

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva
Personería Jurídica N° 2481
Cnel. Niceto Vega 4615/17
CP. 1414. Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax. (54-11) 4778-0571/0581

MEDICINA INTENSIVA II

Volumen 24
Número 2
Año 2007

ORGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

E-mail
info@sati.org.ar

Web SATI
<http://www.sati.org.ar>

Web Revista
<http://www.sati.org.ar/revista>

E-mail Comité Editorial
revista@sati.org.ar

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMISIÓN DIRECTIVA (2005-2007)

Presidente

Juan Eduardo San Román

Vicepresidente

Elisa Estenssoro

Secretario

Sergio Eduardo Giannasi

Pro Secretario

Néstor Omar Raimondi

Tesorero

José Luis Golubicki

Pro Tesorero

Ignacio José Previgliano

Director de Publicaciones

Ricardo Néstor Valentini

Vocales Titulares

Martín Deheza Lonardi

Gustavo René Piñero

Luis Pablo María Cardonnet

René Carlos Vandersande

Susana del Carmen Saad

Luis Alberto Huespe Gardel

José Enrique Riarte

Mónica Viviana Romero

Vocales Suplentes

Luis Alberto Camputaro

Juan José San Emeterio

Enrique Francisco Martino

María de Lourdes Barnada

Alejandro Pereyra Sánchez

Lombardo Lorenzo Sosa

Jorge Javier Ramacciotti

María Cristina Orlandi

Revisores de Cuentas Titulares

Lilian Benito Mori

Héctor Saúl Canales

María Elena Ratto

Revisores de Cuentas Suplentes

Fernando Gabriel Baccaro

Eduardo Méndez

Guillermo Gustavo Parra

Ex - Presidentes

1972-1973:

Aguiles Roncoroni

1973-1975:

Miguel Herrera

1975-1976:

Juan Carlos Figueroa Casas

1976-1977:

Ernesto Maña

1977-1979:

Héctor De Leone

1979-1980:

José Petrolito

1980-1982:

Roberto Apra

1982-1983:

Roberto Padrón

1983-1985:

Gustavo Marino Aguirre

1985-1987:

Antonio Gallesio

1987-1989:

Carlos Lovesio

1989-1991:

Juan Pacin

1991-1993:

Mario Santamarina

1993-1995:

Fernando Pálizas

1995-1997:

Roberto Bastianelli

1997-1999:

Jorge Neira

1999-2001:

José L. do Pico

2001-2003:

Daniel Ceraso

2003-2005:

Francisco José Criado

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones u otros sistemas de información, sin autorización por escrito del titular del Copyright.

Producción gráfica y editorial: Estudio Sigma S.R.L. J. E. Uriburu 1252 8° F, (C1114AAJ) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel/Fax 4824-9431 / Tel 4821-2702 - E-mail: info@estudiosigma.com.ar - www.estudiosigma.com.ar

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

Cnel. Niceto Vega 4615/17
CP. 1414. Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax. (54-11) 4778-0571/0581

MEDICINA INTENSIVA **ii**

Volumen 24
Número 2
Año 2007

ORGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

EDITOR

Dr. Ricardo Valentini

ASESORES EDITORIALES

*Dr. Eduardo Luis De Vito
Dr. Arnaldo Dubín*

COMITE EDITOR

Bioética

Dr. Juan Pablo Rossini

Cap. Bioquímicos

Dra. Ana María Queralt

Cap. ECC: Enfermería en

Cuidados Críticos

Lic. Verónica Dubay

Gestión - Calidad - Scores

Dr. Antonio Galesio

Dra. Liliana Vetere

Infectología Crítica

Dr. Juan Videla

Cap. Kinesiología

Lic. Mariano Setten

Nefrología y Medio Interno

Dra. Melisa Giménez

Cuidados Críticos en Neonatología

Dr. Jorge Tavosnasca

Neumonología Crítica

Dr. Ricardo Valentini

Neurointensivismo

Dra. Adelina Badolati

Nutrición

Dr. Adrián Gold

Obstetricia Crítica

Dr. José Luis Golubicki

Shock

Dr. Mario Pozo

Terapia Intensiva Pediátrica

Dr. Lidia Albano

Transplantes

Dr. Francisco Klein

Trauma

Dr. Alberto Legarto

Unidad Coronaria

Dr. Ramón Suasnabar

Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

Dr. Eric Manrique



**17° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva**

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Dr. Pedro Ramos

Vicepresidente 1º

Dr. Enrique Riarte

Vicepresidente 2º

Dra. Laura I. De Rosa de Vidal

Secretario General

Dr. Octavio Guanca

Tesorera

Dra. Sonia Vélez

Pro-Tesorero

Dr. Daniel Godoy

Coordinadores Nacionales

Dr. José Luis Golubicki

Dr. Néstor Raimondi

Vocales

Dr. Jorge Ramacciotti

Dra. Silvia Vilca

Dra. Cecilia Montoya

Dr. Oscar Tomás Engel

COMITÉ DE HONOR

Dr. Héctor Antonio Aguilar

Dr. Jorge Baffa Trasci

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Dr. Sergio Eduardo Giannasi

Vicepresidente

Dr. Ricardo Valentini

Secretario

Dr. José Luis do Pico

Miembros

Dr. Guillermo Chiappero

Dr. Ignacio Previgliano

Dr. Fernando Núñez

REPRESENTANTES

COMITÉS CIENTÍFICO SATI

Bioética

Dr. Juan Pablo Rossini

Bioquímicos

Dra. Ana Queralt

Gestión-Control de calidad y Escores

Dr. Antonio Gallesio

Liliana Vetere

Enfermería

Lic. Verónica Dubay

Infectología Crítica

Dr. Juan Videla

Kinesiología

Lic. Mariano Setten

Nefrología y Medio Interno

Dra. Melisa Giménez

Neonatología

Dr. Jorge Tavosnanska

Neumonología Crítica

Dr. Ricardo Valentini

Neurointensivismo

Dra. Adelina Badolati

Nutrición y Metabolismo

Dr. Edgardo Menendez

Obstetricia Crítica

Dr. José Luis Golubicki

Shock y Sepsis

Dr. Mario Pozo

Terapia Intensiva Pediátrica

Dra. Lidia Albano

Trasplante

Dr. Francisco Klein

Trauma

Dr. Alberto Legarto

Unidad Coronaria

Dr. Ramón Suasnabar

Vía aérea e interfases respiratorias

Dr. Eric Manrique

REPRESENTANTES

COMITÉS ESTRATÉGICOS SATI

ACLS

Dr. Gustavo Bongiorno

Certificación y Recertificación

Dr. Eduardo Capparelli

Dr. Daniel Ceraso

Dr. Carlos Apezteguía

Docencia

Dr. Eduardo Capparelli

ECC

Lic. Verónica Dubay

Editorial

Dr. Ricardo Valentini

FCCS

Dr. Jorge Mendez

Investigación Clínica

Dr. Eduardo San Román

PALS

Dr. Ramiro Gilardino

Sistemas y Tecnologías

Dr. Sergio Giannasi

**8° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva
Pediátrica**

Presidente
Dr. Lorenzo Marcos
Secretario
Dra. María José Montes
Coordinador Científico
Dra. Gabriela Sheehan

Vocales
Dr. Guillermo Fagalde
Dr. Augusto Pérez
Dra. Nilda Vidal

**9° Congreso Argentino
de Kinesiología
en Terapia Intensiva**

Presidente
Lic. Mercedes Di Pierro
Secretario
Lic. Roger Rodrigues La Moglie
Coordinador Científico
Lic. Mariano Setten

Vocales
Lic. Horacio Abbona
Lic. Pablo Galíndez
Lic. Norberto Tiribelli

**10° Congreso Argentino
de Enfermería
en Terapia Intensiva**

Presidente
Dra. Graciela Mittelman
Secretario
Dr. Hernan Cervantes
Coordinador Científico
Dra. Ana Queralt

Vocales
Dra. María Carmen Iñiguez
Dra. Miriam Pereiro

**2° Jornadas Nacionales
de Cuidados Críticos
en Neonatología**

Presidente
Dr. Jorge Tavosnanska

Coordinador Científico
Dr. Claudio Solana



25/08/2007 - 10:15 a 11:45

TRABAJOS LIBRES ORALES OR01

Neumonología - Kinesiología Crítica I

SALA 1

0006 ¿SDRA TRANSITORIO O MEJORÍA MECÁNICA?

P INSAURRALDE, B STEGMULLER, J LEYRIA, J VECCHIO

0021 ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA ASOCIADA A NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD

O PEREYRA GONZALES, J DÍAZ, P GIMENEZ, G IZZO, S SILLITTI, G SALINAS, MS SANTAGIULIANA, D NOVAL, S ILUTOVICH

0147 TÉCNICA DE OSCILACIÓN FORZADA PARA EVALUAR LA RESISTENCIA DE LOS TUBOS ENDOTRAQUEALES POSTERIOR A SU USO EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

M OTAOLA, F RIOS, M CHIAPPELLA, D CASAGLIA, C APEZTEGUIA, S GUARDIA, N SALA

0208 IMPACTO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR EN PACIENTE CRÍTICO

A MARINO, DA VARELA, PR ESCALANTE, RI SANCHEZ, M BONO, N TIRIBELLI

25/08/2007 - 10:15 a 11:45

TRABAJOS LIBRES ORALES OR02

Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM I

SALA 2

0022 EL AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON NORADRENALINA NO MEJORA EL FLUJO SANGUÍNEO MICROCIRCULATORIO

A DUBIN, MO POZO, C CASABELLA, F PÁLIZAS (HIJO), G MURIAS, MC MOSEINCO, F PÁLIZAS, C INCE

0050 EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN DEL OLIGONUCLEÓTIDO IMT 504 EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SEPSIS EN RATAS SPRAGUE DAWLEY

M PEREIRO, F ELÍAS, JM RODRIGUEZ, A MONTANER, C ARTANA, N LAGO, C MIRABELLI, V RIETSCHER, S BRUNO, J FLO, R LÓPEZ, J ZORZOPULOS, B MASKIN

0065 DIFERENCIA ARTERIOVENOSA DE OXÍGENO EN PACIENTES CON ANEMIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

M BENITEZ, D FENOGLIETTO, R ARIENTI, M ESTRIN, M PERROTTA, J SCAPELLATO, G CASELLA, V HAYETIAN

0069 VALOR PRONÓSTICO DE PARÁMETROS HEMODINÁMICOS DURANTE EL PROCESO DE REANIMACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

A GALLESIO, J BUTERA

25/08/2007 - 10:15 a 11:45

TRABAJOS LIBRES ORALES OR03

Neurointensivismo I

SALA 3

0106 INJURIA CEREBRAL AGUDA (ICA) Y PRESIÓN INTRADOMINAL (PIA)

SE LAZZERI, LL SOSA, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, JA OJEDA, JA CIALZETA, RB PUYOL, MA OJEDA, M LOPEZ VERON, HJM ALVAREZ, WJ COSCIO, GR ANDRICH, FF FRANCO, SD RIBAK, OA PINI

0126 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Y ARZANI, MP VARELA OTERO, L HELMAN, MA BARBIERI, V LERNOUD, M PERADEJORDI, J DIAZ, RR FAVALORO

0170 ULTRASONIDO DE VASOS DE CUELLO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y EVIDENCIAS DE CARDIOPATÍA POTENCIALMENTE EMBOLIZANTE EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

M FOSCO, H SOLAR MUÑOZ, L SPOSATO, F KLEIN

0233 EFECTO DE LIDOCAÍNA INTRAVENOSA SOBRE LA PRESIÓN INTRACRANEANA ANTE MANIPULACIÓN DE LA VÍA AÉREA: ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO CONTROLADO CON PLACEBO

F LOIACONO, JC DALDÍN, JI SAGARDÍA, W VIDETTA, F VILLAREJO, S GANDO

25/08/2007 - 10:15 a 11:45

TRABAJOS LIBRES ORALES OR04

Pediatría

SALA 5

0181 VIGILANCIA DEL ERROR EN MEDICINA: BÚSQUEDA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN ÁREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS

L SALIGARI, J SAGARDIA, V ARANA, L AGUILAR, A PANIGAZZI, C APEZTEGUIA, G BERENSTEIN

0182 VIGILANCIA DEL ERROR EN MEDICINA: PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS Y PRÁCTICAS SEGURAS A IMPLEMENTAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ÁREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICAS

A PANIGAZZI, J SAGARDIA, V ARANA, L AGUILAR, L SALIGARI, L ALBANO, C APEZTEGUIA, G BERENSTEIN

0226 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PATOLOGÍA PEDIÁTRICA AGUDA

B LATINI, A MANSILLA, M MONTONATI, M DARDUIN, D FLORES, J SASBON

0231 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRAUMA DE CRÁNEO SEVERO CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA. OBSERVACIÓN DE LOS RESULTADOS AL ALTA HOSPITALARIA Y A LOS 6 MESES

GA COSTALES, L ALBANO, R RECALDE

25/08/2007 - 10:15 a 11:45

TRABAJOS LIBRES ORALES OR05

Infecciones en UTI I

SALA 6

0045 SELECCIÓN APROPIADA DEL ESQUEMA ANTIBIÓTICO PARA EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN TERAPIA INTENSIVA

EP CENTENO, ME ARZEL, AF ALTIERI, RM ANCHORENA, C GUTIERREZ, AA LOPEZ, G OTTOBONI, MC PEIN, M WASHBUSH

0046 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

G CUETO, A CARUSO, A ATALLAH, V PICOLIA, E ADAMOLI, M TORRES, A ARATA, W CORNISTEIN

0104 EL TRATAMIENTO CON MEROPENEM POTENCIÓ LA RESPUESTA TERAPÉUTICA DE LA COLISTINA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE MENINGITIS POR ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE

N PISTILLO, JJ VIDELA, AE MASUCCI, JJ SCARIMBOLO, S BRUNO, V RIETSCHER, A CONFORTI

0140 SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

E CUNTO, C NOGUERAS, P SAÚL, N CHACÓN, J SAN JUAN

25/08/2007 - 10:30 a 11:45

TRABAJOS LIBRES ORALES OR06

Obstetricia Crítica

SALA 4

0042 FACTOR DE CRECIMIENTO VASCULAR ENDOTELIAL EN SUERO Y EN PLACENTA DE MUJER CON PREECLAMPSIA

B MASKIN, G BEROIZ, L SOLARI, C KOTTAR, L LEVI, A DAMIANO

0086 TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA HEMORRAGIA GRAVE DEL POSTPARTO, MEDIANTE EMBOLIZACIÓN UTERINA

C DE FILIPPO, G EISELE, G IZZO, E GALLI, D SIMONELLI, G

LABOUREAU, G SALINAS, S SANTAGIULIANA, A SANTAMARIA, M BERTE, D NOVAL, S ILUTOVICH, J NEIRA

- 0161 TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS HEMORRAGIAS GRAVES DEL POSTPARTO: IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRECOZ EMPLEANDO EMBOLIZACIÓN UTERINA**
G EISELE, D SIMONELLI, E GALLI, M MARTINEZ, E MALVINO, J DONO, P AMANZI, S ANHEL

26/08/2007 - 09:00 a 10:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR07

Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM II

SALA 1

- 0009 ESTUDIO DE PACIENTES CON ANEMIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

MA ESTRIN, DR FENOGLIETTO, R ARIENTI, S CHALCO, E CASALDERREY, M BENITEZ, A CORONEL, C VALENTI

- 0044 ALTERACIONES EN EL ANIÓN GAP URINARIO EN PACIENTES CRÍTICOS CON ACIDOSIS METABÓLICA**

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

- 0074 EFECTOS DE LA DOBUTAMINA EN PACIENTES SÉPTICOS CON HIPERTENSIÓN INTRA ABDOMINAL (HIA)**

JA OJEDA, SE LAZZERI, LL SOSA, CS MIZDRAJI, LA HUESPE GARDEL, JA CIALZETA, MA OJEDA, RB PUYOL, M LOPEZ VERON, HJM ALVAREZ, WJ COSSIO, GR ANDRICH, SD RIBAK, FF FRANCO, OA PINI

- 0088 PRESIÓN INTRA ABDOMINAL (PIA) EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO. CORRELACIÓN CON VARIABLES HEMODINÁMICAS**

JA CIALZETA, JA OJEDA, SE LAZZERI, LL SOSA, CS MIZDRAJI, LA HUESPE GARDEL, RB PUYOL, MA OJEDA, HJM ALVAREZ, WJ COSCIO, GR ANDRICH, FF FRANCO, SD RIBAK, OA PINI, JM LOPEZ VERON

26/08/2007 - 09:00 a 10:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR08

Neumonología - Kinesiología Crítica II

SALA 2

- 0007 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 33 TRAQUEOSTOMÍAS QUIRÚRGICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MONOVALENTE**

A DOMÍNGUEZ, G MITILLI, D BARCA, JI FRIZZA, JI MELE, M ONTIVERO, S PÉREZ BETI, P BOSCHERO, F CRIADO, D FAINSTEIN, E CARRANZA

- 0040 ¿POR QUÉ HACEMOS TRATAMIENTOS INADECUADOS EN NEUMONÍA ASOCIADA A RESPIRADOR?**

ME ARZEL, EP CENTENO, RM ANCHORENA, AF ALTIERI, C GUTIERREZ, AA LOPEZ, G OTTOBONI, H CABRERA, M AGARIE

- 0132 MORTALIDAD DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN OCTAGENARIOS**

ML CHERTCOFF, LV MALDONADO, EM BRUNEL, WR ZAMBON, ED SOLOAGA, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF, JE UBALDINI

- 0186 ¿EXISTEN MODIFICACIONES VENTILATORIAS Y DEL INTERCAMBIO GASEOSO EN PACIENTES EPOC EN VENTILACIÓN MECÁNICA CONTROLADA CON LA UTILIZACIÓN DE LA PEEP EXTRINSECA?**

P INSAURRALDE, B STEGMULLER, J LEYRIA, J VECCHIO

26/08/2007 - 09:00 a 10:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR09

Neurointensivismo II

SALA 3

- 0099 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS**

DANI VARELA, M DIAZ, A HLAVNICKA, P MASKIN, A CERVIO, N WAINSZTEIN, R LEIGUARDA

- 0153 ELECTROCARDIOGRAMA AL INGRESO AL DEPARTAMEN-**

TO DE EMERGENCIAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROVASCULAR AGUDA

M FOSCO, R MERBILHÁA, L SPOSATO, FR KLEIN

- 0224 DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO. ESTADO ACTUAL DE SU CONOCIMIENTO EN EL EQUIPO DE SALUD. ENCUESTA REALIZADA A NIVEL NACIONAL EN TODAS LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA DEL PAIS**

E ECHAVARRIA, P MESA, M OTERO, A SUAREZ, F GALUSSO

- 0227 INCIDENCIA DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE CRÍTICO Y VARIABLES RELACIONADAS. TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO INTEGRADO POR MEDICOS SIQUIATRAS E INTENSIVISTAS. PRIMER ESTUDIO REALIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL URUGUAY**

A SUAREZ, P MESA, E ECHAVARRIA, F GALUSSO, M OTERO

26/08/2007 - 09:00 a 10:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR10

Infecciones en UTI II

SALA 4

- 0063 REVISIÓN DE 30 CASOS DE SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS EN UTI**

E ROMERO, N PERALTA, C VILLAPANDO, JC CORTÉZ

- 0070 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA CAUSADA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ACINETOBACTER SP. MULTIRRESISTENTE: TRATAMIENTO CON COLISTIN**

P SAUL, C NOGUERAS, E CUNTO, O VILLAR, J SAN JUAN

- 0090 IMPACTO ECOLOGICO EN UTI POSTERIOR A LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES**

MC LLERENA, H PIZÁ, M BELTRÁN, G CARDONATTI, A RENIERO, M CALTABIANO, P BERTOLINI, A SIRINO, JM CASELLAS

- 0115 EPIDEMIOLOGÍA DE NEUMONÍA ASOCIADA A RESPIRADOR EN UN HOSPITAL DE SANTA FE**

G MORERA, R AVILA, MS INSAURRALDE, E MENDEZ, M FILIPPI, A FERNANDEZ, C CASTARATARO

26/08/2007 - 09:00 a 10:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR11

Trauma - Cirugía - Hemorragia Crítica

SALA 5

- 0048 TRAUMATISMO PRECORDIAL PENETRANTE: ¿ES POSIBLE EL MANEJO CONSERVADOR?**

F SALDARINI, J SPROVIERO, G CARQUEIJEDA, E PESAT, A SABRA, A COLOMBATTI, E JIMÉNEZ

- 0056 COMPLICACIONES ASOCIADAS A POLITRANSFUSIÓN EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA**

MA BARBIERI, MP VARELA OTERO, Y ARZANI, L HELMAN, M PERADEJORDI, V LERNOUD, RR FAVALORO

- 0075 CAUSAS DE MUERTE Y SUS CONDICIONANTES EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL POR HEPATOPATÍA CRÓNICA**

J BERRETA, D KOCIAK, G MORALES, F BELLIDO, M ORTIZ, MV LAPLACETTE, H NICCHIARELLI, P SALGADO, O TUMILASCI

- 0148 HEMORRAGIA DIGESTIVA ARTERIOLO CAPILAR COMPLEJA: MANEJO ALTERNATIVO CON EMBOLIZACIÓN ARTERIAL**

G EISELE, E GALLI, D SIMONELLI, R VALENTINI, J MIANO, E MALVINO, A ALVARADO, L GREGORIO

26/08/2007 - 09:00 a 10:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR12

Gestión, calidad y scores

SALA 6

- 0064 MORTALIDAD EN UCI: ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD SEGÚN EL DIA DE LA SEMANA**

C CASTARATARO, R AVILA, A FERNANDEZ, M FILIPPI

- 0103 EXPERIENCIA CON EL MÉTODO COBATRICE Y UN SISTEMA DE EVALUACIÓN PARA TRABAJO EN EQUIPOS EN UNA RESIDENCIA DE TERAPIA INTENSIVA DE PRIMER NIVEL**
F CRIADO, D FAINSTEIN
- 0124 UTILIZACIÓN DE DATOS REDUNDANTES PARA VERIFICAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL REGISTRO ELECTRÓNICO**
AL FERNÁNDEZ, A GALLESIO, JM BUTERA, J SINNER, G NELSON
- 0204 ERROR EN MEDICINA: RELEVANCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL PACIENTE CRÍTICO**
JI SAGARDÍA, V ARANA, L AGUILAR, L SALIGARI, A PANIGAZZI, L ALBANO, C APEZTEGUIA, G BERENSTEIN

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS 1 PO01

Enfermería en UCI I

FOYER DE SALONES

- 0026 MANEJO DE DRENAJES DE TÓRAX: PROPUESTA DE ENSEÑANZA CON SIMULADORES**
M PEREYRA, G PEREYRA, M BIGNON
- 0027 LA APLICACIÓN DE LA SIMULACIÓN EN LA ENSEÑANZA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS**
JL RASJIDO, RA ABELDAÑO ZUÑIGA, EA SANGUEDOLCE
- 0057 VENTAJAS PARA LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA**
ML STESENS, A VÁZQUEZ
- 0061 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR VÍA AÉREA ARTIFICIAL POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL ESTATAL Y PRIVADO. SALTA, CAPITAL. AÑO 2006**
JE TEJERINA
- 0139 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL RELACIONADO CON EL EMBARAZO EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL NUEVO HOSPITAL EL MILAGRO AÑO 2006**
EB FLORES, EL MOYANO, MC MAMANI, AN PISTAN

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO02

Enfermería en UCI II

FOYER DE SALONES

- 0173 LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA**
SM COCA, RA ABELDAÑO ZUÑIGA
- 0193 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA FLORA NOSOCOMIAL PROPIA. ROL DE ENFERMERÍA**
N GUANCA, A MIRANDA, F RASSI, R BARBOSA, F MAISARES
- 0196 MODIFICACIÓN INFECTOLÓGICA EN UNA UTI POSTERIOR A CAMBIOS CONDUCTUALES DEL PERSONAL DE SALUD**
C MOLINA, C TEODORO, G GAITAN, MA DEL VECCHIO, L MORENO, G GOMEZ, S RAMOS, D MANCUELLO, G PARABANO, S LUNA, A MANSILLA, G CAJAL, O SAENZ, M BARRAZA, E YANEZ, M CENTENO, M TORRES, N CARRIZO, S FRITZ, M KARUCHEK, A ROLDAN, A ARANDA, E PRESTABARUCO
- 0221 ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y AUTOCUIDADO DEL PACIENTE COLOSTOMIZADO**
ME GUANUCO, RA ABELDAÑO

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO03

Infecciones en UTI I

FOYER DE SALONES

- 0005 PRESENTACIÓN DE UN CASO DE SEPSIS POR ENTEROBACTERIA INFRECUENTE (PANTHOEA AGGLOMERANS)**

- P BOSCHERO, G MITILLI, S PÉREZ BETI, JI FRIZZA, JI MELE, M ONTIVERO, F TOLEDO, F CRIADO, DE FAINSTEIN, A BAEZA
- 0030 COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON NEUMONÍAS INTRAHOSPITALARIAS (NIH) TRATADOS CON ESQUEMA ANTIBIÓTICO (ATB) ACORTADO. RESULTADOS PRELIMINARES**
SE GIANNASI, EL SALAZAR SCHICCHI, ML SIERRA, MV PAZ, JA GRUCCI, LO CLARA, CL SALVATIERRA, JE SAN ROMAN, AO GALLESIO, MI STANELONI
- 0073 CASO CLÍNICO: MUCORMICOSIS, ENEMIGO OCULTO EN PACIENTES DIABÉTICOS**
M GOMEZ, A GOMEZ, A GOMEZ
- 0084 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (VE) DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (IH) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) VR CENTENO**
- 0085 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) POR ACINETOBACTER BAUMANII TRATADA CON TIGECICLINA, SERIE DE CASOS**
MH LAMACCHIA, RO FERNÁNDEZ, C SANCHEZ, MB GRILLI, L PARRA, JC ARJONA, J LEYTES, G BARCHIESI, A BATISTINI, WD VAZQUEZ
- 0100 ACINETOBACTER BAUMANII EN TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE UN BROTE. USO DE TIGECICLINA**
V CLAIRON, G ARANA, R GARCIA TURIELLA, D ROVIRA, J SCAPINI, E MATELJAN, A PADINGER

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO04

Infecciones en UTI II

FOYER DE SALONES

- 0107 ENFERMEDAD DE FOURNIER DEBEMOS PLANTEAR UN TRATAMIENTO AGRESIVO**
R GÓMEZ PAZ, M VILLALOBOS, J MENDEZ, C CORONEL, J VÁSQUEZ, S MARTINEZ, G ARBUÉS, G CASTELLANO, P MARTINEZ, M MUNARRIZ, L LAYÚS, V IM, J BUTERA, A GALLESIO
- 0129 ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA EN LA UTI S CASTRO**
- 0138 MENINGITIS BACTERIANA AGUDA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE. REPORTE DE CASO ÚNICO EN PACIENTE ADULTO**
JF LOSINNO, JL FERNÁNDEZ, AR CREMONA, OJ GRILLO, AA LEGARTO, DR MASTRANTONIO, CG FUNES, ME BLANCO
- 0143 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ASOCIADAS A FACTORES DE RIESGO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAN BERNARDO. PROVINCIA DE SALTA. ARGENTINA**
SF VILCA, C ALVERO, N GUERRERO, S GAMBOA, R LUCATTI, R CIMINO
- 0144 IDENTIFICACIÓN DE GÉRMENES INVOLUCRADOS EN LOS CASOS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAN BERNARDO. SALTA**
C ALVERO, SF VILCA, S GAMBOA, N GUERRERO, R LUCATTI, C ARIAS, R CIMINO
- 0165 MORTALIDAD DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES (GMR)**
RB PUYOL, GR ANDRICH, WJ COSCIO, HJM ALVAREZ, JM LOPEZ VERON, SE LAZZERI, LL SOSA, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, MA OJEDA, JA CIALZETA, JA OJEDA, SD RIBAK, FF FRANCO, OA PINI

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO05

Infecciones en UTI III

FOYER DE SALONES

- 0175 HANTA VIRUS EN TERAPIA INTENSIVA. RASGOS CLINICOS FRECUENTES**
M CABANA, D VARGAS, O TEJERINA

0078 ENFERMEDADES EMERGENTES: UN NUEVO DESAFÍO DIAGNÓSTICO

V HUICI, A AGUIRRE, L LEON CEJAS, A GAITE, M CABANA, D MARQUEZ, C SIVILA, S MERLO, G BEJARANO, G BARRIOS

0134 NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA (NET) – PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

G MARTINEZ, G VILLOLDO, P VENDRAMINI, M PORTUGAL

0176 BOTULISMO EN CÓRDOBA, PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

F FERREIRO, L URANGA, C VIOTTI, S FARIAS, S ZIDARICH, A MARTINOVICH

0179 "FASCITIS NECROTIZANTE NEUMOCOCCICA Y SHOCK SEPTICO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO". PRIMER CASO REPORTADO EN ARGENTINA

MC RISSO, G TORREALDAY, G MARTINEZ, D RODRIGUEZ, G HORNUS PLANELLS, M TORRES BODEN, A ARATA

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO06**Neumonología - Kinesiología Crítica I**

Foyer de Salones

0060 EDAD, EN UN FACTOR DE FALLO EN LA EXTUBACIÓN

D VIOLI, F RIOS, C PEREYRA, G SEGUI, S TANGREDI, P OKURZATY, E BARROZA, D LOSIO

0101 VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA

N TIRIBELLI, D VARELA, P ESCALANTE, R SANCHEZ, M BONO, M SABAN, A MARINO

0113 SINDROME PULMONAR POR HANTA VIRUS A PROPÓSITO DE UN CASO

MC MONTOYA, AC LICUDIS, H KUNCAR, S ARAUJO, M BELARDI, M DECIMA

0128 TUBERCULOSIS MILIAR EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

F MUÑOZ CASTILLO, V BORRAJO, L VARGAS, R NAVARRO, C AGUERO

0130 TRAQUEOSTOMÍA DILATACIONAL PERCUTÁNEA EN LA UTI

P BOSCHINI

0151 SINDROME DE EMBOLIA GRASA POSTERIOR A INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE MATERIAL OLEOSO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

HJM ALVAREZ, SE LAZZERI, LL SOSA, GR ANDRICH, WJ COSCIO, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, RB PUYOL, JA CIALZETA, JA OJEDA, MA OJEDA, JM LOPEZ VERON, FF FRANCO, SD RIBAK, OA PINI

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO07**Neurointensivismo I**

Foyer de Salones

0003 MIELINOLISIS PONTINA Y EXTRAPONTINA ASOCIADA A HIPOGLUCEMIA

A OLIVA, M WIENHAUSEN, E BISHELS, L ESPINOSA, G ZABERT, R VACA NARVAJA

0024 ENFERMEDAD DE MOYAMOYA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

W RIZZARDI, J VILLANUEVA, O PORFILIO, M CAPALBO, N PINCA, V ORTEGA, M PEIRANO

0037 EMPIEMA CEREBRAL

M ROMERO, A MARCOLINI, A JAIMES, D OLMOS, M LEIVA

0038 MIELITIS TRANSVERSA VS GUILLAIN BARRÉ, A PROPÓSITO DE DOS CASOS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS SIMILARES, QUE COMPARTEN DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

EA MAMANÍ, N FUENTE, JL GUTIERREZ, RM CASTRO

0049 VIDEOENDOSCOPIA CEREBRAL EN ADULTOS COMPLICADA CON CEREBRITIS PRESENTACIÓN DE UN CASO

D GONZALEZ, J RIOS, M CURONE, M SAEZ, C MORENO

0093 MENINGITIS POSTCRANEOTOMIA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS. INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

G VILLARREAL, S ROLANDO, J GRUARIN, S GONZALEZ, G VALIDO, P LEHRNER, S SALAVARRIA

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO08**Neurointensivismo II**

Foyer de Salones

0094 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS CEREBRALES DE DISTINTOS TERRITORIOS. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

D BARCA, G MITILLI, P BOSCHERO, S PÉREZ BETI, M ONTIVERO, J FRIZZA, JI MELE, M VAN'OTTEGHEM, DE FAINSTEIN, A DOMINGUEZ

0102 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN UN PACIENTE CON INFARTO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DE HEMISFERIO DOMINANTE

N PINCA, J VILLANUEVA, W RIZZARDI, O PORFILIO, M CAPALBO, H SANZ, A BOCCARDO, J GOLAND

0118 FACTOR VII RECOMBINANTE ACTIVADO PARA TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA EN NEUROCIURGÍA

M VILLALOBOS, L CAMPUTARO, M PAZ, M DE LA HERAS, C BARRIOS, L SIERRA, C SALVATIERRA, A GALLESIO

0119 MENINGITIS TUBERCULOSA A PROPÓSITO DE UN CASO

F TOMAS, I ROLLAN, J CASALI, S ARAUJO, MC MONTOYA, G HERRERA

0120 EXPERIENCIA EN EL USO DE R TPA EV EN ATAQUE CEREBRAL ISQUEMICO EN UN HOSPITAL PRIVADO DE SALTA

F TOMAS, J CASALI, I ROLLAN, J FLORIDIA, S ARAUJO, MC MONTOYA, G HERRERA

0121 HIPERAMONIEMIA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR ÁCIDO VALPROICO

M VILLALOBOS, L CAMPUTARO, D BAUZO, R GREGORI, L SIERRA, C SALVATIERRA, O GALLESIO

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO09**Nutrición - Metabolismo - Endócrino**

Foyer de Salones

0122 NUTRICIÓN PARENTERAL EN TERAPIA INTENSIVA

G RIOS PICAZA, O DISANTO, G IMBELLONI, A GORODNER, J PASCUZZI, G BORDA, H JUAREZ

0123 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN EQUIPO DE SOPORTE NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

P ASTEGIANO, P MAIDANA, R PANARIO, R AVILA, N CARRIZO, C CASTARATARO

0127 ¿SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS CALÓRICOS EN LA UTI?

PS CASTRO, S LARA, M CHAMUT, O CRISTALDI, M FLORES, A LOPEZ, N D'ESPOSITO

0145 TIROTOXICOSIS EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW DESENCADENADA POR NEUMONÍA COMPLICADA CON DISTRESS RESPIRATORIO Y SHOCK

J RISSO PATRÓN, P CASTRO, A FUNES, G ROBERT, N CATALDI, C SANTOS

0200 HEMORRAGIA DE GLANDULA SUPRARRENAL

OA GUANCA, C TORREGROSA, T NEMECEK, E ORMEÑO

0215 EFICACIA DEL USO DE UN PROTOCOLO DE CONTROL DE GLUCEMIAS EN PACIENTES CRÍTICOS

G SIBILA, M BONO, M SABAN, D VARELA, R SANCHEZ, A MARINO, N FALCON PEREZ

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO10**Obstetricia Crítica**

Foyer de Salones

0083 EMBARAZO Y PALUDISMO CON FALLA RENAL, HEPATICA Y HEMATOLOGICA

P RAMOS, MV ALVAREZ

0109 MIOCARDIOPATIA DILATADA PERIPARTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

- S MARTINEZ, M VILLALOBOS, J MÉNDEZ, C CORONEL, J VAZQUEZ, R GOMEZ PAZ, R LEÓN, M PEREZ, J BUTERA, A GALLESIO
- 0110 HEMORRAGIAS OBSTETRICAS GRAVES. NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
G SILBERSZAC, V CATANZARO, R PACHECO, O COLLIA, G VERDE, D PARODI, R CASTRO, D ZANLONGO, A TREJO, F CORDIVIOLA, G PASCALE, L RODRIGUEZ
- 0169 PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: USO DE FACTOR VII RECOMBINANTE ACTIVADO EN SANGRADO OBSTETRICO POR PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO**
L SILVA, M VELASQUEZ, L VIDAL, G BUSTAMANTE LABARTA, P CLEMENTTI, V RAMOS, G MARTINEZ, L FREIJO, S CASTAÑEDA, C CAÑAS, H SOSA
- 0177 METASTASIS CEREBRAL DE CORIOCARCINOMA**
EP ARÉVALO, FA LOIACONO, JC DALDIN, JI SAGARDÍA, NL CACACE
- 0178 FALLO VENTRICULAR IZQUIERDO COMO COMPLICACIÓN DE LA MICROANGIOPATIA TROMBOTICA EN EL EMBARAZO**
M CORRAL, J ROMERO, J ANGAROLA, L CAMPUTARO, J GOLUBICKI, D CERASO

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO11

Pediatría I

FOYER DE SALONES

- 0014 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA FATAL EN UN NIÑO DE 3 AÑOS**
GL FAGALDE, AF MOLINA, SG SANCHEZ, S GRANGER, P GALLARDO, M NACUSSE, M APESTEY, E LOPEZ, S MICELLI, G MERLETTI
- 0015 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESCONEXIÓN DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA (AVM) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
GL FAGALDE, AS REARTE, V ALBARRACIN, P GALLARDO, LS MARCOS
- 0016 PARAPLEJIA FLÁCCIDA AGUDA 2ARIA A LA APARICIÓN DE LESIONES DEL SÍNDROME DE BLUE RUBBER BLEB NAEVUS (BRBN) DE LOCALIZACIÓN ESPINAL**
GL FAGALDE, AF MOLINA, SG SANCHEZ, G CAMACHO, S TERÁN VEGA, J ESCUDERO, M NACUSSE, M APESTEY, G BOSCARINO, M BOENTE
- 0023 TROMBOEMBOLISMO ARTERIOVENOSO DE MIEMBROS INFERIORES. AUTORES:OLIVIERI MARÍA SILVIA, MARCOS LORENZO SANTIAGO, QUARENGHI INÉS PATRICIA, RUIZ DIAZ EMILIANO. AFILIACIONES: OLIVIERI M.S: HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS, CAPITAL, TUCUMÁN, ARGENTINA. MS OLIVIERI**
- 0029 ENCEFALITIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE: RELATO DE UN CASO CLÍNICO**
S ESQUIVEL, A PANIGAZZI, J GIORGI
- 0035 MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES: PRESENTACIÓN DE UN CASO**
H RADRIZZANI, S ESQUIVEL, F ESPINOZA, D DÍAZ

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO12

Pediatría II

FOYER DE SALONES

- 0043 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**
E CERDA, A VÉLEZ, V ARIAS, C PRADILLA, F LAFFAYE, G KALTENBACH, D ALLENDE
- 0054 FASCITIS NECROTIZANTE POSTQUIRÚRGICA EN UNA NIÑA**
C PRADILLA, A VÉLEZ, E CERDA, G KALTENBACH, G LAFFAYE, D ALLENDE
- 0059 SHOCK SEPTICO POR COINFECCIÓN VIRAL: RELATO DE UN CASO CLÍNICO**
S ESQUIVEL, L BOZO, F ESPINOZA

- 0077 TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE (TECG) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)**
G CORREA, P GALLARDO, AS REARTE, V ALBARRACIN, V RODRIGUEZ, L MARCOS
- 0171 IMPLEMENTACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INJURIA PULMONAR EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS**
JE MERITANO, R NIETO, GP PEREZ, CL SOLANA, NA DINERSTEIN
- 0114 HEMOFILIA ADQUIRIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
A TABOADA, P CASTELLANI, M MARTINEZ, C PELTZER, MF PODESTÁ, M RABINO, O RECUPERO

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO13

Pediatría III

FOYER DE SALONES

- 0117 SEPSIS SEVERA E INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
M RABINO, P CASTELLANI, C PELTZER, MF PODESTÁ, A TABOADA, O RECUPERO
- 0149 DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DEL VENTRÍCULO DERECHO**
RF JAÉN, CA CHEDE, MG GHIGGI, S CASTELLANO, A RUIZ CLAVIJO
- 0150 TRATAMIENTO DE COAGULOPATIA ASOCIADA A LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA CON FVII ACTIVADO RECOMBINANTE (RFVIIA)**
RF JAÉN, MJ OLANO, R BURGOS PRATTS, R MAGLIOLA
- 0159 BOTULISMO POR HERIDAS EN UN NIÑO**
S REGLINER, P RUST, M AYUP, A VÉLEZ, D ALLENDE, J CABELLO
- 0160 MIASTENIA GRAVIS COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA EN PEDIATRÍA**
V RODRIGUEZ, P GALLARDO, G CORREA, V ALBARRACIN, AS REARTE, F CASTRO, L MARCOS
- 0225 OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR TIROIDES LINGUAL**
RF JAÉN, C CHEDE, S CASTELLANO, G RIVELLO, A RUIZ CLAVIJO

24/08/2007 - 13:00 a 14:00

RECORRIDA DE POSTERS PO14

Trasplantes - Toxicología - Nefrología

FOYER DE SALONES

- 0152 PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO CON UNA LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**
D RODRIGUEZ, D RODRIGUEZ, G CUETO, G NUÑEZ, O INVENTARZA, J LENDOIRE, A ARATA
- 0154 CASO CLÍNICO: PACIENTE CON TRASPLANTE HEPÁTICO Y LESIONES NEUROLÓGICAS MULTICAUSALES**
CL SALVATIERRA, SE GIANNASI, OA GALDAME, D BAUSO, AC GADANO, L REZZONICO, FD GOLDENBERG, JE SAN ROMAN, AO GALLESIO
- 0156 SÍNDROME SEROTONINERGICO SECUNDARIO A EXTASIS. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO CON COMPLICACIONES SEVERAS**
G MARTINEZ, G TORREALDAY, C COZZANI, A ARATA
- 0189 INTOXICACIÓN POR "EXTASIS". PRESENTACIÓN DE CASOS**
G IZZO, C DE FILIPPO, G SALINAS, S SANTAGIULIANA, A SANTA-MARIA, S SILLITI, D NOVAL, A RAMOS, S ILUTOVICH
- 0206 ALGUNOS ASPECTOS DESTACABLES DE LA HEMODIÁLISIS EN TERAPIA INTENSIVA**
M MARONI, R DÍAZ CORTEZ, D PISCIOTTANO
- 0214 INTOXICACIÓN CON HONGOS SILVESTRES. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS**
LO REZZONICO, OA GALDAME, SE GIANNASI, CL SALVATIERRA, JC BANDI, A VILLAMIL, AO GALANO

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO15

Bioética - Gestión, calidad y scores - Docencia I

FOYER DE SALONES

- 0209 EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS VISTO POR LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL 2007**
D PISCIOTTANO, R DÍAZ CORTÉZ, D WEISSBROD, M MARONI
- 0234 PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS CRÍTICOS**
CW SORIA, R BELLONI, G ELGUE QUIAN
- 0019 CORRELACIÓN DE TRES INDICADORES PRONÓSTICOS CON NIVEL DE INTERVENCIONES TERAPEUTICAS**
C SANCHEZ, RO FERNÁNDEZ, MH LAMACCHIA, L PARRA, MB GRILLI, JC ARJONA, J LEYTES, G BARCHIESI, A BATISTTINI, WD VAZQUEZ
- 0033 INFLUENCIA DE LA EDAD AVANZADA EN LA EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA**
AJ CARUSO, EA ADAMOLI, U ALEGRE ESCOBAR, R FIORENTINO
- 0068 ESTRATEGIA PARA EL ARRIBO DE LOS PACIENTES A LA UCI OPTIMIZANDO EL TRASLADO AEROSANITARIO (TAS)**
C CASTARATARO, M PAZ, M BANCHERO, C BARRIOS, R FERNANDEZ, J MANSILLA, H MORENO, Y TEVEZ, D REYES

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO16

Bioética - Gestión, calidad y scores - Docencia II

FOYER DE SALONES

- 0079 VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE INFORMES Y ATENCIÓN MÉDICA EN UNA SALA DE EMERGENCIAS**
F SALTARINI, G CARQUEJEDA, E PESAT, A SABRA, J GONZALEZ, D BARBIERI, M HEINZEN, V BERTOZZA
- 0184 APACHE II EN CUIDADOS INTERMEDIOS COMO PREDICTOR DE REINGRESO DE URGENCIA A CUIDADOS INTENSIVOS**
ME BRAÑA, R MATTEI, N ARIAS, L AGUIRRE, D RODRIGUEZ, G QUEIROZ, R FIORENTINO, MC DURÉ, A NISHIOKA, J DÍAZ, A ARATA
- 0235 DISPOSICIÓN DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS EN EL SERVICIO DE INTERNACIÓN TERCER PISO ALA "A" DEL NUEVO HOSPITAL EL MILAGRO SALTA AÑO 2007**
JS ESCALANTE, EL MOYANO
- 0162 PERCEPCIÓN DEL DOCENTE EN TERAPIA INTENSIVA**
L CAMPUTARO, G CHIAPPERO, G BORENSTEIN
- 0163 ¿QUÉ PERCEPCIÓN TIENEN LOS RESIDENTES DEL META ANÁLISIS?**
L CAMPUTARO, J ANGAROLA

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO17

Infecciones en UTI IV

FOYER DE SALONES

- 0190 PRESENTACIÓN DE UN CASO DE EMPIEMA SUBDURAL COMO COMPLICACIÓN DE MENINGITIS NEUMOCOCCICA EN LA ERA POST ANTIBIOTICA**
S SANTAGIULIANA, G IZZO, C DE FILIPPO, G SALINAS, A SANTAMARIA, P SCAPELLATO, M BERTE, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0194 ZONA ENDÉMICA PARA LEPTOSPIROSIS E INUNDACIÓN PELIGROSA ASOCIACIÓN**
M FILIPPI, G MORERA, F ROJAS, G REITMANN, R AVILA, C CASTARATARO
- 0195 SHOCK SEPTICO ASOCIADO A HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS**
AM PALAZZO, C SMITH, EM BRUNEL, C NOZIERES, H MENDOZA, F BALLESTERO, M CHERTCOFF, JF CHERTCOFF, D WALL, V CAMPOLO GIRARD, RW ZAMBON, MA BLASCO, JE UBALDINI

0212 ¿EL CATÉTER VENOSO CENTRAL ES UN FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CRÍTICOS?

M BONO, DANI VARELA, A MARINO, R SANCHEZ, M SABAN, E NORMANTAS, P ESCALANTE

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO18

Infecciones en UTI V

FOYER DE SALONES

- 0219 PERICARDITIS AGUDA RECIDIVANTE Y TUMOR INTRATORÁCCICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
C BRUNO, D GONZÁLEZ, M CURONE, J MEDRANO
- 0240 ESTUDIO DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE MICROORGANISMOS INVOLUCRADOS EN LAS INFECCIONES INTRA-HOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAN BERNARDO. SALTA**
SF VILCA, C ALVERO, C ARIAS, R CIMINO, S GAMBOA, N GURRERO, R LUCATTI
- 0241 DISTRES RESPIRATORIO COMO ÚNICA PRESENTACIÓN EN UN CASO DE LEPTOSPIROSIS**
M CORRAL, M FERNANDEZ, J ROMERO, V GRANDO, H NUÑEZ, G REY KELLY, N RAIMONDI, D CERASO
- 0242 AISLAMIENTO BACTERIOLOGICO EN UNA UTI**
P RAMOS, J RODRIGUEZ

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO19

Neumonología - Kinesiología Crítica II

FOYER DE SALONES

- 0188 BLOQUEO NEUROMUSCULAR PROLONGADO POSTOPERATORIO POR ATRACURIUM EN UN PACIENTE CON ACIDOSIS**
F RASSI, F VASVARI, L CORNEJO
- 0157 SDRÁ POR HANTAVIRUS: SITUACIÓN DE LA PROVINCIA DE JUJUY**
RM VELASCO, M BELLONE, D CARRILLO, I IBAÑEZ, ME FANDIÑO, G GARCIA DIAZ, G JEREZ, C VEGA SAUER, A PEREYRA, C LOBATON, C OVIEDO
- 0166 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV): MORTALIDAD SEGÚN ESQUEMA ANTIBIÓTICO EMPÍRICO INICIAL**
JM LOPEZ VERON, GR ANDRICH, WJ COSCIO, HJM ALVAREZ, RB PUYOL, SE LAZZERI, LL SOSA, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, JA CIALZETA, MA OJEDA, JA OJEDA, SD RIBAK, FF FRANCO, OA PINI
- 0199 CAUSAS POCO FRECUENTES DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN UTI. A PROPOSITO DE DOS CASOS**
S VÉLEZ, M MENDOZA, C DANIELSEN, R CRIST FOLI

26/08/2007 - 13:30 A 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO20

Neumonología - Kinesiología Crítica III

FOYER DE SALONES

- 0210 VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS**
W PAZ, M VAZQUEZ, N TIRIBELLI, D VARELA, P ESCALANTE, RI SANCHEZ, M BONO, M SABAN, A MARINO
- 0213 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA**
R SANCHEZ, N TIRIBELLI, D VARELA, P ESCALANTE, M BONO, M SABAN, E NORMANTAS, A MARINO
- 0216 TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES CRÍTICOS**
P ESCALANTE, M GUAYMAS, N TIRIBELLI, D VARELA, R SANCHEZ,
- 0222 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO Y TUBERCULOSIS MILIAR: REPORTE DE DOS CASOS**
JI SAGARDÍA, R TORRES, RM GODOY, A GONZALEZ, A MONTEVERDE

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO21

Neurointensivismo III

FOYER DE SALONES

- 0087 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: ANÁLISIS DE NUESTRA CASUÍSTICA**
L LEON CEJAS, A AGUIRRE, A HUICI, A GAITE, M CABANA, M CABANA, D MARQUEZ, S MERLO, G BEJARANO, G BARRIOS, A PLAZA, E ALANCA Y
- 0125 INJURIA PENETRANTE DE CRÁNEO POR HERIDA DE ARMA BLANCA (IPC HAB) REPORTE DE TRES CASOS**
P LAVASELLI, R DEL BOCA, P PAHNKE, C GÓMEZ, E LACOMBE
- 0135 MENINGITIS FULMINANTE POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO NO B**
F SALDARINI, J VAZQUEZ, G CARQUEIJEDA, E PESAT, C ALFONSO, V YERNASIAN, A SABRA
- 0142 OTRAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO**
L OBREGÓN, F MUÑOZ CASTILLO, R NAVARRO, L VARGAS
- 0164 HEMORRAGIA SUBARAGNOIDEA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD GLOBAL**
C VIOTTI, L URANGA, F FERREIRO, S FARIAS, S ZIDARICH, A MARTINOVICH

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO22

Neurointensivismo IV

FOYER DE SALONES

- 0185 RÁPIDA MEJORÍA DE LOS SINTOMAS PREDICE BUEN PRONÓSTICO A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL BAJO TRATAMIENTO CON ALTEPLASA**
P CLEMENTTI, S ZURITA MARTÍNEZ, M VELÁSQUEZ, L VIDAL, C CAÑAS, S CASTAÑEDA, H SOSA, G BUSTAMANTE LABARTA, V RAMOS, L SILVA, G MARTÍNEZ
- 0217 ECLAMPSIA Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**
IN NIHANY, N VITTAL, A TEILETCHE, M BARATELLI, V PARISI, C RUGILO, S BERNER, B DORFMAN
- 0228 ANÁLISIS DEL MONITOREO Y EL RESULTADO EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS**
M PESOA, P BAMBACI, L SANTOS, D NEILA, D DIULIO, E AMUNDARAIN
- 0230 EMBOLIA AÉREA VENOVENOSA SISTEMICOCEREBRAL LUEGO DE PROCEDIMIENTOS VENOSOS MENORES COMO CAUSA NO DESCRIPTA DE DETERIORO DEL SENSORIO: DOS CASOS**
E CIFRÉ, M TRIVISAN, H COSTA, A GALAVERNA, S BENITEZ

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO23

Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM I

FOYER DE SALONES

- 0002 ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA EN UN TRABAJADOR DE LA SALUD**
MA CARIDI, B RICCI, J VECCIO, G BENCHETRIT
- 0020 LACTATO SERIADO (LAC+) Y CLEARANCE DE LACTATO (CLLAC+) COMO INDICADORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA**
RO FERNÁNDEZ, MH LAMACCHIA, L PARRA, MB GRILLI, JC ARJONA, J LEYTES, G BARCHIESI, A BATTISTINI, C SANCHEZ, WD VAZQUEZ
- 0062 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE LA SEPSIS, NUESTROS RESULTADOS A LA LUZ DE LA "CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS"**
M KENAR, M BELLONE, S BLEJMAN, R RABUFFETI, D ROVIRA, O DISANTO, E MANRIQUE, F VASVARI, C GALLETTI, E SOLOAGA, C BEVILACQUA, J ALBA, F NUÑEZ, M PRETEL

0067 ETIOLOGÍAS MAS FRECUENTES DE SEPSIS Y TIEMPO DE RESPUESTA EN LA REANIMACIÓN AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

E MANRIQUE, M BELLONE, S BLEJMAN, R RABUFFETI, D ROVIRA, M KENAR, O DISANTO, F VASVARI, C GALLETTI, E SOLOAGA, F NUÑEZ, C BEVILACQUA, J ALBA, M PRETEL

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO24

Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM II

FOYER DE SALONES

- 0071 TERLIPRESINA EN EL SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO A CATECOLAMINAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
JF SINNER, C SALVATIERRA, J OCHOA, ML SIERRA, E SAN ROMAN, M BUTERA, A GALLESIO
- 0168 CATÉTER SWAN GANZ Y MORTALIDAD POR NEUMONÍA CON SHOCK**
SD RIBAK, GR ANDRICH, WJ COSCIO, HJM ALVAREZ, RB PUYOL, JM LOPEZ VERON, SE LAZZERI, LL SOSA, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, MA OJEDA, JA CIALZETA, JA OJEDA, FF FRANCO, OA PINI
- 0211 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DIRIGIDO A UN OBJETIVO TEMPRANO, CORTICOIDES, CONTROL DE LA GLUCEMIA Y PROTEÍNA C HUMANA RECOMBINANTE ACTIVADA EN UN GRUPO DE PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS CON SHOCK SÉPTICO Y FALLA ORGANICA MÚLTIPLE**
J ALBA, C JAIME, S GONZALEZ, S LOPEZ, M MALDONADO, J MENDEZ

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO25

Trauma - Cirugía - Hemorragia Crítica I

FOYER DE SALONES

- 0004 USO DEL FACTOR VII RECOMBINANTE EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**
G MITILLI, P BOSCHERO, D BARCA, S PEREZ BETI, M ONTIVERO, J FRIZZA, JI MELE, F CRIADO, DE FAINSTEIN, R BARONI, M BARTOMIOLI
- 0028 "ESÓFAGO NEGRO" EN LA UCI, UN CASO INUSUAL DE NECROSIS ESOFÁGICA Y SHOCK**
M WALLBERG, M THOMÉ, S NANI, M BLASCO, F VILLAREJO
- 0039 TRAUMATISMO DE TORAX CERRADO CON RUPTURA TRICUSPIDEA TARDÍA**
A MARCOLINI, S ROMERO, A JAIMES, D OLMO, M LEIVA
- 0082 EFICACIA DE LA ESCLEROTERAPIA Y LA LIGADURA ENDOSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL POR HEPATOPATÍA CRÓNICA**
J BERRETA, D KOCIAC, G MORALES, MV LAPLACETTE, MF VAZQUEZ, P GIMENEZ, P SALGADO, O TUMILASCI
- 0095 ¿CUANTAS VÍCTIMAS SE NECESITAN PARA DEFINIR UN DESASTRE?**
D DUARTE, G FILIPPA, J NEIRA, I PREVIGLIANO, J BALBI, A MONTES, R MALTEZ, V ALONSO, A ALBERGUCCI, F PLANO, R ZAMBON, E MANRIQUE

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO26

Trauma - Cirugía - Hemorragia Crítica II

FOYER DE SALONES

- 0116 SÍNDROME DE PSEUDOCLUSIÓN AGUDA DE COLON (SIND. DE OGILVIE): PRESENTACIÓN DE UN CASO**
G FILIPPA, D DUARTE, A ALBERGUCCI, J BALBI, A MONTES, R MALTEZ, M FELLNER, V ALONSO, C VIOL
- 0133 PROYECTIL INTRACARDÍACO RETENIDO. UNA RARA PRESENTACIÓN EN PACIENTES CON HERIDA DE ARMA DE**

FUEGO TORACICA QUE ARRIBAN CON VIDA AL SERVICIO DE GUARDIA

R AVILA, C CASTARATARO, N CARRIZO, B MORONI, CA BECKER

0155 PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL SUPERIOR: ESTALLIDO DE ATLAS EN ANCIANO CON CONSULTA TARDÍA Y AMBULATORIA

M VELASQUEZ, L VIDAL, G BUSTAMANTE LABARTA, C CAÑAS, S CASTAÑEDA, P CLEMENTTI, G MARTINEZ, L SILVA, V RAMOS, D YUFRA, G BOCCARDO

0183 INCIDENTALOMAS EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO. INFORME DE DOS CASOS

P PAHNKE, R DEL BOCA, C GOMEZ, D VELASQUEZ, E LACOMBE, P LACOMBE

0201 SINDROME COMPARTIMENTAL AGUDO DE LA PIERNA EN HERIDO DE BALA CON FRACTURA EXPUESTA DE FÉMUR Y LESIÓN DE LA ARTERIA POPLÍTEA

M VAZQUEZ, M BONO, JD AZRIELEVICH

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO27

Unidad Coronaria I

FOYER DE SALONES

0058 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN MUJERES AÑOSAS

MA CARIDI, PA SURC

0091 INFARTO DEL VENTRICULO DERECHO COMPLICADO CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

C NOZIERES, F PÉREZ PRIETO, C SMITH, EM BRUNEL, MH PÉREZ, H MENDOZA, JC POLISZUCK, AM PALAZZO, RW ZAMBÓN, JU UBALDINI, MA VELTRI, G LEIVA

0092 OCLUSIÓN DE FISTULA ARTERIO VENOSA CON DISPOSITIVO AMPLATZER EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE ALTO GASTO

C SMITH, EM BRUNEL, C NOZIERES, AM PALAZZO, H MENDOZA, MH PEREZ, MA BLASCO, MF BALLESTERO, ED SOLOAGA, M CHERTCOFF, G MIGLIARO, JAG ALVAREZ, R SMITH, G LEIVA, JE UBALDINI, JF CHERTCOFF

0172 SHOCK CARDIOGENICO ASOCIADO A HIPOTIROIDISMO EN EL POST OPERATORIO DE UNA CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA

A OLIVA, E BISHELS, R BARRIENTOS, W BENITEZ, M WIENHAUSEN, L ESPINOSA, C PLOGER, G ZABERT, R VACA NARVAJA

26/08/2007 - 13:30 a 14:30

RECORRIDA DE POSTERS PO28

Unidad Coronaria II

FOYER DE SALONES

0218 VALOR PRONÓSTICO DE LA TROPONINA T A 30 DIAS EN PACIENTES MUJERES CON SOSPECHA DE SINDROME CORONARIO AGUDO

P GALLO, F RASSI, F VASVARI, R LEON DE LA FUENTE

0223 TRANSPOSICIÓN CORREGIDA DE LAS GRANDES ARTERIAS Y BLOQUEO AV CONGENITO EN EMBARAZADA A TERMINO CON FALLA VENTRICULAR DIASTOLICA AGUDA

P SPADA, M IZUS, J VILLANUEVA, D FERNANDEZ, H SANZ, J RAMIREZ, M CAPALBO, O PORFILIO

0010 SINDROME DE PLATIPNEA ORTODESOXIA (SPO)

RM CASTRO, FO ALANIZ

0131 TROMBOLISIS MECANICA DE RESCATE EN TROMBOEMBOLISMO DE PULMON RECURRENTE EN PACIENTE CON SINDROME DE KLIPPEL – TRENAUNAY WEBER

H MENDOZA, D WALL, EM BRUNEL, C NOZIERES, C SMITH, V CAMPOLO GIRARD, L MALDONADO, R VILLAGÓMEZ, AM PALAZZO, G MIGLIARO, JAG ALVAREZ, MA VELTRI, JE UBALDINI, JF CHERTCOFF

0002 ENFERMEDAD MENINGOCÓCCICA EN UN TRABAJADOR DE LA SALUD

MA CARIDI, B RICCI, J VECCIO, G BENCHETRIT
Galicia Salud

La meningococemia es endémica mundialmente. Producida por *Neisseria Meningitidis*, diplococo Gran negativo, aerobio. El comienzo rápido, la eventual evolución fulminante y la morbimortalidad justifican el temor a esta infección. La importancia epidemiológica del diagnóstico etiológico precoz radica en el tratamiento antibiótico específico y control de contactos para evitar un brote. Comunicamos el caso de una paciente con fiebre, petequias y deterioro del sensorio, con exposición laboral a meningococo. Comunicación de caso: Mujer sana, 47 años, microbióloga dedicada al procesamiento de muestras con meningococos. Consulta por hipertermia, petequias, deterioro sensorial. 24 horas antes: fiebre, astenia, mialgia intensa, náuseas, diarrea. Al examen: shock, síndrome purpúrico cara, tronco, miembros. No síndrome meníngeo. Laboratorio: leucocitosis. Hemocultivos: *Neisseria meningitidis* serogrupo B, LCR negativo. La cepa aislada fue remitida al ANLIS. Por PFGE se comprobó similitud en 2/32 cepas que procesó la paciente. Tratamiento: Ceftriaxone y apoyo inotrópico. Evolución: distress requiriendo 45 días de ARM, insuficiencia renal con hemodiálisis, coagulación intravascular diseminada, SIRS, pancreatitis, insuficiencia hepática y cardíaca, bacteriemia por *Serratia*, SAMR y *Candida*. Amputación ambas manos por gangrena seca. Discusión: El serogrupo B es la causa más frecuente de enfermedad meningocócica en los países en desarrollo. Indicadores de mal pronóstico: erupción petequeal diseminada, hipotensión, déficit de perfusión periférica y ausencia de meningismo. En la bibliografía se han encontrado al menos 15 casos de enfermedad meningocócica invasiva en microbiólogos que trabajaban con *Neisseria Meningitidis* aisladas de pacientes. Conclusión: Destacamos la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces, el trabajo multidisciplinario y reforzar las precauciones en el laboratorio de Microbiología general

0003 MIELINOLISIS PONTINA Y EXTRAPONTINA ASOCIADA A HIPOGLUCEMIA

A OLIVA, M WIENHAUSEN, E BISHELS, L ESPINOSA, G ZABERT, R VACA NARVAJA
Clínica Pasteur

Objetivos: Presentación de caso clínico. Material métodos: Se presenta el caso clínico de un paciente de 69 años de edad, de sexo masculino, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, no insulino-requiriente, de reciente diagnóstico, en tratamiento con glibenclamida 5 mg / día. Ingresa por guardia por deterioro del sensorio de 5 hs de evolución, con Glasgow 7/15 (V:1 - O:4 - M:2) y anisocoria con midriasis derecha. Ta=180/120 mmHg, FC= 80 lat/min, T=36,5, FR= 20/min. Se constata por haemoglucotest una glucemia= 0.40 g/l. Se procede a corregir la glucemia de inmediato y ante la falta de mejoría se procede a instrumentar la vía aérea, se realiza, además, una TAC de cerebro en la que se evidencia ligera leucoaraiosis periventricular, sin lesiones hemorrágicas apreciables. Evolución con hipoglucemia persistente durante las siguientes 24 hs, refractaria al tratamiento médico con soluciones glucosadas hipertónicas. Evolución con estado vegetativo persistente, con Glasgow 11/15 (V:1 - O:5 - M:5) por lo que se le realiza una RMN de encéfalo con contraste, donde se observa leucoaraiosis periventricular, con múltiples imágenes hipodensas lacunares en tercio anterior y medio de ambas coronas radiadas y centros semiovais; gliosis secular por sufriendo vascular en pedúnculos cerebrales. Discusión: La mielínolisis pontina y extrapontina se presenta, en general, en pacientes con alteraciones del metabolismo del sodio; pero también puede presentarse en otros trastornos del metabolismo de sustancias osmóticamente activas con lo es la glucosa. Se ha propuesto que los pacientes que desarrollan mielínolisis relacionada con hiponatremia o hipoglucemia, deben tener un trastorno en la capacidad de transporte celular de osmolitos. Conclusiones: Existen descriptos en la literatura, numerosos casos de este trastorno asociado a la hiponatremia, pero solo tres casos de mielínolisis asociada a hipoglucemia persistente.

0004 USO DEL FACTOR VII RECOMBINANTE EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA .PRESENTACIÓN DE UN CASO

G MITILLI¹, P BOSCHERO¹, D BARCA¹, S PEREZ BETI¹, M ONTIVERO¹, J FRIZZA¹, JI MELE¹, F CRIADO¹, DE FAINSTEIN¹, R BARONI², M BARTOMIOLI³

¹Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina, ²Instituto de Gastroenterología-Bahía Blanca-Buenos Aires-Argentina, ³Servicio Hematología y Hemoterapia. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina

Uso del FRVIIa en la hemorragia digestiva cataclísmica. A propósito de un caso. Introducción: el factor VIIa Recombinante ha sido reportado de utilidad en la hemorragia digestiva grave, sin embargo la oportunidad para la administración del mismo no está claramente determinada. Paciente de sexo masculino, filipino, de 33 años que ingresa por sepsis y hemorragia digestiva alta. Datos epidemiológicos: en los últimos 6 meses residió en Manila, Bahía (Brasil) y San Lorenzo (Sta Fé). Datos positivos al examen físico: febril, con hipotensión ortostática y con marcada esplenomegalia. Laboratorio de ingreso: Plaquetas: <30.000 mm³; GB: 2400/mm³. Hto: 30%. Hemocultivos desarrollan *Pantothoa Agglomerans*. FEDA: varices esofágicas grado II/III, no sangrantes, gastropatía hipertensiva. Hernia hiatal. Sin signos de sangrado activo. Ecografía: atrofia LD hepático. Esplenomegalia, hipertensión portal. Angioresonancia: trombosis de arteria hepática con grandes trayectos varicosos hacia el tórax. Se transfunde con 10 U de plaquetas y 3 U de GR. A las 12 hrs de su ingreso presenta nuevo resangrado por SNG, por lo que se indican 2,4 mg de Factor VIIa recombinante con cese inmediato del mismo. Nueva FEDA no muestra sangrado variceal. Evolución: banding esofágico a los 7 días de su ingreso. A los 7 días del mismo, desprendimiento de las bandas por lo que presenta sangrado masivo con shock hipovolémico. Se coloca sonda -balón de S-B-, se realiza primera sesión de esclerosis con AET. Se lo ventila mecánicamente durante 7 días. Permanece 4d con el Balón. Se repite la sesión de esclerosis sin re-sangrado. Alta a su domicilio en Manila en avión de línea. Comentario: Presentamos un caso en el cual a pesar de asociarse a plaquetopenia por hiperesplenismo, el uso del FRVIIa nos permitió lograr el cese de la hemorragia para luego acceder al tratamiento definitivo de las varices esofágicas. El FRVIIa debería contarse entre los recursos terapéuticos en las hemorragias digestivas que amenazan la vida, así como considerarlo en la profilaxis del resangrado hasta tanto se pueda acceder a la conducta terapéutica definitiva

0005 PRESENTACIÓN DE UN CASO DE SEPSIS POR ENTEROBACTERIA INFRECUENTE (PANTHOEA AGGLOMERANS)

P BOSCHERO¹, G MITILLI¹, S PEREZ BETI¹, JI FRIZZA¹, JI MELE¹, M ONTIVERO¹, F TOLEDO¹, F CRIADO¹, DE FAINSTEIN¹, A BAEZA²

¹Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina, ²Sección Bacteriología. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina

Caso clínico: paciente de sexo masculino de 33 años, oriundo de Filipinas. Trabajador embarcado en buque cerealero desde hace 7 meses con desembarco en puertos de Bahía (Brasil) y Rosario (Santa Fé). Ingres a nuestro servicio por cuadro febril sin foco evidente, asociado a plaquetopenia y hemorragia digestiva. Diagnóstico de ingreso: hemorragia digestiva, sepsis sin foco, hiperesplenismo. Los hemocultivos desarrollaron *Pantothoa Agglomerans* por lo que fue tratado con Ceftriaxona 2gr/d con buena evolución infectológica. Comentario: La *Pantothoa agglomerans* (*Enterobacter agglomerans*) es de presentación clínica infrecuente en nuestro país y sobre todo en forma de sepsis. La bibliografía muestra 3 casos en 5 años en el Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba. Brote de 9 casos (por tapones de algodón) en Korea. Artritis séptica en una niña de 12 años. Sepsis fulminante en UTI neonatal (Malasia). Peritonitis en pacientes dializados (Taiwán). La puerta de entrada habitual son las heridas infectadas producidas por plantas. Las enterobacterias son una especie bacteriana constituida por más de 30 géneros y 100 especies. Son Bacilos Gram negativos pleomórficos. Su hábitat es el sue-

lo, plantas, agua, el intestino del hombre y de animales. Factores Predisponentes para las Enterobacterias: Pacientes inmunocomprometidos. Enfermedades hematológicas, Neoplasias, Cirrosis. Insuficiencia renal crónica. Internaciones prolongadas, Técnicas diagnósticas y terapéuticas agresivas. Son Enteropatógenos humanos: Salmonella, Shigella y Yersinia. Son Microbiota habitual del tracto gastrointestinal: E.coli, Enterobacter, Klebsiella Citrobacter, Proteus, Serratia. Nuevas Enterobacterias: Kluyvera ascorbata, Cedecea davisae, Rahnella aquatilis, Moellerella wisconsinensis son las últimas cepas descriptas junto con la Panthoea Agglomerans siendo de presentación clínica infrecuente. Nuestro paciente presentaba enfermedad clínica subyacente y la posibilidad epidemiológica de contagio. La toma de cultivos precoces y de ingreso en los pacientes sépticos nos ha permitido un diagnóstico correcto y una terapéutica orientada bacteriológicamente.

0006 ¿SDRA TRANSITORIO O MEJORA MECANICA?

P. INSAURRALDE, B STEGMULLER, J LEYRIA, J VECCHIO
Unidad de Terapia Intensiva Adulto. Hospital Zonal Trelew.
Dr. Adolfo Margara. Chubut. Argentina.

Objetivo: Evaluar la evolución de los pacientes con SDRA que fueron sometidos a Reclutamiento Alveolar y Administración de PeeP a través de la confección de la curva Presión volumen dinámica. Material y Método: Estudio prospectivo observacional en el que se incluyeron 6 pacientes con diagnóstico de SDRA de acuerdo al CEA y Murray, en el período comprendido entre el 01/01/04 al 31/04/07. Una vez estabilizados hemodinámicamente se procedía a la confección de la curva p/v dinámica, identificación del punto de inflexión inferior, reclutamiento alveolar incremental y administración de PeeP. Se evaluó en dos tiempos, tiempo 0 al nivel basal de ventilación mecánica y al tiempo 1 posterior a la confección de la curva p/v dinámica y al reclutamiento alveolar, se consideró en ambos tiempos la Pafi y los cuadrantes ocupados. Resultado: del análisis comparativo entre los dos tiempos se observa un incremento promedio de la pafi de 161 rango (60-230). De la observación Rx de los cuadrantes ocupados en tiempo 0: los 4 cuadrantes ocupados de los 6 pacientes, en tiempo 1 resolución de los cuatro cuadrantes en cuatro pacientes y en dos de ellos persistió un cuadrante ocupado. Conclusiones: En la muestra estudiada se observa la resolución del cuadro de SDRA por Injuria Pulmonar Aguda, mediada por modificaciones ventilatorias llevadas a cabo por el reclutamiento alveolar y la administración de PeeP a través de la confección de la curva p/v.

0007 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 33 TRAQUEOSTOMÍAS QUIRÚRGICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS MONOVALENTE

A DOMÍNGUEZ¹, G MITILLI², D BARCA², JI FRIZZA², JI MELE², M ONTIVERO², S PÉREZ BETI², P BOSCHERO², F CRIADO², D FAINSTEIN², E CARRANZA³

¹Clínica Médica- HIGA "Dr. José Penna". Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina, ²Servicio Terapia Intensiva Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina, ³Cirujano de cabeza y cuello. Bahía Blanca. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: análisis retrospectivo de 33 traqueostomías quirúrgicas programadas realizadas en nuestro servicio en el período comprendido entre el 1ero de enero de 2006 hasta el 31 de diciembre del mismo año. Material y Método: se realizaron en el período de análisis 33 (treinta y tres) traqueostomías programadas, con la particularidad que todas fueron realizadas en la unidad de cuidados intensivos, por el mismo operador, un cirujano de cabeza y cuello con 25 años en la especialidad. Todos los pacientes recibieron sedo-analgésia si es que por encontrarse ventilados no la contaban al momento del procedimiento. Se utilizaron en todos ellos cánulas 8/9 con balón de baja presión. Resultados: Los resultados del grupo traqueostomizado se compararon contra los datos del SATI Q de igual período. Se traqueostomizaron quirúrgicamente en el período de análisis 33 p, 9 mujeres (27,3%) y 24 hombres (32,7%). Se realizaron además 2 traqueostomías percutáneas (distinto operador). TISS el día de la traqueostomía: 26,8. Día de la traqueostomía: 6,8 d (1-17). Días promedio en UTI: 18,6 días. (1-47 d) Días de VM de la población general: 6,93 d +/-10,63. Días de VM del grupo

traqueostomizado: 12,03 d. Mortalidad de la cohorte: 30% (mortalidad promedio del servicio según 18 meses de SATI Q: 10,8% y esperada por Apache: 20%). Complicaciones: 2 p: hematoma lateral de cuello enfisema subcutáneo. Neumonía asociada al ventilador en los pacientes traqueostomizados: 27,3% (9 P), 6 (66,6%) en pacientes neurológicos. NAV según SATI Q: 15,06% .

	Poblacion Gral	Traqueostomias
Edad promedio	62,2 a	59,4 a
Apache ingreso	14,8	15
TISS ingreso	22	24,8
Días en UTI	7,5 d	18,6 d
NAV	15,06%	27,3%
Mortalidad	10,8%	30%
Mort esperada	20%	20%

Comentario: 1- la traqueostomía percutánea con distintas técnicas, ocupa hoy una lugar principal en el manejo de la VA definitiva en UTI, sin embargo, en nuestra servicio, hemos mantenido la conducta de la traqueostomía quirúrgica realizada en la unidad. 2- La experiencia con las mismas demuestra la baja morbilidad de la técnica al mismo tiempo que se trata de un grupo de pacientes que tiene igual Apache de ingreso pero > TISS y mortalidad que la población general de nuestra unidad así como más días de VM. 3- El grupo traqueostomizado permaneció más días en UTI y tuvo el triple de mortalidad que la población general de la unidad. 4- La traqueostomía quirúrgica realizada por un cirujano entrenado (especialista de cabeza y cuello), puede realizarse en la unidad, con bajo costo, además de evitar traslados al quirófano de los pacientes críticos. 5- en cuanto al momento de realización de la misma, la conducta adoptada sigue siendo la propuesta por la bibliografía internacional en cuanto a precocidad (antes de los 7 días). En algunos pacientes con patología que lo justificara, se adelantó el procedimiento por decisión del staff de la unidad. (ej: Guillain Barre).

0009 ESTUDIO DE PACIENTES CON ANEMIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

MA ESTRIN, DR FENOGLIETTO, R ARIENTI, S CHALCO, E CASALDERREY, M BENITEZ, A CORONEL, C VALENTI
Hospital Santojanni, Departamento de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, Pilar 950, C.A.B.A

Objetivo: Los objetivos del presente estudio se detallan a continuación: Conocer la Incidencia de anemia en los pacientes internados en nuestra Unidad de Terapia Intensiva en un período determinado. Caracterizar el tipo de anemia, de acuerdo a los resultados de los índices hematimétricos efectuados en microcíticas, normocíticas y macrocíticas. Evaluar estadísticamente si existen diferencias en los índices hematimétricos, en pacientes sépticos y quirúrgicos. Material y método: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de pacientes de ambos sexos y cualquier edad, ingresados a nuestro servicio entre Septiembre a Diciembre de 2006, a los que se les solicitó valoración de índices hematimétricos, en caso de presentar anemia, a su ingreso. Criterios de Inclusión: Todo paciente ingresado a la sala, con valoración de índices hematimétricos en caso de presentar anemia. Criterios de Exclusión: Protocolo incompleto, con datos faltantes. Se efectuó valoración de índices hematimétricos en caso de presentar el paciente anemia la que fue definida como Hemoglobina menor a 14 g/dl en varones y a 12 g/dl en mujeres. El análisis fue efectuado en Laboratorio Central del Hospital, por medio de un contador hematológico Coulter, Modelo Gen-S. Se los clasificó en pacientes con anemia microcítica (VCM<80 fl), normocítica (VCM 80-100 fl) o macrocítica (VCM >100 fl). Posteriormente se evaluó por medio del Test de Anova, usando el paquete informático Statistica 6.0, si existían diferencias en los índices hematimétricos entre los pacientes sépticos y quirúrgicos. Resultados: Se protocolizaron 62 Pacientes de los cuales 53 presentaron anemia al ingreso, bajo los criterios citados, sobre estos se efectuó el análisis siguiente: N: 53. Masculinos: 31. Femeninos: 22. Edad: 58, DS 18. Apachell: 19,8 DS 8,5. Anemia Microcítica: N: 2 (3,7%). Normocítica: N: 50 (94,3%). Macrocítica: N:1 (1,8%). Test de Anova: Pacientes con y sin sepsis: F: 0,379, P: 0,92.NS. Pacientes con y sin cirugía: F: 1,429, P: 0,22 NS.

VARIABLE	MEDIA	DS	RESPECTO A VN
FERREMIA	42,5	27,9	NORMAL
TRANSFERRINA	152,1	142,8	DISMINUIDA
HTO	32,2	4,3	DISMINUIDO
HEMOGLOBINA	10,6	1,4	DISMINUIDO
VCM	88,5	6	NORMAL
RW	14,8	2,4	AUMENTADO
CHCM	32,2	2,4	NORMAL
%HCM	29,4	2,2	NORMAL
FERRITINA	471,2	393,4	AUMENTADA

Conclusión: Existe una alta incidencia de pacientes con anemia al ingreso en nuestra población analizada (85%), siendo la de tipo Normocítica, la más frecuentemente vista (94,3%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables hematológicas de pacientes sépticos y quirúrgicos con anemia en nuestra población de estudio

0010 SINDROME DE PLATIPNEA-ORTODESOXIA (SPO)

RM CASTRO, FO ALANIZ

Clínica Dr. Gregorio Maraón. Villa María. Córdoba

Introducción: Platipnea-Ortodesoxia es un síndrome raro, que se caracteriza por disnea y desaturación arterial en la posición de sentado o parado, mejorando cuando se adopta la posición de decúbito dorsal (DD). Está dado por shunt de derecha a izquierda (SD-I), a través de un foramen oval permeable (FOP), sin evidencia de gradientes de presión. Esto es permitido por un cambio en la arquitectura cardíaca durante la posición de sentado, que hace que el jet de sangre proveniente de la vena cava inferior se dirija hacia el FOP permitiendo el shunt. Objetivo: Presentar un caso clínico de una patología muy poco frecuente. Caso clínico: Paciente femenina de 78 años, con antecedentes de HTA y AIT, que posterior a una fractura espontánea de vértebra dorsal, presentó disnea que mejoraba en DD. Exámen físico y estudios complementarios habituales normales. Se le realizó TAC de torax y ecocardiograma transtoracico que mostraron crecimiento de aurícula izquierda y dilatación de raíz aórtica. La SPO2 en DD fue de 98% y sentada de 75% sin respuesta a O2 100%. El ecocardiograma transesofágico con contraste (burbujas), evidenció en DD FOP asociado a aneurisma del septum interauricular (ASIA), sin evidencia de SD-I. En posición de sentada se producía un gran SD-I a través del FOP, esto asociado a caída de la SPO2 y cianosis. El defecto fue corregido quirúrgicamente. Conclusión: Concluimos que la sintomatología presentada por la paciente correspondía a SPO. En este caso, varios factores patogénicos se asociaron para permitir SD-I sin gradiente de presiones: dilatación de la raíz aórtica, ASIA y aumento de la lordosis dorsal por las fracturas vertebrales. No se encontró en la literatura caso que reúna los componentes patogénicos mencionados. A pesar de su rareza, debe sospecharse SPO ante disnea y desaturación posicional.

