos, con colapso parcial del Seno Esfenoidal. Intervenido el 01/09/05 presenta Fístula intraquirúrgica que fue tratada con Tissucol y Drenaje espinal. En su evolución presenta tres episodios de Poliuria que fueron diagnosticados como Diabetes Insípida. Con mejoría de la agudeza visual del ojo derecho, fue dada de alta el 08/09/05, recibiendo Anatomía patológica que informa Adenoma Hipofisario y Quiste Bolsa de Rathke. Permanece asintomática hasta el 14/09/05, cuando presenta cefalea intensa, desorientación temporopacial, Glasgow 12/15 Ocular 4 - Verval 2 - Motor 6, con paresia braquiocrural derecha. Fiebre y Leucocitosis 10.000/mm<sup>3</sup>. Posteriormente se observa exoftalmos, inyección conjuntival, edema periorbitario y oftalmoplejía izquierda. TAC: pequeño neumoencéfalo en región selar, Disminución de surcos en territorio perirrolándico izquierdo, con disminución de Cisterna Silviana izquierda. Edema hemisférico. Punción lumbar: Amarillo claro. ligeramente turbio. Glucorraquia 0.33 mg/dl. Glucemia 245 mg/dl. Pandy ++++. Proteínas 3 gr. 2.100 células con 95% de PMN. Diplococos y cocos de cadenas cortas. Se inicia tratamiento con Vancomicina - Ceftazidima - Metronidazol. RMN: confirma TSC Se inicia tratamiento con Heparina endovenosa y corticoides. 16/09/05 presenta shock que requiere Dopamina y Noradrenalina. 18/09/05 Hemorragia Digestiva Alta y nasal severas por lo que se suspende Heparina. Persiste en shock. Fallece. Conclusión: TSC es una enfermedad grave, que requiere diagnóstico precoz, y en la que el tratamiento con Heparina endovenosa no tiene acuerdo general. Su observación en un postoperatorio de Cirugía por vía transesfenoidal es excepcional, y el hallazgo de su constelación diagnóstica obliga a un rápido tratamiento ya que éstos están presentes en la mayoría de los casos fatales.

**0234 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.**

MP ARIAS LÓPEZ, MG SHEEHAN, M GAREA, E KOCH, J BAKIR, A PROCOPIO, F OLAZARRI, A GENTILE  
Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez.

Introducción: Las infecciones nosocomiales (IN), constituyen una de las más importantes causas de morbimortalidad y aumento de la estadía en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Objetivos: Describir el patrón clínico epidemiológico de las IN en una UCIP de un país en vías de desarrollo. Métodos: Estudio prospectivo de cohorte de todos los pacientes ingresados en la UCIP entre octubre 2003 y septiembre 2004 utilizando la metodología

del National Nosocomial Infection Surveillance System (NNISS). Se utilizaron las definiciones del Center for Disease Control and Prevention (CDC) para diagnosticar las IN. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población. La edad, el score de riesgo de mortalidad pediátrico (PRISM) y la estadía de los pacientes infectados fueron comparados con los de los pacientes no infectados usando el test "t" de Student. Se utilizó el test Chi cuadrado para comparar la mortalidad entre ambos grupos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p \leq 0.05$ . Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron en la UCIP 542 pacientes. 14.9% presentaron al menos un episodio de IN. Se estudiaron 148 episodios de IN (1.8 episodios/paciente). 54.3% de los pacientes con infección eran varones, 6.1% desnutridos y 9.8% inmunosuprimidos. La edad media de los pacientes infectados fue de 35.2 meses vs. 67.8 meses de los no infectados ( $p \leq 0.0001$ ). El PRISM medio de los pacientes infectados fue de 16.4 vs. 9.13 en los no infectados. La tasa de IN fue de 29.3% días paciente. Las bacteriemias primarias fueron las infecciones más frecuentes (27%) seguidas por las infecciones del tracto urinario (25.6%), las neumonías (25%) y la sepsis clínica (12.8%). Las tasas de utilización de asistencia respiratoria mecánica (ARM), catéter venoso central y sonda vesical fueron de 75%, 51.4% y 38.4% respectivamente. La tasa de neumonía asociada a ARM fue de 9.13% días ARM; la tasa de bacteriemia relacionada a catéter fue de 8.8% días catéter y la tasa de infección urinaria asociada a sonda vesical fue de 16.4% días catéter vesical. 75.1% de los episodios de IN fueron documentados microbiológicamente. Los patógenos aislados con mayor frecuencia fueron las bacterias gram negativas (62.5%) seguidos por los gérmenes gram positivos y hongos (18% respectivamente). La media de estadía de los pacientes infectados fue de 37.3 días vs. 4.4 días de los no infectados ( $p \leq 0.001$ ). La tasa de mortalidad de los pacientes infectados fue de 38.2% vs. 15.4% en los no infectados ( $p \leq 0.001$ ). Conclusiones: Las bacteriemias primarias fueron las IN más frecuentes en esta UCIP. La tasa de utilización de procedimientos es particularmente alta, especialmente de ARM. Las infecciones del tracto urinario fueron las infecciones asociadas a procedimientos más frecuentes. Los pacientes con IN son más graves y más jóvenes comparados con la población general y su estadía es mayor. Los gérmenes gram negativos son los agentes etiológicos más frecuentemente identificados jugando los hongos un rol destacable.

### 0237 EPIDEMIOLOGÍA DEL ABORTO SÉPTICO.

C. CECOTTI, A BONIS, C BALASINI, P MACHARE, F PETRO, R GOYENECHÉ  
Hospital Municipal Mi Pueblo, Florencio Varela.

Objetivos: Determinar las características de la población de abortos sépticos admitidos a una Unidad de Terapia Intensiva (UTI), su evolución y complicaciones. Materiales y métodos: estudio de cohorte prospectivo observacional. Fueron incluidos todas las pacientes ingresadas a la UTI desde 1/1/00 hasta 1/6/06 con diagnóstico de aborto séptico (AS). La gravedad al ingreso fue evaluada por el score APACHE II y SOFA. Se registraron datos epidemiológicos (edad, estado civil, hijos, etc), outcome, estadía en UTI, días ventilación mecánica (VM), tiempo de gesta, demora en la consulta, maniobras abortivas, método abortivo, hemólisis, cultivos, legrados uterinos, laparotomía, histerectomía, gangrena uterina y perforación uterina. Complicaciones como distres respiratorio (ARDS), hemodiálisis y shock. Las variables continuas se presentan como  $\bar{x} \pm DS$  o mediana (mdn) y rango intercuartilo [IC], las discretas como porcentajes. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Durante el periodo estudiado ingresaron a la UTI 56 pacientes con AS. Edad  $26 \pm 7$ ; SOFA  $6 \pm 4$ ; APACHE II  $15 \pm 7$ , mortalidad esperada 28%; Mortalidad observada 11%; Estadía en UTI 4 (2-4) días; Ventilación mecánica 41%, días de VM 3 (2-5); Casadas 23%, solteras 30%, concubinato 46%; Nulíparas 16%, >4 hijos 56%, >6 hijos 32% y >8 hijos 13%; Abortos previos 35%; Maniobras abortivas 34%; Peregil 42%, sondas 32%, prostaglandinas 21%; Demora en la consulta 3.5 (2-5) días; Hemólisis 28%; Hemocultivos positivos 59%: Bacilos negativos 50%, cocos + 25% y anaerobios 19%; Laparotomía 32%; Histerectomía 25%, de las cuales el 58% presentaban gangrena uterina y 21% presentaron perforación uterina; ARDS 20%; Diálisis 7%, Shock 32%. Las 6 pacientes que fallecieron tuvieron un APACHE II de  $25 \pm 8$ , riesgo de mortalidad  $55 \pm 24$ , SOFA  $9 \pm 1$ , 83% ARDS, 2 requirieron

histerectomía 1 por gangrena y otro por perforación uterina. Conclusiones: 1) Es una cohorte de pacientes muy jóvenes, con bajo nivel social, pobre constitución familiar, múltiparas, con antecedentes de abortos previos. 2) La mortalidad esperada es menor a la observada. 3) El 58% de los pacientes que requirieron histerectomía tenían gangrena uterina. 4) Las pacientes que fallecieron estaban muy graves al ingreso y con fallas multiorgánicas. 5) El tiempo de estadía en UTI fue bajo.

### 0238 EPIDEMIOLOGÍA DE LA CANDIDEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS.

C. BALASINI, R REINA, S MESTRONI, J VIEGAS CAETANO, MG SAENZ, S CARINO, E ESTENSSORO, M TORO, P CASTELLUCCIO, I ZOILLO, P VALVIDARES, C LOPEZ, L MOLINA, E VALGOLIO  
Hospital San Martín, La Plata.

Objetivos: 1) Analizar la epidemiología de los pacientes críticos con candidemia. 2) Determinar las características clínicas de las candidemias por *C. albicans* y no *albicans*. Materiales y métodos: Fueron incluidos todos los pacientes internados por más de 48 hs en una UTI médico/quirúrgica, desde 01-01-00 al 30-06-06, que desarrollaron candidemia. Se definieron como: candidemia primaria (CP) a la presencia de *Cándida* en hemocultivos sin otro foco aparente de origen, y candidemia relacionada a catéter (CR-C) al hallazgo de la misma *Cándida* en hemocultivos y en la punta de un catéter. Se registraros los siguientes datos: variables epidemiológicas, días de ventilación mecánica (MV), días de estadía en UTI, tiempo de aparición de la Candidemia (ApC), la presencia de shock en el día de la infección; y la mortalidad. Las variables continuas se presentan como  $\bar{x} \pm DS$  o mediana y rango intercuartilo [IC], las discretas como porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con test t, test de Mann Whitney U, o X<sup>2</sup>. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: 27 pacientes desarrollaron candidemia: 1.9 episodios por 1000 días paciente: 23 (85%) CP y 4 (15%) CR-C. Edad  $44 \pm 18$ ; 48% masculinos; APACHE II  $21 \pm 7$  y SAPS II  $40 \pm 13$ , mortalidad esperada 42% y 40%, respectivamente; Mc Cabe score  $1,4 \pm 0,7$ ; SOFA  $24$  hs  $7 \pm 3$ . El 45% de los pacientes ingresaron por causas quirúrgicas. La mortalidad observada fue del 41%. La estadía en la UTI fue de 45 [24-45] días; MV 35 [19-53] días. El 44% de los pacientes tuvieron shock séptico al momento de la candidemia, con una mortalidad del 85%. Las especies de *Cándida* más frecuentemente aisladas fueron: *C. parapsilosis* (33%), *C. tropicalis* (33%), y *C. albicans* (19%). Cuando las *C. tropicalis*, *parapsilosis*, *speces* y *glabrata* fueron analizadas como un grupo (*C. no albicans*) y fueron comparadas con las *C. albicans*, no se hallaron diferencias significativas. A pesar de esto, los pacientes con *C. albicans* tuvieron una tendencia a ser más añosos ( $54 \pm 22$  vs  $42 \pm 16$ ), tener más días de VM ( $44 [17-54]$  vs  $32 [20-52]$ ) y de estadía en la UTI ( $50 [17-54]$  vs  $44 [26-55]$ ), que aquellos del grupo de *C. no albicans* ( $p = NS$  para las tres variables). Conclusiones: 1) La Candidemia fue una infección infrecuente, con una incidencia similar a la descrita en la literatura 2) La mayor incidencia de *C. tropicalis* y *parapsilosis* es coincidente con los datos del SENTRY Program para América latina. 3) La mortalidad global fue acorde a la predicha por APACHE II y SAPS II 4) La presencia de shock en el momento de la candidemia incrementó la mortalidad.

### 0239 CANDIDURIA SINTOMÁTICA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS.

C. BALASINI, R REINA, S MESTRONI, J VIEGAS CAETANO, MG SAENZ, S CARINO, E ESTENSSORO, M TORO, P CASTELLUCCIO, I ZOILLO, P VALVIDARES, C LOPEZ, E VALGOLIO  
Hospital San Martín, La Plata.

Material y método: Fueron incluidos todos los pacientes admitidos desde 01-01-01 al 31-12-05 a una UCI médico quirúrgica de un hospital universitario, con > 48 hs de internación. Se definió candiduria sintomática como el aislamiento de *Cándida* especies 10<sup>4</sup> ufc/ml en presencia de SIRS y/o hipotensión arterial o shock. Se consideró candiduria sintomática cuando la misma especie de *Cándida* (10<sup>4</sup> ufc/ml) persistía en el segundo urocultivo. Se registraron datos epidemiológicos, comorbilidades evaluadas por Mc Cabe score, tiempo de aparición de la candiduria (Candiduria apar), número de episodios, incidencia (episodio/1000-días-SV), días en ventilación mecánica (VM) y en la UCI (UCI estadía), diferencias entre los episodios

por C albicans y C no albicans (tropicalis, parapsilosis y glabrata), tratamiento precoz (dentro de las 24 hs del diagnóstico) y su impacto en la evolución. Las variables continuas se presentan como  $x \pm DS$  o mediana (mdn) y rango intercuartilo [IC], las discretas como porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con test t, test de Mann Whitney U, o X<sup>2</sup>. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Durante el período de estudio, 92 pacientes desarrollaron 101 episodios de candiduria sintomática: 33% por C albicans y 67% por C no albicans, 9,7/1000-ds-SV. Las características se muestran en la tabla. No se detectaron diferencias entre ambos grupos. Las más frecuentes fueron: C tropicalis 55% y C albicans 32%. Con respecto al tratamiento, éste fue precoz en el 54% (29 % no sobrevivientes) y tardío en el 38% (47% no sobrevivientes) ( $p=NS$ ); 8% no recibieron tratamiento (43% no sobrevivientes). El 88% de los pacientes recibieron fluconazol, el 5% anfotericina, y el 6% ambas drogas. La mortalidad global fue del 38% (predicha por APACHE II: 36%). Los factores de riesgo presentes más frecuentes fueron: SV 100%; catéter venoso central 97%; VM 96%; uso previo o concomitante de ATB 97%; infección bacteriana previa o concomitante 97%; en menor proporción: corticoides 23% y NPT 9%. Conclusiones: 1- La incidencia de CS fue acorde a la descripta en la literatura para pacientes sondados internados en una UCI. 2- Estos pacientes fueron diferentes a los habitualmente descriptos en la literatura: más jóvenes y sin comorbilidades (según Mc Cabe score). 3- La mortalidad fue acorde a la predicha por APACHE II. 4- No se encontraron diferencias significativas entre C albicans y no albicans.

	C albicans	C no albicans
Edad	45±16	45±16
Masculinos	31%	60%
APACHE II	21±6	21±6
APACHE II Risk	37%	36%
Mc Cabe score	1,5±7	1,5±7
Postquirúrgicos	41%	52%
Candiduria apar	15 [8-26]	16 [9-26]
UCI estadia	34 [22-54]	34 [22-54]
Mortalidad	28%	43%

**0240 RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA ASOCIADAS AL TRAUMATISMO DE CRÁNEO.**

BD DORFMAN<sup>1</sup>, G GARCÍA<sup>2</sup>, J RUIZ WEISSER<sup>3</sup>, S SVAMPA<sup>4</sup>, H SOLAR<sup>1</sup>, M MOSEINCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Bazterrica, Buenos Aires; <sup>2</sup>H. Clemente Alvarez, Rosario; <sup>3</sup>P. San Martín, La Plata; <sup>4</sup>H. Neuquén.

