

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

Volumen 25  
Número 4  
Año 2008

ORGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

---

## 18° Congreso Argentino de Terapia Intensiva 3° Congreso Argentino de Patología de Urgencia, Emergentología, Trauma y Cuidados Críticos

9° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica  
10° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva  
11° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva  
III Jornadas Conjuntas de Enfermería en Urgencias,  
Emergentología, Trauma y Cuidados Críticos  
4° Jornadas Nacionales de Buiquímicos en Terapia Intensiva  
3° Jornadas Nacionales de Cuidados Críticos en Neonatología  
VIII Jornadas de Instrumentación Quirúrgica en la Emergencia

27 al 31 de agosto de 2008

Sede: Hotel HILTON, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Organiza y convoca:

### **Sociedad Argentina de Terapia Intensiva**

Niceto Vega 4617  
(C1414BEA) Buenos Aires, Argentina  
Tel./Fax: 54-11-4778-0571/81  
E-mail: [info@sati.org.ar](mailto:info@sati.org.ar)  
Web site: [www.sati.org.ar](http://www.sati.org.ar)

En conjunto con:

Sociedad Argentina de Patología de  
Urgencias y Emergentología (SAPUE)  
Santa Fe 1240 5to Piso  
C1059ABT - Buenos Aires  
Tel: 54 11 4815-5898  
Email: [sapue@sion.com.ar](mailto:sapue@sion.com.ar)  
Web Site: [www.sapue.com.ar](http://www.sapue.com.ar)

Sociedad Argentina de Medicina y  
Cirugía del Trauma (SAMCT)  
Villarroel 1225. Piso 6º. Dto "B".  
C1414AME - Buenos Aires  
Tel/Fax: (011) 4857-9177  
Mail: [secretaria@samct.com.ar](mailto:secretaria@samct.com.ar)  
Web Site : [www.samct.org.ar](http://www.samct.org.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

Volumen 25  
Número 4  
Año 2008

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	Ex - Presidentes
Juan Eduardo San Román	1972-1973: Aguiles Roncoroni
Vicepresidente	1973-1975: Miguel Herrera
Elisa Estenssoro	1975-1976: Juan Carlos Figueroa Casas
Secretario	1976-1977: Ernesto Maña
Sergio Eduardo Giannasi	1977-1979: Héctor De Leone
Pro Secretario	1979-1980: José Petrolito
Néstor Omar Raimondi	1980-1982: Roberto Apra
Tesorero	1982-1983: Roberto Padrón
José Luis Golubicki	1983-1985: Gustavo Marino Aguirre
Pro Tesorero	1985-1987: Antonio Gallesio
Ignacio José Previgliano	1987-1989: Carlos Lovesio
Director de Publicaciones	1989-1991: Juan Pacin
Ricardo Néstor Valentini	1991-1993: Mario Santamarina
Vocales Titulares	1993-1995: Fernando Pálizas
Martín Deheza Lonardi	1995-1997: Roberto Bastianelli
Gustavo René Piñero	1997-1999: Jorge Neira
Luis Pablo María Cardonnet	1999-2001: José L. do Pico
René Carlos Vandersande	2001-2003: Daniel Ceraso
Susana del Carmen Saad	2003-2005: Francisco José Criado
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	

---

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

Volumen 25  
Número 4  
Año 2008

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 Gallesio  
Dra. Lilitiana 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

---



18° Congreso Argentino  
de Terapia Intensiva

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente  
Eduardo San Román  
Vicepresidente  
Elisa Estenssoro  
Secretario General  
Néstor Raimondi  
Tesorero  
José Luis Golubicki  
Vocales  
Eduardo Capparelli  
Guillermo Chiappero  
Mario Kenar  
Jorge Méndez

Patología Crítica Cardiovascular  
Luis Flores  
Shock y Sepsis  
Mario Pozo  
Tecnología y Sistemas  
Sergio Giannasi  
Terapia Intensiva Pediátrica  
Daniel Allende  
Trasplantes  
Francisco Klein  
Trauma  
Héctor Canales  
Vía Aérea e Interfaces Respiratorias  
Eric Manrique

COMITÉ CIENTIFICO

Presidente  
Sergio Giannasi  
Secretario  
Ricardo Valentini

MIEMBROS

ACLS  
Fernando Baccaro  
Bioética  
Juan Pablo Rossini  
Bioquímicos  
Ana Queralt  
Certificación y Recertificación  
Docencia  
Eduardo Capparelli  
Editorial  
Ricardo Valentini  
Enfermería en Cuidados Críticos  
Verónica Dubay  
FCCS / FDM  
Jorge Méndez  
Gestión, Control de Calidad y Scores  
Antonio Galesio  
Infectología Crítica  
Juan Videla  
Investigación Clínica  
Carlos Apezteguía  
Kinesiología  
Mariano Setten  
Nefrología y Medio Interno  
Leandro Leit  
Neonatología Crítica  
Jorge Tavosnanska  
Neumonología Crítica  
Ricardo Valentini  
Neurointensivismo  
Adelina Badolati  
Nutrición y Metabolismo  
Adrián Gold  
Obstetricia Crítica  
José Luis Golubicki  
PALS  
Ramiro Gilardino

COMITÉ DE HONOR

Laura Bosque  
Eduardo Eskenazi  
Daniel Ceraso  
Hugo García  
Juan Ferrero  
Mariano Rivet  
Jorge Neira  
Gustavo Tisminetzky

JURADO DE PREMIO

Presidente  
Ricardo Valentini  
Miembros  
Jorge Neira  
Fernando Ríos  
Juan J. Videla  
Hugo García

---

3° Congreso Argentino de  
Patología de Urgencia,  
Emergentología, Trauma y  
Cuidados Críticos

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente  
Pablo Neira  
Vicepresidente  
José Rapisarda  
Secretario General  
Jorge Alcalde  
Tesorero  
Anibal Bordón  
Vocales  
Walter Carrizo  
Juan Cocco  
Alejandro De Gracia  
Ana Destefanis  
Judith Ghiglione  
Juan Padilla  
Pablo Pescie  
Alfredo Verni

COMITÉ CIENTIFICO

Miembros  
Horacio Andreani  
Graciela Badin  
Laura Bosque  
Juan Ferrero  
Hugo Garcia  
Ezequiel Martínez del Valle  
Jorge Neira  
Mariano Rivet  
Ernesto Setton  
Gustavo Tisminetzky  
Harry Triantafilo

---

9° Congreso Argentino de  
Terapia Intensiva  
Pediátrica

Presidente  
Daniel Allende  
Secretaria  
M. Gabriela Sheehan  
Coordinador Científico  
Julio Farías

Vocales  
Lidia Albano  
Anibal Bordón  
Pablo Mincez  
María José Montes  
Ezequiel Monteverde  
Hernán Oddone  
María Elena Ratto  
Alejandro Siaba Serrate

---

10° Congreso Argentino de  
Kinesiología en  
Terapia Intensiva

Presidente  
Mariano Setton  
Secretario  
Nicolás Roux  
Coordinador Científico  
Alejandro Midley

Vocales  
Marco Bezzi  
Juan Díaz  
Janina Lebus

---

11° Congreso Argentino de  
Enfermería en  
Terapia Intensiva  
III Jornadas Conjuntas de  
Enfermería en Urgencias,  
Emergentología, Trauma y  
Cuidados Críticos

Presidentes  
Verónica Dubay  
Pablo Ismael Atadía  
Secretarios  
Edgardo Olivo  
Roberto Pawlovicz  
Coordinador Científico  
Mariana Torres

Vocales  
Ana Bejarano  
Fabiana Ciccioli  
Marcelo Giardina  
Luis Perretta Badaloni  
Julio Zecca

---

4° Jornadas Nacionales de  
Bioquímicos en  
Terapia Intensiva

Presidente  
Ana María Queralt  
Secretario  
Graciela Mittelman  
Coordinador Científico  
Claudia Latorraga

Vocales  
Cristina Artana  
Hernan Cervantes  
Susana Der Parsehian

---

3° Jornadas Nacionales de  
Cuidados Críticos en  
Neonatología

Presidente  
Jorge Tavošnanska  
Secretaria  
Diana Bulstein  
Coordinador Científico  
Claudio Solana

Vocales  
Graciela Bonifacino  
Abel Menalled  
Javier Meritano

---

VIII Jornadas de  
Instrumentación  
Quirúrgica en  
la Emergencia

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente  
Miriam Abrahan  
Secretaria  
Silvia Yman  
Vocales  
Mabel Cabrera  
Roxana Hernández  
Marcela Ramos

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinador Científico  
Gladys Alfonso  
Secretaria Científica  
M. Laura Gaona



29/08/2008 - 09:45 - 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR01

“Neumonología Crítica I”

PACÍFICO A

- 0070 RELACIÓN ENTRE EL VALOR CUANTITATIVO DE LAS PROTEÍNAS SÉRICAS, LA ALBÚMINA Y EL DESARROLLO DE DISTRES RESPIRATORIO TEMPRANO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS NO CLASIFICADOS  
AV CORONEL, JA VÁZQUEZ, MC ADDUCCI, DN CHIACCHIARA, DJ FIRPO
- 0071 VALOR PREDICTIVO DE LAS PROTEÍNAS SÉRICAS, Y LA ALBÚMINA SOBRE EL DESARROLLO DE DISTRES RESPIRATORIO TEMPRANO EN PACIENTES CRÍTICOS NO CLASIFICADOS  
JA VÁZQUEZ, MC ADDUCCI, ES VEDOVATO, DN CHIACCHIARA, AV CORONEL, DJ FIRPO
- 0105 LA CURVA PEEP-COMPLIANCE DECREMENTAL ES MODIFICADA POR LA REALIZACIÓN DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO  
CHA CASABELLA GARCÍA, F(H) PÁLIZAS, A RISSO VÁSQUEZ, C ENRICO, A DUBIN, G MURIAS
- 0174 EVALUACIÓN DE UN SISTEMA ACTIVO DE HUMIDIFICACIÓN DEL GAS INSPIRADO. CÓMO LOGRAR LA HUMEDAD Y TEMPERATURA ADECUADA. ESTUDIO DE LABORATORIO  
NG ROUX, O PEREYRA GONZALES, V FELD, E GOGNIAT, D VILLALBA, G PLOTNIKOW, N RIBERO VAIRO, M SARTORE, M BOSSO, J SCAPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRÉ, E DÍAZ NIELSEN
- 0275 IMPLEMENTACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS  
N CARRIZO, I TORALES, R AVILA, C CASTARATARO
- 0374 EXTUBACIONES NO PROGRAMADAS EN TERAPIA INTENSIVA: INCIDENCIA Y PRONÓSTICO  
E VALGOLIO, F GONZÁLEZ, MG VIDAL, P MONTEFIORE, MC GARCÍA, MA TORO, M BELDARRAIN, B VARELA, AL GONZÁLEZ, MC MARCHENA, H CANALES, R REINA, E ESTENSORO

29/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR02

“Shock y Sepsis I”

PACÍFICO B

- 0008 VARIABLES QUE PREDICEN MORTALIDAD HOSPITALARIA AL INGRESO DEL PACIENTE CON PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA  
J BERRETA, D KOZIAK, G MORALES, A BALDUCCI, F BELLIDO, M ORTIZ, P GIMÉNEZ, F DE FEO
- 0010 FACTORES DE RIESGO DE EVOLUCIÓN A PERITONITIS TERCARIA DESDE FORMAS SECUNDARIAS GENERALIZADAS  
J BERRETA, D KOZIAK, G MORALES, MV LAPPLACETTE, MF VÁZQUEZ, M DÍAZ GUERRERO, F DE FEO, G MINCARELLI, A BENÍTEZ
- 0011 PERITONITIS TERCARIA: EVOLUCIÓN Y BACTERIOLOGÍA. ESTUDIO COMPARATIVO CON LA PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA  
J BERRETA, D KOZIAK, G MORALES, C BROTTTO, M DÍAZ GUERRERO, M ORTIZ, MV LAPPLACETTE, MF VÁZQUEZ
- 0117 CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS: RESULTADOS LUEGO DE DOS AÑOS DE APLICACIÓN EN ARGENTINA  
F(H) PÁLIZAS, D BERNARDEZ, M FRANCO, S MARE, P MASKIN, N VITTAL
- 0127 IMPACTO EN LA MORTALIDAD Y ESTADÍA DE LA CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS  
S COSENZA, D BERNARDEZ, JC ESCARDO, V MARQUEVICH, J ALVAREZ, D CZERWONKO, F UNGAR, P VIDAL ARTETA, P GUIMARAENS, J NUÑEZ, P PRATESI

- 0136 COMPORTAMIENTO DE LOS MEDIADORES INFLAMATORIOS DURANTE LA HIPERTENSIÓN INTRAABDOMINAL. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS  
JA OJEDA, LL SOSA, SE LAZZERI, CS MIZDRAJI, L HUESPE GARDEL, JA CIALZETA, S SOTO

29/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR03

“Terapia Intensiva Pediátrica”

ATLÁNTICO A

- 0020 FORMAS SEVERAS DE BOTULISMO DEL LACTANTE. EXPERIENCIA DE 23 AÑOS EN NEUQUÉN DE ALLENDE, N AGUILERA
- 0082 BRONQUIOLITIS MODERADA Y GRAVE, SISTEMÁTICA DE ATENCIÓN Y SOBREVIVENCIA, EN LACTANTES Y NEONATOS DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE TUCUMÁN  
T FIORI BIMBI, E ORQUEDA, V CISTERNA
- 0086 INFECCIÓN SEVERA POR BORDETELLA PERTUSSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS  
ME PENAZZI, RF BURGOS PRATX, EA MARI, PN PACHECO
- 0202 ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN MENORES DE 3 MESES CON BRONQUIOLITIS A VIRUS SINUSIAL RESPIRATORIO. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN UNA UNIDAD PRIVADA DE TUCUMÁN  
T FIORI BIMBI, E ORQUEDA
- 0258 SEGUNDO ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA. ESTUDIO LATINOAMERICANO E MONTEVERDE, A FERNÁNDEZ, JA FARIAS, RED Y VENTILAPED
- 0278 ROL DEL PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN LA BRONQUIOLITIS SEVERA POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO  
M SHEEHAN, C BERRONDO, N SAREDI, L BERODZNICK, M GAILLIARD, G RODRÍGUEZ, P ARIAS, A MISTCHENKO, F OLAZARRI

29/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR04

“Obstetricia Crítica - Patología Crítica Cardiovascular”

ATLÁNTICO B

- 0038 LA HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA Y LA INSULINORRESISTENCIA PUEDEN MODULAR LA EXPRESIÓN MOLECULAR DE AQUAPORINA 9 EN LA PREECLAMPSIA  
B MASKIN, M CASTRO-PARODI, L LEVI, G MARINO, E MORATTO, G BEROIZ, AE DAMIANO
- 0120 TRABAJO DE PARTO Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: PRÁCTICAS CON UTILIZACIÓN DE SIMULADORES  
JL RASJIDO, RA ABELDAÑO, MA BIGNON
- 0150 SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO EPIFENÓMENO DE LOS PACIENTES EN UCI  
P VIDAL ARTETA, JC ESCARDO, S COSENZA, P GUIMARAENS, F UNGAR, G OLIVA, D CZERWONKO, J ALVAREZ, J BILBAO, P PRATESI
- 0177 PATOLOGÍA OBSTÉTRICA CRÍTICA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO  
G ARANA, M DRUETTA, J MARTINEL LAMAS, V CLAIRO, J STORANI, D ROVIRA, R GARCÍA TURIELLA, C CLOSS, MB GOENAGA, D DORATO
- 0267 COMPORTAMIENTO DEL SEGMENTO ST POST FIBRINÓLISIS MÁS ALLÁ DE LAS DOS HORAS Y SU VALOR PRONÓSTICO  
J BORGIO, R CAPECE, A GIMIGLIANO
- 0268 PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS CON MARCADORES DE LA INFLAMACIÓN EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST A ESTRADA, MN BENJAMÍN, JOE BONO



29/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR05  
 "Infectología Crítica I"  
 ATLANTICO C

- 0057 FACTORES DE RIESGO PARA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA POR GÉRMEENES MULTIRRESISTENTES  
 C PEREYRA, E BARROZO, M LUGARO, G DIAZ, S MUÑOZ, D VIOLI, L BENITO MORI
- 0062 COLONIZACIÓN POR ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CRÍTICOS  
 R SANTA CRUZ, A ALVAREZ, R NERVI, G VIDAL BIANCHI, R HEREDIA, M ARAUJO, M BENTANCUD, C PARRA, H CANO, H CULACCIONI, MJ RONDINA, A VARGAS, W KRAUSE
- 0076 IMPACTO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA SEGÚN SENSIBILIDAD DE GÉRMEENES  
 C PEREYRA, E BARROZO, M LUGARO, G DIAZ, S MUÑOZ, D VIOLI, L BENITO MORI
- 0080 EL MEROPENEM INCREMENTÓ LA EFICACIA DE LA COLISTINA TANTO IN VITRO COMO IN VIVO EN UN MODELO DE INFECCIÓN POR ACINETOBACTER BAUMANNII CARBAPENEM RESISTENTE  
 N PISTILLO, JJ VIDELA, AE MASUCCI, JJ SCARIMBOLO, S BRUNO, V RIETSCHER
- 0118 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL: SEGUIMIENTO ANUAL DE MEDIDAS DE CONTROL  
 M TORRES BODEN, G CUETO, AM ATALLAH, W CORNISTEIN, A ARATA, C RODRÍGUEZ, A CARUSO
- 0211 PROGRAMA INTEGRAL DE CONTROL DE INFECCIONES (PIC) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)  
 W CORNISTEIN, CG RODRIGUEZ, M TORRES BODEN, G CUETO, A NOEL, N GÓMEZ, M BADIA, L LÓPEZ MORAL

29/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR06  
 "Trauma y Emergencias"  
 BUEN AYRE A

- 0013 APLICACIÓN DE LOS FUNDAMENTOS EN EL MANEJO DE DESASTRES (FDM) EN UN INCIDENTE CON VÍCTIMAS MÚLTIPLES EN TIERRA DEL FUEGO  
 D DUARTE, E JIMÉNEZ, J NEIRA, I PREVIGLIANO, M SCASERRA, G FILIPPA, J BALBI, A MONTES, F PLANO, R MALTEZ
- 0033 CAPACITACIÓN COMUNITARIA EN SOCORRISMO  
 JL RASJIDO, MA PEREYRA, RA ABELDAÑO, EA SANGUEDOLCE, GO PEREYRA, MA BIGNON
- 0113 TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA EN SIETE CASOS DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO EN EL FIN DEL MUNDO  
 M COLMAN, E SOLANO, E MANRIQUE, A GARONE, A TOBAL
- 0159 RESPUESTA EN UNA EMERGENCIA RADIOLÓGICA CON VÍCTIMAS MÚLTIPLES  
 M PORTAS, O JORDAN, D HERNÁNDEZ, M VÁZQUEZ
- 0287 CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES TRAUMATIZADOS EN TERAPIA INTENSIVA  
 H CANALES, E ESTENSSORO, R REINA, F GONZÁLEZ, G VIDAL, E VALGOLIO, P MONTEFIORE, M BELDERRAIN, M GARCÍA, B VARELA, C MARCHENA, AL GONZÁLEZ, MA TORO
- 0330 INCIDENCIA DE INTOXICACIÓN POR DROGAS DE ABUSO EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMOS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA Y SU REPERCUSIÓN EN LA MORBIMORTALIDAD  
 M CORRAL, IJ PREVIGLIANO, D LERMAN, MI QUINTEROS, DH CERASO, CM DILLON, M NUÑEZ

29/08/2008 - 09:45 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR07  
 "Gestión, Control de Calidad y EscORES I"  
 BUEN AYRE B

- 0095 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX EN UCI  
 JC ESCARDO, H FERNÁNDEZ, M SALABERRY, S SUREDA, C KASPAR, S COSENZA, J ALVAREZ, P VIDAL ARTETA, P PRATESI
- 0124 DESARROLLO DE UN SISTEMA PARA EL REGISTRO DE PARÁMETROS HEMODINÁMICOS EN UNA UCI  
 AL FERNÁNDEZ, C CASTARATARO, R AVILA
- 0154 IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE TRES PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS  
 M BELDARRAIN, MG SÁENZ, C LOUDET, L MOLINA, P VALVIDARES, C LÓPEZ, P CASTELLUCCIO, MG VIDAL, F GONZÁLEZ, R REINA, E ESTENSSORO
- 0180 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA: DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN ENFOQUE SISTEMÁTICO DE RESOLUCIÓN DE UN PROBLEMA ASISTENCIAL EN EQUIPO  
 C LOUDET, MG SÁENZ, M BELDARRAIN, R REINA, E ESTENSSORO, M RAMÍREZ, M PALACIOS, J MAZA, F BALDERRAMA, L GALEANO, L IRAOLA, R GONZÁLEZ
- 0208 ESTUDIO COMPARATIVO EPIDEMIOLÓGICO Y DE LA MORTALIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO QUIRÚRGICO Y NO QUIRÚRGICO VERSUS LA POBLACIÓN GENERAL EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
 M DEHEZA, A DOMÍNGUEZ, E SLIPAK, C VELLUSO
- 0245 VALOR PRONÓSTICO DEL SCORE SAPS3 EN PACIENTES CRÍTICOS, COMPARACIÓN CON SAPS II APACHE II Y SOFA  
 F GONZÁLEZ, MG VIDAL, MC GARCÍA, P MONTEFIORE, MA TORO, MC MARCHENA, AL GONZÁLEZ, M BELDARRAIN, B VARELA, E VALGOLIO, R REINA, E ESTENSSORO
- 0276 IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE REGISTRO COMO BASE DE LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA  
 M FILIPPI, R AVILA, M INSAURRALDE, N CARRIZO, C CASTARATARO

29/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR08  
 "Neurointensivismo I"  
 BUEN AYRE C

- 0047 ANGIOTAC MULTISLICE CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL EN EL DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES VASCULARES  
 JC CHIARADIO, MP CHIARADIO
- 0072 LA ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA, LA PROTEÍNA 14-3-3, LA INTUICIÓN HUMANA Y LAS LIMITACIONES AL TEOREMA DE BAYES  
 ES VEDOVATO, JA VÁZQUEZ, MC ADDUCCI, AV CORONEL, DN CHIACCHIARA, DJ FIRPO
- 0093 EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA DE CRÁNEO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO  
 ML MARCHESE, F UNGAR, R DE ROSA, C BORGHI, JC ESCARDÓ, S COSENZA, D CZERWONKO, L SEANE, P VIDAL ARTETA, P PRATESI
- 0253 OUTCOME POST CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA LUEGO DE TRAUMA CRÁNEO GRAVE  
 S CARINO, R REINA, E ESTENSSORO, G VIDAL, F GONZÁLEZ, P MONTEFIORE, C GARCÍA, M BELDARRAIN, B VARELA, E VALGOLIO, C MARCHENA, AL GONZÁLEZ
- 0289 PARTICULARIDADES DEL DIAGNÓSTICO DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS EN LESIONES INFRATENTORIALES PRIMARIAS

A ANTIK, IJ PREVIGLIANO, DV CABEZAS, MC BACQUÉ, M NUÑEZ, CH PONTEVILLE

- 0329 ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA Y DE LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL MEDIANTE EL DOPPLER TRANSCRANEANO: ¿MITO O REALIDAD?  
IJ PREVILGIANO, D VERA, M CORRAL, M VALIÑO, C GROER, F BACCARO, M NUÑEZ

30/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR09

“Neurointesisivismo II”