0014 MICROANGIOPATIA TROMBOTICA FATAL EN UN NIÑO DE 3 AÑOS

GL FAGALDE¹, AF MOLINA¹, SG SANCHEZ¹, S GRANGER¹, P GALLARDO¹, M NACUSSE¹, M APESTEY¹, E LOPEZ¹, S MICELLI², G MERLETTI³

¹UCIP Sanatorio 9 de Julio de Tucumán, ²Nefrología Hospital del Niño Jesús de Tucumán, ³Laboratorio Hospital del Niño Jesús de Tucumán

Introducción: Las Microangiopatías trombóticas son trastornos oclusivos microvasculares que se caracterizan por la agregación sistémica o intrarrenal de plaquetas, trombocitopenia y rotura mecánica de los eritrocitos. En la Púrpura Trombótica Trombocitopénica (PTT), las lesiones son con predominio en SNC, en el SUH son a nivel circulación renal. Objetivo: Reporte de un caso de PTT en un niño pequeño. Caso Clínico: Niño de 3 años que ingresa a UCIP con tendencia al sueño, respiración espontánea, pulsos centrales presentes con periféricos ausentes, FC 180x, e hipotérmico. Presenta diarrea de 12 horas de evolución. Se administra O2 y se expande con SF a 60ml/kg. Diagnóstico de ingreso: Sepsis. Se solicita laboratorio. (Ver cuadro). A las 6 horas del ingreso presenta palidez cutáneo-muco-

sa, edema bpalpebral, deposiciones con estrías de sangre, confuso, sensorio alternante, score de Glasgow de 14/15, pupilas isocóricas reactivas, diuresis de 6ml/kg/hora. A las 12 horas Glasgow 13/15, fija mirada, responde a órdenes simples, temblor en miembro superior izquierdo, babinsky bilateral, hipertonia generalizada. Se solicita TC de cerebro. Comienza con descenso de la escala de Glasgow, se decide colocar al niño en ARM. Presenta disminución de la diuresis, se repite laboratorio y se interpreta al cuadro clínico como probable SUH. Comienza con trastornos hemodinámicas graves, se decide agregar drogas inotrópicas. Se plantea realizar plasmaféresis por tratarse de una Microangiopatía Trombótica tipo PTT. A las 48 horas del ingreso se realiza Hemodiálisis y plasmaféresis. Al tercer día del ingreso durante la plasmaféresis paciente con inestabilidad hemodinámica que requiere mayor cantidad de drogas inotrópicas, se decide suspender la plasmaféresis. El paciente presenta mayor inestabilidad hemodinámica, con PVC de 14cmH2O, sin respuesta a drogas Inotrópicas, realiza posteriormente un Paro cardíaco y fallece a las 72 horas del ingreso.

Laboratorio	Ingreso	6 horas	12 horas	24 horas	2do día	Pos diálisis
HTO	35%	35%	35%	30%	19%	29%
Plaquetas	120.000mm3		50.000mm3			50.000mm3
Leucocitos	16.300mm3		20.000mm3			
Urea	0,81	0,71	0,78	1,04	1,23	0,73
Creatinina					3,04	1,7
pH	7,23		7,39		7,22	7,30
Bicarbonato	25	19		22	14	13
Sodio	133	134	126	139	130	134
Potasio	3	3,4	3,6	3,4	4,6	2,8

Hospital Malbrán informa a los 7 días en materia fecal: ST E. Colli 0145: HNM; STX 2 (+); Factor EAE (+). Comentario: La Microangiopatía Trombótica, es una entidad poco habitual, tanto el SUH, como la PTT son importantes clínicamente por la elevada morbimortalidad. Es importante su reconocimiento precoz para un tratamiento eficaz. La diferencia entre PTT y SUH lo marca los estudios de función renal y la clínica neurológica, prevaleciendo en la PTT la alteración neurológica.

0015 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE DESCONEJIÓN DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA (AVM) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

GL FAGALDE, AS REARTE, V ALBARRACIN, P GALLARDO, LS MARCOS

UCIP Hospital del Niño Jesús de Tucumán

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos al implementar un protocolo de discontinuación de la AVM, analizar las causas relacionadas al fracaso y conocer los días totales de AVM en este grupo de pacientes. Materiales y Métodos: diseño intervencional no controlado. Criterios de inclusión: Pacientes de 1 a 180 meses que ingresan a nuestra UCIP entre el 01/06/04 y el 31/05/05 y que cumplen con los siguientes requisitos: AVM por más de 24 horas, resolución de la enfermedad que lo llevo a AVM, estabilidad hemodinámica, sin bloqueantes musculares por 24 horas, PIM< 25, PEEP< 5, FiO2<=0,5%, nivel de conciencia para mantener la vía aérea y proteger de la bronco aspiración, reflejo de tos presente. Criterios de exclusión: AVM > 21 días y/o menos de 24 horas, traqueotomizados A los pacientes que cumplían los criterios de inclusión se les realizaba una Prueba de Ventilación espontánea (PVE) de 60 minutos. Se realizó el análisis estadístico en el programa SPSS 9.0. Resultados: Durante el periodo estudiado se realizaron 100 PVE, el 48% pacientes del sexo masculino. La mediana de edad fue de 11,5 meses (rango 1-144 meses). El PIM tuvo una media de 10,8%. El 42% de los niños fueron a AVM por patología Respiratorias (Bronquiolitis 23% y Otros 19%), Trauma el 13%; Neurológicos y cardiovascular el 16% respectivamente y otros (sepsis, postquirúrgicos etc.) el 13%. En 3 pacientes se realizaron 2 PVE. El 88% de las PVE fueron exitosas realizándose la extubación, no requiriéndose un nuevo episodio de AVM. El 12 % restante fueron reintubados dentro de las 48 horas considerándose fracaso de la discontinuación de la AVM. La AVM tuvo una media de 6 días, un mediana de 4, para una media en los

6 meses previos de 7 días, sin ser esto estadísticamente significativo. Las causas de fracaso de la discontinuación fueron: Insuficiencia respiratoria baja 4 pacientes, obstrucción respiratoria alta 4 pacientes, alteraciones neurológicas 3 pacientes, mal manejo del dolor 1 paciente. El fracaso en la extubación no tuvo significación estadística si lo relacionamos con el diagnóstico, la edad, o el PIM de ingreso. El fracaso de la desconexión de la AVM mediante la PVE fue mayor a más tiempo de AVM, la PVE fue exitosa en el 88% de los pacientes con una AVM de menos de 7 días. La PVE fracaso en el 45% de los pacientes de más de 7 días de AVM siendo esto estadísticamente significativo, con un valor de $p=0,012$. Conclusión: En nuestra Unidad mediante la implementación de un protocolo de discontinuación de la AVM a través de una PVE se pudo desconectar exitosamente de la AVM al 88 % de los pacientes. Las causas de fracaso más frecuente fueron la insuficiencia respiratoria baja y la obstrucción respiratoria alta sin mostrar significación estadística. La media de AVM en nuestra unidad fue de 6 días, para una media en los 6 meses previos de 7 días, sin ser esto estadísticamente significativo. Agradecemos el análisis estadístico a Lic. Adriana Elías de la Cátedra de Bioestadística de la Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia de la UNT.

0016 PARAPLEJIA FLÁCCIDA AGUDA 2ARIA A LA APARICIÓN DE LESIONES DEL SÍNDROME DE BLUE RUBBER BLEB NAEVUS (BRBN) DE LOCALIZACIÓN ESPINAL

GL FAGALDE¹, AF MOLINA¹, SG SANCHEZ¹, G CAMACHO¹, S TERÁN VEGA¹, J ESCUDERO¹, M NACUSSE¹, M APESTEY¹, G BOSCARINO², M BOENTE³

¹UCIP Sanatorio 9 de Julio de Tucumán, ²Cirugía Sanatorio 9 de Julio de Tucumán, ³Dermatología Hospital del Niño Jesús de Tucumán

Introducción: Se define como "blue rubber bleb naevus" (BRBN) o "síndrome de Bean a la asociación de hemangiomas cutáneos y del tracto gastrointestinal, capaz de cursar con hemorragias intestinales. Esta entidad es infrecuente y su gravedad depende del desarrollo de las complicaciones intestinales en forma de hemorragias que pueden llegar a ser cataclísmicas. Los BRBN pueden presentarse aislados o ser cientos con predilección por el tronco y por las extremidades superiores. Varían en tamaño pudiendo ser planos, elevados o pedunculados. Habitualmente son blandos o presentan una escama tenue en superficie. El color es variable oscilando del rojo, al púrpura, al azul e incluso al negro. Además de las localizaciones típicas donde se desarrolla el BRBN se han descrito en infrecuentes localizaciones como en vulva, pie, vejiga, y en la médula espinal. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico de compresión medular de resolución clínica. (32). **Caso Clínico:** Paciente varón de 15 años de edad que ingresa a UCIP con Paraplejía flácida de 12 horas de evolución, acompañado de dolor lumbar y anuria. Al examen físico presenta signos vitales normales, múltiples lesiones azuladas de consistencia gomosa en miembros y tronco, a nivel abdominal globo vesical. En miembro inferior izquierdo, parálisis flácida, ROT (-). En miembro inferior derecho paresia hiporeflexica, ROT (-). Se realiza RMN y se inicia Tratamiento con Corticoides. Laboratorio: HTO: 35%, TP y KPTT normales, Fibrinógeno normal y Dímero D 20mg/dl. A las 24 horas paciente con ROT (+) bilateral y mejor movilidad de ambos MI. La RMN informa lesión ocupante de espacio en conducto raquídeo, a nivel D4 a D6-7, extradural, posterolateral derecho que desplaza y comprime cordón medular a izquierda. También se evidencia edema focal. Debido a las características de la enfermedad de base se adopta conducta expectante aumentando los corticoides a 3mg/kg/día. Al 5to día paciente con motilidad y sensibilidad conservadas, ROT (+), deambula, sin micción espontánea. Recupera micción espontánea al 10mo día de corticoides. **Comentario:** Es una rara forma de presentación del Síndrome de Bean en donde la opción quirúrgica no fue la alternativa inicial debido a las características clínicas de la enfermedad que suele responder con disminución del tamaño de las lesiones con tratamiento médico. Su interés radica en el valor semiológico que las lesiones visibles pueden tener para orientar el diagnóstico de otras, no visibles, y capaces de determinar cuadros clínicos en los que el diagnóstico correcto puede realizarse mediante el conocimiento adecuado del problema.

0019 CORRELACION DE TRES INDICADORES PRONOSTICOS CON NIVEL DE INTERVENCIONES TERAPEUTICAS

C SANCHEZ, RO FERNÁNDEZ, MH LAMACCHIA, L PARRA, MB GRILLI, JC ARJONA, J LEYTES, G BARCHIESI, A BATTISTINI, WD VAZQUEZ

Hospital Español de Mendoza

Objetivo: Valorar la correlación de APACHE II, SAPS II y APACHE III y su relación con el nivel de esfuerzo terapéutico medido según TISS 28. **Materiales y métodos:** Se analizaron retrospectivamente los pacientes ingresados a UTI, entre junio de 2005 y marzo del 2007. Para cada uno se registraron datos demográficos, diagnóstico de ingreso, patología (quirúrgica programada o urgente, médica o politrauma), APACHE II, III y SAPS II, TISS 28 diario, estadía en UTI y evolución, (sobreviviente o fallecido). Las variables cuantitativas se expresan como medianas y percentiles 25-75 o medias y desvío estándar según corresponda. Para su análisis se utilizó test de U de Mann-Withney. El grado de correlación de las variables se analizó mediante rho de Spearman. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Fueron estudiados 480 pacientes, 55,0% de sexo masculino. La edad fue de 61,79 (P25-75 49,0-77,00) años. Las patologías se distribuyeron en médica, 62,3%, cirugía de urgencia 16,3%, cirugía programada, 13,1 % y politrauma, 8,3 de los casos. Las medianas de cada indicador y su probabilidad de morir calculada fueron, APACHE II, 12 (7-18), probabilidad: 12% (5-25,75); APACHE III, 32 (21-49), probabilidad: 6,72% (1,90- 18,36); SAPS II, 31 (21-42), probabilidad 11,68% (4,18-38,55), TISS 28, 17 (14-23), respectivamente. El APACHE III fue el "score" que mostró mayor correlación con el TISS 28, rho de Spearman, 0,481, ($p < 0,000$) y mejor aún con su promedio de las primeras 48 hs, rho de Spearman 0,563, ($p < 0,000$). Al dividir a los pacientes según su tipo de patología al ingreso, en trauma, cirugía programada o de urgencia y causa médica. Los tres indicadores separaron dos poblaciones claramente diferenciadas en cuanto a puntaje y probabilidad de morir, por un lado pacientes politraumatizados y con patología médica, con puntajes mas altos y mayor probabilidad de morir y por el otro los pacientes quirúrgicos (programado o urgente). El TISS 28 de las primeras 24 hs. y su promedio de las primeras 48 hs fue significativamente mayor para los pacientes politraumatizados, 28,93±7,94 y 24,45±7,82, $p < 0,01$. Nuevamente el APACHE III mostró la mejor correlación con los niveles de TISS 28 particularmente en traumatizados; rho de Spearman, 0,713, ($p < 0,000$); TISS 28 promedio 48 hs, rho de Spearman 0,748, ($p < 0,000$). **Conclusión:** 1) El APACHE III mostró la mejor correlación con el nivel de intervenciones terapéuticas en la población general y en el subgrupo de pacientes politraumatizados.

0020 LACTATO SERIADO (LAC+) Y CLEARANCE DE LACTATO (CLLAC+) COMO INDICADORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES QUIRÚRGICOS INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA

RO FERNÁNDEZ, MH LAMACCHIA, L PARRA, MB GRILLI, JC ARJONA, J LEYTES, G BARCHIESI, A BATTISTINI, C SANCHEZ, WD VAZQUEZ

Hospital Español de Mendoza

Objetivo: Evaluar los niveles seriados de Lac+ y el CLLac+ a las 12 horas de estadía en UTI, como indicadores pronósticos en pacientes quirúrgicos ingresados a Terapia Intensiva. **Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional desde noviembre 04 a marzo 07, incluyendo pacientes en posoperatorio inmediato con una permanencia mayor a 24 horas en la UTI. Se registraron, tipo de cirugía, signos vitales, expansión con fluidos y balance hídrico durante las primeras 24 hs, estadía y evolución en UTI. Se obtuvieron dos muestras de sangre en cada paciente, al ingreso (M0) y luego de 12 hs en la UTI, (M12) para gases en sangre, estado ácido base y Lac+. Se calculó el CLLac+ de acuerdo a fórmula: $CLLac+ = Lac+(0) - Lac+(12) \times 100 / Lac+(0)$. **Análisis estadístico:** Las variables continuas se expresan como medianas ± percentiles 25 y 75% (P25-75) o medias ± Desvío estándar (DS), según corresponda. Para su análisis se utilizó U de Mann-Whitney. Se consideró significación estadística $p \leq 0,05$. **Resultados:** Fueron ingresados 332 pacientes en posoperatorio inmediato, 65,1% como cirugía programada y 34,9% urgente. La

edad fue de 64,0 (51-73) años, el 57,2% pertenecían al sexo masculino. El APACHE II fue de 10 (6-14) puntos con una mortalidad esperada igual al 11%. La mortalidad observada alcanzó el 9,6%, (32 pacientes). Los diagnósticos posoperatorios más frecuentes fueron, para cirugía electiva, resección de neoplasia de cualquier segmento del tubo digestivo (65 pacientes) y para las urgentes perforación u oclusión del tracto gastrointestinal (49 pacientes). En los pacientes sometidos a cirugía programada no se halló diferencia en los niveles basales de Lac+ ni ClLac+ entre sobrevivientes y fallecidos. En los post quirúrgicos urgentes, los niveles de Lac+ basal, Lac+ a las 12 hs y ClLac+ mostraron los siguientes valores en sobrevivientes y fallecidos. Lac+ basal, 2,23±1,25 vs 3,45±1,86, p <0,004; Lac+ a las 12 hs, 1,92±0,87 vs 4,56±3,47, p <0,000; ClLac+, 0,18±54,58 vs -32,90±71,09, p <0,03. En posoperatorio programado el requerimiento de fluidos fue de 3162±2118 ml/24 hs para sobrevivientes vs 4687±2121 en fallecidos, p <0,002 y el balance hídrico 318±2212 vs 2730±1854, p <0,000, respectivamente. En cirugía de urgencia, el requerimiento de fluidos fue de 3743±2133 ml/24 hs para sobrevivientes vs 6437±3281 en fallecidos, p <0,000 y el balance hídrico 949±2095 vs 3687±3586, p <0,001, respectivamente. Conclusiones: Solo en pacientes quirúrgicos, sometidos a cirugía de urgencia el Lac+ al ingreso, a las 12 horas de permanencia en UTI y el ClLac+ se mostraron como indicadores de evolución. En ambas categorías quirúrgicas los pacientes fallecidos requirieron mayor expansión con fluidos y realizaron un balance hídrico positivo significativamente mayor que los sobrevivientes.

0021 ANALISIS DE LA IMPLEMENTACION DE VENTILACION NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA ASOCIADA A NEUMONIA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD

O PEREYRA GONZALES, J DÍAZ, P GIMENEZ, G IZZO, S SILLITTI, G SALINAS, MS SANTAGIULIANA, D NOVAL, S ILUTOVICH
Sanatorio de la Trinidad Mitre. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La utilidad de la ventilación no invasiva (VNI) para evitar la intubación en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) hipercápnica está ampliamente demostrada. En IRA hipoxémica asociada a Neumonía Adquirida de la Comunidad (NAC) la evidencia es controvertida, hallándose trabajos a favor y en contra. Objetivo: Analizar los resultados del uso de VNI sobre la frecuencia de intubación en pacientes con IRA hipoxémica asociada a NAC y determinar factores de riesgo de falla. Material y métodos: Se incluyó en forma prospectiva a pacientes que cumplieran criterios de NAC severa según definición de ATS e IRA definida por los siguientes criterios: FR > 30, Pa/FiO2 < 250 y signos de trabajo respiratorio aumentado, que fueron internados en una UTI médico-quirúrgica en el período entre enero de 2005 y abril de 2007. Los criterios de exclusión fueron: EPOC, patología neurológica, PCO2 > 45 mmHg, necesidad de intubación inmediata, inestabilidad hemodinámica severa, falta de cooperación e imposibilidad de adecuar interfase. Se implementó la VNI a través de máscaras orofaciales y equipos binivelados. Se monitoreó en forma continua la respuesta clínica y gasométrica y se ajustaron parámetros de acuerdo a la misma. Se definió como falla de VNI a la falta de respuesta clínica y de mejoría gasométrica con necesidad de intubación. Esta fue decidida por criterio del médico tratante. Se obtuvieron los siguientes datos: Edad, sexo, SAPS II, Score de Kelly y Matthay (SKM) y gases en sangre al ingreso y dos horas, porcentaje de falla y evolución final. Para la comparación de éxito y falla de VNI se utilizó la prueba de T de Student para variables numéricas o el test de U- Mann Whitney según correspondiera y el test exacto de Fisher para variables categóricas. Se calculó el riesgo relativo con sus correspondientes intervalos de confianza del 95%. El nivel de significación de p se estableció en 0.05 (dos colas). Resultados: En el período mencionado ingresaron 109 pacientes con IRA y NAC de los cuales 38 (35%) tuvieron un intento de VNI. De éstos, 28 (74%) tuvieron éxito y 10 (26%) necesitaron intubación. El grupo global de pacientes tuvo una edad promedio de 71.3 (+-15) años, 53% eran de sexo masculino, SAPS II promedio de 33 (+-16) y SKM 1 (1-4). Los gases en sangre al ingreso fueron: pH 7.38 (+-0.07), PCO2 36.6 (+- 10.2) mmHg y PaO2/FiO2 158 (+-50) mmHg. El promedio de días de uso de VNI fue de 2.8 (+-2.4). Se hallaron diferencias significativas entre el grupo de éxito y falla en: PaO2/FiO2 a las dos horas: 233 (+- 63) y 156 (+- 57) mmHg p

< 0.004 y SKM a las dos horas 1 (1-2) y 2 (1-4) p < 0.05. En el análisis de riesgo se halló al SKM >2 y la no mejoría de PaO2/FiO2 a las 2 horas como factores de riesgo de falla (Tabla 1). La mortalidad fue 7% en el grupo de éxito y 30% en el grupo de falla (p NS).

Parámetro	RR	IC 95%	p
KMS > 2 2 hs.	5.6	1.8 - 16.7	0.004
No mejoría PaO2/FiO2 2 hs.	3.7	1.2 - 11.2	0.015

Conclusiones: La implementación de VNI en IRA asociada a NAC permitió evitar la intubación en la mayoría de los casos. La no mejoría de la PaO2/FiO2 y SKM >2 a las dos horas fueron factores de riesgo de falla.

0022 EL AUMENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL CON NORADRENALINA NO MEJORA EL FLUJO SANGUÍNEO MICROCIRCULATORIO

A DUBIN¹, MO POZO², C CASABELLA¹, F PÁLIZAS (HIJO)², G MURIAS², MC MOSEINCO¹, F PÁLIZAS², C INCE³

¹Sanatorio Otamendi y Miroli, Buenos Aires, ²Clínica Bazterrica, Buenos Aires, ³Clinical Physiology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, Netherlands

Introducción: nuestro objetivo fue evaluar los efectos del aumento de la presión arterial media (PAM) con noradrenalina sobre la microcirculación sublingual. Métodos: se estudiaron prospectivamente 10 pacientes con shock séptico quienes requirieron noradrenalina para mantener PAM de 65 mmHg. Se midieron saturación venosa central (SvcO₂), índice cardíaco (IC), transporte y consumo de oxígeno (DO₂ y VO₂), lactato y gradiente intramucoso-arterial de PCO₂ (ΔPCO₂). La microcirculación capilar sublingual fue evaluada con una técnica de videomicroscopía (sidestream darkfield -SDF). Se determinó el índice de flujo microvascular (MFI) (1). La noradrenalina fue titulada para llevar la PAM a 65, 75 y 85 mm Hg. Los datos, expresados como media ± SD, fueron analizados con ANOVA. Resultados: las dosis requeridas de noradrenalina fueron 0.49 ± 0.45, 0.69 ± 0.87, and 1.08 ± 1.77 µg/kg/min.

	65 mmHg	75 mmHg	85 mmHg
SvcO ₂ (%)	74 ± 8	75 ± 8	77 ± 7
IC (l/min/m ²)	2.8 ± 0.6	2.9 ± 0.6	2.9 ± 0.6*
DO ₂ (ml/min/m2)	328 ± 107	335 ± 111	335 ± 111
VO ₂ (ml/min/m2)	89 ± 25	82 ± 37	82 ± 37
Lactato mmol/l	3.5 ± 3.6	3.2 ± 3.7	3.2 ± 3.7
ΔPCO ₂ (mmHg)	9 ± 17	11 ± 20	11 ± 20
MFI sublingual	1.9 ± 0.5	1.8 ± 0.7	1.8 ± 0.7

*p < 0.05

Conclusiones: el aumento de la presión arterial con noradrenalina no mejora la microcirculación sublingual ni otros parámetros de perfusión y oxigenación tisulares. Referencia: (1) 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

0023 TROMBOEMBOLISMO ARTERIOVENOSO DE MIEMBROS INFERIORES

MS OLIVIERI, LS MARCOS, IP QUARENGHI, E RUIZ DIAZ
Hospital del Niño Jesús, Tucumán

Introducción: La enfermedad tromboembólica es un proceso que se inicia con la flebotrombosis y culmina con la embolia pulmonar. El origen de los trombos se encuentra con mayor frecuencia en las venas de miembros inferiores. En pediatría dicha enfermedad es rara e idiopática. Objetivos: reportar un caso clínico de tromboembolismo arteriovenoso en un paciente pediátrico y determinar si el tratamiento instituido fue el correcto, debido a la baja frecuencia de presentación en dicha población y a su posterior evolución desfavorable. Material y método: análisis de un caso clínico. Paciente de 12 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos

previos, que ingresa al hospital por presentar dolor quemante en pierna y pie derecho, acompañados de impotencia funcional, cianosis distal, frialdad, edema y ausencia de pulsos pedio y tibial posterior derecho, presentando a las 24 horas compromiso de miembro inferior izquierdo con iguales características. El ecodoppler vascular pone en evidencia trombosis oclusiva total de arterias femorales común y superficiales y trombosis de vena poplítea y tibial posterior de ambos miembros. La gammagrafía pulmonar pone de manifiesto defectos de perfusión en la llingua y base de ambos pulmones. Laboratorios: antinúcleo -, antiADN -, C3 131,5, C4 31,5, IgG 1605, IgM 148, látex para AR -, VDRL-, Fibrinógeno 210 ug/dl, Dímero D 500ng/ml, Anticuerpos antifosfolípido: IgG 7,5 y IgM 13,3. Se inicia tratamiento convencional con heparina sódica ev., en goteo y luego con heparina de bajo peso molecular, sin resultados favorables. Luego de cinco días de evolución sin variantes en los sucesos de trombosis, se realiza arteriotomía bifemoral, extrayéndose trombos organizados repermeabilizándose ambos troncos arteriales con presencia de pulsos pedio y tibial posterior por un breve período de horas. Finalmente ante la aparición de signos de gangrena se procede a la amputación de ambos miembros. Conclusión: ante la posibilidad de aparición de nuevos casos en la población pediátrica es imprescindible determinar conductas de diagnóstico precoz e instituir terapéuticas adecuadas para mejorar el pronóstico de la enfermedad.

0024 ENFERMEDAD DE MOYAMOYA. PRESENTACION DE UN CASO

W RIZZARDI, J VILLANUEVA, O PORFILIO, M CAPALBO, N PINCA, V ORTEGA, M PEIRANO
Hospital de Agudos José María Penna

Introducción: La enfermedad de Moyamoya es una patología poco frecuente en el mundo excepto en Japón. La patogénesis de la enfermedad es desconocida. Se caracteriza por la estenosis vascular intracraneal progresiva del polígono de Willis llegando a la obstrucción irreversible de las carótidas en su trayecto intracraneano. Afecta a niños (causando stroke isquémico recurrente o "mini movimientos", parálisis sensorial o motora, entumecimiento en las extremidades, convulsiones y/o jaqueca) y adultos (produciendo eventos hemorrágicos o isquémicos) en la tercera a cuarta décadas de la vida. El proceso de la obstrucción vascular una vez que comienza tiende para continuar a pesar de cualquier tratamiento médico conocido a menos que sea tratado con cirugía. El diagnóstico es sugerido inicialmente por CT o MRI. La angiografía convencional proporcionó el diagnóstico concluyente en la mayoría de los casos. El nombre Moyamoya deriva de su imagen angiográfica: "nube de humo" que es la traducción del japonés y se refiere al aspecto de múltiples vasos colaterales dilatados. El SPECT se utiliza para demostrar el flujo disminuido de sangre y oxígeno a las áreas del cerebro implicado en la enfermedad. Hay muchas operaciones (EDAS, el ccsme, agujeros múltiples y el procedimiento directo STA-MCA) que teniendo en común el concepto de un cerebro "muerto de hambre" por hipoflujo de sangre y oxígeno, intentan desarrollar nuevos y más eficientes medios de aumentar dicho flujo al cerebro y de puentear las áreas de la obstrucción. La perspectiva a largo plazo para los pacientes con Moyamoya tratados parece ser buena. Presentación: paciente de 18 años, ingresa en la 30va semana de embarazo con broncoespasmo, convulsiones y coma. Se constata hipertensión arterial y se realiza diagnóstico de eclampsia. Se indica tratamiento con sulfato de magnesio y se realiza cesárea de urgencia. La paciente ingresa a UTI, en ARM evolucionando con SDRA. Se realiza ventana de sedación observándose deterioro del sensorio y foco motor izquierdo. Se realiza TAC de cerebro sin contraste que muestra hematoma lenticular con volcado ventricular. Se realiza angiografía digital cerebral con sustracción ósea que informa falta de desarrollo e hipoperfusión del circuito anterior que podría corresponder a enfermedad de Moyamoya. Fue evaluada por el servicio de neurocirugía indicando inicialmente tratamiento médico. La paciente evoluciona estable, inicialmente con disfasia de expresión y hemiplejía braquiocrural izquierda y pasa al servicio de clínica médica al mes del ingreso sin disfasia y persistencia del foco, orientada en persona, parcialmente en espacio y desorientada en tiempo. Es evaluada por servicio de neurocirugía que le otorga el alta hospitalaria e indica seguimiento por consultorio externo. Conclu-

sión: presentamos el caso de una paciente portadora de enfermedad de Moyamoya, cuya clínica aparece en la segunda década de vida, probablemente desencadenado por el cuadro de eclampsia.

0026 MANEJO DE DRENAJES DE TÓRAX: PROPUESTA DE ENSEÑANZA CON SIMULADORES

M PEREYRA, G PEREYRA, M BIGNON

Facultad Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Salta

Introducción: Los traumatismos de tórax representan una causa frecuente de morbimortalidad, afectando en general a pacientes jóvenes en edad productiva. Son lesiones cada día más habituales debido a los accidentes y al incremento de heridas por arma de fuego o arma blanca. La enfermera como parte del equipo de salud es responsable de la atención integral del paciente post operado de cirugía de tórax, brindando una atención eficaz y efectuando un manejo adecuado de los drenajes de estos pacientes. Las lesiones traumáticas del tórax requieren de Enfermería un cuidado especializado. De allí la necesidad de hacer énfasis en la enseñanza del cuidado eficaz de los pacientes con drenajes de tórax. Objetivos: Caracterizar demográficamente la población afectada por trauma torácico. Conocer la incidencia de las lesiones traumáticas de tórax en una institución de salud estatal. Exponer estrategias de enseñanzas para el logro de competencias en el cuidado de pacientes con drenaje torácico. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, con análisis de historias clínicas de pacientes internados en los años 2005-2006 e implementación de enseñanza de cuidados del paciente con drenaje de tórax con simuladores. Población: pacientes internados años 2005-2006 y estudiantes de 3 año de la Carrera de Enfermería. Resultados: El Servicio de Tórax asistió en el período estudiado a 286 pacientes, de ellos, en el 66% se les colocó drenaje torácico. Se analizó retrospectivamente los registros clínicos de 188 pacientes atendidos en el Servicio. El 78% de pacientes son de sexo masculino, con media de edad de 29 años. Fueron asistidos por lesiones traumáticas 52%. El tipo de lesión más frecuente fue el traumatismo abierto. Esta epidemiología avala la necesidad de hacer hincapié en la enseñanza del manejo de drenajes torácicos. Con la enseñanza en el laboratorio de simulación se establecen las bases racionales, fisiopatológicas y biofísicas de la succión pleural continua en el manejo de los pacientes sometidos a cirugía de tórax, o que la requieran como consecuencia de un neumotórax o hemotórax traumático. Se aborda temas cuidado del sistema de drenaje: tipos de drenaje, funcionamiento del sistema, cambio de frascos, curación de toracotomía, detección de complicaciones y resolución de problemas frecuentes. Conclusiones: La atención de estos pacientes en ámbitos de simulación, por parte de los estudiantes, previo a su experiencia directa limita las situaciones de riesgo del paciente durante la experiencia clínica. Esta experiencia mejora la capacidad del alumno para abordar y resolver problemas de la práctica clínica, aumenta su habilidad para el manejo de drenajes pleurales y disminuyen los temores propios del estudiante. El estudiante, al interactuar con una representación, con un modelo, y con el objeto real, tiene la posibilidad de ejercitarse en la ejecución de procedimientos que le permite desarrollar un grupo de habilidades y capacidades que posteriormente aplicará de forma eficaz en la práctica real.

0027 LA APLICACION DE LA SIMULACION EN LA ENSEÑANZA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS

JL RASJIDO, RA ABELDAÑO ZUÑIGA, EA SANGUEDOLCE

Facultad Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Salta

Introducción: El manejo de la vía aérea representa un desafío cotidiano en la terapia intensiva como parte de los cuidados a los pacientes críticos. El personal de Enfermería debe poseer las competencias necesarias para poder brindar cuidados eficaces a los pacientes con vía aérea artificial. Las competencias se deben adquirir desde la formación pero, la práctica directa sobre el paciente puede resultar en complicaciones fatales. En la formación del estudiante de Enfermería, se le debe brindar la oportunidad de adquirir esas competencias en escenarios de simulación, ya que estos no conllevarían riesgos de ninguna índole para los pacientes. La simulación se desarrolla en un laboratorio de la universidad, donde se reprodu-

cen o simulan técnicas, procedimientos o situaciones que el alumno va a observar y ejecutar con posterioridad, en la práctica clínica. **Objetivos:** Describir las estrategias implementadas por los docentes para la enseñanza de los cuidados y procedimientos de Enfermería en pacientes con traqueostomía. **Material y método:** Relato de experiencia en la enseñanza de procedimientos de Enfermería en pacientes traqueostomizados mediante la utilización de simuladores. **Resultados:** El objetivo de las prácticas en simuladores de demostración es complementar con acciones simuladas los conocimientos adquiridos en el aula, y que el alumno ensaye los procedimientos y situaciones antes de enfrentarlos con la realidad. El docente explica el procedimiento a realizar, define los objetivos del mismo y planifica las actividades. A continuación desarrolla la técnica delante de los alumnos, para que luego el alumno reproduzca lo demostrado ante la supervisión del docente. En el laboratorio de simulación, el estudiante tiene la oportunidad de realizar los procedimientos planteados las veces necesarias. **Recursos disponibles:** 3 laboratorios de simulación; 2 maniqués simuladores específicos de paciente traqueostomizado; 4 cabezas de telgopor con orificio y reservorio para cánula de traqueostomía. Cánulas de traqueostomía, cajas de curaciones. **Procedimientos realizados:** nebulización y aspiración de secreciones por traqueostomía, cambio de cánula de traqueostomía, cuidados de la piel peri-ostomía. **Conclusiones:** El uso de la simulación como estrategia de enseñanza de procedimientos en Enfermería está adquiriendo gran auge y se está desarrollando rápidamente en todo el mundo. Los simuladores pueden reproducir muchas de las condiciones clínicas que ocurren en la vida real, permitiendo un aprendizaje práctico sin arriesgar la vida de pacientes reales. Además, le atribuye un valor muy especial en la solución de problema, ya que esta experiencia mejora la capacidad del alumno para abordar y resolver problemas de la práctica clínica, aumenta su habilidad para la realización de procedimientos y la atención de pacientes traqueostomizados en ámbitos de simulación, previo a su experiencia directa con pacientes.

0028 "ESÓFAGO NEGRO" EN LA UCI, UN CASO INUSUAL DE NECROSIS ESOFÁGICA Y SHOCK

M WALLBERG, M THOMÉ, S NANI, M BLASCO, F VILLAREJO
Servicios de Gastroenterología y Terapia Intensiva. Clínica Olivos Provincia de Buenos Aires

Objetivo: Reportar la evolución con tratamiento conservador de una forma poco frecuente de esofagitis necrotizante, con descompensación hemodinámica, que puede ser causa de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos o consecuencia de alguna patología requiriente de UCI. Paciente de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial y síndrome ácido sensitivo que ingresa a la UCI con diagnóstico de Shock. 24 horas antes de su ingreso presentó vómitos alimentarios y pirosis. No hematemesis ni descenso del hematocrito. Se realiza VEDA que informa: extensa necrosis esofágica con esfacelo de la misma. No se constatan antecedentes de ingesta de cáusticos ni otras sustancias corrosivas. El paciente respondió hemodinámicamente con infusión cristaloides y utilizó drogas vasopresoras en las primeras 24 horas (noradrenalina 0.1 mcg/kg/min). No requirió ventilación mecánica. Las drogas vasopresoras se suspendieron a las 24 horas del ingreso. Se administraron drogas inhibidoras de la bomba de protones por vía endovenosa. Inició tratamiento antibiótico con ampicilina -sulbactam. Se realizó TAC de tórax que demuestra engrosamiento del esófago en toda su extensión. El paciente evolucionó en forma favorable repitiéndose la endoscopia a las 48 horas observándose mejoría del proceso. Inició ingesta alimentaria a las 96 horas con buena tolerancia. Alta de Terapia Intensiva. Alta de piso: 10 días después de su ingreso. VEDA de control esófago normal. (04/01/2007). **Conclusiones:** El síndrome de esófago negro (Black esophagus) o esofagitis necrotizante, ha sido descrito como una rara entidad asociada a variadas patologías y factores predisponentes, no relacionada con ingesta de cáusticos o sustancias lesivas del esófago. En general se la observa asociada a entidades que afectan el estado general del paciente. La evolución es incierta y puede ser de curso benigno como en este paciente o evolucionar hacia la falla multiorgánica y muerte. La afectación esofágica, generalmente secundaria a un proceso isquémico local, afecta principalmente mucosa y submucosa. El diagnóstico es endoscópico. Se plantean diversos dilemas con respecto a la oportu-

nidad de manejo conservador o quirúrgico y en general resultado dificultosa la elección de una correcta estrategia nutricional. Se realizó una revisión de la literatura, teniendo en cuenta este caso en especial.

0029 ENCEFALITIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE: RELATO DE UN CASO CLÍNICO

S ESQUIVEL, A PANIGAZZI, J GIORGI
Hospital Alejandro Posadas el Palomar

Introducción: El compromiso del sistema nervioso asociado a las infecciones por Mycoplasma pneumoniae es poco frecuente. La población más afectada es la infantil. El 10% de los pacientes con infecciones por Mycoplasma pneumoniae se interna por las complicaciones neurológicas éstas son las más frecuentes de las formas extrapulmonares. Resulta difícil confirmar el diagnóstico etiológico. La patogenia de esta forma clínica no está definitivamente aclarada. Se postulan dos mecanismos: la invasión directa y mediada inmunológicamente. **Materiales y métodos:** Paciente de sexo femenino de seis años con antecedentes de haber presentado una convulsión febril típica al año de vida y nuevo episodio convulsivo un mes antes del ingreso, tratado con fenitoína durante un mes. Comienza 48 horas previas a la consulta con fiebre, tos y catarro de vías aéreas superiores, recibiendo tratamiento sintomático. Ingresa a centro de salud con episodio convulsivo tónico clónico generalizado de 45 minutos de duración acompañado de temperatura de 39 ° C. Le realizan antitérmicos y una dosis de diazepam endovenoso y dosis de carga de difenilhidantoína en dos oportunidades (a 30 mg / kg total) con dicho tratamiento remite el episodio siendo posteriormente derivado a nuestro hospital. Al ingreso a TIP se encuentra en mal estado general, Glasgow de 8/15, pupilas isocóricas, reactivas y al examen respiratorio hipoventilación derecha. Laboratorio de ingreso: Leucocitos 28.000 / mm3, predominio neutrófilos. La función renal, el medio interno y el hepatograma fueron normales. Ante dicho cuadro se intuba, ingresa a ARM, se realiza pancultivo, siendo el LCR incoloro, glucorraquia de 60 mg% glucemia de 85 mg%, proteinorraquia de 20 mg%, elementos: 10 / mm3; 8 hematíes y 2 leucocitos. Se envió muestra de líquido cefalorraquídeo para herpes y micoplasma. La radiografía de tórax muestra infiltrado intersticio alveolar a predominio derecho. Se decide medicar con ceftriaxona, claritromicina, aciclovir y fenobarbital, se suspendió la difenilhidantoína por detectarse niveles tóxicos de la misma (40 mg / dL). **Evolución clínica:** febril durante las primeras 48 horas, con episodios de hipertensión y de descerebración durante las primeras 12 horas, TAC sin imágenes patológicas, requirió vasopresores las primeras 48 horas. Es extubada al sexto día por mejora neurológica e infectológica. Al 8º día de internación se recibe detección de micoplasma en muestra de secreción nasofaríngea, IgG positiva 1/64, PCR para Micoplasma en LCR positiva y PCR para Herpes I y II en LCR negativo, ante dichos hallazgos se suspenden la ceftriaxona y el aciclovir. Al 10º día de internación pasa a Internación en sala pediátrica, Glasgow 15/15, con dificultad leve para la marcha. **Conclusiones:** Es frecuente que en el diagnóstico de las encefalitis agudas o subagudas se olvide incluir a Mycoplasma pneumoniae como un patógeno a tener en cuenta, esto debe modificarse ya que algu

0030 COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON NEUMONÍAS INTRAHOSPITALARIAS (NIH) TRATADOS CON ESQUEMA ANTIBIÓTICO(ATB) ACORTADO. RESULTADOS PRELIMINARES

SE GIANNASI¹, EL SALAZAR SCHICCHI², ML SIERRA¹, MV PAZ¹, JA GRUCCI¹, LO CLARA², CL SALVATIERRA¹, JE SAN ROMAN¹, AO GALLESIO¹, MI STANELONI²

¹UTIA - Hospital Italiano de Bs. As., ²Infectología - Hospital Italiano de Bs. As.

Introducción: En los últimos años ha crecido la tendencia de disminuir la duración de los tratamientos ATB efectivos. En el año 2005 el servicio de Infectología y la UTIA, consensuaron una guía para acortar los tratamientos de las NIH (en pacientes inmunocompetentes y con evolución clínica favorable) a 8 días (14 para gérmenes multiresistentes). **Objetivos:** 1) Describir la evolución clínica y bacteriológica de los pacientes con NIH con intención de tratamiento ATB acortado, 2) Describir los resultados de los aspirados

traqueales cuantitativos (ATC) de fin del tratamiento. Materiales y Método: descripción de una cohorte prospectiva. Criterios de inclusión: pacientes internados en UTI que requirieron tratamiento ATB por diagnóstico presuntivo de NIH. Criterios de exclusión: trasplantados u otros inmunocompromisados. NIH: paciente que al ingreso al hospital no incubaba ni tiene neumonía, con criterios del CDC y BAL o miniBAL >10⁴ sin ATB (o >10³ con ATB útiles) o al menos un ATC >10⁶ (solo si el pte ha recibido ATB como profilaxis quirúrgica). Resultados: Fueron incluidos en forma consecutiva 39 ptes, de 58.46 ± 19.40 años, Apache II 16.48 ± 6.63, SOFA 5.10 ± 3.16. En 33 ptes (84%) la NIH fue confirmada, mortalidad UTIA 22%, 25 ptes (75%) tuvieron NAR, en 18 ptes (72%) eran tardías (≥ 4 días de UTIA). Bacteriología NHI: 58% monomicrobianas, se rescataron 47 gérmenes: 23 cocos (22 STF: el 54% MR, estos ptes con internación previa en UTIA de 5 d (rango 2 a 9 d) y 24 BG- (11 enterobacterias, 6 acinetos, 2 pseudomonas, 5 otros), 4 de 6 acinetobacter sensibles solo a mino y colistín y 1 de 2 pseudomona sensible solo al colistín, estos 5 gérmenes multiresistentes se presentaron en ptes con ≥ 7 d de internación en UTIA. Cuadro comparativo entre los pacientes que desarrollaron la NIH comprobada y aquellos que no.

	NIH comprobada	No comprobada	p
ptes	33	6	
Apache	16,96 ± 6,94	13,83 ± 3,92	0.24
SOFA	6,12 ± 3,29	4,83 ± 1,72	0.2
Shock	8	1	0.6*
EIP	6,98 ± 2,10	6,66 ± 1,86	0.9
PAFI	210,80 ± 111,35	240,16 ± 96,10	0.4
NAR	25	3	
Bal + MiniBal	31	6	
Aspirado	2	0	

*Fisher exacto, en el resto wilcoxon rank-sum

El 60% (20 /33) de los ptes con NIH tuvo AT de control al finalizar el tratamiento, 18 ATC con conteo significativo y de estos, 3 ptes presentaron un segundo episodio NIH con bacteria colonizante, en el resto las bacterias correspondieron solo a colonización. Conclusiones: Durante este período se logró disminuir el tratamiento ATB promedio a 10,84 ± 3, 53 días, siendo tan efectivo como el esquema clásico (14 a 21 días), con mortalidad del 22%, (similar al promedio histórico). El acortamiento del tratamiento ATB reduciría la presión de selección de gérmenes en la UTI. El aspirado traqueal de control de los pacientes tratados por NIH no predijo una segunda NHI, por el contrario en la mayoría de los pacientes solo fue signo de colonización.

0033 INFLUENCIA DE LA EDAD AVANZADA EN LA EVOLUCIÓN Y PRONOSTICO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA

AJ CARUSO, EA ADAMOLI, U ALEGRE ESCOBAR, R FIORENTINO

Corporación Médica de Gral San Martín San Martín Bs. As. Argentina

Objetivos: La proporción de pacientes añosos que requieren internación en Terapia Intensiva sigue en aumento. El objetivo de este estudio es analizar la causa de admisión, la evolución, complicaciones y pronóstico de los pacientes mayores de 70 años en Terapia Intensiva comparándolos con el resto de los pacientes internados en igual período de tiempo. Material y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva todos los pacientes ingresados en Terapia Intensiva mayores de 70 años durante el período 15 de marzo de 2006 al 15 de febrero de 2007, registrándose el motivo de ingreso, APACHE II, TISS, infección al ingreso, necesidad de ventilación mecánica y complicaciones, comparando los mismos con el resto de los pacientes en igual período de tiempo. Las variables numéricas fueron analizadas estadísticamente mediante la prueba de t de student para comparación de medias y X² (chi cuadrado) para comparación de proporciones tomándose como significativa una p < 0.05. Resultados: En el período comprendido de 11 meses ingresaron en total 532 pacientes con APACHE II de 10.95 y mortalidad de 5.82%. El 29% (156 pacientes) tenían mas de 70 años. La edad promedio de

este grupo fue de 78.89 años , APACHE II 14.81 (p > 0.05). Ingresaron por patología médica 66% postoperatorios 31% y traumatizados 3% con un TISS de 17.38 significativamente superior (p < 0.01) y una mortalidad de 12.82%. Presentaron infección al ingreso 43 pacientes (27.56 %) siendo el foco respiratorio el mas frecuente (46 %) seguido por la urinaria (25 %) y partes blandas (14 %). La mortalidad en los pacientes con infección fue superior (25 %) con respecto a los no infectados (7.9 %) p < 0.05. Requiritieron ventilación mecánica 28 pacientes (18 %), 2 pacientes (11 %) presentaron barotrauma y 3 pacientes (16 %) neumonía asociada a respirador, la mortalidad fue de 53% significativamente superior al grupo de menos de 70 años (16.6%) p < 0.05. Requiritieron hemodialisis 8 pacientes (5 %) con una mortalidad de 37%. El subgrupo I (70 a 80 años) constaba de 84 pacientes (53%) con APACHE II 14.32, TISS 16.91 y mortalidad de 9.5%. Requiritieron asistencia ventilatoria mecánica 13 pacientes (15.47%) con una mortalidad de 53%. El subgrupo II edad 80 a 90 años agrupaba a 61 pacientes (39 %) tenían un APACHE II de 15.61 un TISS de 17.95 y una mortalidad de 13.11%. En este subgrupo 13 pacientes requirieron ventilación mecánica con una mortalidad de 46%. El subgrupo III > 90 años constaba de 11 pacientes (7.05%) con APACHE II de 14.09, TISS 16.45, mortalidad de 36% p < 0.05, 18% requirieron ventilación mecánica con una mortalidad de 100%. Conclusiones: La evolución global de los pacientes mayores de 70 años en Terapia Intensiva es satisfactoria. La presencia de infección al ingreso y requerimiento de ventilación mecánica aumentan el riesgo de mortalidad. En los mayores de 90 años la mortalidad es superior a la precedida por el APACHE II.

0035 MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES: PRESENTACIÓN DE UN CASO

H RADRIZZANI, S ESQUIVEL, F ESPINOZA, D DÍAZ

Sanatorio Privado Figueroa Paredes G Laferrere Buenos Aires

Introducción: La mayoría de los casos de listeriosis parecen ser de transmisión alimentaria. La gravedad de la infección depende de: susceptibilidad del huésped, tamaño y virulencia del inóculo. El 50% de los niños afectados presenta algún grado de inmunodeficiencia. Material y métodos: Presentación de un caso clínico: Paciente de dos años de vida, sin antecedentes patológicos previos, que comienza 24 horas previas a la consulta con fiebre de 39 °C, cefalea, vómitos y decaimiento del estado general. Consulta a otro centro de salud donde es internada con diagnóstico de síndrome meníngeo, se realizan hemocultivos, punción lumbar. Deciden medicar con ceftriaxona a 100 mg/k /día, dexametasona 0.6mg/k/día, a pesar de la PL traumática; siendo posteriormente derivada a nuestro centro. Al ingreso Glasgow de 14/15, rigidez de nuca, fotofobia, pupilas isocóricas, reactivas. Se colocó PHP, 02 por cánula nasal y se realizó nueva punción lumbar, se obtiene LCR de turbio; citoquímico: 390 elementos con 50% neutrófilos y 50% linfocitos, glucorraquia de 48 mg%, con glucemia de 95 mg%, proteinorraquia de 57 mg%. Leucocitos de 16000/mm³ con predominio de neutrófilos, recuento de plaquetas, coagulograma, ionograma normal. Se asume como meningoencefalitis, manteniéndose el tratamiento antibacteriano, se agregó Aciclovir 30 mg/k/día, previo envío de muestras para Gram y cultivo de gérmenes comunes y PCR para herpes. Evolución clínica: A las 24 horas del ingreso comienza con convulsiones tónico clónicas generalizadas y luego focalizadas a MSD que ceden con una dosis de diazepam, dejándose de base Difenilhidantoína. Posteriormente ingresa a terapia intensiva por depresión del sensorio, con Glasgow de 9/15 se ingresa a ARM. Al examen se comprueba pupilas intermedias, reactivas. Se realiza TAC de cerebro verificándose: edema generalizado con colapso del tercer ventrículo y de las cisternas basales. A las 24 horas del ingreso a terapia intensiva se recibe informe de bacteriología donde se evidencia bacilos Gram positivos. Ante la presunción de listeriosis, se agrega al esquema ampicilina a 300 mg/k/día. Durante su internación en terapia intensiva presentó SSIADH (Na de 118 mEq/L, natriuria 90 mEq /L) que mejora con restricción hídrica. Desde el punto de vista neurológico evolución favorable, sin episodios convulsivos. Permanece en ARM por 6 días, al 5to día se recibe PCR para herpes negativa y cultivo positivo para Listeria, se decide suspender la ceftriaxona y el aciclovir y cumplir 21 días de ampicilina a 300 mg/k/día. Al 4to día post extubación se detecta hemiparesia

derecha, estrabismo convergente izquierdo, sin compromiso del área cognitiva. Se realiza nueva TAC constatándose hipodensidades difusas. En la resonancia magnética se evidenciaron imágenes hiperintensas en T1 a nivel occipital. Conclusiones: la meningitis por Listeria es una enfermedad rara en la población pediátrica. El tratamiento precoz disminuye el riesgo de secuelas. Las medidas de prevención son fundamentales.

0037 EMPIEMA CEREBRAL

M ROMERO, A MARCOLINI, A JAIMES, D OLMOS, M LEIVA
Sanatorio del Salvador. Terapia Intensiva. Cordoba Capital

Objetivos: Reportar caso de Empiema Cerebral en paciente inmunocompetente. Material y método: Paciente de 33 años de edad de sexo femenino con antecedentes de sinusitis que fue internada en unidad de terapia intensiva por depresión del sensorio. A su ingreso presentaba cefalea esporádica de 2 semanas de evolución con automedicación de paracetamol y proquinéticos. En las 8 horas previas al ingreso aumenta la intensidad de la misma y se suma afasia de expresión y depresión del sensorio. Al examen físico: CSV: TA 130/80 mmHg, FC 80 lat/min, Tº 36,5, SatO2 96%. Ap. Neurológico: Glasgow de 14/15, tendencia a la somnolencia con asimetría pupilar, por leve dilatación de la izquierda y afasia de expresión. Sin rigidez de nuca ni fotofobia. El resto sin particularidades. Apache: 3. Se solicitan: Radiografía de tórax y ECG dentro de parámetros normales. Laboratorio: Gl blancos 12800, Hematocrito 32%, Hemoglobina 10 grs/dl, Glucemia 155, Urea 26, Creatinina 0,70, Sodio 135 meq/l, Potasio 3,5 meq/l, Ph 7,51, PCO2 31, PO2 128, COH 24, EB 2, SatO 99%, APP 98%, KPTT 38°. Se realizan cultivos (hemo y uro) negativo; TAC de cerebro sin contraste (a 2 horas del ingreso): - Imagen lineal hipodensa en la región temporoparietal izquierdo, la que ejerce efecto de masa sobre el sistema ventricular con discreto colapso del ventrículo lateral izquierdo compatible con Hematoma Subdural de tipo subagudo-cronico izquierdo - Signos incipientes de edema cerebral difuso - Tercer y cuarto ventrículos normales y además RNM de cerebro con gadolinio (a 8 horas del ingreso) - Colección laminar extracerebral de extensión anteroposterior y de espesor máximo de 12mm subdural frontotemporoparietal izquierdo, de posible imagen hematoma en fase aguda (menor a 24 hs de evolución) - Signos importantes de edema cerebral difuso, con hernia descendente transtentorial y de las amígdalas cerebelosas, con signos de compresión y deformidad del tronco cerebral, observándose colapso prácticamente completo del 4 ventrículo - Efecto homolateral importante, con desplazamiento superior a 5 mm de las estructuras en la línea media hacia la derecha. Resultados: Se decide realizar cirugía de urgencia (a 12 horas del ingreso) craneotomía con evacuación de colección purulenta subdural. Se envía material para cultivo que es positivo para Streptococcus viridans multisensible. Se inicia tratamiento precoz con ceftriaxona (2 grs. c/ 12 hs) y clindamicina (600 mg. c/ 6 hs) endovenoso. Continúa con evolución desfavorable con ARM, Glasgow de 3/15, sin respuesta neurológica ni hemodinámica por lo cual fallece a las 48 horas de su ingreso. Conclusión: El Empiema subdural es una patología poco prevalente de presentación infrecuente con diagnóstico dificultoso y con una mortalidad del 17% si se detecta entre las 48 – 72 hs de iniciada la clínica. En nuestra paciente el diagnóstico fue tardío por no presentar la triada clásica sinusitis, fiebre y déficit neurológico y por no encontrarse dentro del grupo epidemiológico de mayor prevalencia, sexo masculino y edad menor a los 30 años.

0038 MIELITIS TRANSVERSA VS GUILLAIN BARRÉ, A PROPÓSITO DE DOS CASOS. PRESENTACION DE DOS CASOS SIMILARES, QUE COMPARTEN DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

EA MAMANI, N FUENTE, JL GUTIERREZ, RM CASTRO
Clínica Dr. Gregorio Maraño, Villa María, Córdoba

CASO 1: Mujer de 68 años. MC: Para paresia de MMII + dolor abdominal. AEA: paciente que comienza 20 días previos a la consulta con fiebre, odinofagia, siendo medicada con paracetamol por cuadro de faringitis eritematosa. Tras recuperarse de este cuadro 7 días antes de la consulta comienza con debilidad de MMII, principalmente del extremo proximal, que progresa hasta presentar

paraparesia e imposibilidad para la marcha. Presenta también incontinencia urinaria, razón por la que se le solicita IRM de columna cervice, dorso, lumbosacra, informada ésta como normal. APP: HTA medicada con amlodipina 10mg/día. Examen físico: Diuresis (+), por reboamiento, globo vesical, paraparesia de MMII con arreflexia rotuliana, aquiliana, y plantar bilateral, sin compromiso de MMSS ni pares craneales, GCS 15/15. debilidad muscular de la cintura pelviana, resto s/p. CSV: Tº: 36,5 FC: 80 TA: 140/80. Diagnósticos presuntivos: Guillain Barre vs. Mielitis transversa. Punción lumbar: Proteína 300 mg %. Leucocitos 3 mm3. Glucosa 61 mg %. (Plasmática 105 mg %). Cristal de roca. EMG: Velocidad de conducción normal y reclutamiento normal. Otros: Se descartan tumores, hernias discales, infecciones bacterianas hemorragias, y por ser descendente y el componente piramidal: Guillain Barré. Plan: Pulso de corticoides (metilprednisolona). Evolución: La paciente al tercer pulso recupera los reflejos y mejora la movilidad de los MMII. Diagnóstico definitivo: Mielitis transversa. CASO 2: Mujer de 35 años. MC: Parestesias distales en los 4 miembros + dolor cervical. AEA: La paciente presenta 10 días de evolución de un cuadro de dolor cervical y parestesias distales en los 4 miembros, seguidos de vómitos alimenticios. El dolor luego se hace lumbar y con altos requerimientos de analgesia. Se le realiza IRM cerebral y de columna cervical que se informa como normal. Es medicada con amitriptilina y es dada de alta. Al dolor y la parestesia se le agrega un cuadro de paresia de MMII y parálisis facial periférica izquierda. APP: no posee. Examen físico: Parálisis facial periférica izquierda, paraparesia 3/5, ROT ausentes, plantar indiferente, sensibilidad conservada, GCS 15/15. Resto s/p. CSV: Tº: 36,7 FC: 85 TA: 120/60. Diagnósticos presuntivos: Guillain Barre vs. Mielitis transversa. Punción lumbar: Proteínas 700 mg %. Leucocitos 3 mm3. Glucosa 59 mg %. (Plasmática 110 mg %). Cristal de roca. IRM columna dorso, lumbar: reforzamiento de la intensidad en la cola de caballo. Otros: Se descartan HIV, vacunación reciente, porfiria, poliomielitis. Evolución: Al 2º día de internación presenta parálisis facial bilateral. Plan: Se deriva para realización de plasmaféresis.

0039 TRAUMATISMO DE TORAX CERRADO CON RUPTURA TRICUSPIDEA TARDÍA

A MARCOLINI, S ROMERO, A JAIMES, D OLMOS, M LEIVA
Sanatorio del Salvador. Terapia Intensiva. Cordoba Capital

Objetivo: reportar un caso de ruptura de válvula tricuspidea en forma tardía a un traumatismo de tórax cerrado. Material y métodos: Paciente de sexo masculino, de 74 años de edad, con antecedentes de politrauma 2río a accidente de tránsito. Presento traumatismo de cráneo sin pérdida de conocimiento y trauma cerrado de tórax con fracturas costales anteriores que motivó la aparición a los 10 días posteriores al mismo derrame pleural bilateral. El examen físico cardiovascular de ese momento era normal. Recibió tratamiento evacuador del derrame y fue dado de alta. Al mes, comienza con disnea, de 3 días de evolución, grado III-IV, acompañado de dolor en puntada de costado lo que motivó su ingreso a UTI diagnóstico de insuficiencia respiratoria. Al examen físico: R1 R2 NF, SS 3/6 regurgitante en foco tricuspideo, Ingurgitación yugular (+), taquipnea, hipoventilación bibasal a predominio izquierdo. Resto del examen normal. Presenta ECG con ritmo sinusal, FC: 80, T (-) de V4 a V6. Laboratorio: GB 8900, hto 36, hb 11, creatinina 1.02, Na 142, K 3.6. Gases: ph 7.44/CO2 35/pO2 60/Bic 23/EB 0.7/SAT O2 92%. Rx de tórax: Botón aortico prominente, cardiomegalia grado II, derrame pleural bilateral. TAC de tórax: moderado derrame pleural bilateral, cardiomegalia con leve derrame pericárdico. Se solicita ecocardiograma doppler que informa cavidades izquierdas normales, dilatación de ventrículo derecho con sobrecarga volumétrica. Prolapso de válvula tricúspide con insuficiencia moderada. Resultado: Se diagnostica ruptura valvular tricuspidea y se programa cirugía de recambio valvular. La intervención se lleva a cabo al mes de la internación. Conclusión: La lesión de la válvula tricuspidea 2río a un traumatismo de torax cerrado es rara y de diagnostico excepcional en etapas iniciales, ya que la misma, difícilmente produce síntomas tempranos. Es de remarcar que el examen físico minucioso, en el seguimiento ulterior del paciente traumatizado, no permitiría detectar signos tempranos de insuficiencia valvular.

0040 ¿POR QUÉ HACEMOS TRATAMIENTOS INADECUADOS EN NEUMONÍA ASOCIADA A RESPIRADOR?

ME ARZEL, EP CENTENO, RM ANCHORENA, AF ALTIERI, C GUTIERREZ, AA LOPEZ, G OTTOBONI, H CABRERA, M AGARIE HZGA Simplemente Evita - Gonzalez Catan

Introducción: El inicio empírico del tto ATB en Neumonía Asociada a Respirador (NAR) representa un desafío permanente en la UTI. Que el tto sea adecuado o no impacta en la mortalidad y presión de resistencia bacteriana. Los métodos para conocer los patógenos habituales han permitido relacionar la flora y su sensibilidad en las distintas situaciones clínicas. **Objetivo:** Determinar a través de la vigilancia epidemiológica los factores que determinan el error en la implementación de tto en NAR. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo. Se aplicó un sistema de vigilancia en todos los pacientes ingresados en la UTI, durante un período de dos años (04-06). Se utilizó la base de datos informática. Se incluyeron pacientes con una internación > 24 hs. con seguimiento hasta el egreso de UTI. Se registró el factor de riesgo intubación para obtener la Densidad de Incidencia de NAR. Se identificaron y registraron NAR utilizando los criterios del Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Se aislaron los gérmenes con minibal y se documentaron las sensibilidades a los ATB. Se definió NAR tardía como aquella que se presenta después de 96 horas de ventilación mecánica (VM). Se consideró los días de VM, internación previa y tratamiento ATB previo. Se valoró el score APACHEII al ingreso. Se analizaron los tratamientos de las NAR obteniendo dos grupos: Tto Adecuado (TA) y Tto Inadecuado (TI). **Resultados:** Se incluyeron 842 pacientes, con una incidencia de 28 NAR por 1000 días de VM. Se diagnosticaron 39 NAR. Se realizaron 20 TA y 19 TI. TA con 14 (70%) NAR tardías y 16 (84%) en TI. No hubo diferencia en el score APACHEII de ingreso (19) en TA y (21) en TI. La mortalidad real fue de 6 pacientes (30%) en TA y de 18 pacientes (95%) en TI ($p < 0.001$). Se encontró que los TI no cubrieron la sensibilidad de 10 Acinetobacter (53%), 5 Pseudomona (26%), 2 Proteus (11%), 1 E.coli (5%) y 1 SAMR (5%). Se determinó sensibilidades de los gérmenes responsables y se halló que los Acinetobacter (53% de las NAR tratadas inadecuadamente) eran sólo sensibles a Minociclina in vitro. La variación de la sensibilidad de este Acinetobacter no permite predecir la variación estacional, pero cambia cada dos, tres y cuatro meses. En el resto de los gérmenes no se halló un patrón en común respecto a la sensibilidad in vitro. **Conclusiones:** Se diagnosticaron 39 NAR y se determinó que la mitad de ellas (19 NAR) tuvieron TI. El análisis de los TI, permitió hallar que más de la mitad fueron causadas por Acinetobacter sólo sensibles a Minociclina. Las combinaciones empíricas iniciales de ATB con amplio espectro para NAR, cubrían la sensibilidad a Piperacilina-Tazobactam, Amikacina e Imipenem, pero resultaron inadecuadas para las infecciones causadas por este germen. La mortalidad real fue mayor en el grupo con TI. Los tratamientos empíricos iniciales deben ser basados en la sensibilidad in vitro de los gérmenes aislados en las NAR más recientes. No se debe mantener el mismo tratamiento empírico inicial más de dos meses sin haber analizado la sensibilidad y frecuencia etiológica.

0042 FACTOR DE CRECIMIENTO VASCULAR ENDOTELIAL EN SUERO Y EN PLACENTA DE MUJERES CON PREECLAMPSIA

B MASKIN¹, G BEROIZ¹, L SOLARI¹, C KOTTAR¹, L LEVI², A DAMIANO²

¹Hospital Posadas; Buenos Aires, Argentina, ²Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, Argentina

Introducción: En el embarazo, los factores tróficos vasculares como el factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y el factor de crecimiento placentario (PIGF) son fundamentales durante la placentación y en el transcurso de todo el embarazo para mantener el reposo del endotelio materno. Se ha planteado que su disminución pueda jugar un rol en el desarrollo de la invasión citotrofoblástica aberrante que caracteriza las alteraciones placentarias de la preeclampsia. Sin embargo, estudios previos sobre los niveles plasmáticos de VEGF en mujeres preeclámpticas muestran resultados contradictorios, no así para PIGF cuyas concentraciones se encuentran habitualmente disminuidas. **Objetivo:** Analizar, en un grupo de mujeres embarazadas con preeclampsia, los niveles séricos

de VEGF y correlacionarlos con los observados a nivel del trofoblasto. **Material y métodos:** Estudio prospectivo caso-control. Se enrolaron 10 pacientes con diagnóstico de preeclampsia y 10 embarazadas normales pareadas por edad gestacional. Se excluyeron casos con preeclampsia sobreimpuesta o eclampsia. Las muestras de sangre fueron obtenidas preparto. **Determinación de VEGF:** se determinó en plasma por el ensayo ELISA (R&D System, Mineapolis, MN, USA) de acuerdo a las instrucciones del fabricante y expresadas en picogramos por mililitro. Las concentraciones mínimas detectables fueron de 5 pg/mL. El estudio histopatológico de las placentas se efectuó por hematoxilina-eosina. **Inmunohistoquímica para VEGF:** Se realizó utilizando un anticuerpo policlonal anti VEGF revelado con un anticuerpo secundario conjugado con peroxidasa de acuerdo a las técnicas convencionales. **Estadística:** Se consideró una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa (dos colas). Para efectuar la comparación entre pacientes preeclámpticas y controles embarazadas pareadas se utilizó el test de rango signado de Wilcoxon (Wilcoxon signed-rank test). **Resultados:** TA sistólica (pacientes vs. controles embarazadas): 163 ± 16.3 vs. 111 ± 11 mmHg; TA diastólica: 111 ± 9.9 vs. 67 ± 13.4 mmHg. El 50 % de las pacientes preeclámpticas fueron primíparas. No hubo diferencias en la edad gestacional entre los pares: $p = 0.29$. Concentraciones plasmáticas (Pacientes vs. embarazo normal pareado). Diferencias mediana e intercuartil 25-75. VEGF dif: 8.2 (-10.7; 125.2), $p = 0.65$ Inmunohistoquímica para VEGF: No se observan variaciones significativas en las marcas para VEGF entre las placentas de pacientes preeclámpticas y de embarazadas sin preeclampsia (100x). **Discusión:** En este estudio no se encontró diferencias significativas en los niveles séricos de VEGF, ni en su expresión en trofoblasto entre pacientes con preeclampsia y sus controles pareados con embarazo normal.

0043 SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

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

UTI Pediátrica. Hospital "Dr. E. Castro Rendón", Neuquén.

Objetivos: 1º: prevalencia de Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA) en una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica durante un período de 7 años; 2º: evaluar factores de riesgo, causas más frecuentes, complicaciones, mortalidad y secuelas al alta. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron las HCL de los niños internados en nuestra UTIP entre el 1/1/2000 y el 31/12/2006 con diagnóstico de SDRA, según el Consenso 1994. Se registraron datos filiatorios, días de evolución previos, diagnóstico de ingreso, causas, tratamiento, complicaciones, mortalidad. Los datos fueron analizados con Epi6. **Resultados:** En los últimos 7 años se internaron en nuestra UTIP 882 pacientes, 704 de ellos en ARM (80%). Se diagnosticó SDRA en 39 pacientes del total (4.4%), 46% niñas y 53% varones. La mediana de edad fue 1.49 años (77% < de 4 años), el PRISM medio al ingreso fue 18, y la mediana de estadía de 24 días. En 11 niños (28%) el SDRA desarrolló en las primeras 24 hs. El 77% de los SDRA fueron de causa pulmonar y el 33% extrapulmonar. Los diagnósticos de ingreso fueron neumonía 38%, bronquiolitis 18%, Shock Séptico 15% y quemaduras 13%. La mediana del Vt fue 12 ml/Kg, de la Presión Plateau máxima 34, y del PEEP máximo 12. Se utilizaron maniobras de reclutamiento en el 56%, y decúbito prono en 44% de los pacientes, sin hallar diferencias en la respuesta a estas terapéuticas entre SDRA pulmonar y extrapulmonar. Se usó bicarbonato en 76% de los casos, albúmina y furosemida (A/F) en 43% e inotrópicos en el 95%. Al subdividir el período en dos grupos (a): 2000-2003 (17 p) y (b): 2004-2006 (22 p), se observó mayor utilización de bicarbonato $p=0,005$, uso más frecuente de PEEP mayor de 12 ($p = 0,007$), y A/F ($p < 0,05$) en el grupo más reciente; no hubo diferencias en otros métodos de tratamiento ni en la evolución. La Mortalidad global fue 17.9%, sin hallar diferencias entre los de causa extrapulmonar y pulmonar (23% vs. 15%), y ascendiendo a 27.3% entre los pacientes que presentaron SDRA a las 24 hs del ingreso. La PAFI mínima menor de 80, ó menor de 100 al 3er día de evolución, se asociaron a mayor mortalidad ($p=0,01$ y $p=0,007$ respectivamente). Los niños fallecidos tenían neumonía (3), quemadura (2), shock séptico (2) y Hantavirus (1), y el 43% presentó falla multiorgánica. El 23.7% de los sobrevivientes

quedó dependiente de oxígeno al alta hospitalaria, y 2 fueron traqueotomizados. Conclusiones: En nuestra UTIP, con 80% de ARM, la prevalencia de SDRA fue 4.4% (39 niños). La Pafi mínima < de 80, y la Pafi < de 100 al 3er día de evolución, se asociaron a mayor mortalidad. En el último período (grupo b) se utilizó mayor PEEP, más bicarbonato y más infusiones de A/F; Se observó una mortalidad de 17.9%, sin hallar diferencias en la evolución entre los SDRA pulmonar y extrapulmonar. El 43% de los fallecidos presentó falla multiorgánica.

0044 ALTERACIONES EN EL ANIÓN GAP URINARIO EN PACIENTES CRÍTICOS CON ACIDOSIS METABÓLICA

D. MASEVICIUS, G TUHAY, MC PEIN, E VENTRICE, A DUBIN Sanatorio Otamendi y Mirolí, Buenos Aires

Objetivos: la respuesta renal adecuada a la acidosis metabólica es la modificación del anión gap urinario ($[AG]_u = [Na^+]_u + [K^+]_u - [Cl^-]_u$) que debe hacerse negativo. Nuestra hipótesis fue que la incapacidad para aumentar la eliminación urinaria de cloro es expresión de disfunción renal en los pacientes críticos con acidosis metabólica. Métodos: se estudiaron 590 pacientes consecutivamente ingresados a la terapia intensiva durante un período de 16 meses. Se incluyeron aquellos que presentaban acidosis metabólica simple. Se excluyeron pacientes con trastornos ácido-base respiratorios asociados, uso de diuréticos y/o insuficiencia renal (creatinina > 1,7 mg%). Al ingreso, se determinaron gases en sangre e ionogramas plasmático y urinario. Se calcularon los valores de anión gap plasmático ($[AG]_p$) y $[AG]_{ur}$, la diferencia entre los cambios del $[AG]_p$ y el $[HCO_3^-]$ ($\Delta[AG]_p - \Delta[HCO_3^-]$), las diferencias de iones fuertes efectiva y aparente ($[SID]_{efectivo}$ y $[SID]_{aparente}$) y el gap de iones fuertes ($[SIG]$). Los pacientes fueron separados en dos grupos de acuerdo a que el $[AG]_u$ fuera positivo o negativo. Además, se estudiaron 10 voluntarios sanos. Resultados: se incluyeron 98 pacientes.

	Voluntarios sanos (n = 10)	$[AG]_u$ dH 0 mmol/l (n = 12)	$[AG]_u > 1$ mmol/l (n = 86)
pH	7.41 ± 0.03*	7.34 ± 0.02	7.33 ± 0.03
$[HCO_3^-]$ (mmol/l)	26 ± 1*	20 ± 2	18 ± 3*
$[BE]$ (mmol/l)	2 ± 1*	-5 ± 2	-7 ± 3*
$[AG]_p$ (mmol/l)	12 ± 1*	20 ± 6	17 ± 4*
$\Delta[AG]_p - \Delta[HCO_3^-]$ (mmol/l)	-1 ± 1*	1 ± 5	-3 ± 3*
$[SID]_{aparente}$ (mmol/l)	40 ± 2	40 ± 5	34 ± 3*
$[SID]_{efectivo}$ (mmol/l)	40 ± 2*	31 ± 2	29 ± 4*
$[SIG]$ (mmol/l)	0 ± 1*	9 ± 5	6 ± 4*
$[Cl^-]$ (mmol/l)	106 ± 2	105 ± 5	111 ± 3*

Conclusiones: en esta serie de pacientes críticos con acidosis metabólica, la compensación renal fue frecuentemente inapropiada, lo que se evidenció en hipercloremia. Los pacientes con una respuesta renal adecuada presentaron un $\Delta[AG]_p - \Delta[HCO_3^-]$ positivo, hallazgo que se considera diagnóstico de alcalosis metabólica asociada. Estos resultados se interpretan como una compensación renal apropiada de la acidosis metabólica, en lugar de un trastorno metabólico mixto.

0045 SELECCIÓN APROPIADA DEL ESQUEMA ANTIBIÓTICO PARA EL TRATAMIENTO EMPÍRICO DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN TERAPIA INTENSIVA

EP. CENTENO, ME ARZEL, AF ALTIERI, RM ANCHORENA, C GUTIERREZ, AA LOPEZ, G OTTOBONI, MC PEIN, M WASHBUSH HZGA Simplemente Evita - Gonzalez Catán

Objetivo: Desarrollo de un método simple que permita redefinir periódicamente el esquema antibiótico más adecuado para el tratamiento de las infecciones intrahospitalarias más frecuentes en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Este método debe ser la respuesta objetiva a la premisa "escuche a su hospital" en lo referente a infecciones intranosocomiales. Material y métodos: Se evaluaron las Neumonías Asociadas a Respirador (NAR) precoces y tardías, Bacteriemias Asociadas a Cateter (BAC) e Infecciones Urinarias asociadas a Sonda Vesical (IUSV) en la población de pacientes internados en UTI durante 17 meses (nov 05 a mar 07). Para el diagnóstico de las mismas se siguieron los criterios del "Centers for Disease

Control" (CDC). Para cada una se definieron tratamientos empíricos en forma mensual, para ser utilizados durante los siguientes 30 días. La combinación de drogas resultaba de la aplicación de un protocolo de seis pasos a los rescates microbiológicos de las infecciones diagnosticadas en un período previo: 1) Cobertura de un mínimo del 80% de infecciones diagnosticadas; 2) Aceptable penetración en tejido blanco; 3) Mínima cantidad de drogas combinadas; 4) Disponibilidad en farmacia del hospital; 5) En caso de dos drogas con igual posibilidad, se indica la menos utilizada previamente; 6) Menor costo. Se evaluaron los resultados obtenidos en base datos de 2, 3 y 4 meses previos a cada período, considerándose esquemas acertados o erróneos según hayan cubierto o no, los gérmenes rescatados en las infecciones del siguiente mes. Resultados:

	NAR			IUSV			BAC			TODAS		
meses	2	3	4	2	3	4	2	3	4	2	3	4
% promedio de aciertos mensuales	75	85	82	48	58	57	63	75	75	75	62	72
ATB usados en la combinación mensual	2,2	2,2	2,3	1,7	1,8	2,2	1,1	1,3	1,3	1,8	1,9	2,1
% cambio en por lo menos 1 ATB respecto a mes previo	95	83	83	67	58	58	100	90	91	83	74	74

La tasa de aciertos utilizando 2 meses de datos fue menor a la lograda con 3 o 4 meses. La cantidad de ATB utilizados por mes fue ligeramente mayor con 4 meses de datos, pero sin significancia estadística. Conclusiones: Utilizando como datos 3 o 4 meses de rescates y aplicando el protocolo descrito se logró una elevada tasa de aciertos en el tratamiento antibiótico empírico. En base a información disponible en la actualidad, esto se traduce en reducción de mortalidad, menor presión de selección sobre gérmenes, menor costo económico en tratamientos y cuidados de pacientes, utilización de esquemas adaptados a cada unidad de terapia intensiva. También se observó que se utilizaron drogas y esquemas no tradicionales. Se debió rotar el esquema casi todos los meses para cada grupo de infecciones.

0046 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL

G. CUETO, A CARUSO, A ATALLAH, V PICOLIA, E ADAMOLI, M TORRES, A ARATA, W CORNISTEIN Terapia Intensiva Hospital Cosme Argerich

Terapia intensiva es un lugar vulnerable para el desarrollo de infección nosocomial, la cual aumenta la estadía hospitalaria, la mortalidad y los costos. La gravedad de los pacientes y la necesidad de utilizar dispositivos invasivos son factores de riesgo. Las medidas preventivas basadas en evidencias, como guías de tratamiento, están bien documentadas, pero su implementación en la práctica no es fácilmente alcanzada. La elaboración de guías en forma multidisciplinaria y en base a datos locales facilita su aplicación. Previo a su desarrollo es necesario identificar el patrón de nuestras infecciones. Objetivo: describir la epidemiología de la infección nosocomial en una terapia intensiva. Lugar y fecha: terapia intensiva medicoquirúrgica de 10 camas de adultos entre marzo 2006 a marzo 2007. Material y métodos: análisis prospectivo observacional de los pacientes (p) admitidos en UTI que desarrollan infección luego de 48 hs de internación. Una enfermera epidemióloga recogió los datos de permanencia de dispositivos y en reuniones semanales multidisciplinarias, en base a la bacteriología obtenida en la semana previa, se establecieron las infecciones nosocomiales de acuerdo a los criterios del CDC y se analizaron los datos por la base Epicontrol. Se considero total de p admitidos, Apache II al ingreso, evolución al alta y días de estadía en UTI. Pacientes expuestos al riesgo [sonda vesical (SV) para la infección urinaria (ITU), ventilación mecánica (VM) para la neumonía asociada a ventilador (NAV) y dispositivos intravasculares (DIV) para las bacteriemias asociadas a catéter (BAC)], días factores de riesgo (días de permanencia del dispositivo) por mil días. Se calcularon: tasa de utilización de dispositivos, tasas por p expuestos ajustadas a la estadía, tasas por día factores de riesgo y se compararon con tasas internacionales (NNIS 2003 y EPICC). Resultados: Ingresaron 322 p, Apache II 13.08, la mortalidad esperada fue de 19.21% y la real 21.42%, estadía 7.71 días. La tasa de infección global fue 22.9%. ITU asociada a SV: 88% tuvieron

sonda vesical, la tasa acumulada de ITU fue de 10,31‰ y la bacteriología: Klebsiella pneumoniae 20,45%, Escherichia coli 15,91%. BAC: la presentaron 13/322. La tasa acumulada fue de 5,16‰, bacteriología: Staphylococcus coagulasa negativo 18,75%, Acinetobacter baumannii 18,75% y Staphylococcus aureus 12,50%, Klebsiella pneumoniae 12,50%. NAV: 207 estuvieron en ARM, la tasa de utilización fue de 64%, NAV 26,7 ‰, los gérmenes más frecuentes en NAV fueron Staphylococcus aureus 25,64%, Acinetobacter baumannii 17,95%, Pseudomonas aeruginosa 16,67%, Klebsiella pneumoniae 10,26%. Conclusión: Las tasas de ITU y NAV son superiores a las referidas por organismos internacionales. A partir de estos resultados se están implementando diferentes tácticas para prevenirlas, elaboradas en forma conjunta con infectología, bacteriología y UTI en base a reuniones semanales.

0048 TRAUMATISMO PRECORDIAL PENETRANTE: ES POSIBLE EL MANEJO CONSERVADOR?

F Saldarini¹, J Sproviero¹, G Carqueijeda², E Pesat¹, A Sabra¹, A Colombatti², E Jiménez²

¹Hospital Santojanni Servicio de Emergencia, ²Hospital Santojanni Servicio de Trauma

Antecedentes: Los traumatismos penetrantes suelen acompañarse de elevada morbi-mortalidad, especialmente aquellos que comprometen el precordio. Objetivo: Describir el manejo empleado en pacientes con trauma precordial penetrante (TPP). Material y Métodos: Se definió anatómicamente el precordio. Sobre 735 traumatizados internados entre el 01/01/03-31/12/06, 273/735 correspondieron a traumatismos penetrantes (37.1%), 104/273 ocurrieron en el tórax (38.1%) y 19/104 fueron precordiales (18.3%). Las variables estudiadas fueron: demográficas, mecanismos penetrantes, categorización, tratamiento y evolución. Resultados: La edad promedio fue de 33 años y predominaron los hombres (18/19). En 10/19 casos la lesión se debió a arma blanca y en 9/19 a arma de fuego. El promedio de TSR e ISS fue 11 y 14.1 respectivamente. El tratamiento quirúrgico se indicó en 18/19 pacientes, realizándose 8/18 toracotomías (44.4%). La mortalidad observada fue de 3/19 pacientes (15.8%). Conclusiones: En nuestra serie, los TPP representaron el 18.3% de las heridas penetrantes del tórax, ocurriendo principalmente en hombres jóvenes y por lesiones de arma blanca. Los scores altos de TSR y bajos de ISS permitieron adecuar el tratamiento a las necesidades de los pacientes; hecho que se tradujo en la indicación de procedimientos quirúrgicos menores para esta entidad clínica. Reconocer el mecanismo traumático y categorizar a los enfermos permitirán a un equipo interdisciplinario, entrenado en el manejo de traumatizados, encontrar tratamientos válidos y eficaces para abordar estos casos que continúan generando controversias relacionadas con su enfoque terapéutico.