Objetivo: Evaluar en pacientes con traumatismo de cráneo (TEC) aislado o predominante, los factores de riesgo para el desarrollo de respuesta inflamatoria sistémica (RIS) y disfunción multiorgánica (DM) y el impacto de ésta última en el pronóstico. Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico, en el cual se incluyeron pacientes > 13 años, con TEC aislado o predominante con un Abbreviated injury score (AIS) extracraneano < 4. Se evaluó a los pacientes durante la 1ª semana en la búsqueda de complicaciones infecciosas y no infecciosas, además de evaluar el desarrollo de RIS y DM en forma diaria mediante criterios pre-establecidos (Consenso de la Critical Care Society y escala de disfunción multiorgánica desarrollada por Marshall y colaboradores, respectivamente). Se realizó un análisis de las proporciones y análisis de regresión logística múltiple con el método de selección automática Stepwise. Resultados: Se incluyeron 108 pacientes al estudio en forma consecutiva. El 70.1% de los pacientes presentó RIS y en el 62,7% el único factor de riesgo asociado fue el TEC. El 43% desarrolló DM, en el 52,2% el único factor de riesgo que pudo demostrarse fue el TEC. El 30% de los pacientes con DM agravó la misma, en el 57,1% la causa fue infecciosa. El puntaje en el APACHE II al ingreso se asoció en forma independiente a la presencia de RIS (Odds ratio 1.217, IC 95% 1.050 - 1.410) y al desarrollo de DM (Odds ratio 1.238, IC 95% 1.092 - 1.402). La DM demostró ser un factor de riesgo independiente de mortalidad en el análisis de regresión logística múltiple (Odds ratio 15.4, IC 95% 4,934 - 48,07). Conclusiones: En pacientes con TEC aislado o predominante, la lesión encefálica en si

misma sería el factor de riesgo más frecuente para la presencia de RIS y DM. El APACHE II es un predictor independiente del desarrollo de RIS y DM. La DM es un factor de riesgo independiente de mortalidad en pacientes con TEC aislado o predominante.

**0241 RADIOGRAFÍA DE LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL COSME ARGERICH. ESTUDIO TRANSVERSAL.**

Y MARINI, G MARTINEZ, G TORREALDAY, V MARTINEZ, G RAMOS, M TORRES BODEN, G NACIF, A ARATA  
Hospital Cosme Argerich

Introducción: A medida que el Hospital crece en complejidad, un porcentaje mayor de pacientes requieren cuidados intensivos, con lo que el problema de disponibilidad de camas, afecta al funcionamiento cotidiano del Hospital, manifestado por la frecuente suspensión de cirugías programadas o la saturación de camas de la sala de emergencia. Este estudio tiene el objetivo de describir la población de pacientes críticos como punto de partida para solucionar el grave problema de la falta de camas de terapia intensiva. Material y Métodos: Estudio prospectivo, de corte transversal de 1 día, durante 5 semanas consecutivas de los pacientes internados en terapia intensiva. Se realizó el seguimiento de los mismos durante 60 días. La terapia intensiva consta de dos unidades, la unidad A 10 camas clínico-quirúrgicas y la unidad B 9 camas de recuperación cardiovascular y hepática. Se utilizó un score de gravedad al ingreso (APACHE II), y una escala subjetiva de gravedad (ESG) el día de estudio. Se realizó análisis estadístico con Epi Info 6.04 (CDC, USA). Los resultados fueron expresados como promedios  $\pm DS$  o proporciones del total de camas disponibles cada día. Se significó un valor de  $p < 0.05$ . Resultados: Fueron incluidos 63 pacientes. El 39% de las camas estuvieron ocupadas por problemas clínicos, 57% quirúrgicos y 3% politrauma. La edad promedio de 57.5 años ( $\pm 16.5$ ), con un 46.6% de las camas ocupadas por mayores de 65 años. El 56.7% de las camas estuvieron ocupadas por pacientes en ARM, el 62.5% algún tipo de soporte ventilatorio mecánico, el 34.6% requerían inotrópicos y 9.6% hemodialisis venovenosa continua. El 33% de las camas estuvieron ocupadas por pacientes que no sobrevivieron a los cuidados intensivos. El 55.7% de las camas estuvieron ocupadas por pacientes que no sobrevivieron a su estancia hospitalaria dentro de los 60 días. El APACHE II de ingreso fue de 15.6 ( $\pm 7.0$ ), con un 40% de camas con pacientes con APACHE II mayor de 20. Utilizando la ESG, el 6% de las camas estaban ocupadas solo para monitoreo, el 52% por pacientes estables, el 34% inestables, y el 7% con inestabilidad refractaria al tratamiento. El costo día según ESG fue: 24\$ ( $\pm 30.9$ ), 89.9\$ ( $\pm 123$ ), 144.5\$ ( $\pm 129$ ) y 107.6\$ ( $\pm 128$ ),  $p < 0.01$ . Conclusiones: Si bien los resultados son solo una muestra de un corto período, evidencian dos problemas: limitada disponibilidad de camas y alto porcentaje de ocupación por pacientes de mal pronóstico.

**0242 INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UTI.**

V MICHEL, M AISIT, D DIULIO, D NEILA, P BAMBACI, L SANTOS, L BIANCHI, E AMUNDARAIN, R PEREZ  
Hospital I.E.A.yC. "Dr.A.Korn". La Plata, Bs. As., Argentina

Conocer los patógenos causantes de las infecciones y su sensibilidad a los antimicrobianos es primario para formular guías de tratamiento, en especial políticas de antibioticoterapia empírica, en cada UTI en particular. Objetivo: Determinar los gérmenes prevalentes, su sensibilidad a los antibióticos y la incidencia de las infecciones nosocomiales mas frecuentes en nuestra UTI. Diseño: Estudio prospectivo observacional. Sitio: UTI polivalente de 12 camas (6 camas durante el periodo de estudio por recursos insuficientes), centro de referencia en politraumatismo y neurocirugía, de un Hospital Interzonal de la Pcia. de Bs. As. Material y Métodos: Se registraron todos los gérmenes aislados de cultivos realizados a pacientes con mas de 48 hs de estancia en UTI durante 9 meses consecutivos (desde 01/09/05 hasta 31/05/06). Se determinó: frecuencia de germen, resistencia a ATB, frecuencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), de bacteriemia asociada a catéter (BAC), infección urinaria asociada a catéter vesical (IUC) y ventriculitis asociada a catéter (VAC). Se utilizaron las definiciones y criterios de infección del NNIS. Resultados: Ingresaron durante el periodo de

estudio 205 pacientes totalizando 1552 días-cama. 63.4% hombres; edad media: 50.1±17.5; Apache II media: 12.38±6.32. La frecuencia media total de infección fue de 36 cada 100 pacientes, y de 47.6 cada 1000 días-cama. Los gérmenes causales mas frecuentes fueron para NAV: Pseu-domona Ae (28.5%), Acinetobacter (22.4%), Estafilococo Au y Klebsiella (16.3%). Para IUC: Candida (33%), Pseudomona (20%) y E.Coli (13.3%). Para BAC: Estafilococo epidermidis (50%), Estafilococo Au (25%), Pseudomona y Acinetobacter (12.5%). En las ventriculitis se hallaron 2 estafilococos epidermidis, 2 klebsiellas 1 pseudomona y 1 acinetobacter. Durante el período de estudio, se administraron ATB empíricos en 67 oportunidades, de las cuales en 22 (32.8%) el esquema elegido no fue efectivo. Conclusión: El germen aislado con mayor frecuencia fue la pseudomona, seguida por el estafilococo aureus y el acinetobacter. Destaca la baja resistencia de la colistina para los gram (-) más frecuentes y la alta resistencia a la piperacilina + tazobactam. Los estafilococos meticilino-resistentes superan el 70%. A pesar de las escasas pruebas la tigeciclina se perfila como eficaz contra estafilococo, acinetobacter y enterococo. La incidencia de NAV y la frecuencia media total de infección fue elevada.

Gérmenes aislados			
Germen	N	%	
Staphylococcus S.T	33	36.7	
Staphylococcus A.T	27	30.2	
Acinetobacter	24	26.8	
Staphylococcus Ep	20	22.4	
Klebsiella Pne	17	18.8	

Gérmenes aislados			
Germen	N	%	
E. Coli	13	13.3	
Candida	12	12.5	
Salmonella	3	3.3	
Otros	12	12.8	

Germen (%)	% de Resistencia a ATB		
	Amoxi (40)	Piperil (33)	Klebsi (44)
Staphylococcus	46.7	41.8	15.7
Acinetobacter	81.1	44.4	42.6
Staphylococcus Ep	100	77.7	71.4
Enterococcus	76.7	100	6
Staphylococcus Au	61.5	17	6
Acinetobacter	47.3	40.5	18.1
Staphylococcus	57.4	20.5	14

Germen (%)	% de Resistencia a ATB		
	Amoxi (40)	Amoxi (33)	Enteroc (13)
Staphylococcus	79.1	79	79
Candida	60	57.6	60
Staphylococcus Ep	11.7	11.7	11.7
Enterococcus	50	50	50
Amoxi	100	100	100
Amoxi	0	0	0
Amoxi	0	0	0
Amoxi	0	0	0
Amoxi	0	0	0
Amoxi	0	0	0

Tipo de Infección	N	Resistencia	
		40% (Amoxi)	33% (Piperil)
NAV	21	5.2	100
IUC	8	7.5	100
BAC	8	7.5	100
OTR	8	7.5	100

#### 0244 PRESENTACIÓN DE CASOS: NEUMOTÓRAX OCULTO COMO CAUSA INUSUAL DE FALLO DURANTE EL WEANING.

A ELISEIRI, P PARDO, C KARMAZYN, J NEIRA, V SUARES  
Sanatorio de la Trinidad Palermo.

Objetivo: Destacar la presencia de Neumotórax oculto (NO) como causa inusual de fallo durante el weaning y la utilidad de la ecografía para su diagnóstico. El término NO describe al neumotórax que no es sospechado en el examen clínico ni en la Rx Tórax, siendo detectado únicamente a través de la TC toraco-abdominal. Sin embargo la ecografía es un método alternativo eficaz, de bajo costo y que se puede realizar sin mover al paciente. Material y métodos: Se presentan 3 pacientes que requirieron ARM y presentaron fallo durante el weaning. Ante el fracaso se realizó TAC y Ecografía torácica hallándose NO. Caso 1: Paciente femenina de 51 años. Ingresó por insuficiencia respiratoria por NAC que requirió ARM con ARDS. Evolucionó con FMO Recibió Drotecogin alfa activado. Presentó neumotórax derecho, con colocación de tubo de avenamiento pleural, observándose en la Rx Tx de control reexpansión completa. Se inició weaning. Durante las pruebas con presión soporte y CPAP presentó paradoja abdominal con patrón respiratorio rápido y superficial. La radiografía de tórax no evidenció alteraciones. Se decidió realización TAC tórax y ecografía que demostraron Neumotórax anterior derecho. Se colocó nuevo tubo de avenamiento pleural, logrando destete. Caso 2: Paciente masculino de 74 años. Ingresó a UTI con shock séptico a foco abdominal, secundario a colectomía derecha con desarrollo de FOM y parámetros de injuria pulmonar, requiriendo ARM. Evolucionó con múltiples intercurencias infecciosas recibiendo tratamiento antibiótico completo. Presentó resolución de las fallas orgánicas. Se iniciaron pruebas de ventilación espontánea con Presión soporte y CPAP mostrando patrón respiratorio rápido y superficial junto a bron-

coespasmo con pobre respuesta al tratamiento con  $\beta 2$  agonistas. La radiografía de tórax no evidenció alteraciones. Se realizó TAC tórax y ecografía que demostraron Neumotórax anterior. Se colocó tubo de avenamiento pleural sin complicaciones. Posteriormente toleró pruebas de ventilación espontánea por traqueo-tomía, no requiriendo asistencia respiratoria posterior. Caso 3: Paciente masculino de 59 años que ingresó por politraumatismo grave por accidente de moto con fractura de ambos miembros inferiores, fractura de ramas isquípúbicas y sacro, fracturas costales múltiples e injuria pulmonar sin TEC. Requirió ARM. Intercurrió con neumonía asociada a ARM. Evolucionó favorablemente y en condiciones clínicas para inicio del weaning. Durante las pruebas con tubo en T presentó broncoespasmo y paradoja abdominal. En la Rx tórax presentó de surco profundo en hemotórax izquierdo. Se realizó ecografía que evidenció neumotórax derecho, el cual fue confirmado posteriormente por TAC. Se realizó drenaje del mismo progresando en forma exitosa el proceso de weaning. Conclusión: En los casos presentados se encontró como única causa de fallo durante el proceso de weaning la presencia de neumotórax oculto, el cual fue diagnosticado a través de la utilización de la ecografía y confirmada por TAC tórax, la cual es considerada el "gold standard" para el diagnóstico del NO.

#### 0246 VALOR PRONÓSTICO DE LOS NIVELES DE GLUCEMIA E INSULINEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS.

A FRÉTES, H BIANCO, E BUENO, S BÁEZ, A BENÍTEZ, J VERA, M CÁCERES, N ACOSTA, C AYALA  
Hospital de Clínicas, Asunción, Paraguay.

La hiperglucemia es un factor de mal pronóstico en pacientes críticos. Poco se ha publicado sobre la relación entre la misma y los niveles de insulinemia como factor pronóstico de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA). Objetivo: Establecer relación entre los niveles de glucemia, insulinemia y el pronóstico de los pacientes críticos internados en la UCIA del Hospital de Clínicas (HC). Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de cohorte de pacientes ingresados a la UCIA del HC desde junio del 2005 a enero del 2006. Se determinó la glucemia (mg/ml), la insulinemia (microUI/ml) y la relación entre insulina y glucosa plasmática (I/G) dentro de las 24 horas del ingreso de los pacientes a UCIA. Se realizó el seguimiento de los enfermos hasta el alta de UCIA, evaluando la mortalidad en dicho momento. Se utilizó el test de Students para la comparación de los grupos y se consideró una  $p < 0,05$  como significativa. Resultados: Evaluados 118 pacientes críticos. De los pacientes que tenían relación  $(I/G) = \alpha < 0,05$  fallecieron el 59,45% y los que tenían relación  $I/G > 0,05$  el 27,27% (RR: 2,03; IC 1,21-3,39  $p = 0,004$ ). El APACHE II medio fue de  $15 \pm 8,9$  vs.  $12 \pm 8,4$  ( $p = 0,8$ ) y la presencia de diabetes fue de 28,4% vs. 15,9% ( $p = 0,18$ ) respectivamente. Conclusión: La relación  $I/G = \alpha < 0,05$  se relaciona con peor pronóstico en pacientes críticos, independientemente de la presencia de diabetes o la severidad de los mismos

#### 0247 RECURRENCIA DE LA NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR.

H CANALES, R REINA, E ESTENSSORO, M APREA, G FERRARA, F PEREDA, M TORO, M SAENZ, P CASTELLUCCIO, I ZOILO, C LOPEZ, E VALGOLIO, P VALVIDARES, L MOLINA, A DAS NEVES  
Hospital San Martín, La Plata.