PACÍFICO A

- 0312 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA (CD) EN EL INFARTO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA: RESULTADOS EN 12 PACIENTES  
M SACOTO, L CAMPUTARO, M VILLALOBOS, C KITROSER, M FERRARA, S HASDEU, P AJLER, F KNEZEVICH, A CARRIZO, AO GALLESIO
- 0334 UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEANO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS DE 481 PACIENTES  
D VERA, IJ PREVIGLIANO, M CORRAL, M VALIÑO, C GROER, F BACCARO
- 0337 EVALUACIÓN DE LA UTILIDAD Y COMPLICACIONES DEL TEST DE APNEA PARA EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS  
IJ PREVIGLIANO, DV CABEZAS, AA ANTIK, MC BACQUÉ
- 0356 DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO MÉTODO PARA EL ESTUDIO DEL TRONCO BASILAR POR DOPPLER TRANSCRANEANO EN PACIENTES CRÍTICOS  
D LERMAN, IJ PREVIGLIANO
- 0366 INCIDENCIA Y MORTALIDAD DEL PACIENTE NEUROCRÍTICO CON HIPERTENSION INTRA-ABDOMINAL  
FF FRANCO, SE LAZZERI, LL SOSA, CS MIZDRAJI, L HUESPE GARDEL, JA OJEDA, JA CIALZETA, RB PUYOL, M LÓPEZ VERON, A OJEDA, HJM ALVAREZ, G ANDRICH, W COSSIO, SD RIBAK, O PINI, F ZONE, ML BARAVALLE
- 0367 TRATAMIENTO DE ANEURISMAS CEREBRALES DE ANATOMÍA COMPLEJA  
JC CHIARADIO, MP CHIARADIO

30/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR10

“Neumonología Crítica II”

PACÍFICO B

- 0137 COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA TORÁCICA EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E SOBRINO, A FERNÁNDEZ PAZOS, G KIRSZNER, G BADARIOTTI, B DE DIEGO, AC RAIMONDI
- 0237 BALANCE HÍDRICO Y USO DE DROGAS VASOACTIVAS COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INJURIA PULMONAR AGUDA Y SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO  
V TOMICIC, E SAN ROMÁN, S SOLAR, P VARGAS, M LAS HERAS, A FUENTEALBA, S GIANNASI, C UGARTE, R MORENO, E MARTÍNEZ, J MÉNDEZ, A UMAÑA
- 0266 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON INJURIA PULMONAR AGUDA Y SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO  
S SOLAR, E SAN ROMÁN, V TOMICIC, P VARGAS, M LAS HERAS, S GIANNASI, A FUENTEALBA, J MENDEZ, R MORENO, C UGARTE, A UMAÑA, E MARTÍNEZ
- 0316 ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA NEUROMUSCULAR PARA LA PREVENCIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR DEL PACIENTE CRÍTICO: REPORTE PRELIMINAR  
P RODRÍGUEZ, I BONELLI, M SETTEN, C WOLF, M MUSI, S ATTIE, R VALENTINI
- 0318 NEUMONÍA TEMPRANA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (VAP) POR BACTERIAS RESISTENTES O NO HABITUALES: INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, MORBILIDAD Y MORTALIDAD  
R VALENTINI, P RODRIGUEZ, I BONELLI, S ATTIE

- 0319 ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN HOSPITALES DE ARGENTINA  
M SETTEN, R VALENTINI, G MURIAS, Y COMITÉ NEUMONOLÓGIA

30/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR11

“Nutrición”

ATLÁNTICO A

- 0166 EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SOPORTE NUTRICIONAL EN MÉDICOS DE TERAPIA INTENSIVA  
MT SÁNCHEZ RUIZ, JM SANGUINETTI, A CENZANO, A BELTRAME
- 0261 ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO CONTROLADO DOBLE CIEGO DEL USO DE GLUTAMINA ENDOVENOSA EN PACIENTES CRÍTICOS PROLONGADOS. ANALISIS PRELIMINAR  
C LOUDET, M PERMAN, J SINER, L CIGIVE, S GIANNASI, J BUTERA
- 0270 ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS NUTRICIONALES EN UNA UCI POLIVALENTE  
RA Gimbernat, JP Gempel, MA Ércole
- 0302 RESERVA INSULÍNICA EN PACIENTES CRÍTICOS NO DIABÉTICOS  
M Perman, CL Bayon, L Litwak, P Sorroche, E San Román, A Gallesio
- 0303 METABOLISMO LIPÍDICO EN PACIENTES CRÍTICOS NO DIABÉTICOS  
M PERMAN, CL BAYON, L LITWAK, P SORROCHE, S LEGAL, M LAS HERAS, E SAN ROMÁN
- 0352 HIPERGLUCEMIA DE ESTRÉS Y RESISTENCIA INSULÍNICA EN PACIENTES NO DIABÉTICOS EN TERAPIA INTENSIVA  
M PERMAN, CL BAYON, L LITWAK, P SORROCHE, S GIANNASI, E SAN ROMÁN

30/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR12

“Shock y Sepsis II”

ATLÁNTICO B

- 0009 VARIABLES EVOLUTIVAS QUE PREDICEN MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LA PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA  
J BERRETA, D KOČIAK, G MORALES, F DE FEO, MV LAPLACETTE, C BROTTTO, MA BARTELLINI, MF VÁZQUEZ, M DÍAZ GUERRERO
- 0012 APLICACIÓN DEL PAQUETE DE MEDIDAS EN PACIENTES CON SEPSIS SEVERA EN EL FIN DEL MUNDO  
D DUARTE, G FILIPPA, R MALTEZ, J BALBI, A MONTES, E MANRIQUE, F PLANO, R ZAMBON
- 0077 EVALUACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL DAÑO MULTIORGÁNICO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SEPSIS ABDOMINAL  
N PISTILLO, O YAMIL, M PEREIRO, C ARTANA
- 0084 IMPLEMENTACIÓN DE BUNDLES DE SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN  
M CORNU, V SCIUTO, C MORANT, S SVAMPA, S ALEGRIA, A POLLINI, L MARINCEVIC, A RAMELLA, M FUMALE, S GONZÁLEZ CRUZ, M DOTTO, I DALMASSO, N SÁNCHEZ, K SAIBAL
- 0291 DESCRIPCIÓN DE LOS EPISODIOS DE SEPSIS EN UNA POBLACIÓN CON SEGURO DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA E SAN ROMÁN, D GIUNTA, E SALAZAR, J POLLAN, S GIANNASI, G WAISMAN, F GONZÁLEZ B DE QUIRÓS, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA, B MARTÍNEZ
- 0328 NORMALIZACIÓN DE LA GLUCEMIA EN TERAPIA INTENSIVA: CORTE PILOTO DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO NORGLUTI  
S ATTIE, L CAPDEVILLE, F PÁLIZAS, P MASKIN, C LOUDET, R GONZALVO, M PERMAN

30/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR13

"Gestión, Control de Calidad y EscORES II"

ATLANTICO C

- 0272 SEGURIDAD DEL PACIENTE: ERRORES EN LAS INDICACIONES MÉDICAS  
ML PARROTA, MA SALAS, D BURGOS, P TORRES TORALES, FO ROJAS, J SAGARDÍA, V CATANZARO
- 0277 IMPACTO EN LOS COSTOS CON UN CAMBIO EN LA ESTRATEGIA DE SEDOANALGESIA USANDO REMIFENTANILO  
R AVILA, N CARRIZO, C CASTARATARO, E GOMEZ, GL CROVELLA, M FILIPPI
- 0280 VALIDACIÓN DEL ACUTE PHYSIOLOGY AND CHRONIC HEALTH EVALUATION II (APACHE II) EN UNA POBLACIÓN RESIDENTE A GRAN ALTURA  
SP GUTIÉRREZ
- 0285 FORMACIÓN EN SOPORTE NUTRICIONAL EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA  
MA SALAS, S ILARI, J SAGARDÍA
- 0294 REGISTRO INSTITUCIONAL DE SEPSIS: EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN  
G WAISMAN, G GIUNTA, J POLLAN, S GIANNASI, F GONZÁLEZ B DE QUIRÓS, E SAN ROMÁN, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA, B MARTÍNEZ, E SALAZAR
- 0314 ANCIANOS EN UTI: ¿LA EDAD ES FACTOR DE MAL PRONÓSTICO?  
M BONO, D VARELA, R SANCHEZ, A MARINO, N TIRIBELLI, E ARISTA, C CANESSA
- 0004 ROL DEL BIOQUÍMICO DE URGENCIAS EN LA DETECCIÓN DE ERRORES PREANALÍTICOS IMPLICANCIAS DEL EXCESO DE ANTICOAGULANTE EN LA VALIDACIÓN DE UNA MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL  
S DER PARSEHIAN, A TOVO, G BRIOZZO

30/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR14

"Bioética"

BUEN AYRE A

- 0089 LIMITACIÓN DEL SOPORTE VITAL EN TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO PROSPECTIVO DURANTE UN AÑO EN UNA UTI MEDICO-QUIRÚRGICA  
JM BUTERA, AO GALLESIO, E SAN ROMÁN, S GIANNASI
- 0203 LA EDAD AVANZADA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD  
JM BUTERA, AO GALLESIO, E SAN ROMÁN, S GIANNASI, A FERNÁNDEZ
- 0342 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INVOLUCRADOS EN UNA POLÍTICA DE NO PROGRESIÓN DE LOS CUIDADOS CRÍTICOS  
CM DILLON, IJ PREVIGLIANO, DH CERASO
- 0343 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS, SANTIAGO DE CHILE  
G MUNOZ, C BULARTE, R RONCO, J ROQUE
- 0376 DOLOR VS DOLOR: PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN EL EQUIPO DE SALUD, PACIENTE Y FAMILIAR, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS  
CW SORIA, C MARTÍNEZ, M LÓPEZ

30/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR15

"Procuración y Trasplante"

BUEN AYRE B

- 0052 PACIENTE CON EVOLUCIÓN A MUERTE ENCEFÁLICA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y ESCORES DE GRAVEDAD AL INGRESO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
HJM ALVAREZ, D ESCUDERO AUGUSTO

0131 IMPACTO DE LOS PROGRAMAS CENTRALES Y LOCALES EN LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE. ROL DEL COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTE EN LAS UTIS  
AE PIACENZA, JA CIALZETA, JA OJEDA, HJM ALVAREZ, J RIERA STIVAL, GL GUTIÉRREZ

0161 TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL  
P VIDAL ARTETA, S COSENZA, JC ESCARDO, M POSADAS MARTÍNEZ, M MEZZADRA, C WILLIAMS, F GARIAZZO, M SILVA, P PRATESI

0182 HOSPITAL DONANTE, UN COMPROMISO DE TODOS  
J CIALZETA, A PIACENZA, JA OJEDA, HJM ALVAREZ, J RIERA STIVAL

0332 TRATAR AL DONANTE: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RETRASO DE FUNCIÓN EN EL POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO  
DV CABEZAS, E LEVITIN, IJ PREVIGLIANO, AA ANTIK, MC BACQUÉ, MC NÚÑEZ, CH PONTEVILLE

0336 TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CON CRITERIOS EXPANDIDOS: SOBREVIDA A CINCO AÑOS  
E LEVITIN, MC BACQUÉ, DV CABEZAS, A FARIÑA, IJ PREVIGLIANO

30/08/2008 - 09:45 a 11:15

SESIÓN DE TRABAJOS ORALES OR16

"Infectología Crítica II"

BUEN AYRE C

0185 TUBERCULOSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y BACTERIOLÓGICAS. REPORTE DE 116 CASOS. ESTUDIO PRELIMINAR  
E CUNTO, P SAUL, V CHEDIACK, G MAMMOLITI, F LÓPEZ, O VILLAR, C NOGUERAS, J SAN JUAN

0228 ¿ES EL NÚMERO DE ENFERMEROS UN FACTOR DE RIESGO PARA INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA?  
G CUETO, M TORRES BODEN, W CORNISTEIN, A ALVIRA, S PAEZ, G MARTÍNEZ, J POUYANNE, A ATALLAH, V PICOLLA, A CARUSO

0292 DESCRIPCIÓN DEL RESCATE DE GÉRMENES EN CULTIVOS Y DE LA RESISTENCIA A LOS ATB EN PACIENTES CON SEPSIS SEGÚN EL SITIO PROBABLE DE ADQUISICIÓN DE LA INFECCIÓN  
E SALAZAR, B MARTÍNEZ, E SAN ROMÁN, D GIUNTA, J POLLAN, S GIANNASI, G WAISMAN, F GONZÁLEZ B DE QUIRÓS, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA

0293 DESCRIPCIÓN DE LOS EPISODIOS DE SEPSIS EN PACIENTES ANCIANOS  
J POLLAN, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, B MARTÍNEZ, E SALAZAR, D GIUNTA, G WAISMAN, F GONZÁLEZ B DE QUIRÓS, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA

0369 NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN TERAPIA INTENSIVA  
J CARNIVAL, D VARELA, N TIRIBELLI, P ESCALANTE, C CANESSA, E ARISTA, R SANCHEZ, M BONO, A MARINO

0370 NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR  
E ARISTA, D VARELA, R SANCHEZ, M BONO, C CANESSA, N TIRIBELLI, A MARINO

28/08/2008 - 13:45 a 15:15 RECORRIDAS DE POSTERS 01 A 03

RECORRIDA DE POSTERS PO01

"Neumonología Crítica I"

SAUCE

0045 VENTILACIÓN SELECTIVA COMO RESOLUCIÓN DE ATELECTASIA MASIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO  
G GALINDEZ

0176 EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA INTERSTICIAL IDIOPÁTICA PULMONAR ADMITIDOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

- JC POLISZUK, C NOZIERES, D WALL, FM BALLESTERO, LMC CIALLELLA, S QUADRELLI, ED SOLOAGA, MA BLASCO, MA VELTRI, JF CHERTCOFF, JE UBALDINI
- 0222 VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA  
N TIRIBELLI, D VARELA, R SÁNCHEZ, M BONO, C CANESSA, E ARISTA, A MARINO
- 0226 VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS  
M VÁZQUEZ, G SIBILA, D VARELA, N TIRIBELLI, M BONO, R SÁNCHEZ, C CANESSA, E ARISTA, A MARINO
- 0259 EVALUACIÓN DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA  
FM TAMAGNONE, SD BLEJMAN, E MARTINEZ
- 0368 PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADA EN TERAPIA INTENSIVA.  
P ESCALANTE, D VARELA, R SÁNCHEZ, M BONO, N TIRIBELLI, C CANESSA, E ARISTA, A MARINO
- 0371 TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTES CRÍTICOS  
D VARELA, N TIRIBELLI, M BONO, R SÁNCHEZ, E ARISTA, C CANESSA, P ESCALANTE, A MARINO

RECORRIDA DE POSTERS PO02

“Neurointensivismo I”

SAUCE

- 0058 INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA (HTE) EN PACIENTES CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO (TEC) CON MONITOREO DE PRESIÓN INTRACRANEANA (PIC) S SVAMPA
- 0037 RESISTENCIA INSULÍNICA Y GLUCEMIA EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS CON Y SIN TRATAMIENTO CON CORTICOESTEROIDES  
M PERMAN, L CAMPUTARO, L LITWAK, P SORROCHE, S LEGAL, A GALLESIO
- 0041 RESISTENCIA INSULÍNICA EN PACIENTES NEUROCÍTICOS CON Y SIN CORTICOESTEROIDES  
M PERMAN, L CAMPUTARO, P SORROCHE, L LITWAK, M SACOTO, S GIANNASI
- 0079 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO, CUATRO CASOS DIAGNOSTICADOS SEGÚN CRITERIOS DE LEVENSON Y ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA EN UN LAPSO DE CUATRO AÑOS, EN HOSPITAL PÚBLICO. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y SU INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA  
E MORINIGO, E CAÑETE, F CHALUP, M CORONEL, A GONZÁLEZ, P ROMANO, V SAVLOFF, D SPESSOT, A VEGA, M ZELAYA
- 0097 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ASOCIADA A TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS: REPORTE DE UN CASO  
MA DAMIANO, R GUERRI, J ALVAREZ, P PRATESI
- 0135 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN PACIENTE CON ENCEFALITIS HERPÉTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO  
G DOMENICONI, M ACOSTA HAAB, C RUGILO, J DALDIN, D PÉREZ, O YUNK
- 0141 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPINAL. REPORTE DE UN CASO  
SM CASTELLINO, VS GIOVINI, AJ ZAZÚ

RECORRIDA DE POSTERS PO03

“Obstetricia Crítica”

SAUCE

- 0025 TRATAMIENTO CON PROTEÍNA C ACTIVADA EN UN CASO DE SEPSIS PUERPERAL CON PÚRPURA FULMINANTE  
D GONZÁLEZ, E MALVINO, M CURONE
- 0114 HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO  
M VILLALOBOS, J MÉNDEZ, R GÓMEZ PAZ, C CORONEL, S MARTÍNEZ, J VÁZQUEZ, M PÉREZ, P CAPOTOSTI, JE SAN ROMÁN, A GALLESIO
- 0138 HÍGADO GRASO EN PACIENTE EMBARAZADA HIV, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

- S ZANELLO, V DOS SANTOS, M TARTARA, P TOMBA, C CORIA, G GUZMAN, O ELEFANTE
- 0248 TROMBOFLEBITIS SÉPTICA PELVIANA. PRESENTACIÓN DE UN CASO  
MA FARHAT, S FONIO MERMET, JE RIARTE
- 0350 CRIPTOCOCCOSIS MENINGEA EN PACIENTE EMBARAZADA HIV(-)  
P RAMOS, J CAUSARANO, C GIMENEZ DURAND
- 0359 TROMBOSIS DE LA ARTERIA PULMONAR ASOCIADA A SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO EN EL EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO  
MA CARIDI, J FERREIROS, PA SURC

29/08/2008 - 09:45 a 11:15 - RECORRIDAS DE POSTERS 04 a 06

RECORRIDA DE POSTERS PO04

“Emergencias - Tóxico I”

SAUCE

- 0006 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA  
HF AZCONA, I DESABATO, J CELIA, J AGUIRRE HERRERA, M RUIZ, A BOCHATEY, S WASSERMANN
- 0098 SERIE DE CASOS DE PANCREATITIS AGUDA  
V MARQUEVICH, JC ESCARDO, S COSENZA, C NAVEDA GAVILANES, P PRATESI
- 0134 HEMATOMA ESOFÁGICO ESPONTÁNEO. REPORTE DE UN CASO  
VS GIOVINI, PG VALLE, PJ MALDONADO
- 0065 NEUMOTÓRAX COMO COMPLICACIÓN DE CATETERIZACIÓN VENOSA CENTRAL  
AM PÉREZ, FR RACCA VELÁSQUEZ, J VIGGIANO, JP MONTECINOS, A ACOSTA, G RODRÍGUEZ, C WAYAR
- 0042 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA ASOCIADA A RABDOMIOLISIS GRAVE, INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA Y PROBABLE DAÑO MIOCÁRDICO  
D GONZÁLEZ, J RÍOS, M CURONE
- 0167 EPILEPSIA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO  
SC MAGGI, G BESOKE, SM VALIENSI, MC GARCÍA, F VIDAL

RECORRIDA DE POSTERS PO05

“Emergencias - Tóxico II”

SAUCE

- 0324 DERMOPATÍAS GRAVES  
M RODRÍGUEZ, G LACUESTA, J CABRERA
- 0078 SÍNDROME DE ERITEMA CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADO A DROGAS. REPORTE DE UN CASO  
P SZÉKELY, G KREBS, L SAAVEDRA, D LAFOSSE, P CORNIGLIA, A HINTZE BARUJ, J LEZCANO, S MARE, M FRANCO, L ROMERO
- 0365 NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA PRESENTACIÓN DE UN CASO  
PV VOGL, JC VIVERO, RV HERNANDEZ, CA BERDICHEVSKY, MC ORLANDI
- 0046 DEXMEDETOMIDINA EN SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA  
C NAVEDA GAVILANES, JC ESCARDO, P PRATESI
- 0346 PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS  
S CORTESE, IJ PREVIGLIANO, M RISSO, C DAMIN

RECORRIDA DE POSTERS PO06

“Procuración y Trasplante”

SAUCE

- 0139 DONACIÓN VIVO RELACIONADA DE TRASPLANTE HEPÁTICO. ¿EL BENEFICIO SUPERA LOS RIESGOS?

JC ESCARDÓ, S COSENZA, P VIDAL ARTETA, F UNGAR, J ALVAREZ, C ROWE, P PRATESI

- 0142 SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL DURANTE EL MANTENIMIENTO CADAVERÍCO  
JA OJEDA, AE PIACENZA, JA CIALZETA, HJM ALVAREZ, J RIERA STIVAL, GL GUTIÉRREZ
- 0145 UNA ENCUESTA COMO HERRAMIENTA PARA CONOCER SOBRE DECISIONES RELACIONADAS CON LA DONACIÓN DE ORGANOS EN UNA COMUNIDAD EDUCATIVA/ASISTENCIAL. INFORME PRELIMINAR  
S ARCIERI, L DE JANON, G CHIAPPERO, M ARISTA, L VASTA, V CABEZAS, A BOTBOL
- 0242 STRONGILOIDES STERCORALIS EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENO- PANCREÁTICO, REPORTE DE CASO  
J SALVATIERRA, S VILLARROEL, M LAS HERAS, L SIERRA, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, AO GALLESIO

30/08/2008 - 09:45 a 11:15 - RECORRIDAS DE POSTERS 07 a 13

#### RECORRIDA DE POSTERS PO07

##### "Terapia Intensiva Pediátrica I"

QUEBRACHO A

- 0023 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO  
A GONZÁLEZ, C GONZÁLEZ CAMBACERES, CD HIEMADI, M PASCUTTO, P CALVO, S VIDAURRETA
- 0050 HIPOXEMIA REFRACTARIA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE  
A SUPPO, S TESTINO, L TORRE, L LLANCAMAN, P GONZÁLEZ
- 0061 COQUELUCHE EN LA UTIP DEL HOSPITAL NEUQUÉN  
E CERDA, C PRADILLA, D ALLENDE, F LAFFAYE, C DAVILA, G KALTENBACH
- 0074 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN NUESTRA UCIP  
GL FAGALDE, GE CORREA, AS REARTE, P GALLARDO, AF MOLINA, MV ALVARRACIN, P BOTTA, LS MARCOS
- 0081 ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA CRÓNICA EN PEDIATRÍA, UN PROBLEMA O UNA SOLUCIÓN, EN INSTITUCIONES PRIVADAS DEL NORTE DEL PAÍS  
T FIORI BIMBI, E ORQUEDA
- 0100 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA  
MP ARIAS LÓPEZ, MG SHEEHAN, C BERRONDO, I KO, J BAKIR, A PROCOPIO, JA FARIAS, A GENTILE

#### RECORRIDA DE POSTERS PO08

##### "Terapia Intensiva Pediátrica II"

QUEBRACHO A

- 0209 MUERTE INFANTIL Y PRODUCTOS DOMÉSTICOS ARTESANALES  
M REGNANDO, A SUPPO, MB GONZÁLEZ, O ASPITTIA
- 0232 SHOCK CARDIOGÉNICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TAQUIARRITMIAS AURICULARES EN UN LACTANTE  
P GALLARDO, AS REARTE, MV ALVARRACIN, AF MOLINA, F CASTRO, GE CORREA, GL FAGALDE, LS MARCOS
- 0234 SÍNDROME COQUELUCHOIDE: REVISIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS  
A WALSER, C PELTZER, K FIQUEPRON, O RECUPERO, C MARINO, F PODESTÁ, G INTAGLIATA
- 0238 EPIDEMIOLOGÍA DEL SHOCK SÉPTICO EN NIÑOS  
C GRELA, A MENCHACA
- 0240 MEDICINA BASADA EN LA EXPERIENCIA: DIAGNÓSTICO OPORTUNO MODIFICANDO LA EVOLUCIÓN  
L MORENO, S BAÑOS, A SILVESTRE, O RECUPERO, A TABOADA, C PELTZER, M RABINO
- 0247 SÍNDROME DE QT LARGO EN PEDIATRÍA  
F CASTRO, MV ALBARRACIN, AS REARTE, P GALLARDO, GL FAGALDE, GE CORREA, AF MOLINA, LS MARCOS