0049 VIDEOENDOSCOPIA CEREBRAL EN ADULTOS COMPLI-CADA CON CEREBRITIS PRESENTACION DE UN CASO

D Gonzalez, J Rios, M Curone, M Saez, C Moreno
Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica y Maternidad Suizo-Argentina

Introducción: la endoscopia cerebral es un procedimiento mínimamente invasivo de uso difundido en pacientes pediátricos. Su utilidad en adultos adquiere cada vez más relevancia. Diversas patologías del sistema nervioso central son pasibles para su utilización. Colocación de catéteres ventriculares, revisión de sistemas de derivación valvulares, ventriculostomías, resección y biopsias tumorales. Dentro del parénquima cerebral es útil para evacuar algunos tipos de hematomas y a nivel medular es utilizado para resección de tumores, cavidades siringomiélicas y discoidectomías. Se presenta un caso de videoendoscopia cerebral en un adulto con una cavidad porencefálica frontal derecha secundaria a cirugía de tumor cerebral. Caso Clínico: paciente masculino, 28 años, con antecedentes de tumor cerebral frontal bilateral que recibió radioterapia y posteriormente cirugía, con anatomía patológica compatible con estirpe glioneuronal. Evolucionó en coma con hidrocefalia que requirió colocación de drenaje ventricular externo. Presentó meningitis en 3 oportunidades que impidió la colocación de una válvula de derivación. En la TAC de cerebro se observó la presencia de dilatación del sistema ventricular con una cavidad porencefálica a nivel

frontal derecho. Se realizó exploración endoscópica de dicha cavidad la cual se hallaba tabicada con presencia de pus en su interior. Se repitió el procedimiento lográndose la disminución de dicha cavidad con la desaparición del contenido purulento. Los cultivos fueron negativos pero el paciente se hallaba bajo tratamiento antibiótico con Meropenem y Vancomicina. La TAC de cerebro posterior mostró disminución de la cavidad porencefálica con signos de cerebritis difusa. Conclusión: se reporta este caso como una indicación atípica del procedimiento endoscópico, ya que se trata de un paciente adulto con una cavidad porencefálica secundaria a cirugía y ventriculitis. Como complicación presentó cerebritis difusa.

0050 EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN DEL OLIGONUCLEÓTIDO IMT 504 EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SEPSIS EN RATAS SPRAGUE DAWLEY

M Pereiro¹, F Elías², JM Rodríguez², A Montaner², C Artana¹, N Lago³, C Mirabelli³, V Rietschel⁴, S Bruno⁴, J Flo², R López², J Zorzopulos², B Maskin⁵

¹Hospital Fiorito, ²Laboratorio Inmunotech, ³Gema-biotech, ⁴Instituto Malbrán, ⁵Hospital Posadas

Introducción: Las alteraciones fisopatológicas inducidas por la sepsis se producen por alteración de los mecanismos inmunológicos normales, como aumento de los niveles de citoquinas, desórdenes en la cascada de coagulación, alteraciones en los patrones de activación de las células del sistema inmune (células dendríticas, linfocitos B) y de la expresión del complejo mayor de histocompatibilidad (MHC II). Estas alteraciones pueden conducir al paciente a un estado de inmunodepresión y anergia. En consecuencia, muchos de los tratamientos propuestos para la sepsis se basan en la modulación y activación de la respuesta inflamatoria e inmune. En nuestro laboratorio se identificó un oligonucleótido (IMT504) con actividad inmunostimulante en humanos, primates y ratas (J. Immunol. 2003; 171:3697, Vaccine 2005;23:3597). Este ODN actúa directamente sobre linfocitos B y células dendríticas plasmocitoides aumentando la expresión de citoquinas y moléculas coestimuladoras (CD40/CD80/CD86) in vitro e in vivo. Objetivo: testear la acción del IMT504 en un modelo experimental de sepsis peritoneal en ratas Sprague Dawley (SD). Material y Método: Se utilizaron 28 ratas macho SD de 6 a 9 semanas de edad (360±40 g). Al día 0 los animales fueron inoculados por vía intraperitoneal (ip) con 1×10^9 bacterias E. coli cepa 045K1H10 o solución fisiológica (SF). Al día 1 la mitad de los animales inoculados con bacterias recibieron IMT504 (Grupo 4) y el resto SF (Grupo 3) por vía subcutánea (sc). Los animales inoculados inicialmente con SF fueron separados en dos grupos (1 y 2) y tratados de la misma manera. Los animales fueron pesados y evaluados 2 veces al día durante 4 días consecutivos, los sobrevivientes fueron sangrados a blanco por punción cardiaca y sacrificados. Se realizó necropsia y análisis macroscópico de todos los órganos. Se clasificaron las lesiones histológicas de acuerdo a un score. En suero se determinaron niveles de IL-10, IL-6, TNF- α , GM-CSF y parámetros bioquímicos habituales. Los resultados se compararon por el test de Student o Mann-Whitney según corresponda. Resultados: Al día 4 del experimento no se encontraron diferencias significativas en la mortalidad ni en el peso entre los grupos con peritonitis que habían recibido SF ó IMT 504 sc. El recuento absoluto de linfocitos y monocitos fue significativamente mayor en el grupo que recibió IMT504 ($p < 0.01$), no habiendo diferencias significativas en los neutrófilos. En los animales que recibieron IMT504 se encontraron concentraciones séricas menores de IL-6, GM-CSF e IL-10 y en la evaluación microscópica del hígado una reducción de necrosis, esteatosis e inflamación lobulillar ($p = 0.01$). Conclusión: Estos resultados preliminares sugieren una tendencia del IMT 504 a regular los niveles de citoquinas y células involucradas en la respuesta inflamatoria durante la sepsis además de un mecanismo de protección hepática frente a la injuria séptica.

0054 FASCITIS NECROTIZANTE POSTQUIRÚRGICA EN UNA NIÑA

C Pradilla, A Vélez, E Cerda, G Kaltenbach, G Laffaye, D Allende

UTI Pediátrica. Hospital Provincial Neuquén

Objetivo Reportar un caso de fascitis necrotizante postquirúrgica en una niña de 9 años. Material y Métodos: Análisis de caso

clínico. Paciente que el día 9/04/07 ingresa al Servicio de pediatría con abdomen agudo quirúrgico de 4 días de evolución, por lo que es intervenida diagnosticándose peritonitis generalizada a punto de partida apendicular, medicándose con ornidazol + gentamicina. 12 hs después ingresa a la UTI Pediátrica con descompensación hemodinámica severa por shock séptico secundario a peritonitis. Requiere ARM, múltiples expansiones, inotrópicos (altas dosis de adrenalina), e hidrocortisona anti-stress. A las 24 hs. de la cirugía se observa halo eritematoso en región inguinal derecha y zona periumbilical, sin relación con la herida quirúrgica. Con buena evolución clínica y disminución de inotrópicos a las 48 hs, desarrolla induración y edema predominante en flanco derecho, por lo que se agrega clindamicina. se retira catéter femoral derecho y se coloca subclavia. Al retirar la vía femoral se observa drenaje de líquido fétido, con posterior desmejoría del estado hemodinámico. Ante el diagnóstico presuntivo de fascitis necrotizante reingresa a cirugía (13/4), con resección extensa de piel y celular subcutánea de pared abdominal, raíz de los miembros inferiores y región torácica inferior derecha. Vuelve de quirófano con shock séptico, coagulopatía y plaquetopenia, requiriendo varias transfusiones, expansiones y nuevamente inotrópicos, estabilizándose a las 72-96 hs. El cultivo de la secreción abdominal y biopsia de tejido muscular es informado como flora polimicrobiana. El 14/04, con hipoalbuminemia severa, inicia alimentación parenteral total que recibe durante 13 días. Ante síndrome febril el 20/04 se policultiva, rotándose a Meropenem/colistin y desarrollando Acinetobacter multirresistente en hemocultivos. Una TAC abdominal informa múltiples abscesos interasas y líquido en parietocólico derecho, que no concluye si es colección o colon, decidiéndose conducta expectante. El 23/04 se retira de ARM, y comienza a evolucionar favorablemente en forma paulatina. El 30/04 por continuar con registros febriles se vuelve a policultivar y se agrega al esquema antibiótico vancomicina, desarrollando en hemocultivos Staphylococo aureus meti-R. Se realiza nueva TAC abdominal, en la cual se evidencia colección intrahepática con características de hematoma. Se realiza punción guiada extrayendo líquido sanguinolento con cultivo negativo. A partir del 07/05 se realiza plástica de tórax, abdomen derecho e ingle derecha. Conclusión: La fascitis necrotizante es una severa complicación posquirúrgica, que debe pensarse ante la aparición de eritema de piel no relacionado con la cirugía, y que se asocia a alta mortalidad.

0056 COMPLICACIONES ASOCIADAS A POLITRANSFUSION EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACION MIOCÁRDICA
MA BARBIERI, MP VARELA OTERO, Y ARZANI, L HELMAN, M PERADEJORDI, V LERNOUD, RR FAVALORO
 Fundacion Favalaro

Objetivo: evaluar la morbimortalidad asociada a la transfusión de glóbulos rojos (GR) en pacientes (P) sometidos a cirugía de revascularización miocárdica (CRM) pura. Material y Métodos: se realizó en un único centro un estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron 415 P sometidos en forma consecutiva a CRM pura con y sin circulación extracorpórea desde 01/01/2006 hasta 31/12/2006. Se analizaron las características basales de la población, los requerimientos de unidades (U) de GR y las complicaciones habituales del postoperatorio de cirugía cardiovascular. El requerimiento de mas de 4 UGR/P fue definido como politransfusión. Los P fueron divididos en tres grupos (G): A) (n=109) P que no recibieron transfusión de GR. B)(n=252) P que recibieron de 1 a 4 UGR y C) (n=54) P que recibieron más de 4 UGR. Método estadístico: se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial con chi2 de homogeneidad para variables cualitativas en escala nominal, medidas de asociación (OR) y análisis de varianza para el resto de las variables. Resultados: el 75.9% de los P analizados recibió al menos la transfusión de 1UGR. La edad promedio de los P fue de 59±8.9 años en el GA y de 63±9 en el GB y GC (p 0.003). En todos los G predominó el sexo masculino: 96%, 82% y 85% en los GA, GB y GC respectivamente. No hubo entre los tres G diferencias estadísticamente significativas en cuanto a: población de P diabéticos, severidad de la enfermedad coronaria, valor de creatinina preoperatoria, número de procedimientos de urgencia, reoperaciones o cirugías sin circulación extracorpórea. Por el contrario presentaban deterioro severo de la función sistólica del ventriculo izquierdo el 6% de los P del GA, el

12% en el GB y el 31% en el GC y esta diferencia si fue estadísticamente significativa (p 0.001) Asi tambien se observó que el valor de urea preoperatorio fue superior en el GC 47±25 mg/dl vs 37±9 en GA y 43±21 en GB (p 0.005). Los tiempos de bomba (TB) y de clampeo aórtico (TC) fueron mas prolongados en el GC alcanzando esta diferencia significancia estadística: para TB 101, 97 y 113 minutos en los G A,B y C respectivamente (0.002) y TC 86, 82 y 103 minutos (p 0.01).Las complicaciones del perioperatorio inmediato en los tres G se pueden observar en la siguiente tabla:

Variable	Grupo A (n:109)	Grupo B (n: 252)	Grupo C (N: 54)	p
SBVM	14%	27%	27%	0.001
Inotrop/Vasopresores	51%	65%	89%	0.001
IABP	3%	4%	18%	0.001
Sangrado en 24hs	385±230 ml	473±261 ml	710±472 ml	0.000
Reexplorac por sangrado	0%	1%	18%	(OR: 0.02)
Hs ARM	8±7	13±16	21±30	0.001
Dias internación	1.7±1.9	2.3± 2.1	3.2±2.7	0.000
Infecciones	5%	6%	15%	(OR: 0.35)
Mortalidad	2%	1%	7%	(OR:0.24)

SBVM=síndrome de bajo volumen minuto, IABP=balón de contrapulsación intraaórtico. ARM= asistencia respiratoria mecánica

Conclusión: los pacientes con CRM pura que recibieron edad más avanzada, peor función sistólica del ventrículo izquierdo, tiempos de bomba y clampeo mas prolongados y mayor uremia prequirúrgica. En el POP se observó en este G un aumento significativo en la incidencia de SBVM, requerimiento de inotrópicos y/o vasopresores y de IABP así como también un incremento en las hs de ARM y en los días de internación. La mortalidad en el GC también fue mayor.

0057 TITULO VENTAJAS PARA LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIAS PERCUTANEA
ML STESSSENS, A VÁZQUEZ

Clinica Doctor Gregorio Marañón, Unidad de terapia intensiva. Ciudad de Villa Maria. Córdoba. Argentina.

Objetivos: Determinar las ventajas de la traqueostomía percutánea, para los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva, de la clínica Doctor Gregorio Marañón. Villa Maria. Córdoba. Entre enero del 2005 a enero del 2007. Material y Método: el presente es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. La población esta compuesta por pacientes internados en la unidad de terapia intensiva de la clínica Doctor Gregorio Marañón, en el periodo de enero de 2005 a enero del 2007. El muestreo fue probabilístico y se realizo en todos los pacientes con traqueostomía percutanea. Primera etapa: Se registraron todos los pacientes a los cuales se les realizo traqueostomía percutanea. Segunda etapa: se analizaron y procesaron los datos de los pacientes traqueostomizados. Para la recopilación de datos se confecciono una planilla de lista de pacientes con traqueostomía percutanea. Se tomaron en cuenta las siguientes variables: Confort, adaptabilidad, movilidad y estabilidad. Procesamientos de datos: los datos se volcaron en una tabla maestra, la cual constaba de una columna numerada (correspondiente a cada paciente) y otra columna (correspondiente a las variables) en cuyas filas se volcaron los datos obtenidos. Presentación de datos: los datos se presentaran en tablas de simple entrada y se representaran gráficamente en barras y sectores. Resultados: de los pacientes estudiados se observo un 78 % de comodidad y un 11% de incomodidad en el confort. Con respecto a la adaptabilidad fue un 22% muy buena, 52% buena y 26% regular. La movilidad fue de un 78% adecuada y un 22% inadecuada. La estabilidad el 64% fue buena, y moderada el 36%. Conclusiones: de los resultados obtenidos se pudo comprobar una tolerancia adecuada y beneficiosa de la traqueostomía percutanea, en los paciente a los que se les realizo la misma. Por lo tanto podemos afirmar que es menos traumática y mas confortable para los pacientes, una traqueostomía percutanea que una convencional, debido a que la primera es de un material mas flexible y su realización es rápida y segura.

0058 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CORONARIO EN MUJERES AÑOSAS

MA CARIDI, PA SURC

Centro Gallego de Buenos Aires

Objetivo: Evaluar la prevalencia de los factores de riesgo coronario en mujeres de la tercera edad admitidas con diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo en los servicios de Cuidados Intensivos (UCO-UTI) del Centro Gallego y analizar la evolución clínica y el tratamiento al egreso. Material y métodos: Se estudiaron 145 pacientes (ptes) cuya edad era de 60 a 99 años (a), ingresadas en forma consecutiva a UCO-UTI entre enero de 2000 y diciembre de 2005 y se las dividió en 4 grupos según la edad, I: 60a69a (26 ptes), II: 70 a 79a (44 ptes), III: 80 a 89a (61 ptes) y IV: 90 a 99a (14 ptes). Resultados: La edad media fue de 78,2 +/- 8 años. El 81% (118 ptes) presentó antecedentes de hipertensión arterial, 27,5% (40 ptes) de diabetes, 51,7% (75 ptes) de dislipemia, 8% (12 ptes) de tabaquismo y 70% (102 ptes) tenían sobrepeso u obesidad (BMI > 25). El 40% (58 ptes) recibía AAS previa, 30% (43 ptes) betabloqueantes, 40% (58 ptes) inhibidores de la enzima de conversión, 15% (22 ptes) bloqueantes cálcicos, 14% (20 ptes) estatinas, 8% (12 ptes) insulina, 23% (33 ptes) nitratos y 2% (3 ptes) clopidogrel. 47% (68 ptes) tuvieron diagnóstico de angina inestable (AI), 31% (45 ptes) de IAM con ST y 19% (32 ptes) de IAM sin ST. En la evolución hospitalaria la incidencia de insuficiencia cardíaca fue 7,6% (11 ptes), de angina recurrente de 16% (23 ptes), la mortalidad fue de 4,8% (7 ptes), del total de las muertes el 57% fue de causa cardíaca (4 ptes) y el 43% (3 ptes) de causa no cardíaca. Seis de las siete ptes fallecidas estaban en el grupo III y la edad promedio fue 84,5 a y una de siete ptes pertenecía al grupo I. Recibieron tratamiento trombolítico el 42% (19 ptes), heparina de bajo peso molecular el 68% (99 ptes), procedimiento de revascularización el 14% (20 ptes) de los que el 70% (14 ptes) fueron sometidos a angioplastia coronaria y el 30% (6 ptes) a cirugía de revascularización. Conclusiones: Las ptes de la tercera edad, internadas en los servicios UTI. UCO por un SCA presentaron: a) alta prevalencia de HTA y de DLP, b) alta incidencia de sobrepeso y obesidad, c) baja mortalidad d) adecuado cumplimiento de las normativas nacionales e internacionales de tratamiento al egreso.

0059 SHOCK SEPTICO POR COINFECCION VIRAL:RELATO DE UN CASO CLINICO

S ESQUIVEL, L BOZO, F ESPINOZA

Sanatorio Privado Figueroa Paredes G Laferrere Buenos Aires

Introducción: las infecciones por adenovirus tienen amplias manifestaciones en los niños ,pudiendo producir infecciones leves como faringitis y/o conjuntivitis, a infecciones mas severas como la bronquiolitis obliterante o mas raramente el shock septico. Material y métodos: Se relata el caso de una paciente de sexo femenino de 7 meses de vida, sin antecedentes patológicos previos que comienza 48 horas previas a la consulta con tos, fiebre y taquipnea leve, consulta a centro de salud en donde le realizan b2, y anti-téticos, siendo posteriormente derivada por aumento de la dificultad respiratoria. Ingres a al servicio de terapia intensiva en mal estado general, hemodinamicamente descompensada, pulsos periféricos no palpables, relleno capilar mayor de 6 segundos procede a ingresar a asistencia respiratoria mecánica, expansión con volumen y posterior infusión de dopamina a dosis vasopresora. Laboratorio de ingreso: ecograma, iono, glucemia normal, coagulograma alterado, enzimas hepática elevadas a expensas de tgo,eab con hipoxemia,pafi de 120-140. rx de torax con opacidad en vértice y campo medio izquierdo, Se policultiva y se medica con ceftriaxone. Presento parámetros de shock séptico con resistencia periféricas altas, no lográndose metas hemodinámicas aceptables con dopamina, se inicio noradrenalina, requiriendo hasta 1 gama/k/min. y milrinona a 0.6 gammas con los cuales mejora los parámetros hemodinámicos y la diuresis. Evolución clínica: al 4to día de internación se constata derrame pleural el cual se drena en su totalidad, presentando citoquímico para trasudado, se recibe cultivos bacteriológicos negativos, se solicita virológico de secreciones nasofaríngeas siendo positivo para adenovirus e influenza a ,requirió cinco días de vasopresores, al 12 día se extuba con evolución favorable quedando con requerimientos permanente de oxígeno. Conclusiones: Ante un cuadro clínico con las características mencio-

nadas, si bien en su mayoría son de etiología bacteriana, debemos tener presente a las causa virales. El adenovirus esta involucrado como agente causal de cuadros graves pulmonares y extra-pulmonares

0060 LA EDAD, ES UN FACTOR DE FALLO EN LA EXTUBACION D VIOLI¹, F RIOS², C PEREYRA¹, G SEGUI¹, S TANGREDI¹, P OKURZATY¹, E BARROZA¹, D LOSIO¹

¹HIGA Prof Luis Guemes, Haedo, Bs. As., ²Hospital Prof A. Posadas, Haedo, Bs. As.

Introducción: Algunos pacientes pueden prescindir de la 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. Se describe en la bibliografía la longuivdad como un factor de fallo de extubacion asociado probablemente a la alteracion de la tos y deglucion. Objetivos: Evaluar la edad, la tos como reflejo presente y el tragar como alteracion de deglucion en el fallo de extubacion. Materiales y Métodos: estudio prospectivo, observacional, se incluyeron durante 6 meses (Febrero 2005-Julio 2005) los pacientes internados con necesidad de VM mayor a 1 día, de cualquier etiología, se registraban los variables vinculadas con el destete, una vez desvinculado, se median variables pre-extubacion. La extubacion se consideraba exitosa cuando no era reintubado en las siguientes 72 hs. Para comparar proporciones se utilizo Chi-cuadrado o el test de Fisher exacto y para las variables continuas test-T o Wilcoxon-Mann-Witney para los datos no parametricos %. Se considero estadísticamente significativo las probabilidades < 0.05. Resultados: Se incluyeron 104 intentos de extubacion, con 27 reintubaciones (tasa de reintubación 25%). En la tabla se describe los valores con sus respectivas p de significación.

Extubaciones =104	extubados 77	reintubados 27	Valos de P
Edad años	59	67	0.03
APACHE II	17	19	NS
Tiss Extubacion	20	23	NS
PaFi	283	298	NS
Tragar-presente	50	22	NS RR01.96 (0.81-4.70)
Tragar-ausente	27	5	
Tos presente	50	16	NS RR1.19 (0.62-2.3)
Tos ausente	27	11	
PiMax (cm de H2O)	35	32	NS

Conclusiones: La edad parece ser uno de los mejores predictores de fallo en la extubacion. No tuvieron valor estadístico significativo la tos, tragar, la PiMax, Pafi ni TISS 28 (carga de enfermería).

0061 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR VÍA AÉREA ARTIFICIAL POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE UN HOSPITAL ESTATAL Y PRIVADO. SALTA, CAPITAL. AÑO 2006. JE TEJERINA

Universidad Nacional de Salta

Objetivo: Determinar porcentaje de personal de Enfermería, según el nivel de formación, turno y antigüedad en UTI; que cumple con los pasos de la técnica de aspiración de secreciones por vía aérea artificial. Identificar que pasos de la técnica de aspiración de secreciones por vía aérea artificial se aplican más frecuentemente. Determinar el porcentaje de aplicación de los pasos del procedimiento considerados más importantes. Material y método: Estudio descriptivo con observación sistemática y directa de la técnica de aspiración de secreciones. La muestra la conformaron 40 personas en total, 30 del Hospital Estatal y 10 del Privado. El instrumento que se utilizó fue una lista cotejo con 22 pasos del procedimiento. Se llevó a cabo 5 observaciones a cada unidad de análisis en distintos días, en diferentes turnos, en el caso del Hospital Estatal en la mañana, tarde, noche y fin de semana, mientras que el Hospital Privado mañana, tarde y noche. El total de observaciones realizadas fue de 200. Resultados: En la UTI del Hospital Privado, el sexo que predomina en un 80% es el masculino, en Hospital Estatal es el femenino un 87%. El promedio de edad en el Hospital Privado es de 34 años,

en el estatal es de 41 años. El nivel de formación que predomina es el del Enfermero de Nivel Terciario en ambas unidades. La antigüedad no supera los 24 años en las dos instituciones. Los pasos de la técnica de aspiración de secreciones por vía aérea artificial más frecuentemente aplicados fueron el N° 2 "Evalúa los signos y síntomas que indican la necesidad de aspirar" (76%); el N° 7 "Se coloca el barbijo" (86%); el N° 13 "El tiempo de aspiración se limita a 15 segundos" (76%); el N° 14 "Limpia la sonda con gasa estéril y agua estéril" (70%); el N° 16 instila cuando es necesario solución salina dentro del tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía (72%); el N° 17 "Recupera aspirando la mayor cantidad posible de solución salina" (72%) y el N° 22 "Registra lo realizado" con un 71%. El porcentaje de aplicación de los once, (11) pasos considerados importantes, por las consecuencias negativas que causaría su omisión en la salud del paciente, fue del 68%. Conclusiones: De los 22 pasos que conforman la técnica, solo 7 fueron aplicados más frecuentemente. Un 32% del personal de enfermería observado de ambas instituciones no cumple con los pasos de la técnica considerados importantes, situación que pondría en riesgo la vida del paciente. La aplicación incorrecta en todos los pasos de la técnica según nivel de formación, antigüedad y turno, es muy elevada en las dos instituciones. Lo que reflejaría una falencia que debe ser corregida a través de una educación continua en los servicios o bien, en una revisión de la técnica adecuándola a los recursos de nuestro medio. De ésta manera se prevendría que el paciente esté expuesto a complicaciones graves para su salud.

0062 DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO INICIAL DE LA SEPSIS, NUESTROS RESULTADOS A LA LUZ DE LA "CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS"

M. KENAR^{1,15}, M. BELLONE^{2,15}, S. BLEJMAN^{3,15}, R. RABUFFETI^{4,15}, D. ROVIRA^{5,15}, O. DISANTO^{6,15}, E. MANRIQUE^{7,15}, F. VASVARI^{12,15}, C. GALLETI^{8,15}, E. SOLOAGA^{9,15}, C. BEVILACQUA^{10,15}, J. ALBA^{11,15}, F. NUÑEZ^{13,15}, M. PRETEL^{14,15}

¹Clinica San Camilo - Buenos Aires, ²Sanatorio Lavalle - Jujuy, ³Sanatorio Colegiales - Buenos Aires, ⁴Clinica de CMIC - Neuquen, ⁵Hospital Italiano de Rosario - Santa Fe, ⁶Sanatorio Frangioli - Chaco, ⁷Hospital Regional Ushuaia - Tierra del Fuego, ⁸Sanatorio Allende - Córdoba, ⁹Hospital Británico - Buenos Aires, ¹⁰Clinica Modelo de Moron - Buenos Aires, ¹¹Sanatorio Rivadavia - Tucuman, ¹²Sanatorio Parque - Salta, ¹³Instituto CENESA - Salta, ¹⁴Sanatorio Aconcagua - Cordoba, ¹⁵Grupo GAEDIS

Introducción: La mortalidad de la sepsis severa (SS), shock séptico (ShS) y falla multiorgánica (FMO) acompañante se mantiene persistentemente elevada. Con un peso epidemiológico que a llegado a ser similar al producido por la cardiopatía isquémica. Representa la primera causa de muerte en las Terapias Intensivas (TIs). Buscando dar una respuesta global a esta patología, nace en Barcelona (2002) la necesidad de implementar una guía de tratamiento con consenso de las más prestigiosas "Entidades Internacionales" dedicada la atención de Pacientes Críticos. Objetivo: Evaluar el grado de cumplimiento de estas medidas sugeridas y el nivel de mortalidad en la cual nos encontramos, para conocimiento actual y posterior mejora de los parámetros de calidad en la atención y reducción de la mortalidad. Material y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, consecutivo, no randomizado, multicentrico desarrollado en 14 TIs del país durante 30 días en marzo de 2005, para comprobar grado de adherencia a las sugerencias que plantea la "Campaña Sobreviviendo a la Sepsis" y la mortalidad a los 28 días en SS y ShS según la definición del consenso de 1991. Resultados: Se trata de 126 pacientes, 74 hombres y 52 mujeres con SS o ShS. Mortalidad a los 28 días de internación de 42,89% (54 pac.), vivos 57,14% (72 pac.). Score de APACHE II al ingreso de 21, SOFA de 8 para hombres y 9 para mujeres. Recibieron reanimación inicial al ingreso 88% (111), sin medidas iniciales 12% (15), pero solo el 60% (48) en las primeras 8 hs. de la sepsis. En la reanimación inicial recibieron inotropicos 73.43% (90). Vía central al inicio 77% (98), 51% (65) se le midió Svco2, alcanzando valores >=70% al final de las 6 primeras horas en 17% (22). antibióticos en la primera hora 65.87% (83), cultivo al ingreso 92% (116), controles de glucemia forma periódica en 96%. ARM el 77.78%. Proteína C activada recombinante en 8 pac. (6,35%). Conclusión: El tener conocimiento de la enferme-

dad, el diagnostico precoz y el correcto cumplimiento de las guías nos permitirá reducir la mortalidad. Dentro de la TI múltiples y sencillas medidas deben ser tomadas para mejorar la evolución de estos pacientes. Pero la adherencia a las "Guías de Sobreviviendo a la Sepsis" son pobres, se debería tener una aplicación efectiva y universal como estrategia para reducir la mortalidad.

0063 REVISIÓN DE 30 CASOS DE SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS EN UTI

E. ROMERO, N. PERALTA, C. VILLAPANDO, JC. CORTÉZ
Hospital San Vicente de Paul - Orán (Salta) Servicio de Terapia Intensiva

Introducción: La enfermedad de Hantavirus es una Zoonosis endémica que se presenta en los departamentos Orán y San Martín al norte de la Provincia de Salta con órgano blanco principal el aparato respiratorio. En nuestro hospital se tienen registrados casos con diagnostico clínico desde 1983 como Distrés respiratorio de Orán y a partir del año 1993 con serología de Elisa IgM 220 casos hasta el 2006. En éste último año se presentaron 46 casos de los cuales 30 ingresaron a UTI. Objetivo: Dar a conocer la casuística de los 30 pacientes ingresados en UTI del Hospital San Vicente de Paul en el año 2006 con datos demográficos: edad, sexo, ocupación, clínica, laboratorio y ARM, período de internación. Materiales y Método: Estudio descriptivo y corte transversal de los pacientes ingresados en UTI en el año 2006. Resultados: Estudio de 30 casos de los cuales 83,3% son masculinos, edad predominante entre 15 y 30 años, con picos de cantidad de casos en Noviembre y Diciembre. Clínica: fiebre, disnea taquipnea, cefalea, artralgias, hipotensión sostenida 50%. Laboratorio: Hemoconcentración, Plaquetopenia, Leucocitos Moderada, LDH concentrada. Ocupación: Jornaleros. ARM: 6 pacientes (20%) con mortalidad 33,3%. Conclusión: La importancia de la detección de esta patología como diagnostico diferencial del Síndrome Febril a descartar que toma preponderancia en nuestra zona tropical para el diagnostico y tratamiento acertado.

0064 MORTALIDAD EN UCI: ANALISIS DE LA MORTALIDAD SEGÚN EL DIA DE LA SEMANA

C. CASTARATARO, R. AVILA, A. FERNANDEZ, M. FILIPPI
Hospital J M Cullen

Introducción: La mortalidad hospitalaria se incrementa los fines de semana. La misma observación se reitera en las UCIs. Las causas probables son amplias e incluyen el funcionamiento menos efectivo de la Institución y la disminución del personal afectado al cuidado directo de los pacientes. Un trabajo en la Argentina demuestra que la mortalidad tenía diferencias clínicamente significativas y que estaba influenciada por el número enfermeros y de médicos. Si la probabilidad de muerte de los pacientes estuviera exenta de variabilidad especial en el fin de semana, la misma dependería de la gravedad de su patología y no del día de ingreso a terapia. Esta homogeneidad de resultados podría considerarse evidencia de calidad de la atención médica y colabora con el prestigio del Servicio de UCI. Objetivo: Evaluar si la mortalidad de los pacientes ingresados durante los días de semana laborales difiere de aquella de los pacientes ingresados el fin de semana. Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo Pacientes ingresados del 03/07/2006 al 25/05/2007, registrados en SATI-Q versión 2.1 modificada. Se clasificaron en dos categorías de gravedad: "Críticos y No Críticos". La tasa de mortalidad cruda y rápida (dentro de las 48hs del ingreso) se dicotomizó en días laborales y fines de semana, comparándose ambas a través del test Chi2 para proporciones.(P< 0.05), 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. Se realizó regresión logística: Outcome: "mortalidad 48hs del ingreso". Variable de interés: "ingreso durante el fin de semana". Otras variables de interés: Número de enfermeras, médicos y rotantes, Patología, Sexo, Edad, TISS 28, Apache II, Estadía. Se utilizó el programa Stata 8.0. Resultados: Pacientes: 279, Mujeres: 23%,Críticos: 75,27%, Ingresos el fin de semana: 28,67%. Patologías de ingreso: Medicos: 29,6%, Quirurgicos: 16,7%, Politraumas: 48,5%, Sepsis: 5,2, Mortalidad global: 102 pac. - 36,56%. Tasa de mortalidad rápida global (TMR): 50 pac - 17,92%. TMR para los ingresos del fin de semana: 8,75%, TMR para los ingresos de los días de semana: 21,61%, (p = 0.01 Chi).

Variables	OR ajustado	IC 95%	P ajustada
Ing. fin semana	0,34	0,14 – 0,82	0,016
Cat de Riesgo	4,13	1,54 – 11,09	0,005
Sexo	0,93	0,44 – 1,98	0,864
Politrauma	0,93	0,37 – 1,74	0,589
Edad Alta(>40)	1,26	0,62 – 2,55	0,509

Conclusiones: En nuestra experiencia la mortalidad varió significativamente según el día de ingreso a la UCI. Las variables determinantes de la mortalidad fueron a categoría de gravedad y el día de ingreso. Medir los registros a través del software SATI-Q y utilizar herramientas como Run y Control Charts nos permitió identificar oportunidades de mejora en nuestra Unidad. Dado que las otras variables analizadas para los ingresados los fines de semana vs. días laborables, no fueron significativas, se realizara un ciclo de mejora continua de la calidad de atención médica para aumentar la adherencia a protocolos y guías clínicas con el objetivo de disminuir la diferencia de mortalidad de los días de semana.

0065 DIFERENCIA ARTERIOVENOSA DE OXIGENO EN PACIENTES CON ANEMIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: ANALISIS DE CORRELACION

M BENITEZ, D FENOGLIETTO, R ARIENTI, M ESTRIN, M PERROTTA, J SCAPELLATO, G CASELLA, V HAYETIAN
Hospital Donacion Francisco Santojanni, Unidad de Terapia Intensiva, CABA

Objetivo: El objetivo del presente estudio fué efectuar un análisis de Correlación en los pacientes con anemia ingresados a nuestra Unidad de Terapia Intensiva entre la diferencia arteriovenosa que presentaron los mismos y el nivel de hemoglobina al ingreso dividiéndose la misma en dos grupos: Los pacientes con nivel de hemoglobina de 10 g/dl o menor, y los que presentaban mas de 10 g/dl, con el objeto de analizar si presentaban alguna diferencia respecto a la diferencia arteriovenosa de oxígeno. Material y método: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de pacientes de ambos sexos y cualquier edad, ingresados a nuestro servicio entre Septiembre a Diciembre de 2006, que presentaron anemia a su ingreso, definida como Hemoglobina menor a 14 g/dl en varones y a 12 g/dl en mujeres, a los que también se les extrajo sangre arterial y venosa periférica para calcular la diferencia arteriovenosa de oxígeno. El análisis hematológico fue efectuado en el laboratorio central del hospital, por medio de un contador hematológico Coulter, Modelo Gen-5. Posteriormente se efectuó análisis de Correlación por medio del Test de Correlación de Spearman, entre los pacientes con niveles de hemoglobina de 10 g/dl o menor, y los que presentaban más de 10 g/dl, con respecto a la diferencia arteriovenosa de oxígeno, utilizando el paquete informático Statistica 6.0, para proceder luego a su análisis. Resultados: 53 pacientes presentaron diagnóstico de anemia al ingreso a terapia intensiva, sobre estos se efectuó el posterior análisis: N:53. Masculinos:31. Femeninos:22

VARIABLE	MEDIA	DS
EDAD	58	18
APACHE II	19,8	8,5
HTO	32,2	4,3
HEMOGLOBINA	10,6	1,4

Análisis de Correlación de Spearman entre la variable Diferencia Arteriovenosa de oxígeno Y los dos grupos de niveles de hemoglobina (mayor de 10 g/dl o menor de 10 g/dl): R:-0,03. P:0,80 NS. Conclusiones: No se observó diferencia estadísticamente significativa en la diferencia arteriovenosa de oxígeno entre los pacientes anémicos con niveles de hemoglobina al ingreso mayores a 10 g/dl o menores.

0067 ETIOLOGÍAS MAS FRECUENTES DE SEPSIS Y TIEMPO DE RESPUESTA EN LA REANIMACION AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

E MANRIQUE^{1,15}, M BELLONE^{2,15}, S BLEJMAN^{3,15}, R RABUFFET^{4,15}, D ROVIRA^{5,15}, M KENAR^{6,15}, O DISANTO^{7,15}, F VASVARI^{10,15}, C

GALLETTI^{8,15}, E SOLOAGA^{9,15}, F NUÑEZ^{11,15}, C BEVILACQUA^{12,15}, J ALBA^{13,15}, M PRETEL^{14,15}

¹Hospital Regional Ushuaia - Tierra del Fuego, ²Sanatorio Lavalle - Jujuy, ³Sanatorio Colegiales - Buenos Aires, ⁴Clínica de CMIC - Neuquén, ⁵Hospital Italiano de Rosario - Santa Fe, ⁶Clínica San Camilo - Buenos Aires, ⁷Sanatorio Frangioli - Chaco, ⁸Sanatorio Allende - Córdoba, ⁹Hospital Británico - Buenos Aires, ¹⁰Sanatorio Parque - Salta, ¹¹Instituto CENESA - Salta, ¹²Clínica Modelo de Morón - Buenos Aires, ¹³Sanatorio Rivadavia - Tucumán, ¹⁴Sanatorio Aconcagua - Córdoba, ¹⁵Grupo GAEDIS

Objetivo: Evaluar cuales son las etiologías mas frecuentes de sepsis que motivan el ingreso a Terapia Intensiva (TI) y el tiempo de respuesta en la reanimación. Material y Métodos: Estudio prospectivo, observacional, consecutivo, no randomizado, multicéntrico desarrollado en 14 TIs del país durante 30 días, desde 01/03/2005 al 31/03/2005, se definió Sepsis severa (SS), Shock Séptico (ShS) y Fallo Multiorgánico (FMO) según la definición del consenso de 1991. Los tiempos de reanimación acorde a las sugerencias que plantea la "Campaña Sobreviviendo a la Sepsis". Resultados: Se trata de 126 pacientes, 74 hombres y 52 mujeres con SS o ShS. Mortalidad a los 28 días de internación de 42,89% (54), vivos 57,14% (72). Score de APACHE II de 21, SOFA de 8 para hombres y 9 para mujeres. El foco infeccioso responsable mas frecuente fue respiratorio 35.71% (45), seguido por intraabdominal 26.98% (34). Los pacientes ingresaron derivados del servicio de guardia en el 35%, del piso de internación 35%, de otras instituciones 18% y del servicio de cirugía en 8%. Al ingreso 48 pacientes presentaron 1 o 2 fallas, 36 pacientes 3 o 4 fallas, 26 pacientes 5 o 6 fallas y 11 pacientes 7 falla, que reflejan la gravedad del grupo. Si consideramos el tiempo transcurrido entre el inicio de la sepsis y la implementación de la resucitación inicial, vemos que el 17.50% (14) tuvieron reanimación dentro de la primera hora, entre 1-2 hs 18.5% (15), 2-4 hs 11.5% (9), 4-8 hs 12.5% (10); entre el inicio del cuadro de sepsis y las primeras 8hs el 60% fue tratado.; entre las 8hs y las 17hs tenemos a 14 pacientes (17.5%) y entre 17- 142hs a 18 pacientes (22.5%) con una resucitación inicial muy tardía. Conclusión: Las etiologías mas frecuentes son las respiratorias y la intrabdominal. El desconocimiento de esta patología hace que en muchos casos el tratamiento inicial sea tardío. El procurar un diagnóstico precoz basándonos en el conocimiento de esta entidad por el resto de los médicos y especialistas de las diferentes áreas lograría una reanimación inicial temprana.

0068 ESTRATEGIA PARA EL ARRIBO DE LOS PACIENTES A LA UCI OPTIMIZANDO EL TRASLADO AEROSANITARIO (TAS)

C CASTARATARO, M PAZ, M BANCHERO, C BARRIOS, R FERNANDEZ, J MANSILLA, H MORENO, Y TEVEZ, D REYES
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Si bien existe una normatización para el Traslado Aerosanitario (TAS) en la Argentina, está, por ejemplo no contempla al respirador como un requerimiento básico del mismo, si bien se trasladan muchas veces pacientes con criterios de internación en Terapia Intensiva. En nuestro país, el TAS lo realizan empresas privadas de taxi aéreo. Un mismo avión se configura tanto para vuelos ejecutivos como para sanitario. Nuestra Institución desarrolló una nueva estrategia para asegurar la calidad en el traslado del paciente Crítico. Objetivos: Demostrar que el TAS organizado y desarrollado por una Institución de Salud disminuye las lesiones secundarias en el paciente crítico. Material y método: Estudio descriptivo prospectivo intervencional. Intervención: Protocolo de traslado de paciente crítico. Se incluyeron los vuelos realizados entre septiembre del 2005 y el 30 de abril del 2007. Se registraron los siguientes parámetros: Edad Sexo GSC, APACHE II, TA, FC, saturometría, costos del traslado por Institución vs Empresas Privadas, tiempo de traslado del paciente de Institución derivante a Aeropuerto, promedio horas de vuelo, coincidencia de datos telefónicos vs bedside. Complicaciones durante el vuelo: vómitos, hipotensión (<60 TAM), Hipertensión TAM > 110 alteraciones en la FC (mayor 120 o menor de 50, excepción ptes con indicación de MCP transitorio), oclusión o pérdidas de las vías, autoextubaciones, deslizamientos no programados de sondas o drenajes, Alteración de la saturación. Chequeo

de lesiones no diagnosticadas en vuelo, atelectasias, neumotorax, cambios radiológicos hasta 24 hs posteriores al traslado. Resultados: Se trasladaron 38 pacientes adultos, promedio de edad 48,9 años, 15 de sexo femenino (39,5%), APACHE II 18 puntos (solo el 40% de las unidades lo registraban). Alteraciones de la saturometría en el 97% de los pacientes en el ascenso y descenso sin manifestaciones clínicas de consideración y menores al 7% de la basal. Los cambios en la TA no fueron mayores al 10% de los valores de evaluación al inicio del TAS. No se registraron: vómitos, oclusión o pérdidas de vías, autoextubaciones, deslizamiento no programados de sondas o drenajes. Un paciente presentó shock severo en el aterrizaje por epistaxis graves que se compensó antes del arribo a la institución. La coincidencia de los datos vía telefónica vs. bedside correspondieron en el 65% de los casos. Las dificultades más frecuentes fueron, desconocimiento de protocolos de traslados por los equipos tratantes y la comunicación. El costo es aproximadamente 15% mayor si bien las empresas privadas sus precios son oscilantes de acuerdo al mercado. Conclusiones: El TAS de pacientes críticos en manos de intensivistas entrenados disminuye sensiblemente los riesgos de lesiones secundarias. Debería existir en las UCIs de Argentinas protocolos destinados a tal fin. Se debería establecer pautas desde nuestra sociedad científica para la práctica de esta actividad.

0069 VALOR PRONÓSTICO DE PARÁMETROS HEMODINÁMICOS DURANTE EL PROCESO DE REANIMACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO

JF SINNER, A FERNANDEZ, G NELSON, E SAN ROMAN, M PERMAN, A GALLESIO, J BUTERA
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Se ha demostrado que, durante la reanimación (rean.) del paciente crítico (p. crit.), la optimización de ciertos parámetros (param.) hemodinámicos-metabólicos (hem., metab.) y la precocidad en lograrlos mejora la sobrevida. Por otra parte hay ciertos parám. que sirven como marcadores de una respuesta desfavorable y que podrían modificar las estrategias terapéuticas. Objetivo: Búsqueda de parámetros hem. y metab. con valor pronóstico de mortalidad (mort.) en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) durante el proceso de rean. de pacientes críticos. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de una base de datos hem. desde 1995 al 2003. Se seleccionaron todos los p. crit. adultos, definidos como p. con requerimientos de Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), shock con monitoreo con catéter de Swan-Ganz; con un N= 544 pacientes. Se analizaron las mediciones medias de los primeros 3 días de cada una de las variables. Se efectuaron correlaciones bivariadas a fin de observar la fuerza de asociación entre variables hem. relacionadas con la mor. y un análisis de regresión múltiple. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo, y los datos fueron importados desde una base Excel y tratados con STATA 8.0. Resultados: La población estudiada de p. crit. tuvieron una mort. global del 51.7%. Estadía hospitalaria 36.7 a 48.3 días vs. 16.4 a 20.8 días entre vivos y muertos ($p < 0.05$), estadía UTI 17.6 a 22.4 vs. 11.5 a 14.9 días entre vivos y muertos ($p < 0.05$). Días de cateter de Swan-Ganz de 2.1 a 2.65 vs. 1.99 a 2.55 días entre vivos y muertos ($p = 0.3$) Los parám. que predijeron mort. fueron el pH sanguíneo (pH) y la Frecuencia Cardíaca (FC) durante los 3 días de rean.. Otras variables útiles pero sólo durante 1 o 2 días fueron el Índice de Trabajo Sistólico del Ventrículo Izquierdo (ITSVI), la Extracción Periférica de Oxígeno (EPO2), la Saturación Venosa Mixta de Oxígeno (SvO2) y el Ácido Láctico (Ac. Láctico). En el 1º día los parám. significativos fueron con Sensibilidad (S): 76.43% y Especificidad (E): 51.14% la FC Odds Ratio (OR) = 1.70 (1.14-2.54), ITS OR=1.71 (1.14-2.57), pH OR=3.05 (1.96-4.75), EPO2 OR=2.20 (1.38-3.51). En el 2º día los parám. significativos con S: 79.29% y E: 44.7% son: FC OR=2.11 (1.32-3.38), pH OR=1.63 (1.01-2.64), SvO2 OR=2.07 (1.2-3.55), Ac. Láctico OR=3.03 (1.91-4.8). En el 3º día los significativos con S: 79.29% y E: 45.83% fueron: FC OR=2.43 (1.66-3.56), pH OR=2.1 (1.08- 4.09), SvO2 OR=1.99 (1.04-3.79). Conclusión: 1) En la población de pts. Crit. estudiada fueron buenos predictores de mort. la FC y el pH durante los 3 días de rean.. El ITSVI y EPO2 sólo el 1 día, la SvO2 aumenta su predicción en días 2 y 3, el lactato al día 2. 2) Estos hallazgos podrían servir para optimizar las estrategias terapéuticas implementadas.

0070 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA CAUSADA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ACINETOBACTER SP. MULTIRRESISTENTE: TRATAMIENTO CON COLISTIN

P SAUL, C NOGUERAS, E CUNTO, O VILLAR, J SAN JUAN
Hospital Francisco Javier Muñiz

Introducción: la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV M) es la infección más frecuente en la unidad de terapia intensiva y conlleva una alta tasa de mortalidad. La mortalidad se eleva aún más cuando la NAV M es producida por Pseudomonas aeruginosa y Acinetobacter sp., especialmente si presentan patrones de multirresistencia a antibióticos. Objetivos: Reportar nuestra experiencia en el tratamiento con colistin (en su forma metansulfonato) de NAV M producida por bacilos gram negativos no fermentadores multirresistentes. Material y método: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 31 pacientes con NAV M que fueron tratados con colistin entre los años 2002-2003 y que presentaron en cultivos respiratorios Pseudomonas aeruginosa y/o Acinetobacter sp. sensibles sólo a este antibiótico. Resultados: las causas más frecuentes de ingreso a terapia intensiva fueron Tétanos (32%) y meningitis bacteriana (23%). El 83% de los pacientes tenían un APACHE II de Ingreso de 8 o mayor. Un 90% de las NAV M fueron tardías. El 57% de la NAV M fueron causadas por Acinetobacter sp. y el 43% por Pseudomonas aeruginosa. 58% de los pacientes recibieron colistin endovenoso e inhalatorio, 42% sólo colistin endovenoso. Se constataron sólo dos recaídas (Pseudomonas aeruginosa sensible a colistin) y 5 sobreinfecciones (una por Staphylococcus aureus metilino-resistente, dos por Stenotrophomonas maltophilia, una por Pseudomonas aeruginosa sensible a colistin, una por Acinetobacter sp. sensible a colistin). Un 58% de los pacientes presentó buena evolución clínica y fueron dados de alta. La mortalidad cruda fue del 42%. La nefrotoxicidad se evidenció en 6 pacientes (19%), siendo reversible en la mayoría de los casos al suspender el tratamiento, no requiriéndose hemodiálisis. No se observaron reacciones adversas con la administración inhalatoria del colistin. Conclusiones: El colistin es un antibiótico útil para el tratamiento de NAV M causadas por Pseudomonas aeruginosa y Acinetobacter sp. con patrón de multirresistencia antibiótica. Posee un perfil de seguridad aceptable. El principal efecto adverso es la nefrotoxicidad, en general reversible al suspender el Tratamiento.

0071 TERLIPRESINA EN EL SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO A CATECOLAMINAS – PRESENTACIÓN DE UN CASO

JF SINNER, C SALVATIERRA, J OCHOA, ML SIERRA, E SAN ROMAN, M BUTERA, A GALLESIO
Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La vasopresina es una hormona endógena que actúa en los receptores V1, V2 y V3. La acción en los receptores V1 provoca la contracción de las fibras del músculo liso vascular en todos los órganos, con una menor vasoconstricción en la circulación coronaria, pulmonar y cerebral debido a una liberación de óxido nítrico en estos vasos también mediada por su acción V1. La infusión de vasopresina se utiliza en el shock séptico refractario a las catecolaminas (SSRC), facilita la disminución o suspensión de las dosis de estas últimas, mejora la diuresis junto con la depuración de creatinina, y disminuye el gasto cardíaco, el consumo de oxígeno sistémico, al igual que la concentración del lactato. Sigue en discusión si disminuye o aumenta la perfusión esplácnica, el pH i y el delta CO2 gástrico. La terlipresina (terli.) es un análogo sintético de la vasopresina con actividad agonista V1, tiene una vida media de 6 horas y hay varios trabajos que la han utilizado para el shock séptico refractario. Objetivo: Presentación de un caso sobre el uso de terli. en el shock séptico refractario a catecolaminas. Materiales y métodos: Paciente de sexo masculino de 50 años con IRC no dialítica. Ingresa a la guardia con insuficiencia respiratoria aguda y shock. Es intubado con altos requerimientos de FiO2, se coloca dopamina (Dopa) en altas dosis post-expansión con cristaloides. Ingresa a UTIA con saturación arterial de 82% (FiO2 100%) y TAM de 73 mmHg (Dopa a 16 microgramos/Kg/minutos (µg/Kg/min)), oligoanúrico con nitrogenados en ascenso. Se coloca en ARM para parámetros de ARDS, inicia insulina endovenosa, hidrocortisona dosis stress, amoxiclavulánico (AMS) y claritromicina previa toma de cultivos

(hemocultivo, urocultivo, y minibal). Se coloca cateter de Swan Ganz, rotando Noradrenalina (NA) por Dopa., evolucionando con SSRC: Dopa. 10 µg/Kg/min, NA a 1,35 µg/Kg/min. Se administra una sola dosis de terli. de 1 mg endovenoso. Resultados:

Hora	Basal	45 min	9 horas
VM / IC	3.9/1.3	4.8/2.1	6.4/2.9
TAM / PAP (M)	53 / 29	110 / 34	89 / 33
FC	77	71	72
IS	17	30	40
RPS / RPT	1050 / 331	1586 / 256	976 / 247
ITSVI / ITSVD	8 / 3	37 / 7	42 / 13
Diuresis/hora	50	80	150
Dopa. / NA	10 / 1.35	0 / 0.25	0 / 0.09
Terlipresina	Se administra 1 mg (ev)		

Cultivos positivos para Neumococo, continua tratamiento con AMS. Mejoran los parámetros hemodinámicos, lográndose retirar las catecolaminas 48 horas posterior a la administración de la terli. Evolucionan en forma favorable del SDRA permaneciendo en ARM por 11 días. Pasa a UTIM cuatro días después y alta a domicilio luego de 27 días de internación hospitalaria. Conclusión: En este caso de SSRC la administración de terli. mejoró significativamente el estado hemodinámico y permitió la disminución de la dosis de vasopresores.

0073 CASO CLÍNICO: MUCORMICOSIS, ENEMIGO OCULTO EN PACIENTES DIABÉTICOS

M. GOMEZ, A GOMEZ, A GOMEZ
Hospital Angel C. Padilla

La mucormicosis es una infección oportunista de baja prevalencia, potencialmente fulminante, causada por hongos (mucorales). Se presenta en pacientes inmunodeprimidos, diabéticos, adictos y neoplásicos. Presenta diseminación aguda, elevada morbimortalidad (50 y 60%) y diagnóstico difícil (biopsia). Se describe el caso de un paciente de 65 años en cetoacidosis con lesión ulceronecrotica en paladar oseo. Caso clínico: Paciente internado en Sala de Clínica Médica con antecedentes de HTA, DBT tipo 2, cardiopata, obeso, tabaquista con tratamiento corticoideo crónico (polineuropatía); ingresa por edemas generalizados, hipersomnie, desorientación temporoespacial, leve proptosis y quemosis en ojo izquierdo, infección urinaria, hiperglucémico, acidosis metabólica, fosa nasal izquierda evaluadas por ORL que confirma diagnóstico de mucormicosis por biopsia. Se inicia tratamiento con anfotericina B. Ingres a UTI hemodinámicamente inestable, en acidosis persistente, anasarca, séptico, hemorragia digestiva alta, con progresión de las lesiones hacia fosa nasal derecha, tabique nasal y piso de fosa izquierda, exoftalmo, mayor proptosis y soporoso. Evolución: Se interconsulta con Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello para debridación quirúrgica, que no se efectúa por la inestabilidad del paciente. Ingres a para ventilación mecánica con eliminación de secreciones mucohemáticas por narina izquierda, sin sangrado activo, tumefacción facial bilateral, celulitis orbitaria que progresa a necrosis conjuntival. Laboratorios: leucocitosis, plaquetopenia, proteinuria de rango nefrótico, hiperglucemia, TP prolongado. ECG y ecocardiograma normal. Ecografía abdominal: hígado aumentado deogenicidad con imágenes anecoicas en lóbulo derecho, derrame pleural bilateral, vesícula de paredes engrosadas alitiasica. Tomografía axial computarizada: area hipodensa paramedial de ambos lóbulos frontales con compresión de ambos cuernos ventriculares, compromiso de senos maxilares, frontales y etmoidales a predominio izquierdo, infiltrado heterogeneo del tejido graso extraconal superior e interno, tumefacción y engrosamiento de tejidos blandos superficiales en relación a la pirámide nasal y al maxilar superior izquierdo. Continua inestable sin respuesta a drogas presoras, falliendo en situación de fracaso multiorganico. Se realiza necropsia: Granuloma mucormicótico abscedado cerebral y periorcular, bronconeumonía abscedada pulmonar, endocarditis proliferativa mitral y tricuspidea, pancreatitis citoesteatonecrotizante y hemorrágica, necrosis tubular aguda edema agudo de pulmón. Conclusión: Se expone el caso por su presentación aguda, tórpida y

la necesidad de llegar a un diagnóstico precoz para evitar la mayor mutilación del paciente. En el futuro, cuando esté disponible, el posaconazol, será el fármaco de elección.

0074 EFECTOS DE LA DOBUTAMINA EN PACIENTES SÉPTICOS CON HIPERTENSIÓN INTRA-ABDOMINAL (HIA)

J.A. OJEDA, SE LAZZERI, LL. SOSA, CS MIZDRAJI, LA HUESPE GARDEL, JA CIALZETA, MA OJEDA, RB PUYOL, M LOPEZ VERON, HJM ALVAREZ, WJ COSSIO, GR ANDRICH, SD RIBAK, FF FRANCO, OA PINI
Hospital Escuela "José F. de San Martín". Corrientes

Introducción: En la actualidad son bien conocidos los cambios a nivel sistémico que genera la HIA. Recientes experimentos indican que incrementos agudos y sostenidos de la presión intra-abdominal (PIA) se asocian a desordenes progresivos de la mucosa intestinal y proponen que esta situación favorece la aparición del síndrome de disfunción multi-orgánica (SDMO). Por otra parte, en los últimos tiempos fueron apareciendo en la literatura médica avances terapéuticos promoviendo la llegada de flujo a la mucosa intestinal. Siguiendo esta línea experimental se comprobó, en modelos animales, que la Dobutamina mejora el flujo a nivel de la mucosa intestinal. Objetivos: Observar el comportamiento de la PIA en pacientes con Shock Séptico (SS) tratados con y sin Dobutamina. Comparar los cambios de la PIA en cada grupo. Material y métodos: Diseño: Estudio prospectivo. Lugar: Unidad de Terapia Intensiva polivalente Medico-quirúrgica de un Hospital Universitario. Pacientes: Se incluyeron los pacientes mayores de 18 años que ingresaban o desarrollaban en la terapia intensiva SS (según conferencia de consenso 1992) e HIA (según conferencia de expertos 2006). Se excluyeron los pacientes con SS sin HIA y aquellos con contraindicación para la medición de la PIA. Protocolo: Los pacientes admitidos consecutivamente desde el 01/01/2006 al 01/01/2007 que cumplían los criterios de selección fueron aleatoriamente asignados en dos grupos; Grupo I: pacientes con SS e HIA que recibían como tratamiento Dopamina y Grupo II: pacientes con SS e HIA que recibieron Dobutamina (5µg/Kg./min.) por el termino de 30 hs. Mediciones: en ambos grupos se realizaron mediciones seriadas (6hs.; 12 hs.; 18 hs.; 24 hs. y 30 hs.) de la PIA por el método indirecto a través de la sonda vesical. Datos demográficos: Se analizaron en cada grupo la edad, el APACHE II y el SOFA al ingreso. Análisis estadístico: los resultados se expresan como media ± DS para las variables continuas y para la comparación entre los grupos se utilizó la prueba del Chi cuadrado considerando estadísticamente significativo un valor de P < 0.05. Resultados: Ingresaron al protocolo 24 pacientes distribuidos en ambos grupos en partes iguales. La edad media de la población fue de 52±13 años. El APACHE II al ingreso fue 19±6 (GI: 17±4 vs. GII: 21±6. NS) y el SOFA 7±2 (GI: 9 vs. GII: 5. P < 0.001). En la figura N° 1 se observa que los pacientes del Grupo II presentaron un descenso de los valores de HIA con respecto al Grupo I, con diferencias significativas desde las primeras horas de la intervención. Conclusiones: La administración de Dobutamina en esta pequeña población de pacientes con Shock Séptico coincidió con un descenso progresivo de los valores de PIA. Todavía resta interpretar el mecanismo que explicaría esta respuesta.

0075 CAUSAS DE MUERTE Y SUS CONDICIONANTES EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL POR HEPATOPATÍA CRÓNICA

J. BERRETA¹, D. KOCIÁK¹, G. MORALES¹, F. BELLIDO¹, M. ORTIZ¹, M. V. LAPLACETTE¹, H. NICCHIARELLI¹, P. SALGADO¹, O. TUMILASCI²

¹Terapia Intensiva. Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", ²Facultad de Medicina, UBA

La primera línea terapéutica en hepatopatías crónicas con Hemorragia Digestiva Alta Variceal (HDAV) es la reanimación hemodinámica, la terapéutica hemostática endoscópica y la profilaxis antibiótica. El Octeotride y la Terlipresina son adyuvantes, el taponamiento con balón es solo recurso cuando han fracasado los anteriores. Identificar la causa de muerte y sus condicionantes es paso necesario para mejorar el pronóstico. Objetivo: identificar las causas de muerte y sus condicionantes en la HDAV. Material y métodos: Se trabajó sobre 115 internaciones consecutivas por esta

entidad entre 04/2001 y 12/2006 en diseño de cohortes. A fin de evaluar si los grupos con las diferentes causas de muerte eran comparables se confrontaron entre sí según las siguientes variables de presentación al ingreso: edad, sexo, etiología alcohólica (OH) o no alcohólica (NoOH) de la hepatopatía, severidad endoscópica de las vrices (SV), antecedente de HDAV, Hematocrito (Hto), Score APACHE II en el ingreso (All) y Clase de Child-Pugh (Child). Se seleccionó el valor de All que mejor discriminó muerte. Comprobada la homogeneidad de los grupos con diferentes causa de muerte, y con el propósito de identificar alguna condición de evolución en cada causa o común a varias, se confrontaron los diferentes grupos de acuerdo a las siguientes variables evolutivas: terapia inicial con ligadura (L) o esclerosis (E) de vrices, fracaso hemostático de la terapéutica inicial (F1), fracaso hemostático a las 48hs del ingreso (F48), y necesidad de transfundir (TRA). Métodos estadísticos: chi cuadrado, test exacto de Fisher y Curva ROC. Resultados: 114 pacientes (P) recibieron tratamiento endoscópico y 1 con balón, la mortalidad fue de 21 P (18.3%), y las causas de muerte fueron: 1) Hemorragia Incoercible (HI) en 13P (61.9%), 2) Insuficiencia Hepática Refractaria (IHR) en 7P (33.3%) y 3) Neumopatía aspirativa (NA) en 1 (4.8%). Para la confrontación estadística se formaron 2 grupos: Grupol 13HI, Grupoll 7 IHR+1NA. Las variables de presentación fueron: Grupo I: Edad 53 ± 9 años, sexo todos masculinos, All 23.5 ± 10.2, etiología OH en 11 (84.6%) y NoOH en 2P (15.4%), SV grado (G) 2 en 5 (38,5%), SV G 3 en 8 (61.5%), antecedentes de HDAV en 11P (84.6%), All > 14 en 10 (77%), Hto 19.3 ± 6.8%, Child B en 3 (23%) y C en 10P (77%). Grupo II: Edad 55 ± 14 años, sexo todos masculinos, All 19.25 ± 7, etiología OH en 7 (87.5%) y NoOH en 1P (12.5%), SV G 2 en 3P (37.5%), SV G 3 en 5P (62.5%), antecedentes de HDAV en 7 (87.5%), All > 14 en 6 (75%), Hto 22.4 ± 8.5%, Child B 2P (25%) y C en 6 (75%). Los grupos I y II no difirieron estadísticamente en variables de presentación. Variables evolutivas: Grupo I: L en 8 (61,5%) y E en 5 (38,5%), F1 en 8 (61.5%), F48 en 12 (92,3%), TRA en todos. Grupo II: L en 4 (50%) y E en 4 (50%), F1 en 5 (62.5%), F48 en 8 (100%), TRA en todos. Ambos grupos no se diferenciaron estadísticamente por ninguna variable evolutiva. Conclusiones: las causas de muerte en la hemorragia digestiva variceal son: 1) sangrado incoercible, 2) Insuficiencia Hepática Refractaria, 3) Neumopatía Aspirativa. Es condicionante común a las 3 causas el fracaso evolutivo de la terapéutica hemostática.

0077 TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE (TECG) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS (UCIP)

G CORREA, P GALLARDO, AS REARTE, V ALBARRACIN, V RODRIGUEZ, L MARCOS
 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital del Niño Jesús - Tucumán

Introducción: EL TECG constituye una de las principales causas de muerte en menores de 14 años. El advenimiento del monitoreo de la Presión Intracraneana (PIC) permitió implementar un tratamiento guiado que repercutió en un descenso de la morbimortalidad de estos pacientes. Objetivos: 1) Evaluar la mortalidad de pacientes con TECG luego de la implementación del monitoreo de PIC en nuestro servicio. 2) Conocer las características clínicas de los TECG internados en UCIP. Materiales y Métodos: Diseño descriptivo, observacional y retrospectivo. Se estudiaron los pacientes con TECG ingresados en nuestra UCIP en el período del 01/01/2005 al 31/12/2006, en edades comprendidas entre 1 a 168 meses, recolectando los datos de las historias clínicas. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, mecanismo del trauma, Score de Glasgow, Score de PIM, Índice de Trauma Pediátrico, lesiones tomográficas según Score de Marshall, días de Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) y monitoreo de PIC. Resultados: Durante el período de tiempo analizado se internaron 600 pacientes, 53 ingresaron por TEC, de éstos solo 20 pacientes correspondían a TECG, es decir un 37,7%. La media de edad fue 81,55 (rango = 6-159 meses). La distribución por sexo: femenino 7 (35%) y masculino 13 (65%). El mecanismo de trauma fue por accidentes de tránsito 45% (9/20), caída de altura 20% (4/20), herida de arma de fuego 15% (3/20) y misceláneas 20% (4/20). El Score de Glasgow al ingreso fue 8-6 en el 35% (7/20) y entre 5-3 en el 65% (13/20). El PIM de ingreso tuvo una media de

22,13. Analizando el ITP al ingreso, el 80% (16/20) presento un valor menor de 3 puntos. Se realizó Tomografía al ingreso en 19 pacientes. Según clasificación tomográfica de Marshall nuestros pacientes tuvieron LED tipo I (lesión Encefálica Difusa) un 5,2%(1/20), LED tipo II el 42,1% (8/20), LED tipo III 10,5% (2/20), LED tipo IV 26.3% (5/20) y LOE (Lesión Ocupante de Espacio evacuada quirúrgicamente) un 15,9% (3/20). Todos los pacientes requirieron AVM, en una media de 7,6 días (rango de 2-25 días), se les realizo tratamiento de primera línea. El monitoreo de PIC se utilizó en un 45% (9/20). Conclusión: En nuestra UCIP, el uso del monitoreo de PIC permitió disminuir la mortalidad de un 36,3% (4/11 pacientes fallecen sin monitoreo de PIC) versus 11,1% (1/9 pacientes con monitoreo). Los accidentes de tránsito fueron la primera causa de TECG, seguido de accidentes por caída de altura; los mismos siguen siendo mas frecuentes en el sexo masculino. En nuestra serie, la mortalidad observada fue mayor que la esperada según PIM, consideramos que esto es debido a que los pacientes ingresaron directamente a UCIP, sin una previa o adecuada atención prehospitalaria.

0078 ENFERMEDADES EMERGENTES: UN NUEVO DESAFIO DIAGNOSTICO

V HUICI, A AGUIRRE, L LEON CEJAS, A GAITE, M CABANA, D MARQUEZ, C SIVILA, S MERLO, G BEJARANO, G BARRIOS
 Hospital Pablo Soria

Objetivos: Dar a conocer la Fiebre Manchada de las Montañas Rocosas (FMMR) a partir de dos casos clínicos en nuestra terapia. Introducción: La Rickettsiosis es una zoonosis de distribución universal. De sus manifestaciones la más grave es la FMMR producida por *Rickettsia rickettsii* transmitida por la picadura de garrapatas. Caracterizada por la tríada fiebre, cefalea y exantema purpúrico, pudiendo ser fatal sin el tratamiento temprano y adecuado. Los primeros casos documentados en Jujuy se registraron entre 1993-1994. Material y Métodos: Revisión de 2 casos clínicos. Resultado: Caso 1: Paciente de sexo masculino de 31 años de edad, ingeniero agrónomo, residente en área rural. Consulta por cuadro de 48 horas de evolución de fiebre, quebrantamiento general, náuseas, vómitos e ictericia, con rápido deterioro neurológico y aparición de petequias en miembros inferiores (MMII). En UTI con severo compromiso, febril (39 °C), FC 124/min, TA 90/60 mmHg, estuporoso, pupilas iguales y reactivas, ictericia generalizada, subcrepitanes en ambos campos pulmonares, hepatomegalia leve, petequias en MMII; sin adenopatías ni signos meníngeos. Mala evolución, con requerimiento de ARM, oligoanuria y trastornos de la coagulación con rash purpúrico en MMII. Óbito a las 72 horas de la admisión. Laboratorio: Hto 18%; leucocitos 14100 /ml (N 82%); plaquetas 28000 /ml; APP 55%; KPTT 59; urea 51 mg/dl; Bilirrubina total 4,8 mg/dl e Indirecta 3.50 mg/dl; prueba de Coombs directa (-). TAC cerebro standard y PL normales. Hemocultivos y serologías para HIV (ELISA), Dengue y Hantavirus todos negativos. Caso 2: Paciente de sexo masculino de 15 años, trabajador rural en tala de árboles. Presenta cuadro febril de 7 días, en las últimas 48 horas con artromialgias, escalofríos, tos, petequias en tórax y epistaxis. Mal estado general, OTE, pálido, TA 70/40 mmHg. FR 32 /min; pupilas isocóricas reactivas, ictericia generalizada, hipoventilación bibasal, hepato-esplenomegalia leve. Hemorragias puntiformes conjuntivales, petequias generalizadas, sin signos meníngeos. Mala evolución con necesidad de ARM, presenta convulsiones subinrantes. Shock refractario con falla multiorgánica (FMO). Fallece a los 9 días de la admisión. Laboratorio: Hto 20%; leucocitos 8500 (C: 4%, N 83%); plaquetas 33000/ml Bilirrubina total 4.21mg/dl; directa 2.58mg/dl; Na 122 mEq/dl. Hemocultivos, Urocultivos (-), serología HIV (ELISA), Dengue, Hantavirus, con resultados negativos. Diagnóstico: Sepsis Severa – FMO – Enfermedad Emergente. Tratamiento: Soporte inotrópico, politransfundidos ARM, Ceftriaxona, Claritromicina y posteriormente se agrega Cloranfenicol. A los 60 días posmortem se recibe serología (+) para *Rickettsia rickettsii* confirmada por Center of Infect Diseases (CDC), a través de la técnica de Inmunofluorescencia indirecta. Conclusión: Alertar la sospecha clínica y epidemiológica ante la presencia de síndrome febril y exantema, abriendo el espectro en el diagnostico diferencial hacia las enfermedades emergentes, dada su alta mortalidad y la accesibilidad de su tratamiento.

0079 VALORACION DE LA EFECTIVIDAD DE INFORMES Y ATENCION MÉDICA EN UNA SALA DE EMERGENCIAS

F. SALDARINI¹, G. CARQUEJEDA¹, E. PESAT¹, A. SABRA¹, J. GONZALEZ¹, D. BARBIERI¹, M. HEINZEN², V. BERTOZZA²

¹Servicio de Emergencias Hospital Santiojanni, ²Servicio de Psicopatología Hospital Santojani

Antecedentes: El informe médico personalizado, unificado, es primordial para la relación médico familia en una sala de emergencias. **Objetivos:** Evaluar si los familiares comprendían los informes médicos, con respecto a el diagnóstico y el pronóstico. **Materiales y Métodos:** Se realizaron 532 encuestas del 2 de enero del 2005 hasta el 30 de junio del 2006, dichas encuestas eran no anónimas y realizadas 4 días después de la internación del paciente en la Sala de Emergencias por el Servicio de Psicopatología. Las encuestas se realizaron a familiares de pacientes con APACHE igual o mayor a 12. Las preguntas eran: Está conforme con el informe. Entiende el diagnóstico. Entiende el pronóstico. Está conforme con el lugar físico de los informes. Le parece buena la atención médica. **Resultados:** La edad promedio de las personas encuestadas era de 54 años, con predominio femenino, 50% tenían empleo, 12% estudiantes, 18% ama de casa, 12% jubilados y 8% desocupados, estudios secundarios completo 44% y primarios completo 89%. Está conforme con el informe: 74% si, el 36% restante no y esta en relación con los informes del fin de semana que eran distintos profesionales. Entiende el diagnóstico: 79% si, 7,4% no, y 13,6% no del todo. Entiende el pronóstico: 81,4% si, 2% no, 16,6% no del todo. Está conforme con el lugar físico de los informes: 91,5% no, 8,5% si. Le parece buena la atención médica: 90% si 10% no. Lo recomendaría: 84,5% si, 11,5% no, 4% no contesta. **Conclusiones:** Se desprende que es importante en una sala de emergencias la cual se comporta además como terapia intensiva con un ingreso anual de 1200 pacientes aproximadamente con estadía promedio de 6,2 días, que al tener un coordinador médico que dirija los informes durante 5 días a la semana se benefició en la comprensión del diagnóstico, pronóstico y una elevada tasa de aceptación médica en cuanto al tratamiento, y si una franca negación al espacio físico la cual se hace en el pasillo de entrada de la guardia. Se recomendaría con este trabajo que el informe este dirigido por una misma persona y en un lugar adecuado y recomendaríamos asistente por el equipo de psicopatología.

0082 EFICACIA DE LA ESCLEROTERAPIA Y LA LIGADURA ENDOSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL POR HEPATOPATÍA CRÓNICA

J. BERRETA¹, D. KOZIAK¹, G. MORALES¹, MV LAPLACETTE¹, MF VAZQUEZ¹, P. GIMENEZ¹, P. SALGADO¹, O. TUMILASCI²

¹Terapia Intensiva. Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", ²Facultad de Medicina UBA

El pronóstico de la Hemorragia Digestiva Alta por Várices Esofágicas (HDAV) ha mejorado en las últimas dos décadas por el uso de esclerosis (E) y ligadura (L) endoscópica de las várices. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron 114 internaciones en UTI por HDAV que recibieron terapéutica hemostática endoscópica con L o E entre 04/2001 y 12/2006. **Diseño:** cohortes. Se confrontaron variables de presentación y evolutivas en grupo L vs E. Las variables de presentación fueron: edad, sexo, Clase de Child Pugh (Child), APACHE II (All), etiología alcohólica (OH) o no OH, antecedente de HDAV, severidad endoscópica de las várices (SV) y Hematocrito (Hto). Las variables evolutivas fueron: fracaso de la terapéutica endoscópica inicial (F1), fracaso hemostático a las 48hs (F48), resangrado posterior a las 48hs (R48), necesidad de transfundir Glóbulos Rojos (TRA), y mortalidad en cada grupo. **Métodos estadísticos:** chi cuadrado y Test exacto de Fisher. **Resultados:** de los 114 pacientes (P), 54 recibieron L y 60 E. Variables de presentación: Edad: En L 51 ± 11 años y en E 51 ± 12 años p no significativa (pNS), sexo en L: 45 hombres - 9 mujeres y en E: 50 hombres - 10 mujeres (pNS), All en L 13.8 ± 5.4 y en E 14.4 ± 6.7 (pNS), Child en L A+B en 39 y C en 15P, y en E A+B en 35 y C en 25P (pNS), etiología en L OH:35 y no OH:19P y en E OH:45 y no OH:15P (pNS), Hto en L 23.7 ± 7.5% y en E 23.9 ± 6.5% (pNS), SV en L Grado(G)1 en 2, G2 en 28, G3 en 21 y G4 en 3P, en E G1 en 0, G2 en 38, G3 en 22 y G4 en 0 P (pNS). De esto surge que ambos grupos L y E son comparables. **Variables Evolutivas:** F1: en L

10 y en E 13P (pNS), F48: en L 12 y en E 18P (pNS), R48: en L 6 y en E 11P (pNS), TRA: en L 37 y en E 38P (pNS), mortalidad: en L 12 de 54P (22.2%) y en E 9 de 60P (15%) (pNS). **Conclusiones:** No observamos ventajas cuando se confrontan ligadura versus escleroterapia en la terapéutica de hepatópatas crónicos con Hemorragia Digestiva Alta Variceal.

0083 EMBARAZO Y PALUDISMO CON FALLA RENAL, HEPATICA Y HEMATOLOGICA

P. RAMOS, MV ALVAREZ

Terapia Intensiva Nuevo Hospital El Milagro, Salta, Argentina.

Introducción: La aparición de la enfermedad aguda en una mujer embarazada supone un grave riesgo tanto para la madre como para su hijo. Las embarazadas son particularmente vulnerables al paludismo. La disminución de la inmunidad causada por el embarazo aumenta el riesgo de enfermedad anemia grave y muerte. Para el feto, el paludismo materno incrementa el riesgo de aborto espontáneo, muerte intrauterina, parto prematuro, bajo peso al nacer, es una importante causa de mortalidad del lactante. **Caso clínico aislado.** Edad: 26 años. **Antecedentes:** derivada del departamento San Martín con embarazo de 22 semanas, dolor en H. D., ictericia, diagnóstico de Hepatopatía en estudio, IRA. Cuadro clínico de ingreso: en el ingreso a UTI, paciente ictericia, dolor en H.D. derecho a la palpación superficial y profunda. **Miembros inferiores** con lesiones petequiales. **Signos vitales** al ingreso TA 100/50 – FrC: 95 – FrR: 25- T °: 37. **Laboratorio de Ingreso:** HTO. 22%. GB 4500. PLAQUETAS 7000. UREA 133 gr/dl. CREATININA 5.67 gr/dl. BT: 26,50 mg. BD: 20,40. GOT: 27. GPT: 30. FA: 240. ALBUMINA: 1.8 gr/dl. TP: 47%. RIN: 1.82. LDH: 580. A.URICO : 4.1 . VSG: 90 mm. GSA: Ph 7.27. PO2: 87. PCO2: 23. BICARBONATO: 11. EB: -15. SO2: 98% APACHE II: 21 SOFA: 13. **Ecografía obstétrica** de ingreso: feto unico. LCF: +. MAF:+. LA: normal. PLACENTA: grado 0, no previa. **BIOMETRIA FETAL:** 22 semanas. **Ecografía abdominal:** vesícula biliar con paredes engrosadas, líquido perivesicular, resto s/p. **diag.** Colecistitis aguda alitiasica. Orina completa: turbia. Proteinuria: 1,01 gr/l, Pigmentos biliares: +++, Hemoglobina: +++, Hematíes por campo: +50. Se solicitó: Hemocultivos 2M (-), Urocultivo (-), Serología Hepatitis A, B, C (-), Dengue IgM ELISA (-), Fiebre amarilla IgM ELISA (-), Gota Gruesa PLASMODIUM VIVAX. **Evolución:** tto. Cloroquina 5 mg/Kg/día semanales hasta finalización de embarazo. **Terapia** de reemplazo renal: hemodiálisis. 6 sesiones. **Soporte hematológico:** aporte de plaquetas y hemoderivados. **Evolución** buena con restitución de la función renal al día 12. La curva plaquetaria se restituyó a los 22 días con valores superiores a 200.000. La curva de bilirrubina comenzó a normalizarse a partir del día 24. **Conclusión:** Salta aporta el 80% de los casos del total del país. Los departamentos endémicos son: San Martín y Orán. La tasa de incidencia es 0.95 0/000. sobre una población de 1.124.555 habitantes. La epidemiología y el laboratorio fueron claves para el tto. de este caso. La paciente con evolución favorable, regresa al lugar de origen. No se obtuvieron datos de evolución posterior ya que el domicilio de la misma es en zona de frontera argentino – boliviana con un flujo migratorio constante.

0084 VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (VE) DE INFECCIONES HOSPITALARIAS (IH) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

VR CENTENO

Hospital "Pablo Soria"

Introducción: Los ptes. internados en una UTI, frecuentemente desarrollan una IH, que complican su evolución. Los procedimientos invasivos (PI) constituyen un factor de riesgo (FR) que incrementan la posibilidad de padecerlas. Este estudio se desarrolla en una UTI, polivalente de adultos de 6 camas. **Objetivo:** Determinar la incidencia de la IH relacionadas y no relacionadas a PI. Determinar las tasas ajustadas por procedimiento día y tasa de utilización de los PI. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, mediante la recolección de datos durante 12 meses. Se definieron los episodios de IH, según criterios del Programa VIHDA (Vigilancia de las Infecciones Hospitalarias de Argentina). Las tasas ajustadas se calcularon tomando como factor de riesgo los pacientes días (sumatoria del número diario de pactes internados) y los días de procedimien-

tos (sumatoria del número diario de los PI). Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) - Cateterismo Central (C C) y Sonda Vesical (SV). Resultados: Sobre un total de 1975 pacientes-día, se presentaron 37 episodios de IH.

IH asociada a PI (%)	Factor de Riesgo	Tasa de utilización	IH	Nº	Porcentaje por IH (%)	Tasa ajustada por procedimiento día (0/00)	Porcentaje de IH asociados a PI (%)
29	ARM	77,52%	Neumonía	18	62	11,76	
	CC	90,18%	Bacteriemia	1	3,5	0,56	78
	SV	95,90%	Infección urinaria	10	34,5	5,38	

IH no asociada a PI	IH	Nº	Porcentaje de IH no asociados a PI
8	Bacteriemia	6	22%
	Infección de partes blandas	2	

Conclusión: Indudablemente los PI, incrementan el riesgo de las IH, representando en este estudio más del 70%, en comparación con el 22% de las no relacionadas. Si comparamos estos datos con datos nacionales de otras UTI adheridas al Programa VIHDA*, si bien la TuPI en nuestra institución es superior a la media nacional en cada uno de los PI, nos encontramos por debajo de la media en cuanto a la tasa de IH relacionadas al ARM: 11,76% 0 contra 13,72% 0, CC: 0,56% 0 contra 3,46% 0 pero superamos la media de infección urinaria relacionadas a SV: 5,28% 0 contra 4,61% 0. Nuestros esfuerzos deberán centrarse a la prevención de estas últimas. * Semestre enero-junio 2006.