Objetivo: 1) Evaluar la incidencia de un nuevo episodio de Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAR). 2) Comparar los pacientes con un único episodio de NAR (NARu) con los pacientes que desarrollaron recurrencias (NARr). Material y método: Fueron incluidos todos los pacientes admitidos a una UCI médico quirúrgica de un hospital escuela desde el 01/01/00 al 30/04/06, con más de 48 hs de ventilación mecánica (VM), que presentaron un nuevo episodio de NAR, luego de cura clínica del primero. Se definió NAR por persistencia o aparición de nuevos infiltrados, junto con 2 o más de los siguientes: temperatura  $> 38,3$  °C o  $< 36$  °C, Leucocitos  $> 14 \times 10^3/mm^3$  o  $< 4 \times 10^3/mm^3$  y/o desviación a la izquierda, deterioro de la oxigenación evaluada por  $PaO_2/FIO_2$ , secreciones purulentas, y confirmada por un cultivo cuantitativo (Aspirado traqueal  $> 10^6$  cfu/ml, o BAL  $> 10^4$  cfu/ml, o miniBAL  $> 10^3$  cfu/ml).

Se registraron datos epidemiológicos, días en VM y en la UCI, gérmenes implicados, y mortalidad. Las variables continuas se presentan como  $\bar{x} \pm DS$  o mediana y rango intercuartilo [IC], las discretas como porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con test t, de Wilcoxon, o X2. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Fueron analizados 781 pacientes en VM (61% de las internaciones): 203 (26%) desarrollaron NAR: 20/1000-ds-VM, de los cuales 62 (31%) presentaron NARr. Las características entre NARu y NARr se muestran en la tabla. La recurrencia ocurrió a los 11 [7-16] días después del primer episodio. Los Bacilos gram negativos (BGN) fueron los gérmenes más frecuentes, predominando Acinetobacter en el 32% y Pseudomonas en el 41%. Conclusiones: 1- El porcentaje de recurrencias fue acorde a la descrita en la literatura. 2- La incidencia de NAR es más elevada que la descrita por el NNIS, pero aquí están consideradas las recurrencias en el número total. 3- La presencia de NARr prolongó los días en VM y en la UCI. 4- La mortalidad no fue diferente entre NARu y NARr, y fue acorde a la predicha por APACHE II.

	NARu =141	NARr =62	p
Edad	43±17	41±16	
APACHE II	20±7	21±6	
APACHE Risk	37%	33%	
Mortalidad observada	36%	41%	
VM días	20 [11-32]	30 [22-58]	<0,01
UCI estadía	26 [15-39]	41 [27-64]	<0,01
BGN	82%	95%	
Cocos +	18%	5%	

**0248 EXTUBACIÓN: COMPARACIÓN DE UN GRUPO GENERAL VS. NEUROLÓGICO.**

D. VIOLI<sup>1</sup>, F. RIOS<sup>2</sup>, C. PEREYRA<sup>1</sup>, G. SEGUI<sup>1</sup>, P. OKURZATY<sup>1</sup>, S. TANGREDI<sup>1</sup>, G. SILBERSZAC<sup>1</sup>, M. REBOLO<sup>1</sup>  
 1HIGA Prof. Luis Güemes, Haedo, Bs. As.; 2Hospital Posadas, Haedo, Bs. As.

Introducción: Algunos pacientes pueden prescindir de la ventilación mecánica (VM), pero no de un tubo traqueal. Por esto, es importante distinguir entre fallo de destete y fracaso de extubación, ya que se diferencian en el pronóstico. Pocos ensayos han evaluado específicamente la tolerancia para extubación y la necesidad de re-intubación habiéndose reportado rangos amplios de re-intubación (3% al 20%), dentro estos, una serie, el subgrupo de pacientes neurológicos trepó a 33%. Todas las series la presencia de fracaso en la extubación incrementó la mortalidad (23 al 32%), la duración de la VM y la estadía hospitalaria. Objetivos: Observar en un grupo general y un subgrupo (neurológicos) la mortalidad en la extubación. Materiales y Métodos: estudio prospectivo, observacional, se incluyeron durante 6 meses (Febrero 2005-Julio 2005) los pacientes internados en la UCI del Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Luis Güemes (Bs. As.) con necesidad de VM mayor a 1 días, de cualquier etiología, con un índice de oxigenación PaFi < 300, se registraban los variables vinculadas con el destete, una vez desvinculado, se median variables pre-extubación. La extubación se consideraba exitosa cuando no era reintubado en las siguientes 72 hs, por lo cual se daba por concluido el protocolo se observación. Los datos se expresaran como números absolutos con o sin porcentajes, medias y desvíos estándar o medianas con rangos según correspondiera. Para comparar proporciones se utilizó Chi-cuadrado o el test de Fisher exacto y para las variables continuas test-T o Wilcoxon-Mann-Witney para los datos no paramétricos %. Se consideró estadísticamente significativo las probabilidades < 0.05 Todos los informes de p se realizaron a dos lados. Resultados: Se incluyeron 78 pacientes en forma consecutiva, 51 estuvieron en condiciones de extubar. La edad promedio 50.4 para grupo general y neurológico, APACHE II 16.8 vs 14.6 (general vs neurológicos respectivamente), Traqueostomía 12 días (rango 2-23), días de UCI 13 vs 11, días al destete 4 (rango 1-22), al destete-extubación 2.32 (rango 1-8). Primera extubación 51 vs 24 (general vs neurológicos respectivamente), reintubación 14 (27%) vs 4 (16%) p: NS, mortalidad 9 (68%)

vs 2 (50%) p: NS. En cada grupo sólo un paciente falleció dentro de las primeras 48 hs. Dentro del grupo neurológico Glasgow extubación exitosa 10 (rango 8-11) fallida 10 (rango 9-11). Conclusiones: En esta pequeña serie de pacientes, la aplicación de los criterios de un protocolo, no evidenció diferencia estadística en la mortalidad de la extubación en los dos grupos estudiados. La escala de Glasgow no fue un predictor de fallo en la extubación.

**0249 AVULSIÓN TRAUMÁTICA DE HIPÓFISIS Y PANHIPO-PITUITARISMO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL PACIENTE COMATOSO.**

M. CORRAL, J. ROMERO, A. SARASINO, D. CERASO, I. PREVIGLIANO  
 Hospital "Juan A. Fernandez".

Objetivo: Identificar los hallazgos clínicos y de laboratorio para el diagnóstico de panhipopituitarismo en el paciente comatoso post TEC grave. Materiales y métodos: Descripción de un caso clínico y revisión bibliográfica. Resultados: Paciente de 30 años que ingresa por politraumatismo, colisión vehicular lateral, conductor con cinturón. Presenta traumatismo de cráneo (TEC) grave con puntaje en la Escala de Coma de Glasgow (GCS) de ingreso 4/15, pupilas midriáticas arreactivas, múltiples lesiones contuso cortantes en macizo facial, con pérdida de masa encefálica por ambas fosas nasales y por ángulo interno de ambas orbitas. Tomografía Computarizada de ingreso: fractura conminuta de macizo facial, fractura de órbita bilateral, fractura longitudinal completa de clivus, contusiones hemorrágicas frontales bilaterales, signos de edema encefálico difuso e hipodensidad de tronco encefálico. Presentó traumatismo de órbita bilateral, con pérdida palpebral derecha, sin estallido ocular, requiriendo tarsorrafia bilateral, antibióticos locales y corticoides sistémicos por aproximadamente dos semanas. El paciente evolucionó neurológicamente con GCS de 4/15, respuesta motora de descerebración bilateral siendo traqueostomizado precozmente y destetado de ARM a los 10 días de su ingreso. Alrededor del 15º día de internación desarrolla poliuria con hipernatremia con criterios diagnósticos de Diabetes Insípida Central, recibiendo desde ese momento tratamiento con desmopresina. Presenta episodios de bradicardia sinusal de 30-40 latidos por minuto sin descompensación hemodinámica. ECG: bradicardia sinusal, bloqueo AV de 2º grado tipo I y bigeminia; presenta además trastornos en la regulación de la temperatura corporal, con episodios de hipotermia leve e hipotermia. Se realiza dosaje hormonal: Cortisol plasmático (RIA): 2.2 ug/dl (VN: 5-25 ug/dl); TSH (ECLIA): 4.07 uIU/ml (VN: 0.3-4.2 uIU/ml); T4 L (ECLIA): 0.2 ng/dl (VN: 0.95-1.7 ng/dl); T4T (ECLIA): 2.70 ug/dl (VN: 5.0-13 ug/dl); T3 (ECLIA): 0.83 ng/ml (VN: 0.8-2.0 ng/ml); LH (ECLIA): < 1.0 mIU/ml (VN: 0.8-6.1 mIU/ml); FSH (ECLIA): < 1.0 mIU/ml (VN: 1.7-11.0 mIU/ml); Testosterona (RIA): < 0.1 ng/ml (VN: 2.8-8.8 ng/ml) y Prolactina (IRMA): 38 ng/ml (VN: < 15 ng/ml). Se inició tratamiento de reemplazo hormonal con hidrocortisona, levotiroxina y desmopresina con buena respuesta. Conclusiones: Se presenta el caso de un paciente comatoso post TEC grave, que presenta el infrecuente hallazgo de compromiso de neuro y adenohipofisis. El daño vascular es la causa más común de PHPT, a diferencia del paciente en cuestión, en el cual la avulsión traumática de hipofisis secundaria a la fractura del clivus se presenta como la causa probable. La sospecha se estableció a partir de las lesiones halladas en las imágenes y de la presencia de diabetes insípida central. Con respecto a la terapia de reemplazo hormonal, deben tratarse en forma urgente, independientemente del estatus neurológico, el déficit corticoideo, tiroideo y de hormona antidiurética.

**0250 EVALUACIÓN DE UN SCORE DE 7 CRITERIOS PARA LA DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.**

D. VIOLI<sup>1</sup>, D. GOFFREDO<sup>2</sup>, C. LASO<sup>2</sup>, C. RUFFINO<sup>2</sup>, S. SCRIMINI<sup>2</sup>, R. MONTALVAN<sup>2</sup>, A. AMASINO<sup>2</sup>, C. IRRAZABAL<sup>2</sup>, C. LUNA<sup>2</sup>  
 1HIGA Prof. Luis Güemes, Haedo, Bs. As.; 2Hospital de Clínicas José de San Martín, Capital Federal.

Introducción: La ventilación mecánica (VM) es un recurso terapéutico que ha permitido modificar favorablemente el pronóstico de vida de pacientes con diversas patologías. A menudo es acompañada por complicaciones potencialmente mortales. El 24% de los

pacientes internados en UCI presentan dificultades para salir del respirador. Se evaluará un score que comprenden los criterios generales de desvinculación a la VM, sobre una población general. Objetivos: Evaluar el cumplimiento de los criterios clásicos de destete de la bibliografía y su relación con éxito o fracaso. Materiales y Métodos: estudio prospectivo, observacional, se incluyeron durante 6 meses (junio 2005-diciembre 2005) los pacientes adultos mayores de 18 años inclusive, internados en la UCI del Hospital de Clínicas José de San Martín (Capital Federal) con necesidad de VM mayor a 2 días, de cualquier etiología, con un índice de oxigenación PaFi < 300. Diariamente en horas de la mañana se registraban los requisitos de destete, una vez desvinculado, se consideraban como valores pre-desvinculación las variables respiratorias medidas en la mañana, y a los 20 minutos posteriores a la desvinculación, como valores post-desvinculación. Se consideraba exitosa cuando no era reconectado en las siguientes 72 hs. Los datos se expresaron como números absolutos con o sin porcentajes, medias y desvíos estándar o medianas con rangos según corresponda. Para comparar proporciones se utilizó Chi-cuadrado o el test de Fisher exacto y para las variables continuas test-T o Wilcoxon-Mann-Witney para los datos no paramétricos %. Se consideró estadísticamente significativo las probabilidades < 0.05. Todos los informes de p se realizaron a dos lados. Además se realizó cálculo de odds ratio e IC 95% con tablas 4x4, utilizando Statistics 7.0. Resultados: Se incluyeron 52 pacientes en forma consecutiva, totalizando 84 intentos de desvinculación, con 14 reintubaciones (tasa de reintubación 16%). Edad media 73,7, 73(12.4) vs. 74.8 (10.1) éxito vs fallo respectivamente, Apache-Promedio 19,6, 19,5 vs 19,6 (éxito vs Fallo). En la tabla se describe los valores con sus respectivas p de significación.

Cumplio criterios de desvinculación	SI Exito	NO Exito	SI Fallo	NO Fallo	ODDS Ratio	P de significación
1- Mejoría del cuadro que motivó la ARM.	30	0	14	8	16 (1.8-145)	.006
2- Situación clínica estable Score de Glasgow o =8.	24	6	16	6	1.5 (0.4-5.4)	NS 3 -
Estabilidad cardiovascular drogas inotrópicas o dopamina 5u/kg/min.	26	4	10	12	7.8 (2-29)	.004 4 -
5- Equilibrio metabólico.	25	5	17	5	1.4 (0.3-5.8)	NS
6- Hb > 7 g/dl o > 10 en pacientes con enfermedad coronaria	21	9	15	7	1 (0.3-3.5)	NS
7- PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> > 175 con PEEP < 5cm de H <sub>2</sub> O y FIO <sub>2</sub> <50%.	30	0	21	1	1.3 (0.8-23)	NS
	20	10	16	6	0.7 (0.2-2.5)	NS

Se observó un odds ratio de 16 para el ítem mejoría del cuadro que motivo VM y 7.8 para score de Glasgow = o Mayor a 8. Conclusiones: La ausencia del cumplimiento de dos criterios de desvinculación enunciados en la literatura como son, la mejoría del cuadro que motivo VM y GCS menor a 8, parece ser los más categóricos para distinguir el grupo de fracaso en esta serie de pacientes.

## 0251 RABDOMIOLISIS AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA: INCIDENCIA, SOBREVIDA Y ETIOLOGÍA.

M. CORRAL, J. ROMERO, C. DILLON, M. MONTENEGRO, D. VACCAREZZA, D. CERASO, I. PREVIGLIANO  
Hospital "Juan A. Fernandez".

Objetivos: El objetivo primario es evaluar la incidencia, etiologías y sobrevida de los pacientes con rhabdmiolisis al ingreso a Terapia Intensiva. El objetivo secundario es buscar si existen diferencias en términos de morbimortalidad e insuficiencia renal aguda comparándola con una población contemporánea de pacientes de la Terapia Intensiva. Materiales y métodos: Estudio epidemiológico con datos extraídos de una Base de Datos de carga prospectiva ya descripta anteriormente (NWHC®). Se consideró para el diagnóstico de rhabdmiolisis valores de CPK en sangre > 1000 UI/dl. Se analizaron las variables edad, sexo, APACHE II, desarrollo de insuficiencia renal aguda, requerimiento de diálisis, estadía en Terapia Intensiva y mortalidad. Se utilizaron para el análisis estadístico el Test de chi y el Test exacto de Fisher. Se identifican además las diferentes etiologías de la rhabdmiolisis. Resultados: Durante el periodo Junio 2001-Junio 2006 ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva 3120 pacientes de los cuales 37 (1.2%) presentaron rhabdmiolisis al ingreso.