#### RECORRIDA DE POSTERS PO09

##### "Trauma I"

QUEBRACHO A

- 0018 HISTORIA DE UNA CATÁSTROFE  
P AVILA, L FERREYRA GARROTT, M NICOLA, M GALLARDO, G HEINRICH
- 0034 EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉDICOS DE GUARDIA. "¿SUFRE EL CORAZÓN DURANTE UN DÍA DE GUARDIA?"  
C VOGEL, C SABINO, S GOLUB, G HERNÁNDEZ
- 0035 SÍNDROME DE BOERHAAVE. REPORTE DE UN CASO  
L SAAVEDRA, A HINTZE BARUJ, G KREBS, D LAFOSSE, P SZÉKELY, P CORNIGLIA, J LESCANO, S MARE, M FRANCO, L ROMERO
- 0115 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SECUNDARIO A TRAUMA CERRADO DE TÓRAX  
M VILLALOBOS, J MENDEZ, R GÓMEZ PAZ, S MARTINEZ, J VÁZQUEZ, C CORONEL, E SAN ROMÁN, A GALLESIO, M FELDMANN, C AGATIELLO, E ROSSI, J VICTORICA, F ACHILI
- 0123 METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA  
ML CHERTCOFF, HW MENDOZA, IM RIOS, F PÉREZ PRIETO, EM BRUNEL, G MEDINA, AM PALAZZO, ED SOLOAGA, JE UBALDINI
- 0160 INTOXICACIÓN AGUDA CON ÁCIDO VALPROICO. REPORTE DE UN CASO  
E RODRÍGUEZ, M DOMÍNGUEZ, C PARODI, S LORENZO, S BALCONI

#### RECORRIDA DE POSTERS PO10

##### "Patología Crítica Cardiovascular I"

QUEBRACHO A

- 0019 ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA SECUNDARIA A INTERACCIÓN ENTRE RITONAVIR Y ERGOTAMINA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO  
M MONTANARO, M BARCELÓ, A MUSCARELLO, E GUZMÁN, M PRETEL
- 0053 ¿CÓMO OPTIMIZAR LA PREVENCIÓN DE TEP EN UCI? FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR  
P GUIMARAENS, JC ESCARDO, G OLIVA, F UNGAR, D CZERWONKO, J ALVAREZ, S COSENZA, P VIDAL ARTETA, P PREATESI
- 0064 TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN RECURRENTE Y TROMBO AURICULAR DERECHO  
E BISHELS, A OLIVA, R BARRIENTOS, W BENITEZ, G ZABERT, L ESPINOSA, C PLOGER, R VACA NARVAJA
- 0099 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTE CON STRANDS DE VÁLVULA MITRAL  
E BISHELS, A OLIVA, R BARRIENTOS, W BENÍTEZ, G ZABERT, L ESPINOSA, C PLOGER, R VACA NARVAJA
- 0121 ANGIOSARCOMA PERICÁRDICO  
FM BALLESTERO, RO VILLAGOMEZ, E LUPO, JC POLISZUK, AD DONA GUIBAS, HW MENDOZA, EM BRUNEL, MH PÉREZ, JE UBALDINI
- 0129 NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo ASOCIADA A SÍNCOPE DE ALTO RIESGO  
F PEREZ PRIETO, C NOZIERES, EJ DESCOTTE, EM BRUNEL, C ROMAN, R ZAMBON, MA VELTRI, JE UBALDINI
- 0146 MIXOMA AURICULAR  
M ROMERO, A MARCOLINI, D OLMOS, C SÁNCHEZ, C FERNÁNDEZ, M LEIVA, M MOYA

#### RECORRIDA DE POSTERS PO11

##### "Enfermería en Cuidados Críticos"

Quebracho B

- 0027 MEJORANDO LA ATENCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA  
P ARGUMEDO MORENO, B RIQUELME, R VARGAS MARTÍNEZ, P TOMBA
- 0140 EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA "CUIDAR EL CONOCIMIENTO". FORMACIÓN CONTINUADA DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIOS  
M LA ROSA SALABERRY, C DIEZ

- 0260 PREVALENCIA Y FACTORES FACILITADORES DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA DEL HOSPITAL PÚBLICO DE AUTOGESTIÓN SAN BERNARDO-SALTA CAPITAL- AÑO 2008  
MAC AVILA, MFV GUTIÉRREZ, DC BERTA
- 0274 EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y SOPORTE NUTRICIONAL POR VÍA ENTERAL: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMOS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES  
MA SALAS, S ILARI, J SAGARDÍA
- 0300 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EVALUAR EL IMPACTO HEMODINÁMICO Y DE OXIGENACIÓN DURANTE LA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR  
G NELSON, M MASTANTUONO, J SALVATIERRA, S VILLARROEL, E SAN ROMÁN
- 0301 MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN CUATRO PACIENTES CON HIPOXEMIA REFRACTARIA, REALIZADA POR ENFERMERÍA CON CONTROLES HEMODINÁMICOS Y RESPIRATORIOS  
M MASTANTUONO, G NELSON, S VILLARROEL, J SALVATIERRA, E SAN ROMÁN
- 0311 CASO CLÍNICO: MIOPATÍA EN PEDIATRÍA  
GS SOTO, RL MAIDANA, AV OJEDA
- 0322 UTILIZACIÓN DE SIMULADORES BIOLÓGICOS PARA LA ENSEÑANZA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HERIDAS QUIRÚRGICAS  
RA ABELDAÑO, MA PEREYRA, JL RASJIDO, GO PEREYRA, EA SANGUEDOLCE, MA BIGNON
- 0377 INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN TERAPIA INTENSIVA – VALIDEZ DE LA TABLA NOVA 5  
MF QUINTEROS, R MAZA, AG DIAZ
- 0378 NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA, INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA  
AE ZUCCOTTI

RECORRIDA DE POSTERS PO12

“Hígado - Riñón - Dermatología Crítica I”  
QUEBRACHO B

- 0043 INJURIA RENAL AGUDA EN POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA  
J TENZI, JC MARTÍN BENITEZ, MJ JIMENEZ
- 0063 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO  
E BISHELS, R BARRIENTOS, A OLIVA, W BENITEZ, G ZABERT, L ESPINOSA, C PLOGER, R VACA NARVAJA
- 0085 SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN DE ETIOLOGÍA NO DEFINIDA F POCHEITINO, M GOTTERO, M TOLOSA, S NIEVA, O DIAZ MOYANO
- 0103 COMPORTAMIENTO DEL SODIO PLASMÁTICO EN PACIENTES PREECLÁMPTICAS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA  
G TUHAY, MC PEIN, A RISSO VÁZQUEZ, C ENRICO, D MASEVICIUS, M MOSEINCO, A DUBIN
- 0179 RECAMBIO PLASMÁTICO INTENSIVO TEMPRANO EN EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA (PTT)  
V CLAIRON, D ROVIRA, D SOLORIZANO, J STORANI, J MARTINEL LAMAS, C GUMPEL

RECORRIDA DE POSTERS PO13

“Hígado - Riñón - Dermatología Crítica II”  
QUEBRACHO B

- 0183 EVALUACIÓN DE MORTALIDAD, CAUSAS MÁS FRECUENTES E INDICACIONES DE HEMODIÁLISIS EN LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA  
M VOGELIN, D CAMPOS, H PIZA, G MONTI, G CARDONATTI, M RAMOS, C LLERENA, V LA GUARDIA, R LENDARO, A SIRINO, L

- BIANCHI, N CHACON, M IGLESIA, O TORRADO, F DUMONT, D MANCUELLO
- 0269 EVALUACIÓN DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL, DIÁLISIS PERITONEAL (D.P.) EN PACIENTES INGRESADOS A UCIP, EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA  
M ABREGU, A CACCIAMANO, E OLIVIER, Z TEJADA
- 0284 INICIO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON INJURIA RENAL AGUDA  
J TENZI, A ITURRALDE, I ARAMENDI
- 0296 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS  
A FELDMAN, D VARELA, E ARISTA, C CANESSA, M BONO, R SÁNCHEZ, N TIRIBELLI, N FALCÓN PÉREZ, A MARINO

30/08/2008 - 13:15 a 14:45 - RECORRIDAS DE POSTERS 14 a 23

RECORRIDA DE POSTERS PO14

Neumonología Crítica II  
SAUCE

- 0055 SEVOFLUORANE EN SHOCK ANAFILÁCTICO: REPORTE DE UN CASO  
P GUIMARAENS, D CZERWONKO, P PRATESI
- 0189 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO BILATERAL MASIVO  
A MARCOLINI, S ROMERO, D OLMOS, C VIGO, M FERNÁNDEZ, M LEIVA, M MOYA
- 0205 UTILIZACIÓN DEL CATÉTER DE SWAN-GANZ PARA LA REEXPANSIÓN DE ATELECTASIAS REFRACTARIAS  
J MORALES, G CHIAPPERO, C GALLEGO, L RAPETTI, L DE JANON, L VASTA
- 0221 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA ASOCIADA A DERMATOMIOSITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO  
P BRIZUELA, AH PEÑALOZA, MS GARCÍA KEIM, SN DIPENTE, CE SALCEDO, JE LEIVA, V CONDE
- 0230 HIPOXEMIA REFRACTARIA EN UNA PACIENTE EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA SÍNDROME DE RENDU OSLER WEBER  
EP ARÉVALO GARVIZU, J SAGARDÍA, J CAMINOS, A GONZÁLEZ, N CACACE, A MONTEVERDE
- 0256 INJURIA PULMONAR AGUDA RELACIONADA A TRANSFUSIÓN: REPORTE DE DOS CASOS  
EP ARÉVALO GARVIZU, J SAGARDÍA, D ZANLONGO, V CATANZARO, L AGUILAR

RECORRIDA DE POSTERS PO15

“Neurointensivismo II”  
SAUCE

- 0143 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. ESTUDIO SOBRE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN EN UNA UCI  
L DE JANON, S ARCIERI, S COCORULLO, H SOLE, MC AVILA, G CHIAPPERO
- 0149 LAS CAMPAÑAS DE DIFUSIÓN DE ATAQUE CEREBROVASCULAR INCREMENTAN LA UTILIZACIÓN DE FIBRINOLÍTICO EN INFARTO CEREBRAL  
P CLEMENTTI, L VIDAL, M VELASQUEZ, C CAÑAS, S CASTAÑEDA, L SILVA, F CABANA, F VERÓN, B WAJSER, L OLLETA
- 0200 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO. TRATAMIENTO CON R-TPA. NUESTRA EXPERIENCIA  
G IMBELLONI, G RÍOS PICAZA, A GORODNER, C BENZONI, H JUÁREZ, O DISANTO
- 0212 TERAPIA ALTERNATIVA CON ELECTROSHOCK EN ESTATUS CONVULSIVO REFRACTARIO AL TRATAMIENTO  
J BOGNI, R AVILA, C CASTARATARO, I TORALES
- 0218 SÍNDROME DE INFUSIÓN DE PROPOFOL EN PACIENTE CON INJURIA CEREBRAL AGUDA  
J BOGNI, R AVILA, C CASTARATARO, N CARRIZO, I TORALES
- 0290 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS DE 39 CASOS  
S LABASSE, A ROSATI

0304 ENCUESTA ESTRATEGIA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL (PPC) DIRIGIDA  
L CAMPUTARO, M VILLALOBOS C, M SACOTO M, M PERMAN, A GALLESIO

#### RECORRIDA DE POSTERS PO16

##### "Nutrición"

SAUCE

- 0122 RESULTADOS NUTRICIONALES CON LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO SUPERVISOR  
P CASTRO, J RISSO PATRON, M CHAMUT, M LAREU, G ROBERT, G GUTIÉRREZ, O CRISTALDI
- 0195 ACCESO ENTERAL GÁSTRICO PRECOZ EN PACIENTES CON TEC, ¿UN PROBLEMA O UNA SOLUCION?  
P MAIDANA, P ASTEGIANO, R AVILA, C CASTARATARO, N CARRIZO, J BOGNI
- 0279 COMUNICACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB)  
RA GIMBERNAT, JP GEMPEL
- 0309 PSEUDOObSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS CON HEPATOPATÍAS  
M CARIGNANO, C KECSKES, E MENÉNDEZ, F GOLDIN, S GIANNASI, S ILARI
- 0320) SÍNDROME DE QT PROLONGADO ADQUIRIDO EN LA TERAPIA INTENSIVA, A CAUSA DE HIPOMAGNESEMIA E HIPOCALCEMIA, EN UNA PACIENTE CON UNA PANCREATITIS GRAVE. CAUSA DE ARRITMIAS Y PARO CARDIACO NO ESPERADO  
D MONARDO
- 0351 EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y SOPORTE NUTRICIONAL: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ALUMNOS DEL ÚLTIMO AÑO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UNIVERSITARIA  
MA SALAS, S ILARI
- 0375 REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME DE O'GILVIE EN UN PACIENTE NEUROCRÍTICO  
J SALVATIERRA, C KECSKES, C GALLO

#### RECORRIDA DE POSTERS PO17

##### "Terapia Intensiva Pediátrica III"

QUEBRACHO A

- 0250 DERRAME PERICÁRDICO Y TAPONAMIENTO CARDÍACO SECUNDARIO A CATÉTERES CENTRALES  
G BONIFACINO FERRARI, G BOSSI, N DAVASSE
- 0353 COINFECCIONES BACTERIANAS EN LA BRONQUIOLITIS SEVERA POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO  
M SHEEHAN, C BERRONDO, N ORLANDO, M VÁZQUEZ, N SAREDI, L BERODZNICK, M GAILLIARD, G RODRÍGUEZ, P ARIAS, A MISTCHENKO, A PROCOPIO, F OLAZARRI
- 0360 ACIDO ASCORBICO EN METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA SEVERA: INTOXICACION POCO FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO. REPORTE DE CASO.  
ME ARAUZ MARTÍNEZ, RE RÍOS MÉNDEZ
- 0362 USO DE ACTIVADOR DEL PLASMINÓGENO TISULAR (TPA) EN PACIENTE NEONATO POST-QUIRÚRGICO CARDIOVASCULAR  
RF JAÉN, MJ OLANO, R MAGLIOLA
- 0363 UNA PATOLOGÍA EMERGENTE SERIE DE CASOS DE COQUELUCHE  
MG RODRÍGUEZ, RF JAÉN

#### RECORRIDA DE POSTERS PO18

##### "Shock y Sepsis"

QUEBRACHO A

- 0069 PROGRESIÓN DE LA SEPSIS A SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO, ¿ES EL RISSC SCORE DE UTILIDAD EN LA PRÁCTICA DIARIA?  
AJ CARUSO, EA ADÁMOLI, U ALEGRE ESCOBAR

0125 CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS: ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR EL TIEMPO DE INICIO DE LA TERAPIA ANTIBIÓTICA

- D BERNARDEZ, JC ESCARDÓ, S COSENZA, J ALVAREZ, D CZERWONKO, ME PÉREZ CARREGA, G OLIVA, L SEOANE, A FAJRELDINES, P PRATESI
- 0126 SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS (SCPHV), USO DE ALTAS DOSIS DE CATECOLAMINAS. REVERSIÓN DEL SHOCK  
A EMER, L CORSIGLIA, S TROZZI, C BOSCO, M RODRÍGUEZ, K GARCÍA
- 0128 IMPACTO DEL USO DE DROTRECOGIN A ACTIVADO EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO  
P PRATESI, D BERNARDEZ, JC ESCARDO, S COSENZA, J ALVAREZ, D CZERWONKO, F UNGAR, C MARTÍNEZ BARRETO, C NAVEDA GAVILANES, P GUMARAENS, P VIDAL ARTETA
- 0130 IMPACTO DEL MANEJO HEMODINÁMICO INTRAOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA PANCREÁTICA EN EL ESTADO POSOPERATORIO EN TERAPIA INTENSIVA  
I ROMERO, F(H) PÁLIZAS, M TINTA, V CARDENAS, D YAGUPSKY, F MOS, MV ARROSAGARAY
- 0206 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN TERAPIA INTENSIVA  
D QUARANTA, D VARELA, R SÁNCHEZ, M BONO, C CANESSA, E ARISTA, N TIRIBELLI, A MARINO
- 0216 ¿LAS TRANSFUSIONES EN TERAPIA INTENSIVA SON UN FACTOR DE RIESGO?  
R SÁNCHEZ, D VARELA, M BONO, C CANESSA, E ARISTA, N TIRIBELLI, A MARINO
- 0254 SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO  
MC FARRO, PV SABANDO

#### RECORRIDA DE POSTERS PO19

##### "Trauma II"

QUEBRACHO A

- 0163 EXPERIENCIA A 30 MESES EN TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN UN HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DEL CONURBANO BONAERENSE  
E CORDERO, C TRAVERSO, G MAGALU, C ALMIRON, S OLIVER, G CUBELLI
- 0165 NEUMORRAQUIS SECUNDARIO A HERIDA DE ARMA DE FUEGO. REPORTE DE UN CASO  
M LUGARO, E BARROZO, C PEREYRA, D VIOLI, L BENITO MORI
- 0191 TRAUMATISMO ESPLÉNICO CERRADO GRADO IV ¿CIRUGÍA O TRATAMIENTO NO OPERATORIO?  
AG ROMERO, NB CARACCILO, GJ TISMINETZKY, A GALLO, MV GASTALDI, E GALLI
- 0194 HEMATOMA RETROFARÍNGEO TRAUMÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO  
NB FRANCO GUERRA, MV GASTALDI, M PAYASLIAN
- 0210 PACIENTE TRAUMATIZADO EN TERAPIA INTENSIVA  
G SIBILA, M VÁZQUEZ, D VARELA, R SÁNCHEZ, M BONO, E ARISTA, C CANESSA, N TIRIBELLI, A MARINO
- 0344 REDUCCIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL MEDIANTE APLICACIÓN DE PRESIÓN EXTERNA NEGATIVA  
F PRACCA, A BIESTRO, M DAVID, D GEIDO, C ZOPPOLO, F SIMINI, G SÁNCHEZ, M CANCELA

#### RECORRIDA DE POSTERS PO20

##### "Patología Crítica Cardiovascular II"

QUEBRACHO A

- 0235 RELACIÓN ENTRE LA CARDIOVERSIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y SU FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y TAMAÑO AURICULAR  
M BERENT, AH PEÑALOZA, SN DIPENTE, JE LEIVA
- 0251 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON CORONARIAS NORMALES: CARDIOMIOPATÍA DE TAKOTSUBO  
L SILVA, C CAÑAS, L VIDAL, G BUSTAMANTE LABARTA, P CLEMENTTI

- 0263 PUENTE MUSCULAR E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REPORTE DE DOS CASOS  
J THOMAS, F FUNARO, L CICCIO, M ALDASORO, P MACCARONE, M MIGUEL, R SUASNABAR
- 0271 ¿HAY BENEFICIO CON EL AGREGADO DE CLOPIDOGREL EN EL IAM TROMBOLIZADO DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE INTERNACIÓN?  
R CAPECE, J BORGO, S MOSCA, S LAGE, D MASEVICIUS, B SANTORO, O GUTIÉRREZ, A GIMIGLIANO
- 0282 EVALUACIÓN DEL VALOR DIAGNÓSTICO PREDICTIVO DE LA ACTIVIDAD ENZIMÁTICA DE CK-MB (INMUNOLÓGICA) EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO  
CT COLL, HF CERVANTES, SG COLL, CE CHOCLIN, GR RONCHETTI
- 0283 FACTORES PREDISONENTES PARA INSUFICIENCIA CARDIACA  
N PRIETO, G FERNÁNDEZ CID, S LOMBARDO, A NÚÑEZ, D MIQUELARENA, C GARAYALDE

RECORRIDA DE POSTERS PO21

“Infectología Crítica I”

QUEBRACHO A

- 0028 MORTALIDAD ATRIBUIBLE A ACINETOBACTER BAUMANNII EN INFECCIONES NOSOCOMIALES  
RO FERNÁNDEZ, HM LAMACCHIA, MB GRILLI, JC ARJONA, G BARCHIESI, A BATISTINI, C SÁNCHEZ, M RINAUDO, WD VÁZQUEZ
- 0029 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SIMULTÁNEAS EN PACIENTES CRÍTICOS  
M RINAUDO, RO FERNÁNDEZ, HM LAMACCHIA, JC ARJONA, MB GRILLI, G BARCHIESI, A BATISTINI, C SÁNCHEZ, WD VÁZQUEZ
- 0030 SÍNDROME DE WEIL. DOS CASOS. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES  
P CORNIGLIA, D LAFOSSE, G KREBS, L SAAVEDRA, P SZÉKELY, A HINTZE BARUJ, J LESCANO, S MARE, M FRANCO, L ROMERO
- 0048 PERICARDITIS CONSTRICTIVA POR MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS  
E RODRÍGUEZ, P ZINGARETTI, L MENENDEZ, M ROJAS, J GRUCCI, G ABRILE
- 0051 ENCEFALITIS POR VIRUS DE SAINT LOUIS, ¿DEBEMOS SOSPECHARLA EN ARGENTINA?  
P GUIMARAENS, S COSENZA, F UNGAR, P PRATESI
- 0083 STRONGYLOIDIASIS DISEMINADA  
S SANTIGIULIANA, G RADICE, A DI MARTINO, G IZZO, C DE FILIPPO, M BERTE, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0087 NEUMONÍA POR ACTINOMICETOS  
L MENÉNDEZ, L FERREYRA GARROTT, M ROJAS, P ZINGARETTI, E RODRÍGUEZ, J GRUCCI, G ABRILE

RECORRIDA DE POSTERS PO22

“Infectología Crítica II”

QUEBRACHO B

- 0151 INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS Y SEPSIS SEVERA POR VIBRIO VULNIFICUS  
R CORDOBA, G SALINAS, G IZZO, C DE FILIPPO, M BERTE, A SANTAMARÍA, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0153 DIARREA HEMORRÁGICA Y SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO POR S B HEMOLÍTICO GRUPO A  
M BELDARRAIN, P MONTEFIORE, C GARCÍA, B VARELA, E VALGOLIO, C MARCHENA, AL GONZÁLEZ, F GONZÁLEZ, G VIDAL, G SAENZ
- 0169 USO DE TIGECILINA EN PACIENTES CRÍTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL  
P MONTEFIORE, AL GONZÁLEZ, C MARCHENA, E VALGOLIO, C GARCÍA, M BELDARRAIN, B VARELA, C LÓPEZ, L MOLINA, E ESTENSSORO, R REINA
- 0171 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE MILLER-FISHER EN PACIENTE HIV(+)  
M ROJAS, G JUAN, C FRIGERIO, L MENENDEZ, E RODRÍGUEZ, P ZINGARETTI, J GRUCCI, G ABRILE

- 0173 ZIGOMICOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE  
E MINOLDO, L MARANGONI, C GALLETI, C ALLENDE
- 0178 EL PACIENTE HIV + EN LA TERAPIA INTENSIVA: USO DE UN SCORE PRONÓSTICO. ESTUDIO PRELIMINAR  
P SAUL, V CHEDIACK, G MAMMOLITI, E CUNTO, O VILLAR, C NOGUERAS, J SAN JUAN

RECORRIDA DE POSTERS PO23

Infectología Crítica III»

QUEBRACHO B

- 0295 DESCRIPCIÓN DE SEPSIS ASOCIADA A CATÉTER EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD  
B MARTINEZ, F GONZÁLEZ B DE QUIRÓS, G WAISMAN, D GIUNTA, E SAN ROMÁN, J POLLAN, S GIANNASI, E SALAZAR, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA
- 0297 REPERCUSIÓN DE LAS INFECCIONES EN LOS PACIENTES CRÍTICOS  
A MARINO, D VARELA, M BONO, R SÁNCHEZ, C CANESSA, E ARISTA, N TIRIBELLI, N FALCON PÉREZ
- 0299 CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN TERAPIA INTENSIVA  
S RACERO, M BONO, R SÁNCHEZ, C CANESSA, E ARISTA, N TIRIBELLI, D VARELA, A MARINO
- 0310 NEUMONÍA GRAVE DE LA COMUNIDAD POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE. UN FENÓMENO EMERGENTE  
M CORRAL, D LERMAN, M STEINHAUS, G REY KELLY, D CERASO
- 0333 ROMBENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCITOGÉNES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO  
S VILLARROEL, M SACOTO, J SALVATIERRA, L SIERRA, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, L CAMPUTARO, AO GALLESIO
- 0355 HANTAVIRUS EN AREAS NO ENDÉMICAS: LA EPIDEMIOLOGÍA, DATO RELEVANTE, PARA EL INICIO DE UN TRATAMIENTO ADECUADO  
P RAMOS, J CAUSARANO, C GIMÉNEZ DURAND