0085 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA (NAV) POR ACINETOBACTER BAUMANII TRATADA CON TIGECICLINA, SERIE DE CASOS

MH LAMACCHIA, RO FERNÁNDEZ, C SANCHEZ, MB GRILLI, L PARRA, JC ARJONA, J LEYTES, G BARCHIESI, A BATISTINI, WD VAZQUEZ
Hospital Español de Mendoza

Introducción: La aparición de gérmenes multirresistentes, constituye un grave problema en las Unidades de Cuidados Intensivos; por otra parte Tigeciclina, ha demostrado excelente actividad in vitro contra la mayoría de los patógenos causales de neumonía nosocomial y por su farmacocinética obtiene una buena concentración en tejido pulmonar, 2 a 8 veces mayor que en el suero. Objetivos: Presentar una serie de casos de NAV por Acinetobacter multirresistente, tratados con Tigeciclina. Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente todos los pacientes que adquirieron un episodio de NAV por Acinetobacter baumannii multirresistente, tratados con tigeciclina. Se definió NAV como: presencia de nuevo infiltrado radiológico, fiebre, (>38,3 °C), leucocitosis, aparición o incremento de secreciones traqueo bronquiales purulentas. El diagnóstico fue además confirmado bacteriológicamente por lavado broncoalveolar broncoscópico, o aspirado traqueal. Se calculó CPIS en el momento del diagnóstico de NAV. Se consideró curación clínica ante la mejoría clínico radiológica y con un CPIS ≤6, se procedía a suspender el tratamiento ATB. Tigeciclina se administró de acuerdo a recomendaciones del fabricante a dosis de carga de 100 mg y luego 50 mg cada 12 hs en infusión EV. Los datos cuantitativos se expresan como medias ± desvíos estándar (DS), los cualitativos como porcentajes. Se utilizó Wilcoxon´s Sum Rank Test para la comparación de CPIS inicial y el final. Se consideró significativa p≤0,05. Resultados: Se analizaron 13 pacientes cuya edad promedio fue de 60,31±16,02 años. El 53,8% pertenecía al sexo masculino. El APACHE II medio alcanzó 17,15±6,98 puntos con una mortalidad predicha igual a 28,08%. LA mortalidad observada fue de 23,1%. El intervalo entre inicio de ARM y la infección fue en todos los casos e"4 días, con un promedio de a 10,69 días. Se observó que el 30,8% de los paciente presentaban tratamiento previo con ATB (Imipenem y Ciprofloxacina); 23,1% EPOC o Diabetes mellitus. El promedio de tratamiento con Tigeciclina hasta la curación clínica fue de 8,64±2,04 días. El CPIS medio al inicio fue de 7,54±1,12 y el final 3,85±3,77, p = 0,003, en los pacientes curados. La mortalidad entre los pacientes curados alcanzó el 9,04%. Cuatro pacientes presentaron elevación transitoria de las transaminasas hepáticas. durante el tratamiento

con Tigeciclina. El 36,6% de los pacientes luego de presentar curación clínica tuvieron un nuevo episodio de NAV por otro germen. Conclusión: A pesar de no haber sido aprobada para tal uso Tigeciclina se muestra como una herramienta útil para el tratamiento de la NAV por Acinetobacter baumannii multirresistente.

0086 TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA HEMORRAGIA GRAVE DEL POSTPARTO, MEDIANTE EMBOLIZACIÓN UTERINA

C DE FILIPPO¹, G EISELE¹, G IZZO¹, E GALLI¹, D SIMONELLI^{1, 2}, G LABOUREAU², G SALINAS¹, S SANTAGIULIANA¹, A SANTAMARIA¹, M BERTE¹, D NOVAL¹, S ILUTOVICH¹, J NEIRA²
¹Sanatorio de la Trinidad Mitre, ²Sanatorio de la Trinidad Palermo

Introducción: La hemorragia postparto (HPP) es una de las principales causas de mortalidad materna, en nuestro país corresponde al 11.5% nacidos vivos, requiriendo internación en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) en el 0.2% de los casos. La HPP se define como pérdida hemática mayor a 500 ml en el postparto vaginal o mayor 1000 ml post cesárea, dentro de las primeras 24 hs. El sangrado se produce por alteración en uno de los cuatro procesos básicos, referidos como las "cuatro T": tono (debilidad de contracción uterina), tejido (retención productos sanguíneos o fetales), trauma (del tracto genital) o trombina (alteración de la coagulación). Según se describe en las distintas series entre el 40-60% de las pacientes presentan uno o más factores de riesgo (distensión uterina, fatiga muacular, infección, distorsión uterina, entre otros). La HPP responde habitualmente al tratamiento inicial (fármacos y maniobras locales). En los casos de sangrado persistente el tratamiento clásico consiste en la ligadura de la arteria ilíaca y eventual histerectomía, procedimientos que conllevan alto riesgo de morbilidad. En las últimas décadas con el desarrollo de los procedimientos mínimamente invasivos aparece la embolización uterina (EU) como alternativa terapéutica, siendo una técnica eficaz y segura que permite preservar la fertilidad y disminuye la incidencia de resangrado. Objetivo: Describir nuestra experiencia inicial en HPP, empleando embolización uterina para el control del sangrado. Material y Métodos: entre octubre del 2003 y febrero del 2007 se incluyeron 7 pacientes con HPP secundarias a atonía, que no respondieron a los tratamientos habituales (utero-tónicos, masaje, taponaje y legrado uterino). Fueron tratadas en la sala de hemodinámica mediante embolización uterina (EU). Ingresaron a UTI para control post procedimiento. Los datos evaluados fueron mortalidad, conservación uterina, estadía en UTI, estadía hospitalaria, requimientos embolización, coagulación, incidencia de resangrado e infecciones. Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, edad entre 27 y 39 años. Todas presentaron al menos un factor de riesgo. Las 7 pacientes sobrevivieron y conservaron el útero. La estadía promedio en UTI fue de 48 hs, con una estadía hospitalaria promedio de 72 hs. Cuatro pacientes requirieron transfusión de hemoderivados (promedio 2 UGR), 1 presentó trastorno de la coagulación. No presentaron resangrado ni infecciones. Conclusión: La EU resultó un método eficaz y seguro en el control del sangrado en pacientes con HPP por alteración del tono uterino que no respondió al tratamiento inicial.

0087 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ: ANÁLISIS DE NUESTRA CASUÍSTICA

L LEON CEJAS, A AGUIRRE, A HUICI, A GAITE, M CABANA, M CABANA, D MARQUEZ, S MERLO, G BEJARANO, G BARRIOS, A PLAZA, E ALANCAJ
Hospital Pablo Soria

Introducción: El Síndrome de Guillain Barré es la causa más frecuente de polineuropatía desmielinizante aguda, de evolución rápida y potencialmente fatal. Tiene una incidencia de 1 caso cada 100 mil habitantes. Se presenta a cualquier edad, más frecuentemente entre los 30 y 40 años, en ambos sexos por igual. Por lo general tiene una buena evolución y recuperación, quedando con trastornos residuales un 16%. La mortalidad varía entre un 2 y 25%. Objetivos: Evaluar cuadro clínico y evolutivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de Guillain Barré, durante el período 2000-2006 y determinar desde el punto de vista epidemiológico si existieron factores relacionados con la mayor ocurrencia de casos entre Octubre del 2004 y Junio del 2005. Material y métodos: Estudio

retrospectivo de 23 pacientes con diagnóstico de Guillain Barré ocurridos durante un período de seis años (2000– 2006) internados en nuestro hospital, teniendo en cuenta como criterio de inclusión la clínica que presentaban dichos pacientes. Resultado: De 23 pacientes, 13 fueron hombres (57%) y el resto (43%) mujeres. El promedio de edad fue 30-40 años. Antecedentes previos: 43% cuadro de vías aéreas, 13% diarrea, 4% ambos cuadros, 30% desconocido y un 9% procedimiento odontológico. El 96% de los pacientes debutó con debilidad de miembros inferiores ascendente y el 4% con compromiso descendente. Se confirmó el diagnóstico por punción lumbar 30%, 43% electromiograma, 9% ambos métodos y 17% solo clínico. Debido al mayor número de casos (47%) entre Octubre 2004 y Junio 2005 se realizaron cultivos de sangre, hisopado faríngeo y anal y estudios serológicos no hallándose agente etiológico, habida cuenta de que venían de la misma región geográfica los estudios de campo no arrojaron nexo común. Del total, 26% requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM), en los cuales 66% la intubación endotraqueal fue de inicio y el 34% a las 24 horas. La duración promedio de ARM fue de 42 días con un destete gradual con pruebas de tubo en T. El promedio de dióxido de carbono preintubación fue 49 mmHg; todos necesitaron traqueostomía y tuvieron neumonía asociada a la ventilación mecánica, el 16% necesitó de inotrópicos. Se indicó gammaglobulina al 8% de los casos, el resto recibió terapia con esteroides. A pesar de esto la mortalidad fue del 4% y en el resto la secuela promedio según la escala de Hughes se ubicó en el estadio IV. Conclusión: Pudimos observar que la casuística desde el 2000 al 2004 fuera similar a la descripta en la literatura, debido a que se registró el mayor número de casos, once (47%) en solo nueve meses (octubre 2004-junio 2005), despertó el interés en buscar algún factor causal común que pudiera explicar este aumento, con resultados negativos tanto epidemiológicos y serológicos. El uso potencial de ARM estuvo presente y se utilizó ante la eventual insuficiencia ventilatoria. La alternativa entre gammaglobulina y esteroides se debió más que todo a razones económicas, esto sin embargo no modificó la mortalidad y el grado de secuelas.

0088 PRESIÓN INTRA-ABDOMINAL (PIA) EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO. CORRELACIÓN CON VARIABLES HEMODINÁMICAS

JA CIALZETA, JA OJEDA, SE LAZZERI, LL SOSA, CS MIZDRAJI, LA HUESPE GARDEL, RB PUYOL, MA OJEDA, HJM ALVAREZ, WJ COSCIO, GR ANDRICH, FF FRANCO, SD RIBAK, OA PINI, JM LOPEZ VERON

Hospital Escuela "José F. de San Martín". Corrientes

Introducción: La Conferencia Internacional de Expertos en HIPERTENSION INTRA-ABDOMINAL (HIA), definen la misma como una sostenida elevación patológica de la PIA (>12mmhg), causante de efectos deletéreos sobre la función cardiaca, pulmonar, renal, gastrointestinal, otras. Es aceptado que en pacientes con shock séptico se genera un estado hiperdinámico (↑IC y ↓RVS) que determinan hipoperfusión regional. Objetivos: Evaluar la incidencia de HIA en pacientes con shock séptico. Correlacionar los valores de PIA con variables hemodinámicas. Material y método: Estudio prospectivo realizado en una unidad de Terapia Intensiva polivalente Medicoquirúrgica. Fueron incluidos los pacientes con shock séptico a los cuales se les realizó monitoreo con catéter de S. Ganz y medición de PIA al momento del diagnóstico del shock. Se registraron las variables hemodinámicas encontradas, saturación venosa mixta (SV02), APACHE II al ingreso, SOFA y mortalidad. Se dividió a la población en dos grupos; GRUPO I: pacientes que presentaban al momento del diagnóstico de shock valores de PIA >12mmhg y GRUPO II pacientes con valores de PIA < 12 mmhg. Los resultados se expresan como media ± DS para las variables continuas y la para la comparación entre los grupos se utilizó la prueba del Chi cuadrado considerando estadísticamente significativo una p < 0.05. Resultados: Ingresaron al estudio 21 pacientes, la edad promedio fue de 50±13 años, con una incidencia de HIA del 76% y una mortalidad global del 47%. N I C RVS PIA % TAM PVC SV02 APACHE SOFA MORT. G I 16(76%) 4 ±1.5 760±244 16±13 77±3 8±2 62±10 19±5 9±2 9 (16) 56%. G II 5(24%) 3.8±1.3 566±77 8±2 77±3 10±2 85±10 14±4 7±3 1 (5) 20% NS NS NS NS P<0.03 P<0.05 NS P<0.03. Conclusiones: En esta serie de pacientes con diagnóstico de shock séptico la HIA fue un hallazgo frecuente con una elevada mortalidad. La hiperdinamia fue co-

mún en ambos grupos, sin embargo los pacientes con shock séptico e HIA presentaron mayor mortalidad. Esto podría ser explicado por la existencia de hipoperfusión tisular esplancica que determinaría el aumento de la PIA.

0090 IMPACTO ECOLOGICO EN UTI POSTERIOR A LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES

MC LLERENA, H PIZÁ, M BELTRÁN, G CARDONATTI, A RENIERO, M CALTABIANO, P BERTOLINI, A SIRINO, JM CASELLAS

Hospital Central San Isidro, Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Describir los cambios microbiológicos acontecidos en nuestra UTI secundario al uso de un programa de control de infecciones (PCI). Ante la prevalencia de bacterias multirresistentes, se implementó un PCI cuyos pilares fueron: (1) intensificación en el cumplimiento de las medidas de control de infecciones y (2) adopción de una política restrictiva en el uso de ciertos antibacterianos (ATB). Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional de 2 períodos anuales (Junio 2005 / Mayo 2006 y Junio 2006 / Mayo 2007). A partir de Junio de 2006 se instauró un PCI que consistió en: (1) educación por medio de clases formativas y toma de conciencia del personal en la epidemiología de la UTI y la prevención de infecciones cruzadas, (2) intensificación en las medidas de higiene, (3) provisión asegurada de insumos para la correcta higiene de manos, (4) vigilancia en el cumplimiento de las normas, (5) drástica reducción en el uso de carbapenemes, (6) uso de esquema empírico inicial basado en la microbiología de la UTI, y (7) la decisión en la elección del ATB se desplazó del medico tratante a un grupo de especialistas líderes. Se comparó la dosis diaria definida (DDD) de ATB, y la prevalencia y sensibilidad bacteriana de la totalidad de las muestras remitidas a bacteriología tomadas de sangre periférica, secreciones respiratorias (AT y BAL) y LCR durante los dos años. Se analizaron un total de 430 muestras, de las cuales 252 pertenecieron al primer período y 178 muestras al segundo. En el análisis estadístico se utilizó Chi-cuadrado. Se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: En el segundo período hubo una reducción significativa en el consumo total de ATB, particularmente en el uso de Piperacilina – Tazobactama (PTZ), Cefepima (FEP), Colistina (COL) e Imipenem (IMI), y un aumento en el uso de Ampicilina – Sulbactama (AMS) y Ceftriaxona (CTX). DDD x 1000 pacientes

Droga	1 período	2 período	Variación	p Valor
Consumo total de ATB	694	400	Disminución	<0.015
AMS	108	117	Aumento	<0.00001
CTX	50	70	Aumento	<0.00001
Ceftazidima (CAZ)	78	56	Disminución	NS
Vancomicina (VAN)	155	93	Disminución	NS
PTZ	99	25	Disminución	<0.0003
FEP	65	6	Disminución	<0.00001
COL	56	9	Disminución	<0.0004
IMI	28	0	Restricción	<0.0001

En el segundo período hubo una disminución significativa en el aislamiento de *K. pneumoniae* (p < 0.02). Con respecto al perfil de resistencia (R) se constató una disminución de *K. pneumoniae* R a TAZ (p < 0.05), de *P. aeruginosa* R a CAZ (p < 0.01) y R a TAZ (p < 0.02) y una reducción de *A. baumannii* R a AMS (p < 0.001). Conclusión: Luego de la aplicación del PCI se produjo un cambio significativo en la ecología de la UTI, modificándose el perfil de R y disminuyéndose el uso de ATB. Este trabajo demuestra el beneficio de emplear una política de regulación en el uso de ATB, preferentemente escrita y supervisada, con la finalidad de evitar la emergencia de bacterias multirresistentes secundario al uso liberal de ATB. Esto obliga a un replanteo continuo de las indicaciones de antibióticoterapia empírica y al refuerzo constante de las medidas de higiene y control.

0091 INFARTO DEL VENTRICULO DERECHO COMPLICADO CON COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR

C_NOZIERES, F PÉREZ PRIETO, C SMITH, EM BRUNEL, MH

PÉREZ, H MENDOZA, JC POLISZUCK, AM PALAZZO, RW ZAMBÓN, JU UBALDINI, MA VELTRI, G LEIVA
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La ruptura del septum interventricular es una complicación poco frecuente, estimada en el 0.2% a 2%, del infarto de miocardio (IAM), y asociada a alta mortalidad. El uso de dispositivo Amplatzer (dA) para el cierre de CIV congénita es el método de elección, en las adquiridas por cardiopatía isquémica en el contexto de shock la experiencia es limitada y solo se basa en reporte de casos. **Caso clínico:** hombre de 67 años de edad con antecedentes de tabaquista (1 pack/year), hipertenso, ingresa a UTI por síndrome coronario Agudo con supradesnivel del segmento ST de cara inferior y ventrículo derecho. Evoluciona con bloqueo auriculo-ventricular de alto grado con requerimiento de marcapaseo transitorio intracavitario. Se realiza cinecoronariografía que evidencia coronaria derecha ocluida en su tercio medio, con angioplastia fallida (TIMI 0). El paciente evoluciona con signos de hipoperfusión y requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se realiza ecocardiograma transesofágico que evidencia fracción de eyección del VI de 40% y dilatación con deterioro severo de la función sistólica del VD; sin evidencias de CIV. Se coloca catéter de Swan-Ganz (CSG): TAM 74 mmHg; Presión de oclusión de arteria pulmonar (PAOP) 19 mmHg; PAP 1/2 27 mmHg; PVC 17 mmHg; VM 4,3 l/min; IC 2 l/min/m²; ITSVI 23 g-n/m²/b; ITSVD 4 g-n/m²/b; RVS 1098 dy-s/cm⁵; RVP 149 dy-s/cm⁵. Se administran inotrópicos y evoluciona favorablemente, destetándose de ellos y de la ARM a los 13 días. En el día 18 de evolución presenta diaforesis, taquipnea e hipoxemia, con aparición de nuevo soplo pansistólico, 3/6 con epicentro en ápex. Se realiza ecocardiograma transtorácico que evidencia solución de continuidad entre los segmentos basal septal posterior y medio septal (1,4 cm de diámetro) con cortocircuito de izquierda a derecha. Presenta nuevamente hipotensión arterial y necesidad de ARM. Se decide colocación de balón de contra pulsación aórtica y CSG: POAP 24 mmHg; PVC 20 mmHg; VM 3,4l/min; IC 1,6 l/min/m²; RVS 1448 dn-s/cm⁵; RP 142 dn-s/cm⁵; SVO2 85%. Se evidencia resalto oximétrico, SatO₂ AP 85% (CaO₂ 11,55 vol %); SatO₂ AD 48% (6,52 vol%); SatO₂ Radial 98% (13,47 vol%). Se calcula QP/QS 3,1:1. Se decide cierre de la CIV con colocación de dA 20/10mm. Evoluciona con persistencia del cortocircuito (evidenciado por ecocardiograma) y caída del gasto cardíaco por lo que se decide la conducta quirúrgica el día 7º de colocado el dispositivo. Se observa en el intraoperatorio el dA libre en VI. El paciente obita en postoperatorio inmediato. **Conclusión:** En pacientes con CIV por IAM con compromiso del ventrículo derecho no reperfundidos con parámetros de shock, el uso de dispositivo Amplatzer para el cierre del cortocircuito adquirido representa una opción terapéutica.

0092 OCLUSION DE FISTULA ARTERIO-VENOSA CON DISPOSITIVO AMPLATZER EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA DE ALTO GASTO

C SMITH, EM BRUNEL, C NOZIERES, AM PALAZZO, H MENDOZA, MH PEREZ, MA BLASCO, MF BALLESTERO, ED SOLOAGA, M CHERTCOFF, G MIGLIARO, JAG ALVAREZ, R SMITH, G LEIVA, JE UBALDINI, JF CHERTCOFF
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El estado de alto volumen minuto cardíaco es una causa poco frecuente de insuficiencia cardíaca, se describen numerosas entidades causales tales como anemia, tirotoxicosis, enfermedad de Paget, Beri-Beri, y la fistula arteriovenosa entre otras. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 68 años de edad ingresa a UTI por disnea CF IV y anasarca. Presenta antecedentes de hipertensión arterial, extabaquista, nefrectomía derecha (a los 55 años). Ingres a UTI con TA de 140/80, FC 100 lat/min. Al examen físico presenta rales crepitantes bilaterales pulmonares, edemas en miembros inferiores 3/6. Laboratorio: Hct 37%; GB 3.800 cel/mm³; creatinina 1,09 mg/dl; natremia 123 mEq. El estado ácido-base demostró pH: 7.30; PO₂: 80; PCO₂: 43; HCO₃: 22; Sat: 99% (FIO₂ 50%). La Rx Tx presenta hilos pulmonares congestivos, con imagen de redistribución de flujo. ECG: fibrilación auricular, FC 110 lat/min, signos de sobrecarga sistólica del VI. La TC helicoidal de tórax con contraste EV es negativa para tromboembolismo de pulmón, y muestra derrame pleural bilateral. Se realiza ecocardiograma Doppler

color que presenta severa dilatación de cavidades derechas, PSP de 70 mmHg, dilatación moderada de AI, función sistólica de VI conservada, trastornos de relajación leve. Se inicia tratamiento convencional para insuficiencia cardíaca, sin respuesta adecuada, debido a la evolución clínica se realiza centellograma V/Q con baja probabilidad de enfermedad tromboembólica. Examen funcional respiratorio: CVF 2,16 L (59%); VEF1 1,56 L (62%); IT 73; DLCO 119%. El paciente persiste con signos de insuficiencia cardíaca y episodios de desaturación. Se realiza ecocardiograma transesofágico que evidencia dilatación de cavidades derechas y descarta cortocircuito intracardiaco. Para estudio de hipertensión pulmonar se decide la colocación de catéter de Swan-Ganz, presentando VM: 11.7 Lts/Min; IC: 6.7 Lts/Min; PAOP: 20 mmHG; PVC: 18 mmHg; PAP 1/2 30 mmHg, se interpreta el caso como insuficiencia cardíaca de alto gasto. Descartando causas metabólicas, endocrinas, hematológicas, se reconsidera el antecedente de cirugía abdominal mayor, se realiza TC de abdomen con contraste EV que evidencia probable fistula arteriovenosa en región de nefrectomía derecha entre la aorta abdominal y la vena cava inferior. La arteriografía confirma el diagnóstico. El paciente evoluciona con hipoxemia con altos requerimientos de O₂ y necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se descarta la causa infecciosa por cultivos negativos. Por la evolución clínica del paciente y la repercusión hemodinámica del cortocircuito se decide el cierre endovascular de la fistula. Se colocan dos dispositivos Amplatzer (dA) (8 french 2,6 mm). Evoluciona favorablemente, se desconecta de ARM y se extuba a las 96hs, sin signos de insuficiencia cardíaca de alto gasto. **Conclusiones:** El cuadro de insuficiencia cardíaca de alto gasto por cortocircuito intraabdominal requiere de alta sospecha clínica para establecer el diagnóstico. El cierre con dA actualmente es una alternativa válida.

0093 MENINGITIS POSTCRANEOTOMIA EN UN HOSPITAL DE AGUDOS. INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

G VILLARREAL, S ROLANDO, J GRUARIN, S GONZALEZ, G VALIDO, P LEHRNER, S SALAVARRIA
Servicios de Terapia Intensiva y Neurocirugía. Hospital "Ignacio Pirovano". Buenos Aires. Argentina.

Objetivos: Establecer la incidencia, los agentes etiológicos, la mortalidad a los 30 días y los factores de riesgo relacionados de las meningitis postcraneotomía. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo observacional de las craneotomías realizadas entre el 01/06/2003 y el 31/012/2004 en nuestro Hospital. La asociación estadística fue determinada por el Test de Student-Fisher para la comparación de medias, y por el de Chi cuadrado y el Exacto de Fisher para la comparación de proporciones. Se acepto como valor significativo, una p <0.05. **Resultados:** Se evaluó a 237 pacientes craneotomizados durante el periodo de tiempo antes mencionado. La incidencia de meningitis postcraneotomía fue del 7.59%. Los agentes etiológicos aislados fueron mayoritariamente Gram negativos. La media de comienzo de la meningitis fue de 18.9 ± 14 días. La mortalidad a los 30 días del comienzo de la meningitis entre estos pacientes fue del 55,55%. Como factores de riesgo fueron identificados la colocación de derivación ventricular externa en conjunto con la neurocirugía de fosa posterior (RR=6.48 -IC:2.44-13.33- p <0.05), la reoperación para la colocación de una derivación ventricular externa (RR=5.80 -IC:1.59-12.44- p<0.05) y la reoperación por infección de la herida quirúrgica (RR=3.75 -IC:1.46-8.87- p < 0.05). **Conclusión:** La incidencia, los agentes etiológicos y los factores de riesgo estuvieron acordes con lo reportado en estudios previos. La media de comienzo en días de la meningitis y la mortalidad a los 30 días estuvieron por encima del rango reportado en la literatura.

0094 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE ANEURISMAS CEREBRALES DE CASOS DISTINTOS TERRITORIOS. PRESENTACION DE 2 CASOS

D BARCA¹, G MITILLI¹, P BOSCHERO¹, S PÉREZ BETI¹, M ONTIVERO¹, J FRIZZA¹, JI MELE¹, M VAN'OTTEGHEM², DE FAINSTEIN¹, A DOMINGUEZ³
¹Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina, ²Servicio Neurocirugía-Hospital Privado del Sur-Bahía Blanca-Buenos Aires-Argentina,

³Servicio Clínica Médica. HIGA " José Penna". Bahía Blanca- Buenos Aires - Argentina

Introducción: El tratamiento endovascular se ha incorporado en los últimos años como alternativa terapéutica de los aneurismas cerebrales sobre todo en aquellas localizadas en el territorio posterior. Presentamos dos casos de aneurismas cerebrales, tratadas por vía endovascular, en 2 territorios distintos. **Casos Clínicos:** se presentan 2 pacientes de sexo femenino, edad promedio: 50 a, con cuadro clínico de HSA confirmado por TAC. Glasgow promedio de ingreso: 12/15. Peor Fisher 4. Peor Hunt y Hess: 3. Se inicia tratamiento con expansión y hemodilución hipervolémica así como tratamiento con Nimodipina 60 mg cada 4 hrs. Catéter de PIC: 1 paciente por hidrocefalia aguda. Localización: la arteriografía selectiva con sustracción digital mostró: 1 aneurisma silviano y un pseudoaneurisma de basilar más disección de la misma. Se decide con neurocirugía tratamiento endovascular de los aneurismas de silviana y basilar. Se realizó coiling de los aneurismas de silviana y de basilar, más stent a la basilar. Todos los pacientes se externaron con buen resultado neurológico. GOS: 5. **Comentario:** 1) Tal como recomienda la bibliografía internacional nuestro servicio ha incorporado el tratamiento endovascular para los aneurismas de fosa posterior. 2) la alternativa terapéutica endovascular en el resto de los territorios permite una solución efectiva y menos agresiva de este tipo de lesiones. 3) las complicaciones neurológicas (hidrocefalia) no estuvieron vinculadas al procedimiento endovascular.

0095 ¿CUANTAS VÍCTIMAS SE NECESITAN PARA DEFINIR UN DESASTRE?

D DUARTE, G FILIPPA, J NEIRA, I PREVIGLIANO, J BALBI, A MONTES, R MALTEZ, V ALONSO, A ALBERGUCCI, F PLANO, R ZAMBON, E MANRIQUE

Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Río Grande

Objetivo: Describir una situación de atención de víctimas múltiples. Analizar las características particulares del síndrome de inhalación de humo (SIH). **Materiales y métodos:** Se evaluaron 5 pacientes (ptes), ingresados al Servicio de Emergencias del HRRG en Noviembre del 2006, de los cuales tres ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva (STI), único en la zona norte de la Provincia de Tierra del Fuego, que presenta una capacidad de 5 camas con 5 respiradores microprocesados, con un ingreso anual de 300 ptes. e índice de ocupación de camas de 5,4 ptes./día. Los motivos de ingreso al STI fueron: Síndrome de Inhalación de Humo (SIH) e Insuficiencia Respiratoria Aguda. Se dividió a las Lesiones de la Inhalación de Humo (LIH) en: Lesión Térmica de la Vía Aérea (LTVA), Asfixia (A) y Lesiones por Gases Irritantes (LGI)*. Se evaluaron: índice Trauma Pediátrico (ITP), APACHE II, características demográficas, estadía en TI (ETI), Déficit de base en las 48 hs (DB 48) 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 $p < 0,005$. **Resultados:** De los 5 ptes. (2 mujeres y 3 hombres), la edad promedio fue 8,6 años (3 - 16), el APACHE II (promedio): 24,6 (22 - 30), la ETI (promedio): 11,6 días (1 -18), ITP (promedio): 0 (-4 a +4) y el DB 48 (promedio) - 11,4 mEq (-6 a -19). La mortalidad global fue del 40%. Tres pacientes presentaron LTVA, A y LGI, mientras que los restantes sólo LTVA y A (Ver cuadro). **Conclusión:** La recepción de los 5 ptes superaron los recursos en el sistema local hospitalario, cumpliendo con la definición de DESASTRE. La acidosis metabólica durante las primeras 48 hs en el contexto del SIH se acompañó de mayor morbimortalidad. *Grupo de Consenso Científico Inter-societario para el asesoramiento, en la evaluación y la respuesta médica en situaciones de víctimas en masa. Síndrome de lesión por inhalación de humo (SLIH) SATI.

	PTE 1	PTE 2	PTE 3	PTE 4	PTE 5	PROM.	
EDAD	15	7	6	3	16	8,6	
ITP	4	-4	2	-4	2	0	$p < 0,005$
APACHE II	22	30	23	25	23	24,6	$p = NS$
DB 48	-8	-19	-6	-16	-8	11,4	$p < 0,005$
ETI	14	1	18	13	12	11,6	
RESULT.	VIVO	OBITO	DERIV. VIVO	OBITO	VIVO		$p = NS$
LIH	LTVA, A, LGI.	LTVA, A, LGI.	LTVA, A.	LTVA, A, LGI.	LTVA, A.		

0099 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS

DANI VARELA, M DIAZ, A HLAVNICKA, P MASKIN, A CERVIO, N WAINSZTEIN, R LEIGUARDA FLENI

Introducción: La hipertensión endocraneana refractaria es una causa importante de discapacidad y muerte en pacientes neurocríticos. El tratamiento médico incluye hiperventilación, manitol, soluciones hipertónicas, barbitúricos e hipotermia. En casos refractarios la craneotomía descompresiva (CD) se acepta como una terapéutica de segunda línea potencialmente útil. **Objetivo:** Analizar las características clínicas y pronóstico de una serie de casos con hipertensión endocraneana refractaria al tratamiento médico, los cuales fueron sometidos a CD. **Material y métodos:** Se ha revisado una serie de pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de FLENI desde 01/01/2002 hasta el 31/12/2006, que sufrieron hipertensión endocraneana refractaria a tratamiento médico, sometidos a CD. El análisis de los mismos se realizó tomando diferentes grupos: Infarto cerebral maligno, Infarto de fosa posterior, Traumatismo de cráneo y misceláneas. El análisis pronóstico se realizó mediante la Modified Ranking Scale (MRS), Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE), y Barthel index (BI). Los datos se presentaron como media y desvío estándar. **Resultados:** Se incluyeron 21 pacientes, 81% hombres, 19% mujeres, con una edad media de 38,3, DS: 16,4, estadía en UTI 18,5 (11,8) días, una media de tiempo hasta la realización de la CD de 33,5 Hs (26,6), Glasgow previo a la CD 6,3 (1,8), Glasgow al alta de UTI 12,1 (2,3), el 52,4% de los pacientes presentaban signos de herniación antes de la CD. Presentaron un GOS 5,2 (2,5), ERM 2,3 (2) e IB: 83,6 (27) y la mortalidad fue de 23,8%.

Etiología	Edad	Estadía en UTI	Tiempo hasta la CD	Glasgow pre CD	Signos de herniación pre CD	GOSE	MRS	BI	Mortalidad
Infarto cerebral	39,6 (16,4)	17,6 (13,9)	41,2 (13,2)	7,8 (1,8)	60%	4,5 (2,1)	2,5 (0,7)	70 (21,2)	40%
TEC	30,2 (11,6)	22,8 (12,1)	27 (19,9)	5,6 (1,8)	40%	5,7 (1,4)	1,9 (1,4)	93,3 (16,3)	10%
Fosa posterior	63,6 (9,1)	18,3 (4,9)	50 (60,7)	7		3,6 (3)	4 (2,6)	60 (56,6)	0%
Otros	38 (13,1)	6 (2)	22 (2,1)	5,7 (1,1)	60%	8	0	100	66%

Conclusiones: Los pacientes que presentan hipertensión endocraneana refractaria al tratamiento médico la CD puede ser una opción terapéutica a tener en cuenta, en especial los pacientes con traumatismo de cráneo, infarto cerebral y cerebeloso.

0100 ACINETOBACTER BAUMANII EN TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE UN BROTE. USO DE TIGECICLINA

V CLAIRON, G ARANA, R GARCIA TURIELLA, D ROVIRA, J SCAPINI, E MATELJAN, A PADINGER

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Italiano Garibaldi Rosario. Instituto Universitario Italiano de Rosario. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: Brote es el aumento desusado y significativo de la incidencia de determinado enfermedad, en un corto período de tiempo, en una sola población, y por un agente etiológico. Cuando el mismo es producido por Acinetobacter Baumannii, el manejo es dificultoso dada su rápida capacidad de generar resistencia, y las limitaciones en el tratamiento. **Objetivos:** presentar las características clínicas y epidemiológicas de un brote causado por Acinetobacter Baumannii en terapia intensiva. Documentar la utilidad de la tigeciclina como opción terapéutica. **Diseño:** retrospectivo, descriptivo. **Material y métodos:** según ficha de infección nosocomial (criterios de cdc) recabada en la uti, se seleccionaron aquellas causadas por Acinetobacter Baumannii, en un período de 5 meses del año 2006 (marzo a setiembre 2006), y definidas por equipo multidisciplinario como brote. Para las neumonías se utilizó score de Pugin, el método diagnóstico fue aspirado traqueal. Se consignaron datos de: edad, apache II, diagnóstico al ingreso (clínico/quirúrgico), infección pre-

via al diagnóstico de infección nosocomial, comorbilidades, procedimientos invasivos en la unidad, días de amr previos, antibióticos usados previos al diagnóstico de infección, estancia promedio en UTI, mortalidad, infección demostrada, perfil de sensibilidad, y tratamiento. Resultados: 9 infecciones en 8 pacientes. Edad: Promedio 50 años; rango: 30-83. Apache II promedio 18,2 (4-23). En 5 casos el diagnóstico de ingreso fue clínico. Sobrevivieron 5 casos. La estancia promedio fue 15.8 días (r: 5-26). En 3 casos hubo más de 5 procedimientos invasivos. En 8 casos se usó amr (88,9%). Los factores comórbidos más frecuentes fueron cardiopatías e inmunosupresión. En 8 casos, hubo infección previa al diagnóstico (88,9%). Atb previos: Cefalosporinas 3era y 4ta generación (n 6), Carbapenemes (n 4), Piperacilina/tazobactam (n 4); en 5 casos se usó más de 4 atb previos. Se documentaron 7 neumonías (77,8%), 1 infección quirúrgica y 1 sepsis por catéter. En 6 casos hubo sensibilidad a tigeciclina, 2 casos a aminoglucósidos, 1 a betalactámicos. En 5 casos el germen fue sensible a 1 sólo antibiótico. En 6 casos (66,7%) había amr al momento del diagnóstico. Promedio de días de amr al diagnóstico: 8.3 días. (r 4-11). Hubo 4 nav tardías, 2 nav precoces, y 1 nosocomial en no ventilado. Se realizaron 5 tratamientos con monoterapias (4 con tigeciclina) y 4 tratamientos combinados. Conclusiones: las características epidemiológicas acuerdan a la literatura (gravedad al ingreso, infección previa, uso de amr, uso de antibióticos de amplio espectro incluídos carbapenemes). Las nav fueron en su mayoría tardías. La tigeciclina fue válida en 6 casos (5 neumonías, 1 sepsis por catéter), no registrando efectos indeseables. La aparición de un brote es una oportunidad de estudio, de revisión de la práctica, identificación del circuito epidemiológico, reservorios, las vías de transmisión, y tomar medidas correctoras de control y prevención.

0101 VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA
N. TIRIBELLI, D VARELA, P ESCALANTE, R SANCHEZ, M BONO, M SABAN, A MARINA
 CMPFA Churrucúa Visca, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Analizar las características y evolución de los pacientes que requirieron Ventilación Mecánica (VM) en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de nuestro hospital. Material y Método: Se registraron prospectivamente los pacientes que ingresaron a UTI y requirieron VM por más de 24 hs desde 01/08/06 hasta 30/04/07: datos demográficos, scores de gravedad (APACHE II, SAPS II), motivo de VM (deterioro del sensorio -DTS-, insuficiencia respiratoria aguda -IRA-, IRA con enfermedad respiratoria crónica -IRAC-), días de VM, días de UTI, mortalidad y complicaciones. Se compararon las variables en subgrupos (médicos/quirúrgicos, PaO2/FiO2 < y ≥ 200 a las 24 hs. de inicio de VM, VM < y ≥ 14 días). Para el análisis estadístico se utilizaron el Chi Cuadrado y el Test de T. Se consideró estadísticamente significativa una p < 0.05. Resultados: Ingresaron a UTI 460 pacientes, requirieron VM 198 (43%), 114 hombres y 84 mujeres. Edad media (DS) 63 (18.6). APACHE II 21.1 (9.5), SAPS II 47.4 (21.9). Causas de VM: DTS (n=68, 29%), IRA (n=142, 62%), IRAC (n=20, 9%). Duración de la VM 6.9 días (10.1). Estadia en UTI 9.7 días (12.1). Mortalidad 40% (n=80) (por grupos: EPOC 27%, DTS 29%, postquirúrgicos 29%, SDRA 45%, sepsis 46%). Complicaciones: neumonía asociada al ventilador (NAV) 26 casos (11.3%, 16.4 episodios c/1000díasVM), barotrauma 2.6% y autoextubación 1.7%. Liberados de la VM 114 pacientes (58%), 97 en un solo test de respiración espontánea (85%). Reintubados 20 pacientes en 123 extubaciones (16%). Se traqueostomizaron (TQT) 32 pacientes (16%).

	Ptes. Médisoa	Ptes. Quirúrgicos	p	PaO ₂ /FiO ₂ <200	PaO ₂ /FiO ₂ ≥200	p	VM <14 días	VM ≥14 días	P
n	153	45		68	130		185	13	
Edad	62.9 (18.1)	63.8 (20.7)	NS	65.2 (16.2)	62.3 (19.9)	NS	63.2 (18.4)	60.6 (21.2)	NS
APACHE II	22.3 (9.5)	17.1 (8.7)	0.01	23.4 (10.2)	20.2 (9.2)	0.03	21.2 (9.5)	20.7 (9.8)	NS
SAPS II	48.4 (22.2)	42.7 (10.6)	NS	52.5 (25)	46.5 (19.7)	NS	47.7 (22.1)	42 (18.8)	NS
Mortalidad	44% (67/153)	31% (14/45)	NS	50% (34/68)	24% (31/130)	0.01	39% (72/185)	53% (7/13)	NS
Días VM	7.6 (10.9)	4.6 (4.9)	NS	7.1 (6.4)	7.1 (11)	NS	4.8 (3.6)	33.9 (21)	0.01
Días UTI	9.9 (11.6)	9.7 (13.8)	NS	9.8 (8.7)	11.1 (14.6)	NS	8.2 (9.5)	34.8 (19.2)	0.01
Reintubación	17% (16/92)	13% (4/31)	NS	20% (6/30)	15% (14/93)	NS	16% (20/123)	0	—
NAV	12% (22/183)	9% (4/47)	NS	17% (12/71)	9% (14/159)	NS	9% (19/212)	39% (7/18)	0.01
TQT	19% (29/153)	7% (3/45)	NS	15% (10/68)	16% (21/130)	NS	11% (20/185)	92% (12/13)	0.01

Conclusiones: Los pacientes con patología médica tienen scores de APACHE II más alto que los quirúrgicos. Los pacientes con PaO2/FiO2 < 200 a las 24 hs. de VM tienen score de APACHE II y mortalidad más alta. Los pacientes con VM ≥ 14 días presentan más incidencia de NAV y mayor frecuencia de TQT.

0102 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN UN PACIENTE CON INFARTO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA DE HEMISFERIO DOMINANTE
N. PINCA, J VILLANUEVA, W RIZZARDI, O PORFILIO, M CAPALBO, H SANZ, A BOCCARDO, J GOLAND
 Hospital General de Agudos José María Penna

Objetivo: Comunicación de un caso de craneotomía descompresiva en un paciente con infarto de arteria cerebral media de hemisferio dominante. Introducción: La mortalidad del infarto cerebral maligno de ACM tratado médicamente es del 80%. 10 a 15% de los infartos cerebrales hemisféricos provocan efecto de masa debido a formación de edema (en los primeros 4a7 días) con aumento de PIC y pueden conducir a herniación y muerte. La cirugía disminuye la PIC mejorando la PPC global y permite al cerebro herniarse parcialmente por el defecto óseo minimizando las lesiones de estructuras vitales. Aquellos pacientes <50 años, no comatosos al ingreso, con deterioro neurológico, aumento progresivo de la PIC y evidencia radiológica de isquemia masiva (signos en la TAC asociados con mal pronóstico: 1) desviación de línea media > 4 mm, volumen lesional >50cc, infarto hemisférico masivo o submasivo de las ramas de arteria cerebral, extensión a territorios vasculares adyacentes. 2) la presencia de hipodensidad cerebral en >50% del territorio de la ACM) serían candidatos para craneotomía precoz. Existen reportes de reducción de mortalidad del 85.7% al 12.5% y resultado funcional bueno gracias a la cirugía en pacientes >70 años, incluso en hemisferio dominante. En los estudios iniciales, la presencia de infarto sobre el hemisferio dominante era una contraindicación para cirugía; trabajos posteriores mostraron que la mayor parte de estos pacientes tenían buena evolución. El resultado global que se obtiene (reducción de mortalidad del 40-50% y del 70% de buenos resultados funcionales, aún en hemisferio dominante) viene condicionado por la precocidad, extensión y cuidado en la intervención. Esperar al deterioro neurológico y al aumento de la PIC haría a la cirugía menos efectiva. La ventana terapéutica (2-3 días), la baja incidencia de complicaciones postoperatorias, la posibilidad de reintervenir y la ausencia de tratamientos más efectivos, favorecen la decisión quirúrgica. Presentación: paciente masculino, 58 años, tabaquista, HTA, FA crón. Ingresó a otra institución 12/03/07 por ACV isquémico silviano izquierdo con GCS 11/15 (m6 v1 o4), disfasia mixta, plejía derecha. APACHE II: 15. NHI: 23 (al 4 día). Evolucionó al 3 día con GCS 9/15, desviación conjugada mirada a izquierda, TAC infarto silviano izquierdo con edema y desviación de línea media. Derivado a nuestro hospital 16/03/07 donde se realizó craneotomía descompresiva y plástica dural evolucionando con HTA: 230/140, FA, neumonía asociada a ARM. 29/03: traqueostomía. Logra respiración espontánea con tubo en t al mes del ingreso, evolucionando con disfasia de expresión, emitiendo sonidos, paresia leve de miembro inferior y paresia severa miembro superior derecho, trastornos deglutorios que se normalizaron decanulándose sin complicaciones. Alta: 20/05/07. GOS: 3. Barthel Index: 30. mRS: 4-5. Conclusión: pacientes <50 años o mayores, no comatosos al ingreso, con evidencia radiológica de isquemia masiva incluyendo hemisferio dominante, deterioro neurológico y aumento de la PIC serían candidatos para descompresión quirúrgica precoz.

0103 EXPERIENCIA CON EL MÉTODO COBATRICE Y UN SISTEMA DE EVALUACIÓN PARA TRABAJO EN EQUIPOS EN UNA RESIDENCIA DE TERAPIA INTENSIVA DE PRIMER NIVEL
F. CRIADO, D FAINSTEIN
 Terapia Intensiva- Hospital Privado del Sur - Bahía Blanca - Buenos Aires - Argentina

Introducción: La Sociedad Europea de terapia Intensiva, con la finalidad de homogeneizar el entrenamiento en Terapia Intensiva ha puesto en marcha el Programa CoBaTriCe incluyendo en el mismo una serie de habilidades y conocimientos con distintos nive-

les. (conoce, realiza supervisado, realiza solo, enseña o supervisa) En nuestra unidad hemos implementado un sistema similar, abreviado y adaptado a nuestra realidad local al cual le hemos incorporado una "Evaluación de adquisición de competencias para Trabajo en equipo en Residencias Médicas" ya que consideramos que el programa CoBaTrice es insuficiente en esa área tan importante a la tarea en nuestra Unidad. Material y Método: se tradujo el Programa CoBaTrice modificando la cantidad de habilidades y competencias requeridos por el mismo de 169 a 75. A diferencia del programa CoBaTrice que agrupa 111 competencias como muy importantes, 50 como moderadamente importantes y 8 poco importantes. Con respecto a la actividad en equipo el Programa CoBaTrice sólo lo contempla en los ítems 43,50,166 y 167. Se unificaron las 75 en una sola calificación en cuanto a su importancia que se interpretó que las habilidades poco importantes deberían ser adquiridas en un programa de Residencia de 2do nivel. La siguiente modificación que se realizó fue la de incorporar un Programa de "Evaluación de adquisición de competencias para el Trabajo en equipo en Terapia Intensiva". Dicho programa consiste en un cuestionario de 12 preguntas a responder por el Residente, uno de sus pares y su Instructor. Las preguntas están orientadas a la intervención productiva en un grupo de discusión y se califican las rtas en : siempre, a veces, poco y nunca con un puntaje óptimo de 3 y un mínimo de 0. La sumatoria de las 12 rtas se agrupan en: 1 a 3: insatisfactorio, 4-6 satisfactorio 7 a 9 : muy satisfactorio. Conclusiones: 1) el Programa CoBaTrice es un adelanto en la metodología de evaluación en la adquisición de habilidades en UTI. 2) Nuestra evaluación se ha realizado semestralmente desde junio de 2006 adaptandola a la complejidad de nuestra unidad. 3) Queremos destacar que la incorporación de una metodología para evaluar la actividad grupal no puede faltar en un programa de entrenamiento, sobre todo en una especialidad como la Terapia Intensiva. 4) El Programa de evaluación del trabajo en equipo podría ser de utilidad a la hora de elegir líderes en las distintas áreas de la unidad.

0104 EL TRATAMIENTO CON MEROPENEM POTENCIÓ LA RESPUESTA TERAPÉUTICA DE LA COLISTINA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE MENINGITIS POR ACINETOBACTER BAUMANNII MULTIRRESISTENTE

N. PISTILLO¹, JJ VIDELA², AE MASUCCI³, JJ SCARIMBOLO³, S BRUNO⁴, V RIETSCHHEL⁴, A CONFORTI¹

¹Htal. P. Fiorito, ²Htal F. J. Muñiz, ³Cátedra de Patología UBA, ⁴Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos Malbrám

Introducción: La respuesta in vivo al tratamiento con un antibiótico (ATB) depende de factores que exceden a la sensibilidad in vitro del mismo, como son el volumen del inóculo y su patogenicidad, la inmunidad del paciente, la presencia de comorbilidades y la farmacocinética y dinámica del ATB, incluyendo su interacción sinérgica o antagónica con otras drogas. Por eso, la respuesta clínica no siempre es la esperada en relación a su efectividad in vitro. El tratamiento de la meningitis por *Acinetobacter baumannii* multirresistente (AbMR) requiere del uso de colistina endovenosa e inclusive intratecal, debido a que esta droga no alcanza concentraciones adecuadas en LCR. Para mejorar la eficacia de la colistina en infecciones por AbMR, algunos autores recomiendan su asociación sinérgica con otras drogas sin importar la sensibilidad in vitro de éstas. Objetivo: evaluar si drogas ineficaces in vitro (meropenem e imipenem) pueden tener actividad sinérgica in vivo en un modelo experimental de meningitis por AbMR. Materiales y métodos: Se utilizaron 84 ratones Rockland (20-25 gr). Se indujo meningitis a través de la inyección intracraneana (0.01 ml) de una solución con AbMR (1.6 x 10⁸ UFC/ml). El germen sólo mostró ser sensible in vitro a la colistina y resistente a meropenem e imipenem (CIM: 64 y 128 mg/l respectivamente). Los animales fueron randomizados según tratamiento: 1) colistina, 2) meropenem, 3) colistina + meropenem, 4) imipenem, 5) colistina + imipenem o 6) control (sol. fisiológica). Las drogas se administraron por vía intraperitoneal durante 3 días, en igual volumen (0.5 ml) y en dosis equivalentes a la humana. Finalmente los animales fueron sacrificados, se cultivó el LCR y se analizaron cortes histopatológicos del cerebro. Se definió reducción bacteriana significativa cuando el número de colonias fue menor a 10(3) UFC/ml. Resultados: La supervivencia de los animales fue la siguiente: colistina + meropenem: 43%, meropenem: 21.4%,

control: 14.3%, colistina: 7%, imipenem: 0% y colistina + imipenem: 0%. La combinación entre colistina + meropenem disminuyó: a) la mortalidad (p= 0.03, Long rank Test), b) la presencia de AbMR en el LCR (control: 2/2 vs colistina + meropenem: 0/6, p= 0.03, prueba de Fisher) y c) el daño al igual que la inflamación cerebral. En el resto de los grupos no se detectaron beneficios. Los animales que recibieron imipenem se mostraron más irritables y la mayoría presentó convulsiones. En estos animales la mortalidad fue temprana en su totalidad. Estas alteraciones fueron probablemente causadas por efectos adversos de la droga. Conclusiones: En este modelo de meningitis por AbMR la administración de colistina no reportó ningún beneficio. Sin embargo, cuando la droga fue asociada a meropenem sí se observó disminución de la mortalidad, de la presencia de AbMR en LCR y del compromiso cerebral. Se debería entonces reconsiderar el uso de drogas ineficaces in vitro con mostrada actividad sinérgica in vivo.

0106 INJURIA CEREBRAL AGUDA (ICA) Y PRESIÓN INTRADOMINAL (PIA)

SE LAZZERI, LL SOSA, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, JA OJEDA, JA CIALZETA, RB PUYOL, MA OJEDA, M LOPEZ VERON, HJM ALVAREZ, WJ COSCIO, GR ANDRICH, FF FRANCO, SD RIBAK, OA PINI

Hospital Escuela "José F. de San Martín". Corrientes

Objetivos: Determinar incidencia de Hipertensión Intra-abdominal (HIA) en pacientes con ICA y su correlación con la severidad de la injuria. Metodología: Diseño: Prospectivo, descriptivo y observacional. Lugar: Unidad de Terapia Intensiva polivalente Medico-quirúrgica de un Hospital Universitario. Intervenciones: Ninguna. Pacientes: se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron consecutivamente con diagnóstico de ICA, sufrido dentro de las 24 hs previas a su ingreso y definida como aquella provocada por daño estructural del SNC (demostrado por TAC), con consecuente alteración del Score de Glasgow (SG). Fueron excluidos los pacientes con contraindicación para la medición de PIA. Protocolo: los pacientes admitidos en forma consecutiva desde el 01/01/2005 hasta el 01/01/2007 y que cumplieran los criterios de inclusión fueron asignados a dos grupos: Grupo A: pacientes con PIA = o > 12 mm de Hg y Grupo B: pacientes con PIA < 12 mm de Hg. Mediciones: Se midió la PIA por el método indirecto a través de la sonda vesical dentro de las primeras 6 horas del ingreso. Datos demográficos: se determinó al ingreso en cada grupo: sexo, edad, SG, Apache II (All) y mortalidad. Análisis Estadístico: los resultados se expresan como media y desvío standard y la comparación entre los grupos se realizó con la prueba del Chi cuadrado, tomándose como valor de significación estadística una p < 0.05. Resultados: la edad media de la población fue 47±12 años, 71 pacientes de sexo masculino y 34 de sexo femenino. El SG y el Apache II promedio al ingreso fueron 7±4 y 18±7, respectivamente, con una mortalidad global de 47.6%. La población incluyó 35 pacientes con ACV hemorrágico, 35 pacientes con TEC, 29 pacientes con HSA aneurismática y 3 pacientes con diagnóstico de tumor cerebral. Conclusiones: Los pacientes con ICA presentan una marcada incidencia de HIA, observándose una correlación significativa entre severidad de la ICA y elevación de la PIA.

0107 ENFERMEDAD DE FOURNIER DEBEMOS PLANTEAR UN TRATAMIENTO AGRESIVO

R GÓMEZ PAZ, M VILLALOBOS, J MENDEZ, C CORONEL, J VÁSQUEZ, S MARTINEZ, G ARBUÉS, G CASTELLANO, P MARTINEZ, M MUNARRIZ, L LAYÚS, V IM, J BUTERA, A GALLESEO
Servicio Terapia Intensiva Adultos Hospital Italiano HICAR - Buenos Aires

Introducción: Enfermedad de Fournier (EF), de mal pronóstico (mortalidad entre el 3 - 60%), de acuerdo a las revisiones de la literatura. Un diagnóstico precoz y una agresiva atención quirúrgica y multidisciplinaria son fundamentales. Un tratamiento antibiótico adecuado, curaciones diarias y seguimiento en Terapia Intensiva son imprescindibles. Palabras clave: Enfermedad Fournier, fascitis necrotizante, fascitis perineal. Objetivo: Presentar un paciente con (EF), que evoluciona a shock séptico y falla orgánica múltiple. Caso clínico: Paciente de 54 años sexo masculino, consulta por absceso perineal de 7 días de evolución, un mes antes presentó prurito en

meato urinario, se desconoce si recibió tratamiento. La primera curación evacuó un absceso pararectal con abundante material necrótico a 24 horas se constato severa progresión a región genital con aumento de volumen y cambio de color a nivel de escroto y pene comprometiendo finalmente la pared abdominal torácica que incluye tejido subcutáneo. Presento FOM con SOFA de 10 mejoró transitoriamente a 1. Por compromiso de región genital se realizo colostomía de descarga. Los cultivos informaron, E. Coli, Pseudomona Multiresistente, Estreptoco. El tratamiento inicial fue AMS, Ciprofloxacina, se roto a Vancomicina, Imipenem y Colistin por sensibilidad (Pseudomona). Paciente evoluciona con Shock refractario a fluidos y vasopresores falleciendo. Discusión: La (EF), por la región anatómica que afecta, la edad, la signo sintomatología inespecífica (dolor, fiebre, aumento de volumen, signos inflamatorios perineales), la localización ano rectal o perineal, el origen urológico o ginecológico, y factores asociados como alcoholismo, diabetes, insuficiencia renal crónica, inmunodeprimidos por uso de corticoides. El tratamiento quirúrgico "nada estético", solicitando cultivos en cada limpieza, los antibióticos varían según el germen que obtenemos. Fisiopatologicamente la trombosis de los vasos subcutáneos lleva a necrosis de tejidos profundos antes de ver el daño a nivel superficial. La etiología (EF), son abscesos isquioresctales, perineales, esfinterianos o secundarios a hemorroidectomía, biopsia de la mucosa rectal, estenosis uretrales, cálculos uretrales, biopsia de próstata, absceso de la glándula de bartholin, post-episiotomía, histerectomía, aborto séptico. La flora es polimicrobiana, aerobia o anaerobia. Paciente que presenta dolor, aumento de volumen, eritema, olor fétido, hay que descartar (EF), el diagnóstico es 100 % clínico y tratamiento siempre quirúrgico. La colostomía y la cistostomía deben ser evaluadas. En este caso a pesar del tratamiento quirúrgico se debió hacer un desbridamiento más amplio ya que la diseminación por las fascias fue lo que llevo finalmente al paciente a la nueva FOM.

0109 MIOCARDIOPATIA DILATADA PERIPARTO A PROPOSITO DE UN CASO

S.MARTINEZ, M VILLALOBOS, J MÉNDEZ, C CORONEL, J VAZQUEZ, R GOMEZ PAZ, R LEÓN, M PEREZ, J BUTERA, A GALLESIO
Servicio Terapia Intensiva Adultos Hospital Italiano HICAR - Buenos Aires

Introducción: Miocardiopatía Periparto (MCPD). Patología que se presenta entre el ultimo mes del embarazo y hasta el quinto mes posparto. Tiene una incidencia entre 1: 1.300 a 1: 15.000. Partos, las causas son variadas desde tener antecedentes de problemas cardíacos o ser persona previamente normal. Palabras clave: Miocardiopatía dilatada, miocardiopatía periparto, insuficiencia cardíaca y embarazo. Objetivo: Presentar una paciente con cuadro compatible con (MCPD). Caso clínico: Paciente de 30 años, Ex tabaquista, con antecedentes de Sarcoma de Iwing en húmero izquierdo operada con injerto óseo de peroné y cresta iliaca con alta oncológica. Tiene un parto normal a 6 días postparto presento edemas en miembros inferiores 6/6, disnea a mínimos esfuerzos, taquipnea y taquicardia. Se efectuó Eco Doppler de miembros inferiores que no informa trombos, pero si dilatación de la Vena Cava Inferior, Suprahepáticas, Congestión Hepática y Derrame Pleural Bilateral. Se diagnostica insuficiencia cardíaca. El Ecocardiograma Doppler Color informo dilatación de cavidades izquierdas con hipoquinesia difusa y deterioro severo de la función sistólica del ventrículo izquierdo, Insuficiencia Mitral leve a moderada, Hipertensión Pulmonar leve a moderada. Tratamiento en agudo diuréticos endovenosos se titulo carvedilol no tolero IECA por hipotensión. Se indica alta a los 6 días del evento con buena respuesta al balance negativo y deambulando sin dificultad. Discusión: No esta clara la etiología de la patología y el diagnóstico se realiza excluyendo otras posibles causas de insuficiencia cardíaca. En este caso la paciente tubo excelente respuesta a los diuréticos no así IECA, no se anticoagulo punto que puede ser discutido por que las opiniones están divididas tanto a favor como en contra de la terapéutica, por la baja incidencia de casos clínicos que se presentan. No requirió inotropicos y la evolución fue satisfactoria. Es fundamental es realizar un ecocardiograma completo así como valorar la clase funcional según la (NYHA). Evaluando siempre que exista duda si en el último mes del embarazo o hasta 5 meses post-parto estamos frente a un cuadro de (MCPD).

0110 HEMORRAGIAS OBSTETRICAS GRAVES. NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS. PRESENTACION DE UN CASO

G SILBERSZAC, V CATANZARO, R PACHECO, O COLLIA, G VERDE, D PARODI, R CASTRO, D ZANLONGO, A TREJO, F CORDIVIOLA, G PASCALE, L RODRIGUEZ
Hospital General de Agudos "Parmenio Piñero". GCABA. Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Revisión de nuevas herramientas terapéuticas para el tratamiento de hemorragias obstétricas graves en las cuales ha fracasado el tratamiento médico y quirúrgico habitual. Caso Clínico: Mujer, 35 años, múltipara (4 partos 2 macrosómicos). Evoluciona posparto inmediato con útero involucionado y ginecorragia profusa con diagnóstico de atonía uterina. Se realiza tratamiento médico: compresión bimanual, ocitocina, alcaloides del cornezuelo, taponaje intraútero, reanimación con fluidos y transfusiones de hemocomponentes. Ante la falta de respuesta se realiza histerectomía subtotal más packing del lecho en muñón cervical con cierre de pared. Ingres a UCI en el postoperatorio inmediato, con diagnóstico de shock hemorrágico, APACHE II de 20. ARM con FIO2 100%, Hto: 10%, KPTT 59", RIN 1,25, Plaquetas 35.000/mm3, PVC 0 cm H2O, SvO2 44%, Fibrinógeno 300 mg/%. Continúa el sangrado activo a pesar del tratamiento con fluidoterapia y soporte transfusional (GR 11 U, PFC 10 U), se decide laparotomía a las 6 hs del ingreso, realizandose packing hemostático, abdomen abierto y contenido, cierre de la pared con capitones para compresión hemostática. Evoluciona con SDRA secundario a politransfusión, hemodinamicamente inestable, con requerimientos crecientes de vasopresores. Continúa con sangrado activo, sin causa quirúrgica. Se decide la utilización de rFVIIa ante la falta de respuesta al tratamiento médico y quirúrgico administrando una primer dosis de 90ugr/kg/dosis (laboratorio: Plaquetas 22.000/mm3, KPTT 49", Hb3,8 gr/dl, K 7,5 meq/l, Fibrinógeno 220 mg/%), normotérmica y eudrémica. El sangrado persiste, continúa inestable por lo que se administra una segunda dosis 90 ugr/kg/dosis a los 90 minutos de la primera con respuesta clínica a los 120 minutos y menor requerimiento vasopresor. Sin evidencia de reacciones adversas inmediatas y con evolución favorable se retira el packing abdominal al quinto día. Al sexto día se realiza extubación bien tolerada y se evidencia evisceración cubierta en el tercio inferior de la herida. Coombs directa e indirecta negativa. Transfusiones al alta luego de 11 días de UCI: GR: 26 U, PFC: 22 U, Crios: 22 U, Plaquetas 28 U. Total: 98 Unidades de hemocomponentes transfundidas. Pasa a sala de cirugía general. Al catorceavo día de internación: alta voluntaria. Conclusiones: Dadas las nuevas recomendaciones para el tratamiento de las hemorragias obstétricas graves la utilización de factor rVIIa debe llevarse a cabo ante el fracaso del tratamiento convencional y quirúrgico, sumados a la imposibilidad de realizar angiografía y embolización inmediata. Presentamos este caso con respuesta favorable de la utilización del factor rVIIa, se sugiere la implementación del tratamiento en forma precoz para evitar el uso excesivo de hemocomponentes y evaluar la posibilidad de evitar en situaciones puntuales la histerectomía cuando se quiera preservar el órgano reproductivo. Aportamos nuestra experiencia para que constituya un antecedente de interés en el tratamiento adecuado de estas entidades.

0113 SINDROME PULMONAR POR HANTA VIRUS - A PROPOSITO DE UN CASO

MC MONTOYA, AC LICUDIS, H KUNCAR, S ARAUJO, M BELARDI, M DECIMA
Hospital Privado Santa Clara de Asis

Introducción: Se trata de una enfermedad subdiagnosticada con elevada mortalidad causada por un virus de la familia bunyaviridae relacionada con un roedor silvestre que en nuestra zona es el ratón colilargo. Objetivo: Reconocer este síndrome dentro de las patologías pulmonares poco frecuentes de esta región y evitar las complicaciones que surgen de una conducta terapéutica inadecuada. Caso clínico: Paciente mujer de 50 años que ingresa a terapia intensiva por insuficiencia respiratoria aguda grave y shock que requiere ventilación mecánica inmediata e inotrópicos en altas dosis. La radiografía de torax mostro infiltrados alveolo-insterciales

difusos en ambos campos pulmonares asociados a oliguria y deterioro de la función ventricular. Se rescata haemophilus influenzae en cultivo de aspirado traqueal. A las 24 horas presentó arritmia ventricular y paro cardíaco siendo reanimada en forma exitosa y precoz. En menos de 48 horas se comienza con terapia de sustitución renal por edema pulmonar e insuficiencia renal. Al quinto día de internación se confirma diagnóstico positivo de hanta virus. Fue ventilada durante 12 días. Presentó hemorragia digestiva y plaquetopenia en su evolución luego de su extubación persistió con debilidad muscular que fue mejorando hasta cumplir 19 días de internación en UTI que pasa a la sala común. Como antecedentes epidemiológicos importantes se destacan el contacto con roedores y sus excretas cuando limpiaba una casa antigua días previos a la internación y un viaje a Bolivia para compra de ropa que trae embolsada posiblemente contaminada. Conclusión: Si bien en este caso no pudo dilucidarse cual fue el mecanismo exacto de contagio destacamos el papel fundamental de la sospecha clínica basados en los datos epidemiológicos del paciente. Se lo debe sospechar en un paciente febril que cursa con edema pulmonar e hipotensión arterial asociado a plaquetopenia y a veces complicaciones hemorrágicas muy difícil de diferenciar de un shock séptico con falla multiorgánica.

0114 HEMOFILIA ADQUIRIDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

A TABOADA, P CASTELLANI, M MARTINEZ, C PELTZER, MF PODESTÁ, M RABINO, O RECUPERO
Hospital de Niños "Sor María Ludovica" La Plata

Introducción: La hemofilia adquirida es una rara entidad que se produce por el desarrollo espontáneo de inhibidores contra el FVIII del propio paciente, los que pueden generarse en forma idiopática o en relación a disparadores autoinmunes (medicamentos, cáncer, enfermedades, etc.). Se presenta con sangrado de intensidad variable. El hallazgo de laboratorio más prominente es la prolongación del tiempo de tromboplastina, que no se acorta al mezclarlo con plasma normal. Debe detectarse antes de iniciar su manejo, dado que la administración de productos sanguíneos no indicados puede agravar el sangrado. Describimos el caso de una niña que ingresa por politraumatismo y fallece como consecuencia de accidente cerebrovascular hemorrágico en el contexto de una hemofilia adquirida. Objetivo: Destacar a la hemofilia adquirida como una complicación hematológica en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Material Y Método: Estudio descriptivo observacional. Niña de 7 años, que ingresa por politraumatismo con traumatismo de cráneo grave por accidente en vía pública. Glasgow 8/15, pupilas isocóricas reactivas, otorragia derecha, múltiples heridas en cara y tronco superior; ITP de 7. TAC encéfalo no precoz: Marshall 2. Ventilada. Ingresó a quirófano; se coloca sensor PIC intraventricular, valor de apertura de 9 cmH₂O. Score de PIM de ingreso: 26.5. Difenilhidantoína EV. Requiere vasopresores. TAC control 72 hs.: Marshall 2: se retira sensor de PIC. Evolución en forma favorable. Se desvincula el día 14, Glasgow 15/15, buena tolerancia alimentaria. Debió recibir 2 esquemas antibióticos diferentes, el primero vancomicina+piperacilina/tazobactam por el aislamiento de *Burkholderia cepacia*, y el segundo con ceftacídime+amicacina por *Stenotrophomonas maltophilia*. Presenta insuficiencia renal aguda oligoanúrica (renal). Hemodiálisis intermitente. Sangrado por mucosas y hematuria. KPTT de 109", protrombina del 100%, TT de 19", Fibrinógeno 506 mg/dl. Anticoagulante lúpico negativo. Presencia de inhibidor adquirido de factor VIII. Se indica factor VII recombinante activado (rFVIIa) intermitente y metilprednisolona en dosis inmunosupresora. Por claudicación respiratoria, reingresa al ventilador. Presenta hemotórax derecho. Se estabiliza. KPTT de 34", factor rFVIIa cada 6 horas. Evoluciona estable, suspende vasopresores; creatininemia en descenso. A los veinte días del ingreso, presenta signos de hipertensión endocraneana con midriasis parálitica bilateral refractaria al tratamiento. TAC de encéfalo: sangrado intraventricular e intraparenquimatoso con efecto de masa. Fallece. Conclusión: Sugerimos que la hemofilia adquirida causada por inhibidores del factor VIII debe tenerse en cuenta ante pacientes que desarrollan sangrado inexplicable, dado que requiere manejo específico.

0115 EPIDEMIOLOGIA DE NEUMONIA ASOCIADA A RESPIRADOR EN UN HOSPITAL DE SANTA FE

G MORERA, R AVILA, MS INSAURRALDE, E MENDEZ, M FILIPPI, A FERNANDEZ, C CASTARATARO
Hospital J.M. Cullen Santa Fe

Introducción: La Neumonía Asociada a Respirador (NAR) es la patología infecciosa de mayor impacto en las UCI por su morbimortalidad y costos hospitalarios. La documentación sistemática de las mismas en un programa de vigilancia continuo permite obtener datos orientadores para las conductas preventivas y terapéuticas. Objetivos: Determinar la tasa de NAR en nuestra institución. Documentar la microbiología local de acuerdo al momento cronológico de la infección. Determinar si la asociación con el TEC influye en la mortalidad. Material y método: Estudio descriptivo observacional en UCI de 12 camas de hospital escuela de 350 camas. Utilizamos para el registro los programas de vigilancia epidemiológicos SATI-Q, VIHDA y VALIDAR entre 03/07/2007 y 28/07/2007. Se contemplaron datos epidemiológicos, estadía, APACHE II y TISS 28. Obtuvimos tasa de NAR y tasa de uso de ARM. Para el análisis se dicotomizaron las NAR y la microbiología en precoces (< 5 días) y tardías. Se buscó el índice de mortalidad en pacientes con NAR (con y sin TEC). Programa Estadístico STATA 8.0, significancia estadística $p < 0.05$. Resultados: Se documentaron 49 NAR en 42 pacientes. 17 pacientes con NAR precoz y 32 con NAR tardía. Sexo: Hombres 86%. Edad: Precoces 32,6 años y tardías 32,6 años, ($p 0,55$). APACHE II promedio 20, probabilidad de mortalidad por Knauss 11,3%. TISS 28 precoces 22,3, tardías 24,1, ($p 0,33$). Tasa de NAR 19,56 /1000 días respirador – obtenidas por el programa VIHDA, VALIDAR y SATIQ (tasa nacional del programa VIHDA: 14, 2, SATIQ (2006) 19,19). Tasa de uso de respirador 0,78. Tuvieron diagnóstico microbiológico por BAL (50%) y miniBAL (50%). Tardías 32 y precoces 17. Promedio de días de ARM hasta diagnóstico de NAR: 8,5 días. Tardías 11 días. Días de internación: Precoces 13,6, tardías: 29,46 ($p 0,01$). El 51 % de los pacientes con NAR tenían TEC grave (único trauma). Durante este período hubo 66 pacientes con TEC puro, de los cuales 25 tuvieron NAR (38%). Mortalidad Global 9,5 (4 de 42 pacientes, 3 fueron TEC y 1 ACV). La mortalidad de la UTI en ese período fue del 34 %. Microbiología: PRECOCES TARDIAS. MONOMICROBIANAS(MM) 12 6. POLIMICROBIANAS(PM) 5 26. PRECOCES. SAMS Psed Aur. Acinetobacter Klebsiela(Multi Sens) Neumococo Haemophilus Infl 4 4 4 4 multiseris 3(multisensible) 2 1. TARDIAS. SAMS SAMR Psed Aur Acinetob. sp Klebsiela Enterobact. Haemophilus Infl 8 2 7 9 3 4 (multisens) 1. Las NAR por Acinetobacter sp ocurrieron entre agosto y noviembre en el contexto de un brote. Conclusiones: La vigilancia continua, mostró ser un elemento dinámico para obtener datos locales lo que llevó a diseñar estrategias de prevención y a adecuar los tratamientos empíricos, según nuestra microbiología. La tasa de NAR es superior a la reportada por VIHDA y similar al SATIQ. En los pacientes con TEC deben extremarse las medidas de prevención. La NAR no mostró aumentar la mortalidad en nuestros pacientes.

0116 SINDROME DE PSEUDOCLUSION AGUDA DE COLON (SIND. DE OGLIVIE): PRESENTACION DE UN CASO

G FILIPPA, D DUARTE, A ALBERGUCCI, J BALBI, A MONTES, R MALTEZ, M FELLNER, V ALONSO, C VIOL
Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Río Grande

Introducción: El síndrome de pseudooclusión aguda del colon es una condición caracterizada por marcada dilatación segmentaria o total del mismo, en pacientes con una condición médica o quirúrgica grave. Cuadro clínico: Varón de 75 años, internado en Terapia Intensiva (TI) el 08/12/06 con diagnóstico de ACV hemorrágico (hematoma temporoparietal izquierdo) con buena evolución, siendo externado a las 48 hs. El 16/12/06 presenta infección urinaria, previo pancultivo, se indica tratamiento antibiótico. Además se objetiva distensión abdominal progresiva con RHA metálicos. Se le coloca sonda nasogastrica, obteniéndose débito porráceo. Se le solicita RX directa de abdomen, que evidencia importante dilatación colónica. El paciente presenta depresión del estado de conciencia, deshidratación y oliguria. El 18/12/06 reingresa en TI, optimizándose precarga, hemodinámica y medio interno. Se indica estudio contrastado de colon, objetivándose ausencia de obstrucción mecánica. Se le efectúa fibrocolonoscopia, no hallándose presencia de pseudomem-

branas, y descomprimiendo el colon. Se efectúa control radiológico, donde se visualiza disminución sustancial de la dilatación. Pasa a sala de Clínica Médica donde continúa su evolución. Discusión: El síndrome de pseudoobstrucción aguda de colon o Síndrome de Ogilvie, fue descrito por Sir Ogilvie en 1948, y se caracteriza por una dilatación total del colon, que afecta predominantemente el colon derecho, en ausencia de obstrucción orgánica del intestino. Se presenta en diversas circunstancias tanto médicas como quirúrgicas, en proporción similar. El mecanismo fisiopatológico no está bien determinado, pero está involucrado un desbalance en la regulación del sistema nervioso autónomo del colon: supresión de la actividad parasimpática, estimulación simpática o ambas. Esto lleva a una atonía colónica con el consiguiente íleo adinámico. El riesgo de perforación espontánea es del 3% con una mortalidad mayor al 50%. La radiografía directa de abdomen es el examen diagnóstico de elección, ya que puede ser realizado en el TI sin necesidad de ser trasladado el paciente. El diámetro del ciego por arriba de 12 cm aumenta el riesgo de perforación en forma proporcional. El tratamiento inicial es conservador. La fibrocolonoscopia es el tratamiento de elección, siendo una alternativa la administración de neostigmina endovenosa. El tratamiento quirúrgico es requerido en el 18% de los casos cuando las terapéuticas anteriores no resultan y el riesgo de perforación es inminente o cuando esta ya se ha producido. La mortalidad asociada al tratamiento conservador es del 10 al 14% y del 40 al 50% en los casos de perforación. Conclusión: El Síndrome de Ogilvie es una entidad poco frecuente, se presenta en pacientes con patologías médicas graves o en el postoperatorio de cirugías importantes u obstétricas, siendo su tratamiento inicial conservador, requiriendo abordaje endoscópico y/o administración de neostigmina, quedando el tratamiento quirúrgico reservado para las complicaciones inherentes a su evolución.

0117 SEPSIS SEVERA E INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

M. RABINO, P CASTELLANI, C PELTZER, MF PODESTÁ, A TABOADA, O RECUPERO
Hospital de Niños "Sor María Ludovica" La Plata

Introducción: El tiempo es prioritario para mejorar la evolución y el pronóstico en sepsis, según demuestran los estudios de Rivers en adultos y Carcillo en niños. La campaña Internacional "Sobreviviendo a la sepsis" recomienda un tratamiento agresivo en las primeras 6 horas de iniciado el cuadro, lo que puede modificar favorablemente el pronóstico. Objetivo: Evaluar el tiempo entre el diagnóstico de sepsis severa y el ingreso a la UCIP de nuestro hospital. Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo observacional. Se analizaron 41 historias clínicas de niños fallecidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de nuestro hospital entre enero de 2006 y enero de 2007, con un mínimo de 24 horas de internación dentro de la institución, excluyendo los que ingresaron directamente a UCIP. Definimos el continuo Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS)-shock séptico, utilizando el International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. Resultados: la media de tiempo entre diagnóstico de sepsis severa e ingreso a UCIP fue de 6,3 horas ± 9 (rango = 0,33-48 horas, mediana: 4,2 horas). El 46% de los pacientes ingresó en shock séptico; el 75% lo hizo al momento del diagnóstico, y el 25% restante demoró en promedio 6 ± 5 horas más; (rango = 2-12 horas. Mediana: 6.6 horas). Conclusión: Se observó demora en el ingreso de pacientes con sepsis severa a la unidad. Dado que esta entidad es criterio de internación en UCIP, la dilación en la atención en cuidados críticos puede afectar desfavorablemente al pronóstico; creemos que se debería aumentar la capacitación en esta temática, para mejorar su reconocimiento y así poder aumentar la tasa de supervivencia. (N Engl J M 2001; 345: 1368-1377). (JAMA 1991; 266: 1242-5). (Crit Care Med2004; 32 N° 3: 858-873). (Pediatric Crit Care Med 2005; 6: 1-6).

0118 FACTOR VII RECOMBINANTE ACTIVADO PARA TRATAMIENTO DE HEMORRAGIA INTRAOPERATORIA EN NEUROCIURGÍA

M. VILLALOBOS, L COMPUTARO, M PAZ, M DE LA HERAS, C BARRIOS, L SIERRA, C SALVATIERRA, A GALLESIO
Hospital Italiano - Buenos Aires

Objetivo: Presentar un paciente al que se prescribió Factor VII Recombinante activado (rFVIIa), para controlar el sangrado y

reintervenirlo quirúrgicamente por sangrado activo y plaquetopenia en un postoperatorio de tumor Selar (craneofaringioma). Caso Clínico: Paciente de 69 años de edad, con antecedentes de insuficiencia cardiaca, miocardiopatía dilatada, anticoagulada por trombo embolismo de pulmón posterior a una cirugía de rodilla, obesa. A quien se opera de un tumor de hipófisis (craneofaringioma). Se realizó craniectomía más exéresis tumoral por abordaje frontopterigional, con apertura de la duramadre y valle silviano en dirección al espacio inter óptico carotídeo, respetando estructuras vasculares y pares craneales se cerró con hemostasia exhaustiva por planos. A 24 horas de la intervención presenta, deterioro del sensorio, convulsiones y midriasis bilateral se realiza tomografía computada de cerebro en la que se observa contusión hemorrágica (hematoma frontal derecho) y alteración del coagulo grama (prolongación tiempo de pro trombina) y disminución de las plaquetas. Por lo que se vuelve a intervenir previa transfusión de plasma de acuerdo a kilo peso de la paciente, glóbulos rojos concentrados y unidades de plaquetas según kilo peso. En el intraoperatorio se utiliza rFVIIa, (40 ug/k) por el antecedente de trombo embolismo de pulmón, con la cual se logró detener el sangrado intraoperatorio y concluir el drenaje del hematoma frontal derecho por craniectomía descompresiva y colocación de drenaje ventricular externo. La cirugía transcurre sin problemas. Discusión: Se indico el (rFVIIa), por tener un sangrado severo al momento de iniciar la cirugía a pesar de haber prescrito los hemoderivados mencionados. El utilizar (rFVIIa), en diversas entidades donde la pérdida de sangre es importante, en este caso de etiología traumática nos abre una puerta para prevenir las complicaciones futuras secundarias a las transfusiones masivas de sangre y hemoderivados como son (falla orgánica múltiple, lesión pulmonar), al disminuir notoriamente el uso de los mismos. Siempre cuidando la dosis por la trombosis secundaria que provoca.

0119 MENINGITIS TUBERCULOSA. A PROPOSITO DE UN CASO

F. TOMAS, I ROLLAN, J CASALI, S ARAUJO, MC MONTOYA, G HERRERA
Hospital Privado Santa Clara de Asis

Introducción: La Meningitis Tuberculosa representa el 10 % de las complicaciones de la TBC. Su incidencia está en aumento debido a al pandemia del SIDA. Es de comienzo insidioso e inespecífico; pero de mal pronóstico si se demora el tratamiento. Objetivo: Describir un caso clínico presentado en nuestro Hospital, observando el mal pronóstico ante la demora del tratamiento. Caso Clínico: Paciente masculino, 44 años, antecedentes de ETS a repetición, pérdida de peso, diarrea crónica, derivado del interior con Meningitis de 15 días de evolución, TAC normal y LCR de características bacterianas; sin respuesta a ceftriaxona, desorientado, cefalea, fiebre, signos meníngeos leves. Hiponatremia, sin leucocitosis. Nueva PL con hipoglucorraquia, hiperproteínorraquia y 100 células a predominio mononuclear, ADA negativo y cultivos bacterianos, para hongos y TBC negativos. PPD (-). RM: múltiples lesiones en cerebro y tronco, con refuerzo. Rx y TAC de tórax: infiltrado micronodular. Fibrbroncoscopia y BAL. Se agregó vancomicina y anfotericina B. Serología para Histoplasma y Aspergillus (-). Nueva PL a los 2 días sin cambios. Se agrega Ganciclovir y TMP/SMX. Deprime el sensorio, ingresa en ARM . Se inicia tratamiento antiTBC. A los 2 días, nueva PL con mayor hiperproteínorraquia. Obito a las 48 hs., 45 días después cultivo de LCR y BAL (+) para Mycobacterium Tuberculosis. Comentarios: Este caso ejemplifica que la demora del tratamiento específico en la meningitis tuberculosa, y en pacientes con deterioro de conciencia, es de mal pronóstico. Los estudios complementarios son poco sensibles y de importante demora; por ello ante la sospecha clínica se debe iniciar tratamiento empírico.