Pacientes con Rhabdmiolisis (n 37)	Pacientes Totales del Servicio (n 3120)
Femeninos 13(35%)	Femeninos 1415 p 0.27
Masculinos 24	Masculinos 1705
Edad 41,4	Edad 53,4
Rango Edad (15-86)	IRA 10,60%
IRA 45,90%	IRA pacientes 332 p 0.00001
IRA pacientes 17	Diálisis 72,80%
Diálisis 70,50%	Diálisis pacientes 242 p 0.5
Diálisis pacientes 12	APACHE II 16,48
APACHE II 22.6	Días Internación UTI 9,9
Rango APACHE (5-35)	Mortalidad 25,20% p 0.07
Días Internación UTI 11,25	Mortalidad pacientes 787
Mortalidad 37%	
Mortalidad pacientes 14	
Etiologías:	
Aplastamiento 48,64%	
Isquemia 21,62%	
Tóxica 24,32%	
No filiada 10,81%	

El análisis estadístico reveló que la incidencia de rhabdmiolisis es mayor en varones. La edad de los pacientes con rhabdmiolisis al ingreso es menor que la edad de la población general en ese mismo periodo. El desarrollo de insuficiencia renal aguda fue significativamente mayor en el grupo con rhabdmiolisis. No se hallaron diferencias de significancia estadística en la mortalidad (p 0.07), probablemente debido al tamaño de las muestras. Conclusiones: El análisis de la población seleccionada permite establecer que la incidencia, etiologías y sobrevida de los pacientes con rhabdmiolisis al ingreso a Terapia Intensiva se encuentran en el rango de lo publicado en la literatura médica. Se establece además la alta incidencia de insuficiencia renal aguda y necesidad de diálisis en los pacientes con rhabdmiolisis. Las diferencias en las etiologías presentes en la literatura dependen del tipo de población de pacientes analizada (médica vs. quirúrgica vs. trauma).

## 0252 UTILIDAD DEL LEVOSIMENDAN EN EL SÍNDROME DE BAJO VOLUMEN MINUTO REFRACTARIO EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

G. CAPONI, E. GONZALEZ, MP VARELA OTERO, Y ARZANI, P. COMIGNANI, D. INTILE, RR FAVALORO  
Fundación Favalaro, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: analizar los resultados de un grupo de pacientes (p) que recibieron levosimendán para el tratamiento del síndrome de bajo volumen minuto (SBVM) refractario en el postoperatorio inmediato de cirugía cardiovascular. Material y Métodos: entre noviembre de 2004 y junio 2006 se incluyeron 35p sometidos a cirugías cardiovasculares: 8p revascularización miocárdica, 12p valvulares, 14p combinados y 1p con tromboendarterectomía pulmonar. La edad promedio fue de 60±13 años, el 54% (19p) pertenecían al sexo masculino, el 40% (14p) tenía deterioro moderado a severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo y el 37% (13p) antecedentes de infarto. El tiempo de bomba (TB) promedio fue de 175±65 minutos y el de clampeo aórtico (TC) de 116±49 minutos. Todos ellos presentaron en el postoperatorio inmediato SBVM refractario al tratamiento convencional con dobutamina, milrinone y noradrenalina. El 80% (28p) requirieron balón de contrapulsación (IABP). Estos p se compararon contra un grupo (g) control que no presentaba diferencias significativas en cuanto a tipo de cirugía, edad, sexo, función ventricular, IAM previo, TB y TC. El score de Parsonet y el Euroscore eran similares en ambos g. Análisis estadístico: las variables continuas se expresan como media y desvío standard mientras que las categóricas como proporciones. Para analizarlas se utilizaron test Chi2 y de Mann whitney. Se utilizó un análisis de regresión logística para evaluar la asociación de levosimendán y mortalidad ajustado por edad, sexo y función ventricular. Resultados: en el g levosimendán se observó un aumento del índice cardíaco del 30% en un promedio de 6.3±8 hs desde el inicio de la infusión así como también un descenso del 50% de inotrópicos asociados en 38±36 hs. En ambos g fueron similares las incidencias de reSBVM (46% vs 75%), insuficiencia renal aguda (71% vs 82%), hemodiálisis (17% vs 27%), hs de ARM (105 vs 115), hs totales de inotrópicos (119 vs 143), hs de IABP (76 vs 60) y días de internación en UCI (mediana 9 vs 6). La incidencia de hipoxemia y la mortalidad fueron menores en el g levosimendán: 54% vs 86% (p 0.02) y 17% vs 14% (p 0.025) respec-

tivamente. Fueron variables independientes asociadas a mayor mortalidad en un modelo ajustado por edad, dobutamina y milrinone la no utilización de levosimendan OR 7.4 (IC 95% 1.1 a 50.5) y las dosis crecientes de noradrenalina OR 7.6 (IC 95% 1.4 a 41.5) En otro modelo ajustado por edad, sexo y función sistólica del ventrículo izquierdo la no utilización de levosimendan se asoció a mayor mortalidad con OR 5.27 (IC 95% 1.59 a 17.52). Conclusiones: nuestros resultados sugieren que el tratamiento con levosimendán en el SBVM refractario en el postoperatorio de cirugía cardiovascular es una terapéutica efectiva para disminuir la mortalidad.

**0253 MORTALIDAD ATRIBUIBLE A NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) POR ACINETOBACTER SP. MULTIRRESISTENTE (AC-MR).**

R. BELLONI<sup>1</sup>, J SILVA<sup>1</sup>, V ACOSTA<sup>1</sup>, D CURCIO<sup>2</sup>, F FERNÁNDEZ<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Sanatorio San José; <sup>2</sup>Infectología Institucional SRL.

Objetivo: El estudio fue diseñado para comparar la mortalidad entre dos grupos de pacientes con NAVM por Acinetobacter sp. (AC): grupo 1; AC sensible a ampicilina-sulbactam y/o carba-penemes y grupo 2; AC resistente a ampicilina-sulbactam y a carba-penemes (AC-MR). Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con NAVM por AC admitidos en la unidad durante el período 01 de diciembre de 2004 -30 noviembre 2005. Los pacientes fueron estratificados utilizando el score APACHE II. El diagnóstico de NAVM fue realizado utilizando los parámetros clínicos más el aislamiento de AC  $\geq 104$  ufc/ml en lavado broncoalveolar no broncoscópico de pacientes con  $>72$  hs de respirador. Mortalidad relacionada con la infección fue definida como la muerte del paciente durante el tratamiento de su NAVM, sin que esta pueda ser atribuida a otra causa directa. Resultados: En el período estudiado 12 episodios de NAVM por AC fueron analizados; 6 pacientes correspondieron al grupo 1 y 6 al grupo 2. No hubo diferencias significativas entre ambos grupos en media de edad, sexo, puntaje del APACHE II, presencia de infecciones concomitantes y días de estadia en terapia y días de VM previos al diagnóstico de infección. Por el contrario, diferencias significativas se observaron en relación a la mortalidad. En todos los pacientes del grupo 1, la NAVM fue considerada curada, mientras que en el grupo 2, la mortalidad fue del 83% (5/6 pacientes fallecieron) -p 0.0152-. Todos las muertes fueron consideradas por el médico tratante como relacionadas a la NAVM. Discusión: En coincidencia con otros autores, nuestros datos muestran la relación entre la infección por AC-MR y mortalidad atribuible en pacientes con NAVM. Todos los pacientes del grupo 1 fueron tratados con imipenem, mientras que todos los pacientes del grupo 2 fueron tratados con colistina, antibiótico de amplia utilización en estos casos y que cuenta con limitaciones tales como la pobre evidencia en relación a su eficacia clínica, su potencial toxicidad y la controvertida interpretación de sensibilidad a partir del antibiograma por difusión, método utilizado en la mayoría de los centros. Una alternativa promisoriosa para esta patología es la tigeciclina, miembro de una nueva clase de antibióticos; derivado de la minociclina, que es activo frente a cepas de AC-MR, alcanza una elevada concentración en tejido pulmonar y no requiere ajuste de dosis por función renal. Se necesitan nuevos estudios con mayor número de casos para validar estos resultados.

**0254 VÍCTIMAS EN MASA POR INHALACIÓN DE HUMO: LECIONES DE LA TRAGEDIA.**

L. CAPDEVILLE<sup>1</sup>, I PREVIGLIANO<sup>1</sup>, D CERASO<sup>1</sup>, J NEIRA<sup>2</sup>, V WOLANOW<sup>1</sup>, EP PARTICIPANTES LISTADOS<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Hospital General de Agudos J. A. Fernández; <sup>2</sup>Sanatorios de La Trinidad; <sup>3</sup>Grupo de Estudio de la Tragedia de Cromagnon.

Objetivo: El 30 de diciembre de 2005 se incendió un club en el que se desarrollaba un concierto de rock, las puertas de la salida de emergencia estaban bloqueadas por lo que cerca de 3000 quedaron atrapadas entre humo y llamas. Casi 180 murieron en la escena y 700 fueron hospitalizados. De ellos 137 fueron a diversas UTI. El objetivo de este estudio es mostrar las características de estas víctimas en masa. Material y método: Retrospectivo, de observación. Lugar: UTI de diversos hospitales privados y públicos de la ciudad y de los suburbios de Buenos Aires. Se invitó a todos los centros

a participar en el estudio, sólo tres de ellos rehusaron compartir los datos y tres no los enviaron a tiempo. Datos recogidos: edad, sexo, lesiones, niveles iniciales de COHb, otros tóxicos, lesiones iniciales y retrasadas de la vía aérea, tiempo de internación en UTI y total (LOS), días de la ventilación mecánica (VM), incidencia de SDRA, disfunción del orgánica, complicaciones infecciosas (neumonía precoz o tardía, otras infecciones), cultivos, resultados de resonancia magnética (RMN) encefálica, estado neurológico al alta y resultado de acuerdo a la Escala de Glasgow de Resultados (GOS). Resultados: De los 137 pacientes hospitalizados en diversas UTI, 63 estaban en hospitales públicos y 70 en privados. Los datos fueron obtenidos a partir de 107 pacientes en 23 centros. Con respecto a sexo había 63 varones (59%), la edad media fue de 237 años. Todos presentaron delirium y falla respiratoria, 14 presentaron quemaduras, 9 rhabdomiolisis y 6 trauma cerrado de tórax. La COHb media fue de 14+16%, otros tóxicos fueron positivos en 12 y se encontraron quemaduras de la vía aérea en el 52% de las víctimas. Las lesiones de la vía aérea al alta fueron encontradas en el 40% (el 63% quemadas). La VM se indicó en el 67% de pacientes y en el 3% se indicó VM no invasiva. El promedio de VM fue de 8+6 días. El SDRA se desarrolló en 43%, en el día 6+5, aunque el 40% lo hizo antes del 4to. Se encontró disfunción de un órgano en el 23% y múltiple en el 33%, respiratoria (33%), hemodinámica (17%) y renal (7%). La neumonía temprana (antes del día 4) fue desarrollada en el 52% y la tardía en el 21%; el diagnóstico bacteriano fue hecho por medio del BAL en el 36% y por aspirado traqueal en el 25%. Al alta el examen neurológico era anormal en el 27% pero la RMN fue anormal sólo en el 3%. La media de LOS en UTI fue de 10+8 días y la media de LOS total fue de 14+9. Se registró: GOS 1: 8 (8%), GOS 3: 1 (1%), GOS 4: 4 (4%) y GOS 5: 84 (86%) Conclusiones: Las características principales fueron los niveles tóxicos de COHb, quemaduras de la vía aérea debido a las altas temperaturas y los productos sódicos del humo, alta incidencia de disfunción orgánica (66%) y desarrollo temprano de SDRA. El examen neurológico era anormal a pesar de resultados normales en la RMN. La mortalidad fue más baja que la predecible (8%), probablemente debido a su buen estado anterior de salud.

**0255 VIGILANCIA BACTERIOLÓGICA DE ASPIRADOS TRAQUEALES EN PACIENTES VENTILADOS. ¿ES RECOMENDABLE PARA PRESCRIBIR EL ANTIBIÓTICO APROPIADO EN NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR (NAV)?**

G. GUZMÁN, A SOSA, C LÓPEZ PERNAS, R CARDOZO, S SARQUIS, J MUÑOZ, C IRRAZÁBAL, A CAPDEVILA, CA VAY, A FAMIgliETTI, CM LUNA  
 Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Determinar la utilidad de cultivos de aspirado traqueal (AT) 2 veces por semana para la elección correcta del antibiótico (ATB) empírico en NAV. Métodos: se estudió a mayores de 18 años, intubados  $\geq 48$  hs, excluyendo SIDA, neutropénicos ( $< 500/mm^3$ ) y moribundos. Se tomaron datos personales y clínicos y AT basal. Se evaluaron evidencias clínicas de NAV (infiltrado radiológico + 2/3 criterios clínicos entre temperatura  $> 38$  ó  $< 36$  C; leucocitos  $> 10.000$  ó  $< 4.000$  o secreciones purulentas), parámetros del respirador, signos vitales, secreciones y gases en sangre y laboratorio. Se cultivó el AT 2 veces por semana {negativo, [ $< 10^3$ ], intermedio [ $\geq 10^3$ ] y positivo [ $\geq 10^6$  unidades formadoras de colonias (ufc)/ml]}. Ante clínica de NAV se cultivó el LBA (negativo, recuento intermedio [ $< 10^4$ ] y positivo [ $\geq 10^4$  ufc/ml]). Método Estadístico: tomando como referencia el cultivo del lavado broncoalveolar se determinaron Sensibilidad (probabilidad condicional que la prueba será negativa si la condición está presente) (S) y Especificidad (probabilidad condicional que la prueba sea negativa si la condición está ausente) (E) de acuerdo a las fórmulas  $S = VP/(VP+FN)$  y  $E = VN/(VN+FP)$ , respectivamente. Resultados: en 9 meses se hicieron 101 AT basales, 65 al menos 2, 39 al menos 3 y 23 al menos 4 ATs. S. aureus se encontró en cerca del 30% de los cultivos entre días 1 y 4 (AT 4-1); Acinetobacter spp en 15 a 35% de los cultivos entre días 1 y 16 y P. aeruginosa prevaleció en forma más tardía. Hubo 27 diagnósticos clínicos de NAV, con LBA positivo en 19 (se aislaron 27 patógenos, 1.42 por episodio). En 18 casos el AT 4-1 resultó positivo  $\geq 10^6$  (en 15) o  $\geq 10^3$  (en los otros 3), S para predecir NAV 79% y 95% respectivamente y E = 11%. Además 22 gérmenes presentes en ese AT, no

se aislaron en el cultivo del LBA (tasa de falsos positivo = 45%). Considerando los aislados  $\geq 10^3$  ufc/ml, el AT 4-1 predijo el patógeno, en 12 casos,  $S = 63\%$  ( $S = 53\%$  considerando los aislados  $\leq 10^6$  ufc/ml). De los restantes 7 lo predijo parcialmente en 4 y no lo predijo en 3, pero solo en 2 de estos 7 un tratamiento ATB prescripto según el AT 4-1 no hubiera cubierto al patógeno, resultando tratamiento apropiado para el 89,5% de los casos. Un tratamiento empírico inicial de amplio espectro considerando los patrones de sensibilidad de los gérmenes en nuestro hospital (meropenem/imipenem, vancomicina y colistín), hubiera cubierto el 100% de los agentes, si bien esto hubiera llevado a un uso exagerado de antibióticos hasta poder desescalar, al menos durante los primeros 2 o 3 días. Conclusiones: cultivos de vigilancia del AT en pacientes ventilados reconocen la dinámica colonización/infección respiratoria en la UTI. Si bien no son exactos para predecir el diagnóstico de NAV ni su etiología, pueden servir para prescribir ATBs apropiados reduciendo el espectro antimicrobiano inicial.