31/08/2008 - 13:15 a 14:15 - RECORRIDAS DE POSTERS 24 a 27

RECORRIDA DE POSTERS PO24

“Neumonología Crítica III”

SAUCE

- 0257 MIOPATÍA NEMALÍNICA. MODALIDAD VENTILACIÓN MECÁNICA “NO INVASIVA” POR TRAQUEOSTOMÍA. A PROPOSITO DE UN CASO  
MC FARRO, AE MANOLIO, PV SABANDO
- 0281 PRESENTACIÓN DE CASO DE NEUMOMEDIASTINO CON NEUMORAQUIS  
E GILARDI, F FERREIRO, C VIOTTI, L URANGA, S FARIAS, S ZIDARICH
- 0373 EL EDEMA PULMONAR POR PRESIÓN NEGATIVA, ¿UNA CAUSA FRECUENTE DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS?  
R GILARDINO, A LARRABURU, G JANNELLO, A GÓMEZ, B BIANCHI, S MURYAN, M CRESPO, P GAGGINO
- 0380 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN TERAPIA INTENSIVA.  
P CASTRO, P BOSCHINI, O CRISTALDI, C CORDERO, M LAREU, G GUTIÉRREZ

RECORRIDA DE POSTERS PO25

“Neurointensivismo III”

SAUCE

- 0305 ENCUESTA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA (HSA)  
L CAMPUTARO, M SACOTO M, M VILLALOBOS C, M PERMAN, A GALLESIO



- 0306 HEMORRAGIA CEREBRAL REMOTA (HCR): REPORTE DE DOS CASOS  
M SACOTO, L CAMPUTARO, M VILLALOBOS, C KITROSER, M FERRARA, S HASDEU, P AJLER, F KNEZEVICH, A CARRIZO, D SANTA CRUZ, C BESADA, AO GALLESIO
- 0307 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DE MAL GRADO QUE EVOLUCIONA CON SÍNDROME DE O'GILVIE  
M SACOTO, L CAMPUTARO, V IM, CA VACCARO, G OJEA, OA GALLESIO
- 0308 TROMBOSIS CEREBRAL DE VENAS CORTICALES: REPORTE DE UN CASO  
M SACOTO, L CAMPUTARO, M VILLALOBOS, C BESADA, D SANTA CRUZ, AO GALLESIO
- 0379 ¿ES UNA INDICACION LA TRANSFUSION DE PLAQUETAS Y LOS ESTUDIOS DE AGREGACION PLAQUETARIA EN PACIENTES CON TEC MEDICADOS CON CLOPIDOGREL?  
R BELLONI, A BADOLATI, J DOBARRO
- 0381 TRAUMA DE CRANEO GRAVE CON MALA EVOLUCION NEUROLOGICA  
S ESQUIVEL, V PEUCHOT, A BLANCO, N WOLFSTEINER, G ROBLES
- 0382 ESTRATEGIA DE INICIO EN EL TRATAMIENTO DEL ESTATUS EPILEPTICO MIOCLÓNICO Y OTRAS FORMAS DE ESTATUS OO MOLINARES

RECORRIDA DE POSTERS PO26

"Infectología Crítica IV"

QUEBRACHO B

- 0094 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA  
M GIULIANI, D ROVIRA, R GARCÍA TURIELLA, V CLAIRÓN, E BARGIACCHI, G SALGUEIRO
- 0106 NEUMONÍAS EN PACIENTES CRÍTICOS ONCOLÓGICOS. ANÁLISIS ESTADÍSTICO  
P BOSCHINI, N QUINTANA, C ROLLANO, P RONDOT, S FLORES, H CACCONI, H FRANZI, A OCAMPO, T NEGREIRA, R PORTO
- 0107 INFECCIONES EN PACIENTES POTENCIALMENTE NEUROQUIRÚRGICOS  
S CASTRO, P BOSCHINI, J RISSO PATRÓN, G ROBERT, N D'ESPOSITO, O CRISTALDI, P CASTRO, S FIGUEROA, G SLY

- 0108 SEPSIS POR CATÉTER EN PACIENTES CRÍTICOS EN TERAPIA INTENSIVA  
C CORDERO, P BOSCHINI, M CHAMUT, M FLORES, P SOTOMAYOR, M PENNA, O CRISTALDI, P CASTRO
- 0112 MENINGOENCEFALITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE  
E VALTORTA
- 0144 MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO  
SN DIPENTE, AH PEÑALOZA, MS GARCÍA KEIM, JA GONZALES, JE LEIVA, CE SALCEDO, V CONDE

RECORRIDA DE POSTERS PO27

"Infectología Crítica V"

QUEBRACHO B

- 0187 COMUNICAR LA APARICIÓN DE CORYNEBACTERIUM STRIATUM EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
M CHAMUT, P CASTRO, J RIVAS, N CATALDI, A PEDERNEIRA, M ALMUZARA, A TUDURI
- 0198 EVALUACIÓN PROSPECTIVA DEL VALOR DEL CPIS A LAS 72 HS COMO PREDICTOR DE EVOLUCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR (NAV)  
S SVAMPA, K SAIBAL, V SCIUTO, N SÁNCHEZ
- 0213 TROMBOSIS DE LA VENA PORTA. A PROPÓSITO DE UN CASO  
R PAGNI, M OLEIRO, G NIS, C BASSANI ARRIETA
- 0231 EPIDEMIOLOGÍA DE LA POBLACIÓN INFECTADA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA  
C CANESSA, E ARISTA, M BONO, R SÁNCHEZ, D VARELA, N TIRIBELLI, S RACERO, A MARINO
- 0244 IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA ARGENTINA SOBRE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES Y OUTCOME EN LA UCI  
C BALASINI, R REINA, C LOUDET, D VÁZQUEZ, G SAENZ, G VIDAL, F GONZÁLEZ, M TORO, S CARINO, H CANALES, E ESTENSSORO
- 0265 IMPACTO DE LA METICILINO RESISTENCIA Y LA SENSIBILIDAD DISMINUÍDA A VANCOMICINA SOBRE LA MORTALIDAD EN LAS BASTERIEMIAS CAUSADAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS  
F TRAVERSO, R CEPEDA, L BATISTA, M LOUGE, F FUNARO, R SUASNABAR



**0004 ROL DEL BIOQUÍMICO DE URGENCIAS EN LA DETECCIÓN DE ERRORES PREANALÍTICOS. IMPLICANCIAS DEL EXCESO DE ANTICOAGULANTE EN LA VALIDACIÓN DE UNA MUESTRA DE SANGRE ARTERIAL**

S DER PARSEHIAN<sup>1</sup>, A TOVO<sup>1,2</sup>, G BRIOZZO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Argentina. <sup>2</sup>Hospital María Ferrer, Argentina

Los bioquímicos y los médicos de guardia desempeñan un papel vital en la medicina de emergencias, en particular en hospitales especializados donde las determinaciones de gases en sangre son cruciales, dadas las características de las poblaciones asistidas. Objetivo: Resaltar la importancia del rol del bioquímico de urgencias en la detección de errores en la fase preanalítica de extracción de sangre mediante la descripción de un caso clínico. Material y métodos: Procedente del quirófano ingresan al laboratorio de urgencias dos muestras consecutivas de una paciente sometida a una cesárea de urgencia para la determinación de gases en sangre, electrolitos y calcio iónico. La 1ª jeringa con heparina sodica como anticoagulante (25000UI/5ml)-Ver tabla N<sup>o</sup>1.-La 2ª jeringa cargada con heparinato de litio liofilizado tamponado con calcio (80 UI/3ml) y trasladada al laboratorio sin retraso-Ver tabla N<sup>o</sup>2.- Ambas muestras fueron procesadas en un equipo de gases en sangre multiparamétrico RAPIDLAB 865 (Bayer). Resultados

Tabla N 1	Tabla N <sup>o</sup> 2	Diferencias (Δ)
pH <sub>i</sub> : 7.445	pH <sub>2</sub> : 7.466	Δ: 0.021
pCO <sub>2</sub> : 13.4 mmHg	pCO <sub>2</sub> : 25.7mmHg	Δ: 2.3 mmHg
PO <sub>2</sub> : 117.4mmHg	pO <sub>2</sub> : 118,5mmHg	
HCO <sub>3</sub> : 9 mEq	HCO <sub>3</sub> : 18.1mEq	Δ: 9 mEq
EB: +15.1mEq	EB: -5.6 mEq	Δ: +9.5mEq
Hbt: 7.6 gr	Hbt: 13.1 gr	Δ: -5.5gr
Na+:156.8mEq/l	Na+:135mEq/l	Δ: 21.8 mEq/l
K+: 1.0 mEq/l	K+: 3.0mEq/l	
Ca ionico <sub>(1)</sub> .no se detecta	Ca ionico <sub>(2)</sub> .1.16mEq	

Conclusión: Si el bioquímico de urgencias no estuviera atento al muestreo efectuado en otras áreas -diferentes del laboratorio- como en el caso de los efectos del exceso de heparina (error preanalítico), la validación del primer resultado obtenido hubiera llevado a originar intervenciones innecesarias en la paciente. El procedimiento propuesto es: Empleo de jeringas con heparinato de litio liofilizado tamponado con calcio, evitando por completo los errores causados por la dilución, y minimizando el error en la determinación de calcio iónico con la saturación de la molécula de heparina con iones calcio.

**0006 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA**

HF AZCONA, I DESABATO, J CELIA, J AGUIRRE HERRERA, M RUIZ, A BOCHATEY, S WASSERMANN

Asociación Española Socorros mutuos - Comodoro Rivadavia, Argentina

Objetivo: presentación de un caso clínico. Material y método: Paciente de sexo femenino de 44 años, sin antecedentes previos conocidos, que ingresa a UTI a las 24 hs. luego de realizarse Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica mas papilotomía por litiasis coledociana única. A su ingreso se realiza ecografía abdominal que evidencia páncreas aumentado de tamaño, hipoeoico, líquido libre en parieto cólico izquierdo y fondo de saco de douglas de escasa cantidad. En horas de la madrugada presenta dolor súbito abdominal, deterioro hemodinámico (TA: 60/50 mmhg, FC: 150 por minuto), sudoración fría y profusa (signos clínicos de shock), se inicia infusión con coloides y cristaloides, se realiza TC de Abdomen de urgencia donde se constata abundante líquido libre en cavidad abdominal generalizado y derrame pleural bilateral; laboratorio (Hto: 13%, E.A.B: Ph: 7.11, PCO<sub>2</sub>: 28, PO<sub>2</sub>: 216, HCO<sub>3</sub>: 8, EB: -21, Sat O<sub>2</sub>: 99%), se conecta a ARM se avisa de urgencia a equipo quirúrgico. Ante la sospecha de sangrado activo a nivel abdominal

es que se realiza arteriografía abdominal en sala de Hemodinamia, donde se constata sangrado activo en la arteria Pancreaticoduodenal inferior ramo de arteria mesentérica superior, por lo que se realiza colocación de sent. Graff en sitio de sangrado activo. Luego de colocado el mismo se logra estabilidad hemodinámica por corrección de causa del shock hipovolemico. La paciente obita a los 21 días de interacción por complicaciones infecciosas y pulmonares. Discusión: La pancreatitis se caracteriza por presentarse desde una forma leve hasta fulminante. La hemorragia masiva en una complicación poco frecuente, esta mas relacionada a procesos cónicos como pseudoquistes. La mortalidad según alguna series ronda 60 %. La causa primaria podria corresponder a un proceso inflamatorio persistente con necrosis y erosión de vasos adyacentes. Conclusión: Las publicaciones relacionadas a la hemorragia como primera complicación de la pancreatitis son escasas, pero lo son aun mas aquellas en que el tratamiento instaurado inicialmente fuera el endovascular con resultados positivos. Es por eso que presentamos este caso.

**0008 VARIABLES QUE PREDICEN MORTALIDAD HOSPITALARIA AL INGRESO DEL PACIENTE CON PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA**

J BERRETA, D KOCIK, G MORALES, A BALDUCCI, F BELLIDO, M ORTIZ, P GIMÉNEZ, F DE FEO

Hospital de Gastroenterología "Dr. C.B.Udaondo", Argentina

Identificar variables que puedan predecir mortalidad hospitalaria, ya al ingreso del paciente, puede permitimos seleccionar a los enfermos en el más alto riesgo. Objetivo: identificar variables clínicas presentes al ingreso del paciente (pac) con Peritonitis Secundaria Generalizada (PSG), que correlacionen y pronostiquen mortalidad hospitalaria. Material y métodos: se analizaron todos los pac que ingresaron a nuestro Hospital entre 01/2002 y 12/2007 con cuadro de PSG. Diseño: cohortes. Se volcaron en base de datos las siguientes variables de presentación: edad, sexo, Score APACHE II (scAll), estado nutricional (EN), antecedentes de Hipertensión arterial (HTA), Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC), Insuficiencia renal crónica (IRC), Hepatopatía crónica (HC), diabetes (DBT), cardiopatía adquirida (C), enteropatía inflamatoria crónica (EIC), presencia de cáncer del tubo digestivo asociado (CA), y etiología de la PSG. Métodos estadísticos: t de Student para muestras independientes, chi cuadrado, test exacto de Fisher, curva ROC y regresión logística binomial. Resultados: 212 pac, 136 hombres y 76 mujeres, con 55±17,5 años, con scAll 13,3±7,2, 13 pac con EN deficitario, 18 obesos y 181 pac con buen EN, antecedentes de HTA en 36 pac, de EPOC en 34 pac, de IRC en 3 pac, DBT en 11 pac, C en 19 pac, HC en 8 pac, EIC en 8 pac, CA del tubo digestivo en 48pac. Etiología: apendicular 77pac, perforación (perf) blastoma (BL) alto del tubo digestivo(TD) 4pac, dehiscencia de anastomosis 37 pac, complicación de ostomía 6pac, perf no maligna alta del TD 18pac, BL inferior perforado del TD 14pac, perf no maligna baja del TD 15pac, pancreatitis 4pac, necrosis o perf del TD post operatoria 11pac, trauma abdominal 1pac, diverticular 16pac, lesión quirúrgica de vía biliar 2pac, colecistitis 3pac, ginecológicas 4pac. La mortalidad fue de 36pac (17%). El modelo multivariado seleccionó que correlacionaron estadísticamente con muerte hospitalaria fueron: la edad > 48 años p=0.002; el score APACHE IIe"15 p<0.001; la obesidad p<0.001; el déficit nutricional p<0.001; el antecedente de HTA p<0.001, de DBT p=0.001, de C p<0.001, de HC p=0.023, y de EIC p=0.023; y el CA p=0.034. En cuanto a etiologías correlacionaron con muerte hospitalaria: la no apendicular p<0.001, y la dehiscencia de anastomosis p=0.006. Las demás variables no correlacionaron con muerte hospitalaria. El modelo multivariado seleccionó, entre todas las que correlacionaron con morbilidad, como predictores independientes de muerte hospitalaria, al score APACHEIIe"15 p<0,001 OR 60(12,3-294,2); al antecedente de diabetes p=0,016 OR 12,3(1,6-94,7); y al estado nutricional deficitario p=0,018 OR 6.3(1,4-29) Conclusiones: Los predictores independientes de muerte hospitalaria al ingreso del paciente con peritonitis secundaria generalizada son el score APACHEIIe"15, el antecedente de diabetes mellitus y el estado nutricional deficitario.

### 0009 VARIABLES EVOLUTIVAS QUE PREDICEN MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LA PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA

J BERRETA, D KOCIAK, G MORALES, F DE FEO, MV LAPLACETTE, C BROTTTO, MA BARTELLINI, MF VÁZQUEZ, M DÍAZ GUERRERO  
Hospital de Gastroenterología "Dr. C.B.Udaondo", Argentina

Conocer los acontecimientos que señalan un pronóstico desfavorable en cualquier enfermedad nos permitirá actuar más agresivamente o modificar nuestra táctica terapéutica. Objetivo: identificar variables evolutivas capaces de predecir mortalidad hospitalaria en la peritonitis secundaria generalizada (PSG). Material y métodos: se analizaron todas las internaciones por PSG entre Enero 2002 y Diciembre 2007 en el Hospital de Gastroenterología en diseño de cohortes. Se volcaron en base de datos las siguientes variables evolutivas: presencia de shock séptico(SS), evolución con disfunciones orgánicas respiratoria(DR), cardiovascular(DCV), renal(DRe), hepática(DH), hematológica(DHem), neurológica(DN), y número de órganos disfuncionantes; días de internación, requerimiento de reoperaciones y su número, requerimiento de ARM, presencia de NAV, de SDRRA, necesidad de reintubación (RTB) y de traqueotomía (TQM); evolución a formas terciarias, y gérmenes aerobios infectantes de cavidad peritoneal. Métodos estadísticos: t de Student, chi cuadrado, test exacto de Fisher, curva ROC, y regresión logística. Resultados: se trato de 212 pacientes (pac), 136 hombres y 76 mujeres, con edad de 55±17 años. 83 pac evolucionaron con (SS), 71 pac requirieron 1 o mas reoperaciones, 105pac evolucionaron con disfunciones orgánicas, 21pac tuvieron disfunción de 1 órgano, 21 de 2, 19 de 3, 25 de 4, 16 de 5, y 3 de 6 órganos; 48 evolucionaron con DRe, 51 con DH, 71 con DR, 47 con DHem, 14 con DN, y 85 con DCV; 87 requirieron ARM, 8 RTB, y 11 TQM: 50 cursaron con SDRRA, y 22 desarrollaron NAV. Los gérmenes infectantes de cavidad abdominal fueron E coli en 109 pac, enterococo en 48, estafilococo coagulasa - en 20, klebsiella en 36, candida en 13, proteus en 13, citrobacter en 7, acinetobacter en 19, enterobacter en 11, polimicrobiana en 4, coco+ sin tipificación en 3, pseudomona en 19, estreptococo viridans en 5, morganella en 4, estafilococo aureus en 14, serratia en 2, y providencia en 1 pac. Correlacionaron significativamente con muerte hospitalaria: el SS p<0.001, el requerimiento de 3 reoperaciones o más p=0.017, la DRe p<0.001, la DCV p<0.001, la DR p<0.001, la DH p<0.001, la DHem p<0.001, la DN p<0.001, el SDRRA p<0.001, necesidad de ARM p<0.001, necesidad de RTB p=0.004, evolución a formas terciarias p=0.011, la infección por gérmenes no E coli p=0.002, por klebsiella p=0.017, por proteus p=0.049, por morganella p=0.016, por serratia p=0.028; las demas variables no correlacionaron con muerte hospitalaria. La regresión logística seleccionó como predictores evolutivos independientes de muerte a la disfunción de 2 o más órganos p<0.001 OR=60.8 (8-465), a la disfunción neurológica aislada p=0.005 OR=7,5 (1.8-30.9), y a la infección por gérmenes diferentes a escherichia coli p=0.024 OR=3(1.2-8). Conclusiones: en la peritonitis generalizada secundaria, son variables evolutivas que predicen muerte hospitalaria: 1) la disfunción de 2 o mas órganos, 2) la disfunción neurológica aislada, y 3) la infección peritoneal por gérmenes aerobios no escherichia coli.

### 0010 FACTORES DE RIESGO DE EVOLUCIÓN A PERITONITIS TERCARIA DESDE FORMAS SECUNDARIAS GENERALIZADAS

J BERRETA, D KOCIAK, G MORALES, MV LAPLACETTE, MF VÁZQUEZ, M DÍAZ GUERRERO, F DE FEO, G MINCARELLI, A BENÍTEZ  
Hospital de Gastroenterología "Dr. C.B.Udaondo", Argentina

La Peritonitis Terciaria (PT) es aquella en que la infección peritoneal persiste a pesar de un correcto tratamiento de la forma secundaria (S), y en la cual ulteriores relaparotomías o estudios de imágenes no pueden objetivar fuente de contaminación. La forma Terciaria (T) entraña mayor mortalidad y utilización de más recursos. Objetivos: Detectar factores de riesgo de evolución a formas T en los pacientes (pac) con peritonitis Secundaria generalizada (PSG) en el día 1 de internación. Material y métodos: se analizaron todas las internaciones por PSG y se dividió esta población en dos

subgrupos: el que evolucionó a formas T, y el que continuó como S. En ambos subgrupos se analizaron las siguientes variables: edad (E), sexo, Score APACHE II de ingreso (ScAll), etiología de la Peritonitis, estado nutricional, presencia de blastoma (blas) del tubo digestivo, antecedentes de Hipertensión arterial (HTA), de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Diabetes (DBT), Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Hepatopatía crónica (HC) y cardiopatía adquirida (CA). Métodos estadísticos: t de Student, chi cuadrado, Test exacto Fischer, curva ROC y Regresión logística. Resultados: de 212pac(136 hombres y 76 mujeres de 55±17,5 años), 26(14%) evolucionaron (evol) a PT y 186 permanecieron como formas S. Se mencionan las variables identificadas al ingreso y que resultaron estadísticamente diferentes en los que evol luego a formas T respecto a las que persistieron como S: el ScAll fue de 22,7±6,3 en los que evol a formas T y de 12±6,6 en los que persistieron como S p<0.001, la obesidad se dio en 19,2% de los que evol a T y en 14,3% de los que no p=0.004; la etiología no apendicular se dio en 88,5% de los que evol a formas T y en 60,2% de los que no p=0.005, la dehiscencia de anastomosis del tubo digestivo fue etiología en 42,3% de los que evol a T y en 14% que permanecieron como S p<0.001. Sumadas todas las iatrogenias quirurgicas como etiología, ésta estuvo presente en 57,7% de los pac que evol a T y en 16,1% de los que no lo hicieron p<0.001. El antecedente de HTA estuvo presente en el 34,1% de los pac que evol a formas T y en 14,5% de los que no p=0.011 y el de DBT se dio en 15,4% de los pac que evol a T y 3,8% de los que no p=0.033. No correlacionaron con evolución a formas T: la edad, el sexo, el déficit nutricional, EPOC, HC, CA e IRC, el blas de TD, ni las etiologías siguientes: perforación (perf) de blas, complicaciones de ostomías, perf del tubo digestivo no blas y necrosis intestinal, pancreatitis, necrosis intestinal o perf postoperatoria, trauma abdominal, diverticular, lesión quirúrgica de la vía biliar, ginecológicas y secundaria a colecistitis. La Regresión Logística seleccionó al ScAll ≥ 18 p<0.001 OR=20,5 (6,4-65,5) y la etiología iatrogénica p=0.012 OR =3,7 (1,3-10) como predictores independientes de evolución a formas T. Conclusiones: los factores de riesgo independientes de evolución a formas terciarias a partir de la Peritonitis Secundaria Generalizada son el Score APACHE II ≥18 y la etiología iatrogénica de la peritonitis.