0120 EXPERIENCIA EN EL USO DE R-TPA EV EN ATAQUE CEREBRAL ISQUEMICO EN UN HOSPITAL PRIVADO DE SALTA

F. TOMAS, J CASALI, I ROLLAN, J FLORIDIA, S ARAUJO, MC MONTOYA, G HERRERA
Hospital Privado Santa Clara de Asis

Introducción: El r-TPA es un trombolítico aprobado para emplearse en el tratamiento del Ataque Cerebral Isquémico Agudo vía

EV dentro de las tres horas de iniciados los síntomas. La Tomografía Axial Computada realizada previamente al inicio de su infusión no debe evidenciar hemorragia ni signos precoces de isquemia. Objetivo: Evaluar la evolución clinicoradiológica de pacientes que recibieron r-tPA EV como tratamiento del Ataque Cerebral Isquémico Agudo en nuestro Instituto. Material y Métodos: Se revisaron Historias Clínicas de pacientes que ingresaron al Instituto con diagnóstico de Ataque Cerebral Isquémico Agudo, obteniéndose datos del ingreso, egreso y los tres meses; como así también neuroimágenes correspondientes (TAC Cerebro standard de ingreso y TAC Cerebro standard y/o RMN de Encéfalo de control) de pacientes que recibieron r-tPA EV. Resultados: 8 pacientes recibieron r-tPA EV. Fueron evaluados clinicoradiológicamente en su evolución; algunos con TAC, y otros, con RMN. Ninguno presentó hemorragias sintomáticas. El 87% presentó mejoría significativa en la puntuación del Índice de Barthel y la Escala del NIHSS. Un paciente obitó debido a complicación no relacionada a r-tPA (Neumonía Intrahospitalaria). Conclusión: El r-tPA EV es una opción terapéutica para pacientes con Ataque Cerebral Isquémico Agudo que cumplen los criterios requeridos. La evolución de los pacientes tratados en nuestro Instituto fue satisfactoria. Comprobamos la mejoría en la puntuación del Índice de Barthel y en la Escala del NIHSS y existencia de transformación hemorrágica en lesiones residuales observadas en neuroimágenes de control. Las imágenes hemorrágicas fueron asintomáticas en todos los casos.

0121 HIPERAMONIEMIA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR ACIDO VALPROICO

M. VILLALOBOS, L. CAMPUTARO, D. BAUZO, R. GREGORI, L. SIERRA, C. SALVATIERRA, O. GALLESIO
Hospital Italiano

Introducción: El uso cada vez más frecuente de Ácido Valproico (AV), para tratamiento de status epileptico, ausencias, convulsiones mioclónicas y tónico clónicas. Cuantificando la hiperamoniemia podemos descartar un cuadro de intoxicación. Objetivo: Presentar tres pacientes que ingresan a cuidados intensivos con antecedente de consumo de AV. Casos clínicos: Caso I: paciente de 66 años con antecedentes de convulsiones que ingresa en status, luego de protocolo habitual se indica AV se solicita dosaje de ion amonio se cuantifica 108 mM/ml (VN:80 mM/ml), Caso II: paciente con antecedentes de convulsiones que ingresa en status, luego de protocolo habitual se indica AV, deteriorando progresivamente el sensorio requiere ARM, se solicita Ion Amonio tiene un Valor de 140mM/ml; Caso III: por cuadro de deterioro del sensorio con medicado con AV en ambulatorio, se solicita dosaje que informa 135mM/ml. En todos los casos se suspendió AV, rotando el anticonvulsivo: mejorando progresivamente el sensorio. Discusión: Convulsiones, alteraciones de la conducta, trastorno bipolar, migraña, crisis de ausencia, convulsiones mioclónicas y tónico clónicas, reciben con más frecuencia AV. La incidencia de hiperamoniemia en la literatura en su mayoría reportes de casos. Los más estudiados son los pacientes pediátricos en donde se informa la encefalopatía por hiperamoniemia. En adultos la intoxicación no está asociada a la dosis lo cual es aún más complejo. Valor por encima del corte de 80 nos indica hiperamoniemia. El mecanismo propuesto es inhibición indirecta de la oxidación de ácidos grasos, por un metabolito del AV que produce inhibición de la acetilcoenzima A que disminuye la producción mitocondrial de N acetil-glutamato que es requerido como activador de la enzima carbamil fosfato sintetasa, primera en el ciclo de la urea lo que produce aumento en la concentración de amonio, otra de las posibles causas es la deficiencia de carnitina ya que al ser un aminoácido esencial transporta los ácidos largos de cadena larga al interior de la mitocondria alterando la beta oxidación y termina inhibiendo el ciclo de la urea para finalmente cortar la posibilidad que el ácido valproico forme complejos con el aminoácido dentro de la mitocondria para excretarse por orina. Un 25 % de la hiperamoniemia es secundaria a la estimulación de la actividad de la glutaminasa a nivel corteza renal. Clínicamente el paciente está confuso, letárgico, atáxico, estuporoso, coma, con aumento en la frecuencia de convulsiones, en el EEG y enlentecimiento generalizado con aumento de descargas epileptógenas. Conclusión: Solicitar Ion Amonio nos ayuda a identificar la intoxicación por AV e indicar un tratamiento adecuado.

0122 NUTRICIÓN PARENTERAL EN TERAPIA INTENSIVA

G. RIOS PICAZA, O. DISANTO, G. IMBELLONI, A. GORODNER, J. PASCUZZI, G. BORDA, H. JUAREZ
Sanatorio Frangioli de Salud 2000 SRL

Objetivo: Evaluar variables asociadas Material y métodos: Analizamos en forma retrospectiva 18 historias clínicas (HCL) de pacientes internados en UTI que recibieron NP, con bolsas extemporáneas, desde el 01/12/2006 al 30/04/2007. Todos los pacientes tuvieron valoración global subjetiva y evaluación nutricional. De las HCL, obtuvimos los siguientes datos: diagnóstico al ingreso, APACHE II, TISS 28 al ingreso, tiempo de estadía en UTI, vías de acceso, tiempo de NP, albúmina al ingreso, al 6to día y al día 28, recuento de linfocitos en sangre periférica al inicio, al 6to día y al día 28, y mortalidad a los 28 días. Resultados: Fueron 18 pacientes, cuyo promedio de edad fue de 65 +/- 12 años, el inicio del soporte se realizó a los 52 hs en promedio, los diagnósticos comprendieron; pancreatitis aguda 22,3% (4), peritonitis fecal por perforación de víscera hueca 50% (9), pop de esofagectomía por tumor 11,1% (2), gastrectomía subtotal con íleo prolongado en el postoperatorio 16,6% (3), APACHE II medio 23,2; TISS 28 22,17. El acceso venoso más utilizado fue la vena yugular interna acceso posterior 14 (77,7%), subclavia derecha 3 (16,6%), Subclavia Izquierda 1 (5,5 %). Los días de NP promedio fueron de 17,67, con un rango que osciló desde los 13 hasta los 35 días. La albúmina al ingreso presentó una media de 2.54 grs% (entre 1.93gr% y 3.16gr%), observándose una disminución de la misma al 6to día de 0.45 grs% (17,7%), y un incremento con respecto a esta última del 0,18 grs% (8.6%). El recuento total de linfocitos fue en promedio al inicio 925 /mm3, con un aumento de 420/mm3 (45,4%) al sexto día (1345 /mm3), y al final de 1694 /mm3 lo que representa un incremento del 83, 10% (769 /mm3). Las complicaciones de la NP fueron hiperglucemia 6 pacientes (33.3%), sepsis por catéter de NP 2 (11,1%). La mortalidad de los pacientes fue del 27.8%. Conclusiones: Inicio temprano de la NP desde la admisión, tiempo de NP prolongado, marcado incremento del recuento de linfocitos al final del tratamiento. Mortalidad similar a la descrita en la bibliografía.

0123 RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION DE UN EQUIPO DE SOPORTE NUTRICIONAL EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS

P. ASTEGIANO, P. MAIDANA, R. PANARIO, R. AVILA, N. CARRIZO, C. CASTARATARO
Hospital J.M. Cullen Santa Fe

Objetivo: Evaluar los resultados al implementar un programa de Soporte Nutricional en UCI, con la incorporación de un equipo de trabajo dedicado a tal fin. Demostrar que la implementación de dicho programa en manos de personal capacitado mejora los resultados, optimiza los recursos y facilita la obtención de los objetivos propuestos. Material y métodos: Utilizamos modelos de otras Unidades de Soporte Nutricional, analizamos los registros de evolución diaria de los pacientes adultos incluidos en nuestro programa en el periodo comprendido entre Julio 2006 y Enero 2007, de una planilla especialmente confeccionada, con datos generales del paciente, Valoración Global Subjetiva (VGS), indicación de Soporte nutricional, tiempo de inicio, logro del objetivo calórico-proteico y complicaciones relacionadas a la terapia nutricional. Clasificamos a los pacientes por diagnóstico de ingreso. Se efectuó VGS clasificándolos en Normonutridos; Desnutrición moderada o en riesgo de desnutrición; Desnutrición severa. Resultados: Durante este periodo se evaluaron 103 pacientes, edad media 40,6 años. Según el diagnóstico de ingreso se clasificaron en Médicos: 27%, Quirúrgicos 6%, Neurológicos 11%, Trauma de Cráneo 54%. Por EGS los pacientes se clasificaron en normonutridos 71%, desnutrición moderada o en riesgo 20%, desnutrición severa 8%. La vía de administración del soporte nutricional fue enteral 92%, parenteral 3,8%, mixta 3,8%. La ubicación del acceso fue Gástrica 89%, Intestinal 10%. La vía de acceso enteral fue Nasogástrica 88%, Nasoenteral 6%, Gastostomía 1%, Yeyunosomía 4%. Como complicaciones de la alimentación enteral se registraron distensión abdominal 9%, gastroparesia por alto residuo 16%, diarrea 11%, constipación 33%, broncoaspiración 0%, vómitos 5%. Como complicaciones mecánicas del acceso se registraron salida accidental de la sonda 23%, obstrucción 1%, malposición 0%, ruptu-

ra 0%. Los días totales de Nutrición Enteral fueron 799, los días de Nutrición Parenteral fueron 45 y 20 fueron los días de nutrición mixta. En promedio el inicio fue a los 3,4 días y los objetivos calórico-proteicos se alcanzaron a los 4 días en promedio. Conclusiones: El 28% de los pacientes ingresados al programa de SN tenían algún grado de desnutrición. El inicio del soporte fue dentro de las 82 hs del ingreso a la UTI. El 92% de los pacientes recibió Nutrición Enteral. Dentro de las complicaciones relacionadas al soporte Nutricional enteral, la Constipación fue las mas frecuente, seguida del Alto residuo y la diarrea. Dentro de las complicaciones relacionadas al acceso se destaca la ausencia de obstrucción de sonda (habla de adherencia al adiestramiento por enfermería. El objetivo calórico y/o proteico se alcanzó en promedio a las 96 hs (4 días) con una infusión gástrica de 89% de las vías de administración. Los pacientes con TEC presentaron mayor porcentaje de dificultades para lograr estos objetivos por gastroparesia (32%), no lográndose objetivo en un 18%.

0124 UTILIZACIÓN DE DATOS REDUNDANTES PARA VERIFICAR LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN EN EL REGISTRO ELECTRÓNICO

AL FERNÁNDEZ, A GALLESIO, JM BUTERA, J SINER, G NELSON

Hospital Italiano de Buenos Aires

Objetivo: Determinar la concordancia de los diagnósticos de Neumonía Asociada a Respirador en una UTI Polivalente para verificar la calidad de la información almacenada en el sistema de registro médico electrónico. Método: Estudio observacional descriptivo de corte retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes con diag. de NAR entre el 01/09/2006 y el 31/12/2006, comparando dos períodos: Sep. - Oct. y Nov. - Dic. Los diag. fueron registrados en el software SATI-Q 2.7.1 modificado. Los médicos cargaron el diag. de NAR en las solapas de "Estándar de Calidad" (EC) y "Evolución" y los enfermeros completaron la cantidad de pacientes en ARM y los días en respirador en la solapa de "Prácticas de ARM". Al finalizar el primer período se reforzó en forma personalizada y grupal los conceptos de utilización, clasificación diagnóstica y registro del sistema SATI-Q a todo el personal involucrado. Luego se analizaron ambos períodos realizando una auditoria de la base de datos para verificar la calidad de registro comparando los datos ingresados en las solapas mencionadas. Las variables continuas fueron expresadas con sus medias \pm 1 desvío y las discretas con sus porcentajes. Entre grupos se compararon las medias con la prueba de t-Student. Para proporciones se utilizó Chi-cuadrado. Para comprar las tasas de incidencia se utilizó regresión de Poisson. Un valor de $p < 0.05$ se consideró significativo. Los datos fueron importados desde una base de datos MS Access y tratados con el programa STATA 8.0. Resultados: Se analizaron 441 pacientes. Ver Tabla.

	sep-Oct (n=207)	Nov-Dic (n=234)	P
Estadía Media	7,54 (SD 10,42)	6,85 (SD 10,03)	0.23
Mortalidad UTI	21,26 %	16,67 %	0.14
APACHE	15,64 (SD 7,76)	15,37 (SD 7,64)	0.35
EDAD	58 (18)	57 (19)	0.28
TISS	20,69 (SD 5,79)	20,16 (SD 5,53)	0.16
Pac. con ARM	42,03 % (n=87)	38,03 % (n=89)	0.19
Episodios con neumonía asociada a ARM	9,20 % (n=8)	23,60 % (n=21)	0.03
Pacientes con ARM + 72 HS.	20,77 % (n=43)	17,52 % (n=43)	0.20
Episodios con neumonía asociada a ARM + 72 HS.	13,95 % (n=6)	24,39 % (n=11)	0.33

Incidencia de NAR c/1000 días Septiembre - Octubre: 15,33. Incidencia de NAR c/1000 días Noviembre - Diciembre: 44,73. P = 0.00. Inc de NAR c/1000 días (+72 HS) Septiembre - Octubre: 12,43. Inc de NAR c/1000 días (+72 HS) Noviembre - Diciembre: 24,43. P = 0.00. Conclusión: La inclusión de datos redundantes en puntos clave de la base de datos nos permitió realizar el control de la calidad de los registros e identificar oportunidades de mejora. Es importante considerar la inclusión de datos redundantes en la etapa de diseño de la base de datos y del sistema de recolección de data. La implementación de estrategias de capacitación y entrenamiento logran una mayor eficacia en al proceso de recolección, clasificación diagnóstica, generación y uso de la información médica.

0125 INJURIA PENETRANTE DE CRANEO POR HERIDA DE ARMA BLANCA (IPC-HAB) REPORTE DE TRES CASOS

P Lavaselli, R Del Boca, P Pahnke, C Gómez, E Lacombe
Hospital Municipal de Urgencias

Introducción: "La violencia crea más problemas sociales de los que resuelve..." Las IPC-HAB son infrecuentes y de elevada morbimortalidad, dependiendo de los mecanismos de lesión. La infección y daño vascular son fatales. Objetivo: reportar presentación clínica, manejo quirúrgico y evolución de tres pacientes con IPC HAB. Pacientes y método: 1) Masculino, 20 años con IPC HAB doble trayectoria oculocefálica (cuchillo) por violencia ciudadana (VC), GCS 8/15, herida de córnea de globo ocular izquierdo (GOI) ISS: 29. Pautas ATLS. TAC 1: vaciado de humor vítreo con destrucción de iris y cámaras de GOI, HSA peritroncal, trayecto con sangrado en pedúnculo izq. y lóbulo occipital der., HSA en tienda del cerebelo, Angiografía: stop infundibular de AComPI. Cirugía: evisceración de GOI Tto: Ampicilina sulbactam, anticonvulsivantes, sedoanalgesia. ARM. Día 2: Oculorraquia. TAC 2: hipodensidad en territorio ACom PI y ACP I, hemorragia en trayecto, fractura de techo de orbita izquierda. Tto: Acetazolamida. Día 4: se suspendió sedoanalgesia. SCG 7/15, febril, sin leucocitosis, Infiltrados bibasales. Se suspendió ATB. Pancultivos. Sospecha de neuroinfección. Cultivos sin desarrollo. Se rotó ATB. Vancomicina, Meropenem. Evolucionó febril con meningismo, hipotensión sin respuesta a volumen, inotrópicos. GCS 3/15 midriasis paralítica. Fallece 7 día. 2) Masculino, de 40 años con IPC HAB pterigonal izquierda con mango cuchillo al exterior por VC, GCS 15/15 con ceguera izq. ISS 25. Pautas ATLS. Rx cráneo f: cuerpo extraño metálico ingresa por región pterigonal izq, pasa línea media, trayectoria de 15 cms, dirección ascendente y extremo distal en centro orbita der. Cirugía: craniotomía fronto-temporal izquierda. Corticotomía y exploración microscópica paralela cuerpo extraño. Extracción del mismo y coagulación bipolar. Tto. Penicilina-Cloranfenicol profilaxis. 48 hs Alta voluntaria. GCS 15/15. Ceguera izq. 3) Masculino, 15 años con IPC HAB parietal izq. empalme con hierro 8 mm por VC, GCS 9/15 ISS 25 Pautas ATLS. TAC: hematoma intraparenquimatoso asociado a HSA temporoparietal izq. con efecto de masa. Fractura parietal con hundimiento. Cirugía: craneotomía, toilette y evacuación fragmentos óseos y de contusión cerebral. Tto. sedoanalgesia, manitol, Ampicilina sulbactam. Falleció a las 48 hs. Conclusiones: La incidencia de IPC-HAB en nuestro medio es 0,4% anual, siendo su única causa, VC. El GCS de ingreso (8, 15 y 9) no se correlacionó con el pronóstico como las otras causas de IPC ya que su mortalidad fue elevada. Ninguna lesión fue perforante, 2 bihemisféricas y 1 vascular. Las estructuras lesionadas coincidieron con las zonas vulnerables anatómicamente. La sospecha lesional evolutiva permitió diagnóstico precoz de lesiones vasculares, fístulas de LCR e infecciones asociadas. El trasladados a Centros Especializados con el objeto in situ, favoreció evolución.

0126 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR

Y ARZANI, MP VARELA OTERO, L HELMAN, MA BARBIERI, V LERNOUD, M PERADEJORDI, J DIAZ, RR FAVALORO
Fundación Favaloro

Objetivos: analizar una población de pacientes(p) sometidos a cirugía cardiovascular(CCV) que presentaron accidente cerebrovascular(ACV). Evaluar momento y forma de presentación, hallazgos tomográficos, estadía en UTI, otras complicaciones y predictores de mortalidad. Material y Métodos: análisis retrospectivo de base de datos de 4923 CCV realizadas en un centro entre 1/2003 y 4/2007. Análisis estadístico: para comparar variables categóricas se utilizó test de chi cuadrado o test de Fisher según correspondía y para variables continuas, test de t. Se realizó regresión logística múltiple considerando en todos los casos como significativo $p \leq 0.05$. Resultados: 71p (1.4%) presentaron ACV, definido como déficit neurológico focal de instalación aguda, o deterioro del sensorio o convulsiones con posterior déficit focal >24hs o lesiones agudas en TAC. Edad promedio 64 años (± 12), 63% hombres, 13% diabéticos, 13% insuficiencia renal crónica (IRC), 66% función ventricular conservada. Tipo de cirugía: 37% valvulares, 26% coronarias, 28% combinados, 5% aorta torácica (AT), 4% otras. Manifestación clínica:

foco 73%, deterioro del sensorio 38% (12p coma), convulsiones 8%. En 59p(83%) se manifestó el 1er día postoperatorio, en 6p el 2do día, en 3p el 3er día, en 2p el 4to día y en 1p el 6to. TAC: 63% isquemia, 23% normal, 12% edema, 1% hemorragia, 9% secuelas sin lesiones agudas. En 6p la TAC no pudo realizarse. Complicaciones: bajo volumen minuto 29%, hipotensión arterial(hA) 48%, infarto de miocardio perioperatorio 8%, fibrilación auricular aguda 30%, ARM prolongada(>24hs) 69%, hipoxemia 53%, convulsiones 30%, status epiléptico 4%, excitación psicomotriz 24%, insuficiencia renal aguda(IRA) 51%. Sangrado promedio en las primeras 12hs: 539 ml(±397). Estadía promedio en UTI 7 días. Obitos 21p(30%). En análisis univariado presentaron mayor riesgo de muerte: AT (p.04), hA(p.01), ARM prolongada (p.049), coma (p.002), edema (p.001), IRA (p.001). En regresión logística múltiple, fueron factores de riesgo independientes IRA (OR 5.93, IC95 1.66-21.12) y coma (OR 5.59, IC95 1.31-23.79). Conclusiones: el ACV en CCV presentó elevada morbimortalidad. Se manifestó principalmente como déficit focal y se correlacionó con mayor frecuencia con lesiones isquémicas en la TAC. La presencia de coma e IRA fueron predictores independientes de mortalidad.

0127 ¿SE CUMPLEN LOS OBJETIVOS CALORICOS EN LA UTI?
PS CASTRO, S LARA, M CHAMUT, O CRISTALDI, M FLORES, A LOPEZ, N D'ESPOSITO
 Hospital Eva Perón

Objetivos: verificar si se cumplen los objetivos nutricionales propuestos en la UTI. Diseño: estudio prospectivo, descriptivo, desde el 29/12/05 al 30/04/07. Material y métodos: se analizaron 558 pacientes internados en dicho periodo, de los cuales 179, (32,07%), recibió alimentación enteral; se descartaron aquellos nutridos por vía oral y parenteral exclusivamente. La alimentación se administró por sonda nasointestinal tipo K108 en 157 pacientes; por yeyunostomía en 8; gastrostomía en 1; sonda nasogástrica en 5; sonda orogástrica en 5. Las dietas usadas fueron en 173 casos, elaboradas poliméricas, y solo en 6 casos artesanales con baja concentración de fibras. La verificación de la colocación de la sonda se realizó mediante Rx simple de abdomen, constatándose la mayoría de las veces en estómago. Se inició el goteo en el 100% de los casos mediante bomba de infusión continua, entre 42 y 100 ml por hora. Los 179 pacientes sumaron 2215 días de nutrición enteral, se descartan 320 debido a fallas en la recolección de datos, por lo tanto quedan estudiados 1895 días. La asociación de 2 drogas inotrópicas, el requerimiento de más de 10 gamas de dopamina, la extubación, la realización de estudios invasivos de la vía aérea o digestiva, traqueostomía u otro procedimiento quirúrgico, control de debitos gástricos mayores a 200 cc, fueron condiciones que motivaron la suspensión de la dieta programada. La administración de la misma se realizó en forma progresiva y según tolerancia, comenzando con 1000 calorías el primer día y avanzando hasta 2000. Se evaluó la cantidad de pacientes que recibieron menos o igual al 50% de la dieta, entre el 51 y el 74%, entre el 75 y más del 100% y aquellos que no recibieron dieta a pesar de estar indicada. Resultados: de los 179 pacientes, 107 fueron masculinos, 72 femeninos; fallecieron 80 pacientes. Se inició la dieta entre el primero y el doceavo día de internación, con una media de 3,48 días. Los pacientes que recibieron menos o igual al 50% de lo programado fueron 583 (30,76%), entre el 51 al 74%, 364 (19,20%), del 75 a más del 100%, 746 (39,37%), y los que no recibieron la dieta a pesar de estar indicada fueron 202 (10,66%). Las causas que obligaron a la suspensión transitoria del pasaje de la dieta y su posterior reinstauración, fueron vómitos en 29 pacientes, diarrea en 34, signos de broncoaspiración en 12 casos, salida accidental de la sonda en 40, distensión abdominal en 15, lo que hace a una totalidad de 118 pacientes (6,27%). Conclusiones: los objetivos calóricos se cumplen en el 39,37% de los días. La postergación en el reinicio del goteo en casos de suspensiones transitorias produce una administración deficitaria de la dieta. La demora en la verificación de la colocación de la sonda y en la indicación de instaurarla producen en el 10,66% de los días la falta absoluta de pasaje de dieta, debiendo mejorar ello para obtener mejores resultados.

0128 TUBERCULOSIS MILIAR EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

F MUÑOZ CASTILLO, V BORRAJO, L VARGAS, R NAVARRO, C AGUERO
 Policlínico Neuquén

Introducción: La tuberculosis (TBC) miliar es la enfermedad resultante de la diseminación hematogena no controlada del *Micobacterium Tuberculosis*. La presentación clínica es altamente variable, puede ser aguda, mas frecuentemente de presentación subaguda o crónica. Cuando se desarrolla durante la primoinfección la enfermedad tiene un comienzo rápidamente progresivo y fulminante incluyendo fallo orgánico múltiple, síndrome de shock séptico y síndrome de distres respiratorio del adulto (SDRA). La función hepática comúnmente está alterada. La ictericia colestásica es también documentada. El fallo hepático fulminante puede ocurrir raramente, la ascitis puede ser detectada en forma ocasional, y también puede presentarse pancreatitis y colecistitis. Los granulomas hepáticos están presentes en mas del 90%. Es una entidad poco frecuente dentro de las formas de presentación extrapulmonar en pacientes inmunocompetentes. En la actualidad, tiene una mayor incidencia en edades avanzadas y en inmunodeprimidos, especialmente en aquellos infectados por el HIV. Objetivo: Presentar una forma poco frecuente de presentación de una patología prevalente. Caso clínico: Se trata de una mujer de 62 años de edad, con antecedentes de HTA, tumor benigno en ojo izquierdo enucleado 4 meses antes, glaucoma en ojo contralateral, cuadro de oclusión intestinal por bridas. Ingresó a nuestra institución, luego de internación en dos instituciones, con un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, que comienza 10 días antes con compromiso pulmonar intersticial, diagnóstico clínico y tomográfico, con evolución tórpida. Presenta un SDRA por lo que requiere ARM. Se plantearon como diagnósticos diferenciales TBC miliar, neumonía grave de la comunidad, hepatitis virales en una paciente con una intersticiopatía no conocida, bronquitis obliterante asociada a un proceso de insuficiencia hepática con colestasis, cirrosis biliar primaria con fibrosis pulmonar. Se inició tratamiento antibiótico empírico para gérmenes productores de neumonía aguda de la comunidad y se asocio tratamiento para *Mycobacterium tuberculosis* teniendo en cuenta el compromiso hepático y renal con imipenem-cilastatin, levofloxacina y ampicilina. Se solicitó serología para descartar infección por gérmenes atípicos y HIV con resultado negativo. Cultivos de sangre y secreciones respiratorias sin desarrollo y BAAR negativo. Durante su evolución presentó un cuadro de shock refractario al tratamiento con empeoramiento de los parámetros respiratorios evolucionando al óbito. Se realizó necropsia. El resultado anatomopatológico informó: Pulmón: TBC miliar con granulomas y observación del bacilo de Koch. Hígado: Granulomas tuberculosos con esteatohepatitis. Discusión: Conocer la posible presentación de la TBC miliar como un SDRA, ante la alta prevalencia de TBC en nuestro medio, sin tener en cuenta la inmunocompetencia, por lo que debe tenerse presente al desarrollar el algoritmo de diagnósticos diferenciales. Discutir los tratamientos alternativos para TBC en un paciente con compromiso hepático y renal.

0129 ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA EN LA UTI

CASTRO, S; CASTRO, P; CHAMUT, M; FLORES, M; MORANTE, M; SOTOMAYOR, P; CRISTALDI, O.
 Hospital Eva Perón, San Martín, Pcia de Bs. As.

Objetivos: Conocer el porcentaje de pacientes colonizados por VRE (enterococo resistente a la Vancomicina). Describir el grupo de pacientes colonizados, factores de riesgo (APACHE II) tiempo de estadía, uso de antibióticos previos, asistencia respiratoria mecánica, uso de alimentación parenteral. Material y Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, en una UTI de 10 camas, no cubiculada, con provisión de alcohol gel en cada cama. Criterio de inclusión: coprocultivo semanal a pacientes con 7 o más días de internación o al ingreso en quienes provenían de otro servicio. Se analizaron 991 pacientes internados desde el 01/03/04 al 01/06/06, de los cuales resultaron positivos el 5,25% (52 pacientes). Caracterización según sexo, edad, APACHE II, enfermedad de base, tiempo de internación, antibióticos previos y evolución. Resultados:

se estudiaron 991 pacientes, 52 (5,25%) presentaron coprocultivos positivos para enterococo resistente a la Vancomicina, 29 de sexo masculino (55,77%), y 23, femeninos (44,23%). El 59,61% se internaron por motivos quirúrgicos. La edad osciló desde los 18 a los 87 años, con una media de 58,9. El APACHE II de ingreso osciló de 10 a 34 puntos, con una media de 20. Los días de tratamiento antibiótico previo varió de 5 a 58, con una media de 27,70. El 84,61% de los pacientes recibió asistencia respiratoria mecánica (ARM), el 15,38% (8 pacientes) alimentación parenteral. El 63,46% fallecieron (33 pacientes). El 92% de los pacientes colonizados recibió más de un antibiótico. Conclusiones: los pacientes estudiados fueron graves, con una media de APACHE II de 20, con alto porcentaje de ARM. Entre los factores de riesgo analizados, se halló relación entre el consumo de antibióticos y la colonización. No se encontró relación entre casos quirúrgicos y no quirúrgicos, ni con la presencia de diarrea o alimentación parenteral. Debemos continuar con la vigilancia activa, uso racional de antibióticos, junto con otras medidas para disminuir la transmisión del germen en la UTI.

0130 TRAQUEOSTOMIA DILATACIONAL PERCUTANEA EN LA UTI

BOSCHINI, P.; CASTRO, P.; CHAMUT, M.; CATALDI, N.; LAREU, M.; PENNA, M.; CRISTALDI, O.

Terapia intensiva. Htal Eva Perón San Martín, Pcia de Bs. As.

Objetivos: informar sobre nuestra experiencia en la implementación de la traqueostomía percutánea en la UTI. Diseño: estudio descriptivo, retrospectivo, sobre el uso de la técnica de la traqueostomía percutánea en la UCI desde 01/01/05 hasta la fecha. Material y métodos: Se analizaron los días de intubación previos al procedimiento, APACHE y Glasgow de ingreso, duración del mismo y complicaciones. Todas se realizaron al pie de la cama en la UCI, con monitoreo continuo cardíaco y oximetría de pulso. La asistencia ventilatoria mecánica (ARM) se mantuvo durante todo el procedimiento, con una fracción inspirada de O₂ al 100%, en modalidad volumen control, asistidos por un kinesiólogo. Todos los pacientes recibieron Midazolam y Fentanilo, excepcionalmente, curarizantes. El consentimiento informado se obtuvo de cada paciente. La técnica usada fue el método dilatacional percutáneo descrito por Ciaglia-Cook en 1985, que utiliza la técnica de Seldinger para conseguir un ostoma traqueocutáneo. Esto es, se punza la traquea, se coloca una guía metálica sobre la cual se pasa un dilataador y posteriormente se realiza la apertura de la traquea con la pinza dilatadora tipo forceps, por último se introduce la cánula de traqueostomía, usando el set Per-fit dilatacional percutaneous tracheostomy (Portex). Se tomaron Rx de tórax para control posterior a cada procedimiento. Resultados: para la indicación de la TDP nuestro servicio se guía por el tiempo de intubación, tratando de no pasar 21 días, excepto en aquellas patologías que conllevan una evolución con intubación prolongada, en las que se realiza precozmente. El tiempo promedio de su realización fue de 18 minutos (máximo 25, mínimo 10) Se evidenció en un caso neumotórax, y en otro un hematoma local. No se detectó mortalidad relacionada a la misma. Se intervinieron 40 pacientes, 24 hombres y 16 mujeres, el lapso promedio de ARM previos a la TPD fue de 14 días, (máximo 25, mínimo 6). El APACHE II promedio fue de 20, con predominio entre 21 a 30, con 17 casos. El Glasgow de ingreso promedio fue de 10 predominando 15 con 12 casos. La patología predominante fue ACV (12 hemorrágicos y 1 isquémico); TEC/politrauma 11, Insuficiencia respiratoria 8; shock, sepsis 4; postparo cardiopulmonario 2; POP neuroquirúrgicos 2. La indicación de realizarla en el 100% de los casos, se relacionó con la ARM prolongada. No se evidenció necesidad de conversión a la traqueostomía convencional. Conclusiones: Nuestra serie muestra que la traqueostomía percutánea puede ser realizada al pie de la cama del paciente, con una incidencia baja de complicaciones. Es de fácil y rápida realización convirtiendo a esta técnica en un procedimiento seguro en los pacientes críticos sometidos a ARM, reservando la opción quirúrgica a aquellos casos que por diferentes motivos constituyen una contraindicación absoluta o relativa para la realización de la forma percutánea.

0131 TROMBOLISIS MECANICA DE RESCATE EN TROMBOEMBOLISMO DE PULMON RECURRENTE EN PACIENTE CON SINDROME DE KLIPPEL -TRENAUNAY- WEBER

H. MENDOZA, D WALL, EM BRUNEL, C NOZIERES, C SMITH, V CAMPOLO GIRARD, L MALDONADO, R VILLAGÓMEZ, AM PALAZZO, G MIGLIARO, JAG ALVAREZ, MA VELTRI, JE UBALDINI, JF CHERTCOFF

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW) es un trastorno congénito raro, de etiología desconocida que presenta malformaciones de capilares cutáneos, anomalías venosas y linfáticas, fistulas arterio-venosas e hipertrofia de huesos y partes blandas. Son pocos los casos reportados hasta la fecha. Existen anomalías pulmonares asociadas que incluyen: varicosidades pulmonares, hemangiomas cavernosos pleurales, obstrucción linfática y enfermedad tromboembólica (TEP) hasta en el 4% de los casos, con un aumento de 10 veces del riesgo postoperatorio de tromboembolismo. Caso clínico: Hombre de 38 años, con antecedentes de fistulas arteriovenosas en miembro inferior izquierdo operada en 1983, con episodio de celulitis en 1999 y asma. Ingresó a terapia intensiva con cuadro de disnea progresiva que evoluciona a clase funcional IV. La radiografía de tórax no evidencia imágenes patológicas; el ECG presenta patrón S1Q3T3 y un ecocardiograma (ECO) revela dilatación de cavidades derechas con movimiento paradojal del septum interventricular y PSP de 113 mmHg; vena cava inferior de 30 mm. Se descarta trombosis venosa profunda con eco Doppler de miembros inferiores. Se realiza TC helicoidal de tórax que evidencia TEP bilateral por lo que se inicia anticoagulación con heparina regular endovenosa. Luego de doce horas presenta hipotensión severa con requerimiento de vasopresores y se decide la administración de fibrinolíticos (r-TPA) EV de urgencia, con evolución favorable. Un nuevo ECO revela una PSP de 74 mmHg. Al 5º día de evolución presenta nuevo episodio de disnea súbita y severo broncoespasmo por lo que se realiza un cateterismo pulmonar de urgencia constatándose PSP de 88 mmHg y la presencia de trombos bilaterales que se fragmentan mecánicamente, se administra r-TPA intrarterial y se constata finalmente PSP de 60 mmHg. Se coloca filtro en vena cava inferior. Tres días posteriores a la trombólisis mecánica se realiza un ECO que estima una PSP de 77 mmHg. Se solicita angiografía magnética de abdomen y pelvis que no evidencia fuente embolígena. Se solicita perfil de trombofilia que resulta negativo. El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta a los 7 días del cateterismo. Comentarios: Si bien el TEP de pulmón en el SKTW tiene baja incidencia, su pronóstico es malo y la recurrencia es frecuente, desarrollando hipertensión pulmonar crónica con alta mortalidad. Se recomienda el tratamiento con anticoagulación en un rango alto y la colocación de filtro de vena cava inferior luego de descartar malformaciones intrabdominales. La trombólisis mecánica y la administración de r-TPA intrarterial es una alternativa terapéutica que tiene pocas referencias bibliográficas

0132 MORTALIDAD DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN OCTAGENARIOS

ML. CHERTCOFF, LV MALDONADO, EM BRUNEL, WR ZAMBON, ED SOLOAGA, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF, JE UBALDINI

Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) en pacientes de edad avanzada genera habitualmente planteos médicos, éticos y económicos en la práctica clínica diaria en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Objetivo: Determinar la mortalidad de los pacientes mayores de 80 años de edad sometidos a ARM por causas diversas. Material y Método: Fueron analizados en forma retrospectiva todos los pacientes que requirieron ARM en nuestra UCI desde el 01/10/04 al 31/01/06. Resultados: Ocurrieron 368 episodios de ARM en 358 pacientes, APACHE II promedio 17,73, de ellos 143 fallecieron (39,94%). 316 pacientes tenían una edad menor a 80 años, APACHE II promedio 17,48 (mortalidad esperada 29%); permanecieron en ARM 7,28 días promedio, el tiempo de internación en UCI fue de 13,45 días. 111 pacientes de este grupo

fallecieron (35,12%). 42 pacientes tenían una edad mayor o igual a 80 años, APACHE II promedio 20,27 (mortalidad esperada 35%); permanecieron en ARM 7,23 días promedio, el tiempo de internación en UCI fue de 10,88 días. 30 pacientes de este grupo fallecieron en la UCI (71,42%), de los 12 sobrevivientes 4 más fallecieron al mes 6 (mortalidad a los 6 meses 80,95%). La mortalidad en UTI fue significativamente superior en los mayores de 80 años ($p < 0.001$), se utilizó X2. Conclusiones: La ARM en pacientes octogenarios esta asociada a una elevada mortalidad en la UCI y los 6 meses del evento.

0133 PROYECTIL INTRACARDÍACO RETENIDO. UNA RARA PRESENTACIÓN EN PACIENTES CON HERIDA DE ARMA DE FUEGO TORÁCICA QUE ARRIBAN CON VIDA AL SERVICIO DE GUARDIA

R AVILA, C CASTARATRO, N CARRIZO, B MORONI, CA BECKER
Hospital J.M. Cullen

Introducción: la vasta mayoría de las heridas de armas de fuego cardíacas son fatales y las que arriban con vida al hospital lo hacen en condiciones críticas. Objetivo: remarcar la conducta a seguir en pacientes con proyectil retenido intracardiaco de acuerdo a la ubicación y al momento de presentación, en agudo con complicaciones locales o no. Material y método: Paciente sexo masculino, 25 años de edad que ingresa por herida de arma de fuego en región precordial, hemodinámicamente estable. Rx. Tórax: proyectil en proyección cardíaca. Eco pericardio: derrame pericardio moderado, no observa proyectil. TAC tórax: proyectil en proyección de ventrículo izquierdo, derrame pericardio moderado. Se realiza cirugía, drenaje de hemopericardio, rafia de ventrículo derecho no se encuentra proyectil. Evolucionan favorablemente, posteriormente se localiza proyectil por eco cardiografía: cuatro cámaras, proyectil en tercio medio apicolateral VI protuyendo 1/3 hacia la luz. Se programa cirugía con bomba extracorpórea por presentar síndrome febril y riesgo de embolización. Evolucionan favorablemente. Discusión: los proyectiles cardíacos pueden permanecer en el corazón luego de la injuria primaria o migrar allí luego del ingreso del mismo a la circulación sistémica o pulmonar. Estos pueden estar insertados dentro del miocardio parcial o totalmente o libres en cámaras cardíacas izquierdas o derechas con los riesgos de embolización por lo cual en estos casos la intervención quirúrgica en agudo se impone. La ubicación en pericardio con riesgo de pericarditis es otra indicación de pronta cirugía. La resolución de un proyectil intramiocardiaco asintomático dependerá de la presencia de complicaciones locales (tañonamiento o hemotórax) o las relacionadas a complicaciones infecciosas. Debido a esto la localización con métodos complementarios cobran gran importancia, Rx de tórax, TAC de tórax y con más precisión para su ubicación con ecocardiografía transtorácica o transesofágica. Conclusiones: la ubicación precisa del proyectil y la presencia o no de complicaciones locales determinara la conducta quirúrgica. Para los pacientes con proyectil intramiocardiaco y asintomático la conducta conservadora sería la correcta. En este caso la presencia de fiebre sin otro foco y protrucción parcial hacia la luz determinaron la cirugía.

0134 NECROSIS EPIDERMICA TOXICA (NET). PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

G MARTINEZ, G VILLOLDO, P VENDRAMINI, M PORTUGAL
Hospital Angel C. Padilla

Introducción: La NET es una enfermedad poco frecuente, que tiene una incidencia de 0,4 a 1,2 casos por millón de habitantes y una mortalidad del 30 % debido al daño a otros epitelios y como consecuencia de las complicaciones de la insuficiencia cutánea aguda que representa esta entidad. Afecta a individuos de todas las edades, con mayor incidencia en ancianos e inmunocomprometidos. Su patogenia es poco conocida y se vincula al uso de ciertos fármacos como las sulfonamidas, anticonvulsivantes, AINES y otras drogas. Se caracteriza histológicamente por necrosis de la epidermis y clínicamente por epidermolisis generalizada. En la actualidad es considerada junto con Síndrome de Stevens Jonson (SSJ) como una severa reacción a ciertas drogas. El complejo SSJ-NET se clasifica según su severidad en 3 grados: < 10% (SSJ), entre 10 a 30 % transi-

ción NET-SSJ y > 30% NET. Presentación del caso: Paciente de sexo masculino, 26 años que ingresa a UTI, el 01/04/07 en postoperatorio inmediato de cirugía neurológica (Evacuación de Hematoma Subdural) por politraumatismo, con requerimiento de ARM; como tratamiento se indica Fenitoina, Midazolam, Pancuronio, Hidrocortisona, Nebulizaciones con β_2 . Al tercer día de internación presenta maculas eritematosas confluentes en tronco y en abdomen, con signo de Nikolski (+), que luego se extienden a cara y miembros; las mismas evolucionan a flictenas que dejan grandes zonas de piel denudada y sangrante sobre todo en dorso y zonas de apoyo. Se solicita interconsulta con Dermatología quienes diagnostican NET. Se suspenden ATB y fenitoina y se indica como tratamiento para las lesiones vaselina y cubrir con sabanas estériles. Es evaluado por servicio de otorrinolaringología para determinar compromiso de mucosas, informando rinoscopia normal y mucosa orofaríngea sin particularidades. Tres días después presenta gran exfoliación con rupturas de flictenas. A los 12 días sale de ARM con buena evolución neurológica y dermatológica, presentando zonas hiperpigmentadas con descamación. La Biopsia de piel nos informa hiperqueratosis y escaso componente inflamatorio crónico que puede vincularse con la toxicodermia. Pasa a sala de Clínica Médica (18/04/07). En sala presente un cuadro de hiponatremia y derrame cerebral de sal con buena respuesta terapéutica y desaparición de lesiones de la piel. Alta médica el día 14/05/07. Laboratorio: Cultivo de partes blandas (Fracturas expuestas) (+) para Echerichia Coli y Enterobacter. Cultivo de flictenas (-) Antecedentes: reacción alérgica medicamentosa (Amoxicilina - Migral® (Ergotamina-Cafeína-Dipirona)) hace 6 meses y medicado con corticoides. Conclusiones: Se presenta el caso clínico por su escasa frecuencia, elevada mortalidad y su vinculación a drogas de uso frecuente en UTI.

0135 MENINGITIS FULMINANTE POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO NO B

F SالدARINI¹, J VAZQUEZ¹, G CARQUEJEDA¹, E PESAT¹, C ALFONSO², V YERNASIAN², A SABRA¹

¹Servicio de Emergencia hosp. Santojanni, ²Servicio de Microbiología Hosp. Santojanni

Antecedentes: Las meningitis bacterianas agudas de la comunidad tienen una alta morbi-mortalidad en los pacientes adultos mayores (>65 años). Objetivos: Describir la rareza de un paciente con meningitis por Haemophilus influenza tipo no B. Materiales y Métodos: Se describe una paciente sexo femenino de 76 años de edad, con antecedente de haber presentado el día anterior un registro de 38° e incontinencia urinaria que revierte en 1 hora, ingresando a Sala de Shock Room, por cuadro de excitación psicomotriz con GCS 14/15, saturación por oximetría de pulso de 98%, taquicardia sinusal y taquipnea leve, se procede a colocación de tubo orotraqueal para realizar Tomografía de Cerebro donde se evidencia lesión hipodensa parieto-occipital derecha, el laboratorio evidenció urea de 88 mg/dl creatinina 2,4 mg/dl, leucocitos 4.500 x mm³, got 80 y gpt 70. Por no corresponder a la clínica, se decide realizar punción lumbar que mostró glucorraquia de 0, proteinorraquia de 12 gr. 120 leucocitos con 80% PMN, y en el Gram. Bacilos negativos con test de coagulación negativos para Neumococo, Haemophilus tipo B, Meningococo, se comienza tratamiento con ceftriaxone 2 gramos endovenoso, ampicilina 2 gramos y dexametazona 8 mg, dentro de las dos primeras horas. Posteriormente presenta shock refractario a expansiones e inotrópicos y fallece a las 4 horas del ingreso. Cultivo del LCR y Hemocultivos positivos a Haemophilus influenza tipo NO B. Resultados: Si bien se sospechó precozmente el diagnóstico de meningitis, ya que se comenzó tratamiento antibiótico dentro de las 2 primeras horas del ingreso y posteriormente se realizo la punción lumbar no se pudo contener la respuesta inflamatoria con pautas de resucitación protocolares ya conocidas y el rápido fallecimiento de la paciente. Conclusiones: El Haemophilus Influenza especialmente el tipo B era el principal causal de meningitis hasta la década del 90 donde con el advenimiento de la vacuna disminuyó hasta registros de 0,7% de todas las meningitis, pero esta paciente presentó sepsis a haemophilus influenza tipo no b con foco meníngeo que por la bibliografía serían de menor toxicidad, tampoco coincide la edad ya que es en menores de 5 años, a pesar de un tratamiento efectivo y precoz la paciente falleció con sepsis con hemocultivos positivos y lesión vascular en la tomografía.

0138 MENINGITIS BACTERIANA AGUDA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE. REPORTE DE CASO UNICO EN PACIENTE ADULTO

JF LOSINNO, JL FERNÁNDEZ, AR CREMONA, OJ GRILLO, AA LEGARTO, DR MASTRANTONIO, CG FUNES, ME BLANCO
Hospital Italiano de La Plata; Buenos Aires - Argentina

Objetivos: Streptococcus agalactiae (estepococo beta hemolítico grupo B) es una causa importante de infección, bacteriemia y de meningitis en el neonato. Sin embargo es un agente etiológico infrecuente de enfermedades en el adulto. La meningitis purulenta por dicho germen es una de las infecciones focales más frecuentemente reportadas en adultos. En estudios recientes, dicha localización ocurrió en el 4% de todas las infecciones por este grupo. Otras enfermedades en el adulto incluyen: bacteriemia con o sin sepsis, celulitis, neumonía, artritis, endocarditis, infecciones del tracto urinario, osteomielitis, piomiositis. Material y método: se recolectaron los datos de la historia clínica de un paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Italiano de La Plata durante el año 2007. Caso clínico: paciente masculino de 57 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. Ingresa por guardia con clínica de cefalea, fiebre, vómitos de varias horas de evolución, seguido por último; de excitación psicomotriz. Consulta previamente con servicio de otorrinolaringología (ORL) tres días antes por dolor de oído izquierdo, recibiendo tratamiento local en forma ambulatoria. Estudios solicitados: Tomografía axial computarizada de cerebro sin contraste sin evidencias de lesiones, hemocultivos los cuales fueron negativos y punción lumbar con estudio físico-químico patológico y directo con cocos Gram positivo en cadenas; creciendo luego Streptococcus agalactiae. Resultados: El paciente es medicado con antibioticoterapia empírica inicial con: Ampicilina 12 gramos/día y Ceftriaxona 4 gramos/día en forma endovenosa, además del agregado de corticoides (Dexametasona 32 miligramos/día) durante tres días. Requirió desde su ingreso a terapia intensa intubación orotraqueal y colocación de Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) por mala dinámica ventilatoria, y de apoyo con drogas vasoactivas por inestabilidad hemodinámica sin respuesta a la expansión con fluidos. No se evidenciaron infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. Al cuarto día se suspende la Ceftriaxona, quedando sólo con Ampicilina en la misma dosis de inicio, de acuerdo a concentración inhibitoria mínima (CIM) para penicilina. Al séptimo día se retira la AVM con buena tolerancia y se extuba al paciente sin dificultades, mejorando la curva térmica y no requiriendo soporte con drogas vasoactivas. Pasa a sala general, clínicamente estable y neurológicamente sin secuelas evidenciables, al noveno día bajo tratamiento endovenoso con posterior rotación vía oral. Conclusiones: la meningitis por Streptococcus agalactiae, si bien es una entidad nosológica poco frecuente en el adulto, debe ser sospechada. Considerando datos bibliográficos su incidencia ha aumentado en las últimas décadas.

0139 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL RELACIONADO CON EL EMBARAZO EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL NUEVO HOSPITAL EL MILAGRO AÑO 2006

EB FLORES, EL MOYANO, MC MAMANI, AN PISTAN
Nuevo Hospital El Milagro

El Nuevo hospital del milagro es una institución con perfil gineco-obstétrico y neonatal, está ubicado en la zona norte de la ciudad de Salta, por su nivel de complejidad IV, es centro de referencia en su especialidad, tanto de la provincia como de lugares aledaños. Cuenta con un servicio de terapia intensiva para adultos en donde prevalecen pacientes con patologías acordes con su perfil. La planta edilicia está ubicada en el primer piso del hospital junto a los servicios de Quirófano central, Obstétrico, UTPR (Unidad de Trabajo de Parto y Recuperación) y Neonatología, pudiendo acceder los pacientes por 2 ascensores camilleros y/o por la rampa en casos de corte de luz o emergencias. La unidad de Terapia Intensiva de Adultos, está dividida en 2 sectores, correspondiéndole a la terapia propiamente dicha 5 camas más una habitación con 1 cama para pacientes que requieran aislamiento de protección o infeccioso; y el otro sector responde a la Terapia Intermedia, con 3 camas más otra

habitación con una cama para distintos aislamientos. Este trabajo es de tipo descriptivo y transversal en el cual el universo y muestra es de 175 pacientes con diferentes patologías dentro de el mismo Centro de costos (obstetricia). Los datos que se analizaron son de una fuente secundaria (sati q-carpeta de ingresos y egresos de enfermería). Los datos se procesaron estadísticamente considerando un 95% de confianza y un margen de error del 5%. En los 79 pacientes con diagnóstico de pre-eclampsia, no se registraron reingresos, óbitos como tampoco ningún caso de mala praxis. En pacientes con diagnóstico de eclampsia; solo una de las 11 pacientes fue conectada a Asistencia Respiratoria Mecánica, con diagnóstico de base de Neumonía de la comunidad. No se registraron óbitos ni sobre infección agregada durante la internación. Las dos pacientes con síndrome de HELLP, que ingresaron con un alto índice de morbi-mortalidad, fallecieron. Una de las pacientes ingresó con diagnóstico de Embarazo de 26 semanas de gestación- Neumonía grave de la comunidad - Adicción a drogas (Pasta base). La otra paciente con patología de base de Insuficiencia hepática ingreso de quirófano de urgencia postoperatorio de cesárea Síndrome Hellp con Ruptura Hepática, vino derivada del interior de la provincia. La educación permanente de los enfermeros en este servicio se evidencia por el 95% de asistencia del personal al congreso argentino de obstetricia crítica en la ciudad de Tucumán, como así también por los cursos de capacitación en servicio que se dictaron en nuestra unidad de gestión con un porcentaje del 80% de asistencia del personal de enfermería.

0140 SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS CARACTERISTICAS CLINICAS

E CUNTO, C NOGUERAS, P SAÚL, N CHACÓN, J SAN JUAN
Hospital Muñiz - Buenos Aires

Introducción: El síndrome pulmonar por Hantavirus (SPH) es una enfermedad emergente en nuestro país, habiéndose descrito 3 áreas endémicas (Nordeste, región andina y central). En nuestro medio el SPH constituye un diagnóstico diferencial importante con otras causas de neumonía grave de la comunidad, debido a la alta mortalidad que conlleva. Por otro lado el diagnóstico precoz, con el manejo adecuado en Cuidados Intensivos y probablemente el uso de corticoesteroides, permite, como se ha demostrado en la región noroeste, una disminución significativa de la mortalidad. Describimos la experiencia de 15 pacientes atendidos en la sala de Cuidados Intensivos del Hospital F. J. Muñiz. Material y Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 15 pacientes internados en U.C.I del Hospital F. J. Muñiz en el período comprendido entre los años 2002 y Abril de 2007 con diagnóstico serológico para hantavirus (IgM e IgG). Resultados: Desde el punto de vista epidemiológico 12 pacientes provenían de la provincia de Buenos Aires, solo 8 pacientes referían tareas al aire libre, 9 pacientes vivían en área rural o periurbana. Desde el punto de vista clínico, la mayoría (14) de los pacientes referían cuadro prodromico, siendo los síntomas más comunes la cefalea, mialgias, fiebre y manifestaciones gastrointestinales. Llama la atención la ausencia de manifestaciones de vías aéreas superiores. En el periodo de estado la mayoría de los pacientes requirió algún tipo de asistencia ventilatoria (14/15) ya sea Ventilación no invasiva CPAP (6) o Ventilación mecánica (8). El PAFIO2 promedio de ingreso fue de 202. En el laboratorio las manifestaciones más constantes fueron hemoconcentración (86%), trombocitopenia (93%) y aumento de LDH en el 100%. También se destacaron el aumento de las transaminasas en el 86%, Leucocitosis 93% con neutrofilia en 71%. Un 75% de los pacientes presento alteración de la función renal. La radiografía de tórax mostró infiltrados bilaterales en el 100% de los casos con un patrón alveolo-intersticial o intersticial. Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticoesteroides (Hidrocortisona o metilprednisolona) y tratamiento antibiótico para neumonía grave de la comunidad. En cuanto a la evolución, la mortalidad fue del 33% (5/15). Conclusiones: En nuestra experiencia el diagnóstico precoz de SPH, en área endémica, se debe formular ante la presencia de un síndrome mínimo de: Cuadro pseudogripal sin afección de vías aéreas superiores. Insuficiencia respiratoria de rápida evolución con infiltrados bilaterales en la Radiografía de Tórax. Laboratorio que muestre hemoconcentración, plaquetopenia, LDH elevada y en algunos casos leucocitosis con neutrofilia. Ante la presencia de este síndrome mínimo de sospecha, el

manejo precoz en una Unidad de terapia Intensiva y probablemente la terapia con corticoesteroides, podría mejorar el pronóstico del paciente.

0142 OTRAS FORMAS DE PRESENTACION DE LA INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO

L. OBREGÓN, F. MUÑOZ CASTILLO, R. NAVARRO, L. VARGAS
Policlínico Neuquén

Introducción: La intoxicación con CO es una entidad que puede resultar en alteraciones cardíacas, psiquiátricas o neurológicas e incluso en muerte. Existen tres formas de presentación clínica. Intoxicación aguda: de características clínicas ampliamente estudiadas que se acompaña de elevación de carboxihemoglobina. Encefalopatía retardada: aunque poco frecuente, existe una forma de presentación bifásica en la cual, luego de la intoxicación aguda el paciente se recupera y posterior a un corto periodo asintomático pueden reaparecer síntomas neurológicos y psiquiátricos. Provocada por lesión de los ganglios basales, sustancia blanca y corteza prefrontal objetivable por RNM. Intoxicación crónica: se han documentado efectos nocivos cardiovasculares y neuropsicológicos en población expuesta en forma prolongada a concentraciones de CO en aire atmosférico inferiores a 25 partes por millón. Ante la sospecha etiológica es útil dosar actividad de Arilsulfatasa A. **Objetivos:** Presentar un caso de intoxicación con CO para incluirlo entre los diagnósticos diferenciales ante un cuadro de deterioro neurológico y discernir entre encefalopatía retardada e intoxicación crónica. **Caso clínico:** Paciente de 54 años fumadora, cocinera, que comienza con cefalea, somnolencia, pérdida de memoria, disartria, temblor fino generalizado y paresia de miembros inferiores de curso alternante por lo que consulta a neurológica, se interpreta cuadro psiquiátrico. Tres meses después ingresa a UTI por deterioro neurológico constatando al examen físico Glasgow 11/15, ausencia de foco neurológico, pupilas intermedias reactivas. Se realiza tratamiento de sostén, con lo cual a las 24 hs recupera Glasgow 15/15 pero persiste con alteraciones de la memoria, temblor fino generalizado de reposo, y síndrome depresivo. Según lo investigado por anamnesis indirecta comienza durante las últimas horas de la jornada laboral, con decaimiento, alteraciones de la conducta, cefalea intensa, hipersomnia y desorientación temporoespacial. Se plantea como diagnóstico diferencial accidente cerebrovascular, neoformación, encefalopatía y meningoencefalitis. Se realiza Tac de cráneo y PL que se informan como normales, cultivo negativo. Se realiza RNM que informa hiperintensidad difusa en T1 a nivel de los núcleos lenticulares y del sector anterior superior de los pedúnculos cerebrales bilaterales. En la sustancia blanca de la corona de ambos lóbulos frontales se identifican múltiples imágenes redondeadas, hiperintensas en T2 y Flair de hasta 0.5 cm de diámetro. Podrían corresponder a Kernicterus, Hiperalimentación con magnesio, Fallo hepático, déficit de creatina e Intoxicación crónica con CO. **Discusión:** Los síntomas neurológicos provocados por la exposición a CO son inespecíficos, y no existe un gold estándar para el diagnóstico por lo que se discute la utilidad de los métodos complementarios y el uso de los mismos para diferenciar entre dos formas de presentación clínica en un cuadro de deterioro neurológico subagudo con elevada sospecha de intoxicación con CO.

0143 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS ASOCIADA A FACTORES DE RIESGO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAN BERNARDO. PROVINCIA DE SALTA. ARGENTINA

SF. VILCA¹, C. ALVERO¹, N. GUERRERO¹, S. GAMBOA¹, R. LUCATTI¹, R. CIMINO²

¹Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Hospital San Bernardo, ²Cátedra de Química Biológica y Biología Molecular. Universidad Nacional de Salta. Argentina.

Introducción: Las infecciones intrahospitalarias (IIH) constituyen un problema de Salud Pública, causa importante de morbilidad, mortalidad, prolongación de la permanencia hospitalaria e incremento de costos de los servicios, que involucran a los pacientes, la familia, la comunidad y al Estado. Desde el año 2000 el Programa

de Vigilancia Epidemiológica (PVE) del Hospital San Bernardo comenzó el estudio de las infecciones intrahospitalarias con la finalidad de mejorar la calidad de atención al paciente, el tiempo de estadía en el nosocomio y por ende el impacto financiero que esto significa. Las IIH representan un problema importante para solucionar. **Objetivo:** determinar la tasa de IIH en la unidad de Terapia Intensiva asociada a tres factores de riesgo. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de Infecciones Intrahospitalarias registradas en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital San Bernardo. Los datos corresponden al período comprendido entre Abril hasta Diciembre del 2005. El estudio forma parte de los trabajos que se están realizando en conjunto con el Programa de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA). La recolección de datos y criterio para definir un caso de Infección Hospitalaria se llevo a cabo según indicaciones del Manual del VIHDA. Los factores de riesgo estudiados fueron: Neumonía por Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), Infecciones Urinarias por catéter urinario e infecciones asociadas a catéter central. La Tasa de Infecciones Hospitalaria se definió como el número de infecciones / número de días-pacientes por mil. **Resultados:** Durante este período ingresaron a UTI 376 pacientes. La prevalencia de IH fue de 19,41% (73/376), del total de casos de IH el 63,0% (46/73) estuvo asociada a ARM, el 21,91% (16/73) a catéter urinario y el 15,07% (11/73) a catéter central. La tasa de IH asociado ARM fue de 35,94%, catéter urinario 7,22% y catéter central 6,07%. La tasa de ARM fue 6 veces mayor con respecto a catéter central y urinario. **Conclusiones:** el mayor número de casos estuvo asociada a las neumonías por ARM. La tasa de IIH asociado a ARM fue superior a lo recomendado por el National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) (5,8 %). Con respecto a las IIH asociados a catéteres centrales y urinarios se encontró entre los valores esperados según el NNIS.

0144 IDENTIFICACIÓN DE GÉRMEENES INVOLUCRADOS EN LOS CASOS DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAN BERNARDO. SALTA

C. ALVERO¹, SF. VILCA¹, S. GAMBOA¹, N. GUERRERO¹, R. LUCATTI¹, C. ARIAS^{1,2}, R. CIMINO³

¹Servicio de Vigilancia Epidemiológica. Hospital San Bernardo, ²Servicio de Microbiología del Hospital San Bernardo, ³Cátedra de Química Biológica y Biología Molecular. Universidad Nacional de Salta. Argentina.

Introducción: El éxito del tratamiento empírico inicial con antibióticos en los casos de infecciones intrahospitalarias (IIH) depende en parte de la determinación de la sensibilidad y resistencia antibiótica por estos gérmenes, con la finalidad de diseñar un protocolo de tratamiento antibiótico para el uso racional de los mismos. Para lograr esto es importante la identificación microbiológica de los gérmenes asociados a los casos de IIH. **Objetivo:** identificar los gérmenes presentes en los casos de IIH en la Unidad de Terapia Intensiva. **Materiales y métodos:** Se realizó la determinación microbiológica en 73 casos con sospecha de IIH en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital San Bernardo. Este trabajo se realizó en el período Abril-Diciembre del 2005. Esto forma parte de los trabajos que se están realizando en conjunto con el Programa de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA). Las muestras microbiológicas fueron tomadas según protocolo del programa VIHDA. **Resultados:** los estudios microbiológicos permitieron constatar que los gérmenes presentes con mayor frecuencia fueron: Staphylococcus aureus (22.64%), Pseudomonas aeruginosa (16.03%), Escherichia coli y Acinetobacter baumannii en igual proporción (12,26%). También se identificó Klebsiella pneumoniae (11.32%), Enterococcus faecalis (6.60%), Candida sp. (5.66%) y en menor porcentaje (3%) Enterobacter cloacae y Enterococcus faecium. Se pudo observar casos donde en una muestra se encontraron más de una especie bacteriana. **Conclusión:** La presencia de Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli y Acinetobacter baumannii es un indicativo de un cumplimiento parcial de las normas de bioseguridad. No se observó St. aureus meticilino-resistente.

0145 TIROTOXICOSIS EN UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW DESENCADENADA POR NEUMONIA COMPLICADA CON DISTRESS RESPIRATORIO Y SHOCK

J RISSO PATRÓN, P CASTRO, A FUNES, G ROBERT, N CATALDI, C SANTOS

Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón

Introducción : La enfermedad de Graves Basedow puede presentar cuadros de tirotoxicosis grave desencadenadas por una intercurriencia infecciosa o un trauma quirúrgico. El tratamiento con drogas antitiroideas, corticoides y litio se indica para mejorar el estado crítico en que pueden presentarse los pacientes con esta patología. **Objetivo:** presentar un caso de tirotoxicosis en una paciente con enfermedad de Graves Basedow internada por neumonía de la comunidad. **Caso clínico:** Paciente de 35 años con antecedentes de enfermedad de Graves Basedow diagnosticada un año y medio atrás sin tratar al no concurrir a seguimiento. Perdió en ese lapso 50 kg. y desarrolló exoftalmos. Ingresó a la sala de clínica médica el 28/11/06 por neumonía de la comunidad, febril, 38 °C presentando tos con expectoración mucopurulenta y herrumbrosa. Se trató con ampicilina-sulbactam. Examen físico: exoftalmos bilateral. Bocio, sin nódulos ni frémito. FR: 44 x', crepitantes en ambos hemitórax a predominio izquierdo. Orientada, sin signos de foco neurológico ni meníngeos. Hipotensa, TA 90/60 mmHg. Presentó insuficiencia respiratoria e hipotensión por lo cual pasó a UCI; se realizó intubación orotraqueal y ventilación mecánica; se indicaron inotrópicos. Se trató con metimazol 20 mg c/6 hs., lugol 5 gotas c/6 hs., dexametasona 2 mg c/6 hs. y carbonato de litio 300 mg/día. Se colocó un catéter de Swan-Ganz para monitoreo hemodinámico: shock distributivo, PW 13, SVRI 449, PVRI 122, LVSWI 50.8, RVSWI 8.75. Tuvo distress respiratorio agudo con hipoxemia y PaO2/FiO2 <200. Se realizan maniobras de reclutamiento y requirió ventilación en decúbito prono. Se aisló un neumococo en minibal. ECG:T negativas en cara anterior; troponina I negativa. La T4 libre inicial fue de 2.5 ng/dl, con un dosaje intermedio bajo de T4L 0.49 ng/dl y T3L 0.00 pg/ml, y al alta de UCI T4L > 6 ng/dl T3L 18.9 pg/ml. Permaneció 21 días en asistencia respiratoria mecánica. El día 13 de su internación se constató cuadriparesia con electromiograma que demostró polineuropatía axonal difusa. El estado hemodinámico y el distress respiratorio mejoraron progresivamente, se suspendieron los inotrópicos y se inició plan de destete. La dosis de las drogas fueron disminuídas; se suspendieron el litio y la dexametasona, quedando con dosis de mantenimiento de metimazol. Luego de estabilizarse la enferma pasó a sala general iniciando rehabilitación kinésica motora. Continuó luego el seguimiento en consultorios externos. **Conclusión:** la paciente presentó una crisis tirotóxica desencadenada por una neumonía, con evolución tórpida, con shock distributivo, distress respiratorio y polineuropatía del enfermo crítico. Se trató la tirotoxicosis con el esquema convencional más litio, lográndose mejoría del cuadro.

0147 TÉCNICA DE OSCILACIÓN FORZADA PARA EVALUAR LA RESISTENCIA DE LOS TUBOS ENDOTRAQUEALES POSTERIOR A SU USO EN PACIENTES BAJO ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA

M OTAOLA², F RIOS¹, M CHIAPELLA¹, D CASAGLIA³, C APEZTEGUIA¹, S GUARDIA¹, N SALA¹

¹Hospital Posadas, ²CEMIC, ³Instituto de Ingeniería Biomedica, UBA

Los tubos endotraqueales (TET) utilizados para la provisión de ventilación mecánica (VM) incrementan la resistencia de las vías aéreas. Ello puede resultar un factor relevante durante el proceso de destete de la VM. No ha sido comunicada la evaluación de la modificación de la resistencia de los TET luego de su uso en VM mediante la Técnica de Oscilación Forzada (TOF). **Objetivo:** cuantificar las resistencias en los TET sin uso y una vez retirados luego de ser utilizados para VM en pacientes críticos; evaluar la correlación de sus modificaciones con el tiempo de uso. **Método:** determinación "basal" de la resistencia de los TET sin uso mediante TOF, sin otro flujo que el generado por el parlante. Medición con la misma técnica de las resistencias de 40 tubos post-extubación inmediata, en un periodo de 4 meses. **Resultados:** Se evaluaron tubos de 7.5 a 9 mm de diámetro, con un tiempo de VM de 94.5±108 hs. La resistencia en los TET usados fue mayor que la medida en los TET sin uso (1,98±0,41 versus 1,51±0,22 cmH2O.s.L-1). La media del incremento en las resistencias fue 31,2±20,3% (p<0.001). Las resistencias de

los TET usados fueron similares a las de los TET nuevos de diámetro un 1mm menor (Tabla 1). No se encontró correlación entre tiempo de intubación e incremento de la resistencia.

diametro Tubo	Resistancias Pre-intubacion (cmH2O.s.L-1)	Resistancias Post-extubacion (cmH2O.s.L-1)	% de cambio	p
7.5 mm (n=7)	1.92	2,48 ±0,36	29% ±19	0,001
8 mm (n=15)	1.55	2,02 ±0,30	30%± 19	0,001
8.5 mm (n=13)	1.40	1,84± 0,32	31% ±23	0,001
9 mm (n=5)	1.15	1,54 ±0,24	34% ±21	0,001

Conclusiones: con la utilización de TOF se demuestra el incremento de las resistencias de los TET tras su uso en VM, respecto de los TET nuevos del mismo diámetro. El aumento es de magnitud tal que los TET utilizados en VM presentan resistencias similares a las de TET sin uso de diámetro 1 mm menor. Este hallazgo debe ser tenido en cuenta al momento de realizar las pruebas de ventilación espontánea para el destete de VM, ya que el incremento del trabajo respiratorio relacionado con la vía aérea artificial sería mayor al esperado para el diámetro del TET utilizado.

0148 HEMORRAGIA DIGESTIVA ARTERIOLO-CAPILAR COMPLEJA: MANEJO ALTERNATIVO CON EMBOLIZACION ARTERIAL

G EISELE¹, E GALLI¹, D SIMONELLI¹, R VALENTINI¹, J MIANO², E MALVINO², A ALVARADO³, L GREGORIO⁴

¹CEMIC, ²Clínica y Maternidad Suizo Argentina, ³Hospital Juan A Fernandez, ⁴Hospital San Juan de Dios

Objetivos: Las hemorragias digestivas (HD) suelen presentarse en pacientes añosos y con importantes factores de riesgo donde los tratamientos médico y/o endoscópico pueden fracasar en un número variable de enfermos. Nos interesa mostrar los resultados del empleo de la embolización digestiva (ED) como alternativa terapéutica en pacientes con HD de origen arteriolo-capilar sin respuesta o imposibilidad de aplicación de los tratamientos habituales. **Material y métodos:** Entre Marzo de 2000 y Marzo de 2007 registramos 76 pacientes (entre 6 y 94 años, 42 de sexo masculino) con HD sin respuesta a la terapia habitual o imposibles de tratar sea por dificultad en la localización lesional o por los riesgos de las intervenciones a pacientes con severas comorbilidades. Las HD más frecuentes correspondieron a sangrados bajos (62%) con presentación aguda (80%). La arteriografía diagnóstica mostró como lesiones sospechosas aneurismas y/o pseudoaneurismas, zonas hipervasculares, angiodisplasias, sangrados activos o masas hipervasculares. La ED realizada a continuación empleó partículas de spongostan, polivinil alcohol, cianocrilato y coils como material de embolización generalmente en una única sesión. Realizamos control evolutivo posterior para determinar el tipo de hemostasia (global, definitiva, transitoria y prequirúrgica) o fracaso obtenidos. **Resultados:** Las causas tratadas de HD correspondieron a úlcera gastroduodenal, divertículo, angiodisplasia o tumor intestinal, raramente se embolizaron complicaciones de cirugía o trauma. Se logró hemostasia definitiva (control del sangrado agudo y/o crónico sin requerir tratamiento específico posterior) en 58% y hemostasia transitoria (resangrado a más de 72 horas de menor importancia y franca mejoría del estado del paciente o hemostasia previa a cirugía) en 27% de los pacientes. El fracaso del 15% correspondió a aquellos resangrados previos a las 72 horas y en los cuales la evolución global del paciente no se modificó con la ED; se incluyeron también los pacientes donde falló el cateterismo selectivo. Una paciente de 91 años que falleció una vez finalizada la ED no fue incluida en el análisis. Dos pacientes con complicaciones isquémicas requirieron cirugía. **Conclusión:** La ED representa una alternativa terapéutica para las HD arteriolo-capilares complejas con posibilidades de ofrecer hemostasia global (hemostasia definitiva + transitoria) hasta en 85% de los pacientes tratados.

0149 DISPLASIA ARRITMOGÉNICA DEL VENTRÍCULO DERECHO

RF JAÉN, CA CHEDE, MG GHIGGI, S CASTELLANO, A RUIZ CLAVIJO

Hospital de Clínicas José de San Martín

Objetivos: Reportar un óbito secundario a shock séptico refractario al que se arribó al diagnóstico de Displasia arritmogénica del VD (DAVD) por autopsia. **Caso Clínico:** Paciente de 11 años que

consulta por fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea de 24 hs de evolución. Presenta inmovilización del tobillo por traumatismo de 4 días de evolución. Antecedentes familiares: Hermano de 6 meses fallecido hace tres meses por shock séptico. Al ingreso paciente febril, mal estado general; signos compatibles con shock séptico, abdomen distendido, doloroso, reacción peritoneal y defensa. Se expande con solución fisiológica (3 lts), hemocultiva y se medica con triple esquema ATB. Se realiza laparotomía exploradora tomándose muestra para cultivos. Es derivado a nuestra UCIP, intubado con diagnóstico de shock séptico refractario a volumen y sospecha de peritonitis. Al ingreso se realizan reiteradas correcciones del medio interno secundarias acidosis metabólica y respiratoria, se indica inotrópicos por franca hipotensión con mala respuesta. Laboratorio: leucopenia con neutropenia, hiperglucemia, transaminasas elevadas, coagulograma alterado. Ecografía abdominal: Mínima cantidad de líquido libre, resto s/p. Rx de rodilla derecha: fractura intercondílea. Se realiza punción articular extrayéndose líquido sanguinolento que se cultivo. Evolución: En ARM con acidosis respiratoria refractaria e hipoxemia compatible con distress respiratorio agudo (PA/fi menor de 100) Altos requerimientos de inotrópicos (noradrenalina y adrenalina) sin respuesta terapéutica, y arritmias ventriculares. Fallece a las 8 horas del ingreso. Se solicita autopsia por el antecedente familiar. Autopsia: Bronconeumonía bilateral, Edema agudo de pulmón, Hemorragia pulmonar, Miocardiomiopatía arritmogénica de ventrículo derecho, NTA. Depleción linfocitaria esplénica. Cultivos: HMC y Líquido peritoneal: + SAMS de la comunidad sensible a cefalosporinas de 1 generación. Conclusión: Si bien el resultado de la autopsia coincide con la apreciación clínica ya que demuestra un shock séptico con fallo multiorgánico se arribo al diagnóstico subyacente de DAVD, Probablemente esta entidad haya sido un factor agravante en este contexto clínico. Cabe destacar que esta entidad es hereditaria y probablemente podría haber sido la causa que detonó la muerte del hermano. Se otorga consejo genético a la familia.

0150 TRATAMIENTO DE COAGULOPATIA ASOCIADA A LEUCEMIA PROMIELOCITICA AGUDA CON FVII ACTIVADO RECOMBINANTE (RFVIIa)

RF JAÉN, MJ OLANO, R BURGOS PRATTS, R MAGLIOLA
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) representa el 10 a 15% de las Leucemias Mieloides Agudas. En un 70 a 80% de los casos se logra la curación con el tratamiento actual basado en ácido transretinoico y quimioterapia. Las complicaciones hemorrágicas asociadas a coagulopatía son la principal causa de mortalidad. Objetivos: Mostrar resultados obtenidos al usar rFVIIa en un paciente con CID. Caso Clínico: Paciente varón de 15 años, sin antecedentes previos, internado por hematoma retroperitoneal post-traumático, con sesenta días de evolución, que se asoció a coagulación intravascular diseminada (CID), anemia, leucopenia y plaquetas normales. Ante el diagnóstico de CID sin desencadenante claro, se realizó aspirado de médula ósea que mostró infiltración compatible con LPA con estudio molecular PML/RAR- α positivo. El paciente inició tratamiento de inducción con ácido transretinoico 45 mg/m². A las 24 hs de iniciado el tratamiento presentó sangrados múltiples en piel y sitios de punción, y extensión del hematoma retroperitoneal a flanco, fosa ilíaca derecha y escroto además de hemotórax bilateral espontáneo. El compromiso del hemitórax derecho provocó insuficiencia respiratoria que requirió la colocación de un tubo de drenaje pleural con un débito de 500 ml/hora. Recibió soporte transfusional con 34 unidades de plasma fresco congelado, 50 unidades de crioprecipitados, 12 de glóbulos rojos y 12 de plaquetas sin lograr corrección de la coagulopatía (TP 43%, KPTT 34 seg, Fg 35 mg%, DDi 20255 η g/ml y plaquetas 60000/mm³). Evolucionó con descompensación hemodinámica e insuficiencia respiratoria que requirió asistencia respiratoria mecánica y soporte inotrópico. Decidiéndose el uso de rFVIIa 80 μ g/kg, con lo que se corrigieron los tiempos de coagulación (TP 100%, KPTT 33", Fg 246 mg%, DDi 5600 η g/ml) y el sangrado por tubo pleural disminuyó a 150 ml/hora. Con esta buena respuesta inicial, se administró una segunda dosis de 2.4 mg y se logró reducir el débito a 50 ml/hora y estabilizar el cuadro. A las 24 hs de finalizada la segunda infusión de rFVIIa, se constató un nuevo aumento del drenaje hemático a 250 ml/hora y descenso de 11 puntos del hematocrito. El estudio de coagulación mostró TP 55%, KPTT 31seg, DDi 17808 η g/ml y recuento de

plaquetas de 120000/mm³ (con soporte transfusional). Se administraron nuevamente 2.4 mg de rFVIIa y se repitió la dosis a las 6 hs, con disminución del débito a 25 ml/hora. La disminución del sangrado permitió retirar el tubo de drenaje pleural 6 días después. Una vez controlada la CID, se inició tratamiento quimioterápico. El paciente no repitió sangrados y no se constataron complicaciones trombóticas asociadas al uso de rVIIa en este caso de CID. A 21 días de inicio del tratamiento, se demostró remisión completa con estudio molecular PML/RAR α negativo y citogenético normal. Conclusiones: El uso de rFVIIa en este paciente con CID, fue exitoso y permitió revertir el cuadro y lograr que se instale el tratamiento quimioterápico en tiempo y forma, favoreciendo la sobrevida del paciente.

0151 SINDROME DE EMBOLIA GRASA POSTERIOR A INYECCIÓN INTRAMUSCULAR DE MATERIAL OLEOSO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

HJM ALVAREZ, SE LAZZERI, LL SOSA, GR ANDRICH, WJ COSCIO, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, RB PUYOL, JA CIALZETA, JA OJEDA, MA OJEDA, JM LOPEZ VERON, FF FRANCO, SD RIBAK, OA PINI
Hospital Escuela "José F. de San Martín". Corrientes

Introducción: La Embolia Grasa es una entidad poco frecuente, la mortalidad oscila entre el 7 al 25%, con un paulatino crecimiento en los últimos años debido al uso creciente e indiscriminado de materiales diversos y/o procedimientos estéticos. En la literatura, se reportan complicaciones con el uso de grasa autóloga, aceite vegetal, implantes de silicona líquida o semilíquida, petrolato y parafina e implante de colágeno bovino. Objetivo: Presentamos un caso clínico de un paciente que posterior a la inyección de una sustancia oleosa en la región glútea con fines estéticos, desarrolló un Síndrome de Embolia Grasa (SEG) clínicamente manifestado con un Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA), acompañado de alteración del Status Neurológico y Rash Petequial generalizado. Descripción: Paciente de sexo masculino de 23 años de edad, transexual, que comienza 48 hs. antes de la internación con fiebre, náuseas, vómitos de tipo bilioso y dolor intenso en ambos glúteos; presentando al ingreso el antecedente de inyección intramuscular de material oleoso (silicona industrial) en ambos glúteos. Evoluciona rápidamente con Disnea Clase Funcional III-IV, estuporoso, taquicárdico, taquipneico, febril, con palidez cutáneo mucosa generalizada, cianosis y petequias generalizadas. Al examen clínico: TA: 110/70 mmHg., FC: 110 lpm., FR: 28 pm., T^o: 38,5 °C, hipoventilación generalizada, aleteo nasal y uso de músculos accesorios. EAB al 21%: pH: 7.50, PCO₂: 35, PO₂: 45, HCO₃: 27, EB: 5, SaO₂: 85 % Rx. de Tórax: Infiltrado intersticial bi-basal a predominio derecho. Ingresa a la UTI e inmediatamente se comienza con ARM, con aumento progresivo de los requerimientos de PEEP hasta 20 cmH₂O, persistiendo con hipoxemia severa. Se realizó drenajes en el sitio de inyección intramuscular, obteniéndose material fibrinoso, con posteriores cultivos bacteriológicos negativos. En orina se observó la presencia de Glóbulos Grasos. El paciente evoluciona con un empeoramiento radiológico debido a la presencia de Hemorragia Alveolar en el contexto de una Coagulación Intravascular Diseminada (CID). A las 72 hs. del ingreso se produjo el óbito del paciente. Discusión: En este caso, el Síndrome de Embolia Grasa fue posterior a la inyección de un material oleoso en ambos glúteos con objetivos estéticos y que fueron realizados por personal no médico. El diagnóstico de Síndrome de Embolia Grasa continua siendo clínico (criterios de Gurd) caracterizado por la presencia de Insuficiencia Respiratoria Aguda, Compromiso Neurológico y Rash Petequial generalmente dentro de las 48 a 72 hs. posteriores al evento. Una vez desencadenado el cuadro el riesgo de vida es inminente. El antecedente de la inyección de sustancia oleosa sumado al cuadro clínico, son los pilares para el diagnóstico que se confirma con la autopsia.