#### 0256 ¿PRIMERO DIAGNOSTICAR Y LUEGO TRATAR O TRATAR Y LUEGO DIAGNOSTICAR UNA POSIBLE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL RELATIVA EN PACIENTES CRÍTICOS?

C LOUDET, M PERMAN, D CZERWONKO, S GIANNASI, J GRUCCI, C SALVIATERRA, J BUTERA, E SAN ROMAN, A GALLESIO

Servicio de Terapia Intensiva de Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Objetivo: Analizar las relaciones entre cortisol plasmático total (C), test de estimulación de corticotropina (TC), respuesta terapéutica a la hidrocortisona (H) y parámetros de severidad/pronóstico en pacientes críticos (P) con diagnóstico probable de Insuficiencia Suprarrenal Relativa (ISR) o Resistencia a Receptores de Glucocorticoides (RRG). Métodos: Estudio prospectivo en P internados en UTI por diferentes causas y con hipotensión resistente a vasopresores (VP) por lo cual se decidió tratamiento con H; se excluyeron endocrinopatías, uso previo de corticoides y/o drogas que inducen disfunción suprarrenal. Antes de iniciar el tratamiento con H, se midió C basal (Cb) (RIA, DP Corp. USA) y a los 30' (C30) y 60' (C60) después de un bolo IV de 250 mcg de tetracosactid (Synachten®, Novartis). Al finalizar el TC se indicó H 100 mg IV cada 8 hs (sin conocer los valores de Cb, C30 o C60). Se registraron parámetros clínicos y hemodinámicos durante 48 hs. Se consideraron las siguientes respuestas: Terapéutica+ (H+) si se pudo disminuir la dosis de VP  $\geq 50\%$  en 24 hs y/o se suspendió dentro de las 48 hs; Test Estimulo+ (TC+) si el C30 o C60 aumentó  $> 9$  mcg/dl respecto del Cb; se denominó Cb bajo a 2 niveles de corte  $\leq 18$  y  $\leq 25$  mcg/dl. Análisis estadístico con STATA 8.0, usando T test, Wilcoxon y Chi2. Resultados: 28 P: hombres 46%; edad  $63,7 \pm 15,4$ ; SIRS por sepsis 43%, injuria cerebral 25%, injuria tisular 32%; APACHE II  $18,2 \pm 4,8$ ; TISS28  $30,9 \pm 9,4$ ; SOFA  $9,5 \pm 2,6$ ; días en UTI 17 (IQ 8-23,5); mortalidad 57,1%. H+ en 64,3% de los P y sin respuesta terapéutica a H en el 35,7%. TC+ en 78,6% y un aumento menor a 9 mcg/dl en el 21,4% restante. No hubo asociación significativa entre la respuesta terapéutica a H y el test de estimulación ( $p = 0,89$ ). Mortalidad de H+ 50% y de H- 70% ( $p = 0,31$ ); mortalidad de TC+ 55% y de TC- 67% ( $p = 0,59$ ). No hubo asociación significativa entre respuesta a H y TC en los grupos diagnósticos de admisión o fisiopatológico. Cb  $\leq 18$  mcg/dl en 32,7% de los P y  $\leq 25$  mcg/dl en el 50%; ninguno de estos P mostró asociación significativa con H+, TC+, mortalidad, edad, APACHE II y SOFA. De los 18 P H+, 4 tuvieron TC negativo (posible ISR = 14,3% del total de P) y 14 TC+ (posible RRG = 50% del total de P). Si para el diagnóstico de ISR también se incluye Cb  $\leq 18$  mcg/dl, sólo 1 P (3,6%) cumplió con los 3 criterios diagnósticos de ISR. Considerando un Cb  $> 18$  mcg/dl, sólo 8 de los 14 P con sospecha de tener RRG pudo haber sido diagnosticado (28,6% del total de P). Conclusión: No se encontró asociación significativa entre la respuesta a H, TC y el Cb o los parámetros de severidad/pronóstico, lo cual seguramente se debe al pequeño número de pacientes incluidos. La incidencia real de ISR en UTI parece ser menor que la sospechada, al menos basados en estos test diagnósticos. En P con hipotensión resistente a vasopresores se debería iniciar tratamiento con H, pero si previamente se hace un TC, se puede completar el diagnóstico de posible ISR o más probablemente de RRG.

#### 0257 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRAUMA DE CRÁNEO: INDICACIONES, COMPLICACIONES Y SOBREVIVENCIA.

D LERMAN, M CORRAL, J ROMERO, J VIGGIANO, E FAVALORO, D CERASO, I PREVIGLIANO  
Hospital "Juan A. Fernandez".

Objetivo: El propósito del presente estudio es mostrar las indicaciones, complicaciones y sobrevida de la craniectomía descompresiva (CD). Materiales y métodos: Diseño del estudio: análisis de una base de datos prospectiva de un Hospital asociado a varias Universidades. Datos recolectados: edad, sexo, Escala de Glasgow (EG) inicial, Glasgow Outcome Scale (GOS) al egreso de la Terapia Intensiva y a los 6 meses, Escore Revisado de Trauma (TSR), Escala de Injuria Abreviada (AIS), Escore de Severidad de la Injuria (ISS), clasificación tomográfica según el Banco de Datos de Coma Traumático (TCDB), estadía en Terapia Intensiva, PIC y presión de perfusión cerebral (PPC) diarios, tratamiento quirúrgico, craniectomía temprana (en la primer cirugía), craniectomía retardada (para el control de la hipertensión intracraneal refractaria), tratamiento médico detallado, asistencia ventilatoria mecánica, presencia de Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (ARDS), complicaciones infecciosas y causa de muerte. Análisis estadístico: Test exacto de Fisher. Se considera significativa una  $p < 0,05$ . Resultados: Se realizaron CD en 42 pacientes entre el 01/01/00 al 31/12/04. De ellos 10 eran mujeres, edad media de  $41 \pm 22$ ; de acuerdo a la EG inicial, 4 pacientes presentaban TEC leve, 11 moderado y 27 grave. El TSR promedio fue  $15 \pm 6$ , ISS  $21 \pm 9$  y el AIS  $4 \pm 0,5$ . La estadía promedio en Terapia Intensiva fue  $15 \pm 19$  días y la estadía total  $33 \pm 41$  días. Las lesiones de acuerdo al TCDB: daño difuso 4, swelling 4, desviación línea media 1, lesión de masa evacuada 26 (23 hematomas subdurales, 2 extradurales, 5 mixtos) y lesión de masa no evacuada 7 (en 6 casos involucraban masas subdurales). La craniectomía temprana se realizó en 20 pacientes. El valor medio de PIC fue  $29 \pm 17$  mmHg y la PPC media fue de  $62 \pm 16$  mmHg. La incidencia de ARDS fue de 33%. Complicaciones infecciosas se hallaron en 26 pacientes (62%), en 8 pacientes se diagnosticó meningitis (19% del grupo total, 30% de las infecciones). La sobrevida de acuerdo al GOS fue: muertes: 18 (43%), mal resultado (GOS 2-3): 4 (9%) y buenos resultados (GOS 4-5): 20 (48%). La principal causa de fallecimiento fue la muerte cerebral, en 10 pacientes (55%) y el shock séptico en el 39% de los pacientes. Se encontró diferencia para las causas de mortalidad entre los grupos de craniectomía temprana y retardada (sepsis en el último grupo  $p = 0,02$ ). Conclusiones: En esta población la CD fue indicada en pacientes con trauma de cráneo grave independientemente de la EG inicial, así como del TSR, ISS, los valores de PIC y PPC y la estadía en Terapia Intensiva. A pesar de una alta incidencia de meningitis, el procedimiento quirúrgico permitió una recuperación funcional en el 48% de pacientes críticamente enfermos. El grupo de CD retardada presentó una mayor incidencia de sepsis como causa de muerte principalmente debida a su pobre condición neurológica previa a la muerte. Cuando se encuentra indicada, la CD es una herramienta a tener presente para el manejo de la hipertensión endocraneana refractaria.

#### 0258 TISS 28 (THERAPEUTIC INTERVENTION SCORE SYSTEM) COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD.

M SÁNCHEZ, T AZZOLLINI, M CICARE, A RABANETTI, F SERRA, M ACQUAFREDDA  
Hospital de la Asociación Médica "Dr. Felipe Glasman", Bahía Blanca.

Objetivos: 1. Definir cuarteles de TISS 28 en la población de pacientes ingresados a nuestra unidad de terapia intensiva. 2. Evaluar si se existe asociación significativa entre los cuarteles TISS 28 y reingresos y mortalidad global y en los subgrupos de pacientes clínicos y quirúrgicos. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional de corte transversal, realizado en el Servicio de Terapia Intensiva del Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca Dr. Felipe Glasman en el periodo comprendido entre el 1/01/2005 y 20/07/2006. Los criterios de inclusión al estudio fueron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años que ingresaran con patologías clínicas o quirúrgicas. Se excluyeron los pacientes que ingresaron

con diagnóstico de patologías coronarias. Los datos fueron recolectados en una base de datos confeccionada en EPI Info 6.04 se registró: edad, TISS 28, APACHE II, diagnóstico de egreso y mortalidad. Los pacientes fueron divididos por los cuartiles de TISS 28. Se evaluó si existe asociación estadísticamente significativa entre los cuartiles de TISS y APACHE II, reintegro a UTI y mortalidad. Se utilizó estadística no paramétrica. Se consideró significativo  $p < 0.05$ . Resultados: Se analizaron 220 pacientes, la edad promedio fue de 78.28 años ( $\pm$ SD 13.04), 120 con patologías clínicas. El TISS 28 promedio fue 18.91 ( $\pm$ SD 7.44). El APACHE II fue 13.62 ( $\pm$ SD 12.4). La mortalidad global fue de 19.9% (52), 28.2% (36) para pacientes clínicos y 19.4% (16) para quirúrgicos. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los cuartiles de TISS y mortalidad global ( $p < 0.001$ ), en pacientes clínicos ( $p < 0.0001$ ) y en quirúrgicos ( $p < 0.0001$ ). No se halló asociación significativa entre cuartiles de TISS y reintegro a UTI. Conclusión: El Score TISS 28 creado para calcular la necesidad de horas de enfermería según la complejidad de los pacientes, resultó ser de utilidad para discriminar claramente cuatro grupos de pacientes basados en los cuartiles de TISS de nuestra población, mostrando que a mayor puntaje de TISS hay mayor mortalidad, tanto en la población total como cuando esta se discrimina en pacientes clínicos y quirúrgicos. En nuestra población no mostró asociarse con mayor reinternación.

**0259 RESULTADOS DE UNA ROTACIÓN ELECTIVA EN UN ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA.**

L. CAMPUTARO, E DURANTE, S CARRIÓ, A GALLESIO  
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Introducción: las rotaciones por Servicios de relevancia son consideradas de importancia medular en la currícula de la formación postgrado de las Residencias Médicas. El Servicio de Terapia Intensiva de HIBA recibe residentes en el área de Terapia Intensiva General, como rotación obligatoria y de manera electiva en el área de Neurointensivismo (Terapia Intensiva Neurológica). Objetivos: 1) analizar el desempeño académico de los rotantes en el Área de Neurointensivismo a través de monografías, protocolos de investigación y publicaciones. 2) comparar el desempeño académico de los rotantes en el área de Neurointensivismo con el de los rotantes por Terapia Intensiva General. Material y Método: Estudio de cohorte retrospectiva 2003 a 2005 inclusive. Implementación del programa de la rotación electiva por Neurointensivismo: Los rotantes participan de la recorrida de sala, evaluando los pacientes en conjunto con el Director del Área y el Fellow Se provee de bibliografía considerada de relevancia para cada una de las patologías. Son entrenados además en lectura crítica, MBE, análisis de decisión. Deben generar durante la rotación un legado no obligatorio consistente en un trabajo de revisión o la elaboración de un estudio de investigación a ser implementado en su lugar de origen. Si el mismo es de calidad sustancial, se apadrina su publicación/presentación en eventos de la Especialidad. No tienen responsabilidad directa sobre los pacientes en ningún momento de la rotación. Evaluación de los datos: La evaluación consideró: relación rotantes Terapia Intensiva General (TIG)/ rotantes para Neurointensivismo. Satisfacción de los Rotantes medido por escala analógica-visual de 0 a 10, producción académica (trabajos realizados durante la rotación). Resultados: Relación rotantes TIG/rotantes Neuro: durante el período evaluado rotaron un total de 27 Residentes. 15 (55%) en Terapia Intensiva general y 12 (44%) en Neurointensivismo. Siendo las solicitudes a rotar en Neurointensivismo, cada vez mayores. Producción académica: Se apreció un aumento en la cantidad/calidad de la producción. Tabla II

Año	Total Rotantes	Rotantes Neurointensivismo	% Relativo Totales/Neuro
2003	10	4	40
2004	7	3	42.8
2005	10	5	50

Producción académica: Se apreció un aumento en la cantidad/calidad de la producción. Doce rotantes en el período analizado produjeron 7 trabajos; uno fue publicado y a mayo 2006 dos están en evaluación para su publicación. Satisfacción: Se evaluó: relación con

Director del Programa y Fellow, bibliografía, utilización de MBE, lectura crítica y análisis de decisión Promedio en escala analógica-visual: 9.2. Discusión y comentarios. Si bien la motivación inicial juega un papel fundamental, la generación de un contexto de aprendizaje interesante y estimulante permite que esa motivación no se extinga. Mejorar la enseñanza mejora la motivación y resulta fundamental para lograr aprendizajes eficaces. La instrumentación de una rotación electiva en un área particular de Terapia Intensiva en nuestra Institución, ha dado resultados muy satisfactorios para los rotantes y los encargados del programa.

**0260 ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEANO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE MUERTE ENCEFÁLICA: UN ESTUDIO SEGÚN LOS PARADIGMAS DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.**

D. LERMAN<sup>1</sup>, I. PREVIGLIANO<sup>1</sup>, C. DILLON<sup>1</sup>, J. ROMERO<sup>1</sup>, M. CORRAL<sup>1</sup>, A. SARASINO<sup>1</sup>, S. ROJO<sup>1</sup>, D. CERASO<sup>1</sup>, V. CABEZAS<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Hospital "Juan A. Fernandez"; <sup>2</sup>Buenos Aires Transplante.