### 0011 PERITONITIS TERCARIA: EVOLUCIÓN Y BACTERIOLOGÍA. ESTUDIO COMPARATIVO CON LA PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA

J BERRETA, D KOCIAK, G MORALES, C BROTTTO, M DÍAZ GUERRERO, M ORTIZ, MV LAPLACETTE, MF VÁZQUEZ  
Hospital de Gastroenterología "Dr.C.B. Udaondo", Argentina

Objetivo: Evaluar si existen diferencias evolutivas y bacteriológicas en las formas terciarias de peritonitis, respecto de la secundarias generalizadas. Material y métodos: se analizaron todas las internaciones por Peritonitis Secundaria Generalizada (PSG) entre 01/2002 y 12/2007 y se separaron dos subgrupos, los que evolucionaron a peritonitis terciarias (P3ª) y los que permanecieron como formas de peritonitis secundarias (P2ª). En ambos se analizaron comparativamente las siguientes variables evolutivas: días de internación, reoperaciones y su número, presencia de shock séptico, disfunciones orgánicas (Renal (DRe), respiratoria(DR), cardiovascular(DCV), hepática(DH), hematológica (DHem) y neurológica(DN)) y número de órganos disfuncionantes, necesidad de asistencia respiratoria mecánica(ARM), de traqueostomía, de reintubación, presencia de Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), gérmenes aerobios aislados de la cavidad abdominal y mortalidad hospitalaria. Método estadístico: t de student para muestras independientes, chi cuadrado, Test exacto de Fisher. Resultados: de 212 pacientes, 26 evolucionaron a P3ª y 186 permanecieron como P2ª, los días de internación fueron 35,6±27,8 en la P3ª y 10,5±8,8 en la P2ª p<0.001. El número de reoperaciones fue de 6,6±4,5 en las P3ª y 0,6±1,6 en las P2ª p<0.001. El shock séptico se presentó en el 92,3% de las P3ª y en el 31,7% de las P2ª p<0.001. La DRe se observó en 69,2% de las P3ª y en 16,1% de las P2ª p<0.001, la DR se vio en el 84.6% de las P3ª y en 26.3% de las P2ª p<0.001, la DH en 65,3% de las P3ª y en 18,3% de las P2ª p<0.001, la DCV en 92,3% de las P3ª y 32,8% de las P2ª p<0.001, la DN en 19,2% de las P3ª y 4,8% de las P2ª p=0.006. la DHem en 46,1% de las P3ª y 18,8%

de las P2ª p=0.002, la disfunción de 1 órgano o más en el 100% de las P3ª y 44,6% de las P2ª p<0.001. El SDRA estuvo presente en 76,9% de las P3ª y 16,1% de las P2ª p<0.001, el requerimiento de ARM en 96.2% de las P3ª y en 33.3% de las P2ª p<0.001, la necesidad de reintubación en 19,2% de las P3ª y 1,6% de las P2ª p<0.001. La infección peritoneal por estafilococo coag(-) fue de 26,9% en las P3ª y 7% en las P2ª p=0.001, por Klebsiella 42,3% en las P3ª y 13,4% en las P2ª p<0.001, por Proteus en 19,2% en las P3ª y 4,3% en las P2ª p=0.012, por Acinetobacter 38,4% en P3ª y 4,8% en la P2ª p<0.001, Enterobacter en 23% de las P3ª y 2,7% de las P2ª p<0.001, Pseudomona en 23% de las P3ª y en 7% de las P2ª p=0.007. No hubo diferencias en las infecciones por E.coli, enterococo, cándida, Citrobacter, coco+ no tipificado, estreptococo viridans, morganela, estafilococo aureus, serratia, providencia, corinebacterias, y estreptococo spp. La mortalidad en la P3ª fue de 34,6% y en la P2ª fue de 14,5% p=0.016. Conclusiones: la P3ª tiene mayor mortalidad, mayor número de disfunciones orgánicas, internaciones más prolongadas y requiere mayor utilización de recursos que la P2ª. La bacteriología muestra en las P3ª mayor incidencia de infecciones por Klebsiella, estafilococo coagulasa (-), acinetobacter, enterobacter y pseudomona que las P2ª

**0012 APLICACIÓN DEL PAQUETE DE MEDIDAS EN PACIENTES CON SEPSIS SEVERA EN EL FIN DEL MUNDO**

D DUARTE, G FILIPPA, R MALTEZ, J BALBI, A MONTES, E MANRIQUE, F PLANO, R ZAMBON  
 Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Rio Grande, Argentina

Introducción: La campaña sobrevivir a la sepsis ha propuesto la adopción de paquetes de medidas, para aplicar en las primeras 24 horas, que incluyen las principales intervenciones consideradas clave para reducir la mortalidad de la sepsis grave. Objetivo: Describir la epidemiología de la sepsis severa. Analizar la variabilidad de la mortalidad de acuerdo al tiempo de cumplimiento del paquete de medidas previo al ingreso a Terapia Intensiva (TI). MATERIALES Y METODOS: Se evaluaron 896 pacientes (ptes), ingresados al TI en el periodo comprendido entre abril de 2005 y Diciembre 2007. El diagnóstico de sepsis, sepsis severa y shock séptico se realizó de acuerdo a conferencia de consenso 1992 (ACCP/SCCM). Se evaluó las características demográficas, APACHE II, SOFA score (Sepsis-related Organ Failure Assessment), causa de sepsis severa (CSS), estadía en TI (ET), y mortalidad (M). Se dividieron en dos grupos de acuerdo al tiempo de cumplimiento del paquete de medidas (Paquete de medidas: "Campaña Sobreviviendo a la Sepsis") Grupo I: Atención Tardía (> 24 hs.) (AT) y Grupo II: Atención Precoz (<24hs.) (AP). Se realizó análisis estadístico utilizando la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% (\*p< 0.05). Resultados: De los 896 ptes, ingresaron al estudio 105 (11,71%) ptes. (62 mujeres y 43 hombres) con criterio de sepsis severa. Edad: GI 61 +/-5, el GII 63+/- 2 años. En ambos grupos el promedio de APACHE II fue 21y de SOFA en el 1º día de admisión fue de 7.La CSS fue medica (58,6%) y quirúrgica en un (41,4%). Correspondieron al Grupo I: 72 ptes. (68,5%) y al Grupo II: 33 ptes. (31,4%) El Grupo I presento mayor cantidad de Shock Séptico (61,7% vs. 12,1% OR 13.36; IC95% 3.82-49.4 p< 0,001), mayor estadía en UCI (13.5 +/- 1 vs. 7.8 +/- 1.2 días p< 0,005), y la mortalidad global fue del 35,6% (GI: 68,5% vs. GII: 19,5% OR 6.13; IC 95% 0.99-48.09 p< 0,001). CONCLUSION: En el grupo estudiado el retraso en la aplicación del paquete de medidas en mas de 24 hs. en ptes con sepsis severa se acompañó de mayor desarrollo de shock séptico, de aumento en la estadía en el STI y de mortalidad.

	n	SHOCK SEPTICO	MORTALIDAD	ESTADIA TI
GRUPO I AT	72 ptes. (68,5%)	61,1% (44 ptes.)	69,4% (50 ptes.)	13.5 +/-1
GRUPO II AP	33 ptes. (31,5%)	12,1% (4 ptes.)	18,1% (6 ptes.)	7.8+/-1.2
		p<0.001	p<0.001	p<0.005

**0013 APLICACIÓN DE LOS FUNDAMENTOS EN EL MANEJO DE DESASTRES (FDM) EN UN INCIDENTE CON VÍCTIMAS MÚLTIPLES EN TIERRA DEL FUEGO**

D DUARTE, E JIMENEZ, J NEIRA, I PREVIGLIANO, M SCASERRA, G FILIPPA, J BALBI, A MONTES, F PLANO, R MALTEZ  
 Dirección Médica Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Río Grande Tierra del Fuego, Argentina

Objetivo: Describir una situación de incidente de víctimas múltiples (IVM) y el impacto en los resultados al utilizar los lineamientos del Curso FDM. Materiales y métodos: El día 17/12/2007 se recibe en la Guardia Central del HRRG (GCHRRG) un llamado del departamento de gendarmería apostado en la frontera de San Sebastián denunciando un hecho a 120 km de este puesto en la Región de Chile que comprendía el vuelo de un micro de larga distancia con 52 pasajeros argentinos. Las víctimas fueron inicialmente asistidas por personal de carabineros de Chile y de Gendarmería Nacional. A nivel Hospitalario se activa el SISTEMA DE COMANDO DEL INCIDENTE HOSPITALARIO(SCIH)que comprende: 1) Centro de comando. 2) Logística. 3) Planeamiento. 4) Finanzas. 5) Operaciones. Los tiempos que se necesitaron para la activación del SCIH, con la apertura de camas disponibles y la distribución de los pacientes fue 1hora,20 minutos aproximadamente.Se coordina con Defensa Civil y con las distintas fuerzas vivas de la Provincia. Se desarrolla la comunicación con el lugar del impacto y el despacho de ambulancias para realizar el TRIAGGE y TRASLADO. Se establece el perímetro de Seguridad del hospital. Se realiza el relevamiento de las camas de internación general y de Terapia Intensiva. Se activan las guardias pasivas. Se registró el ingreso de 50 pacientes(P), a los que se clasificó de acuerdo a la escala de triage CRAMP.Los P fueron adema categorizada, con posterioridad, en base a la escala fisiológica RTS(Revised Trauma Scale) y mediante el ISS(Injury Severity Score).Se obtuvieron diferentes variables como edad, sexo, scores de severidad, diagnóstico de ingreso en todos los P según el tipo de traumatismo existente, días de internación, y mortalidad. Resultados: El promedio de edad fue de 65,26 años (40-79), predomino el sexo femenino (36), la escala RTS promedio fue 6,8, el ISS 12,7 y el CRAMP, se dividió de la siguiente manera: Rojo 2 P Presentaron lesiones graves y fueron internados en el Servicio de Terapia intensiva. Amarillo 12 P presentaron lesiones moderadas y fueron internados en los servicios de internación general, cirugía y clínica medica, Verde 35 P que mostraron lesiones leves, y fueron asistidas y contenidas por el servicio de psicología con posterior alta médica con pautas de alarmas y que fueron alojadas en un hotel próximo al hospital y 1P fallecida que permaneció en ellugar del incidente (Blanco). El diagnóstico al ingreso fue: Politraumatismo: 14P(28%), cráneo y columna cervical: 3P(6%), Torax: 6P(12%), Abdomen: 4P(8%), miembros: 22P(44%), Columna dorsolumbar: 1P (2%). En cuanto al tiempo de internación, este parámetro se distribuyó de la siguiente manera: verdes <6hs, amarillos 72hs, rojos 12días y óbito ninguno.Conclusión: La organización en la atención de víctimas múltiples a través de un sistema protocolizado (FDM) optimiza recursos y resultados.

**0018 HISTORIA DE UNA CATÁSTROFE**

P AVILA, L FERREYRA GARROTT, M NICOLA, M GALLARDO, G HEINRICH  
 Nuevo Hospital de Río Cuarto, Córdoba, Argentina

El día 5 de Diciembre de 2007 en la planta piloto de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional de Río Cuarto ocurrió una explosión secundaria a un derrame de Hexano que entró en combustión, dejando un saldo de 20 heridos con quemaduras de diverso grado. Catástrofe: suceso desgraciado, imprevisible, que conlleva gran número de heridos y/o muertos, con daños materiales lo suficientemente importantes como para desestabilizar la capacidad de los servicios de emergencias regionales. Objetivo: Describir una catástrofe y evaluar criterios de gravedad y admisión. En el servicio de Emergencias del Nuevo Hospital de Río Cuarto se reciben 9 pacientes con quemaduras varias, los seis mas graves fueron JP de 21 años con 90% tipo B; LG de 42 con 90% tipo B; CR de 63 60% AB; DC 43 65% B; MM 58 40% AB; GB 52 60% B, todos presentaban compromiso de la vía aérea. Tres pacientes con quemaduras más extensas ingresaron al área roja. Dos en el quirófano de guardia, en el área amarilla ingresaron tres pacientes, dos con quemaduras moderadas (20 y 30%) y una con fracturas por caída, asistidos

por médicos de terapia intensiva, cirujanos, clínicos y enfermeros. Además se contó con cirujano plástico, traumatólogos, anestesiistas, médicos de otras áreas, personal de admisión y farmacia. La Jefa del servicio junto al Director y el Ministro de Salud de la provincia se encargaron de la organización y coordinación del traslado de pacientes críticos a un centro especializado y medio para tal fin. Los tres de mayor porcentaje de quemadura fueron sometidos a cirugía de toilette y escarotomía, a todos se les practicó vía central y 6 fueron intubados. A todos se les prestó atención de primeros auxilios con limpieza y curación de heridas, analgesia, protección gástrica, hidratación según fórmula de Parkland, y se seleccionó mediante triage los que podían esperar en sala de guardia y aquellos que fueron admitidos en UTI. Se derivaron uno a institución privada local y seis al Instituto del Quemado de la ciudad de Córdoba, por vía terrestre y aérea, por falta de complejidad y disponibilidad de camas en UTI. Estos últimos fallecieron por distintas complicaciones en un lapso de 22 días. Uno permaneció internado en la UTIAD de este Nosocomio con excelente evolución siendo dado de alta. El paciente derivado a sector privado permaneció en la UTIAD evolucionando favorablemente. Conclusión: En situaciones límites como la descripta, es difícil estipular cual es el mejor criterio para calificar a los pacientes y decidir cuales son las medidas mas correctas para cada caso. Se decidió presentar esta descripción por ser un evento poco común que pone a los médicos de Emergencia en situación límite de decisión, manejo y organización. En el caso descripto el Hospital contaba con un organigrama diseñado para tal fin, con zonas destinadas según la gravedad de cada caso. El horario en el que ocurrió y el de arribo de los pacientes facilitó la atención y la puesta en marcha de dicho esquema, ya que se contaba con el plantel completo de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud.

#### 0019 ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA SECUNDARIA A INTERACCIÓN ENTRE RITONAVIR Y ERGOTAMINA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

M MONTANARO, M BARCELÓ, A MUSCARELLO, E GUZMÁN, M PRETEL  
Aconcagua Sanatorio Privado, Argentina

**Introducción:** La administración conjunta de ergotamina y ritonavir desencadena un vasoespasmio generalizado predominante en extremidades inferiores caracterizado por isquemia severa en múltiples territorios vasculares. **Objetivo:** Reportar un caso clínico de Isquemia Arterial Aguda secundaria a interacción de ergotamina y ritonavir. **Material y Método:** Paciente de sexo femenino, 31 años, con antecedentes de consumo habitual de ergotamina, que ingresa a UTI con diagnóstico de Isquemia Arterial Aguda de miembros inferiores. Se encontraba bajo tratamiento con ritonavir debido a accidente laboral. Al ingreso se encontraba normotensa, FC 75 ppm, pulso radial derecho disminuido, pulsos pedios y tibiales ausentes, temperatura disminuida, livideces, trastornos de la motricidad y sensibilidad (fig 1). Doppler de miembros inferiores: trombos en arterias femorales comunes e hipoflujo distal. Arteriografía: espasmo de arteria humeral derecha con ausencia de flujo distal, y de arterias femorales superficiales (fig 2, 3). Se inicia infusión intraarterial de alprostadil y heparina EV. A las 24 hs, progresión de impotencia funcional, se realiza trombectomía e infusión intraarterial de estreptoquinasa. Angiografía intraoperatoria: mal lecho arterial remanente requiriendo by pass poplíteo-tronco tibioperoneo, más fasciotomía bilateral. Evolución tórpida, inestabilidad hemodinámica, necesidad de ARM y transfusión de hemoderivados. Isquemia persistente de miembros inferiores e elevación de enzimas hepáticas. Infección de partes blandas por microorganismos multiresistentes. Persiste con mala evolución requiriendo amputación transmetatarsiana derecha y posterior amputación supracondílea por raddomiólisis, con buena evolución posterior siendo dada de alta a los 56 días de su ingreso. **Resultado:** El ergotismo debido a la interacción ergotamina-ritonavir provoca un incremento de los niveles séricos de ergotamina generando espasmo arterial e isquemia. Afecta arterias de extremidades inferiores en el 60-70% de los casos, pero puede comprometer cualquier otra. El 0,01 % de los que reciben componentes ergotamínicos demuestran toxicidad. Los métodos de diagnóstico son el ecodoppler y la angiografía. El tratamiento consiste, en suspender de immedia-

to la medicación responsable y la anticoagulación con heparina, asociada o no a la infusión de dextranos de bajo peso molecular, quedando terapias más agresivas como la fibrinólisis. El alprostadil tiene un papel importante por su alta eficacia. La nifedipina en dosis de 20 mg cada 12 hs parece tener también la capacidad de mejorar el cuadro. La angioplastia percutánea debe ser evitada. **Conclusiones:** Se presenta un caso clínico de Isquemia Arterial Aguda secundaria a interacción medicamentosa con severo compromiso general y gravísimas consecuencias, discutiéndose aspectos epidemiológicos, fisiopatogénicos y de tratamiento. Resulta de enorme importancia enfatizar desde el punto de vista docente el conocimiento de las interacciones medicamentosas potencialmente fatales.

#### 0020 FORMAS SEVERAS DE BOTULISMO DEL LACTANTE. EXPERIENCIA DE 23 AÑOS EN NEUQUÉN

DE ALLENDE<sup>1</sup>, N AGUILERA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UTIP. Hospital Provincial Neuquén "Dr. Eduardo Castro Rendón". Neuquén, Argentina. <sup>2</sup>Servicio de Neurología. Hospital Provincial Neuquén "Dr. Eduardo Castro Rendón". Neuquén, Argentina

**Objetivos.** Describir las características clínicas, tratamiento, evolución, y complicaciones de niños con Botulismo infantil (BI) internados en nuestra UTIP durante un período de 23 años. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron HCL de los niños internados en 23 años con diagnóstico de BI severo. Se registraron datos filiatorios, días de evolución previos, diagnóstico de ingreso, tratamiento, complicaciones, mortalidad. Como métodos diagnósticos se utilizaron Electromiografía (EMG) y cultivos bacteriológicos de materia fecal, sangre y otros vectores. Los datos fueron analizados con Epi6. **Resultados:** Se internaron 35 niños con BI, 57% varones y 43% niñas. La mediana de edad fue 4 meses (r: 16 días a 9 m). El 83% tomaba pecho exclusivo. 5 niños (14%) recibían miel, siendo el cultivo positivo en 2 de ellos. Se realizó EMG en 24 pacientes (69%), con "potenciales en escalera" en 87,5%. En 32 de los 34 niños (94%), se detectó Clostridium botulinum tipo A, y toxina sérica en 9 pacientes (26,5%). Todos los niños tuvieron hipotonía generalizada, con trastornos de deglución y del reflejo de náusea, con una evolución previa media de 3 días (R: 1 a 12). EL 94% presentó RFM débil o perezoso al ingreso y el 76% constipación inicial (mediana de 4 d (r: 2 a 16 días). El diagnóstico de ingreso fue BI en 24 pacientes (68%), y en el resto bronquiolitis, encefalitis, laringitis, sepsis e intoxicación. Todos fueron intubados por insuficiencia respiratoria o apnea, y salvo la primer niña que falleció sin poder ventilarse, 34 pacientes (97%) requirieron Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), con una mediana de 25 d (r 4-141 d); Se realizó traqueotomía en 10 niños (28,6%). La presencia de toxina sérica positiva se asoció a ARM prolongada (OR 10, IC95 1,32 -.86) p = 0,0018. Las complicaciones fueron atelectasias (91%), NAV (82%) y sepsis (23,5%); no utilizamos ATB clostridias. 5 pacientes debieron volver a ARM en 10 d promedio por aumento de la debilidad muscular asociada a constipación (60%) e intercurencias respiratorias. Cinco de los niños sufrieron midriasis parálitica bilateral, relacionadas a la gravedad del cuadro clínico, con recuperación total. En 69% se observaron trastornos autonómicos, algunos simulando sepsis. En 2 pacientes se demostró en coprocultivos presencia de clostridios y toxinas 18 y 70 días después de su ingreso. Se utilizó lactulosa en el 75% para la constipación. Todos los niños se alimentaron por SNG (media 40 d), y 31% también con SNY. El período de internación medio fue de 39 d (r 14-183). **Conclusiones:** en 23 años se internaron en nuestra UTIP 35 niños con BI, todos tipo A, con un solo fallecido (2,8%). El resto requirió ARM prolongada con diversas complicaciones pero con recuperación total y sin secuelas. El EMG es un buen método diagnóstico para esta patología, que sólo requiere tratamiento de sostén. Las toxinas séricas positivas se asociaron a mayor tiempo de ARM. Sospechar BI en lactantes hipotónicos, constipados y que toman pecho y evitar ATB clostridias que pueda acelerar la evolución

#### 0023 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIÓLISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

A GONZALEZ<sup>1</sup>, C GONZALEZ CAMBACERES<sup>2</sup>, CD HIEMADI<sup>2</sup>, M PASCUTTO<sup>1</sup>, P CALVO<sup>3</sup>, S VIDAURETA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residencia Clínica Pediátrica, Argentina. <sup>2</sup>Terapia Intensiva Pediátrica, Argentina. <sup>3</sup>Nefrología Pediátrica, Argentina. <sup>4</sup>Jefe de Departamento de Pediatría CEMIC, Argentina

**Introducción:** La Insuficiencia Renal Aguda en pediatría tiene como causa principal al Síndrome Uremico Hemolítico en niños menores de 5 años, por rhabdomiólisis en niños mayores, pre-púberes y púberes en los reportes más extensos alcanza a un 1,6%. En 1968 el Dr.K Cooper desarrollo el test de los 12 minutos que hoy lleva su nombre para medir la capacidad aeróbica de los soldados americanos ante el esfuerzo máximo. Desde entonces se han realizado múltiples adaptaciones de dicho test para los distintos sexos y edades pero con el mismo objetivo y exigencia.El Mycoplasma Pneumoniae ha sido publicado comprometiendo numerosos órganos extrapulmonares.La rhabdomiólisis ha sido descrita como una causa secundaria a esta infección. **Objetivos:** Describir la evolución clínica de un paciente que presenta mialgias, debilidad muscular y orinas oscuras que progresan a la insuficiencia renal aguda. **Presentación:** Paciente de sexo masculino de 14 años, 171 cm. de talla, BMI 33 y 94 Kg. de peso, obeso, que iniciado el ciclo escolar y luego de las vacaciones, realiza durante 48 hs consecutivas ejercicios físicos intensos. A las 24 hs comienza con dolores musculares, temblores, decaimiento y afebril. Consulta al Servicio de Traumatología y se le indica Ibuprofeno y reposo.Presenta orinas oscuras por lo que consulta nuevamente al Servicio de Emergencias, se realizan laboratorios y se decide su internación. **Resultados:** Al ingreso hemograma, coagulograma normales. Urea 63 y Crea 2,34,GOT 2064 UI/mL, GPT 509UI/mL, CPK: no tituable (mayor de 10.000), ionograma normal. Sedimento urinario con hematuria, proteinuria y cilindria. Radiografía de Tórax normal. Ecografía renal normal y eco cardiografía normal.Progresa de la oliguria a la anuria con empeoramiento de los parámetros renales por lo que dispone hemodiálisis realizo perfil endocrinológico que fue normal.Se realizo serología para: Leptospira, Influenza que resultaron negativos y de M.Pneumoniae que resulto con crío anticuerpos IgM(+)/20 e IgG(+) 1/160.Se realizo búsqueda de déficit de carnitina y carnitina palmitoiltransferasa. **Comentario:** La rhabdomiólisis no es un evento frecuente en pediatría a diferencia de los adultos;aun cuando desarrolla insuficiencia renal aguda su pronóstico es favorable con restitución ad integrum de la función renal como sucedió en el paciente presentado. Así también la causa mas frecuente en este grupo etario es la infecciosa y en segundo lugar la traumática con numerosos reportes por ejercicios extremos en adolescentes. El Mycoplasma Pneumoniae ha sido descrito es escasos reportes pediátricos como probable responsable de rhabdomiólisis y esta de insuficiencia renal aguda severa. Son necesarios mas reportes sobre los distintos compromisos organicos extrapulmonares por el M. Pneumoniae para poder conocer la virulencia de este germen.