0152 PRESENTACION DE UN PACIENTE TRASPLANTADO HEPATICO CON UNA LESION OCUPANTE DE ESPACIO EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

D RODRIGUEZ, D RODRIGUEZ, G CUETO, G NUÑEZ, O INVENTARZA, J LENDOIRE, A ARATA
Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Describir la presentación clínica y el algoritmo diagnóstico en un paciente trasplantado hepático con una lesión ocu-

pante de espacio (LOE) en SNC. Material y métodos: Descripción de un caso clínico. Búsqueda bibliográfica y en Internet (Medline, Pub Med). Resultados: Paciente masculino de 63 años trasplantado hepático por cirrosis por VHC y recidiva del mismo que recibió tratamiento con interferón, ribavirina, timosina y rapamicina. Presento un cuadro confusional, suspendiéndose dicha medicación. TC de cerebro: imagen nodular parietal izquierda que refuerza con contraste, refuerzo endimario. RMN de cerebro: señal hiperintensa en T2 y FLAIR, iso a hipointensa en T1, en localización periventricular supratentorial bilateral, predominantemente en localización paraventricular posterior izquierda, que refuerza con el contraste, con ligero efecto de masa, imagen sospechosa de proceso inflamatorio/infeccioso. LCR: 18 cel mononucleares/ml, proteínas 1,32 g/l, glucorraquia normal. Biopsia estereotáxica de cerebro: parénquima cerebral con infiltración linfocitaria perivascular CD3 y CD20 positivo. Estudio microbiológico para virus, hongos y bacterias del LCR y del material de biopsia: negativo excepto PCR positiva para EBV. Serología para virus y hongos negativa. Citometría de Flujo de LCR: población linfocitaria de tamaño pequeño a medio, 68% TCD4 y 26% TCD8, sin evidencia de células B ni indicios de clonalidad. El paciente evoluciona con deterioro neurológico progresivo, con convulsiones parciales complejas, nistagmus y signos de descerebración. Requiere intubación orotraqueal y traqueostomía. Habiéndose descartado patología infecciosa y ante el deterioro progresivo con compromiso vital a pesar de la suspensión de la inmunosupresión se realiza quimioterapia intratecal (aramicina, metotrexate y dexametasona) y tratamiento sistémico con dexametasona y anticuerpos monoclonales anti CD20 (rituximab) con mejoría parcial del cuadro. Conclusión: El trasplante de órganos sólidos se asocia a un mayor riesgo de enfermedades infecciosas y neoplásicas del SNC. Los agentes infecciosos que pueden generar enfermedad focal del SNC (LOE) luego de los primeros seis meses post trasplante son *Cryptococcus*, *Listeria*, *Aspergillus*, *Nocardia*, *Toxoplasma* y los *Herpesvirus*. Entre las neoplasias predominan los linfomas y la Enfermedad linfoproliferativa post trasplante las cuales se asocian a la infección por EBV. La mortalidad de estas patologías es muy alta y se debe llegar al diagnóstico en forma rápida para instaurar el tratamiento adecuado. En caso de confirmarse enfermedad neoplásica el tratamiento de primera línea es la suspensión de la inmunosupresión y en segunda instancia el tratamiento con radioterapia y quimioterapia intratecal y sistémica. Bibliografía: - Busuttill RW, Klintmalm GB. Transplantation of the Liver. Saunders, 1996. - Wijdicks EFM. Neurologic complications in organ transplant recipients. Butterworth Heinemann, 1999. - Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Enfermedades infecciosas. 5ta Edición. Panamericana, 2002

0153 ELECTROCARDIOGRAMA AL INGRESO AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD NEUROVASCULAR AGUDA

M. FOSCO¹, R. MERBILHÁA¹, L. SPOSATO², FR. KLEIN¹

¹Fundación Favaloro, ²Centro de Stroke, Instituto de Neurociencias, ³Depto. de Emergencias, Fundación Favaloro

Introducción: Los hallazgos en el electrocardiograma (ECG) de pacientes (p) con accidente cerebrovascular (ACV) pueden ser manifestaciones de enfermedad cardíaca subyacente o una consecuencia del evento neurológico en curso. Los hallazgos en el ECG de p con accidente isquémico transitorio (AIT) son menos conocidos. Objetivos: Comparar los hallazgos en el ECG entre p con síntomas neurológicos en curso y p con síntomas neurológicos resueltos. Material y métodos: Se revisaron en forma retrospectiva todas las historias clínicas de los p admitidos entre junio y diciembre / 2006 por síntomas neurovasculares de instalación súbita dentro de las 24 hs previas. Los p fueron separados en dos grupos, según los síntomas persistieran al ingreso al departamento de emergencias (DE) (presunción de ACV) o hayan resuelto completamente antes del ingreso (AIT). Se compararon características clínicas y hallazgos en el ECG inicial entre ambos grupos. Las variables continuas se expresan por su mediana y rango intercuartilio, y las categóricas por el porcentaje. Las primeras se compararon mediante la prueba de Suma de rangos de Wilcoxon, y las segundas mediante la prueba de Chi Cuadrado con corrección de Yates o Exacta de Fisher. Se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: Se incluyeron 65 p de 73 (62 – 77) años, 40 p (61.5%) de sexo masculino. Ingresaron con síntomas

en curso 36 p (55.4%) (presunción de ACV) y con síntomas resueltos 29 p (44.6%) (AIT). No hubo diferencia significativa en las características clínicas de base entre ambos grupos. Los hallazgos en el ECG se muestran en la tabla.

	Síntomas en curso	Síntomas resueltos	p
Duración QRS [mseg]	92 (84 – 111)	90 (84 – 130)	ns
Duración QT corregido [mseg]	432 (412 – 449)	422 (405 – 443)	ns
Fibrilación – aleteo auricular	8 p (22.2 %)	2 p (6.9 %)	ns
Bloqueo de rama derecha	2 p (5.6 %)	4 p (13.8 %)	ns
Bloqueo de rama izquierda	5 p (13.9 %)	4 p (13.8 %)	ns
Hipertrofia de ventrículo izquierdo	11 p (30.6 %)	7 p (24.1 %)	ns
Extrasístoles ventriculares	5 p (13.9 %)	0	0.06
Infradesnivel del ST	14 p (38.9 %)	6 p (20.7 %)	ns
Inversión de onda T	17 p (47.2 %)	11 p (37.9 %)	ns

Conclusiones: Tanto los pacientes con presunción de ACV como aquellos con AIT presentaron un alto porcentaje de trastornos de la repolarización ventricular, Fibrilación y Aleteo Auricular así como evidencias de agrandamiento de cavidades izquierdas. Los p con síntomas neurológicos en curso tuvieron una tendencia a presentar con más frecuencia extrasístoles ventriculares en el ECG de ingreso que los p con síntomas resueltos. El resto de los hallazgos en el ECG resultaron similares entre ambos grupos.

0154 CASO CLÍNICO: PACIENTE CON TRASPLANTE HEPÁTICO Y LESIONES NEUROLÓGICAS MULTICAUSALES

CL. SALVATIERRA¹, SE. GIANNASI¹, OA. GALDAME², D. BAUSO³, AC. GADANO², L. REZZONICO², FD. GOLDENBERG⁴, JE. SAN ROMAN¹, AO. GALLESIO¹

¹UTIA - Hospital Italiano de Bs. As., ²Hepatología. Hospital Italiano de Bs. As., ³Neurología. Htal. Italiano de Bs. As., ⁴University of Chicago Medical Center

Paciente de 31 años, cirrótico por Colangitis Esclerosante Primaria, con S. Ascítico Edematoso, S. Hipertensión Portal, Encefalopatía Porto Sistémica, con MELD 26, ingresa a UTIA posterior a Tx hepático cadavérico con graft de lóbulo izquierdo por reducción del hígado donante. POP inmediato clínicamente estable, extubado en las 1^a 24h, laboratorio: TGO 1092, TGP 617, BIL T/D 16/6,8, TP 22% y Factor V 16%. Al 2^o día POP realiza cuadro de obstrucción intestinal por acodadura de asa de delgado liberada en laparotomía, al 3^o día POP presenta estado de coma, hiperventilación y convulsiones, laboratorio: dosaje tacrolimus 53, TGO 231, TP 22%, Plaq 28000, Factor V 21%, BIL T/D 19/8, TC cerebro con edema difuso sin compresión troncal, se coloca catéter de PIC con 28 mmHg de apertura, Doppler TransCraneano (DTC): CMI 116 (media)/0,64 (índice pulsatilidad) - CMD 130/0,64. Al 4^o día POP entra en lista de emergencia para re-Tx por FHF debido no función primaria del graft, se controla Hipertensión endocraneana con medidas generales y sedación con propofol, manteniendo PIC < 20 mmHg y PPC > 50 mmHG; 5 h previas al re-Tx realiza convulsiones tónico-clónicas intra epamin, se administra lorazepam y aumento de propofol a 1,5mg/kg/h, se logran controlar luego de 2 dosis de carga de tiopental y mantenimiento. Re-Tx sin complicaciones, EEG post-Tx con lentificación del trazado sin descargas comiciales, en estado de coma, al los cuatro días del re-Tx se realiza TC cerebro que muestra hipodensidad temporal y frontal bilateral, en tálamo y caudado, RMN con hiperintensidad en dichas zonas. Evoluciona a estado de conciencia mínimo con apertura ocular, parpadeo, gestos al dolor, sin contenido de conciencia, la RMN con difusión a los 20 días muestra hiperintensidad cortical y subcortical a nivel temporal, frontal, circunvolución del cíngulo, así como en tálamo y cuerpo estriado, compatible con necrosis. Complicado con NIH, rechazo severo con ductopenia, fallece con sepsis y FMO. Conclusión: Se presenta un paciente con severas secuelas neurológicas posterior a un Tx hepático, con 3 eventos de injuria encefálica: FHF, toxicidad por FK y convulsiones, eventos que por separado provocan un daño neurológico potencialmente reversible, tanto en lo clínico como en imágenes, pero juntos crean un cuadro sin definición característica por imágenes, así como un deterioro neurológico que no revierte hasta el día en que fallece.

0155 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO: FRACTURA DE COLUMNA CERVICAL SUPERIOR: ESTALLIDO DE ATLAS EN ANCIANO CON CONSULTA TARDÍA Y AMBULATORIA

M VELASQUEZ, L VIDAL, G BUSTAMANTE LABARTA, C CAÑAS, S CASTAÑEDA, P CLEMENTTI, G MARTINEZ, L SILVA, V RAMOS, D YUFRA, G BOCCARDO

Servicio de Terapia Intensiva .Sanatorio Nuestra Sra. del Rosario. San Salvador de Jujuy.Pcia. de Jujuy. Argentina

Objetivos: Reportar un caso infrecuente por la edad y presentación, así también por el tratamiento en un paciente con Fractura Estallida de Atlas o Fractura de Jefferson asociada a politraumatismo. **Material y método:** Se trata de un paciente de 83 años que consulta en forma espontánea por guardia a las 48 hs. de caída al ser despedido por un caballo con TEC y fractura de Columna Cervical Superior. **Cinématica:** el animal tropieza, cae y el paciente es despedido un par de metros. Sufre pérdida transitoria de conciencia, se recupera solo, fugaz ceguera y dificultad para mover el MSD que ceden en breve. Camina unos pasos hasta que es ayudado. Se va al domicilio y dos días después consulta por dolor y tortícolis, sostiene la cabeza con las manos. **Ingreso UTI:** Ex. neurológico s/p TAC de SNC: atrofia cerebral Rx: Col. cervical: artrosis severa Rx transoral: Nada a destacar. TAC columna cervical Fractura de arcos anterior y posterior de atlas. Apófisis odontoides indemne. Las masas laterales de C1 están alineadas en relación con los cóndilos occipitales y articulaciones interapofisarias de axis. RNM no significativa: dificultad técnica por el halo, tracción, dolor, inquietud. **Diagnóstico:** Fractura de Jefferson con estallido de arco anterior y posterior, aparenta ser estable **Tratamiento:** Inmovilización. Se instaura tracción con halo y 3 kg de peso **Antec P:** HTArterial medicado con ramipril. **Evolución:** A las 48 hs excitación psicomotora, se repite TAC cerebro sin lesiones Al 4to. día pasa a piso Halo chaleco a los 12 días de ingreso y se autoriza deambulacion Alta a 16 ds, ingreso. **Comentarios:** La fractura del atlas suma 25% lesiones del complejo atlantoaxoideo, 10% de las lesiones cervicales, 2% de todas las espinales. **Causas:** zambullidas, TEC contra techo del vehículo, caídas de cabeza. El anillo de C1 es amplio, da pocas complicaciones neurológicas, es relativamente benigna la lesión, y queda como secuela pérdida de la rotación. **Mecanismo:** excesiva compresión axial. Si la separación de las masas laterales de C1 es más de 6,9 mm en el plano Rx AP respecto de la masas interapofisarias del axis, es probable que se acompañe con desgarro del ligamento transversario y es un franco signo de inestabilidad **Frecuencia próxima al 50% de las fracturas del Atlas.** El tratamiento si es Estable es inruento (tracción, halo chaleco); si es Inestable es quirúrgico. También depende de la edad y de las lesiones asociadas como TEC, otras fracturas cervicales o de otras partes de la columna hasta 20%. Destacar lucidez para manifestar dolor. Pasa inadvertida por TEC, alcohol, politrauma, o errores al leer la Rx. o mala técnica. **Conclusión:** Se presenta un caso poco habitual de fractura de atlas por la edad, el mecanismo, la presentación clínica Si bien se deben conocer las recomendaciones para su tratamiento a partir de reconocer su estabilidad o no, también es importante la consideración de las particularidades como la edad, la retención urinaria por decúbito, la personalidad, y los riesgos de morbilidad asociada como para ajustar el tratamiento a lo mejor para cada paciente.

0156 SINDROME SEROTONINERGICO SECUNDARIO A EXTASIS. REPORTE DE UN CASO CLINICO CON COMPLICACIONES SEVERAS

G MARTINEZ, G TORREALDAY, C COZZANI, A ARATA
Hospital Argerich

Introducción: La sustancia 3,4-metilendioxi metanfetamina (MDMA), conocida como éxtasis, es una droga de amplio uso recreacional que motiva numerosas consultas por toxicidad a los departamentos de urgencias. Actúa estimulando el sistema nervioso central por bloqueo de la captación de catecolaminas, dando origen al síndrome serotoninérgico que se caracteriza por alteración de la vigilia, de la actividad neuromuscular y del sistema nervioso autónomo. Aunque la mayoría de los casos son leves y autolimitados, hay reportes de casos severos caracterizados por hipertermia severa, rigidez muscular, convulsiones, rabdomiólisis,

acidosis metabólica, hepatotoxicidad y coagulopatía. **Objetivo:** Comunicar un caso de intoxicación aguda con éxtasis con complicaciones severas, para contribuir a un mejor entendimiento y manejo de este cuadro clínico. **Caso clínico:** Paciente masculino de 35 años, traído por ambulancia desde un local bailable nocturno por presentar excitación psicomotriz seguido de convulsiones. Al ingreso presenta convulsiones y paro cardiorrespiratorio por fibrilación ventricular, que responde a maniobras de reanimación. Se desconocen antecedentes. Evolucionó con insuficiencia renal aguda oligúrica requiriendo hemodiálisis durante 20 días; rabdomiólisis con CPK pico 21.000 al 11º día; aumento de enzimas hepáticas; episodios reiterados de excitación psicomotriz, rigidez muscular, hipertensión arterial, taquicardia, hipertermia y diaforesis de difícil tratamiento; ARM prolongada (20 días) por debilidad muscular severa. El análisis toxicológico en orina realizado al 22º día de internación fue positivo para metanfetaminas. Evolucionó posteriormente afebril, normotenso, lúcido, con diuresis conservada, con normalización de función renal, hepatograma y CPK. Fue dado de alta. **Discusión:** Reportamos un caso de síndrome serotoninérgico como expresión clínica del consumo de éxtasis. El patrón clásico de consumo, un local bailable nocturno, donde se combinan factores como elevada temperatura ambiente, actividad muscular intensa y deshidratación, favorecen la toxicidad por MDMA. A pesar de una baja incidencia de complicaciones graves reportadas, nuestro paciente presentó fibrilación ventricular, rabdomiólisis severa, insuficiencia renal aguda y hepatotoxicidad. La evolución del paciente, con crisis adrenérgicas de difícil tratamiento, curva ascendente de CPK y detección de metanfetaminas a las 3 semanas, nos permite especular sobre mecanismos de redistribución de la droga o de disminución de su clearance por disfunciones hepática y renal. En la literatura, se proponen como drogas de elección para su tratamiento a la ciproheptadina y la clorpromazina, por sus propiedades antagonistas serotoninérgicos, aunque su beneficio deriva de reporte de casos. Otras drogas usadas son benzodiazepinas y beta bloqueantes. **Conclusión:** Si bien, la incidencia de esta patología es baja en relación al amplio consumo de éxtasis, el reconocimiento temprano de este cuadro clínico es de importancia para un adecuado diagnóstico y tratamiento de las complicaciones severas.

0157 SDRA POR HANTAVIRUS: SITUACION DE LA PROVINCIA DE JUJUY

RM VELASCO, M BELLONE, D CARRILLO, I IBAÑEZ, ME FANDIÑO, G GARCIA DIAZ, G JEREZ, C VEGA SAUER, A PEREYRA, C LOBATON, C OVIEDO
Sanatorio Lavalle - Jujuy

Objetivos: Presentar un caso de SDRA Hiperagudo Fulminante. Mostrar la epidemiología de Hantavirus en la provincia de Jujuy y su mortalidad. **Materiales y método:** Se utilizaron datos de estadística epidemiológica de la provincia de Jujuy y la asistencia en un caso problema. **Paciente:** femenina de 37 años de edad que ingresa con dolor abdominal epigástrico moderado sin irradiación de 5 días de evolución, con náuseas, sin vómitos. Posteriormente, malestar general, febrícula y odinofagia medicada con amoxicilina-clavulanico. Consulta nuevamente por diarrea acuosa, se interna. No presenta ningún antecedente patológico, sólo refiere cursar 4to día del ciclo menstrual. Refiere cuadro depresivo con pérdida de más de 10 kg de peso. El examen físico al ingreso TA 120/70, FC 80, FR 18, Temp 37,3, fauces congestivas, buena entrada de aire bilateral. Laboratorio de ingreso Hto 40%, GB2500 (PMN 75), Glucemia 0,86, urea 0,32, sodio 133, potasio 3, LMF (-), O Completa 2 leucocitos por campo. Durante sus primeras horas de internación comienza con disnea, con aparición de rales bilaterales de rápida progresión y persistencia de la febrícula, deterioro de su estado general, y deterioro de la perfusión periférica. Se solicita nuevo laboratorio Hto 47% TGO 31, LDH 1473, pH 7,32, HCO₃ 14, pCO₂ 27, pO₂ 64 Sat 77%, con máscara al 28% por lo que se decide su paso a UTI. Se conecta a ARM con diagnóstico de SDRA primario de etiología en estudio. En horas evolucionó al fallo hemodinámico con hipoxemia refractaria. Fallece a las 12 horas de su ingreso. Se reciben post mortem HMC x2 (-), Cultivo de secreción bronquial para gérmenes comunes, y para BAAR (-), exudado vaginal (-), urocultivo (-), serologías para, HIV (-), Hantavirus (+). **Discusión:** Presentamos este caso para exponer nuestra situación provincial respecto a la epidemia de Hantavirus

debido a los 28 casos declarados en el año 2006. En la Argentina se diagnostican infecciones causadas por el virus desde la década del 80. Se han identificado tres focos uno en el área endémica de la Fiebre Hemorrágica Argentina (Centro), otro en el (NOA) y un tercero en El Bolsón, Río Negro. Hantavirus forma parte de la familia Bunyviridae, se presenta en los roedores salvajes y son causa de enfermedad pulmonar y renal. En nuestra población se evidencian 2 tipos de roedores uno silvestre y otro periurbano, que transmiten cepas, orán, bermejo, y laguna negra. La mayor incidencia es en los meses de Marzo a Octubre, con edad promedio de 34,94 años a predominio masculino (76%) con 15% de mortalidad.

Departamento	2005	2006
El Carmen	1	1
Ledesma	2	12
Santa Bárbara	7	5
San Pedro	2	1
San Antonio		8
Manuel Belgrano		1

Conclusión: La experiencia de este caso, es un alerta respecto que la patología endémica debe ser tenida en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial.

0159 BOTULISMO POR HERIDAS EN UN NIÑO

S. REGLINER¹, P. RUST¹, M. AYUP¹, A. VÉLEZ², D. ALLENDE², J. CABELLO³

¹Sanatorio Juan XXIII. General Roca, Río Negro, ²Hospital "Dr. E. Castro Rendón", Neuquén, ³Hospital de Villa Regina, Río Negro.

Objetivo: presentar un caso de botulismo por heridas en un paciente pediátrico. Material y Método: Niño de 8 años que el 24/9/06 sufre TEC con herida de cuero cabelludo que se sutura. 6 días después consulta por decaimiento y cefalea intensa, indicándose amoxicilina por sinusitis. Al día siguiente se interna con sensorio alternante, hipotonía y trastornos del lenguaje en el Hospital de Regina (Río Negro). La TAC de cráneo muestra fractura ósea parietal izquierda y una burbuja de aire. Posteriormente el niño desarrolla status convulsivo, con probable broncoaspiración. Se intuba y se trata con anticonvulsivantes, manitol y ceftioxona. En la intervención neuroquirúrgica se extraen esquirlas de ladrillo impactadas en la duramadre, con pequeño hematoma extradural. Se deriva al Sanatorio Juan XXIII de General Roca, donde queda en ARM con Clindamicina-Amikacina-Cefuroxima por condensación y atelectasia pulmonar derecha. Un día después tiene Glasgow 12, pero a las 72 hs presenta deterioro neurológico con sialorrea, hipotonía generalizada y oftalmoplejía. Se realiza EMG compatible con botulismo (5/10), y se envían muestras al Malbrán, no hallando toxinas ni clostridios botulínicos. Una RMN descarta enfermedad desmielinizante. El 14/10 se repite EMG típico de botulismo. Se alimenta por SNG con irregular tolerancia, y el 22/10 se realiza endoscopia por hematemesis refractaria, encontrando una úlcera duodenal. Inicia alimentación parenteral total, que cumple durante 40 días. A los 30 días del ingreso persiste con hipotonía generalizada, despierto y conectado al medio, realizándose traqueotomía. A los 45 días comienza a movilizar extremidades, extubándose exitosamente los 66 días de ARM. Progresivamente comienza a pararse, sentarse y deambular con ayuda. A los 95 días se retira cánula de traqueotomía, alimentándose sin dificultad, con movilización propia y hablando sin dificultad, dándose el alta. Tuvo 3 episodios de neumonía durante su internación. Resultados: Este niño sufrió fractura de cráneo con impactación de esquirlas y polvo en la duramadre, con status convulsivo a los 7 días. Posteriormente a la neurocirugía se observó hipotonía progresiva, requiriendo ARM prolongada, complicada con neumonías y úlcera duodenal. Los EMG realizados y la evolución fueron típicos de botulismo. Conclusiones: El botulismo por heridas es poco frecuente, y se observa actualmente en adictos. Las esquirlas y la tierra halladas en la duramadre en este niño pudieron estar contaminada con clostridios, que dejan su forma de esporo y se desarrollan en el tejido lacerado sintetizando la neurotoxina botulínica en un período que varía entre 4 a 14 días. Este paciente provenía de una zona donde se habían diagnosticado previamente casos de botulismo in-

fantil tipo A. A pesar de requerir ARM prolongada, el niño se recuperó totalmente. Este tipo de botulismo es raro en niños, pero tiene buena evolución con terapéutica de sostén y tratamiento de sus complicaciones.

0160 MIASTENIA GRAVIS COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA EN PEDIATRÍA

V. RODRIGUEZ, P. GALLARDO, G. CORREA, V. ALBARRACIN, AS. REARTE, F. CASTRO, L. MARCOS

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital del Niño Jesús - Tucumán

Se presenta el caso clínico de una niña de 7 años de edad que ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de nuestro hospital con diagnóstico de insuficiencia ventilatoria y que presenta una evolución atípica. El cuadro clínico se inicia con diarrea, tos, fiebre y dificultad respiratoria con manejo ambulatorio, luego de 10 días ingresa a nuestro hospital por infección respiratoria aguda baja, signos de deshidratación grave y alteraciones metabólicas (acidosis metabólica, hipokalemia), se interna en Cuidados Intermedios, presenta convulsión tónica clónica generalizada y paro respiratorio, pasa a UCIP donde se realiza maniobras de reanimación, se intuba y se conecta en Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM). Permanece 48 horas fracasando la retirada por claudicación respiratoria a pesar de la mejoría clínica, gasométrica y radiológica. Se sospecha enfermedad neuromuscular por presentar babeo permanente, ausencia de reflejo tusígeno, ptosis palpebral con signo de Bell y debilidad muscular de cintura escapular. Se realiza prueba de neostigmina siendo esta positiva. Electromiograma positivo para Miastenia Gravis. Anticuerpos Antirreceptores de Acetilcolina (ACRA) positivos. Cultivos negativos. TSH, T3, T4 normales. TAC cerebral normal. TAC torax: celda anterior normal. Se medicó con Piridostigmina y corticoides con buena evolución por lo que se extuba a la niña a los 6 días del ingreso y alta hospitalaria a los 22 días. Comentario: La Miastenia Gravis puede iniciarse a cualquier edad, pero es rara durante la primera década de la vida. Por la clínica y evolución, consideramos de importancia la presentación del caso, a los fines de tener en cuenta a la Miastenia Gravis como una de las posibles etiologías de claudicación respiratoria en pediatría, ya que en nuestro servicio del total de 300 pacientes que ingresaron en el año 2006, el 59% (174/300) se ventilaron; de estos el 17% (30/174) fueron por causa neuromuscular y solo este caso presentado por Miastenia Gravis.

0161 TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO DE LAS HEMORRAGIAS GRAVES DEL POSTPARTO: IMPORTANCIA DE LA ATENCION PRECOZ EMPLEANDO EMBOLIZACION UTERINA

G. EISELE¹, D. SIMONELLI², E. GALLI³, M. MARTINEZ⁴, E. MALVINO⁵, J. DONO⁵, P. AMANZI⁵, S. ANHEL⁵

¹Clinica y Maternidad Suizo Argentina, IADT, Sanatorio Trinidad Mitre y Palermo, ²CEMIC, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, ³Hospital de Agudos Juan A. Fernandez, IADT, Trinidad Quilmes, ⁴Halitus Centro Médico, Clínica y Maternidad Suizo Argentina, ⁵Clinica y Maternidad Suizo Argentina

Objetivo: La hemorragia grave del postparto (HGP) es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y que impone la acción coordinada y rápida de múltiples especialistas. En estos casos, el empleo de la embolización uterina (EU) ha mostrado excelentes resultados de hemostasia. En este trabajo, mostramos el beneficio del trabajo multidisciplinario en el tratamiento de las HGP analizando el rol de los médicos intervinientes cuando se indica el empleo de EU. Material y método: Se registró la hemostasia obtenida, presencia de shock, volumen de reposición, estadía en UCI e histerectomía de 47 pacientes con HGP sin respuesta al tratamiento inicial y posteriormente embolizadas. La arteriografía y EU empleó técnica habitual de cateterismo arterial habitualmente en sala de hemodinamia y utilizando material de embolización transitorio. Todas las pacientes fueron luego trasladadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) donde se controló la evolución de la HGP y el resultado de los tratamientos aplicados. Se evaluó la importancia del pedido de EU precoz por los especialistas intervinientes (obstetra, anestesiólogo e intensivista). La incidencia de shock hipovolémico,

coagulopatía y los valores de reposición de la volemia y hemocomponentes se cruzaron con los tiempos de llamados de EU precoz y tardío empleando tablas de contingencia (Chi-cuadrado) y pruebas no paramétricas (test de Mann-Whitman), para las variables discretas y continuas respectivamente. En todos los casos se utilizó un intervalo de confianza de 95%. Resultados: Se logró hemostasia en todos los casos sin mortalidad materna, con baja morbilidad y complicaciones. La EU fue eficaz y segura con 91,5% de hemostasia definitiva (n=43). En 4 casos (8,5%) con roturas vaginales y uterinas desapercibidas, la EU fracasó pues resangraron y requirieron resolución quirúrgica posterior. La toma de decisión para realizar EU por parte del anestesiólogo se realizó en forma más precoz, con menos incidencia de shock y menores requerimientos de reposición comparativamente que cuando no intervino en esta decisión (Tabla). Conclusión: La integración de especialistas en las HGP y la incorporación de la EU a la terapéutica ofrecen excelentes resultados de hemostasia. Además se demostró que el beneficio es mayor cuando las actuaciones de los médicos tratantes se realizan precozmente.

Tabla: Presencia de shock, reposición de volumen y hemoderivados (valores promedio) comparado al llamado precoz y tardío de EU:

	Total grupo	Llamado precoz	Llamado tardío
Pacientes llamado constatado	45 (100%)	26 (58%)	19 (42%)
Tiempo promedio en hs.	4:30	1:50	7:38
Presencia shock hemorrágico	22 (48.89%)	8 (33.33%)	13 (68.42%)
Cristaloides	4582	3659	7180
Haemacel	1225	864.4 (p=0.049)	1900
U de sangre y gl rojos	3.87	2.48	6.08
U plasma	3.31	2.45	5.77
U crioprecipitados	4.46	4.46	11.28
U plaquetas	4.2	2.15	13

0162 PERCEPCION DEL DOCENTE EN TERAPIA INTENSIVA

L CAMPUTARO, G CHIAPPERO, G BORENSTEIN
Departamento Docente SATI

Introducción: Todas las Escuelas/Facultades de Medicina, tienen una estructura que permite la formación de sus docentes para el pre-grado. Más allá de la capacidad idónea en el área específica deben cumplimentar aspectos teóricos y prácticos que desarrollen capacidades pedagógicas al futuro Docente. Hace unos pocos años se exige una formación pedagógica a docentes de postgrado y en consecuencia la percepción de los alumnos debería ser tenida en cuenta para organizar una formación curricular desde SATI. Objetivo: presentar los resultados de la encuesta Docente desarrollada en el ámbito de nuestra Institución. Material y métodos: Se realizó una encuesta autodirigida cerrada a alumnos del Curso Superior y a Docentes en el ámbito de la SATI. La misma constó de: dominio general o epidemiológico (sexo edad) y tres dominios de indagación. Dominio A o de entrenamiento/acreditación del encuestado; dominio B de las actividades docentes desarrollados y dominio C (semiabierto) de opinión. Resultados: Respondieron la encuesta 33 alumnos (A) (Edad: 30.45 ± 3.28; r 26-41; Sexo M: 52.5% F: 48.5%) y 21 docentes (B) (Edad: 44.64 ± 5.85; r 36-58; Sexo M: 76.2% F: 26.8%. En grupo A el 93.9% refiere tener < de 10 años de recibido, y en el grupo B el 100% refiere tener > de 11 años de recibido y ser Especialistas en Terapia Intensiva. A pesar de las diferencias en los grupos etáreos coincidieron en los atributos a considerar para el perfil de un Docente en Terapia Intensiva. 1. ser Especialista en Terapia Intensiva; 2. Ser reconocido por sus pares como experto en el Área específica de enseñanza (respiratorio, neurointensivismo, trauma, etc.); 3. Tener la Carrera Docente de Facultad/Universidad correspondiente; 4. Tener al menos un curso de didáctica-pedagogía presencial con evaluación final; 5. Ser Especialista en el Área Específica de enseñanza (cardiología, neumonología, etc); 6. Tener al menos un curso de didáctica-pedagogía a distancia con evaluación final; 7. Tener al menos un curso de didáctica-pedagogía a distancia; 8. Tener al menos un curso de didáctica-pedagogía presencial. Conclusiones: La Acreditación Docente no es un tema menor. Aspectos que van más allá de conocer acabadamente el tema a desarrollar en las actividades docentes a implementar. La percep-

ción de los encuestados apunta a que un Docente en Terapia Intensiva aparte del "expertise" debería conocer las distintas estrategias a implementar en la relación enseñanza-aprendizaje.

0163 ¿QUÉ PERCEPCIÓN TIENEN LOS RESIDENTES DEL META ANÁLISIS?

L CAMPUTARO¹, J ANGAROLA²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, ²Hospital Juan A Fernandez

Introducción: La necesidad creciente de información clínica relevante, debido a una sobreabundancia de información ya que aparecen 17.000 libros y unas 30.000 revistas biomédicas nuevas cada año, con un incremento anual de un 7%. Esto implicaría que para mantenerse actualizado un médico necesitaría leer en promedio 17 artículos originales cada día. Por otro lado los aumentos de los costos / gasto sanitario con recursos limitados; implican que las decisiones clínicas y sanitarias deben ser tomadas en un contexto de evidencia científica robusta. Por este motivo se desarrolla hace unos 25 años el meta-análisis, el cual es una herramienta estadística con el fin de obtener una valoración objetiva y reproducible del material publicado por diversos autores y así llegar a conclusiones válidas. Objetivo: presentar los resultados de una encuesta de percepción del Meta análisis realizado a Residentes de Terapia Intensiva. Material y métodos: Se realizó una encuesta cerrada a 33 médicos que realizan tareas en Terapia Intensiva. La muestra se obtuvo de 3 Instituciones distintas (todas asociadas a la Facultad de Medicina de la UBA) y con Residencia reconocida en Terapia Intensiva por UBA; Ministerio de Salud y Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Se encuestaron Médicos de Planta y Residentes a partir de 2do Año, incluyendo al Jefe de Residentes. Se formularon las siguientes preguntas: 1.- Para qué se utiliza el meta análisis; 2.- que método utiliza; 3 Para qué lo considera útil; 4.- Luego de haber leído un meta-análisis; ¿en qué medida ha cambiado su decisión en la práctica diaria?. Resultados: Si bien la n es pequeña, por el grado de formación de los encuestados es interesante relevar algunos puntos: 1. La mayoría conoce que es un método retrospectivo (51.5%); que utiliza una herramienta estadística (48.5%); para analizar muchas poblaciones de pacientes (51.5%). 2. Considera que es un método reproducible (66.6%); 3. Lo considera un método útil para cambiar conductas terapéuticas (69.7%); diseñar guías de diagnóstico y tratamiento (54.5%); cambiar conductas diagnósticas (51.5%); y disminuir la brecha de incertidumbre en las decisiones (48.5%); 4. La nueva información es utilizada para generar cambios de conductas en el 24.3% ("siempre" 3.03, "la mayoría de las veces" 21.2%). En este ítem la opción "a veces" fue respondida por el 66.6% de la población encuestada. Conclusiones: El Meta-análisis es sin duda una nueva herramienta en la toma de decisiones pero su utilidad está basada necesaria e indudablemente en el juicio crítico del lector. Sin olvidar que el "construido" de la buena práctica de MBE se basa en la maestría clínica ("expertise"). la preferencia de los pacientes y la mejor evidencia disponible. Este es tal vez el punto de mayor relevancia para entrenar al Residente en la utilidad del método.

0164 HEMORRAGIA SUBARAGNOIDEA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD GLOBAL

C VIOTTI, L URANGA, F FERREIRO, S FARIAS, S ZIDARICH, A MARTINOVICH

Hospital Italiano de Córdoba

Objetivo: Determinar factores de riesgo asociados a la mortalidad global. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo en una unidad de terapia intensiva polivalente de 13 camas. En el periodo comprendido entre enero del 2006 a abril del 2007 se revisaron las historias clínicas de pacientes internados en terapia intensiva y se incluyeron los pacientes con diagnóstico de hemorragia subaragnoidea no traumática (HSA). Los factores de riesgo asociados a la mortalidad global considerados fueron: 1. Hunt y Hess. 2. Fisher. 3. Diuresis horaria (ml/hr). Rangos: 0-99, 100-200, 200-300, 300-400, >400. 4. Natrema (mEq/L). Rangos: 110-130/131-140/141-150/>151. Resultados: En el período comprendido desde enero del 2006 a abril del 2007 ingresaron 648 pacientes a Uti, de los cuales 23 (3.5%) fueron HSA no traumática. La edad promedio fue de 66 años (rango entre 36-86 años) de los cuales 17 fueron mujeres (73.9%) y 6 fueron hombres (26%). La mortalidad global fue de 10

pacientes (43.4%). El promedio de Apache II fue de 13. La mortalidad global según escores clínico y tomográfico fue:

Hunt y Hess	n: 23	Mortalidad. n: 10
0-2	8 (34.7%)	1 (10%)
3	11 (47.82%)	6 (60%)
4	4 (17.39%)	3 (30%)
Fisher		
I-II	3 (13.04%)	1 (10%)
III	3 (13.04%)	2 (20%)
IV	17 (73.89%)	7 (70%)

Al comparar mortalidad con rangos de natremia (mEq/L) y diuresis (ml/hr), se obtuvieron los siguientes resultados:

Natremia. mEq/L	n: 23	Mortalidad. n: 10
Rango 1: 110-130	-	-
Rango 2: 131-140	14 (60%)	4 (40%)
Rango 3: 141-150	5 (21%)	3(30%)
Rango 4: >151	2 (8.6%)	2 (20%)

Diuresis. ml/hr	n: 23	Mortalidad. n: 10
rango 1: 0-99	12 (52%)	7 (70%)
Rango 2: 100-200	5 (21%)	1 (10%)
Rango 3: 200-300	2 (8%)	-
Rango 4: 300-400	2 (8%)	1 (10%)
Rango 5: >400	2 (8%)	1 (10%)

Conclusiones: Hunt y Hess III y Fisher IV se asoció con aumento de la mortalidad global, siendo a su vez estos los grupos más representativos en número, asociado a una edad media alta (66 años). No hubo diferencias en mortalidad entre los diferentes grupos de natremia. Si bien la natremia no tuvo impacto en la mortalidad global, los pacientes con hipernatremia (rango 3-4) tuvieron una mortalidad alta (60%-100% respectivamente). El factor de riesgo más relacionado a la mortalidad global fue una diuresis < 99 ml/hr (70%). A pesar que los resultados obtenidos carecen de significancia estadística, posiblemente un rango de diuresis horaria determinada podría ser una variable independiente de mortalidad global en una muestra mayor.

0165 MORTALIDAD DE LA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA (NAV) POR GÉRMEENES MULTIRRESISTENTES (GMR)

RB PUYOL, GR ANDRICH, WJ COSCIO, HJM ALVAREZ, JM LOPEZ VERON, SE LAZZERI, LL SOSA, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, MA OJEDA, JA CIALZETA, JA OJEDA, SD RIBAK, FF FRANCO, OA PINI
Hospital Escuela "José F. de San Martín". Corrientes

Introducción: Contar con datos epidemiológicos actualizados en los casos de NAV, permite establecer conclusiones y dirigir acciones específicas basadas en evidencia concreta. Objetivos: describir las características principales de los casos de NAV relacionadas con GMR en un servicio polivalente de cuidados intensivos. Materiales y método: Estudio prospectivo de casos de NAV con cultivo positivo en el periodo entre enero/2006 a marzo/2007, detallando edad, sexo, score APACHE II y SOFA, mortalidad general y estadía. Se subdividieron los pacientes (p) en 2 grupos, de acuerdo al patrón de resistencia antibiótica, denominados multirresistente (MR) y no multirresistente (no MR). Por separado los casos fueron clasificados según germen, y sensibilidad en antibiograma. Finalmente se detalló mortalidad según mecanismo de resistencia en los gram negativos por producción de carbapenemasa y betalactamasa de espectro extendido (BLEE). El análisis estadístico utilizado fue el test de chi cuadrado con corrección de Yates, considerando como significativo un valor de p <0.05. Resultados: Ingresaron al estudio 83 p, con mortalidad global de 46.98%. En 37 p (44,57%) se aislaron GMR, y los otros 46 no MR, sin diferencia significativa de mortalidad entre ambos grupos (51,37% vs 43,47%). Analizando por germen, la mortalidad mayor se observó con P.aeruginosa (65%) que se eleva al

100% cuando pertenece a GMR. Para S. aureus, la mortalidad fue 38%, (100% en no MR). Según mecanismo de resistencia en gramnegativos, la mortalidad del grupo cabapenemasa fue 100%, y en el grupo BLEE fue 50%. Conclusiones: el menú de microorganismos aislados coincide con la literatura al respecto. Clasificar a los p en GMR y no MR no representó diferencia en la mortalidad, excepto en el análisis individual para algunos gérmenes. La producción de carbapenemasa se asoció invariablemente con pronóstico fatal, como también en la mitad de los casos de producción de BLEE.

0166 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV): MORTALIDAD SEGÚN ESQUEMA ANTIBIÓTICO EMPÍRICO INICIAL

JM LOPEZ VERON, GR ANDRICH, WJ COSCIO, HJM ALVAREZ, RB PUYOL, SE LAZZERI, LL SOSA, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, JA CIALZETA, MA OJEDA, JA OJEDA, SD RIBAK, FF FRANCO, OA PINI
Hospital Escuela "José F. de San Martín". Corrientes

Introducción: la elección del adecuado esquema inicial de antibióticos (EIA) es clave en las infecciones graves, y la base para la toma de decisiones radica en contar con datos actualizados para cada nosocomio. Objetivos: describir la mortalidad de NAV relacionándola con EIA y los datos bacteriológicos en un servicio polivalente de cuidados intensivos. Materiales y método: Estudio prospectivo de casos de NAV con cultivo positivo en el periodo entre enero/2006 a mayo/2007, detallando edad, sexo, score APACHE II y SOFA, mortalidad general y estadía. Se clasificaron los pacientes (p) en 2 grupos, según el germen aislado fuera sensible al EIA (grupo 1) o resistente (grupo 2) en el antibiograma (ATBGM). Los casos se subdividieron a su vez según se cambiara el EIA (subgrupo A) o continuara con el mismo (subgrupo B), determinándose la mortalidad en cada uno de ellos. El análisis estadístico utilizado fue el test de chi cuadrado con corrección de Yates, considerando como significativo un valor de p <0.05. Resultados: Sobre un total de 83 p ingresados, la mortalidad global fue 46.9% (39/83). Hubo coincidencia entre EIA y ATBGM en 25,3% de los casos (21/83). Mortalidad del grupo 1: 33% Mortalidad del grupo 2: 51,6%

Subgrupo	n	Mortalidad	Subgrupo	n	Mortalidad
A	17	5 (29,4%)	A	44	26 (59%)
B	4	2 (50%)	B	18	6 (33%)

Conclusiones: la discordancia EIA/ATBGM aconteció en la mayoría de los casos. Sin embargo, el cambio del esquema de tratamiento no representó una mejoría en la mortalidad del grupo. La concordancia EIA/ATBGM se asoció con una significativa diferencia favorable en la mortalidad.

0168 CATÉTER SWAN-GANZ Y MORTALIDAD POR NEUMONÍA CON SHOCK

SD RIBAK, GR ANDRICH, WJ COSCIO, HJM ALVAREZ, RB PUYOL, JM LOPEZ VERON, SE LAZZERI, LL SOSA, LA HUESPE GARDEL, CS MIZDRAJI, MA OJEDA, JA CIALZETA, JA OJEDA, FF FRANCO, OA PINI
Hospital Escuela "José F. de San Martín". Corrientes

Introducción: las mediciones hemodinámicas constituyen una práctica habitual no exenta de riesgos en unidades de cuidados intensivos, que obligan a justificar la utilización en situaciones críticas. Objetivos: comparar la mortalidad por neumonía y shock en pacientes bajo ventilación mecánica en un servicio polivalente, entre pacientes (p) sometidos a mediciones con catéter Swan-Ganz y sin él. Materiales y método: Estudio prospectivo de casos de neumonía con shock en el periodo entre enero/2006 a mayo/2007, detallando edad, sexo, APACHE II, SOFA, y mortalidad. Se clasificaron los pacientes (p) en 2 grupos, según fueran sometidos a mediciones hemodinámicas con catéter Swan-Ganz (grupo 1) o carecieron de ellas (grupo 2). Por separado se clasificaron los casos con síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA). El análisis estadístico utilizado fue el test de chi cuadrado con corrección de Yates, considerando como significativo un valor de p <0.05. Resultados: Fueron incluidos en el estudio un total de 33 p.

Grupo	n (%)	Mortalidad	SDRA	Mortalidad SDRA
1	18 (54,5)	11 (61,1%)	17	11 (64,7%)
2	15 (45,5)	10 (66,6%)	10	8 (80%)

Conclusiones: No hubo diferencias en la mortalidad entre ambos grupos relacionada con el uso del cateterismo, excepto en el subgrupo con SDRA donde se reflejó una tendencia que sugiere la utilidad del mismo en tal situación.

0169 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO : USO DE FACTOR VII RECOMBINANTE ACTIVADO EN SANGRADO OBSTETRICO POR PLACENTA PREVIA Y ACRETISMO PLACENTARIO

L SILVA, M VELASQUEZ, L VIDAL, G BUSTAMANTE LABARTA, P CLEMENTTI, V RAMOS, G MARTINEZ, L FREIJO, S CASTAÑEDA, C CAÑAS, H SOSA

Servicio de Terapia Intensiva. Sanatorio Nuestra Sra. del Rosario. San Salvador de Jujuy, Pcia de Jujuy. Argentina

Objetivo: Comunicación del uso de rFVIIa en una paciente con Placenta Previa y Acretismo tratada según las normas del Consenso 2006 de M del Plata. Material y método: Paciente de 36 años que ingresa a HUI cursando postoperatorio inmediato de Cesárea de urgencia e Histerectomía por Placenta Previa y Acretismo placentario. Edad gestacional 33 semanas. Antecedente de tres cesáreas previas. Al ingreso parámetros hemodinámicos estables, y escaso débito hemático por drenaje de cavidad abdominal. A las tres horas inestabilidad hemodinámica, abdomen distendido y abundante débito sanguinolento por drenaje, se inicia protocolo de resucitación con volumen y hemoderivados, ARM, drogas vasoactivas, APACHE II primeras 24hs. : 21 p. Relato secuencial de las próximas 20 horas.: 2do. ingreso a quirófano:ligadura de ambas Arterias Hipogástricas.Transitoria mejoría y reaparece hemorragia activa por herida quirúrgica y drenaje, coagulopatía por consumo :APP 33%, KPTT 200", RIN 2,56, Plaquetas 90000/mm³, Fibrinógeno < 1 g/l.Hto 17%, EB-10. Bicarbonato 12 .3er ingreso a quirófano: arteriografía pélvica sin hallar sitio activo de sangrado. 4to ingreso a quirófano colocación de packing abdominal Queda con Laparostomía contenida. Detención transitoria del sangrado, estabilidad por tres horas, reapareciendo el sangrado.Taquiarritmia Supraventricular, drogas antiarrítmicas y cardioversión eléctrica. Continúa la resucitación Cumple primeras 24 horas de ingreso, sigue sangrado clínico con mejoría de parámetros de coagulación: Hematocrito 22%, APP 75%, KPTT 53", RIN 1.27, Plaquetas 120000, Fibrinógeno Normal, pH 7.35, EB -9 mmol/l, Bicarbonato 14 mmol/l El resto EAB normal. Se indica rFVIIa a dosis de 90 ug/kg. Completa mejoría en sigtes. 2 horas y no requirió más transfusiones. Estabilización progresiva de los parámetros de Oxigenación Tisular y TA APACHE II: 17 puntos a las 48 hs. Se retira packing y cierre de cavidad. Complicación en UTI: fiebre y HDAlta al 4to día. Cultivos y rotación ATB. Politransfundida con 102 U transfusionales.Tuvo 5 ds.ARM. Estuvo 8 ds.UTI. Al 16vo. día alta sanatorial. Comentarios: El rFVIIa no sustituye la hemostasia convencional como es la cirugía y empleo racional de hemoderivados.El sangrado crítico Obstétrico es la 1era. causa de muerte en países subdesarrollados, llega al 5-15% de los partos, el 6% a las cesáreas. En este caso se siguió el algoritmo de controlar la causa de la hemorragia, cirugía con ligadura de vasos, packing, angio-embolización, soporte hemostático.Al persistir la hemorragia masiva y no controlada, se administró rFVIIa, según la dosis recomendada por el Comité de Expertos del Consenso de Mar del Plata 2006. Conclusiones: La presentación tiene como finalidad considerar al rFVIIa como una alternativa viable cuando las maniobras médicas y quirúrgicas, hayan sido utilizadas y la relación riesgo-beneficio pueda modificar el pronóstico y la mortalidad por sangrado que pone en peligro la vida Destacamos retraso de su administración por estar lejos de los grandes centros donde es más difícil el stock de drogas muy costosas.

0170 ULTRASONIDO DE VASOS DE CUELLO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR Y EVIDENCIAS

DE CARDIOPATÍA POTENCIALMENTE EMBOLIZANTE EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

M FOSCO¹, H SOLAR MUÑIZ⁴, L SPOSATO², F KLEIN³

¹Depto. de Emergencias; Fundación Favalaro, ²Centro de Stroke; Instituto de Neurociencias; Fundación Favalaro, ³Fundación Favalaro, ⁴Terapia Intensiva, Fundación Favalaro

Objetivos: En algunos pacientes (p) con accidente cerebrovascular (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT) la potencial fuente cardioembólica puede ser rápidamente sospechada en el Departamento de Emergencias (DE) a partir de los antecedentes y el electrocardiograma (ECG). Sin embargo, en estos p puede coexistir una segunda fuente embolígena. El objetivo de este trabajo fue comparar los hallazgos en el ultrasonido (US) de los vasos del cuello (VC) en los p con ACV o AIT y cardiopatía potencialmente embolizante detectada por clínica y ECG en el DE con los hallazgos en p con ACV o AIT sin evidencias clínicas o electrocardiográficas en el DE de cardiopatía potencialmente embolizante. Material y métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva todos los p admitidos al DE entre julio y diciembre de 2006 por ACV y AIT en quienes se realizó US de VC dentro de las primeras 24 hs de internación. Los p portadores de miocardiopatía dilatada (MCD), prótesis valvular aórtica (PVAo) o mitral (PVMi) y fibrilación auricular (FA) en el ECG inicial se incluyeron en el grupo A (potencialmente cardioembólicos), caso contrario, en el grupo B. Las variables evaluadas en el US de VC (carótidas primitivas e internas) fueron: máxima severidad de obstrucción, presencia de una lesión moderada - severa (?? 40 %), presencia de una lesión de aspecto irregular, y presencia de una lesión compleja (moderada - severa y/o irregular). Las variables continuas se expresan por su mediana y rango intercuartilo y las categóricas por su porcentaje. Las primeras se compararon con la prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon y las segundas con la prueba Exacta de Fisher. Se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: Se incluyeron 35 p, de 74 (62-77) años, 22 p (62.9%) de sexo masculino. El diagnóstico al alta resultó ACV isquémico en 22 p (62.9%) y AIT en 13 p (37.1%). El grupo A incluyó 13 p (37.1%): 3 p con MCD, 4 p con PVAo, 3 p con FA, 1 p con PVMi y FA, 1 p con PVAo y MCD, y 1 p con MCD y FA. Los hallazgos en el US de VC en ambos grupos fueron los siguientes:

	Grupo A (n= 13 p.)	Grupo B (n=22p.)	p
Máxima severidad	19% (14.5-34.8)	19% (19.5-27.1)	Ns
Lesión moderada a severa	3 p. (23.1%)	5 p. (22.7%)	Ns
Lesión irregular	1 p.(7.7%)	5 p. (22.7%)	Ns
Lesión compleja	3 p. 823.1)	6 p. (27.3%)	Ns

Conclusiones: Los hallazgos en el US de VC en p con ACV o AIT y potencial fuente cardioembólica definida por clínica y ECG en el DE no resultaron diferentes a los hallazgos en el US en p sin evidencias por clínica y ECG de cardiopatía embolizante. Aun en presencia de fuerte sospecha de etiología cardioembólica en la enfermedad cerebrovascular, se debe considerar la pesquisa de etiopatogenias alternativas.

0171 IMPLEMENTACIÓN, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INJURIA PULMONAR EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

JE MERITANO, R NIETO, GP PEREZ, CL SOLANA, NA DINERSTEIN

Hospital Materno Infantil "Ramon Sarda"

Introducción: La displasia broncopulmonar (DBP), se presenta en el 25 al 30 % de los niños menores de 1500 gramos. Su origen es multifactorial, por lo que su prevención involucra todos los aspectos del cuidado perinatal. Está patología prolonga la internación por requerimiento de oxígeno suplementario, interfiriendo en la relación de familia, aumentando el riesgo de intercurencias infecciosas, ocasionando mayor desnutrición postnatal e influyendo negativamente sobre el neurodesarrollo. La red de neonatología dependiente de la Coordinación de Redes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires elaboró recomendaciones con acciones pre-

intra y post-parto, basadas en evidencia, para la prevención de la injuria pulmonar (P.I.P) que fueron aprobadas y se implementaron en nuestro hospital a partir del año 2005. **Objetivo:** Evaluar la tasa de cumplimiento de las recomendaciones para la P.I.P. y su eficacia para reducir la DBP. **Diseño:** Cohorte prospectiva, con control histórico. **Población:** Fueron incluidos Todos los recién nacidos prematuros menores de 32 semanas, nacidos en la Maternidad Ramón Sarada desde el 1 de abril de 2005 a 31 de diciembre de 2006 (PIP). El grupo de comparación se integro con todos los RN con iguales criterios de inclusión y exclusión del año previo al estudio. **Resultados:** En el periodo de estudio 93 niños cumplieron con los criterios de inclusión y se compararon con 79 pacientes del año previo a la implementación de las recomendaciones para la prevención de la injuria pulmonar. Ambos grupos son comparables en sus características demográficas y clínicas. En el grupo PIP mas niños utilizaron CPAP 75% vs. 40% p 0.006. La mediana de días de oxígeno fue significativamente menor en el grupo PIP 7 vs. 17 días p = 0.04. La prevalencia de DBP en el grupo PIP, fue 15% vs. 25.5% en el grupo control, sin llegar a ser estadísticamente significativo p 0.18, cuando analizamos sobrevida sin DBP 63% en el grupo PIP vs. 48% (p= 0.08), OR 0,57 CI 95% 0,25 - 1,35). **Discusión:** La implementación de estrategias para la prevención de la injuria pulmonar se asocio con una disminución estadísticamente significativa de los días de requerimiento de oxígeno en nuestros pacientes y con una disminución biológicamente importante de la prevalencia de DBP sin llegar a ser está diferencia estadísticamente significativa. Probablemente por el número de pacientes analizados.

0172 SHOCK CARDIOGENICO ASOCIADO A HIPOTIROIDISMO EN EL POST OPERATORIO DE UNA CIRUGIA DE REVASCULARIZACION MIOCARDICA

A OLIVA, E BISHELS, R BARRIENTOS, W BENITEZ, M WIENHAUSEN, L ESPINOSA, C PLOGER, G ZABERT, R VACA NARVAJA
 Clínica Pasteur

Objetivos: Presentación de un caso clínico que relación un estado de hipotiroidismo post operatorio de cirugía de revascularización miocárdica con shock cardiogenico (con criterios clínicos y hemodinámicas). **Material y métodos:** Paciente de 73 años de edad, de sexo femenino, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo II no IR, hipotiroidismo (100 ug/día), ex tabaquista (con un EFR que evidencia patrón restrictivo moderado, cardiopatía isquémica (CCG lesión severa de tres vasos) con un ecocardio con FSVI conservada, obesidad, sedentarismo; la que se le realiza una cirugía de revascularización miocárdica programada, 2 puentes (MI-DA, V-CX) sin bomba sin complicaciones. Extubada a las 2 hs del posquirúrgico, la recuperación fue dificultosa, con limitación de la excursión respiratoria e insuficiencia respiratoria tipo II secundario a hipoventilación, pero sin requerimientos de ventilación no invasiva. La paciente evoluciona favorablemente en los próximos 7 días, pero persistiendo astenia, apática y somnolienta, y con recuperación de la capacidad ventilatoria ya sin insuficiencia respiratoria. Recibió desde el segundo día post operatorio su dosis habitual de levotiroxina (100 ug/día). El 8 día se le solicita un dosaje de TSH, T4 y T3 que evidencio TSH=0.35 (N 0.35-5.50uU/ml), T4=0.79(N 0.89-1.76 ng/dl), T3=37(N 60-181 ng/dl) por lo que se aumenta la dosis de levotiroxina a 150 ug/día. Ese mismo día presenta un shock cardiogenico con requerimientos de asistencia mecánica respiratoria y monitoreo invasivo con catéter de Swan-Ganz con las siguientes mediciones: VM=3.33, IC=1.69, PW=18, RVS=3834, TAM=93, PAP=26/10, PVC=12, ITSVI=18, DO2=282, VO2=93, ERO2=0.4, FC95, con noradrenalina a 0,4ug/kg/min; ECG sin cambios compatibles con isquemia; marcadores con ventana negativos. Se le realiza un nuevo ecocardiograma en el que no se evidencian trastornos segmentarios, valvulopatías, derrame pericardico ni signos indirectos de tromboembolismo de pulmón. Se le solicita un dosaje de TSH, T4 y T3 que evidencio TSH=0.35 (N 0.35-5.50uU/ml), T4=0.79 (N 0.89-1.76 ng/dl), T3=37 (N 60-181 ng/dl) por lo que se aumenta la dosis de levotiroxina a 150 ug/día. La paciente evoluciona favorablemente mejorando el estado hemodinamico en 2 días presentando las siguientes mediciones: VM=4.39, IC=2.2, PW=14, RVS=2981, TAM=94, PAP=35/21, PVC=12, ITSVI=29, DO2=308, VO2=88, ERO2=0,25, FC=80, con noradrenalina 0,29 ug/kg/min + dobutamina

10 ug/kg/min. **Conclusiones:** El hipotiroidismo es un factor de riesgo prequirúrgico, en la cirugía de revascularización miocárdica, de relevancia per se; sin embargo un estado hipotiroidismo postoperatorio se relaciona con deterioro de la contractilidad miocárdica y shock cardiogenico como lo expone el caso presentado y la evidencia bibliografía publicada.

0173 LA PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA

SM COCA¹, RA ABELDAÑO ZUÑIGA²

¹Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental - Salta, ²Facultad Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Salta

Introducción: Una intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpe en la vida cotidiana del niño y su familia, constituyendo una amenaza a su integridad física y emocional. Las ideas que las personas tienen en relación a una cirugía están impregnadas de creencias y fantasías que provocan temores y ansiedad excesiva, impidiendo transitar por esta situación con un control emocional y recuperación adecuados. La psicoprofilaxis quirúrgica estudia el aspecto psicológico de las relaciones que se establecen entre los distintos miembros de una familia que afronta una situación quirúrgica y la situación en sí, con el fin de mejorar las condiciones psicológicas para una recuperación postoperatoria satisfactoria. **Objetivos:** Describir las intervenciones, en relación a la psicoprofilaxis quirúrgica, realizadas por personal de Enfermería especializado en Salud Mental. **Demostrar el beneficio de la psicoprofilaxis quirúrgica en paciente pediátricos.** **Material y método:** Estudio descriptivo, a partir de la revisión de la Historia Clínica de un paciente pediátrico sometido a cirugía. **Resultados:** Caso: Niño de 8 años de edad, ingresa al servicio de Emergencias de un Hospital Público, en compañía de su padre. Se diagnostica Traumatismo severo en mano izquierda causado por un elemento explosivo. Se le realizaron los procedimientos de preparación para cirugía de urgencia, en la que se realizó toilette quirúrgico, constatándose amputación traumática de las falanges distales de los dedos mayor y anular de la mano izquierda. A la valoración de Enfermería de Salud Mental el niño se encontró asustado, tembloroso, entre llantos y gritos exclamando...“no me corten la mano”. Intervenciones realizadas: Disminución de la angustia causada por el traumatismo y por el hecho de encontrarse en un lugar desconocido. Acompañamiento personalizado hasta el momento de comienzo de la Cirugía. Contención al familiar acompañante del paciente. Contacto y contención con el resto de los familiares más próximos al paciente. Seguimiento en el postoperatorio y acompañamiento “bedside” en los procedimientos de curaciones diarias. En el postoperatorio, el paciente no presentó complicaciones, cursando con buena evolución de las lesiones, dado que afrontó las toilettes con una conducta positiva. **Conclusiones:** La psicoprofilaxis quirúrgica, en este paciente, facilitó la creación de defensas eficaces permitiendo una conducta adaptativa positiva para el afrontamiento del postoperatorio y las cirugías posteriores, disminuyendo el potencial efecto traumático de la vivencia, demostrando ser efectiva para disminuir el impacto psicológico y sus efectos negativos en la etapa de recuperación postoperatoria inmediata. Es importante la preparación psicológica que un personal de Enfermería especializado en Salud Mental puede realizar a un paciente que debe enfrentar un tratamiento quirúrgico, ya que esto implica la posibilidad de prevenir posibles complicaciones en cualquier área del ser bio-psico-socio-espiritual.

0175 HANTA VIRUS EN TERAPIA INTENSIVA. RASGOS CLÍNICOS FRECUENTES

M CABANA, D VARGAS, O TEJERINA
 Hospital Pablo Soria

Introducción: El Síndrome Pulmonar por Hanta Virus (SPH) es un importante diagnóstico diferencial con otras causas de Insuficiencia Respiratoria. En la provincia de Jujuy desde el año 98 a la fecha se registraron 148 casos de los cuáles solo un pequeño porcentaje se presentó como insuficiencia respiratoria aguda que requirió internación en UTI. **Objetivos:** Describir nuestra experiencia con 5 casos de SPH en pacientes que fueron internados en Terapia Intensiva. **Métodos:** Analizamos retrospectivamente Historias Clínicas

cas de pacientes ingresados a UTI en el periodo 06 / 2006 al 04 / 2007 que presentaron LPA / SDRA más serología positiva para H.V (Ig M e IgA). Resultados: los pacientes (p) provinieron: de area rural tres y de area urbana dos. De los cinco casos 4 pertenecieron al sexo masculino. La edad fue de 32 años. Todos los pacientes presentaron pródomos los 7 días previos a la internación: fiebre, mialgias y disnea progresiva ,tres de ellos requirieron ARM y los 2 restantes solo oxígeno al 100% con máscara reservorio. La relación PaO₂ / FiO₂ al ingreso (la peor) fue inferior a 100 en los cinco (p). Dos (p) presentaron cuadro de Shock y uno IRA que requirió hemodiálisis. Los principales rasgos de laboratorio fueron: hemoconcentración, plaquetopenia, LDH elevada, y movimiento de enzimas hepáticas de diferente grado. En todos los casos se vió compromiso radiológico bilateral intersticial y alveolar. La sospecha diagnóstica inicial en los cinco casos fue la de SPH. Solo recibieron tratamiento con corticoides (hidrocortisona) los (p) que presentaron shock y alto requerimiento de drogas vasoactivas. La totalidad de los (p) recibio antibioticoterapia de amplio espectro. La mortalidad del grupo alcanzó el 40%. Conclusiones: Deben alertar al intensivista como posibles SPH aquellos pacientes que debuten en forma brusca con infiltrados radiológicos bilaterales y relación PaO₂/ FiO₂ muy baja y muestren un laboratorio con: hemoconcentración , plaquetopenia y LDH alta . Pensamos que la sospecha precoz (en area endémica) y el soporte adecuado de las funciones vitales son los determinantes cruciales del resultado final. El uso de corticoides en nuestra pequeña serie no parece haber afectado la evolución.

0176 BOTULISMO EN CÓRDOBA, PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

F FERREIRO, L URANGA, C VIOTTI, S FARIAS, S ZIDARICH, A MARTINOVICH
Hospital Italiano de Córdoba

Objetivo: Presentación de 2 casos de una enfermedad poco frecuente como el botulismo, de baja sospecha clínica, en donde el dato epidemiológico fue determinante al momento del diagnóstico. Caso 1: Mujer de 53 años que consulta por insuficiencia respiratoria, comienza 48 hs previas con diplopía y sensación de falta de aire. Al examen físico: afebril, lúcida, con oftalmoparesia extrínseca bilateral, disfagia y sensibilidad conservada. Resto del examen neurológico y laboratorio de rutina normal. Se realiza resonancia magnética y punción lumbar con resultados normales. Caso 2: Mujer de 29 años que consulta por diplopía y voz bitonal, 72 hs previas comienza con visión borrosa y severa dificultad para deglutir. Se presenta afebril, lúcida, sin trastornos sensitivos. Se realiza resonancia magnética y punción lumbar que resultaron normales. Evolución: La segunda paciente ingresa a UTI con 4 horas de diferencia y aporta el antecedente de una ingesta compartida de alimentos caseros (embutidos, conservas y miel). Con este dato epidemiológico relevante y habiendo descartado otras entidades patológicas, se sospecha intoxicación alimentaria por toxina botulínica. Se realiza la denuncia a epidemiología de la provincia; se rescata alimentos sospechosos para la búsqueda de la toxina botulínica, siendo la misma infructuosa. Ambas pacientes recibieron antitoxina bivalente. El 1 caso evolucionó desfavorablemente requiriendo ventilación mecánica y 2 dosis de antitoxina. Se realiza traqueostomía precoz. Mejoría progresiva de síntomas neurológicos. Requiere 10 días de ARM, weaning exitoso, pasa a sala común. El caso 2, presenta buena evolución detiene la progresión de los síntomas luego de la antitoxina. Alta de UTI a las 72 hs del ingreso. Requiere alimentación por sonda nasoyeyunal y rehabilitación por 45 días. Conclusiones: El botulismo es una enfermedad poco frecuente, de baja sospecha clínica; por lo cual el valioso aporte epidemiológico obtenido en estos casos, fue contundente al momento de realizar el diagnóstico. Si bien la toxina botulínica no fue aislada de los alimentos; esto no invalida el diagnóstico debido a que la misma no se distribuye uniformemente en toda la muestra

0177 METASTASIS CEREBRAL DE CORIOCARCINOMA.

EP ARÉVALO, FA LOIACONO, JC DALDIN, JI SAGARDÍA, NL CACACE
Hospital Prof. Alejandro Posadas

Introducción: La enfermedad trofoblástica gestacional define un grupo heterogéneo de lesiones interrelacionadas cuya

patogénesis radica en el crecimiento tumoral de tejido fetal. Dentro de éstos, el coriocarcinoma, es uno de los tumores malignos más rápidamente invasor y que da metástasis más extensas. Se origina en el 50% de los casos después de la evacuación de un embarazo molar, 25% después de un aborto, 22% después de un embarazo normal, y 3% después de un embarazo ectópico. El 80% de las pacientes con neoplasia trofoblástica gestacional metastásica tiene metástasis pulmonar al momento del diagnóstico y la mayoría de éstas son detectadas con radiografía de tórax de rutina. Objetivo: Reportar un caso de metástasis cerebral de coriocarcinoma sin manifestaciones clínicas ni radiológicas de compromiso pulmonar. Métodos: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Caso clínico: Una mujer de 26 años ingresó a nuestra unidad con un cuadro de 30 días de evolución caracterizado por cefalea holocraneana, somnolencia progresiva, náuseas y vómitos. Diez meses atrás había tenido un parto vaginal de término sin complicaciones evolucionando posteriormente con ginecorragia escasa y persistente. Recibió tratamiento hormonal persistiendo el sangrado por lo que se realiza legrado evacuador. Continuó con ginecorragia desarrollando luego síntomas compatibles con hipertensión endocraneana. Al momento de la consulta no se constató patología respiratoria y el exámen ginecológico evidenció la presencia de escaso sangrado sin otro dato relevante. En la TAC de cerebro sin contraste se observaron lesiones corticosubcorticales frontotemporal y occipital derecha con edema perilesional y efecto de masa. La radiografía de tórax fue normal y la ecografía ginecológica mostró útero en AVF, lateralizado a la izquierda de tamaño aumentado (96 37 53 mm) y homogéneo, endometrio de 3 mm de espesor, ovarios no visibles y FSD libre. El dosaje de beta-HCG fue mayor a 50.000 UI. Serología para HIV negativa. Se realizó diagnóstico de metástasis cerebral de coriocarcinoma en base a la combinación de las características de la lesión cerebral y el elevado nivel de gonadotropina. La paciente falleció antes de iniciar tratamiento oncológico, 48 horas después de su ingreso. Conclusión: La incidencia de coriocarcinoma se estima en 1/ 50.000 partos y corresponde a un tumor de comportamiento francamente maligno. Toda metrorragia persistente que se presenta posterior a la resolución de cualquier evento gestacional obliga a considerar, y habitualmente descartar, la posible presencia de esta patología. La metástasis cerebral de coriocarcinoma debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales en las mujeres en edad fértil, que presenten signos de hipertensión endocraneana o síntomas similares a un accidente cerebrovascular.

0178 FALLO VENTRICULAR IZQUIERDO COMO COMPLICACION DE LA MICROANGIOPATIA TROMBOTICA EN EL EMBARAZO

M CORRAL¹, J ROMERO², J ANGAROLA¹, L CAMPUTARO¹, J GOLUBICKI³, D CERASO¹

¹Hospital Juan A Fernandez, ²Hospital Juan A. Fernandez, ³Maternidad "R. Sarda

Introducción: La incidencia de insuficiencia cardiaca como compromiso orgánico durante la evolución de la microangiopatía trombotica es de 9.5%, sin diferencias entre las distintas etiologías, con una mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino. La mortalidad asociada a la microangiopatía trombotica es de aproximadamente el 19%, duplicándose en el caso de presentar insuficiencia cardiaca durante la evolución. Objetivo: Presentación de un caso clínico. Material y Método: Caso Clínico: Laboratorio hematológico, monitoreo hemodinámico invasivo, ecocardiograma doppler color. Búsqueda bibliográfica: Medline: se analizaron los artículos más relevantes y sus citas bibliográficas. Caso clínico: Se describe el caso de una mujer de 38 años, antecedentes de tres embarazos previos, dos abortos espontáneos durante el primer trimestre y un feto muerto y retenido, cursando embarazo de 15 semanas. Se interna por hemorragia del primer trimestre, realizándose cerclaje por incompetencia istmo-cervical. Presenta a las 48 hs. cuadro clínico y bioquímico compatible con microangiopatía trombotica. Evolución con falla orgánica múltiple: respiratoria con requerimiento de ARM, hemodinámica con altas dosis de inotrópicos, hepática y renal en hemodiálisis. Se indican pulsos de metilprednisolona de 500 mg y plasmaféresis diaria. Evoluciona con shock hipovolemico secundario a ginecorragia por aborto en curso. Se realiza evacuación y sutura de laceración uterina. Presenta mejoría de las fallas orgáni-

cas, con suspensión de la hemodiálisis y se alternan sesiones de plasmáferesis, con recuento plaquetario estable y sin signos de hemólisis. A los 10 días la paciente es extubada presentando signos y síntomas de insuficiencia cardíaca con hipertensión arterial refractaria a altas dosis de vasodilatadores. Ecocardiograma: dilatación del ventrículo izquierdo, con función sistólica moderada, aquinesia global, con fracción de acortamiento (FA) de 25% e insuficiencia mitral leve. Se reintuba a las 36 hs. Se coloca catéter de Swan Ganz con patrón de falla ventricular izquierda. Presenta disminución del volumen minuto, índice cardíaco y saturación venosa mixta durante las pruebas de retirada de la ventilación mecánica. Ecocardiograma a la semana: dilatación global del ventrículo izquierdo, con función sistólica en el límite inferior de la normalidad con FA de 30% e insuficiencia mitral moderada. Se decidió iniciar alfa y beta bloqueo, con mejoría clínica y hemodinámica del fallo ventricular izquierdo, siendo posteriormente extubada con éxito. Por buena evolución pasa a Cuidados Intermedios y luego a Sala General. Alta a los 45 días del inicio de su enfermedad con reversión clínica y ecocardiográfica de la falla ventricular. Comentarios: Se presenta el infrecuente caso de una paciente con diagnóstico de microangiopatía trombótica complicada con falla ventricular izquierda. Siendo este cuadro de alta mortalidad, la paciente en cuestión evoluciona favorablemente con recuperación ad integrum de la función miocárdica en semanas.

0179 "FASCITIS NECROTIZANTE NEUMOCOCCICA Y SHOCK SEPTICO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO". PRIMER CASO REPORTADO EN ARGENTINA

MC RISSO, G TORREALDAY, G MARTINEZ, D RODRIGUEZ, G HORNUS PLANELLS, M TORRES BODEN, A ARATA
U.T.I HGA "Dr. C. Argerich" GCABA

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) es una infección severa de partes blandas caracterizada por necrosis e infección de la fascia y el tejido celular subcutáneo. Es poco frecuente, causada generalmente por flora polimicrobiana o estreptococo beta-hemolítico del grupo A. La etiología neumocócica es extremadamente rara y se reporta en pacientes con condiciones predisponentes subyacentes. El tratamiento consiste en el soporte vital y el desbridamiento quirúrgico temprano y extenso asociado a antibioticoterapia empírica precoz. Objetivo: Reportar un caso de FN y shock séptico por Neumococo en paciente con lupus eritematoso sistémico (LES). Descripción del caso: Mujer de 29 años, con antecedente de LES en tratamiento con deltisona 40 mg/día, que ingresa por fiebre, artritis de rodilla izquierda de 7 días de evolución, que no mejoró con AINES y progresó a impotencia funcional. Se considera el diagnóstico de artritis séptica de rodilla más celulitis severa en paciente inmunosuprimida no neutropénica y se inicia tratamiento con Ceftriaxona + Clindamicina. Evoluciona con progresión del cuadro, mayor edema y aparición de flictenas en el miembro inferior. Se realiza exploración quirúrgica (en la que se diagnóstica FN) ingresando en el postoperatorio a Terapia Intensiva en shock séptico (SOFA 5, APACHE II 4). Se aísla en sangre y material quirúrgico Neumococo sensible a Penicilina G. La paciente continuó con toiles cada 48 hs evolucionando con numerosas interurrencias infecciosas locales para las que se utilizaron múltiples esquemas antibióticos. Presentó mejoría del cuadro, siendo externada tras 120 días de estancia hospitalaria bajo seguimiento por Cirugía Plástica y Kinesiología. Discusión: Se aisló un germen no habitual como agente etiológico de FN en una paciente que presentaba factores predisponentes para la misma (LES e inmunosupresión), en la que no logró establecerse puerta de entrada (20% de los casos) y tuvo buena evolución vital a pesar del retraso del tratamiento quirúrgico. El LES ha sido reconocido como un factor de riesgo para infecciones severas por Neumococo. La FN clásicamente presenta predilección por las extremidades y sin tratamiento progresa a shock tóxico. La presunción clínica es el elemento más importante del diagnóstico. La mortalidad aproximada es del 40%. El retraso en la exploración quirúrgica la eleva al 70%. Respecto al tratamiento antibiótico inicial los esquemas recomendados son Penicilina + Clindamicina o Cefalosporina de 3ra generación + Metronidazol. Conclusión: La FN es una entidad no habitual y severa, en la que se eleva la mortalidad ante el retraso del tratamiento quirúrgico lo que nos lleva a extremar al máximo el juicio clínico. La infección de

partes blandas por *S. Pneumoniae* es extremadamente infrecuente debiendo tener siempre presente éste agente etiológico en pacientes con factores predisponentes y su implicancia en el manejo empírico de la FN.

0181 VIGILANCIA DEL ERROR EN MEDICINA: BÚSQUEDA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN ÁREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS

L SALIGARI, J SAGARDIA, V ARANA, L AGUILAR, A PANIGAZZI, C APEZTEGUIA, G BERENSTEIN
Hospital Nacional Prof. Alejandro. Posadas, Buenos Aires. Argentina

Introducción: Los Eventos Adversos (EA) definidos como complicaciones secundarias al manejo médico en pacientes hospitalizados son frecuentes y pueden producir daño, resultando en internaciones prolongadas, secuelas o muerte. Los pacientes críticamente enfermos son particularmente vulnerables. Objetivos: Describir las complicaciones del cuidado médico en el área de internación de cuidados intensivos de niños en términos de su prevalencia, características y consecuencias. Estimar la fracción prevenible. Métodos: Estudio de corte transversal, basado en la revisión en 2 etapas de Historias Clínicas (HC) de pacientes internados en las unidades de Terapia Intensiva e Intermedia Pediátrica (TIP) del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2004. Se recolectaron datos filiatorios y scores de riesgo de mortalidad. (PIM 2). En cada internación se buscó la presencia de uno o más de 12 indicadores asociados a la ocurrencia de eventos adversos y la fecha de su aparición. La presencia de uno o más de los indicadores determinó que la HC fuera clasificada como con rastreo positivo y pasara a la 2ª etapa de evaluación, que estuvo a cargo de dos médicos del grupo de trabajo independientes y ciegos entre sí que definieron la ocurrencia de evento adverso serio, su nivel de prevenibilidad y sus consecuencias. Resultados: Se evaluaron 147 de 179 internaciones que correspondieron a 105 internaciones en terapia intensiva y 42 internaciones en terapia intermedia. Terapia Intensiva Pediátrica De las 85 HC que cumplían con los criterios de inclusión 49 tenían rastreo positivo y 36 rastreo negativo. La edad, el Score de PIM 2 y los días de internación fueron las variables con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Se encontraron 69 EA serios. Se identificó la presencia de por lo menos un evento adverso en 37 de 105 internaciones evaluadas, lo que representa una prevalencia de 35.2% (95% IC: 26.16; 45.16). El 94% de estos eventos fueron prevenibles. Los tipos de eventos adversos más frecuentemente identificados fueron: infección intrahospitalaria, EA relacionados a cuidados de enfermería y EA relacionados a procedimientos diagnósticos o terapéuticos. En relación a las consecuencias de los EA, 60% de los eventos provocaron retraso en la externación, 20% secuela transitoria sin riesgo de muerte, 12% secuela transitoria con riesgo de muerte y el 1% secuela permanente con riesgo de muerte. Terapia Intermedia Pediátrica: De las 36 HC incluidas 7 tuvieron rastreo positivo. Se identificaron 5 EA serios. Estos EA fueron identificados en 3 internaciones de 42 evaluadas, lo que representa una prevalencia de 7.1% (95% IC: 1.49; 19.48). El 60% de los eventos fueron prevenibles. Conclusiones: 1. Se observó una alta prevalencia de EA, asociados a la gravedad de los pacientes, a la duración de la internación y a la menor edad de los niños. 2. El estudio permitió valorar la relevancia de los EA observados y considerarlos como prevenibles en la mayoría de los casos.

0182 VIGILANCIA DEL ERROR EN MEDICINA: PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS Y PRACTICAS SEGURAS A IMPLEMENTAR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN ÁREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICAS

A PANIGAZZI, J SAGARDIA, V ARANA, L AGUILAR, L SALIGARI, L ALBANO, C APEZTEGUIA, G BERENSTEIN
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los EA o complicaciones secundarias al manejo médico en pacientes hospitalizados (es decir, independientes de la evolución natural de la enfermedad) son frecuentes. La evaluación sistemática y los esfuerzos para prevenir la ocurrencia de los mismos son actividades importantes en la búsqueda de mejorar la cali-

dad de la atención médica en las instituciones. Objetivos: Determinar las prácticas seguras a implementar de acuerdo a los Eventos Adversos (EA) más relevantes identificados en pacientes hospitalizados en áreas de cuidados críticos pediátricos. Métodos: la priorización se hizo con una matriz de criterios ponderados que fue completada en forma independiente y ciega por un grupo de 8 investigadores con experiencia asistencial en cada una de las áreas. Los criterios que se usaron para los problemas identificados en una etapa previa fueron la relevancia del problema evaluado como frecuencia, impacto y prevenibilidad. Los criterios que se usaron para seleccionar las prácticas de seguridad fueron el impacto, la fuerza de la evidencia y la factibilidad para la implementación. RESULTADOS: En el sector de terapia intensiva los problemas más relevantes fueron la infección intrahospitalaria, los cuidados de enfermería y los EA relacionados a procedimientos diagnósticos o terapéuticos con una frecuencia de 38, 22 y 13% respectivamente. En terapia intermedia los problemas fueron relacionados a procedimientos quirúrgicos, a cuidados de enfermería, a drogas, a procedimiento terapéutico y otros. Las prácticas seguras seleccionadas respecto a infecciones intrahospitalarias fueron: aumentar la adherencia a normas de lavado de manos, aumento del número de enfermeros, formación y entrenamiento del personal de enfermería de la unidad; respecto a las infecciones relacionadas a catéter la utilización máxima de barreras estériles durante la inserción del catéter y la limpieza del sitio de inserción con clorhexidina. Para la neumonía asociada a la ventilación mecánica las prácticas relevantes fueron: la elevación de la cabecera a 45°, la higiene oral con clorhexidina y los protocolos para detectar pacientes en condiciones de ser destetados. A fin de minimizar las lesiones por decúbito y escaras se priorizó como práctica el uso de colchón de aire o agua y rotación. Conclusiones: 1. Los EA registrados con mayor frecuencia fueron la infección intrahospitalaria, los fallos en el cuidado de enfermería, los errores en el tratamiento y los vinculados a la realización de procedimientos. 2. El equipo de trabajo ha definido un conjunto de prácticas factibles de ser implementadas a los fines de minimizar la ocurrencia de EA y contribuir al mejoramiento de la seguridad de los pacientes.