Objetivo: Determinar la utilidad del Döppler Transcraneano (DTC) en una serie prospectiva de pacientes con muerte encefálica (ME). Materiales y métodos: Diseño: Estudio de cohorte, prospectivo. Intervenciones: Diagnóstico de ME mediante prerequisites, examen neurológico, test de apnea y DTC sólo o sumado a EEG, de acuerdo a los protocolos de la ley 26066. Lugar: Hospital afiliado a varias Universidades. Datos analizados: sexo, edad, días de internación hasta la ME, diagnóstico, GCS inicial, APACHE II, DTC, electroencefalograma (EEG), Coma barbitúrico (CB), Craniectomía descompresiva (CD), ablación, causas de no ablación, tiempos desde el diagnóstico de sospecha al de certeza. Cálculo de sensibilidad (S), especificidad (E), valor de predicción positivo (VPP), valor de predicción negativo (VPN) y likelihood ratio positivo y negativo (LR + y LR -). Resultados: Desde el 1/1/01 al 1/6/06 se diagnosticaron 98 casos de ME. De estas 75 tuvieron como criterio confirmatorio DTC, 45% eran femeninas, edad promedio 47 $\pm$ 19 años, promedio de internación de 6 $\pm$ 8 días, mediana de GCS 6 y promedio de APACHE II 24 $\pm$ 9. El diagnóstico fue: hemorragia subaracnoidea 38%, traumático de cráneo 32%, hematoma intracerebral espontáneo 20%, encefalo-patía hipóxica 3%, encefalitis 3%, tumor 3%, ACV isquémico 1% y hepatitis 1%. El DTC presentó: S y VPP 99.3%, E y VPN 50%, que, al no haber falsos positivos ni negativos, no tiene valor. El LR + fue de 1.96 y el LR - de 0.01. En el 40% se realizaron EEG y DTC, sin que existieran divergencias. En ME ablacionadas sólo se aceptó el DTC como único método confirmatorio en el 12%, mientras que en las no ablacionadas se aceptó en el 75%. El 28% de las ME estaban en CB, 27% tenían CD y 15% ambos tratamientos. El tiempo medio desde el diagnóstico de ME por clínica y DTC hasta la realización del EEG fue de 3 $\pm$ 1.4 hs. Conclusiones: De acuerdo a los paradigmas de la MBE descritos por D. Sackett, el DTC es un excelente test para el diagnóstico de ME. Es 100% sensible, aún en presencia de CB o CD. No hubo divergencias con el EEG, ni retrasos en el diagnóstico, que, paradójicamente, fue 3 horas más precoz.

**0261 IMPORTANCIA DE LOS NIVELES INICIALES DE CARBOXIHEMOGLOBINA EN LA INTOXICACIÓN POR HUMO.**

J. NEIRA<sup>2</sup>, V. WOLANOW<sup>1</sup>, G. FERNANDEZ<sup>1</sup>, EP PARTICIPANTES LISTADOS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Agudos J. A. Fernández; <sup>2</sup>Sanatorios de La Trinidad; <sup>3</sup>Grupo de Estudio de la Tragedia de Cromagnon.

Antecedentes y objetivos: La Carboxihemoglobina (COHb) es un buen marcador del envenenamiento del CO con un punto de corte del 10% como indicador de gravedad. El objetivo de este estudio es validarlo en un serie grande de intoxicados. Material y método: Retrospectivo, de observación. UTI de diversos hospitales privados y públicos de la ciudad de Buenos Aires y alrededores. Se invitó a todos los centros a participar en el estudio, sólo tres de ellos rehusaron compartir los datos y tres no los enviaron a tiempo. Datos recogidos: edad, sexo, lesiones, niveles iniciales de COHb, otros tóxicos, lesiones iniciales y retrasadas de la vía aérea, tiempo de internación en UTI y total (LOS), días de la ventilación me-

cánica (VM), incidencia de SDRA, disfunción del orgánica, complicaciones infecciosas (neumonía precoz o tardía, otras infecciones), cultivos, resultados de resonancia magnética (RMN) encefálica, estado neurológico al alta y resultado de acuerdo a la Escala de Glasgow de Resultados (GOS). Análisis estadístico: Chi cuadrado y test de Student. Significación:  $p < 0.05$ . Resultados: Los datos demográficos se especifican en otro abstract. Los niveles de COHb se midieron en 83 pacientes. De ellos 44 estaban debajo del 10% y de 36 por encima. En la tabla 1 los se resumen los hallazgos. Se encontró significación para COHb y mortalidad ( $p < 0.02$ ), indicación de VM ( $p < 0.01$ ), disfunción orgánica ( $p < 0.01$ ), SDRA ( $p < 0.01$ ) y quemadura de la vía aérea ( $p < 0.01$ ). No encontramos relación entre COHb y daño neurológico, UTI LOS, neumonía y lesiones tardías de la vía aérea. Conclusiones: Aunque todos estos pacientes tenían el intoxicación por humo, debido al humo y a las partículas, con alta sospecha de exposición al cianuro, la COHb parece ser un buen marcador de la severidad de la intoxicación. Hay una relación muy importante entre los niveles mayores al 10% y la necesidad de la ventilación mecánica, disfunción orgánica, SDRA, quemadura de la vía aérea y mortalidad.

	COHb < 10	COHb > 10
Total	44	36
VM	24	33
Mortalidad	1	6
DMO	15	25
Quemadura VA	20	27
SDRA	16	27
Daño neurológico	14	13
LOS	13.5	11
Neumonía	31	22

#### 0262 MENINGOENCEFALITIS FATAL POR CRIPTOCOCCUS EN PACIENTES HIV NEGATIVO. REPORTE DE DOS CASOS.

F. RASSI, F. VASVARI, J. BOCCHIO, L. CORNEJO  
Sanatorio Parque, Ciudad de Salta, Argentina.

Objetivo: Presentación de dos casos de meningitis criptocócica en pacientes HIV negativo. Material y métodos: Reporte de dos casos clínicos de meningoencefalitis criptocócica, en el período de un año, que fueron diagnosticados y tratados en nuestro servicio. Caso 1: Varón 65 años, que ingresa por cuadro de desorientación temporaria espacial, e inestabilidad postural. Como antecedente: Diabetes T-II y tres meses antes del ingreso presentó episodio de pérdida de la memoria, con crisis tipo jacksoniana, y comienza con trastornos en la marcha y aumento de la base de sustentación, con TAC normal. Nueva TAC de cerebro: áreas hipodensas en región insular derecha y el cuerpo caloso. Diagnóstico presuntivo: ACV isquémico, Enf. de Marchiafava-Bignami. RNM: marcada alteración del cuerpo caloso. Focos hiperintensos a nivel de sustancia blanca periventricular y de ambos centros semioviales y a nivel del mesencéfalo y en cerebelo a nivel cortical. A las 48 hs. deterioro del sensorio, y se realiza PL, Tinta china positiva para Criptococo neoformans. Se trata con Afotericina B (EV e INTRA-TECAL) y Fluocitosina enteral y Fluconazol EV. Fallece a los 19 días luego de su ingreso. Caso 2: Varón 52 años, que ingresa por cefalea de 3 meses de evolución. Ingresar a otro nosocomio con diagnóstico tomográfico de HSA e imagen hipodensa de aspecto secular vascular en proyección de corona radiante derecha. 48 hs posteriores comienza con fiebre se policéptica y se obtiene en esputo estreptococo pneumoniae recibiendo ATB. Dos días después se realiza angiografía sin demostrar lesión. A las 24 hs es dado de alta con ATB pero el paciente persiste con cefaleas. Se reinterna y se realiza PL, examen directo con tinta china: Crytococos neoformans. Inicia tratamiento con Anfotericina B y fluconazol. Es trasladado a BS. AS. 27 días luego de su ingreso, falleciendo en esa ciudad 8 días después. Resultados: Los pacientes evolucionaron desfavorablemente a pesar del tratamiento acorde a recomendaciones bibliográficas actuales, lo cual posiblemente se deba a que ingresaron a UTI en estadio final de la evolución natural de la enfermedad. Conclusiones: La criptococosis meningea es una enfermedad poco frecuente

en pacientes sin inmunocompromiso severo (trasplante, inmunosupresión, quimioterapia, SIDA). Por lo tanto en todo paciente que presenta signos y síntomas de disfunción neurológica, sin diagnóstico de certeza debe realizarse punción lumbar y solicitarse como rutina el estudio de tinta china, a fin de obtener diagnóstico temprano de la enfermedad, ya que si el mismo es tardío, la evolución de la enfermedad es fatal.

#### 0263 OXIGENOTERAPIA CONVENCIONAL CONTRA DOS MODOS DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN EL EDEMA AGUDO DE PULMÓN.

C. BISOGNI, A. MEIRIÑO, M. MANAGO, L. BONACCORSI, R. MELCHOR, G. ZAPATA  
Instituto Cardiovascular de Rosario.

El edema agudo de pulmón (EAP) es causa habitual de insuficiencia respiratoria que ingresa en nuestra institución. Objetivo: validar el uso de ventilación no invasiva (VNI) para el tratamiento del EAP. Material y método: Estudio piloto, randomizado y prospectivo que incluyó consecutivamente a 34 pacientes (P) con EAP (con firma de consentimiento de P y familiar) durante 1 año. Se aleatorizaron en 3 grupos: A: oxigenoterapia con máscara de Cambell (11 P); B: presión de aire positiva continua (CPAP) (10 P); C: presión de aire positiva binivelada (BPAP) (13 P). Se evaluaron las siguientes variables al ingreso, 30 minutos, y 3 horas: PO<sub>2</sub> y PCO<sub>2</sub> en sangre, confort respiratorio, score de disnea, necesidad de intubación traqueal y muerte durante estadía hospitalaria. Se utilizaron para la estadística Test de Wilcoxon y Trend de Chi cuadrado. Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativa en las características clínicas basales y antecedentes entre los 3 grupos. No hubo diferencia estadística entre los grupos para las variables gasométricas. Para confort respiratorio malo o regular y score de disnea a las 3 horas se observa diferencia significativa entre grupo C y grupo A (ver tabla), sin diferencias para necesidad de intubación traqueal y muerte. Conclusiones: Estudio piloto que mostró seguridad en uso de ventilación no invasiva con beneficios significativos a favor de la presión de aire positiva binivelada.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	p
Confort respiratorio malo o regular (3 hs)	40%	20%	7%	0.03
Score de disnea (3 hs)	5	8	9	0.01
Necesidad de intubación traqueal	2(18%)	2(20%)	2(15.3%)	ns
Muerte durante la internación	1(9%)	1(10%)	1(7.7%)	ns

#### 0264 PROGRAMA DE VIGILANCIA DE GLASGOW 7: EPIDEMIOLOGÍA Y RESULTADOS EN LAS TERAPIAS INTENSIVAS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA.

JL. BUSTOS<sup>1</sup>, I. PREVILGIANO<sup>2</sup>, C. SORATTI<sup>1</sup>, ET COORDINADORES REGIONALES<sup>1</sup>, ET COORD. HOSPITALARIOS<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>INCUCAL; <sup>2</sup>Buenos Aires Trasplante.

Antecedentes: Este trabajo es parte del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación Trasplante del INCUCAL. Recoge toda la información de 90 hospitales de todo el país con Neurocirugía y UTI, cuyos integrantes son los autores. JLB centraliza y procesa toda la información. Ganó el premio "Sociedad Argentina de Terapia Intensiva" en el Congreso Mundial del año pasado. Material y método: Estudio prospectivo, de cohorte, observacional. Criterios de inclusión: Puntaje  $\leq 7$ , con causa estructural de coma. Exclusión: Coma metabólico, tóxico o secundario a enfermedad médica. Datos: sexo, edad, causa de coma de acuerdo a tabla 1, día de inicio del coma, día de salida ya sea por alta, paro cardíaco (PC) o muerte encefálica (ME). Resultados: Ver tabla 1. Desde el 1/9/03 al 31/12/04 se enrolaron 5561 pacientes, 65% eran hombres, edad media (adulto) 50.19 (niños) 5.4. El ataque cerebral fue la principal causa (43%) seguida por el traumatismo encefalocraneano (TEC) (32%). Para la totalidad del grupo la sobrevida fue del 28% y la muerte fue por PC en el 40% y ME en el 32%. Esto implica que el 56% falleció de PC. De acuerdo a los datos de Buenos Aires Trasplante se pudo establecer que el coma estructural ocupa el 9% de los ingresos a UTI (3%-18%), 12% de las muertes en UTI (4%-24%) y 3% de las muertes hospitalarias (1%-5%). Conclusiones: La relación

PC/ME es un indicador de calidad de los procedimientos de UTI. El número de PC refleja la falla en el mantenimiento, ya sea por problemas ventilatorios o hemodinámicos, pues los pacientes deberían fallecer por ME. Este programa proactivo de identificación de probables donantes de órganos ha logrado aumentar el número absoluto en todo el país, lo que no es un hecho menor en esta época de escases de los mismos.

Etiología	Alta (%)	PC (%)	ME (%)
TEC tránsito	429 (44%)	286 (30%)	246 (26%)
TEC arma fuego	32 (12%)	71 (27%)	162 (61%)
TEC caídas	82 (39%)	73 (34%)	57 (27%)
AC isquémico	107 (25%)	219 (52%)	95 (23%)
Hematoma IP	239 (17%)	634 (45%)	532 (38%)
Hemorragia Subaracnoidea	110 (17%)	224 (35%)	302 (48%)
Encefalopatía Hipóxico-anóxica	148 (28%)	267 (50%)	115 (22%)
Tumores/Otros	50 (23%) / 188 (31%)	89 (41%) / 310 (51%)	79 (36%) / 108 (18%)
Total	1543 (28%)	2254 (40%)	1764 (32%)

**0267 EFICACIA DE LA SINVASTATINA EN PACIENTES SÉPTICOS.**

H BIANCO, A FRETES, S BÁEZ, J MONGELOS, J VERA, B FIGUEREDO, C AYALA, M ARBO, M SAMUDIO  
Hospital de Clínicas, Asunción, Paraguay.

Objetivo: Determinar si la sinvastatina disminuye la mortalidad de pacientes sépticos internados en unidad de cuidados intensivos adultos (UCIA). Material y método: Ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego. Incluimos pacientes con sepsis al ingreso en la UCIA del Hospital de Clínicas, desde agosto 2003 a diciembre 2005. Se administró 80 mg sinvastatina cada 24 horas por 10 días versus placebo. Evaluamos mortalidad al alta de UCIA, hospitalaria, 30 días con y sin relación al evento. Valoramos efecto antiinflamatorio de sinvastatina con proteína C reactiva (PCR). p < 0.05 significativa. Resultados: enrolamos 65 pacientes, masculinos 53.8% (n 35), edad 53.55 ± 18.37 años. Apache II 19.47±6.43, SOFA 8.23 ± 3.45. Ingresaron en shock séptico 69.2% (n 45). PCR al ingreso 93.96±11.27. En 46.2% (n 30) pacientes se administró sinvastatina y 53.8% (n 35) placebo, grupos comparables para comorbilidades y variables de gravedad. Mortalidad al alta UCIA 64.6% (n 42), grupo sinvastatina 50% (n 15) vs placebo 77.1% (n 27) [RR 0.54 (0.26-0.98) p 0.04]. Mortalidad alta hospitalaria 67.7% (n 44), sinvastatina 53.3% (n 16) vs placebo 80% (n 28) [RR 0.52 (0.27-0.99) p 0.04]. Mortalidad 30 días 66.2% (n 43), sinvastatina 53.3% (n 16) vs placebo 77.1% (n 27) [RR 0.57 (0.31-1.05) p 0.07]. Mortalidad hospitalaria relacionada a la sepsis 58.46 % (n 38), sinvastatina 43.3% (n 13) vs placebo 71.42 (n 25) [RR 0.61 (0.38-0.96) p 0.04]. PCR día 0 grupo sinvastatina 96±0.0 vs placebo 92.57±14.9 (p ns); día 10 sinvastatina 36.49±5.78 vs placebo 76.58±36.46 (p = 0.005). Conclusiones: la sinvastatina demostró una reducción significativa de la mortalidad en pacientes sépticos al alta de UCIA, hospitalaria y relacionada al evento, con reducción significativa de la PCR al décimo día.