## 0025 TRATAMIENTO CON PROTEÍNA C ACTIVADA EN UN CASO DE SEPSIS PUERPERAL CON PÚRPURA FULMINANTE

D GONZÁLEZ, E MALVINO, M CURONE

Unidad de Cuidados intensivos Clínica y Maternidad Suizo -, Argentina

**Introducción:** el tratamiento con proteína C activada está indicado en casos de sepsis y fallo multiorgánico. El paciente debe tener un APACHE II igual ó mayor de 25, tener 2 ó más disfunciones orgánicas y no más de 48 hs. de iniciado el cuadro. Se reporta su indicación en un caso de sepsis puerperal **Caso Clínico:** paciente secundigesta, 32 años, que cursó embarazo normal de 40 semanas, con hisopado anal y vaginal negativos para Estreptococos Beta Hemolíticos en la 36ª semana. Presentó ruptura espontánea de membranas con líquido claro, realizándose parto vaginal sin complicaciones.Evolucionó con dolor en hipogastrio con loquios normales y a las 48 horas del parto presentó shock. Al ingreso a la unidad de cuidados intensivos los puntajes APACHE II y SOFA fueron 25 y 17 puntos respectivamente.Se realizó resucitación con fluidos, requiriendo inotrópicos y ventilación mecánica. El monitoreo hemodinámico fue compatible con shock séptico. La ecografía abdominal mostró líquido libre en cavidad por lo que se realizó laparotomía exploradora hallándose endomiometritis y salpingitis

con peritonitis purulenta, realizándose anexohisterectomía total. Al regresar de quirófano inició el tratamiento con proteína C activada en dosis de 24 ug/kg/hora durante 96 horas.En los hemocultivos y en el líquido abdominal se aislaron Estreptococos Beta Hemolíticos grupo A. La paciente se hallaba en tratamiento empírico con Piperacilina-Tazobactam y Vancomicina. Presentó como complicaciones púrpura fulminante, coagulación intravascular diseminada e insuficiencia renal aguda que requirió diálisis. Evolucionó favorablemente con el tratamiento instaurado lográndose la suspensión de las drogas inotrópicas y el destete del respirador. Posteriormente presentó hemocultivos positivos y perforación colónica a nivel de ciego y sigmoides requiriendo cirugía. Evolucionó con sepsis y fallo multiorgánico falleciendo a la 6ª semana del puerperio. **Discusión:** existen pocos casos tratados con proteína C activada durante el puerperio. Su administración junto con las medidas de sostén implementadas logró una mejoría inicial del cuadro clínico con recuperación de la función renal, hemodinámica y pulmonar, logrando suspender el tratamiento dialítico, los inotrópicos y la ventilación mecánica. Posteriormente una nueva complicación séptica generó la muerte de la paciente.

## 0027 MEJORANDO LA ATENCIÓN A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA

P ARGUMEDO MORENO, B RIQUELME, R VARGAS MARTINEZ, P TOMBA  
Sanatorio Central EMHSA Mar del Plata, Argentina

**Introducción:** Creemos que la atención del paciente crítico involucra a sus familiares. Intentamos evaluar esta atención a través de una encuesta. **Objetivos:** 1. Conocer el grado de satisfacción y conocimientos previos referidos a la Terapia intensiva (TI) en los familiares de los pacientes ingresados 2. Detectar necesidades de los familiares. 3. Con base en la información obtenida, elaborar propuestas de cambio. **Materiales y métodos:** Se desarrolló una encuesta anónima con 13 preguntas de opción múltiple, tomando como unidad de análisis, cincuenta familiares de pacientes internados en TI polivalente. La encuesta se entregó a las 48h de ingreso del paciente. Los tópicos a los cuales se refiere la encuesta son:1-Físico-ambiental (adecuación de las instalaciones de la sala de espera, del parte médico)2-Actitudinal (interacción de los familiares con el equipo de salud).3-Cognitivo-perceptivo (información previa; información médica). **Resultados:** Los resultados mostraron respecto al tópico físico-ambiental que los familiares encontraron la sala de espera, cómoda 58% e incómoda 10%, el lugar donde se dan los partes médicos cómodo 62% e incómodo 14%.Respecto al tópico actitudinal , médicos y enfermeros se presentaron con nombre, apellido y cargo en un 98% y 90% de los casos respectivamente; la preocupación del equipo de salud fue considerada en el 74% mayor a la esperado y el 26% acorde a la esperada; la atención de enfermería fue considerada buena en un 94%; al 46% le resultó muy fácil hablar con el personal de enfermería y difícil al 2%; la atención en general recibida fue considerada buena en un 96% de los casos .La duración del horario de visitas fue adecuado en un 68% y corto en un 28%. El 62% considera adecuado un visitante por vez. Respecto al tópico cognitivo-perceptivo, el 68% piensa que la TI es un ámbito con mayor equipamiento y con enfermeros y médicos especializados mientras que el 2% considera a la TI solo como un ámbito con mayor equipamiento; el 86% entendió todo lo explicado en el parte médico, el 8% no entendió. **Conclusiones:** 1. En el tópico físico-ambiental el mayor porcentaje de los encuestados se siente cómodo con las instalaciones. 2. En el tópico actitudinal la encuesta refleja que la mayoría de las personas encuentran adecuadas las normas del servicio. 3. En el tópico cognitivo perceptivo, la mayoría tenía una adecuada información acerca de la TI y comprendió la información médica suministrada. El uso de la encuesta nos permitió conocer las necesidades de los familiares y adoptar políticas para optimizar la atención. Si bien la mayoría de las personas se encuentra cómoda, contenida e informada en nuestro servicio, un porcentaje menor pero no despreciable de familiares no lo están. Para mejorar esto hemos implementado el uso de un boletín informativo destinado a los pacientes y familiares; la presencia de enfermería durante el parte médico, se cambió el lugar en donde se da el informe médico y la presentación e identificación formal del personal a cargo de la atención.

### 0028 MORTALIDAD ATRIBUIBLE A ACINETOBACTER BAUMANNII EN INFECCIONES NOSOCOMIALES

RO FERNÁNDEZ, HM LAMACCHIA, MB GRILLI, JC ARJONA, G BARCHIESI, A BATISTTINI, C SANCHEZ, M RINAUDO, WD VAZQUEZ  
Hospital Español de Mendoza, Argentina

Objetivo: Evaluar la mortalidad atribuible a *Acinetobacter baumannii* en infecciones nosocomiales (IN). Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional, llevado a cabo en un Servicio de Terapia Intensiva médico quirúrgica durante el período agosto 03 a marzo del 08. Los datos fueron obtenidos a partir de los registros de cada paciente ingresado a UTI que desarrolló durante su estadía un episodio de infección nosocomial causada por *Acinetobacter baumannii*, seleccionando a los pacientes que desarrollaron un episodio único de IN, causado por *Acinetobacter baumannii* o aquellos que habiendo sufrido más de un episodio de IN, el último fue causado por dicho microorganismo. Para cada paciente se registró edad, sexo, motivo de ingreso a UTI, diagnóstico, fecha de inicio de la infección, APACHE II, probabilidad de morir calculada, estadía en UTI y evolución. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar y fueron analizadas mediante U de Mann Withney. Las cualitativas se expresan como porcentajes y para su análisis se utilizó  $\chi^2$ . Se consideró significación estadística  $p < 0,05$ . Resultados: Durante el período del estudio ingresaron a UTI 2098 paciente, de los cuales 93 desarrollaron IN por *Acinetobacter baumannii*, (4,4%); de ellos solo 35 registraron un único episodio o el episodio causado por dicho microorganismo fue el último durante su estadía en UTI. El promedio de edad de los pacientes con IN por *Acinetobacter* fue de  $63,5 \pm 12,4$  años. El puntaje APACHE II y la estadía en UTI alcanzaron  $19,5 \pm 6,9$  puntos y  $27 \pm 16,8$  días respectivamente. *Acinetobacter baumannii* constituyó el 21,3% de los aislamientos microbiológicos de pacientes con IN. Del total de aislamientos de *Acinetobacter*, el 45,9% fueron solo sensibles a colistin y tigeciclina. El intervalo promedio entre el ingreso a UTI y el inicio de la infección fue de  $16,3 \pm 11,2$  días. La probabilidad de morir calculada por APACHE II al ingreso para los pacientes que desarrollaron IN por *Acinetobacter* fue de 33,7%, mientras que la mortalidad observada alcanzó el 54,3% lo que muestra un exceso de mortalidad del 20,6%. No se encontró diferencia en la mortalidad observada entre pacientes con un solo episodio (10 / 18; 55,6%) o múltiples de los cuales el último fue causado por *Acinetobacter baumannii*, (9 / 17; 52,9%);  $P = 0,877$ . Conclusiones: *Acinetobacter baumannii* como microorganismo patógeno en infecciones nosocomiales demostró un aumento en la morbilidad con estadía más prolongada en UTI y un exceso de mortalidad observada contra la predicha por APACHE II.

### 0029 INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS SIMULTÁNEAS EN PACIENTES CRÍTICOS

M RINAUDO, RO FERNÁNDEZ, HM LAMACCHIA, JC ARJONA, MB GRILLI, G BARCHIESI, A BATISTTINI, C SANCHEZ, WD VAZQUEZ  
Hospital Español de Mendoza, Argentina

Objetivo: Describir las características de una serie de pacientes críticos que desarrollaron durante su estadía en UTI, episodios de infecciones nosocomiales múltiples, (INM) en forma simultánea. Material y métodos: Se estudiaron en forma retrospectiva los pacientes ingresados a UTI entre agosto del 2003 a marzo del 2007, que durante su estadía en UTI desarrollaron episodios de infección nosocomial. Para cada paciente se registraron datos demográficos, puntaje APACHE II, probabilidad de morir calculada, estadía en UTI, fecha de inicio del episodio infeccioso, intervalo entre el ingreso y el inicio del episodio, tipo y sitio de infección, germen aislado y evolución, (sobreviviente o fallecido). Los pacientes fueron luego divididos en tres grupos según hubieran presentado 1 solo episodio de infección, (grupo A) más de dos en forma simultánea, (grupo B) o más de dos en forma consecutiva, (grupo C). Se definió como INM a la presencia de dos o más focos infecciosos con aislamientos bacteriológicos diferentes en las muestras biológicas de cada uno de los sitios. Se utilizaron las definiciones del CDC para sitio y tipo de infección. Análisis estadístico: Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DS) y para su análisis se

utilizó test de Kruskal Wallis. Las variables cualitativas se expresan como porcentajes o proporciones y fueron analizadas mediante  $\chi^2$  cuadrado. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ . Resultados: Durante el período del estudio ingresaron a UTI 2098 pacientes a UTI, de los cuales 185 desarrollaron infección nosocomial, (8,8%). De estos el 61% (113) pertenecían al sexo masculino. El promedio de edad fue de  $63,2 \pm 15,7$  años. El puntaje APACHE II y la mortalidad predicha alcanzaron  $17,7 \pm 7,4$  puntos y 29,1% respectivamente, lo que fue significativamente superior a los de la población general de la UTI. La mortalidad observada fue de 37 %, con una mortalidad atribuible de 22,4%. La estadía media registrada fue de  $25,8 \pm 20$  días, también superior a los de la población general. De los 185 pacientes, 41 presentaron un episodio único de infección (Grupo A), 95 presentaron más de uno en forma simultánea (Grupo B), y 49 más de uno en forma consecutiva (Grupo C). La estadía media fue para los tres grupos de A,  $15 \pm 9$ ; B,  $34 \pm 22$  y C,  $38 \pm 21$ ,  $P = 0,001$ . En los pacientes con INM, la combinación más frecuentemente observada fue la de Neumonía Asociada a Ventilación e Infección del Tracto Urinario, 48,7%. Se observó una tendencia a mayor frecuencia de aislamientos de *Acinetobacter baumannii* en pacientes con INM, 29,3%. Conclusiones: La presencia de episodios simultáneos de infección nosocomial prolonga la estadía en UTI con respecto a los pacientes con un único episodio, sin embargo no pudo demostrarse diferencias en cuanto al nivel de gravedad inicial o la mortalidad en ambos grupos.

### 0030 SÍNDROME DE WEIL. DOS CASOS. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES

P CORNIGLIA, D LAFOSSE, G KREBS, L SAAVEDRA, P SZÉKELY, A HINTZE BARUJ, J LESCANO, S MARE, M FRANCO, L ROMERO  
Sanatorio Dr. Julio Méndez, Argentina

Introducción: El infrecuente síndrome de Weil (SW), de alta mortalidad, es transmitido por contacto con orina de vectores infectados con *Leptospira interrogans*. Caracterizado por fase aguda inespecífica y rápida evolución a fase severa con ictericia, hemorragia alveolar, shock y falla orgánica múltiple (FOM). Objetivo: Reportar 2 casos de SW analizando diferencias y similitudes de presentación y evolución. Caso 1: Hombre de 38 años que a 24 horas (hs) de regresar de Salta comenzó con malestar general, cefalea, vómitos, diarrea, fiebre, disnea CF II de 8 días de evolución. Consultó a guardia. TAC de cerebro, fondo de ojo y punción lumbar (PL): normales. Al ingreso a Clínica se advirtió herpes labial. Se repitió PL: glucosa 76 mg/dl (55%); proteínas: 0.4 mg/dl; células: 110/campo (80% mononucleares). Rx de tórax sin infiltrados. Consultó el cuadro como encefalitis viral iniciando Aciclovir. Presentó progresión de disnea con insuficiencia respiratoria (IR) en 24 hs ingresando a Terapia Intensiva (UTI) iniciándose ARM. Se tomó cultivos y serologías. Se agregó Ampicilina Sulbactam-Clarithromicina. Rx de tórax: infiltrados nodulillares bilaterales. Se evidenció por fibrobroncoscopia (FBC) sangrado bilateral difuso. Requirió maniobras de reclutamiento que produjo neumotórax izquierdo grado II. Evolucionó con FOM: SDRA con ARM por 14 días; inestabilidad hemodinámica con vasopresores por 5 días; Insuficiencia renal aguda (IRA) no oligúrica sin diálisis; y falla hepática. No hubo compromiso hematológico. Se informó IgM positivo para leptospira al 10° día y al 22° se externó. Caso 2: Hombre de 42 años, con exposición ocupacional a roedores en Capital Federal, refirió diarrea, dolor abdominal cólico, fiebre y oligoanuria colúrica de 10 días de evolución agregándose disnea CF III el último día. Ingresó a Guardia normotenso, lúcido, febril, icterico con regular mecánica ventilatoria. Rx de tórax sin infiltrados. Laboratorio: bilirrubina (B) total: 8 mg/dl; B directa: 6 mg/dl; urea: 152 mg/dl; creatinina: 3.21 mg/dl; Plaquetas: 22.000/mm<sup>3</sup> y coagulograma normal. Presentó IR rápidamente. Ingresó a UTI requiriendo ARM, expansión e inotrópicos. Se tomó serologías y cultivos. Comenzó tratamiento con Ceftriaxona-Clarithromicina-Metronidazol. Progresó a la anuria requiriendo hemodiálisis en 24 hs con patrón distributivo por Swan-Ganz. TAC de tórax: broncograma aéreo en lóbulo inferior derecho e intersticiopatía nodulillar bilateral. Al 7° día se realizó FBC con BAL que evidenció siderófagos. Evolucionó con FOM: SDRA con ARM por 14 días; IRA anúrica con hemodiálisis por 16 días; disfunción hepática y plaquetopenia. Al 29° día se externó. En la 4ª muestra seriada se recibió serología IgG positiva para Leptospira. Conclu-



sión: Dada la epidemiología mundial, su presentación inespecífica, la grave evolución y alta mortalidad del SW se estima que ambos casos comparados revelan diferencias sustanciales asociando la geografía del contacto con la evolución clínica y la FOM evidenciándose la importancia de la sospecha y diagnóstico diferencial precoz.

### 0033 CAPACITACIÓN COMUNITARIA EN SOCORRISMO

JL RASJIDO, MA PEREYRA, RA ABELDAÑO, EA SANGUEDOLCE, GO PEREYRA, MA BIGNON  
Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Salta, Argentina

**Introducción:** Un evento traumático que produzca lesiones severas puede causar la muerte antes de que la persona llegue al hospital, actualmente se trata de prevenir estas muertes a través de la atención rápida pre-hospitalaria. En la mayoría de las situaciones en donde se pone en riesgo la vida ya sea por accidentes o enfermedades imprevistas, los primeros en llegar al lugar del acontecimiento puede no ser precisamente el Sistema de Atención Médica Pre-hospitalaria, sino el personal de la policía, bomberos voluntarios, policía de tránsito y los peatones circunstanciales. La atención en el momento inmediato a la ocurrencia del accidente es la más importante, ya que de ésta dependerá un buen pronóstico y evolución favorable para las víctimas. De allí la importancia de la educación en maniobras de socorrismo dirigida a las personas en general. **Objetivo:** Socializar la experiencia de capacitación en la comunidad para la actuación en la emergencia desarrolladas desde la Facultad de Ciencias de la Salud, Cátedra de Enfermería Quirúrgica. **Desarrollo:** Las acciones de capacitación se inician en 1993 respondiendo a requerimientos de la comunidad. Estuvo dirigida a grupos poblacionales diversos: alumnos de EGB1, EGB2, universitarios, bomberos, policías, docentes, personal de enfermería, voluntarios de rescate, montañistas, personal de empresas privadas y comunidad en general. La capacitación es teórica-práctica con la modalidad de taller que favorecen la integración de conocimientos y experiencias previas de las personas. Los contenidos se adecuan a las características de la población a la que van dirigidos. Se abordan temas como: evaluación de la escena, evaluación primaria y secundaria. Reanimación Cardiopulmonar. Actuación en ahogamiento, quemaduras, asfixia, heridas, insolación, traumatismos, desmayos, epilepsia, cuerpos extraños, intoxicaciones. **Resultados:** Se efectuaron 56 actividades de capacitación en el período 1993 –2007. De ellas 42% fueron a Empresas Privadas en la Provincia de Salta y Jujuy. 23%. A Organismos estatales (Bomberos, Policía, Penitenciaría), 17%, Hospitales 10% y Asociaciones Civiles (Montañistas, Guías Argentinas) el 8%. Se capacitaron a 2134 personas. Entre ellas se resalta la que estuvo dirigida a personas desocupadas, jefes de hogar, madres de los comedores comunitarios. Del personal de empresas privadas se destaca a empleados de TELECOM, TRANSNOA, Choferes de Empresas de Transporte de pasajeros de larga distancia. **Conclusiones:** Debido a que nuestra Provincia ocupa un lugar de importancia, con índices alarmantes respecto al resto del País en cuanto a accidentes, resulta necesario continuar con estas acciones de capacitación comunitaria. A pesar de que la mayoría de la capacitación estuvo encuadrada en el área de Higiene y seguridad en el trabajo, se considera imperioso aunar esfuerzos y encausar las acciones hacia la articulación con instituciones que dirigen su acción fundamentalmente a la prevención de emergencias.

### 0034 EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉDICOS DE GUARDIA. "¿SUFRE EL CORAZÓN DURANTE UN DÍA DE GUARDIA?"

C Vogel, C Sabino, S Golub, G Hernandez  
Hospital Tornu, Argentina

**Introducción:** Estudios previos indican que el personal médico de guardia exhibe síntomas de estrés crónico. Hay pocos estudios, sin embargo, que estudien la existencia de estrés agudo en esta población. El estilo de vida agitado, el exceso de horas laborales, el estrés de estar lidiando con pacientes enfermos o moribundos, las largas horas de guardia y una cierta negación llevan al médico a descuidar su propia salud. **Objetivo:** Establecer el efecto del estrés agudo sobre el aparato cardiovascular durante una guar-

dia de 24 horas de un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires y las variables epidemiológicas de riesgo. **Diseño:** Estudio prospectivo – transversal. **Lugar del estudio:** Buenos Aires, Argentina. **Material y Método:** Estudiamos una muestra de 50 profesionales a través de un cuestionario auto administrado y anónimo, instrumento de medida del Síndrome de Burnout, entre enero y mayo del 2006 Todos los médicos que realizaban guardia activa todos los días de la semana en el servicio de guardia externa del hospital fueron candidatos teóricos. La participación fue voluntaria. **Resultados:** Tasa de respuesta fue de 90% (Se entregaron 60 cuestionarios, se respondieron 54 cuestionarios). Rango de edad: 30 y 60 años. 69,4 % se habían realizado un chequeo clínico completo en el último año, incluyendo laboratorio de análisis clínicos, ECG y consulta clínica. 11,11% de los participantes hacía más de 5 años que no se realizaban un chequeo médico. Prevalencia de factores de riesgo coronario: 11.11 % reconoció padecer HTA, 5,5% dislipemias y 2,7% DBT. Tabaquismo: 27,7% de los médicos encuestados fuman habitualmente alrededor de 20 cigarrillos/día, 5,5% hasta 40 cigarrillos /día, y 2,7% mas de 40 cigarrillos/día. Tasa de no fumadores: 63,8%. Paradójicamente a lo esperado, la incidencia de arritmias ventriculares es baja, observándose EV aisladas monomorfas en 3 casos, con sólo un participante que presento EV monofocal frecuente con alta densidad horaria. No se encontraron extrasístoles supraventriculares. El análisis de la variabilidad de la frecuencia cardíaca demostró un aumento en el tono simpático versus parasimpático. No hubo diferencias significativas en las variables analizadas según el sexo, edad o especialidad (clínico, quirúrgica o anestesia). **Conclusiones:** El estudio se realizo en individuos sanos, en su mayoría jóvenes, en los cuales no se espera observar grandes alteraciones electrocardiográficas, ni aun ante situaciones de estrés.

### 0035 SÍNDROME DE BOERHAAVE. REPORTE DE UN CASO

L SAAVEDRA, A HINTZE BARUJ, G KREBS, D LAFOSSE, P SZÉKELY, P CORNIGLIA, J LESCANO, S MARE, M FRANCO, L ROMERO  
Sanatorio Dr. Julio Méndez, Argentina

**Introducción:** El síndrome de ruptura espontánea de esófago (REE) es la perforación del tubo digestivo con mayor mortalidad. La triada de Meckler -vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo- sólo se presenta en la mitad de los casos. Diagnosticado tardamente, por su inicio variable y baja incidencia, la sobrevida es del 70 % con tratamiento quirúrgico previo a 12 horas (hs), sin embargo si sobrepasa las 24 hs la mortalidad asciende al 64%. **Objetivo:** Reporte de un caso clínico de REE o Síndrome de Boerhaave. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 56 años, tabaquista y enolista, refirió haber realizado ejercicio isométrico 2 hs antes de iniciarse un dolor súbito periumbilical progresivo que alcanzó intensidad 10/10. Se agregó al cuadro, vómitos de aspecto rojo vinoso desplazándose el dolor hacia epigastrio. A 12 hs de manifestarse el síntoma ingresó a Guardia hipotenso, con disnea clase funcional IV, abdomen en tabla, dolor retroesternal, Glasgow 15/15 y enfisema subcutáneo a nivel cervical. La radiografía de tórax y la tomografía computada decuello, tórax y abdomen evidenciaron aire disecando planos superficiales y profundos a nivel cervical, neumomediastino, derrame pleural bilateral y neumoperitoneo. Rápidamente presentó shock e insuficiencia ventilatoria ingresando a Terapia Intensiva. Comenzó asistencia respiratoria mecánica (ARM), se realizó expansión con coloides y cristaloides e infusión de drogas vasopresoras. Luego de 3 hs del ingreso al Sanatorio se decidió la exploración quirúrgica y se diagnosticó por videoendoscopia digestiva alta, ruptura lineal de 4 cm en 1/3 inferior de cara anterior de esófago y por laparoscopia abdominal no se advirtieron lesiones llevándose a cabo toracotomía derecha con lavado de ambos espacios pleurales drenando líquido de color negro y colocación de tubo de avenamiento pleural ipsilateral. Se realizó cierre simple de la ruptura esofágica, colocación de sonda nasoesofágica con balón, sonda nasogástrica endoluminal y gastrostomía. Se instauró nutrición parenteral temprana progresando a enteral en el 12º día. Evolucionó con menores requerimientos de drogas vasoactivas y estabilización hemodinámica progresiva. Presentó como complicaciones, fibrilación auricular de alta respuesta ventricular con cardioversión farmacológica, neumonía asociada

al respirador con cultivo de aspirado traqueal positivo para *Candida spp.*, cumpliendo tratamiento antifúngico y ARM prolongada. Ante un trastorno deglutorio posterior a la extubación realizó reeducación kinesiológica tolerando alimentación oral al 26° día de internación, entrenándose a su domicilio. Conclusión: Ante la presencia de una patología infrecuente, que combina peligrosamente una signosintomatología súbita e inespecífica y una alta mortalidad íntimamente relacionada con el retraso en el diagnóstico-como lo es el Síndrome de Boerhaave-se considera que la evolución favorable del caso descripto asociado a un tratamiento quirúrgico precoz, constituye un reporte de relevancia para el conocimiento de la materia.