0183 INCIDENTALOMAS EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO. INFORME DE DOS CASOS

P PAHNKE, R DEL BOCA, C GOMEZ, D VELASQUEZ, E LACOMBE, P LACOMBE
Hospital Municipal de Urgencias

Introducción: El hallazgo incidental de imágenes osteolíticas asociado a TEC es insólito, enfrentando al equipo de trauma a un desafío ante la necesidad de un diagnóstico preciso para su manejo adecuado. Los diagnósticos diferenciales incluyen granuloma de células de Langerhans, osteomielitis, carcinomas metastáticos, condromas, osteosarcomas, tumores vasculares, displasia fibrosa, quiste óseo aneurismático, linfoma óseo. Objetivo: Rever dos cuadros clinicopatológicos con lesiones osteolíticas asociados a TEC identificados entre 01-05-05 y 01-05-07 en nuestra Institución. Pacientes y Método: 1) Masculino 20 años, con TEC grave, por colisión vehicular moto vs. moto sin casco. GCS 12/15. Pautas ATLS. Rx. Cráneo: múltiples lesiones osteolíticas en sacabocado + fractura temporal dcha. TAC 1: Hematoma extradural temporal der. (HEDTD) Sin desplazamiento línea media. (DLM), edema cerebral difuso (ECD) A las 4 hs. descenso GCS 8/15. TAC 2: aumento de HEDTD, ECD con DLM 1 cm., contusión frontal izq. Cirugía: craniectomía con evacuación HEDTD y biopsia de lesión osteolítica. Tto: sedoanalgesia, manitol, anti-convulsivantes, cefalotina y ARM. 4 día: TAC 3 lecho craniectomía sin hematoma residual sin DLM reducción de ECD. Tto. Suspensión de sedoanalgesia, disminución de manitol. Destete progresivo. 6 día: GCS 10/15 con excitación psicomotriz. Trastornos deglutorios y alta de terapia. Biopsia: Hemangioendotelio epitelioide. 2) Masculino 19 años, con TEC leve, por trauma contuso leve GCS 15/15 cefalea y hematoma subgaleal parietal izq. Rx. Cráneo: imagen osteolítica parietal izq. 8 mm. de diámetro. TAC. Lesión lítica parietal anterior izq. RMN: lesión hipointensa en T1 e hiperintensa en Flair en hueso fronto-parietal izq. toma discretamente gadolinio. Centello óseo corporal total: foco único de hipercaptación del radiotrazador en proyección parietal izq. Cirugía: craniectomía parietal izq. peritumoral con exéresis completa tumor, sin compromiso de

duramadre y reparación de craniectomía con biopolímero. Tto. Cefalotina, analgésico. Alta 48 hs. Biopsia: Histiocitosis x. Granuloma histiocítico y eosinofílico del hueso del cráneo. Conclusiones: Las lesiones osteolíticas asociadas a TEC en jóvenes son infrecuentes, y su diagnóstico difícil. En ambos casos el diagnóstico incidental surgió por hallazgos radiológicos, ante la consulta por traumatismo craneoencefálico y la definición histopatológica fue por biopsia quirúrgica.

	Hemangioendotelio epitelioide	Histiocitosis X
Malignidad	Intermedia	Baja
Marcadores HQ	CD31-CD34-VIII	S100-CD1
Presentación +frecuente	Múltiple	Única
Localización Craneal	Rara	Muy frecuente
Tratamiento	Quirúrgico-RT	Quirúrgico-QT
Pronóstico	Variable	Variable

0184 APACHE II EN CUIDADOS INTERMEDIOS COMO PREDICTOR DE REINGRESO DE URGENCIA A CUIDADOS INTENSIVOS

ME BRAÑA, R MATTEI, N ARIAS, L AGUIRRE, D RODRIGUEZ, G QUEIROZ, R FIORENTINO, MC DURÉ, A NISHIOKA, J DÍAZ, A ARATA
Hospital Argerich

Objetivo: Evaluar el poder predictivo de readmisión a cuidados intensivos (UCI) en los pacientes derivados a terapia intermedia (UTIM) empleando un score de intensidad terapéutica (TISS 28), uno de disfunción multiorgánica (SOFA) y uno de severidad de enfermedad (Apache II). Material y métodos: Fueron analizados 210 pacientes (ptes) adultos admitidos en UTIM de un hospital municipal con capacidad de 6 camas, procedentes de UCI, en un período de 18 meses. Se consignó el APACHE II al ingreso a UCI y al ingreso a UTIM se realizaron los scores SOFA, TISS 28 y APACHE II. La evolución de los ptes se consideró según la categoría de egreso en 2 grupos: 1-electiva (pase a piso ó a UCI por procedimientos programados) o 2-urgente/óbito (pase a UCI por descompensación clínica ó urgencia quirúrgica/óbito en UTIM). Las variables numéricas se compararon utilizando el t-test. Se realizó un estudio de regresión logística múltiple para evaluar factor de riesgo al ingreso. Resultados: Ingresaron a UTIM 210 ptes procedentes de UCI, siendo readmitidos en forma urgente 26 ptes (12.38 %) y registrándose 1 óbito (0.48%) en UTIM. De los egresos urgentes 84.6 % (22 ptes) fueron por causas clínicas y el resto urgencias quirúrgicas. De los ptes que egresaron en forma electiva 179 (85.24% del total) lo hicieron a la sala y 4 (1.9%) a UCI. Del total de ptes 107 eran de sexo masculino (50.95%), la media para la edad fue de 53.7 (DS 18.37) y la longitud de estadía de 8.28 (DS 8.79). Análisis de las variables: Para egreso electivo vs egreso urgente la media del APACHE II de UCI fue 11.97 (DS 6.43) vs 13.81 (DS 4.10) $p=0.0513$, para el APACHE II en UTIM fue de 7.32 (DS 4.07) vs 11.07 (DS 3.86) $p<0.0001$, la media del SOFA fue 2.31 (DS 1.91) vs 2.93 (DS 2.46) $p=0.1363$ y para TISS 28 18.09 (DS 4.38) vs 19.67 (DS 3.62) $p=0.0771$. En el análisis de regresión logística el APACHE II al ingreso a UTIM fue el único score que se comportó como factor de riesgo independiente para readmisión urgente a UCI con valor de p significativo (<0.0001), con un OR 1.27 (IC 95 %: 1.13-1.42). Conclusiones: El APACHE II al ingreso a UTIM fue el único de los scores evaluados con poder predictivo positivo para reingreso urgente a UCI. Puede ser utilizado al egreso de UCI como una herramienta objetiva al momento de tomar decisiones y optimizar el alta. En UTIM se justifica su implementación para identificar pacientes de alto riesgo, pautar conductas médicas, establecer signos de alarma y utilizar con mayor eficiencia los recursos disponibles.

0185 RAPIDA MEJORA DE LOS SINTOMAS PREDICE BUEN PRONOSTICO A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL BAJO TRATAMIENTO CON ALTEPLASA

P CLEMENTI, S ZURITA MARTÍNEZ, M VELÁSQUEZ, L VIDAL,

C CAÑAS, S CASTAÑEDA, H SOSA, G BUSTAMANTE LABARTA, V RAMOS, L SILVA, G MARTÍNEZ
 Unidad de Stroke. Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario. San Salvador de Jujuy. Pcia. de Jujuy

Introducción: El infarto cerebral es la forma más frecuente del accidente cerebrovascular (ACV), y el trombolítico (Alteplasa) es el único tratamiento eficaz. La respuesta favorable con Alteplasa, de acuerdo a los estudios se observa recién a los 90 días, con score de NIH (Nacional Institutes of Health) de 0-1 Sin embargo existen pacientes que responden favorablemente en forma rápida, presentando un score NIH menor o igual a 4, dentro de la semana e incluso del mes. Estos pacientes podrían ser considerados como de buen pronóstico. **Objetivos:** demostrar que la rápida mejoría de los síntomas es marcador de buen pronóstico a corto plazo (30 días) en pacientes con Infarto Cerebral sometidos a tratamiento con Alteplasa. **Material y métodos:** desde Mayo del 2004 a Mayo del 2007 se realizaron 14 tratamientos con Alteplasa, en pacientes con Infarto Cerebral mayores de 18 años, rango de 44 a 80 años, que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión estrictos de acuerdo a las guías de tratamiento. Un paciente fue excluido debido a que se realizó tratamiento intraarterial luego de una complicación trombótica durante una embolización de aneurisma cerebral. De los 13 pacientes restantes, 3 fueron sometidos a tratamiento combinado de Alteplasa intraarterial y endovenoso, uno de ellos también a fragmentación mecánica, 2 de estos pacientes presentaron más de 3 hs. de evolución de los síntomas. Los otros 10 pacientes a tratamientos con Alteplasa endovenoso, dentro de las 3 hs del inicio de los síntomas. Se evaluó score de NIH de ingreso, a 7 días y a 30 días, tomografía axial computada (TAC) de ingreso y a 48 hs. El score de NIH de ingreso fue de 12 en promedio (rango de 6 a 19) al momento de realizar Alteplasa. Se consideró buena respuesta al Score de NIH menor o igual a 4, a los 7 y 30 días. **Resultados:** Se dividió a los pacientes en 2 grupos de acuerdo a la respuesta clínica a 7 días: Grupo A: 7 pacientes presentaron buena respuesta a 7 días con score de NIH igual o menor a 4, en la TAC un paciente presentó un infarto previo, el resto no presentó alteraciones. Grupo B: 6 pacientes no tuvieron respuesta favorable, con score mayor a 4 a los 7 días, en la TAC de control se observó 1 paciente sin alteraciones y en los restantes 5 pacientes se observó infarto nuevo, solo en uno de ellos el infarto fue menor, temporal. A los 30 días de seguimiento se observó que en el grupo A: los 7 pacientes (100%) continuaron con buena respuesta con score de NIH menor de 4, en el grupo B, solo se observó que 2 pacientes mejoraron y presentaron score de NIH menor de 4 (33%), uno de ellos con TAC de control normal y el otro con infarto menor, temporal. **Complicaciones:** grupo A: 1 hemorragia menor, 1 hipotensión que requirió inotrópicos; en el grupo B: 1 muerte relacionada al infarto, 1 hemorragia menor. Ninguno de los grupos presentó hemorragia cerebral. **Conclusión:** la rápida mejoría de los síntomas a la semana del evento, acompañada de TAC sin infarto significativo, predice buen pronóstico, a corto plazo (30 días)

0186 ¿EXISTEN MODIFICACIONES VENTILATORIAS Y DEL INTERCAMBIO GASEOSO EN PACIENTES EPOC EN VENTILACION MECANICA CONTROLADA CON LA UTILIZACION DE LA PEEP EXTRINSECA?

P. INSAURRALDE, B STEGMULLER, J LEYRIA, J VECCHIO
 Unidad de Terapia Intensiva Adulto. Hospital Zonal Trelew. Dr. Adolfo Margara. Chubut. Argentina.

Introducción: La utilización de la PEEP extrínseca (PE) en pacientes EPOC en Asistencia Ventilatoria Asistida a un nivel inferior al de la autopeep medida resulta beneficioso al disminuir el esfuerzo respiratorio del paciente, pero incierto el uso de la PE en la ventilación mecánica controlada en la que se busca el reposo de los músculos respiratorios. **Objetivo:** Evaluar las variables ventilatorias y de intercambio gaseoso en pacientes EPOC en ARM en modo Control a través de la utilización de la PEEP extrínseca. **Material y método:** Estudio prospectivo observacional en una muestra de 11 pacientes EPOC, en el periodo comprendido entre el 01/03/03 al 30/04/07 que fueron ventilados en modo Volumen Controlado, con escala de sedoanalgesia de ramsey 6 previa medida de la autopeep, se evaluó en dos tiempos, considerándose el tiempo 0 al nivel de

ventilación sin PE y al tiempo 1 a aquel en el cual el incremento de la PE generó aumento de la presión plateau tomando esta como punto de cohorte. Se realizó gasometría arterial se consignaron los valores las variables ventilatorias de intercambio gaseoso: resistencia inspiratoria, espiratoria, compliance estática, compliance dinámica, pCO₂, pCO₂ ET, gradiente pCO₂ – pCO₂ et. y presión pico en ambos tiempos. **Resultados:** Del análisis comparativo entre el tiempo 0 y el tiempo 1 en la gasometría arterial se observa una disminución promedio de la pCO₂ 9 mmHg rango (6-11), disminución promedio Pco₂et 8mmHg (rango 6-11), como así también del gradiente Pco₂-pco₂et 3.7 (2-5) y de las variables ventilatorias consignadas se observa disminución de la resistencia espiratoria promedio de 12,3 (rango 6-15), disminución de la resistencia inspiratoria promedio de 3,6 (rango 2-5), disminución promedio de la compliance estática de 1,3 (rango 1-3), disminución promedio compliance dinámica 7.3 (4-9), sin modificaciones de la presión pico. **Conclusiones:** La utilización de la PE en pacientes EPOC durante la ventilación Mecánica Controlada en la muestra estudiada parecería haber generado una mejoría ventilatoria y del intercambio gaseoso de la Pco₂ que se ve reflejado en la disminución del gradiente Pco₂-pco₂et y de la disminución de la resistencia espiratoria, advirtiendo esto una redistribución de la ventilación y optimización de la relación ventilación/percusión.

0188 BLOQUEO NEUROMUSCULAR PROLONGADO POSTOPERATORIO POR ATRACURIUM EN UN PACIENTE CON ACIDOSIS

F. RASSI, F. VASVARI, L. CORNEJO
 Sanatorio Parque. Salta. Argentina.

Introducción: El atracurium es un relajante neuromuscular no despolarizante gobernado por el principio "Dosis/Tiempo de relajación". A temperatura y PH normal, la relación dosis/tiempo de relajación es estrictamente fija, lo cual permite que el bloqueo sea controlable. La eliminación de atracurium se realiza mediante la llamada reacción de Hoffmann a nivel plasmático, la cual depende del PH y temperatura. **Objetivo:** Reporte de un caso de bloqueo neuromuscular prolongado por atracurium, revisión de la bibliografía, análisis de la farmacocinética y la importancia de las condiciones basales (estado de fase) y comportamiento de los sistemas biológicos. **Paciente y método:** Paciente masculino, 65 años, trasplantado renal hacía 45 días tras tratado con inmunosupresores, que es internado en piso por oligoanuria de 2 días de evolución. Se diagnostica uronefrosis y linfocel. Se decide tratamiento quirúrgico. Inicia anestesia con bloqueo regional con duracina y lidocaina y al presentar dificultades técnicas en el procedimiento se decide anestesia general: se induce con propofol, relajación neuromuscular con succinilcolina (1,5mg/kg) y mantenimiento con remifentanilo e isoflurano. El paciente requiera mayor relajación neuromuscular. Atracurium parecía "ideal" para este paciente en fallo renal, utilizándose una dosis de 0.3 mg /kg. Luego de 5 horas de cirugía el paciente despierta sin mecánica ventilatoria propia y se pasa terapia intensiva (UTI) para diagnóstico y tratamiento. Ingresó vigil, lúcido, en ARM. Temperatura axilar: 36,5 °C. Laboratorio previo cirugía: Na 132 mEq/l, K: 5,2 mEq/l. Al ingreso a UTI: Na 135 mEq/l, K 4.6 mEq/l, PH: 6.96, pCO₂ 34.6, pO₂ 110, HCO₃ 8, EB:-22.4, saturación de O₂ (sat): 94,2%. Se administra bicarbonato de Na y se induce hipocapnia por hiperventilación. A las 24 horas: PH 7.325, pCO₂ 21.3, pO₂ 88, HCO₃ 11.2, E B -12.1, sat: 96%. A las 48 horas: PH 7.25, pCO₂ 28.5, HCO₃ 12.7, E B -12.44. A las 72 horas: PH 7.27, pCO₂ 24.3, HCO₃ 11.5 Ex B: -15.5. **Resultados:** Se pudo retirar el respirador a las 96 hs., cuando el PH fue de 7,34, pCO₂ 28.4, HCO₃ 15.5, EB: -6. En consulta con neumonología, y neurología se diagnostica insuficiencia ventilatoria por disfunción neuromuscular secundaria a atracurium donde el principio "Dosis/Tiempo de relajación" se modificó por acidosis, interacción farmacológica y otros factores no mensurables (miopatía por corticoides, idiosincrasia, etc.). **Conclusiones:** Los sistemas biológicos son complejos, de respuestas no lineares (caóticos) ante la introducción de un nuevo elemento o cambio. Dependen de las condiciones basales del sistema, con respuestas amplificadas o minimizadas y la presencia de eventos emergentes. Sólo se puede predecir la probabilidad de un efecto o resultado ante la introducción de un cambio o acción.

0189 INTOXICACIÓN POR "EXTASIS".PRESENTACIÓN DE CASOS

G IZZO, C DE FILIPPO, G SALINAS, S SANTAGIULIANA, A SANTAMARIA, S SILLITI, D NOVAL, A RAMOS, S ILUTOVICH
Sanatorio de la Trinidad Mitre - Buenos Aires

Introducción: La 3,4-metilendioxi metilamfetamina (MDMA), también conocida como "EXTASIS" (EXT). Pertenece a las llamadas "drogas de diseño". Es una variante metoxilada de la anfetamina, sintetizada por primera vez en 1914 como anorexígeno y su consumo se ha incrementado en los últimos años. Se utiliza como tabletas, cápsulas o polvo, en dosis de 50-150 mg. Produce euforia, aumento de la autoestima y la sociabilidad, desinhibición, insomnio y anorexia. Las manifestaciones clínicas son muy variables ya que su fabricación clandestina hace difícil determinar su pureza. La intoxicación por EXT puede presentar síntomas menores (taquicardia, hipertensión, midriasis, confusión, ataxia, bruxismo, trismus, hiperreflexia, desorientación) o síndromes mayores: 1- hipertermia, rhabdomiólisis y falla multiorgánica (FMO); 2- síndrome serotoninérgico; 3- falla hepática aguda aislada; 4- hiponatremia y edema cerebral; 5- manifestaciones neurológicas (ACV- HSA); 6- muerte súbita y 7- ataque de pánico. Objetivo: se presentan dos casos de intoxicación por EXT con síndromes mayores. Material y Método: revisión de historias clínicas de pacientes ingresados a la UTI por intoxicación severa con EXT de enero 2006 a mayo 2007. Descripción: Caso 1: paciente femenina de 22 años, sin antecedentes. Consumió EXT y alcohol en proporciones desconocidas presentado vómitos. Ingresó a Emergencias en coma y fue derivada a UTI. Requiere asistencia respiratoria mecánica (ARM). El laboratorio de ingreso evidenció hiponatremia severa (118 mEq/l), CPK 1090 UI/l. Etanolemia 21 mg%. Se realizó tomografía computada (TAC) de cerebro sin contraste observándose edema difuso con cisternas peritroncales comprimidas. Se inició reposición de sodio. Evolucionó en 4 hs con signos clínicos de muerte encefálica. Caso 2: paciente masculino de 31 años, sin antecedentes. Consumió EXT y alcohol en cantidades desconocidas. Fue derivado de hospital público, al que fue trasladado por deterioro del sensorio. Presentó taquicardia, hipertensión e hipertermia. Requiere ARM. Laboratorio de ingreso: creatinina 2.2 mg%, CPK 12295 UI/l. Etanolemia 15 mg%. TAC de cerebro sin lesiones agudas. Evolucionó con FMO (hemodinámica, respiratoria, hepática, renal, hematológica). Requiere monitoreo hemodinámico, vasopresores a altas dosis, hemodiafiltración continua arterio-venosa por inestabilidad hemodinámica refractaria. Presentó mejoría de las disfunciones orgánicas. Inició diálisis convencional hasta recuperar la función renal. Fue externado de UTI a los 24 días, lúcido. Alta domiciliaria a los 45 días de internación. Conclusión: Los dos casos presentados son disímiles, aunque ambos se manifestaron como síndromes mayores. Las complicaciones severas se observan raramente en consumidores de EXT pero cuando ocurren pueden ser fatales. El desconocimiento de su fisiopatología, obliga a efectuar soporte vital avanzado de las mismas.

0190 PRESENTACION DE UN CASO DE EMPIEMA SUBDURAL COMO COMPLICACION DE MENINGITIS NEUMOCOCCICA EN LA ERA POST- ANTIBIOTICA

S SANTAGIULIANA, G IZZO, C DE FILIPPO, G SALINAS, A SANTAMARIA, P SCAPELLATO, M BERTE, D NOVAL, S ILUTOVICH
Sanatorio de la Trinidad Mitre - Buenos Aires

Introducción: El empiema subdural se presenta como complicación de la meningitis bacteriana en el 1% de los casos y es infrecuente en la era post-antibiótica. Se acompaña de una alta morbimortalidad y es considerada una emergencia neuroquirúrgica. Material y Método: La presentación de un caso de un adulto de 63 años previamente sano que ingresó por meningitis bacteriana neumocócica y desarrolló como complicación un empiema subdural. Se discuten la incidencia, mortalidad, diagnóstico y tratamiento de esta rara complicación de la meningitis en base a una revisión de la literatura. Descripción: Paciente de 63 años sin antecedentes que ingresa a UTI por fiebre, rigidez de nuca y confusión. Se realiza punción lumbar con LCR: leucocitos 1200/ml (80%PMN), proteinorraquia 556 mg% y glucorraquia no dosable. Se aísla en LCR y en hemocultivos *Streptococcus pneumoniae* (*Str. pn*) sensible a penicilina, CIM 0.006

íg/ml. Se trató con ampicilina. Evolucionó con estupor por lo que requirió intubación orotraqueal. Se realizó tomografía (TAC) de cerebro que evidenció ocupación mastoidea y de oído medio derecho con imagen sugestiva de empiema subdural fronto-parietal homolateral y velamiento de asta posterior de ventrículo lateral izquierdo, compatible con pioventriculitis; hallazgos confirmados con RMI con y sin gadolinio. Se decide abordaje quirúrgico conjunto realizándose evacuación de la colección subdural con colocación de ventriculostomía y timpanocentesis. Discusión: La meningitis bacteriana tiene una incidencia de 0,6 - 4 casos cada 100.000 hab. *Str. pn* es el principal agente etiológico (50 %). La infección por éste germen es un factor de riesgo para complicaciones (edema 10%, sinusitis/otitis 10%, infarto 6%, hidrocefalia 3% y empiema subdural 1%) El *Str. pn* es el germen más frecuentemente asociado a empiema subdural, reportándose una mortalidad de 6-17% y una morbilidad del 40% (deficit neurológico persistente, hemiparesia o convulsiones). El diagnóstico de empiema se efectúa mediante imágenes. La RMI es el método de elección, ya que tiene mayor especificidad para diferenciar empiema y efusión, permite definir con mayor exactitud los límites anatómicos de la infección, con mejor visualización de la fosa posterior. El tratamiento es médico-quirúrgico, con antibioticoterapia de 3 a 4 semanas a partir del último drenaje, debiendo prolongarse si el cuadro clínico no resuelve. El tratamiento quirúrgico consiste en la evacuación del material purulento a través de craniotomía o trepanación, dependiendo éste de la condición clínica del paciente. Conclusión: Se presenta un caso de empiema subdural y pioventriculitis por *Str. pn*, en contexto de tratamiento antibiótico adecuado. El tratamiento quirúrgico permitió la resolución de esta infrecuente complicación.

0193 IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA FLORA NOSOCOMIAL PROPIA. ROL DE ENFERMERÍA

N GUANCA, A MIRANDA, F RASSI, R BARBOSA, F MAISARES
Terapia Intensiva. Sanatorio Parque. Salta. Argentina.

Introducción: La bibliografía resalta ampliamente la importancia de conocer la epidemiología propia de cada institución para la instrumentación de políticas infectológicas. Objetivos: Conocer la epidemiología de nuestra Terapia Intensiva para optimizar el manejo infectológico y los cuidados de enfermería según el tipo de germen y su prevalencia. Paciente y método: Se analizaron en forma retrospectiva los resultados de todas las muestras de cultivos positivos, en el período comprendido del 01-01-06 al 31-12-06. Resultados: Los cultivos positivos para gérmenes nosocomiales, presentaron la siguiente distribución: *Escherichia Coli* 20.30%, *Staphylococcus aureus* 14.17%, *Pseudomona aeruginosa* 13.79 %, *Klebsiella Pneumoniae* 9.19 %, *Acinetobacter baumannii* 6.51 %. Requiere mención aparte un 8.04 % de *Staphylococcus epidermidis* en el rescate bacteriológico. Conclusiones: Por el tipo de germen hallado y su hábitat, el origen más probable, para el caso de *Escherichia Coli*, es el manejo inadecuado del equipo de higiene (chatas, papagayos, pinzas, etc). Para todos el lavado de manos. Con respecto a la alta tasa de rescate de *staphylococcus epidermidis*, la recolección de muestras para cultivo (que en nuestra institución la realiza enfermería), debe mejorar su técnica.

0194 ZONA ENDÉMICA PARA LEPTOSPIROSIS E INUNDACIÓN PELIGROSA ASOCIACIÓN

M FILIPPI, G MORERA, F ROJAS, G REITMANN, R AVILA, C CASTARATARO
Hospital J.M. Cullen Santa Fe

Introducción: Si bien la leptospirosis tiene al síndrome de weil como forma grave de presentación clínica, la literatura muestra que existe una forma de presentación tal vez mas peligrosa para el riesgo de vida de los pacientes y se considera a la misma como emergente. De hecho en los pacientes con síndrome febril y esputo hemoptoico deberíamos agregar a la leptospirosis como diagnóstico diferencial, principalmente cuando la zona donde habita el paciente es endémica para la misma. Objetivo: Mostrar los casos de leptospirosis con serología positiva y síndrome pulmonar como única manifestación al inicio de su presentación. Material y Métodos: Análisis retrospectivo de 4 pacientes asistidos en la UCI e Intermedia con serología positiva para leptospirosis. Resultados: Los cuatro pacientes habían estado expuestos a las consecuencias de la inun-

dación. Todos presentaron como motivo de consulta los siguientes síntomas.

Variables	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4†
Fiebre		X	X	X
Tos	X		X	
Expectoración	X		X	X
Mialgias		X		X
Artralgias		X		X
Cefalea	X	X		X
Disnea	X			X
Hipotensión	X	X		X
Desaturación al ingreso	X	X		X
Serología Positiva	X	X	X	
Infiltrados Rx	2/4	3/4	2/4	4/4
ARM	No	No Invas	No	Si
Pafi	200	100	280	50
Alta con Vida	Si	Si	Si	No*

* Hemocultivos positivos para leptospirosis

Conclusiones: En pacientes con sospecha de leptospirosis, con Rx con infiltrados o manifestaciones clínicas de insuficiencia respiratoria deben ser internados en área de pacientes críticos por el riesgo de Insuficiencia respiratoria grave. La presencia de hemoptisis en zonas con inundaciones debe hacer sospechar forma pulmonar de leptospirosis. La ARM debe ser de instauración precoz.

0195 SHOCK SEPTICO ASOCIADO A HIPERINFECCION POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS

AM PALAZZO, C SMITH, EM BRUNEL, C NOZIERES, H MENDOZA, F BALLESTERO, M CHERTCOFF, JF CHERTCOFF, D WALL, V CAMPOLO GIRARD, RW ZAMBON, MA BLASCO, JE UBALDINI
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: La infección por Strongiloides Stercolaris (SS) alcanza el 8% en áreas endémicas, siendo la hiperinfección y la diseminación sus formas más severas en un 1,5 a 2,5% de los casos. En pacientes con corticoterapia crónica el riesgo se incrementa de 2 a 3 veces alcanzando una mortalidad descrita de hasta el 77%, relacionada principalmente a sepsis por bacilos gram negativos (BNG). Actualmente no se dispone de guías estandarizadas del manejo de la infección por SS. Caso clínico: Hombre de 31 años de edad, oriundo de la Pcia. de Corrientes, con antecedentes de extabaquista, gastritis y polimiositis tipo I de 3 años de evolución, habiendo recibido tto. con glucocorticoides (CT), metotrexate y azatioprina; y 3 ciclos intermitentes de gammaglobulinas. Presentando al diagnóstico reumatológico CPK: 1463 U/L y 16% de eosinófilos en sangre periférica, descendiendo los valores de ambos tras 3 meses del inicio del tto. con CT. Ingresa en clínica médica por síndrome febril, urticaria con lesión eritematosa en muslo: Cultivo positivo para SAMS inicia tto. con cefazolina EV. Se realiza biopsia de piel evidenciando folliculitis perforante por SAMS. Evolucionando con trombocitopenia y linfopenia, se realiza punción aspiración de medula ósea que denota necrosis de más del 50%, iniciando tratamiento con factor estimulante de colonia; requirió transfusiones múltiples con hemoderivados. Persiste febril tras múltiples esquemas antibióticos (ATB). Evolucionando con alteración en el hepatograma, TGO: 55 U/L TGP: 73U/L con fosfatasa alcalina: 1239 U/L, bilirrubina total: 1.6 U/dL a predominio indirecto; la ecografía Doppler demuestra ligera hepatomegalia, aumento del diámetro de la vena cava inferior con flujo monofásico. Se realiza biopsia transyugular hepática: hipertensión portal parenquimatosa. Evolucionando con parestesias difusas, la resonancia magnética de cerebro y macizo facial presenta imágenes polipoideas en seno maxilar derecho y ocupación del seno esfenoidal, comienza tratamiento como sinusitis intrahospitalaria. Evolucionando con hipoxemia e infiltrados pulmonares, la TC de tórax presenta opacidades en vidrio esmerilado bilateral, se realiza lavado bronquioalveolar que es interpretado como positivo para Pneumocitis Cariini; por lo que inicia tratamiento con trimetoprina-sulfametoxazol, por náuseas y vómitos se rota pentamidina EV. Con parámetros de shock séptico ingresa a UTI; se realiza intubación orotraqueal y conexión a asistencia ventilatoria mecánica, inicia soporte intotrópico. Se toman nuevos cultivos, se realiza mini-Bal: positivo para SS, asociado a hemocultivos positivos para BGN. Se propone nuevo esquema ATB sumando

Ivermectina por vía enteral. Fallece a las 72 horas de haber instaurado el tratamiento. Comentarios: En pacientes inmunocomprometidos especialmente los que reciben CT con antecedentes de exposición en áreas endémicas, aun hasta 50 años después, la presencia de shock séptico refractario por BGN exige el diagnóstico diferencial de hiperinfección por SS.

0196 MODIFICACIÓN INFECTOLÓGICA EN UNA UTI POSTERIOR A CAMBIOS CONDUCTUALES DEL PERSONAL DE SALUD

C MOLINA, C TEODORO, G GAITAN, MA DEL VECCHIO, L MORENO, G GOMEZ, S RAMOS, D MANCUELLO, G PARABANO, S LUNA, A MANSILLA, G CAJAL, O SAENZ, M BARRAZA, E YANEZ, M CENTENO, M TORRES, N CARRIZO, S FRITZ, M KARUCHEK, A ROLDAN, A ARANDA, E PRESTABARUCO
Hospital Central de San Isidro

Objetivo: Describir los cambios infectológicos observados en nuestra unidad de terapia intensiva (UTI) posterior a modificaciones conductuales. En nuestra UTI, ante la prevalencia de bacterias multirresistentes y basados en la literatura sobre los cambios en la incidencia de infecciones, se implementó una fuerte política interna dirigida a la adecuada aplicación de las normas de bioseguridad. Material y métodos: Se compararon el aislamiento de gérmenes de la sala en forma retrospectiva durante dos períodos anuales luego de implementar cambios conductuales en pos del mejor manejo de las normas de bioseguridad. Se dictaron clases formativas dirigidas a todo el personal de salud (médicos enfermeros y mucamos) destinadas a actualizar y unificar criterios. Se conformó un equipo estable de enfermería, lo que aseguró una continuidad en la implementación de las nuevas conductas mediante el compromiso y responsabilidad del plantel. Se logró un correcto abastecimiento del material para la higiene y técnicas. El personal de enfermería fue el encargado de controlar y educar a los demás integrantes del equipo de salud para el cumplimiento de dichas normas. Se instrumentó el lavado de manos con clorhexidina y con alcohol gel. Todo procedimiento invasivo se comenzó a realizar provisto de ropa estéril. Se mejoró la calidad y cantidad de horas de kinesioterapia. Como dato final, los diferentes turnos de enfermería tuvieron una participación más activa sobre la toma de decisiones de las medidas de prevención interactuando en las recorridas médicas diarias. Resultados: En el primer período (Mayo de 2005 a Abril del 2006) se rescataron 252 gérmenes en todas las muestras tomadas; mientras que en el segundo período (Abril del 2006 a Mayo del 2007) se rescataron 178 gérmenes. En todos los casos las muestras correspondieron a cultivos de líquidos biológicos, hemocultivos, aspirados de secreciones bronquiales, y BAL. La cantidad de cultivos totales realizados fueron similares en ambos períodos. Conclusión: Luego de la introducción de los cambios realizados se observó una clara disminución del desarrollo de los gérmenes en las muestras obtenidas para cultivo. La implementación estricta de medidas de bioseguridad junto con la permanencia de un staff de enfermería permanente y calificado, con una concientización clara de parte de todo el personal de salud que actúa en la sala de Terapia Intensiva se ve reflejada en una menor incidencia de complicaciones infecciosas de nuestros pacientes mejorando así la expectativa de buenos resultados.

0199 CAUSAS POCO FRECUENTES DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN UTI. A PROPOSITO DE DOS CASOS

S VÉLEZ¹, M MENDOZA², C DANIELSEN², R CRISTÓFOLI²
¹Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero, ²SATI

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda se define como la falla de bomba ventilatoria e intercambio gaseoso ineficiente; y como una po2 menor de 60 mmhg y pco2 mayor de 45 mmhg. Es una de las causas más comunes de ingreso a uti. La policondritis recidivante es una enfermedad autoinmune, que afecta a estructuras cartilaginosas provocando: condritis auricular y nasal, nariz en silla de montar, pérdida de la audición, artritis, vasculitis e insuficiencia aortica. El compromiso laringotraqueal es frecuente (50%) siendo afectadas preferentemente la laringe y traquea, produciendo estenosis residual potencialmente mortal y difícil de diagnosticar en situaciones de emergencia. El coriocarcinoma es poco frecuente y altamente invasor. Se asocia a cualquier evento

gestacional: 50% mola, 25% aborto espontáneo, 25% embarazo normal y 2.5% embarazo ectópico. Las metastásis son en: pulmón, cerebro, hígado, bazo e intestino. Frecuentemente el diagnóstico se realiza por las manifestaciones clínicas de las metastásis. Objetivo: Reportar dos casos de insuficiencia respiratoria de etiología poco frecuente. Material y métodos: CASO CLINICO N 1: Paciente de 25 años masculino, que ingresa a UTI con cuadro de disnea, taquipnea y estridor de 12 horas de evolución. Como antecedente presentaba episodios de laringitis, neumonías y otitis a repetición. Examen físico: FR 40 por minuto, estridor laríngeo. Laboratorio: PH 7,10 CO2 75 PO2 124 Sat O2 97% HCO2 22 EAB (-10). Hematocrito 28%, ANCA. Se intenta intubación sin lograr franquear vía aérea a través de cuerdas vocales. Se realiza traqueostomía quirúrgica. Se realiza fibrobroncoscopia observándose estenosis severa subglótica. Se toman muestras biopsias que informan: infiltrado inflamatorio que invade el cartilago, compatible con condritis. CASO CLINICO N2: Paciente sexo femenino, 19 años que ingresa con disnea, hemoptisis fiebre y metrorragia. Antecedentes personales: amenorrea de 8 semanas, G0 P0. Aparato respiratorio: crepitantes bibasales. Ex. Ginecológico: vagina eutrofica, cuello anterior, permeable, material compuesto por coagulos, no fétido. Especuloscopia descartó lesiones traumáticas de cuello uterino. RxTx: Infiltrados alveolares agodonosos nodulares confluentes en ambos campos pulmonares. Laboratorio: Hto 22%. Gravindex +, ANA -, FAN-, ANCA- AC Anticardiolipinas Ig G e Ig M - Anticoagulante Lupico -, hemostasia normal, Espudo para BAAR -. Evolucion a insuficiencia respiratoria y distress, requerimiento de ARM, hipotension refractaria a fluidos e inotrópicos, finalmente óbito. Se realiza autopsia que informa: pulmón con extensas lesiones metastásicas intravasculares e intraparenquimatosas por coriocarcinoma. Utero: presencia de proliferación tumoral y necrosis. Conclusion: Debemos tener en cuenta que estas patologías, de presentación clínica poco frecuente pueden presentar complicaciones que ponen en riesgo la vida de los pacientes, y manifestarse con cuadros de insuficiencia respiratoria aguda. Las mismas con tratamiento precóz y específico presentan pronóstico favorable.

0200 HEMORRAGIA DE GLANDULA SUPRARRENAL

OA GUANCA, C TORREGROSA, T NEMECEK, E ORMEÑO
Sanatorio San Roque, Salta Capital

Introducción: En pacientes críticos la insuficiencia suprarrenal aguda es una entidad frecuente y de presentación oculta o relativa en donde existe una disminución en la producción de cortisol. Sin embargo puede ocurrir necrosis y hemorragia de la glándula en forma brusca con nula producción de esteroides y elevada mortalidad. Objetivo: Describir un caso clínico de hemorragia de glándula suprarrenal. Material y Métodos: Mujer 66 años, ingresa a sala de terapia intensiva con shock y abdomen agudo. Antecedentes: Enfermedad Waldenström (gammapatía monoclonal productora de IGM). Realizó última quimioterapia hace seis meses. Hipotiroidismo: levotiroxina 75 mcg/día. Poliquistosis renal. Examen físico: lúcida, TA 80 mmHg sistólica, FC 100 lpm, FR 24 rpm, T° 37, PVC 4 cmh20, palidez cutáneo-mucosa y abdomen ligeramente distendido con reacción peritoneal a predominio de hemiabdomen derecho, ruidos hidroaerós negativos, gases negativos, el resto del examen sin particularidades. Laboratorio: PH 7,31; CO2 23 mmHg; HCO3 12 mEq/l; O2 59 mmHg; EB -11,6 mEq/l; SO2 88%; Hb 11 g/l; GB 5.800 mm3 (Nc 3%, Ns 78%); Plaquetas 100.000 mm3; TP 15"(70 %); KPTT 45"; Urea 121 mg%; Creatinina 2 mg%; Na 138 mEq/L; K 3,8 mEq/l; Calcio 8,7 mg%, Amilasa 20 mU/ mL; Hepatograma Normal a excepción de FAL 390 mU/mL. TAC Abdomen y Pelvis: Riñón derecho aumentado de tamaño, desestructurado, dilatación pielocalicial. Se observa burbujas aéreas y colección (hemorragia) en polo superior y perirrenal derecho. Aorta Normal. Útero aumentado de tamaño por miomas. Riñón izquierdo pequeño y quiste en polo inferior. La paciente recibió soporte hemodinámico, respiratorio, antibióticos empíricos previo toma cultivos y corticoides desde el inicio. Se le realizó tratamiento quirúrgico: Extirpación de glándula, evacuación de hematoma y hemostasia de arterias suprarrenales, por destrucción y hematoma de glándula suprarrenal derecha. Evolucion a falla orgánica múltiple y shock refractario, fallece a las 48 hs del ingreso. Se recibió cultivos: Hemocultivo: salmonella enteritidis Resistente ampicilina y Sensible Ampicilina-sulbactam, cefalotina, cefalosporinas 3ª generación, ciprofloxacina y gentamicina.

Urocultivo: Enterococo fecalis, Resistente a norfloxacina y Sensible ampicilina, nitrofurantina, vancomicina. Conclusiones: La hemorragia suprarrenal es una entidad que debe ser sospechada hasta que se demuestre lo contrario en pacientes graves con shock séptico y antecedentes de neoplasias, uso de esteroides, trastornos de la coagulación, etc. como el caso de esta paciente debido a la elevada mortalidad a pesar del soporte vital intensivo y farmacológico.

0201 SINDROME COMPARTIMENTAL AGUDO DE LA PIERNA EN HERIDO DE BALA CON FRACTURA EXPUESTA DE FÉMUR Y LESIÓN DE LA ARTERIA POPLÍTEA

M VAZQUEZ, M BONO, JD AZRIELEVICH
CMPFA Churrucá-Visca

Objetivos: Presentar un caso de síndrome compartimental agudo (SCA) de la pierna en un herido de bala y destacar aspectos relacionados con su fisiopatogenia, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, y pronóstico. Introducción: El SCA es una emergencia quirúrgica caracterizada por el aumento de la presión tisular en un compartimento osteofascial no distensible con reducción de la perfusión capilar por debajo del nivel necesario para la viabilidad muscular y nerviosa. Causas: trauma, procedimientos de revascularización, quemaduras, y compresión muscular prolongada. Clínica: dolor intenso desproporcionado con respecto a la injuria y agravado por el estiramiento pasivo del músculo, parestesias, déficit motor, y aumento de la tensión del miembro. El déficit de pulsos periféricos es un signo tardío. La fasciotomía es el tratamiento de elección. La diferencia entre la presión diastólica sistémica y la presión intracompartimental ha sido sugerida como el indicador más sensible de la presión de perfusión tisular. Un valor de 30 mmHg o menos ha sido recomendado como el umbral para las fasciotomías. En la etapa precoz el tratamiento con oxígeno hiperbárico (O2HB) favorece la oxigenación tisular, incrementa la disponibilidad de oxígeno por unidad de flujo sanguíneo, y reduce el edema. Material y métodos: Paciente de 18 años de edad, sexo masculino, con fractura supracondílea expuesta del fémur izquierdo y lesión de la arteria poplítea izquierda por herida de bala (Gustillo III C). Se realiza puente fémoro poplítea y colocación de tutor externo transarticular. Pasa a terapia intensiva (TI). En 24 horas desarrolla SCA de la pierna izquierda (dolor, parestesia, aumento de tensión, y déficit de pulsos pedio y tibial posterior). Se realiza fasciotomía de los compartimentos anterior y posterior de la pierna y osteosíntesis del fémur. Recupera pulsos. Cursa rhabdomiólisis sin fallo renal. Febril. Al 9º día postoperatorio (PO) se resecan músculos necróticos del compartimento anterior con rescate de Acinetobacter baumannii y Serratia marcescens. Se ajustan los antibióticos. Inicia tratamiento con O2HB. Luego de 16 días de TI pasa al servicio de traumatología. Continúa con O2HB y curaciones. Alta hospitalaria al 56º día PO. Resultados: Pasados 9 meses, el paciente camina sin ayuda de dispositivos. Heridas cicatrizadas. Anestesia desde el tercio medio de la pierna hacia distal. Imposibilidad de flexión dorsal del pie. La perfusión de la pierna es buena y su diámetro está reducido en comparación al de la pierna contralateral. Conclusiones: El SCA es una emergencia quirúrgica. El diagnóstico se basa en un alto índice de sospecha. La fasciotomía es el tratamiento de elección. El O2HB es de utilidad en las primeras horas del SCA. La cirugía precoz disminuye la morbilidad y las secuelas estéticas y funcionales.

0204 ERROR EN MEDICINA: RELEVANCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN EL PACIENTE CRÍTICO

JL SAGARDÍA, V ARANA, L AGUILAR, L SALIGARI, A PANIGAZZI, L ALBANO, C APEZTEGUIA, G BERENSTEIN
Hospital Prof. A. Posadas, El Palomar, Bs. Aires, Argentina

Los eventos adversos (EA) definidos como complicación secundaria al manejo médico pueden producir daño en los pacientes hospitalizados. Los pacientes críticamente enfermos son particularmente vulnerables debido a su gravedad y su exposición a intervenciones de riesgo. Objetivos: Describir la prevalencia de EA serios y sus consecuencias en las UCIs de adultos y analizar su relación con las características de la población. Métodos: Estudio retrospectivo de corte transversal, con revisión en dos etapas, de una muestra aleatoria de Historias Clínicas (HC) de los pacientes internados en Terapia Intensiva e Intermedia del hospital durante el año 2004.

Resultados: Se incluyeron 203 internaciones (163 HC evaluadas). En la 1ª etapa se evaluó la elegibilidad de HC y la presencia de indicadores de EA (IEA). En la 2ª etapa se determinó la ocurrencia de EA y sus consecuencias.

FRECUENCIA de EA	T. INTENSIVA (n%)	T. INTERMEDIA (n%)	P				
- HC c/riesgo positivo	45	22	0.0001				
- EA serios / IEA	189 / 157	46 / 64	NS				
- Prevalencia de EA	50.0% (95% IC: 38.45-61.54)	22.4% (95% IC: 14.62-32.68)	0.0004				
FRECUENCIA de TIPO de EA							
- Infección intrahospitalaria	20%	30%					
- tratamiento erróneo o tardío	19%	20%					
- relacionadas al cuidado de enfermería	19%	20%					
CONSECUENCIAS de EA							
- secuela transitoria riesgo de muerte	42%	44%					
- secuela transitoria riesgo de muerte	26%	27%					
- retraso en la extubación	10%	11%					
- secuela permanente riesgo de muerte	4%	4%					
- secuela permanente riesgo de muerte	3%	-					
- posible relación con la muerte	13%	4%					
Distribución de los 18 EA que pudieran haber estado relacionados con la muerte: infección intrahospitalaria en 8 casos, tratamiento erróneo o tardío en 3, diagnóstico erróneo o tardío en 2, y relacionado a tratamiento en uno.							
FRECUENCIA EA / DEMOGRAFIA		T. INTENSIVA			T. INTERMEDIA		
		Rastros +	Rastros -	p	Rastros +	Rastros -	p
APACHE II	18,7	14,1	0,03	14,7	10,1	0,01	
Días Internación	8	3	0,001	6,9	3	0,001	

Conclusiones: Se detectó una elevada prevalencia de EA serios, mayor en los pacientes de T. Intensiva, con consecuencias relevantes para su evolución. Los EA más frecuentes fueron infección intrahospitalaria, tratamiento erróneo/tardío y los relacionados al cuidado de enfermería. Esta evaluación aporta información inicial necesaria para definir prácticas a instrumentar a fin de mejorar la seguridad en la atención del paciente crítico. Estudio realizado con el subsidio de una beca CONAPRIS, convocatoria 2006.

0206 ALGUNOS ASPECTOS DESTACABLES DE LA HEMODIÁLISIS EN TERAPIA INTENSIVA

M. MARONI, R. DÍAZ CORTEZ, D. PISCIOTTANO
Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez" Buenos Aires Argentina

Objetivo: Realizar un estudio retrospectivo de los pacientes (pac) que requirieron tratamiento hemodialítico en el hospital, y destacar los diferentes aspectos que surgieron como más notorios en los mismos. Material y método: Estudiamos los datos de todos los pac. que requirieron tratamiento sustitutivo renal en el servicio de terapia intensiva en el período: mayo 1999/abril 2007 (8 años), utilizamos los protocolos hemodialíticos correspondientes y las historias clínicas de Nefrología, distribuyéndolos por diagnósticos, observando evolución y destacando algunos aspectos que resultaron significativos. Resultados: Se evaluaron los datos de 123 pac., 67 hombres y 56 mujeres. La distribución por diagnóstico fue: Glomerulopatías primarias 12 pac.; Diabetes 17 pac., de ellos 8 presentaban descompensación por sepsis; Insuficiencia renal crónica avanzada 36 pac.; Patologías obstructivas 9 pac.; Cuadros sépticos 31 pac. de los cuales 4 eran obstétricas; Intoxicaciones agudas 4 pac.; Cardiopatías 4 pac., y otras patologías con 1 o 2 pac. (Lupus, hepatopatías, mieloma múltiple, etc). La edad promedio fue de 53,9 años, siendo 56,5 para los hombres y 50,8 para las mujeres. Las pac. obstétricas contribuyen a esta diferencia al ser menores de 30 años. Respecto a las evoluciones observamos que: de los pac. con glomerulopatías fallecieron 5 y se derivaron 7; de los pac. diabéticos fallecieron 8, se derivaron 6 y revirtió el cuadro en 3 casos. De los pac. con insuficiencia renal crónica fallecieron 7, se derivaron 25 y revirtieron 4; respecto a los pac. sépticos, fallecieron 17, se derivaron 4 y revirtió en 10 pacientes, todas las obstétricas revirtieron. De los pac. con patología obstructiva 2 fallecieron, 3 se derivaron y 4 revirtieron con cirugía de derivación. Por último destacamos los pac. intoxicados; el primero fue por barbitúricos y los 3 últimos han sido en etapa reciente y coincide en ellos la toxicidad con pasta base de cocaína (Paco), todos recuperaron su función renal, pero si bien el mecanismo de los 3 pacientes intoxicados con Paco impresionó ser una rabdomiolisis, pero no existían alteraciones musculares o dolores a posteriori, cambios típicos en la coloración de la orina, ni hiperpotasemia, mientras que los valores de la creatininfosfoquinasa

eran de 124.000 a 187.000 unidades. Postulamos una interacción del Paco en la reacción utilizada, de forma que se obtienen valores erróneamente elevados de la enzima. Conclusiones: 1. Existe un gran número de patologías capaces de producir una insuficiencia renal descompensada que requiera tratamiento dialítico. 2. El grupo de patología renal crónica evolucionó al óbito en 7 casos (19,4%), mientras que en pac. con sepsis fallecieron 17 (54,8%). 3. Todas las pac. obstétricas evolucionaron bien pese a ser sépticas. 4. Postulamos una interacción del Paco con la reacción de determinación enzimática para creatininfosfoquinasa.

0208 IMPACTO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR EN PACIENTE CRÍTICO

A. MARINO, DA VARELA, PR. ESCALANTE, RI. SANCHEZ, M. BONO, N. TIRIBELLI
CMPFA Churrucá-Visca

Objetivo: Analizar las características clínicas, pronóstico y la efectividad del tratamiento antibiótico de los pacientes que presentaron neumonía asociada al respirador (NAV) en nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Material y método: Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron de manera consecutiva a UTI de nuestro hospital, que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM), desde el 01-08-2006 hasta el 30-04-2007. Se analizaron los pacientes con diagnóstico de NAV y los que no cursaron con NAV. Se consideró NAV temprana aquella que se presentó en los primeros 5 días de ARM y tardía luego de ese lapso. Para el diagnóstico se utilizó el Clinical Pulmonary Infection Score (CPIS). Se tuvieron en cuenta los siguientes datos de la población: edad, sexo, APACHE II, SAPS II. Los datos se presentan como media y desvío Standard o porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado y el t-Test. Se consideró significativa una p < 0,05. Resultados: La población total incluída fue de 198 pacientes, 58,6% hombres (116/198) y 41,4% mujeres (82/198), de los cuales 25 (52% hombres y 48% mujeres) tuvieron diagnóstico de NAV (incidencia 13,1%, densidad de incidencia 16,4 episodios cada 1000 días de ARM). Fueron 26 episodios de NAV en 25 pacientes. El 44 % (11/26) fue NAV temprana y 56 % (15/26) tardía. El score de CPIS promedio fue de 6,82 (0.9) y el diagnóstico se realizó a los 10,9 días (10.7) de ARM. Los gérmenes aislados fueron: Acinetobacter baumannii 53.8%, Pseudomona aeruginosa 15.4%, Klebsiella pneumoniae 15.4%, Staphylococcus aureus 11.5%, Proteus mirabilis 11.5%, Stenotrophomonas maltophilia 7.7%, Providencia 7.7%, Burkholderia cepacea 3.8%, Morganella morganii 3.8 %, Neumococo 3.8 % y Mixta 34.6%. Conclusiones: Cuando se comparó el grupo de los pacientes con y sin NAV no hubo diferencia en la edad, APACHE II, SAPS II. Los pacientes con NAV necesitaron más días de ARM, estaba en UTI, reintubación y traqueostomía. La mortalidad fue mayor en los pacientes con NAV, pero sin diferencia significativa. Se observó mayor requerimiento y cantidad de unidades transfundidas de glóbulos rojos, así como demanda y tiempo de utilización de drogas vasoactivas en el grupo con NAV. El tratamiento antibiótico adecuado presentó menor mortalidad que el inadecuado pero sin alcanzar una diferencia significativa.

	n	Edad	Apache II	Saps II	Días de ARM	Días de UTI	Tasa de Reintubación	Mortalidad	Traqueo
No NAV	173	63,9 (17,9)	20,6 (9,4)	46,9 (22,3)	5,8 (8,3)	7,9 (10)	8,6%	38,1%	13,8%
NAV	25	57 (20,8)	24 (9,6)	49,4 (19,6)	16,4 (16,6)	22,3 (16,8)	28%	44%	32%
P		0,07	0,09	0,6	0,01	0,001	0,01	0,7	0,04
		Transfusión de GR			Requerimientos de Vasopresores				
		Tasa	Unidades	Falla renal aguda	Tasa de Uso	Días de Uso	Tasa de Uso	Dobutamina	Días de Uso
No NAV	31%	5,1% (4,4)	27,6%	54%	4,4 (4,8)	20,7%	3,1 (4,5)		
NAV	48%	9,7 (10,6)	44%	75%	10,2% (6,9)	28%	8,7 (8,3)		
p	0,02	<0,001	0,14	0,01	<0,001	0,13	<0,001		
		Antibioticoterapia		Mortalidad					
Adecuada		61,5%		31,2%					
Inadecuada		38,5%		60%					
p		0,16		0,30					

0209 EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS VISTO POR LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL - 2007

D PISCIOTTANO, R DÍAZ CORTÉZ, D WEISSBROD, MARONI M
Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez". Buenos Aires. Argentina

Objetivo: Evaluar los conocimientos generales actuales sobre procuración y trasplante de órganos, en población médica de nuestro hospital, y su actitud ante los mismos. Material y Método: A partir de una encuesta realizada a médicos del hospital, y con 19 preguntas simples con opción: SI - NO - ns/nc, realizamos una evaluación a través de los programas Excel y EpiInfo 2000. La recolección de datos se hizo en forma directa, en mayo 2007. Resultados: Obtuvimos 92 respuestas (49 mujeres y 43 hombres), con un promedio de edad de 41,12 años, interviniendo médicos de varios servicios; los más numerosos: Clínica Médica (23), de los cuales 7 se desempeñan en guardia; Pediatría (15), Cirugía (11), 6 de guardia; traumatología (4), 3 de guardia; Terapia intensiva (11 Anatomía Patológica (9). El total de médicos con desempeño en guardia fue 25. En las respuestas surge que un médico no acepta el trasplante como terapéutica y otro duda sobre su validez. Del total 12 NO aceptan íntimamente el concepto de muerte encefálica por parte del INCUCAI, 27 no contesta y 7 lo consideran inadecuado (37% en total). Sólo 22 médicos (el 23,9%) confía en que la distribución de los órganos es transparente, y que la prioridad en la lista de espera es respetada. Las respuestas siguientes dejan en claro que existe un gran desconocimiento por parte de los profesionales de la forma de relizar las denuncias de donantes y cuando pueden ser hechas. El 75% está de acuerdo con donar sus órganos y el 66,3% dice que donaría los de un familiar. El tema se habló en la familia de 65 de los encuestados. El actual criterio legal de DONANTE PRESUNTO es compartido por 61 médicos (66,3%). La inversión económica de Argentina en el tema es aceptada por el 85% de encuestados, y sólo el 15% considera que debería incentivarse económicamente a quien realiza las denuncias. Se pesquiza el grado de información e interés en formarse en el área y finalmente se pregunta si ha realizado denuncias en los últimos 5 años, siendo afirmativo en 44 casos (47,8%). Se hace análisis por especialidades y se destaca que 7 de 11 médicos de terapia y 17 de 25 médicos de guardia no consideran transparente la distribución y/o prioridad en los operativos; pese a ello el total de los médicos de terapia han realizado denuncias al sistema de procuración. Conclusiones: En una representativa muestra de los médicos del hospital (casi el 20%) un alto porcentaje duda de la forma en que INCUCAI aplica el concepto de muerte encefálica, y es baja la proporción de médicos que confía en la transparencia respecto a la distribución y al respeto de la lista de espera. Por otra parte no se conocen los mecanismos a usar según la ley. El 75% acepta ser donante de órganos, el 66,3% donaría órganos de un familiar. El tema de donación y trasplante se habló en el 70,6% de las familias. Es baja la aceptación por parte de los médicos del concepto de donante presunto. Finalmente se destacan datos referidos a terapia intensiva y guardia.

0210 VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

W PAZ, M VAZQUEZ, N TIRIBELLI, D VARELA, P ESCALANTE, RI SANCHEZ, M BONO, M SABAN, A MARINO
CMPFA Churruca-Visca, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Analizar las características y la evolución de los pacientes > 70 años que requirieron Ventilación Mecánica (VM). Material y Metodo: Se registraron prospectivamente los pacientes con requerimiento de VM durante más de 24 hs. entre el 01/08/2006y el 30/04/2007. Se registraron datos demográficos, scores de gravedad (APACHE II y SAPS II), motivo de VM, días de VM, estadia en UTI, mortalidad, complicaciones y utilización de drogas vasoactivas. Se compararon las variables entre ≤ y >70 años. Los resultados se expresaron como media y desvío standard. Para el análisis estadístico se utilizó el test del Chi cuadrado y el test T. Se considero estadísticamente significativa p < 0.05. Resultados: Ingresaron a UTI 198 pacientes que requirieron VM, 80 pacientes >70 años (38 hombres y 42 mujeres). En este grupo se registraron 98 episodios de VM. La edad fue de 78.8 años (5.1). El motivo de inicio de la VM fue deterioro del sensorio (n = 31, 31%), insuficiencia res-

piratoria aguda (IRA) (n = 58, 59%), IRA sobre enfermedad respiratoria crónica (n = 9, 9%).

	> 70 años	= 70 años	p
APACHE II	23.1 (9.4)	13.2 (9.9)	0.0001
SAPS II	53.4 (20.9)	28.8 (21.6)	0.0001
Mortalidad (%)	50	34	0.03
Días de VM (días)	8.3 (13)	5.6 (6.9)	0.04
Días de UTI (días)	11 (14.9)	5.2 (6.9)	0.04
Reintubación	12/48 (25)	10/75 (7.5)	0.01
(N° episodios/total, %)			
TQT	16/80 (20)	13/118 (11)	NS
(N° de ptes/total, %)			
NAV (N° episodios, %)	8/98 (8)	15/132 (11)	NS
Noradrenalina (tasa de utilización, %)	48/80 (80)	65/118 (55)	NS
Dobutamina (tasa de utilización, %)	23/80 (29)	20/118 (17)	NS
Insuficiencia renal	29/80 (36.2)	27/118 (22.9)	0.05
(N° de ptes/total, %)			

Conclusiones: Los pacientes > 70 años tienen scores de gravedad más altos, mayor duración de la VM y estadía en UTI, mayor mortalidad y más fallas de extubación e insuficiencia renal, que los pacientes ≤ 70 años. El uso de drogas vasoactivas, la incidencia de NAV y el requerimiento de traqueostomía fue similar en ambos grupos.

0211 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DIRIGIDO A UN OBJETIVO TEMPRANO, CORTICOIDES, CONTROL DE LA GLUCEMIA Y PROTEINA C HUMANA RECOMBINANTE ACTIVADA EN UN GRUPO DE PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS CON SHOCK SÉPTICO Y FALLA ORGANICA MÚLTIPLE

J ALBA, C JAIME, S GONZALEZ, S LOPEZ, M MALDONADO, J MENDEZ
Sanatorio Rivadavia

Objetivos: Describir nuestra experiencia, evaluar resultados con EGDT (tratamiento dirigido a un objetivo temprano), corticoides, control de la glucemia y rhACP (Proteína C humana recombinante activada) en cuatro pacientes inmunosuprimidos (oncológicos y transplantados de medula ósea) con shock séptico, falla organica multiple internados en Unidades de Terapia Intensiva. Material y métodos: Entre el año 2003 y 2007 recogimos los datos retrospectivos de pacientes inmunosuprimidos ingresados a una Unidad de Terapia Intensiva de Adultos con diagnóstico de Shock séptico y falla organica múltiple, cuyos APACHE II fueron de 25 o mayor. Todos eran portadores de enfermedad neoplásica y con medicación inmunosupresora. Dos transplantados de médula ósea por leucemia, y dos con tumores sólidos, uno con quimioterapia reciente y neutropénico. Todos recibieron expansión con soluciones salinas y monitoreo de la saturación venosa central (extracción intermitente de un catéter venoso central), vasopresores, ARM en tres, corticoides, control de glucemia para mantenerla en valores inferiores a 140mg/dl, antibióticos y cirugía en forma temprana. La iniciación de rhACP fue dentro de las 24hs de la primera falla y lo durante 96hs. Las etiologías de sepsis fueron de causa médica en tres y quirúrgica en el restante. Resultados: Cuatro pacientes con edades entre 55 y 70 años fueron incluidos. Todos recibieron altas dosis de vasopresores, tres tenían criterio de SDRA (síndrome distres respiratorio agudo) y uno con injuria pulmonar aguda. Tras haber alcanzado objetivos de EGDT, dada el alto riesgo de muerte se indicó iniciar rhACP, ya que ninguno tenía contraindicaciones absolutas para su uso. Se obtuvo el consentimiento familiar y de sus médicos oncólogos. No hubo complicaciones hemorrágicas durante las infusiones. Tres pacientes redujeron dosis de vasopresores al 50% al igual que las fracciones inspiradas de oxígeno en las primeras doce horas desde el inicio de rhACP. El paciente restante no experimentó mejoría de ningún índice durante todo el tratamiento. Tres pacientes sobrevivieron y se externaron de cuidados intensivos dentro de los diez días. Un paciente falleció al 5º día en shock refractario y SDRA. A los 28 días los pacientes que sobrevivieron estaban vivos y fuera del hospital. Dos de ellos aun vivían al año sin secuelas. Conclusiones: En una serie

pequeña de pacientes cuya condición de inmunosupresión, alto riesgo de muerte pero con buen estado general previo y control de su enfermedad neoplásica, establecer el tratamiento del shock séptico combinado y precoz de EGD, control de la glucemia, corticoides y rhACP produjo resultados satisfactorios.

0212 ¿EL CATÉTER VENOSO CENTRAL ES UN FACTOR DE RIESGO EN PACIENTES CRÍTICOS?

M BONO, DANI VARELA, A MARINO, R SANCHEZ, M SABAN, E NORMANTAS, P ESCALANTE
Hospital Churrucá - Visca - Buenos Aires

Objetivo: Analizar la incidencia de complicaciones asociadas a catéteres centrales en forma global y según la localización de los mismos. Material y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva todos los pacientes ingresados a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Churrucá Visca desde el 1 de septiembre de 2006 hasta el 30 de abril de 2007, haciendo hincapié en los que requirieron colocación de catéter venoso central. Se registro el sitio de inserción, tiempo de permanencia del catéter, complicaciones infecciosas y no infecciosas. Para el análisis demográfico se consideró variables como: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía en UTI y mortalidad. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el t-Test y Chi cuadrado. Los datos se expresan como media y desvío estándar. Consideramos como estadísticamente significativa una P<0,05. Resultados: En el período mencionado ingresaron a nuestra UTI 415 pacientes, de los cuales 209 pacientes (50,4%) requirieron un total de 307 catéteres (masculino 51,2%, femenino 51,8%), edad 62,9 (18,1) años, APACHE II 19,3 (10), SAPS II 43,2 (22,7), días de terapia intensiva 9 (11,2), mortalidad de 34,5%. Los pacientes que no requirieron catéteres 206 (masculino 57,8% femenino 42,2%), edad promedio 57,4 (19), APACHE II 10,9 (10,2), SAPS II 25,3 (22,6), estadía en UTI 2,8 (9,2), mortalidad 6,3%. En el análisis comparativo de los dos grupos con respecto a la edad, APACHE II, SAPS II, días de UTI y mortalidad se halló una P < 0,05. La permanencia promedio de los catéteres fue de 6,1 (4,5) días, presentaron una incidencia de contaminación 7,5% y densidad de incidencia de 12,6 episodios cada 1000 días de catéter. La incidencia de infección fue de 0,97% y su densidad de incidencia de 1,6 episodios cada 1000 días de catéter. Se tabuló los datos de acuerdo a la localización del catéter.

Sitio de inserción	%	Estadía media	Incidencia de contaminación	DI de cont	Incidencia de infección	DI de infección	Incidencia de cont
SC	28.7	7.1	6.8	9.7	1.1	1.6	6/88
YA	60	5.8	7.1	12.2	1.1	1.9	13/184
YP	4.9	6.6	20	30.3			3/15
FE	6.4	4.3	10	23.3			2/20
P			<0,05	<0,05			

Cuando se analizo la estadía media hallamos que la vía subclavia presento una p<0,04 cuando se lo comparo con el resto de las localizaciones. Los gérmenes hallados: Acinetobacter baumannii 34,8%, Staphilococcus aureus 21,7%, Proteus mirabilis 13%, Pseudomona aureaginosa 13%, Klebsiella pneumoniae, Enterococo faecalis y Morganella morgagnii 8,7% respectivamente, Stenotrophomona Maltophilia, Enterobacter cloacae y Staphilococcus epidermidis 4,3% respectivamente. En cuanto a las complicaciones no infecciosas hallamos una incidencia de Neumotorax de 2,3%. Conclusiones: Los pacientes que requieren utilización de catéter venoso central presentan scores de gravedad y mortalidad más alta así como estadía mas prolongada en UTI. Las complicaciones como incidencia de infección y Neumotorax son similares a las publicaciones internacionales. Observamos que el sitio de inserción subclavio presentó mayor tiempo de estadía, con similar incidencia de infección.

0213 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA

R SANCHEZ, N TIRIBELLI, D VARELA, P ESCALANTE, M BONO, M SABAN, E NORMANTAS, A MARINO
CMPFA Churrucá-Visca, CABA. ARGENTINA

Objetivo: Evaluar los resultados de la implementación de Ventilación No Invasiva (VNI) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica (IRAH) que requirieron terapia intensiva

(UTI). Material y Método: Se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a UTI del Hospital Churrucá, desde 01/11/2005 hasta 30/04/2007, con diagnóstico de IRAH (PaO2<60mmHg PaCO2< 45 mm Hg). Se registraron prospectivamente datos de la población, etiología de la IRAH, éxito ó fracaso (necesidad de intubación y conexión a ARM); días de estadía en UTI, mortalidad y complicaciones. Se utilizaron ventiladores mecánicos microprocesados con interfases oronasales. Se analizaron los datos totales y en subgrupos (éxitos vs fracasos). Los datos se expresan como media y desvío standard (DS). Para el análisis comparativo entre los grupos se utilizó el Test de Chi Cuadrado para las variables nominales y el Test de T la para las variables continuas. Se considero significativa una p<0.05. Resultados: Ingresaron al estudio 40 pacientes (15 hombres y 25 mujeres) con edad de 62.2 años (17,4); APACHE II 16,7 (6,1); SAPS II 38.8 (12,7). Etiologías: Edema agudo de pulmón (n = 12); neumonía (n = 7), IPA (n = 6), posquirúrgico (n = 5), postextubación (n = 5), EPOC (n = 3) y otros (n = 2). Un 62,5% (25/40) de los pacientes tuvieron éxito. La duración de la VNI fue de 1.5 días (1,1) con una estadía en UTI de 10.5 días (11). La mortalidad fue del 30% (12/40). Un 30% (12/40) presentaron complicaciones (lesión cutánea, sequedad bucal, falla de interfase). En el grupo de éxito la duración de la VNI fue de 1,5 días (1,2), con estadía en UTI de 5,4 días (5,7). La mortalidad fue del 8% (2/25), complicaciones 28 % (7/25). La duración en el grupo fracasos fue de 1,5 días (0,9), la estadía en UTI de 18,9 días (12,7), la mortalidad 67% (10/15), complicaciones 33% (5/15). La mortalidad entre los grupos fue estadísticamente significativa (p<0.01), así como los días de UTI (p<0.01). No se encontraron diferencias entre otras variables. Conclusión: En los pacientes con IRAH, la utilización de VNI podría disminuir la incidencia de intubación. En aquellos que tuvieron respuesta exitosa se observó menor mortalidad y días de estadía en UTI.

0214 INTOXICACIÓN CON HONGOS SILVESTRES. PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

LO REZZONICO², OA GALDAME², SE GIANNASI¹, CL SALVATIERRA¹, JC BANDI², A VILLAMIL², AO GADANO²
¹UTIA - Hospital Italiano de Bs. As., ²Hepatología. Hospital Italiano de Bs. As.

Relatamos el caso de 2 ptes, derivados a nuestro Htal por intoxicación con hongos silvestres. El 1 un varón de 62 años hipertenso y con sobrepeso y el 2 el de su esposa de 60 años diabética insulino-requente, HTA, obesa y alérgica a Penicilina. Consumen la misma comida. La 1ª consulta es (a la 6 hs de la ingesta) por vómitos, diarrea y dolor abdominal, reciben hidratación EV y son derivados a un Htal de mayor complejidad, donde ingresan lúcidos, con estabilidad cardiorrespiratoria. Evolución del 1 paciente: A las 48 hs presenta IRA y hepática severa (creat 3.5 mg , TP 13%), recibe penicilina y goteo de dopamina. Es derivado a nuestro Htal, ingresa a las 60 hs post-ingesta, vigil, con insuficiencia respiratoria, renal y shock, se realiza IOT y se coloca en ARM, infusión de Noradrenalina. En UTIA presenta FAARV e Infradesnivel ST de cara lateral. Laboratorio: BIL T/D 2.5/1.7, FAL 83, TGO 1400, TGP 1560, Factor V 5%, Láctico 10, TP 13, Creat 4, Urea 150 e hipoglucemia, inicia hemodiálisis extendida (mas single pass de albúmina), Dx 10%, piperacilina tazobactam. Otros estudios: TC Cerebro: borramiento de surcos y cisuras; Doppler Hepático: hígado esteatósico, DTC CMI 76/086 CMD 72/0,72; EEG: identificación difusa del trazado. Se coloca sensor de PIC con 12mmHg de apertura. A las 96 h post-ingesta ingresa a lista de emergencia. Evolución con HEC, recibe propofol, manitol, hipotermia y Tiopental , Laboratorio: TGO 5700, TGP 7000, FactorV 2%, Láctico 9, TP <10%, realiza HEC refractaria al tratamiento falleciendo al 5 día post ingesta. Evolución de la 2ª paciente: A las 48 hs post-ingesta presenta Creat 2.4 mg /dl, TP 20%. Ingresa a nuestro Htal: con Glasgow 15/15, sin problemas cardiorrespiratorios. Al 4º día post-ingesta presenta TP 13% Factor V5%, ingresa a lista de espera (s/MELD), a las 24h suspendemos operativo de Tx con MELD 37, TP 9%, Factor V 7 y RIN 8,6, por estabilidad clínica. Es dada de alta a los 15 días post-ingesta de hongos. Discusión: Presentamos 2 casos de intoxicación Amanita Phalloides de distintas evoluciones. El 1 ingiere mayor cantidad y cursa con cuadro agresivo que progresa a la IRA, Shock, Insuficiencia respiratoria, FHF, HEC y muerte; el 2 desde IH severa presenta recuperación clínica completa. Las posibles diferencias en

el curso clínico podrían deberse a la dosis del tóxico ingerido, el estado previo del paciente (calidad hepática previa), etc. No existen estudios clínicos controlados respecto al mejor tratamiento de esta afección, solo pautas basadas en experiencias de distintos autores, lo mismo que cuando decidir el Tx, la penicilina aquí no fue útil, pese a recibirlo en etapas tempranas de la intoxicación (1ª 36 hs). Diversos estudios han tratado de elaborar índices pronósticos siendo el más relevante el intervalo entre la ingesta de los hongos y la aparición de diarrea (<8 horas), es relevante resaltar las medidas de reanimación iniciales, el tiempo y las condiciones del traslado.

0215 EFICACIA DEL USO DE UN PROTOCOLO DE CONTROL DE GLUCEMIAS EN PACIENTES CRÍTICOS

G. SIBILA, M BONO, M SABAN, D VARELA, R SANCHEZ, A MARINO, N FALCON-PEREZ

Hospital Churruca - Visca - Buenos Aires

Objetivo: Evaluar la eficacia de un protocolo para un control estricto de glucemias con el objetivo de mantener valores entre 80 y 135mg/dl en pacientes internados en terapia intensiva (UTI). **Material y método:** Se incluyeron los pacientes ingresados a UTI en forma consecutiva desde 1 de Septiembre de 2006 hasta 28 de Febrero de 2007, los cuales fueron randomizados en dos grupos. Grupo A, (control) en el mismo los controles y correcciones de glucemia fueron realizadas según el criterio del médico de guardia. Grupo B, (protocolo) los controles y correcciones fueron realizados según una grilla preestablecida. Se analizaron las siguientes variables, edad, sexo, Scores de Apache II y SAPS II, valor de las glucemias, episodios de hipoglucemias (< 70 mg/dl), hipoglucemia severa (< 50 mg/dl), mortalidad y complicaciones. Los datos fueron expresados como media y error Standard. Para el análisis estadístico se utilizaron los test de: ANOVA, t-test y chiCuadrado. Se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: Se incluyeron un total de 153 pacientes, Grupo A 78 y Grupo B 75, los cuales presentaron las siguientes características:

	A	B
Sexo	45 masc.	43 masc.
Edad	61.1±2	59.6±2.1
APACHE	16.2±1.2	15.9±1.3
SAPS	34±2.8	36.6±2.8
Estadía en UTI	8.6±1.2	9.3±1.6
Mortalidad	24/78 (30.76%)	14/75 (18.66%)
Glucemia ingreso	171.13±6.37	174.88±7.74
Glucemia promedio	160.06±1.58	146±1.15*
Episodio de hipoglucemia	2.37±0.37	3.19±0.58
Hipoglucemia severa	1.91±0.29	1.23±0.15*

*p < 0.05

Conclusiones: No se encontraron diferencias respecto a los datos demográficos entre los grupos estudiados. La utilización de un protocolo para el control de las glucemias permite obtener valores significativamente más bajos cuando se los compara con el grupo control y una menor severidad de los episodios de hipoglucemias. La mortalidad en el grupo protocolo fue menor, aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa.

0216 TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTES CRÍTICOS

P. ESCALANTE, M GUAYMAS, N TIRIBELLI, D VARELA, R SANCHEZ, M BONO, M SABAN, A MARINO
CMPFA Churruca Visca, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Analizar las características y la evolución de la población con asistencia respiratoria mecánica (ARM) que requirió traqueostomía. **Material y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en forma consecutiva a nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI) entre el 01/08/2006 y el 30/04/2007 que requirieron ARM y traqueostomía. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía en UTI, motivo de ingreso a ARM, complicaciones, requerimiento de vasopresores y mortalidad. Los datos se expresan como media y desvío Standard o porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-Test y Chi Cuadrado. Se consideró significativa una p < 0,05. Resultados: Se incluyeron 198 pacientes

(114 hombres y 84 mujeres), de los cuales 32 (18 hombres y 14 mujeres) requirieron traqueostomía (16%), la que se realizó a los 10.4 días(5,1) de ARM.

		Edad	APACHE	SAPS	Estadía en UTI	Días de VM
Traqueostomizados	Media	62	21,7	48,0	25,0	19,4
	DS	22,2	9,0	18,3	19,4	19,8
	Media	63,1	21,1	47,4	8,3	4,9
No Traqueostomizados	DS	18,0	9,5	22,4	10,3	5,2
	p	ns	ns	ns	<0,05	<0,05

Motivo de VM

	Traqueostomizados	No traqueostomizados	p	
Coma	50%	Coma	26%	0,01
EPOC	9%	EPOC	7,5%	
POP	9%	POP	22%	
SDRA	9%	SDRA	10%	
Neumonía	6%	Neumonía	11%	
Shock-Sepsis	3%	Shock-Sepsis	14%	
Otros	12%	Otros	9,5%	

Los pacientes traqueostomizados presentaron una incidencia de neumonía asociada al ventilador (NAV) de 25% (8/32); los no traqueostomizados 10,8% (18/166), p=0.06. La reintubación en el grupo de pacientes traqueostomizados fue de 25% (8/24), y en el grupo no traqueostomizado 14% (15/103), p=0,4. El requerimiento de vasopresores en el grupo de traqueostomizados fue: Dopamina: 9.8 días (9), Noradrenalina: 9.6 días (6.9), Dobutamina: 6.7 días (8,4); en los no traqueostomizados fue: Dopamina 3 (2.1) días, Noradrenalina 4.4 días (3.3) y Dobutamina 3.6 días (3.6). Se encontraron diferencias entre las drogas comparadas (p<0,05, respectivamente). La incidencia de insuficiencia renal aguda en el grupo traqueostomizados fue de 32.3%, y en los no traqueostomizados 29.3% (p>0.7). La mortalidad en el grupo de pacientes traqueostomizados fue de 38% (12/32), en los no traqueostomizados fue de 44% (40/166), p=0,17. Conclusiones: Los pacientes traqueostomizados requieren más días de ARM y de internación en UTI con similares scores de gravedad. El principal diagnóstico que llevó a la traqueostomía en los pacientes en ARM fue el coma. El requerimiento de vasopresores fue mayor en el grupo de pacientes traqueostomizados. Ambos grupos presentaron similar tasa de complicaciones y mortalidad.

0217 ECLAMPSIA Y HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

IN. NIHANY, N VITTAL, A TEILETCHÉ, M BARATELLI, V PARISI, C RUGILO, S BERNER, B DORFMAN
Clínica Santa Isabel - Buenos Aires

Introducción: La hemorragia subaracnoidea (HSA) no aneurismática, en presencia de eclampsia e hipertensión arterial inducida por el embarazo, es una complicación neurológica poco frecuente. El objetivo es mostrar las características radiológicas, la presentación, evolución y pronóstico, de una paciente con HSA no aneurismática en el contexto de eclampsia e hipertensión arterial. **Presentación del caso:** Paciente de 29 años sin antecedentes patológicos relevantes que comienza a los nueve días post cesárea con cefalea intensa frontal, asociada a náuseas sin respuesta a analgésicos. Consulta a guardia por persistencia del cuadro constatándose a su ingreso TA 180/85 mmHg. Posteriormente a su ingreso presenta movimientos involuntarios en miembro superior izquierdo, persistiendo con registros de HTA. Se le realiza TAC de cerebro (sin contraste) sin evidencia patológica. Evoluciona a las 24 horas con crisis tónico-clónica generalizada por lo que ingresa a UTI. A su ingreso presentaba TA dentro de valores normales, no volviendo a repetir registros de HTA. Se realizó RMN de encéfalo que mostró hemorragia subaracnoidea en la convexidad frontal izquierda con extensión a la cisura interhemisférica anterior y lesiones córtico-subcorticales bilaterales en la convexidad frontal y las regiones parieto-occipitales con señal hipertensiva en T2. Se realizó angiografía digital que no evidenció malformaciones vasculares, aneurismas y/o trombosis de senos venosos. La paciente evoluciona en forma favorable con resolución de la cefalea, sin repetir crisis

comiciales ni registros de HTA. En RMN de encéfalo realizada al mes del cuadro, no se observan lesiones. Conclusión: La ocurrencia de eclampsia, HSA y leucoencefalopatía posterior reversible; pueden ser complicaciones del embarazo asociados a los incrementos de tensión arterial y a las alteraciones vasculares desencadenados por este o el puerperio. Estos cuadros pueden presentarse en forma simultánea como en nuestra paciente sugiriendo que estas entidades pueden representar diferentes aspectos de un mismo cuadro. Pese a que la HSA puede presentarse como complicación neurológica en el marco de la eclampsia, es conveniente siempre la realización de una angiografía para descartar una malformación vascular.

0218 VALOR PRONÓSTICO DE LA TROPONINA T A 30 DIAS EN PACIENTES MUJERES CON SOSPECHA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO

P. GALLO, F. RASSI, F. VASVARI, R. LEON DE LA FUENTE
Terapia Intensiva. Sanatorio Parque. Salta. Argentina.

Introducción: El valor pronóstico de los marcadores biológicos en mujeres admitidas con dolor precordial no está claramente determinado. Objetivo: Evaluar la evolución en mujeres internadas con sospecha de síndrome coronario agudo en relación a la Troponina T (TnT). Material y métodos: Se analizaron 484 pacientes ingresados en forma prospectiva y consecutiva a un registro de dolor precordial multicéntrico realizado en la ciudad de Salta (Registro ARRA-RACS). A todos los pacientes ingresados se les realizó una determinación basal y otra a las 6 horas de TnT cuantitativa, luego de firmado el consentimiento informado. Se evaluó la tasa de eventos combinados (muerte, accidente cerebrovascular o nuevo evento coronario) a los 30 días y su relación con la TnT. Se analizaron también la presencia de los factores de riesgo y los antecedentes cardiovasculares. Resultados: De 484 pacientes, 190 (el 39.2%) eran mujeres, edad promedio 65,5 años (33-99), en las cuales había antecedentes de IAM en el 10%, revascularización previa en el 14,5%, diabetes 23,6%, hipertensión arterial 81%. La TnT fue positiva en el 30%. La tasa de eventos combinados (muerte, accidente cerebrovascular, revascularización miocárdica o nuevo evento coronario) a 30 días de la población femenina fue de 17.4%, siendo en el grupo con TnT positiva de 42,1% mientras que en la población con TnT negativa fue de 6.7%. En nuestra población femenina, la TnT tiene una sensibilidad de 77.4%, la especificidad es de 78.9%, el valor predictivo positivo es de 42.1% y el valor predictivo negativo es de 93.2%. Conclusión: La TnT mostró ser una herramienta pronóstica de importancia en pacientes mujeres internados con sospecha de enfermedad coronaria, con un elevado valor predictivo negativo.