**0268 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN UNA UCI: VALORACIÓN DE LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS.**

P ARISTA, S ARCIERI, L DE JANON, P CUETO, G CHIAPERO, C AVILA, S FINI  
Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los pacientes (Pc) internados en una UCI se exponen al contacto con gérmenes que habitan en ella. Conocerlos exige un intenso trabajo diario. Ello es necesario para la elección empírica de antibióticos, así como para evitar el desarrollo de resistencias bacterianas. Objetivos: Identificar los gérmenes (G) que se aíslan en cultivos (Cu) tomados luego de 48 horas de internación y conocer su distribución según diferentes focos en Pc de UCI. Material y Métodos: Estudio realizado en UCI polivalente, de 9 camas (no coronarias) de un hospital universitario. Se admitió a

todos los Pc que ingresaron a la UCI desde el 1 de Junio de 2001 hasta el 31 de Diciembre de 2005. Se registraron características demográficas (edad, sexo, clínico (Cl) o quirúrgico (Qx)). Se confeccionó el APACHE II. Se consideraron sólo las muestras tomadas a Pc con evidencias clínicas de infección y con una estancia mínima de 48 horas en UCI. Las muestras se agruparon en: hemocultivos (HC), urocultivos (UC), secreciones respiratorias (SR), catéteres vasculares (CV), punción de heridas (H), y otros. Los G identificados se agruparon en Gram Negativos (GN), Gram Positivos (GP) y Candida sp. De todos los G se obtuvo el antibiograma. Según el origen del Cu se clasificaron en focos: respiratorio, urinario, endovascular (HC+CV) y piel (H + otras punciones transcutáneas). Se determinó la mortalidad (M) al alta de UCI. Los datos fueron expresados en porcentajes y medias. Resultados: En el período de estudio ingresaron 1895 Pc. Fueron 47% femeninos, 64% Cl. El APA II fue 10 ± 6,12; la media de edad 67 ± 20,8. La M fue 22%. Se tomaron 3579 Cu. Sólo 512 Cu positivos cumplieron los criterios de ingreso. Hubo 54,6% (280) GN; 35,5% (182) GP y 9,7% (50) Candida. La prevalencia de G encontrados y el Cu predominante es como se expresa en la tabla que sigue:

1. Escherichia coli	14,6%	Urocultivo
2. Staph. aureus methicillin resistant	14,2%	Secreciones respiratorias
3. Klebsiella pneumoniae	13%	Secreciones respiratorias
4. Pseudomona aeruginosa	11,9%	Secreciones respiratorias
5. Candida sp.	9,7%	Urocultivo
6. Staph. aureus methicillin susceptible	8,9%	Hemocultivo
7. Acinetobacter baumannii	6%	Secreciones respiratorias
8. Acinetobacter sp	4,1%	Secreciones respiratorias
9. Staph. coag. neg. methicillin resistant	3,5%	Hemocultivo
10. Proteus mirabilis	3,3%	Hemocultivo

La prevalencia de G según los focos fue: respiratorio 64,9% GN; endovascular 52,3% GP; urinario 63% GN; piel 48,8% GN y 48,8% GP. Conclusiones: 1- Existe un predominio de GN entre los Pc estudiados. 2- La relación GP/GN varía según los focos infecciosos. 3- La M global fue de 22,7%; cercana a la M histórica en UCI. 4- Que el UC y las SR tengan la mayoría de Cu positivos, permite inferir sobre la calidad de intervención a la que se someten los Pc.

**0269 CUIDADOS ENFERMERO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME INHALATORIO.**

V TEJERINA LEDESMA  
Hospital de Clínicas  
Los Autores pertenecen a Residencia de Enfermería Pediátrica del Hospital de Clínicas "José de San Martín" – Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Síndrome inhalatorio es el cuadro respiratorio que se presenta en pacientes expuestos a fuentes de calor en ambientes cerrados y que inhalan sustancias tóxicas. Pueden o no ser evidente la quemadura de piel. La injuria de vías respiratoria y parénquima pulmonar depende de la cantidad y composición de la sustancia inhalada, profundidad de la inspiración y el tiempo de exposición al agente causal. La lesión es el resultado de dos fenómenos: Acción directa de productos tóxicos del humo y la combustión. Respuesta sistémica desencadenada por los mismos. En la mucosa de las vías aéreas se produce reacción inflamatoria, necrosis coagulante con subsiguiente ulceración y edema. Al aumentar este último se eleva el riesgo de obstrucción de la vía aérea y dificultad respiratoria. Objetivo general: Caracterizar la importancia de los cuidados enfermeros en pacientes pediátricos con Síndrome Inhalatorio. Objetivos específicos: Desarrollar cuidados de la vía aérea. Profundizar sobre la importancia del medio interno. Garantizar los cuidados de la piel de la cara. Determinar cuidados enfermero generales. Material y métodos: Trabajo descriptivo realizado en la población infantil asistida en Unidad de Quemados del Hospital Dr. Juan P. Garran. Conclusión: El Síndrome Inhalatorio es un cuadro clínico que se caracteriza por las alteraciones producidas en las vías aéreas y el parénquima pulmonar. Las mismas están directamente relacionadas a la composición de la sustancia inhalada, profundidad de la inspiración y tiempo de exposición al agente causal. Los pacientes que han presentado este cuadro requirieron de cuidados especiales debido a la gravedad del

síndrome como a las complicaciones. En este marco enfermería desarrolla un rol fundamental en el cuidado del paciente crítico e interactuando con otras disciplinas a fin de generar cambios para modificar situaciones de riesgo y disminuir la morbimortalidad en el paciente pediátrico.

#### 0270 MORTALIDAD ELEVADA EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE INGRESAN A TERAPIA INTENSIVA.

J SAGARDIA, R TORRES, A MONTEVERDE, L AGUILAR  
Hospital Profesor Alejandro Posadas.

A pesar de la disponibilidad de tratamiento antibiótico efectivo, la incidencia de tuberculosis (TB) se ha incrementado en las últimas décadas siendo una causa de ingreso a la UCI. Pacientes y Métodos: Serie de Casos. Se incluyeron los pacientes con documentación microbiológica mediante tinción de Ziehl-Neelsen (ZN) o cultivo que ingresaron a UCI en un período de 5 años. Se obtuvieron los datos demográficos, comorbilidad, serología para HIV, hematócrito, albúmina, características de la tuberculosis, tiempo inicio de los síntomas-internación e ingreso-inicio del tratamiento, órganos comprometidos y métodos diagnósticos. Se clasificó a los pacientes en TB pleuropulmonar, TB diseminada (TB pulmonar con compromiso de al menos dos órganos), TB pulmonar con un sitio extrapulmonar y TB extrapulmonar únicamente. Se analizó motivo de ingreso, APACHE II, necesidad y tiempo de ARM, días en UCI, días hospital y mortalidad. Los datos se expresaron como media  $\pm$  DS, porcentaje, mediana y percentilo 25-75%. Resultados: 27 pacientes ingresaron a UCI con diagnóstico de TB, en 21 pacientes hubo confirmación microbiológica, 9 mujeres y 12 hombres. La edad media fue  $49,6 \pm 17,3$ ; cuatro pacientes eran HIV+. La mediana de tiempo inicio de los síntomas-internación fue de 90 días (30-180). Doce pacientes (57%) recibieron tratamiento anti-TB dentro de las primeras 24 hs., en 7 de éstos el tratamiento fue empírico (58%). El APACHE II fue 16 (10-20), el Hto  $30,3 \pm 7,7$  % y las proteínas y albúmina  $6,3 \pm 1,12$  y  $2,10 \pm 0,56$ , respectivamente. El motivo de ingreso en 12 pacientes (57%) fue insuficiencia respiratoria, 6 (28%) shock, 2 (9%) deterioro del sensorio y 1 luego de una laparotomía por abdomen agudo perforado. 15 pacientes (71%) requirieron ARM, 11 de los cuales (92%) murieron. 18 (85%) tenían infiltrado en 4 cuadrantes en la RX de tórax inicial, 2 cumplían criterios de SDRA. Uno requirió decúbito prono. El diagnóstico se realizó mediante ZN del esputo en 11 casos (52%), 6 (28%) en el BAL, 1 (5%) en el AT, 2 (9%) mediante cultivo (1 BAL, 1 LCR) Y 1 (5%) por biopsia pleural. Ocho (38%) fueron diagnosticados en la UCI. Los casos fueron 14 (67%) TB pleuropulmonar (13 pulmonar, 1 pleural), 2 (9%) TB diseminada, 4 (19%) TB pulmonar + un órgano: 2 pericardio, 1 ganglios, 1 meninges y 1 (5%) TB extrapulmonar únicamente (Meningea). La mediana de días de internación en UCI fue 4 (1-9), y en el hospital 21 (13-45). La mortalidad en UCI fue 47 % y la hospitalaria 57% (12 pacientes), 5 murieron directamente por TB y 1 por criptococosis diseminada. En 6 casos la muerte fue atribuida a NIH. Solo en uno hubo confirmación bacteriológica. Conclusiones: El retraso en el diagnóstico y tratamiento se relacionan con mortalidad elevada. En esta serie, el inicio del tratamiento fue precoz pero hubo un significativo retraso en la consulta. En el grupo de pacientes que requirieron ventilación mecánica o desarrollaron neumonía intrahospitalaria la mortalidad fue elevada.

#### 0272 SOPORTE NUTRICIONAL EN TERAPIA INTENSIVA: REGISTRO ASISTENCIAL DIARIO DURANTE 6 AÑOS.

E MENENDEZ, C KECSKES, M PERMAN  
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Objetivo: evaluar la implementación, metodología y las complicaciones del Soporte Nutricional (SN) realizado en la Unidad de Terapia Intensiva de adultos (TI). Material y métodos: se analizaron los registros de la evolución diaria del SN en TI de 1364 pacientes asistidos entre 1/1/1998 al 31/12/2003. El registro del seguimiento diario del SN en TI incluye condiciones y eventos del paciente, indicaciones nutricionales, problemas y complicaciones del SN, dicha información se transcribe en una planilla de Excel. Se agrupó a los pacientes según el diagnóstico de ingreso en: Neurológicos/neuroquirúrgicos (N), Clínicos (C), Quirúrgicos (Q), Politraumatizados

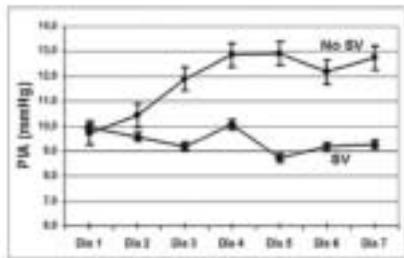
(P). Se efectuó a los pacientes evaluación nutricional al ingreso mediante la técnica de Evaluación Global Subjetiva (EGS), acorde a lo siguiente: Clase A: Normonutrido, Clase B: Desnutrición Moderada o en Riesgo de Desnutrición y Clase C: Desnutrición Severa. Resultados: se analizaron 1364 pacientes cuyo promedio de edad fue de 60,29 años, según su diagnóstico fueron agrupados en: N = 470 (34,46%), C = 486 (35,63%), Q = 384 (28,15%), P = 24 (1,86%). Según EGS Clase A = 831 (60,13%), Clase B = 393 (28,44%), Clase C = 119 (8,61%), no evaluados 39 (2,82%). El promedio de inicio del SN fue de 3,82 días, recibieron alimentación enteral (AE) 1158 pacientes (84,90%), alimentación parenteral (AP) fue administrada en 87 pacientes (6,38%) y alimentación mixta (AM) 117 (8,58%). Los pacientes recibieron un total de 14451,84 días de AE, un total de 709,05 días de AP y un total de 425,88 días de AM., con un promedio de días de AE de 12,48, de AP de 8,15 y de AM de 3,64. Fueron alimentados con sondas gruesas = 318 (24,77%), fina de poliuretano = 736 (57,32%), PR 150 = 148 (11,53%), yeyunostomía = 62 (4,83%), gastrostomía = 14 (1,09%), gastroyeyunostomía = 6 (0,47%). La ubicación de las sondas fue en estómago en 630 (48,24%) y transpilórica en 676 (51,76%). Las complicaciones mecánicas de la sonda fueron: salida accidental y desplazamiento en 272 (56,54%), mal posición en 165 (34,30%), obstrucción en 38 (7,92%) y rotura en 6 (1,24%). Las complicaciones en la implementación de la AE fueron: hiperglucemia en 621 (45,53%), constipación en 482 (35,34%), gastroparesia 473 (34,68%), distensión en 279 (20,45%), residuo en 178 (13,05%), vómitos en 39 (2,86%) y broncoaspiración en 13 (0,95%). Conclusiones: Desnutrición en el 37,53% de los pacientes. Inicio del soporte nutricional dentro de las 96 horas post admisión. 6,38% recibió AP y el 8,7% AP junto con AE. Mayor incidencia de constipación respecto a la diarrea. Igual incidencia de hiperglucemia en los pacientes con AE y AP.

#### 0274 PRESIÓN INTRAABDOMINAL EN PACIENTES CRÍTICOS: IMPORTANCIA PRONÓSTICA Y DIFERENCIAS METODOLÓGICAS.

MG VIDAL, J RUIZ WEISSER, F GONZALEZ, H CANALES, A TORO, G FERRARA, C BALASINI, MG SAENZ, R REINA, E ESTENSSORO  
Hospital Interzonal de Agudos General San Martín de La Plata.

Introducción: La presión intraabdominal (PIA) es un parámetro de medición descripta para su uso en pacientes críticos, principalmente en pacientes en shock o postquirúrgicos. Su valor normal es de igual o menor 6 mm Hg y aún no existe consenso sobre la estandarización de la medición. La Hipertensión Abdominal (HIA) definida como una presión mayor a 12 mm Hg y el Síndrome Compartimental Abdominal caracterizado por una presión mayor de 20 mm Hg, fueron recientemente identificados como marcadores de gravedad, presentándose en el 20% de los pacientes críticamente enfermos. Objetivos: Determinar la utilidad de PIA como predictor de mortalidad e identificar la población en riesgo de desarrollar hipertensión abdominal. Comparar dos estrategias de medición de PIA. Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectiva que incluyó a todos los pacientes admitidos a la UTI CON requerimiento de cateterización urinaria al ingreso, excluyéndose a las gestantes. Se evaluaron mediciones fisiológicas y criterios de gravedad. Se calcularon los scores pronósticos APACHE II y SAPS II y SOFA inicial y diariamente (hasta 7 días de internación). Se realizaron mediciones de PIA según método modificado de Cheatham ML y Safcsak K. cada 6 horas, con volúmenes de 50 y 100 cc de solución fisiológica y durante 7 días desde su admisión. Los datos se presentan como media  $\pm$  DS, mediana y rangos intercuartílicos o porcentajes; las comparaciones entre grupos se analizaron mediante test t, Mann-Whitney o  $\chi^2$ . Se consideró como significativa una  $p < 0,05$ . Resultados: Se incluyeron 81 pacientes admitidos desde el 01/11/2004 al 31/08/2005, de los cuales se completaron las mediciones durante los primeros siete días de estadía en la UTI. Los no sobrevivientes (noSV) fueron 33 (40,7%) Las variables que difirieron entre SV y no SV, fueron las siguientes: Edad:  $40 \pm 18$  vs.  $50 \pm 17$  ( $p = 0,01$ ), APACHE II  $16 \pm 7$  vs  $22 \pm 7$  ( $p < 0,001$ ), SAPS II  $30 \pm 15$  vs  $47 \pm 15$  ( $p < 0,001$ ), Género masculino: 23 (48%) vs 21 (63%) ( $p = 0,16$ ); Médicos: 26 vs 21 ( $p = 0,34$ ), Quirúrgicos: 22 vs 12 ( $p = 0,34$ ), Estadía en UTI (días):  $9 [3-20]$  vs  $6 [3-19]$ . La presencia de HIA fue más frecuente entre los pa-

cientes no SV, predominantemente a partir del 3º día desde la admisión (gráfico), correlacionóse con SOFA score y Balances hídricos. Se evidenciaron diferencias significativas entre las mediciones realizadas con 50 y 100 ml. Conclusión: La medición de la PIA es un parámetro útil en la evaluación de los pacientes críticos. El desarrollo de HIA está relacionado con mala evolución en la UTI. Es necesario estandarizar el volumen de fluidos requeridos para la medición de PIA.