### 0037 RESISTENCIA INSULÍNICA Y GLUCEMIA EN PACIENTES NEUROQUIRÚRGICOS CON Y SIN TRATAMIENTO CON CORTICOESTEROIDES

M PERMAN, L COMPUTARO, L LITWAK, P SORROCHE, S LEGAL, A GALLESIO

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar el grado de resistencia insulínica (RI) y la glucemia en pacientes (P) neuroquirúrgicos electivos con indicación de corticoides (C) en el postoperatorio y en P neurocríticos agudos operados en UTI y que no recibieron C. Material Y Método: 2 grupos de P no diabéticos: a) postoperatorio de tumores del SNC que recibieron C (32 mg/día de dexametasona) y b) P neurocríticos agudos que fueron operados en UTI por diferentes motivos y que no recibieron C. En las primeras 24 horas de UTI se midió glucemia, insulinemia (radioinmunoensayo) y HbA1c (turbidimetría). Se calculó el índice HOMA (IH = glucemia/18 x insulinemia/22,5) (> 3 = RI), el índice de masa corporal (IMC) y los scores APACHE II (AII) y TISS28 (T). Se registraron las glucemias de la rutina matinal de laboratorio para calcular la glucemia promedio (Gp), el tiempo de estadía, las complicaciones y la mortalidad en TI. Análisis estadístico con programa STATA 8, usando test t, Wilcoxon, chi2, Fisher, ANOVA, Kruskal-Wallis. Los resultados se expresan como promedio ± desvío estándar y cuando la distribución no fue normal, como mediana e intervalo intercuartil. Resultados: Se incluyeron 38 P con las siguientes características: edad 50 ± 12,1 años; hombres 52,3%; IMC 24 (22-27); AII 8,18 ± 2,87; T 15 (14-18); HbA1c 5,4 (5,1-5,7)%; Gp 130,5 (114-148) mg/dl; IH 11 (6,6-19,3) con glucemia 125,5 (102-140) mg/dl e insulinemia 37,1 (25,8-56,5) µU/ml. 13 P no recibieron C y 25 P si recibieron C: entre ambos grupos no hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo, HbA1c, IMC, TISS y estadía en UTI. Si hubo diferencias significativas en los siguientes parámetros:

	APACHE	Estadía Hospital (días)	Glucemia Promedio (mg/dl)
Sin Corticoides (n=13)	9,54 ± 3,55	8 (4-11)	120,3 ± 19,4
Con Corticoides (n=25)	7,48 ± 2,2	4 (4-5)	147,6 ± 37,3
p	0,034	0,015	0,018

En las muestras tomadas para calcular el IH se observó

	Glucemia (mg/dl)	Insulinemia (µU/ml)	IND. HOMA
Sin Corticoides (n=13)	117,9 ± 33,2	33,4 (21,2-43,6)	7,9 (5,4-15,7)
Con Corticoides (n=25)	134,8 ± 44,6	39,9 (26,1-73,2)	12,7 (8-20)
p	0,24	0,21	0,0966

Conclusiones: Cohorte de P no diabéticos (HbA1c normal) evaluados dentro de las primeras 24 horas de la neurocirugía, electiva con C o de urgencia sin C. Todos los P tuvieron hiperglucemia e hiperinsulinemia con alta RI. Los P electivos con C tuvieron una Gp significativamente mayor que los sin C, pero no hubo diferencias en la G para el IH ni la insulinemia y el mayor grado de RI no alcanzó el nivel de significación (tendencia). En este grupo de P con alto grado de estrés, los C exógenos incrementan moderadamente las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono.

### 0038 LA HORMONA GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA Y LA INSULINORRESISTENCIA PUEDEN MODULAR LA EXPRESIÓN MOLECULAR DE AQUAPORINA 9 EN LA PREECLAMPSIA

B MASKIN<sup>1</sup>, M CASTRO-PARODI<sup>2</sup>, L LEVI<sup>2</sup>, G MARINO<sup>2</sup>, E MORATTO<sup>1</sup>, G BEROIZ<sup>1</sup>, AE DAMIANO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Posadas, Argentina. <sup>2</sup>Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, Argentina

Objetivo: La preeclampsia (PE) se asocia con un déficit de la invasión trofoblástica a las arterias espirales uterinas. No se conoce la causa directa de este fenómeno. La alteración de la angiogénesis placentaria en las vellosidades y el menor desarrollo de la vasculatura fetoplacentaria pueden afectar las funciones de transporte del sinciotrofoblasto (hST). Previamente, hemos reportado un incremento de la expresión de aquaporina 9 (AQP9) en hST de placentas de pacientes preeclámpicas. La AQP9 está involucrada en el transporte de agua y solutos neutros. Se conoce que la insulina regula negativamente la expresión de AQP9 porque su promotor contiene elementos de respuesta negativa a la insulina. Se diseñó el presente estudio para investigar si la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG), el factor de crecimiento insulina-like (IGF-1) y la insulina pueden modular la expresión de AQP9 en la PE. Material y métodos: Se incorporaron al estudio 13 pacientes con preeclampsia severa. Doce embarazadas normales se utilizaron como controles. Se determinó en suero de las pacientes y los controles los niveles plasmáticos de hCG, IGF-1 e insulina. Se cultivaron explantos de placentas normales y preeclámpicas. Los explantos cultivados fueron tratados con hCG e insulina. La expresión placentaria de AQP9 se cuantificó por Western Blot e inmunohistoquímica. Los datos se expresan como promedio ± DS. Para el análisis estadístico se utilizó el test de Mann-Witney. Resultados: En las pacientes preeclámpicas se encontró un significativo incremento (p<0.05) de los niveles séricos de hCG e insulina en relación con los controles normales: 35177 ± 7520 vs. 11679 ± 2401 mUI hCG/mL y 19 ± 6 vs. 8 ± 1 uUI insulina/mL respectivamente. Sin embargo los niveles séricos de IGF-1 fueron más bajos en las pacientes con PE. Se encontró un incremento de la expresión de AQP9 en las placentas de las pacientes preeclámpicas y de los explantos de controles normales tratadas con hCG. El tratamiento de los explantos cultivados de placentas preeclámpicas con insulina no disminuye la expresión de AQP9. Por inmunohistoquímica AQP9 fue localizada en el citoplasma y la membrana plasmática de hST. Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que las pacientes que desarrollan preeclampsia muestran evidencias de insulinorresistencia, aunque el incremento de los niveles de insulina parece ser inefectivo para regular negativamente la expresión de AQP9. Los elevados niveles de hCG parecen tener un efecto adicional en la sobreexpresión de AQP9. Nuevos estudios son necesarios para definir el rol de este incremento en la patogénesis de la PE.

### 0041 RESISTENCIA INSULÍNICA EN PACIENTES NEURO-CRÍTICOS CON Y SIN CORTICOESTEROIDES

M PERMAN, L COMPUTARO, P SORROCHE, L LITWAK, M SACOTO, S GIANNASI

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar la glucemia y el grado de resistencia insulínica (RI) en pacientes (P) con injuria cerebral aguda (ICA) con y sin tratamiento con corticoesteroides (C). Material y Método: 2 grupos de P no diabéticos: a) ICA por trauma, isquemia o hemorragia sin C y b) P operados de tumores cerebrales que recibieron C (32 mg/día dexametasona). En las primeras 24 horas de UTI se midió glucemia, insulinemia (radioinmunoensayo) y HbA1c (turbidimetría). Se calculó el índice HOMA (IH = glucemia/18 x insulinemia/22,5) (> 3 = RI), el índice de masa corporal (IMC) y los scores APACHE II (AII) y TISS28 (T). Se registraron las glucemias de la rutina matinal de laboratorio para calcular la glucemia promedio (Gp), el tiempo de estadía, las complicaciones y la mortalidad en TI. El estudio y el formulario de consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano. Análisis estadístico con programa STATA 8, usando test t, Wilcoxon, chi2, Fisher, ANOVA, Kruskal-Wallis. Los resultados se expresan como promedio ± desvío estándar y cuando la dis-

tribución no fue normal, como mediana e intervalo intercuartilo. Resultados: Se incluyeron 54 P con las siguientes características: edad 50 ± 13 años; hombres 50%; IMC 25 (23-29); All 9,2 ± 3,98; T 15 (14-18); HbA1c 5,4 (5,1-5,7) %; Gp 125,5 (114-148) mg/dl; iH 10 (5,8-18,1) con glucemia (Gh) 127,1 ± 36,7 mg/dl e insulinemia 35,3 (18,8-53,3) iUI/ml. 29 P no recibieron corticoides C y 25 P si lo recibieron: entre ambos grupos no hubo diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo, HbA1c, IMC y TISS. Si hubo diferencias significativas en los siguientes parámetros:

	APACHE	Estadía UTI (días)	Estadía Hospital (días)	Glucemia Promedio
Sin corticoides (n = 29)	10,7 ± 4,6	2 (1-6)	8 (5-15)	121,9 ± 19,6
Con corticoides (n = 25)	7,5 ± 2,2 0,002	1 (1-2) 0,048	4 (4-5) 0,0003	147,6 ± 37,3 0,002

En las muestras tomadas en las primeras 24 horas de internación en UTI se observó:

	Glucemia (mg/dl)	Insulinemia (µUI/ml)	Índice HOMA
Sin corticoides (n = 29)	120,5 ± 27,4	28,9 (18,6-45,1)	7,9 (5,4-15,2)
Con corticoides (n = 25)	134,8 ± 44,6	39,9 (26,1-73,2)	12,8 (8-20,4)
p	0,156	0,12	0,048

Conclusiones: Este grupo de P no diabéticos (HbA1c normal), con ICA exclusiva, de gravedad moderada a severa, tuvo hiperglucemia moderada con importante hiperinsulinemia y RI. Los P post-cirugía electiva con C (con menor grado de ICA según scores y parámetros clínico-evolutivos) tuvieron > insulinemia y glucemia debido a una >RI. En este estudio no se pudo establecer si el > grado de RI se debe al uso de C o al tipo ICA que genera diferente grado de alteración del metabolismo de los hidratos de carbono.

**0042 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA ASOCIADA A RABDOMIOLISIS GRAVE, INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA Y PROBABLE DAÑO MIOCÁRDICO**

D GONZÁLEZ, J RIOS, M CURONE

Unidad de Cuidados Intensivos Clínica y Maternidad Suizo, Argentina

Introducción: la cocaína es una droga de abuso de uso cada vez más frecuente en nuestro medio. Genera alteraciones que pueden poner en peligro la vida, siendo más frecuentes las complicaciones neurológicas y cardiológicas. Presentamos un caso de intoxicación aguda por cocaína asociada a rabdomiolisis grave, insuficiencia hepática aguda y probable daño miocárdico. Caso Clínico: paciente masculino, 26 años, con antecedentes de consumo de cocaína, diuréticos y anabólicos, que ingresa a la unidad de cuidados intensivos con TEC leve y excitación psicomotriz. Se realizó TAC de cerebro que no mostró lesiones y dosaje de drogas en orina que evidenció cocaína mayor a 5000 ng/ml. Requirió sedación con benzodiazepinas. Los datos de laboratorio al ingreso mostraron CPK Total 1340 U/L, CPK MB 4,40 U/L, Troponina I 0,36 ng/ml, Creatinina 2,5 mg/dl, FAL 70 U/L, TGO 38U/L, TGP 28 U/L, BT 0,41 mg/dl y K 1,6 meq/l. El paciente evolucionó con fiebre con cultivos negativos, debilidad muscular generalizada, mialgias y oliguria requiriendo hidratación amplia y alcalinización de la orina. Al 2 día de evolución comenzó con bradipsiquia, temblor fino en miembros superiores y alteración del hepatograma con Quick 22%, TGO 9536 U/L, TGP 11525 U/L y BT 1,67 mg/dl, volviendo a la normalidad a partir del 6º día con recuperación del cuadro clínico. Los valores de CPK total fueron aumentando progresivamente hasta el 4 día de evolución llegando a cifras de 962067 U/L a partir de lo cual fueron disminuyendo. No requirió diálisis. La CPK MB persistió elevada hasta el 12 día observándose normalización de la Troponina I a partir del 7 día. Nunca desarrolló dolor ni cambios isquémicos agudos en el

EKG, solo presentó aplanamiento de la onda T relacionada a hipokalemia grave. El ecocardiograma fue normal. Presentó buena evolución clínica con recuperación progresiva del cuadro muscular. El EMG mostró patron mixto, neurogénico y miopático. El paciente se derivó a la sala de cuidados generales y posteriormente a un centro de rehabilitación de adicciones. Conclusión: la cocaína es una causa tóxica frecuente de rabdomiolisis. Se destacan las cifras elevadas de CPK total alcanzadas, lo que habla del grave daño muscular y su frecuente asociación a daño hepático. Dicha asociación se asocia a peor pronóstico. Se destaca también la probabilidad de que los valores elevados de enzimas cardíacas sean falsos positivos por el elevado aumento de CPK total, ya que el paciente no presentó angor y el EKG y ecocardiograma no mostraron alteraciones.

**0043 INJURIA RENAL AGUDA EN POSOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA**

J TENZI<sup>1</sup>, JC MARTÍN BENITEZ<sup>2</sup>, MJ JIMENEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas, Uruguay. <sup>2</sup>Hospital Clínico San Carlos, España

Objetivos: Incidencia de injuria renal aguda (IRA) en pacientes en postoperatorio de cirugía cardíaca (POCC). Empleo de scores de riesgos específicos de POCC e IRA Material y método Estudio prospectivo, observacional de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos (Madrid, España) en POCC (14/9/07-8/11/07). Definición de IRA: incremento de la creatinemia mayor o igual a 0.3 mg/dl(1). Scores de riesgo: Euroscore y Cleveland (2). Análisis estadístico: test de Fisher y "t" test (p<0.05 significativo). Resultados 76 pacientes en POCC, edad: 65 años (DE±12), 64.5% sexo masculino (n=49). Euroscore: 5.9 (DE ± 2.9). Estadía UCI: 1 día (rango 1-28 días). Cirugía de urgencia: 5.2%(n=4). Tipos de cirugía: revascularización miocárdica (RVM)(n=23, 30.3%), valvular(n=25, 32.9%), combinada(RVM + sustitución valvular)(n=8, 10.5%), otras(n=20, 26.3%). Las RVM fueron realizadas sin circulación extracorpórea (CEC), CEC promedio: 78 minutos. Presentaron IRA 15 pacientes (19.7%), la diuresis, potasemia y SBE(base excess standard) promedio fueron 2652 cc, 4 mEq/L y -0.7 respectivamente. La creatinemia máxima promedio: 2.1 mg/dL. Factores implicados en el desarrollo de IRA: 1-preoperatorios: insuficiencia cardíaca (IC) en el grupo con IRA 3/15 versus (vs) grupo sin IRA 2/61, p=0.049. 2-intra o postoperatorios: sangrado relevante en el grupo con IRA 5/15 vs 5/61,p=0.021). Pacientes con CEC, 12/50 desarrollaron IRA (24%) vs 3/26 de los sin CEC(NS). Un paciente recibió tratamiento de reemplazo renal (TRR) (1.32% del total,6.7% en pacientes con IRA). Tratamiento diurético (furosemide): 7 pacientes(46.7%). Score de Cleveland promedio: pacientes con IRA: 4.33 (DE± 1,79), sin IRA: 2.4(DE± 1.48)(p=0.0001). Euroscore promedio: pacientes con IRA: 6.53 (DE± 2.38), sin IRA: 5.75(DE± 3.02)(NS). Mortalidad al alta de UCI: pacientes con IRA: 20%(3/15), sin IRA: 3.28%(2/61)(p=0.049). Conclusiones: La incidencia de IRA en ésta serie fue de 19.7%. La IC y el sangrado relevante se asociaron en forma estadísticamente significativa con el desarrollo de IRA. El score de Cleveland permitió identificar en forma apropiada a los pacientes que desarrollaron IRA. La mortalidad al alta de UCI fue significativamente mayor en los pacientes que desarrollaron IRA. 1-Mehta, RL: Acute Kidney Injury Network (AKIN): report of an initiative to improve outcome in acute kidney injury. Critical Care 11:R31, 2007 2-Thakar, Ch V: A clinical score to predict acute renal failure after cardiac surgery. J Am Soc Nephrol 16: 162-168, 2005.

**0045 VENTILACIÓN SELECTIVA COMO RESOLUCIÓN DE ATELECTASIA MASIVA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

G GALINDEZ

Servicio de Terapia Intensiva. Htal. Alejandro Korn. Melchor Romero. Buenos aires., Argentina

Objetivo: Describir una experiencia donde se aplicó ventilación selectiva para resolución de atelectasia masiva. Resumen de Caso Clínico: Paciente de sexo masculino, 20 años de edad que ingresa a UTI por politraumatismo (Raquimedular ASSIA A nivel sensitivo C4 + trauma de tórax con fractura costal izquierda). Se realiza traqueostomía electiva temprana, sin necesidad de AVm, con respiración paradójica y mal manejo de secreciones por lo que se realiza seguimiento por kinesiología. A las 72 hs de ingreso presen-

ta empeoramiento de la mecánica ventilatoria, diagnosticándose mediante control radiológico neumotórax izquierdo grado 3, secundario a Fx costal, requiriendo drenaje pleural y ventilación mecánica. Evoluciona desfavorablemente, sin expansión pulmonar, drenaje oscilante sin burbujeo, por lo que se decide comenzar con aspiración continua, sin cambios evolutivos. A la 48 hs del diagnóstico de neumotórax, el paciente presenta velamiento radiológico del hemitórax afectado, drenaje torácico sin oscilación, ni burbujeo. Se interpreta como atelectasia masiva, se solicita fibrobroncoscopia. Durante procedimiento se aspira abundante secreción mucopurulenta, aunque sin mejoría clínica ni radiológica, realizando a las 48 hs nueva fibrobroncoscopia, la cual no presenta resultados positivos. A las 24 hs de la última fibrobroncoscopia se decide colocación tubo doble luz, para intubación selectiva de bronquio fuente izquierdo. Se conecta a AVM modo CPAP: 60 por luz izquierda, y VCV, VT: 300 ml, PEEP: 10, FR programada 16 x', por luz derecha. Por falta de respuesta se cambia modo ventilatorio por luz izquierda a VCV, con VT gradualmente en aumento desde 100 ml. a 250 ml., PEEP 15, obteniéndose como respuesta disminución de presiones picos en la vía aérea, débito de 150 ml por drenaje pleural y aumento de secreciones mucopurulentas.

Muestra	pO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	PaFi	A-a
Pre- Ventilación selectiva	103	41.7	171	273.3
Post VS inmediata	70.5	51.8	117.5	291.75
Post VS 4 hs	78.7	51.9	131	284.23
Post VS 12 hs	92	54.6	153	267.53
Post VS 20 hs	212	36.5	353.3	170.25

Conclusiones: Existe poca experiencia descrita en la bibliografía sobre el uso de ventilación selectiva para resolución de atelectasia masiva. Debido a las condiciones particulares del paciente, y a la falta de respuesta al tratamiento kinesioterápico y a dos fibrobroncoscopias, la ventilación selectiva presentó resultado aceptable, expresado en mejoría clínica, gasométrica y radiológica del paciente. El resultado en este paciente, no avala la utilización electiva de este método en resolución de atelectasia no resulta por fibrobroncoscopia, pero justifica profundizar su estudio.

#### 0046 DEXMEDETOMIDINA EN SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

C NAVEDA GAVILANES, JC ESCARDO, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

En pacientes con antecedentes de alcoholismo o abuso de otro tipo de drogas, es dificultoso el uso de sedo analgesia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) debido al frecuente desarrollo de tolerancia. La dexmedetomidina (Dex) es un agonista alfa 2 central que posee propiedades sedantes, hipnóticas y analgésicas, por lo que podría disminuir los requerimientos de otros sedantes; además ejerce también una acción simpaticolítica, con la consiguiente disminución de la liberación de catecolaminas circulantes. La Dex se utiliza para sedación en procedimientos invasivos y cirugías de corta duración. Asimismo es útil para el control de la agitación en pacientes con trauma de cráneo. Describimos a continuación el uso de Dex en un paciente con agitación causado por abstinencia alcohólica. Reporte del caso: Paciente de 45 años de edad, etilista de 100 g/d, que ingreso a la UCI por trauma encéfalo craneano leve. Se realizó TC de cerebro que evidenció fractura lineal de peñasco derecho. Debido al antecedente de alcoholismo se inicio tiamina EV, lorazepam 8 mg/d y haloperidol 20 mg/d. Al tercer día de internación evolucionó con excitación psicomotriz, refractaria a dosis máximas de estas drogas. Se realizo nueva TC de cerebro sin cambios con respecto a la previa. Se inició infusión de Dex, alcanzando dosis 1 ug/k/h, lográndose controlar los episodios de excitación psicomotriz con la disminución gradual de benzodiacepinas y neurolépticos, sin repetición del cuadro. Permaneció con Dex durante 72 hs. No presento efecto rebote al momento de la suspensión. Conclusiones: En nuestro caso el uso de Dex permitió el control de la agitación provocado por la privación de alcohol. Permittedo asimismo la disminución del requerimiento de benzodiazepinas y haloperidol las cuales son las drogas de elección en pacientes con esta patología. Dada la propiedad sedante de la Dex sin provocar

depresión respiratoria y el efecto en la disminución de las catecolaminas circulantes, hacen de ella una droga ideal para control de la agitación en la abstinencia alcohólica. Por esto creemos que la Dex podría utilizarse como tratamiento adyuvante para control de los síntomas por el síndrome de abstinencia alcohólica permitiendo la disminución de la dosis de benzodiacepinas y previniendo los efectos adversos de estos.

#### 0047 ANGIOTAC MULTISLICE CON RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL EN EL DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES VASCULARES

JC CHIARADIO, MP CHIARADIO

Servicio de Neurocirugía de Alta Complejidad, Argentina

Introducción: La aparición de la angioTAC multislice con reconstrucción tridimensional permite lograr imágenes de las estructuras vasculares cerebrales equiparables a las obtenidas por angiografía por sustracción digital (ASD), pudiendo ser utilizadas como armamento diagnóstico mínimamente invasivo en pacientes con cuadros de hemorragia subaracnoidea. Por ello corresponde evaluarlo pues de resultar equiparables en la capacidad diagnóstica a la ASD, tomada como gold estándar, modificarían el manejo inicial de las hemorragias subaracnoideas evitando el riesgo que implica la administración de contraste arterial en paciente con HSA recientes. Material y Métodos: Un total de 39 pacientes con HSA fueron asistidos entre mediados de enero 2007 hasta finales de marzo de 2008. 26 portadores de aneurismas cerebrales y 7 de malformaciones arteriovenosas. A 19 de los aneurismas y a 5 MAV se le realizaron AngioTAC 3D. 14 pacientes portadores de aneurismas y un paciente portador de una MAV fueron intervenidos quirúrgicamente solamente con la AngioTAC. En 5 pacientes se utilizó como control postoperatorio. Resultados: Se encontró una buena correlación entre las imágenes de la Angiotac y lo observado durante la cirugía. Por el contrario la presencia de materiales metálicos como clips y stents dificulta la correcta visualización de las arterias cercanas, lo cual dificulta su empleo como método de control postoperatorio. Conclusión: La angioTAC cerebral con reconstrucción tridimensional es un método diagnóstico incruento y mínimamente invasivo ideal para pacientes con labilidad de los vasos cerebrales secundaria a la hemorragia subaracnoidea. Las imágenes obtenidas a través de este método diagnóstico presentan mayor correlato con lo que el cirujano observa directamente a través del microscopio quirúrgico dado que brinda información precisa incluyendo tamaño, estructura, orientación y presencia de trombos intraaneurismáticos. Sin embargo no fue de utilidad como método de control postoperatorio.