0219 PERICARDITIS AGUDA RECIDIVANTE Y TUMOR INTRA-TORÁCICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

C. BRUNO, D. GONZÁLEZ, M. CURONE, J. MEDRANO
Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica y Maternidad Suizo-Argentina

Introducción: la pericarditis es una enfermedad localizada en el espacio pericárdico que puede deberse a numerosas causas. Los mecanismos son por diseminación directa de una infección adyacente intratorácica, especialmente pulmonar (20%-25%), diseminación hematogena (20%-25%), extensión de un foco intramiocárdico (14%-22%), infección directa por trauma ó cirugía torácica (24%-29%) ó extensión de un foco supurativo extratorácico y subdiafragmático (menos frecuente). Las causas más frecuentes por diseminación directa comprenden neumonías, empiemas y perforación esofágica. Los microorganismos más frecuentes son cocos Gram + principalmente especies de Estafilococos Aureus. El quiste broncogénico es una malformación congénita de la porción ventral del intestino primitivo que ocasiona una alteración en la formación del árbol traqueobronquial entre la 5ª y 16ª semanas de gestación. Pueden ser de localización mediastinal ó pulmonar y ambos están revestidos por epitelio ciliado de tipo bronquial con una delgada pared de cartilago , músculo liso y glándulas bronquiales. Suelen ser redondeados, uní ó multiloculados y el contenido puede ser aéreo, seroso ó mucoso. Los síntomas suelen presentarse desde la infancia y en general son por compresión y complicaciones infecciosas. Caso Clínico: paciente masculino, 50 años de edad, con antecedentes de pericarditis, que consulta por dolor torácico e hipertensión arterial.

En el electrocardiograma se observó supradesnivel del segmento ST en forma difusa con enzimas cardíacas en rango normal. El ecocardiograma mostró derrame pericárdico severo con signos de colapso de cavidades derechas. El paciente evolucionó con taponamiento cardíaco realizándose punción subxifoidea y posterior drenaje quirúrgico con biopsia pericárdica, constatándose material purulento. Recibió tratamiento antibiótico empírico inicial con piperacilina-tazobactam y vancomicina. El cultivo de la biopsia de pericardio mostró *Estafilococo Aureus*. Se realizó TAC y RMN de tórax donde se observó un tumor quístico, de 6 por 10 cm. localizado en el mediastino medio y posterior en contacto con la aurícula izquierda y la bifurcación traqueal. A la 4ª semana de evolución se realizó toracotomía con resección de un tumor quístico mediastinal cuya anatomía patológica informó quiste broncogénico. Conclusión: se reporta este caso como una causa excepcional de pericarditis purulenta por diseminación directa desde la cavidad torácica. Se remarca la recidiva de la enfermedad lo que obligó a la búsqueda de factores predisponentes. El hallazgo de un quiste broncogénico complicado confirmó la sospecha.

0221 ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y AUTOCUIDADO DEL PACIENTE COLOSTOMIZADO

ME. GUANUCO¹, RA. ABELDAÑO²
¹RISAM - Salta, ²Universidad Nacional de Salta

Introducción: El paciente colostomizado necesita de cuidados especiales de Enfermería, tanto los relacionados con el abocamiento, como los relacionados con el aspecto psicológico. Estos pacientes pueden sentir gran angustia, que puede estar generada por el motivo de la intervención quirúrgica, o por los cambios en la imagen corporal y en el estilo de vida. Objetivos: Relatar la experiencia de trabajo y el rol de Enfermería de Salud Mental en un paciente colostomizado, con diagnóstico de Demencia alcohólica. Material y Métodos: Estudio de caso. A partir del análisis de la historia clínica de un paciente con patología quirúrgica y psiquiátrica concomitante. Resultados: Caso: Paciente de sexo masculino de 50 años de edad, con antecedente de etilismo crónico. Ingresó con diagnóstico médico de obstrucción intestinal, se le practicó una colostomía ascendente. En la internación se encuentra sin referentes familiares. A la valoración de Enfermería se mostró con negativa a movilizarse, con falta de colaboración y cumplimiento con el tratamiento indicado. Presentaba úlceras por decúbito en la zona sacra y miembros inferiores. El principal objetivo que se planteó con el paciente fue que él mismo adopte un papel protagónico, desarrollando independencia y competencia, con acciones de autocuidado en lo referido a su arreglo personal, higiene y cuidado de la colostomía. Intervenciones realizadas: Educación para la salud para: cuidados relacionados con la movilidad e higiene. Entrevistas, en donde se buscó implicar al paciente en las actividades planteadas. Búsqueda y contacto con referentes familiares. Propuesta y cuidados necesarios para la externación. A partir del trabajo continuo y con intervenciones específicas de Enfermería de Salud Mental, la evolución del paciente fue favorable: se movilizaba por iniciativa propia, buscaba interrogantes a su tratamiento, realizaba acciones de autocuidados hacia la colostomía. Se preparó al paciente para la externación conjuntamente con un referente familiar. Conclusiones: La Colostomía es una intervención quirúrgica que el paciente vive como una "amputación" poco visible pero muy traumatizante, donde hay una pérdida del control y cambio en la estructura del cuerpo y su función. Desde el punto de vista de Salud Mental, se considera sumamente importante que se cuente con personal de Enfermería capacitado para brindar intervenciones específicas en ésta área a los pacientes que lo requieran.

0222 SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO Y TUBERCULOSIS MILIAR: REPORTE DE DOS CASOS

J. SAGARDÍA, R. TORRES, RM. GODOY, A. GONZALEZ, A. MONTEVERDE
Hospital Prof. Alejandro Posadas - Pcia. de Buenos Aires

Introducción: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en las unidades de cuidados intensivos. La tuberculosis (TB) es causa de falla respiratoria en pacientes con compromiso extenso del parénquima pulmonar pero no es una causa frecuente de SDRA. Se

presentan dos casos de tuberculosis miliar que desarrollan SDRA. Métodos: reporte de casos y revisión de la literatura. Resultados: Caso 1: Masculino de 58 años, DBT tipo II, HIV negativo. Se interna con diagnóstico de infección urinaria. Examen físico: febril, puño percusión lumbar derecha positiva, testículo izquierdo aumentado de tamaño con induraciones palpables, epidídimo aumentado de tamaño no doloroso. Sedimento urinario patológico. Ecografía: riñones normales, ambos testículos y epidídimo izquierdo heterogéneos; imagen líquida compatible con absceso ubicada en el tercio medio y polo inferior del testículo izquierdo. Rx. de tórax: infiltrado difuso micronodulillar bilateral. TAC de tórax: aumento difuso del intersticio bilateral con infiltrado acinar a predominio perihiliar y en ambos lóbulos superiores, áreas de condensación peribronquial y broncograma aéreo a nivel de lóbulo superior derecho y lóbulo medio, imagen seudonodular en vértice izquierdo, adenopatías hiliares derechas. Se realiza fibrobroncoscopia con BAL y lavado bronquial BAAR positivos. Orina BAAR positivo. El paciente evoluciona con insuficiencia respiratoria, fiebre y progresión de los infiltrados pulmonares (PAFI 166), compatible con SDRA. Intercurre con descompensación hemodinámica por hemorragia digestiva alta, requiriendo ARM e inotrópicos. Evoluciona favorablemente, se otorga alta hospitalaria con tratamiento antituberculoso. Caso 2: Masculino de 65 años con enfermedad de Parkinson, desnutrición severa, HIV negativo. Se interna por síndrome de impregnación de varios meses de evolución con trastornos de la conducta y episodios de excitación psicomotriz 3 semanas previas a la consulta. Rx. de tórax: infiltrado reticulonodulillar y áreas de consolidación bilateral. Se realizan cultivos de sangre, LCR y orina. Por alta sospecha de TB se inicia tratamiento antituberculoso con 4 drogas y antibióticos para gérmenes comunes. Evoluciona con signos de shock e insuficiencia respiratoria (PAFI 158), requiriendo ARM e inotrópicos. Se aísla *Mycobacterium tuberculosis* en hemocultivos, cultivo de LCR y aspirado traqueal. El paciente fallece luego de 20 días de internación secundario a una neumonía asociada al respirador. Conclusiones: La TB pulmonar severa con falla respiratoria aguda tiene una elevada mortalidad (68-80%) y es causa muy poco frecuente de SDRA, el cual en general ocurre en el contexto de enfermedad diseminada. Si bien en la literatura existen reportes de casos sobre la asociación entre TB pulmonar y SDRA, los estudios epidemiológicos realizados en nuestro país no describen a la TB como una de sus causas.

0223 TRANSPOSICION CORREGIDA DE LAS GRANDES ARTERIAS Y BLOQUEO AV CONGENITO EN EMBARAZADA A TERMINO CON FALLA VENTRICULAR DIASTOLICA AGUDA

P SPADA, M IZUS, J VILLANUEVA, D FERNANDEZ, H SANZ, J RAMIREZ, M CAPALBO, O PORFILIO

Hospital de Agudos José María Penna - Buenos Aires

Objetivo: Reportar un caso de falla ventricular diastólica aguda en embarazada a termino con cardiopatía congénita no diagnosticada. Material y Método: Paciente de 20 años, sexo femenino, cursando embarazo a termino, concurre a guardia por contracciones y disnea de reposo. Como antecedentes presenta intolerancia al ejercicio físico y presencia de un soplo presentes ambos cuadros desde la infancia. Ingres a Unidad de Terapia Intensiva en postoperatorio de cesárea de urgencia. Al examen físico presenta: coma farmacológico (midazolam, fentanilo), TA: 140 /100, FC 60, PVC: 20 CM H20 (sin PEEP), ARM (VT 450, FR 19, PEEP 10, FIO2 100%). A la auscultación pulmonar presenta rales crepitantes en ambas bases y campos medios. Auscultación cardiaca dificultosa por ruidos respiratorios. Presencia de edema significativo en miembros inferiores. ECG : bloqueo AV completo con ritmo de escape con QRS angosto y presencia de ondas Q en precordiales derechas. En la radiografía de tórax: presencia de cardiomegalia, ausencia de la segmentación normal de la arteria pulmonar. Edema intersticial y alveolar. Se efectúa ecocardiograma con doppler: presenta transposición corregida. Septum AV mirando a la derecha. Ventrículo derecho ubicado a la izquierda trabeculaciones finas. L-aorta anterior. Se visualiza 1er vaso posterior y derecha con ramas (arteria pulmonar). Insuficiencia moderada de la válvula auriculoventricular ubicada a la izquierda (trivalva-válvula tricúspide). Foramen oval con cortocircuito de izquierda a derecha. No se objetiva gradiente pulmonar (se descartó estenosis pulmonar asociada). Se evaluó fun-

ción ventricular en base a las excursiones laterales las cuales se encuentran conservadas con trastornos de la relajación diastólica. Laboratorio de ingreso: Hto 36%, glóbulos blancos: 20.400 mm³, glucemia: 175 mg/dl, urea 32mg/dl, sodio 132meq/l, potasio 3,5meq/l, CPK 108UI, LDH 632 UI, TGO 30 UI, TGP17 UI, amilasa 25 UI, fibrinógeno 355 mg/dl, PDF menor a 20 UI. Serología negativa para enfermedad de Chagas. Resultados: fue tratada con furosemida, enalapril y espironolactona normalizando la TAM., PVC y el intercambio gaseoso. Se extuba a las 48 hs. del ingreso. No requirió marcapaso transitorio, constatándose en ECG posterior bloqueo AV de primer grado fijo. Conclusión: Las cardiopatías congénitas constituyen un diagnóstico diferencial a considerar en pacientes grávidas con falla ventricular aguda dado que pueden no haber sido detectadas en la infancia u en los controles periódicos del embarazo.

0224 DELIRIUM EN EL PACIENTE CRITICO. ESTADO ACTUAL DE SU CONOCIMIENTO EN EL EQUIPO DE SALUD. ENCUESTA REALIZADA A NIVEL NACIONAL EN TODAS LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA DEL PAIS

E ECHAVARRIA¹, P MESA¹, M OTERO², A SUAREZ², F GALUSSO¹

¹Cátedra de Medicina Intensiva Profesor Dr. Mario Cancela, ²Departamento de Psicología Médica Profesora Dra. Laura Schwartzmann Hospital de Clínicas Facultad de Medicina Universidad de la República Oriental del Uruguay

Objetivo: Evaluar el estado actual del conocimiento y manejo sobre Delirium en el equipo de salud en las unidades de cuidados intensivos (UCI) del Uruguay. Material y método: Estudio prospectivo, mediante encuesta de opinión autoadministrada en los profesionales vinculados al cuidado del paciente crítico, durante los meses de agosto a setiembre de 2006. El número de centros participantes fueron 35 distribuidos en todo el país. Participantes: médicos (n 83), licenciadas en enfermería (n 57), auxiliares en enfermería (n 125), fisioterapeutas, (n 5), técnicos neumocardiólogos, (n 3), otros profesionales (n 3). Comentarios y Resultados: Participaron 279 profesionales vinculados al cuidado de paciente crítico. La mayoría (87%) de los encuestados piensa que más del 62% de los pacientes en asistencia respiratoria mecánica desarrolla Delirium en algún momento de la evolución. El delirium fue considerado un problema importante o muy serio en la unidad del cuidados intensivo por el 91% de los profesionales. El 50% responde que se requiere monitoreo, el 16% menciona utilizar alguna herramienta diagnóstica, el 7% utiliza una herramienta específica para su valoración. El Delirium fue considerado importante en la evolución tanto en los de los pacientes ancianos como en los pacientes jóvenes por el 86% y 75% respectivamente (p <.005). Se mencionaron como factores de riesgos importantes para el desarrollo de Delirium: hipoxemia 62%, afecciones primarias del SNC 62%, shock 55%, sepsis 54%, distress respiratorio 54, sedación 50%, alcoholismo 73%, falla renal 38%. Las complicaciones más frecuentes reconocidas fueron la ventilación mecánica prolongada, falla en la extubación, auto agresión y estadía prolongada. El 36% de los médicos plantearon tratamiento farmacológico, haloperidol en el 87% de los casos, midazolam en el 9%, antipsicóticos atípicos 1%. El rango de dosis para el haloperidol fue de 5-200 mg/día con una media de dosis máxima de 80 mg/día. La media de dosis diaria fue 8 mg. Conclusiones: La mayoría de los profesionales vinculados al paciente crítico. Considera el Delirium como un problema frecuente y serio. No se utilizan herramientas específicas para su detección, existe un alto porcentaje de subdiagnóstico. El fármaco más utilizado por lo médicos fue el haloperidol. Existió una mayor participación de los profesionales no medicos. Se vinculó el desarrollo de Delirium a la presencia de complicaciones médicas.

0225 OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA POR TIROIDES LINGUAL

RF JAÉN, C CHEDE, S CASTELLANO, G RIVELLO, A RUIZ CLAVIJO

Hospital de Clínicas de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La glándula tiroides ectópica, es una forma de presentación poco habitual. La localización lingual se presenta en un 70% de los casos. El diagnóstico de estos pacientes es patrimo-

nio de los clínicos, siendo poco frecuente en pediatría, debido a que no se acompaña en un principio con alteraciones hormonales. En cambio, con los años el paciente se vuelve hipotiroideo, ya que este tejido ectópico hipofunciona y es entonces cuando se hace diagnóstico. Caso Clínico: Ingresó paciente de 4 años de edad para ventilación no invasiva (VNI) por apneas durante el sueño. La madre refiere notar esta alteración desde Enero de este año y describe pausas respiratorias sin ronquido. Al examen físico se observa en fauces, una tumoración que emerge desde la base de la lengua. Ante la sospecha de tiroides ectópica se realiza dosajes de hormonas tiroideas que resultan normales. Se indica centellografía con captación de yodo, diagnosticándose la presencia de tejido tiroideo en la base de la lengua y confirmando la ausencia del mismo a nivel cervical. Mientras se mantenía con VNI nocturno, se discuten posibles tratamientos optándose por el uso de yodo, pero el cuadro obstructivo empeora a los 3 meses. Se obtiene estudio tomográfico, constatándose estructuras quísticas en la tumoración, interpretándose que dichas estructuras aumentaron de tamaño empeorando la obstrucción, por lo que se decide realizar resección quirúrgica. El paciente se encuentra actualmente eúneico, y con reemplazo hormonal tiroideo, llevando una vida normal. Conclusión: En nuestro Servicio el uso del método de ventilación no invasiva en pacientes con apneas obstructivas, es muy frecuente, siendo éste el primer paciente cuya causa de obstrucción es la tiroides ectópica.

0226 VENTILACION NO INVASIVA EN PATOLOGIA PEDIATRICA AGUDA

B. LATINI, A MANSILLA, M MONTONATI, M DARDUIN, D FLORES, J SASBON
Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan"

Introducción: La ventilación no invasiva (VNI) a presión positiva a demostrado ser efectiva en el falla respiratoria aguda, especialmente en los pacientes con enfermedad obstructiva crónica y edema agudo de pulmón cardiogénico. Sin embargo, su uso en los pacientes con patología respiratoria aguda ha ido en aumento, al disminuir las complicaciones de la ventilación mecánica y la estancia y morbilidad hospitalaria. Objetivos: Describir el uso de VNI en un grupo de pacientes pediátricos con patología respiratoria aguda en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y su evolución. Resultados: se evaluaron 33 pacientes entre 30 días y 18 años con patología respiratoria aguda que requirieron asistencia ventilatoria y se colocaron en VNI. 17 pacientes (51,5%) evolucionaron favorablemente sin requerir ARM invasiva, mientras que 15 pacientes (45,4%) ingresaron posteriormente en ARM invasiva. El 88% de los que presentaron evolución favorable permaneció entre 3 y 7 días con VNI y menos de 10 días en la UCI. La complicación más frecuente fue la lesión por la interfase. 4 pacientes del grupo con mala evolución fallecieron, todos ellos con infección por adenovirus. Conclusión: la VNI puede ser un método útil para disminuir la estancia en la UCI y las complicaciones asociadas a ARM invasiva en ciertos pacientes.

0227 INCIDENCIA DEL DELIRIUM EN EL PACIENTE CRITICO Y VARIABLES RELACIONADAS. TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO INTEGRADO POR MEDICOS PSIQUIATRAS E INTENSIVISTAS. PRIMER ESTUDIO REALIZADO EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL URUGUAY

A SUAREZ¹, E ECHAVARRIA², M OTERO¹, P MESA², F GALUSSO²
¹Departamento de Psicología Médica Profesora Dra. Laura Schwartzmann Hospital de Clínicas Facultad de Medicina Universidad de la República Oriental del Uruguay, ²Cátedra de Medicina Intensiva Profesor Dr. Mario Cancela

Objetivos: Conocer la incidencia de delirium en una unidad de cuidados intensivos (UCI). Correlacionar la presencia de delirium con la mortalidad, días de estadía, y días de asistencia ventilatoria mecánica (ARM). Determinar el efecto independiente de los factores de riesgo sobre el delirium. Determinar las frecuencias relativas de los subtipos de delirium. Material y métodos: Estudio epidemiológico que incluyó a todos los pacientes admitidos consecutivamente a una UCI de adultos del hospital Universitario de Montevideo, Uruguay desde el 13 de marzo al 15 de agosto del 2006 evaluados por el Confusional Assesment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). El CAM-ICU se aplicó 2 veces por día desde el ingreso a la unidad hasta el alta o fallecimiento. Se incluyeron 121 pacientes

mayores de 18 años ventilados y no ventilados mecánicamente. 103 (85%) fueron evaluados para delirium mientras 18 (15%) fueron excluidos por permanecer comatosos a lo largo del estudio. Se comparó la mortalidad, días de estadía y días de ARM entre los que desarrollaron delirium y los que no lo desarrollaron. Se analizó la importancia de los factores de riesgo sobre el delirium. Se determinó la frecuencia relativa de los subtipos delirium. Resultados: 103 pacientes críticos, 59% hombres, media de edad 56 ± 17 años (min. 18 máx. 86), 34% mayores de 65 años, media de APACHE II al ingreso 20.6 ± 6.6. La mortalidad intraunidad fue 17.5% y la media de estadía en la unidad fue 13,6 días. De la totalidad de la muestra, 59 (57.3%) presentaron delirium en algún momento de la estadía en la UCI, 65% de los que estaban ventilados mecánicamente y 30.4% de no los ventilados (p < .001). El delirium aparece por primera vez a los 6 ± 5 días de estadía en promedio (mín 1- máx 23). Los que desarrollaron delirium tuvieron una mortalidad más alta (25.4%) que los que no lo desarrollaron (6.8%) (p = .000). Los pacientes con delirium tuvieron una estadía en la UCI más prolongada (9 días más) (p = .000) scores más altos de severidad de enfermedad (p < .05) y requirieron más días de ventilación mecánica (p = .000) que los que no lo presentaron. El delirium aumentó 5 veces el riesgo de muerte (OR = 5.39 IC 1.3-22.1). Fueron factores predictivos independientes para el desarrollo de delirium el alcoholismo (OR 5.6 IC 1.6-19.3 p = .003) la administración de sedación (OR 3.4 IC 1.4-8.1 p = .006) y analgesia previa (OR 2.7 IC 1.1-6.7 p = .04). Las frecuencias relativas de los tipos hipoactivo y mixto fueron iguales (43.1%) mientras que el tipo hiperactivo fue sólo del 10%. El delirium hipoactivo predominó en pacientes más añosos (>65 años) (p < .05). Conclusiones: El delirium se asoció a mayor mortalidad y estadía intra ICU. Los factores predictivos independientes para delirium fueron alcoholismo, administración previa de sedación y analgesia. El tipo hiperactivo fue el menos frecuente. Basados en la mayor incidencia, se enfatiza la importancia de detectar específicamente el tipo hipoactivo.

0228 ANALISIS DEL MONITOREO Y EL RESULTADO EN PACIENTES NEUROCRITICOS

M. PESOA, P BAMBACI, L SANTOS, D NEILA, D DIULIO, E AMUNDARAIN
Hospital Alejandro Korn La Plata

Objetivo: describir y valorar la utilidad de los sistemas de monitoreo en pacientes neurocriticos ingresados a una unidad de terapia intensiva (UTI) de la provincia de Buenos Aires. Material y método: estudio retrospectivo descriptivo de una base de datos de monitoreo de pacientes neurológicos. Resultados: En el periodo comprendido entre septiembre de 2002 y octubre de 2003 ingresaron a esta unidad 286 pacientes de los cuales 113 (39.5%) fueron neurocriticos de esos 96 son los que forman parte de este trabajo ya que los 17 registros restantes se hallaban incompletos. Estos fueron clasificados de acuerdo a la siguientes categorías diagnosticas: traumatismo encefalocraneano TEC, hemorragia subaracnoidea HSA, hemorragia intraparenquimatosa espontánea HIPE, tumores T, accidente cerebro vascular isquémico STROKE. Datos globales edad: 45.4 ± 17.3, la distribución por sexo femenino: 28.1% (27) y masculinos: 71.9% (69), estadía en UTI: 8.9 ± 8.3, Glasgow Coma Scale de ingreso: 8.79 ± 3.9, Store APACHE II de ingreso: 14.9 ± 6.8. Tabla 1: datos epidemiológicos según categoría diagnóstica.

DIAGNOSTICO	Nº	%	EDAD	SEXO M F	ESTADIA	GLASGOW	APACHE II
TEC	48	50	39.9 ± 18.3	81.3% 18.8%	8.8 ± 8.4	8.5 ± 3.5	14 ± 5.9
HSA	31	32.3	52 ± 13	29% 71%	18.8 ± 9.1	8.2 ± 4.3	17.5 ± 8.1
HIPE	10	10.4	58 ± 18.8	63% 37%	9.1 ± 8.7	8.3 ± 3.1	13.7 ± 5.6
T	6	6.3	46.1 ± 17.2	33.3% 67.7%	2.1 ± 1.6	13.8 ± 2.4	10.8 ± 4.2
STROKE	1	1.2	42	100%	4 días	14	11

Los sensores de PIC utilizados fueron de fibra óptica en el 44.4% de los casos (Camino y Codman) y en el 55.6 % se usaron sistemas acoplado a fluidos. El 60% se utilizó en el TEC y el 40% en la HSA; la aparición de hipertensión endocraneana (HEC) fue del 55.6% de los pacientes monitoreados; el 76% de ellos óbito, el 10% malos resultados GOS II y III y el 14% restantes GOS IV y V. Nosotros utilizamos el monitoreo de la saturación en el golfo de la yugular (SJO2) en el TEC 30% y en HSA 60%. La TAC de encéfalo como

método de monitoreo se utilizó en 160 oportunidades. Tabla 2: utilidad de la TAC según categoría diagnóstica. Se operaron 71 pacientes 74% del total en cuanto a las categorías se realizó cirugía en el 72% de los pacientes con TEC, el 80.6% con HSA y el 83.3% de los tumores. Tabla 3: datos epidemiológicos de los pacientes con tratamiento quirúrgico. Tabla 4: resultados según categoría diagnóstica. La mortalidad global de la muestra fue del 36.5% (35), por categoría diagnóstica: TEC = 33.3% (16), HSA = 51.6% (16), HIPE = 30% (3). Conclusión: como primera conclusión, la alta incidencia de pacientes neurocríticos en nuestra unidad, los métodos de monitoreo más utilizados fueron: censado de PIC, medición de la saturación en el golfo de la yugular y la tomografía de encéfalo.

0230 EMBOLIA AÉREA VENOVENOSA SISTEMICOCEREBRAL LUEGO DE PROCEDIMIENTOS VENOSOS MENORES COMO CAUSA NO DESCRIPTA DE DETERIORO DEL SENSORIO: DOS CASOS

E CIFRÉ, M TREVISAN, H COSTA, A GALAVERNA, S BENITEZ
Unidad de Terapia Intensiva - Sanatorio San Carlos - S.C. de Bariloche - Rio Negro - Argentina

Objetivo: presentación de dos casos de embolia aérea venosa cerebral posteriores a procedimientos venosos periféricos. Los casos: Caso1: Paciente femenina de 82 años a quien se le inserta marcapasos VVI por Bloqueo A/V de alto grado. La paciente ingresa a UTI en el postoperatorio para monitoreo. Se había mantenido la cabecera de la cama a 0 grados. A las 08 Hs. del procedimiento con cabecera a 45 grados desarrolla deterioro súbito del sensorio presentándose estuporosa sin manifestación focal. Se realiza TAC de cerebro evidenciando embolia aérea en territorio venoso cerebral. El síndrome neurológico presenta restitutum ad integrum en 24 horas. Caso2: Paciente femenina de 86 años portadora de miocardiopatía restrictiva de causa no filiada quien se encontraba anticoagulada por FA. Ingresó a la UTI por shock obstructivo secundario a taponamiento pericárdico hemorrágico. Se inicia, con la cabecera a 0 grados, infusión de plasma fresco por vena periférica realizándose simultáneamente pericardiocentesis. Se constata el pasaje macroscópico de pequeñas burbujas de aire. Corrige shock, se eleva cabecera de la cama presentando en ese momento deterioro súbito del sensorio (estupor) sin manifestación focal. Se realiza TAC de cerebro evidenciando embolia aérea en territorio venoso. El cuadro evoluciona con restitutum ad integrum a las 22 hs de su inicio. Discusión: La embolia aérea cerebral ha sido reportada luego de procedimientos vasculares venosos en su variante arterial habiéndose descrito dos variantes en su presentación clínica: déficit focal y alteración del sensorio. La embolia venosa cerebral luego de estos procedimientos no ha sido reportada. Los casos presentados se manifestaron luego del cambio de posición de la cabecera de la cama por deterioro agudo del sensorio. La interpretación del mecanismo embolígeno es dificultosa siendo nuestra impresión que el ingreso de burbujas al territorio venoso con la cabecera en posición supina permitió su permanencia estanca en la aurícula derecha ascendiendo por flotación luego de la incorporación de la cabecera de los enfermos. En ambos casos podría inferirse un enlentecimiento en el retorno venoso vía vena cava superior: el segundo por restricción exacerbada por el taponamiento, el primero por deshidratación en el marco de preparación preoperatorio en paciente añoso lo cual podría haber afectado el mecanismo de waterfall favoreciendo el ascenso de las burbujas al territorio venoso cerebral, aún contra el sentido del flujo sanguíneo. Conclusión: la embolia aérea venosa cerebral debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales luego de maniobras de apertura del sistema venoso en pacientes con alteración súbita del sensorio.

0231 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRAUMA DE CRÁNEO SEVERO CON HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA REFRACTARIA EN PEDIATRÍA. OBSERVACIÓN DE LOS RESULTADOS AL ALTA HOSPITALARIA Y A LOS 6 MESES

GA COSTALES, L ALBANO, R RECALDE
Hospital Nacional A. Posadas

Objetivos: valorar el egreso al alta y a los 6 meses usando GOS Glasgow outcome Score en pacientes pediátricos con

craniectomía descompresiva (CD) debido a hipertensión intracranéana severa refractaria al tratamiento estándar. Este es un estudio retrospectivo de cohorte, en una unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. Métodos: entre 1995 y 2005, 273 pacientes fueron admitidos con severa lesión cerebral post-traumática y Glasgow Coma Score (GCS) \leq 8. Todos los pacientes recibieron tratamiento estándar actualizado según Guías en cada período, incluyendo: monitoreo continuo de la presión intracraneal (PIC), sedación, continua relajación neuromuscular, cabeza elevada en 30 °C, normotermia, moderada hiperventilación (pCO₂ 30-35 mmHg), solución hipertónica, barbitúricos y drogas vasoactivas para mantener una presión de perfusión cerebral (PPC) entre 50-60 mmHg. Treinta y siete pacientes con PIC sostenida \geq 30 mmHg, refractaria al tratamiento después de 30 minutos, fueron derivados a CD y fueron evaluados por GOS al alta hospitalaria y 6 meses después. Se realizó craniectomía fronto-temporo-parietal uni o bilateral con apertura de la duramadre de acuerdo al resultados de la TAC. Resultados: la edad media fue 90,8 m (4-179 m), GCS medio fue 5 (3-8), el score tomográfico de Marshall fue 3 en 29/37 p y 2 en 8/37. La PIC previa a la CD fue 42 \pm 10,3 mmHg (media \pm SD) PCC: 43 \pm 17,3 mmHg (media \pm SD). El tiempo transcurrido hasta la cirugía fue de 18 \pm 15,3 hs. La mortalidad fue 21,6% (8/37p). Buena recuperación (GOS 4-5) fueron conseguidos en 16/37p (43,2%) al alta y 20/37p (50,1%) a los 6 m. Incapacidad severa y estado vegetativo (GOS 2-3) se presentaron en 13/37p (35,1%) al alta y 8/37p (21,2%) a los 6 m. Conclusión: La Craniectomía Descompresiva indicada para hipertensión intracranéana refractaria al tratamiento convencional en pacientes con trauma de cráneo severo, mostró en el 50 % de nuestra población pediátrica una buena recuperación a los 6 meses.

0233 EFECTO DE LIDOCAÍNA INTRAVENOSA SOBRE LA PRESIÓN INTRACRANEANA ANTE MANIPULACIÓN DE LA VÍA AÉREA: ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO CONTROLADO CON PLACEBO

F LOJACONO, JC DALDÍN, JI SAGARDÍA, W VIDETTA, F VILLAREJO, S GANDO
Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

Introducción: El monitoreo de la presión intracraneal (PIC), ha demostrado ser efectivo para el manejo de los pacientes con lesión cerebral aguda, especialmente con el objetivo de lograr una presión de perfusión cerebral (PPC) entre 60 y 70 mmHg, con las diferentes estrategias para descender la PIC. Algunos estudios parecen demostrar, aunque con escaso nivel de evidencia, que la administración de lidocaína IV, al inhibir el mecanismo de la tos, momentos previos a proceder a la manipulación endotraqueal, podría ser beneficioso para estos pacientes, evitando el ascenso de la PIC, aunque hay trabajos que no logran demostrar iguales resultados. Objetivo: Evaluar las modificaciones de la PIC y de la tos en relación a la succión de la vía aérea artificial con la administración previa de lidocaína endovenosa. Diseño: Estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego controlado con placebo. Métodos: Se aleatorizó con sobre cerrado la administración de lidocaína IV a 1,5 mg/kg ó placebo IV (Solución Fisiológica). El sobre de randomización fue abierto por un profesional ajeno a la atención diaria del paciente, el cual preparó la medicación (lidocaína o placebo) y la entregó a enfermería para su administración. Las variables fueron registradas por un tercer sujeto el cual desconocía el grupo al que había sido asignado el paciente. Criterios de Inclusión: Paciente con requerimiento de monitoreo de PIC, intubados o traqueostomizados, sometidos a ventilación mecánica (VM), analgésicos, sedados y totalmente adaptados a la VM y con una edad mayor a 18 años. Se consignaron valores de PIC, TAM, PVC, PPC y SPO₂. Se evaluó la tos mediante un score. Los variables se registraron pre-aspiración, durante el procedimiento y post-aspiración. Resultados: Se incluyeron 72 muestras de 58 pacientes. Las patologías neurológicas por las que se monitorizó la PIC fueron: 54 TEC, 11 HSA, 6 HIC y 1 meningoencefalitis. La media de edad fue 39 \pm 17 años: 56 hombres y 16 mujeres. El tiempo desde la lesión hasta la realización del protocolo fue de 3 \pm 1.8 días. Los parámetros de la VM en el grupo lidocaína fueron: ventilación minuto 8 \pm 1.4 litros/ min y PEEP 5.8 \pm 2.2 cmH₂O. La PaCO₂ fue de 35 \pm 4.7 mmHg. La valores de PPC antes, durante y al minuto de la aspiración fueron: 80 \pm 17.5, 74.8 \pm 22.6 y 80 \pm 17 mmhg, respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas con el

grupo placebo. Los valores de la PIC antes, durante la aspiración y a los 1, 2, 3, 4, 5 y 10 minutos posteriores fueron similares entre grupos. Lo mismo se observó con el score de tos antes, durante y al minuto de la aspiración. No se observaron complicaciones asociadas a la administración del fármaco. Conclusión: La lidocaina endovenosa administrada previamente a la succión de la vía aérea, si bien se muestra segura a las dosis utilizadas, no muestra diferencias significativas en el ascenso de la PIC así como en el score de tos.

0234 PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN LOS CUIDADOS CRÍTICOS

CW SORIA, R BELLONI, G ELGUE-QUIAN
Sanatorio Güemes - Gobierno Ciudad de Buenos Aires.

Partiendo de la intención de mejorar la atención en la UTI y la calidad de la relación enfermero-paciente-familia, decidimos tomar un punto como tema de investigación: Las visitas. Así, nos propusimos modificar el sistema de visitas del Sanatorio Güemes, pasando de la modalidad actual restringida, de 12.30 a 13.00 hs., y de 17.30 a 18.00 hs, a una semirestringida, siendo uno de los propósitos conocer la opinión de familiares, pacientes y equipo de salud. Objetivo: Mejorar la calidad de vida de los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Sanatorio Güemes, y el vínculo en el trío familia-paciente-equipo de salud. Material y método: Se analizó en forma consecutiva todos los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos entre los periodos 1ro de agosto de 2006 hasta el 30 de abril de 2007. Es un estudio prospectivo, observacional, que evalúa el equipo de enfermería, el equipo médico, y familiares, y las visitas semirestringidas. Se incluyeron todos los pacientes de más de 48 años, priorizando los extremos de la edad, muy jóvenes o muy añosos, y se excluyeron los pacientes con trastornos del sensorio, Glasgow menor de 13, y los pacientes con sedo analgesia en asistencia respiratoria mecánica –ARM–. Se realizó encuesta al grupo de enfermería, médicos, y familiares. Resultados: Al comienzo, la gran mayoría del personal de enfermería se oponía a su instrumentación, luego coincidían en que la presencia de los familiares generaba cambios positivos en los pacientes. Las situaciones de angustia y el estrés disminuían durante las visitas. Los médicos fueron quienes mostraron una postura mas firme en cuanto a la no modificación del régimen de visitas y desconocían los beneficios que podría aportar una visita semirestringida. No obstante, aceptaron el cambio al observar los cambios positivos en los pacientes. Pacientes y familiares coincidieron en que la duración de las visitas es insuficiente y en que debiera flexibilizarse. Todos tuvieron mejor adaptación, comportamiento y relación con el equipo de salud a partir de su implementación. Conclusiones: Consideramos el cambio de modalidad beneficioso para el paciente, su familia y todos los integrantes del equipo de salud. Las relaciones entre los componentes del núcleo se hizo de mayor fluidez y menor tensión, se redujeron las situaciones de stress conocidas y habituales en las UTI. Los familiares tuvieron mayor acercamiento a los profesionales, pasando a ser actores y no solo espectadores del tratamiento de su familiar. Los pacientes cursaron mejor su tiempo de estancia, se estableció una "relación de empatía" logrando comprender más aún su situación de malestar, se facilitó y mejoró la comunicación. La actitud y el comportamiento de la familia aparecen relacionados con la predisposición y implicancia de enfermería. Se produjo un cambio en los integrantes del equipo que antes se oponían a la implementación del nuevo régimen.

0235 DISPOSICION DE LOS RESIDUOS HOSPITALARIOS EN EL SERVICIO DE INTERNACION TERCER PISO ALA "A" DEL NUEVO HOSPITAL EL MILAGRO SALTA AÑO 2007
JS ESCALANTE, EL MOYANO
Universidad Nacional de Salta

Este trabajo de investigación, fue realizado en el tercer piso ala "A" del Nuevo Hospital El Milagro de la Ciudad de Salta en la República Argentina, el servicio al que se hace referencia, brinda atención policlínica y esta dotado con 44 camas para internación de las distintas especialidades con las que cuenta, la población esta integrada por el total del personal de salud compuesta por 34 individuos. Los objetivos que se plantearon en este trabajo son los si-

guientes, determinar el conocimiento que posee el personal de salud sobre residuos hospitalarios, caracterizar demográficamente la población estudiada, observar como se desempeña respecto a la disposición de los residuos y relacionar las variables estudiadas. La obtención de los datos se realizo a través de encuestas de tipo estructuradas, y de observaciones; como instrumentos se utilizo un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas, y una hoja cotejo la que contemplaba, aspectos demográficos y disposición de los residuos. Los datos obtenidos se los proceso manualmente y las variables mas relevantes se las sometió a pruebas estadísticas de chi cuadrado. Se llegó a los siguientes resultados, el 55% del personal conoce sobre residuos hospitalarios, el 53% recibió información específica sobre el tema, el 69% de la población opina que en este servicio realizan una buena disposición, no se manifiesta lo mismo en las observaciones realizadas, en las que solamente el 36% realizan correctamente la disposición de los residuos. Luego del análisis realizado se obtuvo la siguiente conclusión, es muy importante informar al personal o brindarle información referida al tema residuos hospitalarios, a través de la capacitación permanente en servicio donde enfermería ocupa un papel muy importante.

0240 ESTUDIO DE LA RESISTENCIA ANTIBIOTICA DE MICROORGANISMOS INVOLUCRADOS EN LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SAN BERNARDO-SALTA

SE VILCA¹, C ALVERO¹, C ARIAS², R CIMINO³, S GAMBOA¹, N GURRERO¹, R LUCATTI¹

¹Programa de Vigilancia Epidemiológica, ²Servicio de Microbiología del Hospital San Bernardo, ³Cátedra de Química Biológica y Biología Molecular. Universidad Nacional de Salta. Argentina.

Introducción: Las Infecciones Intra hospitalarias (IIH) constituyen una afección endemo-epidémica de los hospitales a veces controlables pero no erradicables, que afectan aproximadamente entre un 10 y 20% de los pacientes internados en los servicios de Terapia Intensiva (UTI). Por ello conocer los microorganismos que se aislan en pacientes con IIH y su resistencia antibiótica es el principio más importante para el inicio de una terapéutica empírica eficaz y lograr un uso racional de los mismos. De esta manera disminuir la morbi-mortalidad, estadía y costos que ocasionan las IIH en estas unidades. Objetivo: Determinar la resistencia antibiótica de los microorganismos asociados de IIH en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de enero a diciembre del 2006. Material y métodos :Se realizó la resistencia antibiótica de microorganismos en casos de IIH en la UTI del Hospital San Bernardo. Los casos de IIH fue de 92. Se realizó el análisis de datos a través del Programa de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA). Las muestras microbiológicas fueron recolectadas según protocolos de VIHDA. Resultados: Los estudios microbiológicos permitió constatar que los gérmenes presentes con mayor frecuencia fueron los siguientes: Staphylococcus aureus (59,78%), Acinetobacter baumannii (15,21%), Pseudomona aeruginosa (34,78%), Escherichia coli (16,30%), Klebsiella pneumoniae (14,13%), Enterococcus faecalis (5,43%). Se observaron casos donde en una misma muestra se aisló más de un microorganismo. Patrón de Resistencia Microbiológica Específica-Enero a Diciembre 2006. Microorganismo Resistente a:Año 2006. Acinetobacter baumannii Cefotaxima, y Amicacina: 83,33%. Acinetobacter baumannii Ciprofloxacina, Gentamicina, Cefotaxime, Cefotaxima/Ac clavulónica y Trimetoprima/Sulfametoxazol: 100%. Pseudomona aeruginosa Ciprofloxacina: 66,67%, Gentamicina: 68,97%, Amicacina: 43,33%, Norfloxacina: 57,14%. Pseudomona aeruginosa: Imipenem: 32,26%, Meropenem: 42,11%, Cefotaxidima: 29,03%. Staphylococcus aureus Cefotaxime: 100%-Ampicilina: 85,10%, Ciprofloxacina: 83,02%, Eritromicina y Gentamicina: 80,77%, Staphylococcus aureus: Clindamicina: 79,25%. Escherichia coli: Ciprofloxacina: 90%, Ampicilina: 86,67% y Ampicilina/Sulbactam: 73,33%. Escherichia coli: Trimetoprima/sulfa: 66,67%. Enterococcus faecalis Ciprofloxacina 80%. Klebsiella pneumoniae Ampicilina 100%, Cefotaxime y Cefalotina: 44,40%, Ampicilina/sulbactam: 37,50%. Conclusión: Como se aprecia en este período el microorganismo mas aislado fué el Staphylococcus aureus (59,78%) y Pseudomona aeruginosa (34,78%), y los restantes se mantuvieron en un porcentaje similar. La resistencia antibiótica fue importante para

Cefalosporinas de 3^o G y Aminoglúcidos. No se observó *St.aureus* meticilino resistente. Esto nos ayuda a ver la importancia y efectividad de la Vigilancia intensificada en sectores críticos como UTI.

0241 DISTRES RESPIRATORIO COMO UNICA PRESENTACION EN UN CASO DE LEPTOSPIROSIS

M. CORRAL, M FERNANDEZ, J ROMERO, V GRANDO, H NUÑEZ, G REY KELLY, N RAIMONDI, D CERASO
Hospital "Juan A. Fernández". Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Introducción: La Leptospirosis es una antopozoonosis de distribución mundial. Se presenta en forma subclínica febril y anictérica en casi un 90% de los casos, y solo un 5 a 10% de los mismos con el síndrome de Weil, forma de mayor severidad con daño multiorgánico con compromiso renal, respiratorio y hepático. La variedad pulmonar exclusiva es aún de menor frecuencia pero con una mortalidad importante. Objetivo: Descripción de un caso clínico de infrecuente presentación, la leptospirosis con presentación pulmonar exclusiva. Material y método: Caso Clínico: Laboratorio hematológico y de rutina, serología, cultivos de sangre, orina y respiratorio y radiografías de tórax. Búsqueda bibliográfica: Medline: se analizaron los artículos más relevantes y sus citas bibliográficas. Caso clínico: Paciente de 22 años, carpintero, residente en zona de viviendas precarias, que comienza con cuadro clínico inespecífico de tos con expectoración con estrías sanguinolentas de 2 días de evolución previo al ingreso, por el cual había recibido tratamiento antibiótico ambulatorio con claritromicina. Por progresión de la disnea a clase funcional 3, persistencia de fiebre, empeoramiento del estado general con aumento de los infiltrados radiológicos hacia ambos campos pulmonares (inicialmente presentaba consolidación derecha), se decidió su internación. Evolucionó con insuficiencia respiratoria, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica a las 12 horas del ingreso, con criterios gasométricos y radiológicos de distres respiratorio agudo. Fue ventilado en forma protectora con modo volumétrico y se obtuvieron muestras de sangre para hemograma, hepatograma, función renal, gasometría arterial y serología para micoplasma y clamidia, Hantavirus, Dengue y leptospirosis. Se realizaron cultivos de sangre, orina y pulmón (lavado broncoalveolar), iniciándose tratamiento antibiótico con ceftriaxona + claritromicina. Se recibe serología (Prueba Mat) positiva para leptospirosis. Debido a la mejoría clínico-radiológica, se logra el destete del respirador y la extubación a los 6 días del ingreso al hospital en forma exitosa. Durante toda la etapa aguda de la enfermedad el paciente no presentó compromiso renal ni hepático, ni ninguna otra falla orgánica. Por buena evolución pasa a Cuidados intermedios y luego a sala general, otorgándose el alta a su domicilio (estadía hospitalaria total de 9 días). Comentarios: La leptospirosis con presentación exclusivamente respiratoria está probablemente subdiagnosticada debido a que muchas veces puede ser interpretada como una neumonía a germen comunes, ya que suele responder bien a la terapéutica antibiótica ini-

cial. Se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial, en los pacientes con neumonía adquirida de la comunidad, que presentan fiebre, mialgias, leucocitosis y compromiso pulmonar bilateral con o sin síndrome de distres respiratorio agudo, y en los cuales los rescates microbiológicos son negativos.

0242 AISLAMIENTO BACTERIOLOGICO EN UNA UTI

P. RAMOS, J RODRÍGUEZ

Terapia Intensiva Nuevo Hospital El Milagro, Salta, Argentina.

Introducción: En las Unidades de Cuidados Críticos las infecciones nosocomiales constituyen un problema al momento de terminar el tto. El conocimiento de la prevalencia mas los mecanismos de resistencia son la herramienta necesaria para decidir el esquema terapéutico como así también el epidemiológico. Objetivos: determinar la prevalencia de gérmenes patógenos, en Terapia Intensiva del Nuevo Hospital El Milagro, Salta. Materiales y métodos: se analizaron retrospectivamente los cultivos positivos del material proveniente de pacientes internados en terapia intensiva en los años 2005/06. Este material incluye hemocultivos, urocultivos, muestras respiratorias, puntas de catéteres, material obtenido por punción y/o aspiración. Se consideraron positivos los urocultivos con un recuento de más de 105 UFC/ml., los catéteres con más de 15 UFC (método de Maki) y los aspirados traqueales con más de 106 UFC/ml. Resultados: de los 95 cultivos positivos analizados el 62% correspondieron a microorganismos Gram (+), 27% a Gram (-), 11% a Levaduras. No se realizaron cultivos de anaerobios. Los microorganismos aislados fueron: *Escherichia Coli* (23.15%); *Staphylococcus* (14.73%); *Aureus* (8%); *Coagulasa* (-)(6%); *Pseudomona Aeruginosa* (15.78%), *Klebsiella* (13.60%); *Pneumoniae* (8%), *Oxytoca* (5%); *Levaduras* (11%); *Cándidas* (8%), *Criptococcus* (3%), *Streptococcus* (8.42%); *Pneumoniae* (3%), *Pyogenes* (2%), *Viridians* (2%), *Milleri* (1%); *Enterobacterias* (7.36%); *Enterococcus* (2.10%); *Acinetobacter ssp* (2.10%); *Stenotrophonas* (1%). El porcentaje de *Staphylococcus Aureus* Meticilino resistente fue de 35%. No hubo aislamiento de *enterococcus ssp* vancomicina resistente. *E. Coli* presentó una sensibilidad del 96% a Amicacina, y un 4% de resistencia con sensibilidad a Imipenen. *Pseudomona Aeuruginosa* presentó una sensibilidad de 87% a Amicacina, un 13% de resistencia con sensibilidad a Imipenen. *Acinetobacter ssp* presentó 50 % sensibilidad a Amicacina y 50% sensibilidad a Imipenen. Conclusión: El servicio de UTI del Nuevo Hospital El Milagro con 6 años de existencia, 10 camas, se inició como una unidad monovalente con perfil materno obstétrico. Actualmente dadas las necesidades de la población de la capital, está adquiriendo un perfil polivalente – no coronario. Los gérmenes prevalentes fueron *Escherichia Coli*, *Staphylococcus* y *Pseudomona Aeuruginosa*. El porcentaje de Meticilino resistencia observado en *Staphylococcus Aureus* nos exige aplicar diariamente medidas para su control. La resistencia a carbapemenes (Imipenen) observada en *Pseudomona* y *Acinetobacter* nos obliga a la vigilancia diaria en cuanto al uso racional de antibióticos en la unidad.



A

ABELDAÑO, RA; 0221
ABELDAÑO ZUÑIGA, RA; 0027, 0173
ADAMOLI, E; 0046
ADAMOLI, EA; 0033
AGARIE, M; 0040
AGUERO, C; 0128
AGUILAR, L; 0018, 0181, 0182, 0204
AGUIRRE, A; 0052, 0055, 0078, 0087
AGUIRRE, L; 0184
ALANCA, E; 0052, 0087
ALANIZ, FO; 0010
ALBA, J; 0062, 0067, 0211
ALBANO, L; 0018, 0182, 0204, 0231
ALBARRACIN, V; 0015, 0034, 0077, 0160
ALBERGUCCI, A; 0089, 0095, 0116
ALEGRE ESCOBAR, U; 0033
ALFONSO, C; 0047, 0135
ALLEDE, D; 0043, 0054, 0159
ALONSO, V; 0089, 0095, 0116
ALTIERI, AF; 0040, 0045
ALVARADO, A; 0148
ALVAREZ, HJM; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
ALVAREZ, JAG; 0092, 0131
ALVAREZ, MV; 0083
ALVERO, C; 0143, 0144, 0238, 0239, 0240
AMANZI, P; 0161
AMUNDARAIN, E; 0228
ANCHORENA, RM; 0040, 0045
ANDRICH, GR; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
ANGAROLA, J; 0163, 0178
ANHEL, S; 0161
APESTEY, M; 0014, 0016
APEZTEGUIA, C; 0018, 0147, 0181, 0182, 0204
ARANA, G; 0098, 0100
ARANA, V; 0018, 0181, 0182, 0204
ARANDA, A; 0196
ARATA, A; 0046, 0152, 0156, 0179, 0184
ARAUJO, S; 0111, 0113, 0119, 0120
ARBUES, G; 0107
ARÉVALO, EP; 0177
ARIAS, C; 0144, 0238, 0239, 0240
ARIAS, N; 0184
ARIAS, V; 0043
ARIENTI, R; 0009, 0065
ARJONA, JC; 0019, 0020, 0085
ARTANA, C; 0050
ARZANI, Y; 0013, 0056, 0126
ARZEL, ME; 0040, 0045
ASTEGIANO, P; 0123
ATALLAH, A; 0046
AVILA, R; 0064, 0115, 0123, 0133, 0194
AYUP, M; 0159
AZRIELEVICH, JD; 0201

B

BAEZA, A; 0005
BALBI, J; 0089, 0095, 0116
BALLESTERO, F; 0195
BALLESTERO, MF; 0092
BAMBACI, P; 0228
BANCHERO, M; 0068
BANDI, JC; 0214
BARATELLI, M; 0217
BARBIERI, D; 0079
BARBIERI, MA; 0013, 0056, 0126
BARBOSA, R; 0191, 0192, 0193
BARCA, D; 0004, 0007, 0094
BARCHIESI, G; 0019, 0020, 0085
BARONI, R; 0004
BARRAZA, M; 0196

BARRIENTOS, R; 0172
BARRIOS, C; 0068, 0118
BARRIOS, G; 0052, 0055, 0078, 0087
BARROZA, E; 0060
BARTOMIOLI, M; 0004
BATISTINI, A; 0019, 0085
BATTISTINI, A; 0020
BAUSO, D; 0154
BAUZO, D; 0121
BECKER, CA; 0133
BEJARANO, G; 0052, 0055, 0078, 0087
BELARDI, M; 0113
BELLIDO, F; 0075
BELLONE, M; 0062, 0067, 0157
BELLONI, R; 0232, 0234
BELTRÁN, M; 0090
BENCHETRIT, G; 0002
BENITEZ, M; 0009, 0065
BENITEZ, S; 0230
BENITEZ, W; 0172
BERENSTEIN, G; 0018, 0181, 0182, 0204
BERNER, S; 0217
BEROIZ, G; 0042
BERRETA, J; 0075, 0082
BERTE, M; 0086, 0190
BERTOLINI, P; 0090
BERTOZZA, V; 0079
BEVILACQUA, C; 0062, 0067
BIGNON, M; 0026
BISHELS, E; 0003, 0172
BLANCO, ME; 0138
BLASCO, M; 0028
BLASCO, MA; 0092, 0195
BLEJMAN, S; 0062, 0067
BOCCARDO, A; 0102
BOCCARDO, G; 0155
BOENTE, M; 0016
BONO, M; 0101, 0201, 0208, 0210, 0212, 0213, 0215, 0216
BORDA, G; 0122
BORENSTEIN, G; 0162
BORRAJO, V; 0128
BOSCARINO, G; 0016
BOSCHERO, P; 0004, 0005, 0007, 0094
BOSCHINI, P; 0130
BOZO, L; 0059
BRAÑA, ME; 0184
BRUNEL, EM; 0091, 0092, 0131, 0132, 0195
BRUNO, C; 0219
BRUNO, S; 0050, 0104
BURGOS PRATTS, R; 0150
BUSTAMANTE LABARTA, G; 0155, 0169, 0185
BUTERA, J; 0069, 0107, 0109
BUTERA, JM; 0124
BUTERA, M; 0071

C

CABANA, M; 0052, 0055, 0078, 0087, 0175
CABELLO, J; 0159
CABRERA, H; 0040
CACACE, NL; 0177
CAJAL, G; 0196
CALTABIANO, M; 0090
CAMACHO, G; 0016
CAMPOLO GIRARD, V; 0131, 0195
CAMPUTARO, L; 0118, 0121, 0162, 0163, 0178
CAÑAS, C; 0155, 0169, 0185
CAPALBO, M; 0024, 0102, 0223
CARDONATTI, G; 0090
CARIDI, MA; 0002, 0058
CARQUEJEDA, G; 0047, 0048, 0079, 0135
CARRANZA, E; 0007
CARRILLO, D; 0157
CARRIZO, N; 0123, 0133, 0196

CARUSO, A; 0046
CARUSO, AJ; 0033
CASABELLA, C; 0022
CASAGLIA, D; 0147
CASALDERREY, E; 0009
CASALI, J; 0119, 0120
CASELLA, G; 0065
CASELLAS, JM; 0090
CASTAÑEDA, S; 0155, 0169, 0185
CASTARATARO, C; 0064, 0068, 0115, 0123, 0133, 0194
CASTELLANI, P; 0114, 0117
CASTELLANO, G; 0107
CASTELLANO, S; 0149, 0225
CASTRO, F; 0034, 0160
CASTRO, P; 0145
CASTRO, PS; 0127
CASTRO, R; 0076, 0110
CASTRO, RM; 0010, 0038
CASTRO, S; 0129
CATALDI, N; 0145
CATANZARO, V; 0076, 0110
CENTENO, EP; 0040, 0045
CENTENO, M; 0196
CENTENO, VR; 0084
CERASO, D; 0178, 0241
CERDA, E; 0043, 0054
CERVIO, A; 0099
CHACÓN, N; 0140
CHALCO, S; 0009
CHAMUT, M; 0127
CHEDE, C; 0225
CHEDE, CA; 0149
CHERTCOFF, FJ; 0132
CHERTCOFF, JF; 0092, 0131, 0195
CHERTCOFF, M; 0092, 0195
CHERTCOFF, ML; 0132
CHIAPELLA, M; 0147
CHIAPPERO, G; 0162
CIALZETA, JA; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
CIFRÉ, E; 0230
CIMINO, R; 0143, 0144, 0238, 0239, 0240
CLAIRON, V; 0098, 0100
CLARA, LO; 0030
CLEMENTTI, P; 0155, 0169, 0185
COCA, SM; 0173
COLLIA, O; 0076, 0110
COLOMBATTI, A; 0048
CONFORTI, A; 0104
CORDIVIOLA, F; 0076, 0110
CORNEJO, L; 0188
CORNISTEIN, W; 0046
CORONEL, A; 0009
CORONEL, C; 0107, 0109
CORRAL, M; 0178, 0241
CORREA, G; 0034, 0077, 0160
CORTÉZ, JC; 0063
COSCIO, WJ; 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
COSSIO, WJ; 0074
COSTA, H; 0230
COSTALES, GA; 0231
COZZANI, C; 0156
CREMONA, AR; 0138
CRIADO, F; 0004, 0005, 0007, 0008, 0103
CRISTALDI, O; 0127
CRIST FOLI, R; 0199
CUETO, G; 0046, 0152
CUNTO, E; 0070, 0140
CURONE, M; 0049, 0219

D

DALDIN, JC; 0177
DALDÍN, JC; 0233

DAMIANO, A; 0042
 DANIELSEN, C; 0199
 DARDUIN, M; 0226
 DE FILIPPO, C; 0086, 0189, 0190
 DE LA HERAS, M; 0118
 DECIMA, M; 0113
 DEL BOCA, R; 0125, 0183
 DEL VECCHIO, MA; 0196
 D'ESPOSITO, N; 0127
 DIAZ, J; 0126
 DIAZ, M; 0099
 DÍAZ, D; 0035
 DÍAZ, J; 0021, 0184
 DÍAZ CORTEZ, R; 0206
 DÍAZ CORTÉZ, R; 0209
 DINERSTEIN, NA; 0171
 DISANTO, O; 0062, 0067, 0122
 DIULIO, D; 0228
 DOMINGUEZ, A; 0094
 DOMÍNGUEZ, A; 0007, 0008
 DONO, J; 0161
 DORFMAN, B; 0217
 DUARTE, D; 0089, 0095, 0097, 0116
 DUBIN, A; 0022, 0044
 DURÉ, MC; 0184

E

ECHAVARRIA, E; 0224, 0227
 EISELE, G; 0086, 0148, 0161
 ELGUE-QUIAN, G; 0232, 0234
 ELÍAS, F; 0050
 ESCALANTE, JS; 0146, 0235
 ESCALANTE, P; 0101, 0210, 0212, 0213, 0216
 ESCALANTE, PR; 0208
 ESCUDERO, J; 0016
 ESPINOSA, L; 0003, 0172
 ESPINOZA, F; 0012, 0035, 0059
 ESQUIVEL, S; 0012, 0029, 0035, 0059
 ESTRIN, M; 0065
 ESTRIN, MA; 0009

F

FAGALDE, GL; 0014, 0015, 0016
 FAINSTEIN, D; 0007, 0103
 FAINSTEIN, DE; 0004, 0005, 0008, 0094
 FALCON-PÉREZ, N; 0215
 FANDIÑO, ME; 0157
 FARIAS, S; 0164, 0176
 FAVALOROR, R; 0013, 0056, 0126
 FELLNER, M; 0089, 0116
 FENOGLIETTO, D; 0065
 FENOGLIETTO, DR; 0009
 FERNANDEZ, A; 0064, 0069, 0115
 FERNANDEZ, D; 0223
 FERNANDEZ, M; 0241
 FERNANDEZ, R; 0068
 FERNÁNDEZ, AL; 0124
 FERNÁNDEZ, JL; 0138
 FERNÁNDEZ, RO; 0019, 0020, 0085
 FERREIRO, F; 0164, 0176
 FILIPPA, G; 0089, 0095, 0097, 0116
 FILIPPI, M; 0064, 0115, 0194
 FIORENTINO, R; 0033, 0184
 FLO, J; 0050
 FLORES, D; 0226
 FLORES, EB; 0137, 0139, 0237
 FLORES, M; 0127
 FLORIDIA, J; 0120
 FOSCO, M; 0153, 0170
 FRANCO, FF; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
 FREIJO, L; 0169
 FRITZ, S; 0196
 FRIZZA, J; 0004, 0094

FRIZZA, JI; 0005, 0007
 FUENTE, N; 0038
 FUNES, A; 0145
 FUNES, CG; 0138

G

GADANO, AC; 0154
 GADANO, AO; 0214
 GAITAN, G; 0196
 GAITE, A; 0052, 0055, 0078, 0087
 GALAVERNA, A; 0230
 GALDAME, OA; 0154, 0214
 GALLARDO, P; 0014, 0015, 0034, 0077, 0160
 GALLESIO, A; 0069, 0071, 0107, 0109, 0118, 0124
 GALLESIO, AO; 0030, 0154
 GALLESIO, O; 0121
 GALLETTI, C; 0062, 0067
 GALLI, E; 0086, 0148, 0161
 GALLO, P; 0218
 GALUSSO, F; 0224, 0227
 GAMBOA, S; 0143, 0144, 0238, 0239, 0240
 GANDO, S; 0233
 GARCIA DIAZ, G; 0157
 GARCIA TURIELLA, R; 0098, 0100
 GHIGGI, MG; 0149
 GIANNASI, SE; 0030, 0154, 0214
 GIMENEZ, P; 0021, 0082
 GIORGI, J; 0029
 GODOY, RM; 0222
 GOLAND, J; 0102
 GOLDENBERG, FD; 0154
 GOLUBICKI, J; 0178
 GOMEZ, A; 0072, 0073
 GOMEZ, C; 0183
 GOMEZ, G; 0196
 GOMEZ, M; 0072, 0073
 GÓMEZ, C; 0125
 GOMEZ PAZ, R; 0109
 GÓMEZ PAZ, R; 0107
 GONZALEZ, A; 0222
 GONZALEZ, D; 0049
 GONZALEZ, J; 0047, 0079
 GONZALEZ, S; 0093, 0211
 GONZÁLEZ, D; 0219
 GORODNER, A; 0122
 GRANDO, V; 0241
 GRANGER, S; 0014
 GREGORI, R; 0121
 GREGORIO, L; 0148
 GRILLI, MB; 0019, 0020, 0085
 GRILLO, OJ; 0138
 GRUARIN, J; 0093
 GRUCCI, JA; 0030
 GUANCA, N; 0191, 0192, 0193
 GUANCA, OA; 0200
 GUANUCO, ME; 0221
 GUARDIA, S; 0147
 GUAYMAS, M; 0216
 GUERRERO, N; 0143, 0144, 0238, 0239
 GURRERO, N; 0240
 GUTIERREZ, C; 0040, 0045
 GUTIERREZ, JL; 0038

H

HAYETIAN, V; 0065
 HEINZEN, M; 0079
 HELMAN, L; 0013, 0056, 0126
 HERRERA, G; 0119, 0120
 HLAVNICKA, A; 0099
 HORNUS PLANELLS, G; 0179
 HUESPE GARDEL, LA; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
 HUICI, A; 0052, 0055, 0087
 HUICI, V; 0078

I

IBAÑEZ, I; 0157
 ILUTOVICH, S; 0021, 0086, 0189, 0190
 IM, V; 0107
 IMBELLONI, G; 0122
 INCE, C; 0022
 INSAURRALDE, MS; 0115
 INSAURRALDE, P; 0006, 0186
 INVENTARZA, O; 0152
 IZUS, M; 0223
 IZZO, G; 0021, 0086, 0189, 0190

J

JAÉN, RF; 0149, 0150, 0225
 JAIME, C; 0211
 JAIMES, A; 0037, 0039
 JEREZ, G; 0157
 JIMÉNEZ, E; 0048
 JUAREZ, H; 0122

K

KALTENBACH, G; 0043, 0054
 KARUCHEK, M; 0196
 KENAR, M; 0062, 0067
 KLEIN, F; 0170
 KLEIN, FR; 0153
 KOCIAK, D; 0075, 0082
 KOTTAR, C; 0042
 KUNCAR, H; 0113

L

LABOUREAU, G; 0086
 LACOMBE, E; 0125, 0183
 LACOMBE, P; 0183
 LAFFAYE, F; 0043
 LAFFAYE, G; 0054
 LAGO, N; 0050
 LAMACCHIA, MH; 0019, 0020, 0085
 LAPLACETTE, MV; 0075, 0082
 LARA, S; 0127
 LATINI, B; 0226
 LAVASELLI, P; 0125
 LAYÚS, L; 0107
 LAZZERI, SE; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
 LEGARTO, AA; 0138
 LEHRNER, P; 0093
 LEIGUARDA, R; 0099
 LEIVA, G; 0091, 0092
 LEIVA, M; 0037, 0039
 LENDOIRE, J; 0152
 LEÓN, R; 0109
 LEON CEJAS, L; 0052, 0055, 0078, 0087
 LEON DE LA FUENTE, R; 0218
 LERNOUD, V; 0013, 0056, 0126
 LEVI, L; 0042
 LEYRIA, J; 0006, 0186
 LEYTES, J; 0019, 0020, 0085
 LICUDIS, AC; 0111, 0113
 LLERENA, MC; 0090
 LOBATON, C; 0157
 LOIACONO, F; 0233
 LOIACONO, FA; 0177
 LOPEZ, A; 0127
 LOPEZ, AA; 0040, 0045
 LOPEZ, E; 0014
 LOPEZ, S; 0211
 LÓPEZ, R; 0050
 LOPEZ VERON, JM; 0088, 0151, 0165, 0166, 0168
 LOPEZ VERON, M; 0074, 0106
 LOSINNO, JF; 0138

LOSIO, D; 0060
LUCATTI, R; 0143, 0144, 0238, 0239, 0240
LUNA, S; 0196

M

MAGLIOLA, R; 0150
MAIDANA, P; 0123
MAISARES, F; 0191, 0192, 0193
MALDONADO, L; 0131
MALDONADO, LV; 0132
MALDONADO, M; 0211
MALTEZ, R; 0089, 0095, 0116
MALVINO, E; 0148, 0161
MAMANI, MC; 0137, 0139, 0237
MAMANI, EA; 0038
MANCUELLO, D; 0196
MANRIQUE, E; 0062, 0067, 0095
MANSILLA, A; 0196, 0226
MANSILLA, J; 0068
MARCOLINI, A; 0037, 0039
MARCOS, L; 0034, 0077, 0160, 0023
MARCOS, LS; 0015
MARINO, A; 0101, 0208, 0210, 0212, 0213, 0215, 0216
MARONI, M; 0206, 0209
MARQUEZ, D; 0052, 0055, 0078, 0087
MARTINEZ, G; 0134, 0155, 0156, 0169, 0179
MARTINEZ, M; 0114, 0161
MARTINEZ, P; 0107
MARTINEZ, S; 0107, 0109
MARTÍNEZ, G; 0185
MARTINOVICH, A; 0164, 0176
MASEVICIUS, D; 0044
MASKIN, B; 0042, 0050
MASKIN, P; 0099
MASTRANTONIO, DR; 0138
MASUCCI, AE; 0104
MATELJAN, E; 0098, 0100
MATTEI, R; 0184
MEDRANO, J; 0219
MELE, JI; 0004, 0005, 0007, 0094
MENDEZ, E; 0115
MENDEZ, J; 0107, 0211
MÉNDEZ, J; 0109
MENDOZA, H; 0091, 0092, 0131, 0195
MENDOZA, M; 0199
MERBILHÁA, R; 0153
MERITANO, JE; 0171
MERLETTI, G; 0014
MERLO, S; 0052, 0055, 0078, 0087
MESA, P; 0224, 0227
MIANO, J; 0148
MICELLI, S; 0014
MIGLIARO, G; 0092, 0131
MIRABELLI, C; 0050
MIRANDA, A; 0191, 0192, 0193
MITILLI, G; 0004, 0005, 0007, 0008, 0094
MIZDRAJI, CS; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
MOLINA, AF; 0014, 0016
MOLINA, C; 0196
MONTANER, A; 0050
MONTES, A; 0089, 0095, 0116
MONTEVERDE, A; 0222
MONTONATI, M; 0226
MONTROYA, MC; 0111, 0112, 0113, 0119, 0120
MORALES, G; 0075, 0082
MORENO, C; 0049
MORENO, H; 0068
MORENO, L; 0196
MORERA, G; 0115, 0194
MORONI, B; 0133
MOSEINCO, MC; 0022
MOYANO, EL; 0136, 0137, 0139, 0146, 0235, 0237
MUNARRIZ, M; 0107

MUÑOZ CASTILLO, F; 0128, 0142
MURIAS, G; 0022

N

NACUSSE, M; 0014, 0016
NANI, S; 0028
NAVARRO, R; 0128, 0142
NEILA, D; 0228
NEIRA, J; 0086, 0095, 0097
NELSON, G; 0069, 0124
NEMECEK, T; 0200
NICCHIARELLI, H; 0075
NIETO, R; 0171
NIHANY, IN; 0217
NISHIOKA, A; 0184
NOGUERAS, C; 0070, 0140
NORMANTAS, E; 0212, 0213
NOVAL, D; 0021, 0086, 0189, 0190
NOZIERES, C; 0091, 0092, 0131, 0195
NUÑEZ, F; 0062, 0067
NUÑEZ, G; 0152
NUÑEZ, H; 0241

O

OBREGÓN, L; 0142
OCHOA, J; 0071
OJEDA, JA; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
OJEDA, MA; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
OKURZATY, P; 0060
OLANO, MJ; 0150
OLIVA, A; 0003, 0172
OLIVIERI, MS; 0023
OLMOS, D; 0037, 0039
ONTIVERO, M; 0004, 0005, 0007, 0094
ORMEÑO, E; 0200
ORTEGA, V; 0024
ORTIZ, M; 0075
OTAOLA, M; 0147
OTERO, M; 0224, 0227
OTTOBONI, G; 0040, 0045
OVIEDO, C; 0157

P

PACHECO, R; 0076, 0110
PADINGER, A; 0098, 0100
PAHNKE, P; 0125, 0183
PALAZZO, AM; 0091, 0092, 0131, 0195
PÁLIZAS, F; 0022
PÁLIZAS (HIJO), F; 0022
PANARIO, R; 0123
PANIGAZZI, A; 0018, 0029, 0181, 0182, 0204
PARABANO, G; 0196
PARISI, V; 0217
PARODI, D; 0076, 0110
PARRA, L; 0019, 0020, 0085
PASCALE, G; 0076, 0110
PASCUZZI, J; 0122
PAZ, M; 0068, 0118
PAZ, MV; 0030
PAZ, W; 0210
PEIN, MC; 0044, 0045
PEIRANO, M; 0024
PELTZER, C; 0114, 0117
PERADEJORDI, M; 0013, 0056, 0126
PERALTA, N; 0063
PEREIRO, M; 0050
PEREYRA, A; 0157
PEREYRA, C; 0060
PEREYRA, G; 0026
PEREYRA, M; 0026

PEREYRA GONZALES, O; 0021
PEREZ, GP; 0171
PEREZ, M; 0109
PEREZ, MH; 0092
PÉREZ, MH; 0091
PEREZ BETI, S; 0004
PÉREZ BETI, S; 0007, 0008
PÉREZ BETI, S; 0005, 0094
PÉREZ PRIETO, F; 0091
PERMAN, M; 0069
PERROTTA, M; 0065
PESAT, E; 0047, 0048, 0079, 0135
PESOA, M; 0228
PICOLIA, V; 0046
PINCA, N; 0024, 0102
PINI, OA; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
PISCIOTTANO, D; 0206, 0209
PISTAN, AN; 0137, 0139, 0237
PISTILLO, N; 0104
PIZÁ, H; 0090
PLANO, F; 0095
PLAZA, A; 0052, 0087
PLOGER, C; 0172
PODESTÁ, MF; 0114, 0117
POLISZUCK, JC; 0091
PORFILIO, O; 0024, 0102, 0223
PORTUGAL, M; 0134
POZO, MO; 0022
PRADILLA, C; 0043, 0054
PRESTABARUCO, E; 0196
PRETEL, M; 0062, 0067
PREVIGLIANO, I; 0095
PUYOL, RB; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168

Q

QUEIROZ, G; 0184
QUARENGLI, IP; 0023

R

RABINO, M; 0114, 0117
RABUFFETI, R; 0062, 0067
RADRIZZANI, H; 0012, 0035
RAIMONDI, N; 0241
RAMIREZ, J; 0223
RAMOS, A; 0189
RAMOS, P; 0083, 0242
RAMOS, S; 0196
RAMOS, V; 0155, 0169, 0185
RASJIDO, JL; 0027
RASSI, F; 0188, 0191, 0192, 0193, 0218
REARTE, AS; 0015, 0034, 0077, 0160
RECALDE, R; 0231
RECUPERO, O; 0114, 0117
REGLINER, S; 0159
REITMANN, G; 0194
RENIERO, A; 0090
REY KELLY, G; 0241
REYES, D; 0068
REZZONICO, L; 0154
REZZONICO, LO; 0214
RIBAK, SD; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
RICCI, B; 0002
RIETSCHHEL, V; 0050, 0104
RIOS, F; 0060, 0147
RIOS, J; 0049
RIOS PICAZA, G; 0122
RISSO, MC; 0179
RISSO PATRÓN, J; 0145
RIVELLO, G; 0225
RIZZARDI, W; 0024, 0102
ROBERT, G; 0145

RODRIGUEZ, D; 0152, 0179, 0184
 RODRIGUEZ, JM; 0050
 RODRIGUEZ, L; 0076, 0110
 RODRIGUEZ, V; 0034, 0077, 0160
 RODRÍGUEZ, J; 0242
 ROJAS, F; 0194
 ROLANDO, S; 0093
 ROLDAN, A; 0196
 ROLLAN, I; 0119, 0120
 ROMERO, E; 0063
 ROMERO, J; 0178, 0241
 ROMERO, M; 0037
 ROMERO, S; 0039
 ROVIRA, D; 0062, 0067, 0098, 0100
 RUGILO, C; 0217
 RUIZ CLAVIJO, A; 0149, 0225
 RUIZ DIAZ, E; 0023
 RUST, P; 0159

S

SABAN, M; 0101, 0210, 0212, 0213, 0215, 0216
 SABRA, A; 0047, 0048, 0079, 0135
 SAENZ, O; 0196
 SAEZ, M; 0049
 SAGARDIA, J; 0181, 0182
 SAGARDÍA, JI; 0018, 0177, 0204, 0222, 0233
 SALA, N; 0147
 SALAVARRIA, S; 0093
 SALAZAR SCHICCHI, EL; 0030
 SALDARINI, F; 0047, 0048, 0079, 0135
 SALGADO, P; 0075, 0082
 SALIGARI, L; 0018, 0181, 0182, 0204
 SALINAS, G; 0021, 0086, 0189, 0190
 SALVATIERRA, C; 0071, 0118, 0121
 SALVATIERRA, CL; 0030, 0154, 0214
 SAN JUAN, J; 0070, 0140
 SAN ROMAN, E; 0069, 0071
 SAN ROMAN, JE; 0030, 0154
 SANCHEZ, C; 0019, 0020, 0085
 SANCHEZ, R; 0101, 0212, 0213, 0215, 0216
 SANCHEZ, RI; 0208, 0210
 SANCHEZ, SG; 0014, 0016
 SANGUEDOLCE, EA; 0027
 SANTAGIULIANA, MS; 0021
 SANTAGIULIANA, S; 0086, 0189, 0190
 SANTAMARIA, A; 0086, 0189, 0190
 SANTOS, C; 0145
 SANTOS, L; 0228
 SANZ, H; 0102, 0223
 SASBON, J; 0226
 SAUL, P; 0070
 SAÚL, P; 0140
 SCAPELLATO, J; 0065
 SCAPELLATO, P; 0190
 SCAPINI, J; 0098, 0100
 SCARIMBOLO, JJ; 0104
 SEGUI, G; 0060
 SIBILA, G; 0215
 SIERRA, L; 0118, 0121
 SIERRA, ML; 0030, 0071
 SILBERSZAC, G; 0076, 0110
 SILLITI, S; 0189
 SILLITTI, S; 0021
 SILVA, L; 0155, 0169, 0185
 SIMONELLI, D; 0086, 0148, 0161
 SINNER, J; 0124

SINNER, JF; 0069, 0071
 SIRINO, A; 0090
 SIVILA, C; 0052, 0055, 0078
 SMITH, C; 0091, 0092, 0131, 0195
 SMITH, R; 0092
 SOLANA, CL; 0171
 SOLAR MUÑIZ, H; 0170
 SOLARI, L; 0042
 SOLOAGA, E; 0062, 0067
 SOLOAGA, ED; 0092, 0132
 SORIA, CW; 0232, 0234
 SOSA, H; 0169, 0185
 SOSA, LL; 0074, 0088, 0106, 0151, 0165, 0166, 0168
 SPADA, P; 0223
 SPOSATO, L; 0153, 0170
 SPROVIERO, J; 0048
 STANELONI, MI; 0030
 STEGMULLER, B; 0006, 0186
 STESENS, ML; 0057
 SUAREZ, A; 0224, 0227
 SURC, PA; 0058

T

TABOADA, A; 0114, 0117
 TANGREDI, S; 0060
 TEILETCHE, A; 0217
 TEJERINA, JE; 0061
 TEJERINA, O; 0175
 TEODORO, C; 0196
 TERÁN VEGA, S; 0016
 TEVEZ, Y; 0068
 THOMÉ, M; 0028
 TIRIBELLI, N; 0101, 0208, 0210, 0213, 0216
 TOLEDO, F; 0005
 TOMAS, F; 0119, 0120
 TORREALDAY, G; 0156, 0179
 TORREGROSA, C; 0200
 TORRES, M; 0046, 0196
 TORRES, R; 0222
 TORRES BODEN, M; 0179
 TREJO, A; 0076, 0110
 TREVISAN, M; 0230
 TUHAY, G; 0044
 TUMILASCI, O; 0075, 0082

U

UBALDINI, JE; 0092, 0131, 0132, 0195
 UBALDINI, JU; 0091
 URANGA, L; 0164, 0176

V

VACA NARVAJA, R; 0003, 0172
 VALENTI, C; 0009
 VALENTINI, R; 0148
 VALIDO, G; 0093
 VAN'OTTEGHEM, M; 0094
 VARELA, D; 0101, 0210, 0213, 0215, 0216
 VARELA, DA; 0208
 VARELA, DANI; 0099, 0212
 VARELA OTERO, MP; 0013, 0056, 0126
 VARGAS, D; 0175

VARGAS, L; 0128, 0142
 VÁSQUEZ, J; 0107
 VASVARI, F; 0062, 0067, 0188, 0218
 VAZQUEZ, J; 0047, 0109, 0135
 VAZQUEZ, M; 0201, 0210
 VAZQUEZ, MF; 0082
 VAZQUEZ, WD; 0019, 0020, 0085
 VÁZQUEZ, A; 0057
 VECCHIO, J; 0006, 0186
 VECCIO, J; 0002
 VEGA SAUER, C; 0157
 VELASCO, RM; 0157
 VELASQUEZ, D; 0183
 VELASQUEZ, M; 0155, 0169
 VELÁSQUEZ, M; 0185
 VÉLEZ, A; 0043, 0054, 0159
 VÉLEZ, S; 0199
 VELTRI, MA; 0091, 0131, 0132
 VENDRAMINI, P; 0134
 VENTRICE, E; 0044
 VERDE, G; 0076, 0110
 VIDAL, L; 0155, 0169, 0185
 VIDELA, JJ; 0104
 VIDETTA, W; 0233
 VILCA, SF; 0143, 0144, 0238, 0239, 0240
 VILLAGÓMEZ, R; 0131
 VILLALOBOS, M; 0107, 0109, 0118, 0121
 VILLAMIL, A; 0214
 VILLANUEVA, J; 0024, 0102, 0223
 VILLAPANDO, C; 0063
 VILLAR, O; 0070
 VILLAREJO, F; 0028, 0233
 VILLARREAL, G; 0093
 VILLOLDO, G; 0134
 VIOL, C; 0089, 0116
 VIOLI, D; 0060
 VIOTTI, C; 0164, 0176
 VITTAL, N; 0217

W

WAINSZTEIN, N; 0099
 WALL, D; 0131, 0195
 WALLBERG, M; 0028
 WASHBUSH, M; 0045
 WEISSBROD, D; 0209
 WIENHAUSEN, M; 0003, 0172

Y

YANEZ, E; 0196
 YERNASIAN, V; 0047, 0135
 YUFRA, D; 0155

Z

ZABERT, G; 0003, 0172
 ZAMBON, R; 0095
 ZAMBON, RW; 0195
 ZAMBON, WR; 0132
 ZAMBÓN, RW; 0091
 ZANLONGO, D; 0076, 0110
 ZIDARICH, S; 0164, 0176
 ZORZOPULOS, J; 0050
 ZURITA MARTÍNEZ, S; 0185