**0276 PILEFLEBITIS (TROMBOSIS SÉPTICA DE LA PORTA) SEPSIS CON FOCO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.**

S. BENÍTEZ, A GALAVERNA, E CIFRÉ, M PLOMER, M SIGNORETTA

Unidad de Terapia Intensiva, Sanatorio San Carlos.

Objetivo: Presentación de un caso de pileflebitis como causa de sepsis de origen desconocido. Introducción: La trombosis séptica de la vena porta (pileflebitis) es una entidad rara que complica cuadros inflamatorios intraabdominales. Se trata de un cuadro de difícil diagnóstico. La presentación clínica así como los estudios por imágenes son inespecíficos. Presentamos un caso de pileflebitis como causa de sepsis a foco desconocido. El caso: Se trata de un paciente masculino de 47 años de edad quien ingresa a Terapia Intensiva por insuficiencia respiratoria, equivalentes bacteriémicos, dolor en hipocondrio derecho y patrón colestásico en el hepatograma. Presentaba antecedentes de diverticulitis grado I 30 días previos al ingreso. Se realizó TAC de abdomen demostrando rarefacción de la grasa pericólica. Se descartó obstrucción de la vía biliar por ecografía y colangiorresonancia. El paciente no presentaba absesos hepáticos. Se realizó ecocardiograma transtorácico y transesofágico que no mostraron signos de endocarditis. Inició tratamiento con ciprofloxacina – amoxicilina/sulbactam. Se obtuvo en 1 de 7 hemocultivos E. Coli sensible a aminopenicilinas. Evolucionó con disfunción múltiple de órganos e hiperbilirrubinemia progresiva. A las 72 Hs del ingreso se realiza TAC de Torax y se repite la de abdomen mostrando patrón compatible con injuria pulmonar y falta de relleno contrastado de la vena porta. Se interpreta cuadro como pileflebitis. Se inicia anticoagulación con enoxaparina, requiere ventilación mecánica y monitoreo invasivo (línea arterial, catéter de arteria pulmonar, tonómetro gástrico). Se suspende la anticoagulación por hemoptisis al día 5. Evolucionó favorablemente siendo extubado a las 96 Hs de ARM y asistido con VNI. Fué dado de alta de UTI al 11 día. En seguimiento ambulatorio no volvió a presentar complicaciones completando 6 semanas de tratamiento antibiótico. No se realizó cirugía vinculada a la enfermedad diverticular. Discusión: La pileflebitis es una entidad de baja prevalencia vinculada a procesos inflamatorios intraabdominales o cirugías en pacientes con enfermedad procoagulante. La ictericia representa habitualmente la presencia de absesos o daño hepático severo. Los hemocultivos son frecuentemente positivos (hasta un 80%). La mortalidad es del 50 al 80%. El caso presentado permite graficar la dificultad diagnóstica de una patología con signosintomatología particularmente inespecífica para el que una alta sospecha se hace indispensable. La ausencia de hemocultivos positivos en muestras repetidas hicieron particularmente difícil la sospecha de foco endovascular. La TAC contrastada fue indispensable en el diagnóstico final de esta entidad. Conclusión: La pileflebitis debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales de sepsis con foco de origen desconocido cuando un proceso inflamatorio intraabdominal o procedimiento quirúrgico se encuentre entre los antecedentes mediatos del paciente. Una alta sospecha diagnóstica y un estudio por imágenes adecuadamente interpretado son indispensables para el diagnóstico final.

**0277 COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN ÁREAS CRÍTICAS: RESULTADOS DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN ARGENTINA.**

K SURT, M PECHIEU, M TORRES, R FONTANA, JL BUSTOS, C SORATTI INCUCAI.

Introducción: El contacto con familiares de pacientes críticos y fallecidos forma parte de la actividad de procuración de órganos para trasplantes en nuestro país y en el mundo. La dificultad de los profesionales de la salud en el momento de afrontar la comunicación de malas noticias generó en los años 90' la creación en Europa de Seminarios "European Donor Hospital Education Programme" (EDHEP) que el "Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante" (INCUCAI) implementa en nuestro país desde marzo de 2004. Objetivos: Analizar el impacto del seminario EDHEP en los profesionales sanitarios de áreas críticas en nuestro país. Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Criterios de inclusión: profesionales de áreas críticas que tienen contacto con familiares de pacientes internados en dichas áreas. Fueron seleccionados un máximo de 20 profesionales a través de un referente clave de cada servicio. Cada seminario se desarrolló con una modalidad participativa, teórico-práctica de 9 horas de duración. Finalizado el mismo cada participante completó un cuestionario de valoración. Criterios de exclusión: participantes que no respondieron. Se analizó las respuestas que evalúan los efectos del seminario orientadas a la identificación de las respuestas de los familiares ante el duelo, reconocimiento de las técnicas de comunicación mas eficaces, mejorar las habilidades de comunicación con familiares de pacientes críticos. Resultados: En este trabajo se presentan los resultados de 28 meses de implementación en 21 provincias argentinas. Se capacitaron profesionales referentes de 136 establecimientos asistenciales en los 45 seminarios dictados. De 823 participantes, 811 encuestas fueron analizadas y 12 fueron excluidas por falta de respuesta. En la tabla 1 se muestra los resultados del cuestionario. Conclusiones: El contacto con familiares de pacientes críticos que han fallecido, forma parte de la actividad de los profesionales de áreas críticas. La dificultad para afrontar las mismas se debe a la falta de actividades de capacitación específica. El seminario EDHEP, demostró ser una herramienta útil para los profesionales participantes.

Tabla 1: Resultados del Cuestionario.

Preguntas realizadas	Respuesta Favorable (4 y 5)*	Respuesta Parcialmente Favorable (3)**	Respuesta Desfavorable (1 y 2)***
Le facilitará la identificación de las respuestas de los familiares ante la pérdida de un ser querido	793 (97,8%)	18 (2,2%)	0 (0%)
Le facilitará la comprensión de las respuestas del duelo	793 (97,8%)	18 (2,2%)	0 (0%)
Podrá reconocer con facilidad las técnicas de comunicación eficaces	793 (97,8%)	18 (2,2%)	0 (0%)
Podrá comunicarse con familiares de pacientes críticos con mayor eficacia	797 (98,3%)	14 (1,7%)	0 (0%)
Podrá mejorar sus habilidades de comunicación	788 (97,2%)	22 (2,8%)	0 (0%)
Se sentirá mas cómodo al abordar una entrevista con familiares de pacientes críticos	780 (96,2%)	31 (3,8%)	0 (0%)

\* bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo,\*\* algo de acuerdo, \*\*\* totalmente en desacuerdo y algo en desacuerdo.

**0278 ENDOCARDITIS INFECCIOSA: VARIABLES PREDICTIVAS DE EVENTOS EMBÓLICOS.**

E BENAVIDEZ, A CREMONA, D BRANNE, G CREMONA, D COCCOZELLA, O GRILLO, J FERNÁNDEZ, A LEGARTO, J LOSSINO, MC MENDEZ, J NAPAL, S RAMÍREZ BORGA Hospital Italiano de La Plata.

Introducción: Los Eventos Embólicos(EE) son una complicación de la Endocarditis Infecciosa(EI) con un impacto negativo en el pronóstico de los pacientes. Su prevalencia es del 20 al 50%. El EE suele ocurrir previamente al diagnóstico, o posterior al tratamiento antibiótico. Objetivos: Analizar la clínica, microbiología y caracterís-

ticas ecocardiográficas de una cohorte de pacientes con EI y EE. Asociar el momento del EE con el tiempo de tratamiento antibiótico. Mortalidad de los pacientes con EE y EI. Métodos: Estudio observacional descriptivo de una cohorte de 53 pacientes con diagnóstico de EI que fueron asistidos en el Hospital Italiano de La Plata desde marzo de 1996 a diciembre de 2004. Los criterios de Duke modificados fueron utilizados para establecer el diagnóstico de EI. El EE fue definido como una disfunción orgánica de comienzo brusco determinada por sospecha clínica de isquemia (accidente cerebrovascular, infarto mesentérico y embolismo pulmonar), y confirmado por estudios complementarios. Los fenómenos inmunológicos, embolismos menores y manifestaciones cutáneas no fueron incluidos. Los abscesos metastásicos sólo fueron incluidos cuando fueron consecuencia o causa de embolismo previamente diagnosticado. Resultados: De 53 casos con EI, 18 presentaron EE (34,6%), edad promedio 62,7, sexo (F/M) 7/11. Hemocultivos positivos 94,4%, microorganismos: *S. aureus* 7, *St. bovis* 3, *St. viridans* 3, HACEK 1 (*H. parainfluenzae*), *St. agalactiae* 1, *SCN* 1, *E. faecalis* 1. El ecocardiograma transtorácico y/o transesofágico detectaron vegetación en 17 casos (94%). El tamaño de la vegetación fue: < de 10mm en 3, 10mm en 14. Sitio afectado: válvula mitral nativa 9, válvula aórtica nativa 4, válvula tricuspídea nativa 2, ventrículo derecho 2. Sitio de EE: pulmones 4, sistema nervioso central 11, mesenterio 1, miembros inferiores 1. El momento del EE: 10 EE (55,5%) ocurrieron previamente al tratamiento antibiótico, 8 EE (44%) posterior al mismo, en la primera semana de tratamiento ocurrieron 7 EE, en la segunda semana 1 (6%). Cinco (27,7%) requirieron tratamiento quirúrgico y reemplazo valvular. La mortalidad fue de 7 pacientes (38,8%). Conclusiones: En este estudio las variables asociadas positivamente con EE en forma estadísticamente significativa fueron las siguientes: la presencia de vegetación en el ecocardiograma (transtorácico y/o transesofágico) junto al tamaño de la vegetación > a 10mm de diámetro en el ecocardiograma. La válvula nativa mitral fue la más frecuentemente afectada. El *S. aureus* fue el microorganismo más común. Más de la mitad de los EE ocurrieron previamente al tratamiento antibiótico, con una significativa reducción de la tendencia de riesgo de EE a partir de la 2da a 3er semana de tratamiento antibiótico efectivo. EN los EE de las cavidades derechas la mortalidad no fue registrada, en cavidades izquierdas fue de 7 pacientes (50%).

#### 0279 SURFACTANTE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SDRA.

M ABREGÚ, G FREY, MJ MONTES, G PAZ, M PEDERNA, Z TEJADA  
UCIP Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba.

Introducción: La alteración del surfactante forma parte de la fisiopatología del SDRA. Trabajos no controlados mostraron que la administración de surfactante en edad pediátrica en dosis entre 50 y 200 mg/kg produce una mejoría en la oxigenación. No hay datos concluyentes en relación a la forma de administración, la dosis óptima, ni su impacto sobre la mortalidad. En la actualidad el uso de

surfactante exógeno podría constituir una alternativa terapéutica. Objetivo: Describir nuestra experiencia con el uso de surfactante natural, bovino, en pacientes con SDRA e hipoxemia refractaria a la ventilación mecánica convencional (VMC). Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo; se revisaron historias clínicas de pacientes desde enero 2000 a diciembre 2005 con SDRA en los que se administró surfactante exógeno ante el fracaso de la estrategia de protección pulmonar con VMC. Las variables de estudio fueron edad, sexo, diagnóstico primario, PRISM; parámetros ventilatorios previos al uso de surfactante, tiempos de ventilación mecánica total y post surfactante; presión de oxígeno arterial (PaO<sub>2</sub>), relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> e índice de oxigenación (IO), mortalidad, duración de la internación en UCIP y hospitalaria. Resultados: En el periodo de estudio se registraron 84 pacientes con SDRA. El 12% recibió tratamiento con surfactante (10). De estos últimos el 90% se diagnosticaron como SDRA pulmonar (9). En 3 de estos pacientes se diagnosticó infección por VRS; 4 por Adenovirus; 1 por Influenza A y 1 caso por Mycoplasma. En 1 caso la causa fue extrapulmonar por sepsis. La edad promedio de los pacientes fue de 3,7 meses (1-10 meses), el 70% fueron de sexo masculino (7). El PRISM promedio fue 13 puntos (1 a 25). La PaO<sub>2</sub> promedio previa a la aplicación de surfactante fue de 47 (30 a 58) con una Presión media de vía aérea (Paw) de 17 (14 a 23,6). La dosis de surfactante fue entre 75 y 100 mg/kg instilándolo endotraqueal. La PaO<sub>2</sub> promedio fue 62 (53,6 a 71) con Paw de 14,5 (12,5 a 17) posteriores a su uso. Los valores promedio de la PAFI y del IO fueron de 62 (13 a 101) y 26 (13 - 54) respectivamente, previos al uso del surfactante. Los valores post-surfactante (tomados entre las 2 y las 4 horas) fueron: PAFI promedio de 107 (58 - 290) e IO de 16,5 (8 - 27). El promedio de días de ventilación mecánica fue 21 días (2 - 40) y de ARM postsurfactante fue de 15 días (0,5 - 38). El promedio de estadía en UCIP fue 26 días (2-46), y el de internación hospitalaria de 38 días (5-64). La mortalidad fue del 70%. Sobrevivieron tres pacientes, con alta hospitalaria en un promedio de 50 días después de la utilización de surfactante, con oxigenoterapia domiciliaria. Conclusiones: En nuestra experiencia la administración de surfactante exógeno instilado en tubo endotraqueal mejoró en la mayoría de los pacientes la oxigenación, evaluada a partir de los valores de la relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> y la presión parcial de oxígeno arterial, en forma transitoria, sin modificar la sobrevida.

Pacientes	PAFI pre-surf	IO pre-surf	PAFI post-surf	IO post-surf	Sobrevida
1	101	15	58	27	NO
2	71	22,6	82	15	NO
3	20	54	84	18	NO
4	53	19	80	19	NO
5	52,6	28	65	18,5	NO
6	68	22	290	13	SI
7	75	13	125	8	SI
8	54	26	60	21	NO
9	42	44	106	14	NO
10	83	16	118	11	SI