#### 0048 PERICARDITIS CONSTRICTIVA POR MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS

E RODRIGUEZ, P ZINGARETTI, L MENENDEZ, M ROJAS, J GRUCCI, G ABRILE  
NUEVO HOSPITAL RIO CUARTO, Argentina

Introducción: La pericarditis constrictiva crónica es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por engrosamiento pericárdico que impide la relajación de ambos ventrículos provocando signos y síntomas de bajo gasto cardíaco y retención hidrosalina. Caso Clínico: Paciente masculino de 59 años con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo severo, en tratamiento psiquiátrico, con repetidas internaciones debido a neumopatías, y nódulo pulmonar solitario sin diagnóstico. Ingres a UTI por insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica. Oligoanuria Signos vitales: FC:125 lpm TA:125/85 Mmhg (luego de expansiones volumétricas) T:35,5 C FR:30 SpO<sub>2</sub>:100% Con máscara de reservorio. Examen físico: SNC: desorientación temporoespacial y excitación psicomotriz. Aparato Respiratorio: Róncus bilaterales y disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar izquierdo. Aparato Cardiovascular: RI R2 Hipofonéticos, ingurgitación yugular +++ (PVC 23 cm de H<sub>2</sub>O), acrocianosis, mala perfusión periférica. Abdomen: normal SOMA: Lesiones retráctiles en dorso de mano izquierda y región axilar ipsilateral Metodos Complementarios Laboratorio: Hto: 37% GB: 8000 mm3 Plaquetas: 184000mm<sup>3</sup> Urea: 44mg/dl Creatinina: 1,28mg/dl KPTT: 34". EAB: PH: 7,36 PCO<sub>2</sub>: 35,3Mmhg PO<sub>2</sub>: 84Mmhg COH<sub>3</sub>:19,6 EB: -4,6 SpO<sub>2</sub>: 95, 8 % ECG: Ritmo sinusal con complejos de bajo voltaje generalizado.

Rx Tórax: Aumento de la silueta cardíaca, infiltrados pulmonares bilaterales difusos e imagen nodular paracardíaca derecha. Ecocardiograma: Derrame pericárdico con colapso diastólico de VD y AD, con movimiento paradójico del septum, vena cava no colapsa en inspiración. Engrosamiento de pericardio generalizado. Tc Tórax: Importante derrame pericárdico y derrame pleural derecho, consolidación parcial del lóbulo inferior de pulmón derecho, formaciones ganglionares mediastinales de 12 a 14 mm, acentuación de tejido en área retromamilar derecha. Evolución: Se realiza pericardiocentesis y se extrae 200 cc con mejoría del estado hemodinámico. *Físico químico*: 700 células 50% PNN 50% mononucleares LDH: 1000 mg/dl Proteínas: 3,16g/L Bacteriológico y cultivo: negativo para gérmenes comunes Paciente con mala evolución, con requerimientos de ARM y drogas vasopresoras, se realiza ventana pericárdica de urgencia. Biopsia: "Intensa pericarditis granulomatosa de tipo tuberculoide". Se envían muestras (LCR, orina, líquido pericárdico, jugo gástrico, hisopado nasal) para investigar BAAR. y se comienza tratamiento empírico para TBC. Continúa con mala evolución se solicita, realizándose pericardiectomía anterior. No responde a las medias empleadas evolucionando a disfunción orgánica múltiple y fallece a los 15 días de la internación. Conclusión: A Pesar de las campañas para el diagnóstico temprano de la TBC, aun hoy, en el siglo XXI, se evidencian estados avanzados de dicha patología; siendo esta la causa más frecuente de pericarditis restrictiva en inmunocompetentes, por lo que debe tenerse siempre en cuenta como diagnóstico etiológico de una pericarditis restrictiva crónica.

**0050 HIPOXEMIA REFRACTARIA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

A SUPPO, S TESTINO, L TORRE, L LLANCAMAN, P GONZALEZ  
Hospital zonal trelew-ucip, Argentina

Introducción: El *Pneumocystis jirovecii* es un patógeno oportunista cuyo hábitat es el pulmón siendo una causa importante de neumonía en el paciente inmunocomprometido. Es un microorganismo cosmopolita, que coloniza a la mitad de la población de los niños menores de 30 meses, por lo cual debe ser tenido en cuenta también como causal de neumonía severa en pacientes inmunocompetentes, ya que la bibliografía así lo avala. Objetivo Recordar a *Pneumocystis jirovecii* como agente causal de neumonía severa de la comunidad en pacientes sin factores de riesgo de inmunodepresión ante la presencia de hipoxemia refractaria al tratamiento. Material y métodos: Se presenta en marzo del 2006 una paciente de 1 año y 7 meses de vida sin antecedentes personales relevantes. Como antecedentes patológicos presentó episodios de bronquitis obstructiva recidivante en tres oportunidades. Al ingreso se constata dificultad respiratoria grave de 12 horas de evolución, con radiografía con infiltrado intersticial bilateral inespecífico y leucocitosis en análisis de laboratorio. A las 48 horas ingresa en ARM por claudicación respiratoria, medicándose con ceftriaxona-claritromicina. Se constata PaFi <200 e hipoxemia que se acentúa con el transcurrir de los días. Como complicación presentó derrame pleural y neumotórax. Al sexto día de ARM y ante la ausencia de germen aislado viral o bacteriano y la evolución tórpida de la paciente se repite aspirado bronquial, siendo positivo para *P. jirovecii*. Comienza tratamiento específico con TMS y prednisona mejorando francamente a las 48 horas. Se extuba electivamente 5 días después. Conclusiones: La presencia de neumonía severa con hipoxemia refractaria, independientemente de su estado inmunitario debe alertar la sospecha de neumocistosis, ya que ésta suele cursar con una forma mucho más grave y aguda en pacientes inmunocompetentes que en inmunodeprimidos.

**0051 ENCEFALITIS POR VIRUS DE SAINT LOUIS, ¿DEBEMOS SOSPECHARLA EN ARGENTINA?**

P GUIMARAENS, S COSENZA, F UNGAR, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

La encefalitis de Saint Louis (SL), es una enfermedad producida por un flavivirus con una alta morbimortalidad (mayor al 50%) y de escasa prevalencia en la Argentina. Reporte del Caso: Varón 64 años de edad, con antecedentes de HTA y DBT mellitus, que comenzó con síndrome febril de 7 días de duración asociando a síndrome confusional y excitación psicomotriz con posterior dete-

rioro de conciencia, aparición de mioclonias multifocales y opsoclonus mioclonus. Evolucionó con requerimiento de AVM e hipnosedación para manejo de los movimientos anormales. Se realizó estudios de imágenes cerebrales (RMN y TAC) sin evidencia de lesiones. Inició tratamiento con ceftriaxona/ampicilina y aciclovir. Presentó líquido cefaloraquídeo con predominio mononuclear y sin desarrollo de gérmenes en cultivos. Se interpretó cuadro como probable encefalitis viral. Se indicó tratamiento con gammaglobulina intratecal. Se envió muestra para HSV, enterovirus, adenovirus, VZV, EBV, CMV y Flavivirus,. Se recibió resultados de estudios que mostraron anticuerpos neutralizantes contra el Virus de SL. El resto de los estudios fueron negativos. Evolucionó con mejoría del cuadro neurológico y es fue otorgada alta hospitalaria. Conclusiones: Presentamos este caso debido a que existe un bajo número de reportes en Argentina de encefalitis por virus de SL. La importancia de esta enfermedad radica en su alta morbimortalidad y en su vector (mosquito culex) el cual es habitual en nuestro medio, representando una preocupación sanitaria nacional.

**0052 PACIENTE CON EVOLUCIÓN A MUERTE ENCEFÁLICA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y ESCORES DE GRAVEDAD AL INGRESO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

HJM ALVAREZ<sup>1</sup>, D ESCUDERO AUGUSTO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL ESCUELA GRAL SAN MARTIN - CUCAICOR, Argentina. <sup>2</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, España

Objetivo: Conocer el nivel de gravedad al ingreso en UTI de pacientes con patología neurológica que evolucionan a muerte encefálica (ME) y utilizar los scores de gravedad como control de calidad en la atención al paciente neurocrítico. Material y métodos: Análisis de pacientes neurocríticos que evolucionaron a ME en el Hospital Universitario Central de Asturias durante el año 2007. Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas. Se recogieron datos epidemiológicos, patología de ingreso, escalas neurológicas de gravedad clínicas y radiológicas, estadía media, diagnóstico e intervenciones terapéuticas utilizadas. Resultados: Se detectaron 59 ME, de los cuales el 88,1% fue donante de órganos. La ME supuso un 3.4% de los exitus del hospital y el 34.9% de los exitus de la UTI. Edad media 59,1 años. Predominio sexo masculino: 54,2%. Etiología de ME: TCE: 32,2%; ACV hemorrágico: 30,5%; Ictus Isquémico: 16,9%; HSA: 10,2%. Score de Glasgow promedio al ingreso: 5,4. El 47,4% de los TCE tenían en la TAC una lesión difusa tipo III y IV de la Clasificación de Marshall. Los ACVH estaban acompañados de co-morbilidades (HTA: 66,7%, ACV: 27,8% y AAP: 16,7%) De los pacientes con HSA, 83% tenían un Hunt y Hess de V, WFNS de 5 y un 66,7% Fisher IV. En el ACV Isquemico, la puntuación promedio del NIHSS fue de 20,4±3,3, recibiendo el 30% tratamiento fibrinolítico intravenoso y el 10% intraarterial. La PIC se monitorizó en el 33,9%, Craniectomía descompresiva 18,6%, drenaje de LCR: 13,6%. Tratamiento osmótico: 55,9%. Relajantes musculares: 23,7%, Coma barbitúrico: 15,3%. Conclusiones: El nivel de gravedad neurológica era de tal severidad que preveía al ingreso del paciente su evolución a ME, demostrándose una estadía media corta, lo que justificaría de forma añadida el ingreso en UTI de estos pacientes con el fin de obtener órganos para trasplante y disminuir la demanda creciente de las listas de espera. Una alta tasa de donantes pmp puede coexistir con una atención rigurosa y estricta al paciente neurocrítico.

**0053 ¿CÓMO OPTIMIZAR LA PREVENCIÓN DE TEP EN UCI? FILTRO DE VENA CAVA INFERIOR**

P GUIMARAENS, JC ESCARDO, G OLIVA, F UNGAR, D CZERWONKO, J ALVAREZ, S COSENZA, P VIDAL ARTETA, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

Objetivo: Describir características demográficas e indicaciones de colocación de Filtro de Vena Cava Inferior (FVCI) en pacientes admitidos en UCI. Métodos: Cohorte retrospectiva de las historias clínicas informatizadas de los pacientes sometidos a colocación de FVCI durante el periodo 09/2001-05/2007. Resultados: Se colocaron 26 FVCI en 26 pacientes (p). La media de edad fue 60 años. Sexo masculino 58%. El promedio de APACHE II fue 16.6. Los diag-

nósticos de ingreso a UCI fueron: Postoperatorios 8p (31 %) (Abdomen 3p, Tórax 2p, Neurocirugía 2p, Ortopedia 1p), Trauma 4p (15.3%), Hemorragia digestiva 2p (7.6%), SDRA 3p (11.5 %), Shock Séptico 1p (3.8%), TEP 7p (27 %) y TVP 1p (3.8 %). Las indicaciones de colocación de FVCI fueron Profilaxis 3p (11.5 %), TEP asociado a contraindicación para anticoagulación 13p (50%), TVP asociada a contraindicación para anticoagulación en 8p (30.7 %) y detección de TVP en p con baja reserva funcional cardio-respiratoria 2p (7.6 %) Las características de los filtros fueron: permanentes 7 (27 %) y transitorios 19 (73 %). De los filtros transitorios 10 (52 %) fueron removidos durante la internación, los 9 filtros restantes (48%) no se removieron. Dentro del subgrupo de los p traumatizados que recibieron FVCI, el ISS promedio fue 36.5. La causa de colocación fue profilaxis de TEP en 3p (presentaban criterios de muy alto riesgo para enfermedad tromboembólica) y en un 1p por TVP con contraindicación de anticoagulación. Se registró una progresión lineal en el uso de FVCI durante el período analizado. La sobrevida al alta fue de 69.3%. Se realizó seguimiento a 1 año de 17p (58 %). El 82,3 % (14p) no presentaron complicaciones atribuibles al FVCI. En 2 casos se objetivó TVP y 1 paciente presentó síndrome de Vena Cava inferior. Conclusion: Debido al impacto del TEP en las UCI, creemos importante desarrollar guías para su prevención. Las mismas deben contemplar el uso del FVCI como una herramienta para pacientes de muy alto riesgo o para aquellos en los cuales la anticoagulación no es posible.

#### 0055 SEVOFLUORANE EN SHOCK ANAFILÁCTICO: REPORTE DE UN CASO

P GUIMARAENS, D CZERWONKO, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

El uso de anestésicos inhalatorios para el manejo del broncoespasmo severo ha sido descrito en la literatura, con muy buenos resultados. Dada la dificultad en nuestro medio para administrar este tipo de terapéutica, habitualmente no es considerada como una opción ante dichos eventos. Resultados: Varón 34 años de edad que ingresa al servicio de Emergencias en paro respiratorio. Se realizan maniobras de RCP básicas y avanzada según ACLS, se constata broncoespasmo severo con dificultad para la ventilación con bolsa mascarera reservorio luego de la intubación orotraqueal, asociado a eritema generalizado. Se interpreta el evento como shock anafiláctico (SA), secundario a ingesta de mariscos en paciente con alergia conocida al pescado. Se administra el tratamiento acorde a dicha sospecha diagnóstica, sin mejoría del broncoespasmo, asociado con hipoxemia, desaturación y acidosis respiratoria severa. Se decide administrar Sevoflurane vaporizado a través de la bolsa mascarera reservorio, constatándose franca disminución en la resistencia durante el boleo. Concomitantemente presento mejoría significativa en los valores de SpO<sub>2</sub> y del EAB. Se conecta al paciente a AVM continuando con el anestésico inhalatorio a través del ventilador por la próximas 24hs. Una vez resuelto el cuadro, se disminuyó gradualmente la dosis de Sevoflurane sin constatarse deterioro de la ventilación ni del EAB, lográndose el destete completo tanto del gas como de la VM en las siguientes 24hs. Conclusión: Comunicamos este caso, porque creemos que los anestésicos inhalatorios pueden tener un lugar como terapéutica en los pacientes con eventos de broncoespasmo severo refractario al tratamiento. Debido a esto consideramos que el intensivista y el emergentólogo deben estar familiarizados con su uso.

#### 0057 FACTORES DE RIESGO PARA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA POR GÉRMENES MULTIRRESISTENTES

C PEREYRA<sup>1</sup>, E BARROZO<sup>1</sup>, M LUGARO<sup>1</sup>, G DIAZ<sup>1</sup>, S MUÑOZ<sup>2</sup>, D VIOLI<sup>1</sup>, L BENITO MORI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serv. Terapia Intensiva H.I.G.A. Dr Luis Güemes Haedo, Argentina. <sup>2</sup>Serv. Bacteriología H.I.G.A. Dr Luis Güemes Haedo, Argentina

Objetivo: Analizar los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVVM) por gérmenes multiresistentes. Material y métodos: Análisis retrospectivo basado en datos prospectivos de vigilancia epidemiológica, casos y controles, en una unidad polivalente de 15 camas de alta

complejidad por un período de 12 meses (Enero 2007 - Diciembre 2007). Se incluyó todo episodio de NAVVM con confirmación bacteriológica y pruebas de sensibilidad antibiótica en todo paciente que requirió más de 48 hs de ARM. Se definió NAVVM por persistencia o aparición de nuevos infiltrados junto con 2 o más de los siguientes criterios: Temperatura > 38.3°C o < 36°C, leucocitosis (>14 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>) o leucopenia (<4 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>) y/o desviación a la izquierda, secreciones purulentas, y confirmada por cultivo cuantitativo (aspirado bronquial con rto > 10<sup>5</sup> UFC/ml o BAL con rto > 10<sup>4</sup> UFC/ml). Se definió germen multiresistente al aislamiento de *S. aureus* meticilino resistente; *A. baumannii* y *P. aeruginosa* que presenten resistencia in vitro a por lo menos 2 de los siguientes antibióticos: Cefalosp. antipseudomónicas, Carbapenems, B-lactámicos con inhibidores de beta lactamasas, Fluoroquinolonas y Aminoglucósidos<sup>1</sup>; Enterobacterias con confirmación de beta lactamasa de espectro extendido (BLEE). Las variables continuas se presentaron como media y/o mediana con rango y las variables discretas en porcentajes. Las comparaciones se efectuaron utilizando el software (Statistix 7.0) con test T o tabla 2x2 según corresponda. Se consideró significativa p < 0.05. Resultados: De un total de 201 ptes con ARM > 48 hs, 55 desarrollaron un total de 67 episodios de NAVVM de los cuales 9 (13.4%) fueron sin rescate de germen. Se analizaron 56 episodios divididos en grupo sensible (GS) 20 (36%) y grupo resistente (GR) 36 (64%). Los datos más relevantes:

	GS = 20	GR = 36	p
Edad	53 (18-77)	54 (16-84)	NS
Sexo n (%)	Masc 12 (60)	Masc 25 (69)	NS
Apache	20 (9-32)	20 (8-34)	NS
Diag. ingreso n (%)	Trauma 11 (55) Neuro 6 (30)	Trauma 13 (36) Neuro 7 (20) Clínica medica 9 (25)	
Días ARM pre NAVVM	4 (2-13) Med 3.5	12 (1-44) Med 6.5	<0.001
TBQ n (%)	1 (5)	11 (31)	=0.05
ATB previo <sup>#</sup> n (%)	2 (10)	26 (72)	<0.001
Internación previa *n (%)	14 (70)	36(100)	0.002
Reintubación n (%)	2 (10)	7 (19)	NS
SOFA al diagnóstico	5 (1-13)	4 (1-12)	NS

# Más de 48 hs dentro de los 15 días previos al episodio de NAVVM  
\* Internación más de 4 días en UTI o más de 7 días en el hospital

En cuanto al tratamiento antibiótico empírico, en el GS el 100% de las NAVVM fue adecuado mientras que en el GR sólo el 64%. No hubo diferencias significativas en cuanto a mortalidad 50% y 55% respectivamente (p 0.90) Conclusiones: Tener en cuenta los días de ARM previo al episodio como así el uso de antibiótico y la internación previa, podría ser beneficioso para la elección del tratamiento antibiótico empírico. La tendencia estadística del factor tabaquismo nos sugiere profundizar el estudio del mismo como factor de riesgo.

<sup>1</sup> CID 2006, 43:543-8

#### 0058 INCIDENCIA DE HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA (HTE) EN PACIENTES CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO (TEC) CON MONITOREO DE PRESIÓN INTRACRANEANA (PIC) S SVAMPA

Hospital Provincial Neuquén, Argentina

Introducción: La HTE es complicación frecuente del TEC y causa de elevada Morbimortalidad. El monitoreo de PIC facilita un manejo más racional y selectivo, evitando actuaciones terapéuticas innecesarias, definiendo el momento más adecuado para iniciar tratamiento específico y utilizada de forma sistemática, nos permite en muchos casos adelantarnos al deterioro neurológico y controlar la efectividad de las terapias utilizadas. Objetivo: Frecuencia de HTE en pacientes con TEC con monitoreo de PIC. Mortalidad y GOS (Glasgow Outcome Score) al Alta de los pacientes con Monitoreo de PIC y el nivel de Treatment Intensity Level (TIL) Material y Métodos: Se analizó la base de datos de TEC de la UTIA del HPN, desde el 2001 al 2006. Se seleccionaron las variables: edad, sexo, GSC de ingreso para categorizarlos en TEC LEVE (TECL), MODERADO (TECM) Y SEVERO (TECS), monitoreo de PIC, el nivel de intensidad terapéu-

tica utilizado para los pacientes monitorizados (TIL), complicaciones y GOS al alta de UTI. Se dicotomizó el GOS en Favorable (GOSF 4 y 5) y Desfavorable (GOSD 2 y 3). El GOS 1 se definió como Muerte. El análisis estadístico incluyó: media, mediana, desvío estándar para variables continuas, se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Sobre la base de 267 pacientes que ingresaron a UTIA con diagnóstico de TEC desde el 1/01/2001 al 31/12/2006, la media de edad fue de 31±17, predominaron los hombres en el 84,5% de los casos. Se monitorizaron 80 pacientes, el 30%:(3/53) TECL, (20/79) TECM y (57/134) TECS. La Media del GSC de ingreso para los monitorizados fue de 6 y para los no monitorizados de 5. El nivel de intensidad terapéutica fue: 61/80 recibieron cloruro de sodio hipertónico al 3-4% (CLNaH), 43/80 Hiperventilación Controlada (HVC) con saturación Yugular (SAYO2), 41/80 Manitol, 16/80 Tiopental Sódico (TPS), 39/80 drenaje de LCR y 18/80 Craniectomía Descompresiva (CD). 4 pacientes recibieron ambas terapias de 2º línea. Fallecieron 76/267 pacientes (el 28,5%), 49 no monitorizados (4 TECL, 4 TECM y 41 TECS) el 36,6% y 27 monitorizados (1 TECL, 2 TECM y 24 TECS), el 33,7 % con un OR 0.88, RR 0,92 y  $p$  0.67. 72 pacientes desarrollaron HTE durante el monitoreo, 29 pacientes (40%) evolucionaron a la refractariedad y requirieron terapias de 2º línea, sobreviviendo el 55% (16/29) y falleciendo el 45% (13/29) de este grupo. El promedio de TIL de los que no requirieron TPS ó CD fue de 5±2, solo 3 pacientes de los 27 fallecidos tuvieron un TIL < 5, el resto tenía entre 5 y 9 de TIL. El GOS al alta de UTIA fue: 27/80 GOS 1 (muertos), 22/80 GOSF, de los cuales 6 llegaron a 15 de TIL y 26/80 GOSD de estos 10 alcanzaron un TIL de 15. Conclusiones: El 90% de los pacientes monitorizados presentó en su evolución HTE que requirió intervención con un de TIL de 5. Casi 1/3 de los pacientes falleció, y de estos casi la 3ª parte correspondió a pacientes monitorizados. El monitoreo de PIC permitió guiar el nivel de intensidad terapéutica detectando refractariedad en 1/3 de los pacientes, permitiendo utilizar terapias agresivas con una sobrevida del 55%.

**0061 COQUELUCHE EN LA UTIP DEL HOSPITAL NEUQUÉN**

E CERDA, C PRADILLA, D ALLENDE, F LAFFAYE, C DAVILA, G KALTENBACH  
UTIP - Hospital Provincial Neuquen, Argentina

Objetivos: Mostrar el resurgimiento de Bordetella Pertussis en Neuquen, la importancia de sospechar y diagnosticar dicha patología. Conocer las factores de riesgo y su relación con la morbimortalidad en los pacientes críticos. Describir indicadores de mortalidad en pacientes con diagnóstico de Coqueluche, gérmenes asociados a esta entidad, relación con la vacunación y describir complicaciones. Material y métodos: estudio descriptivo, retrospectivo. Todos los niños con diagnóstico de Coqueluche confirmado por PCR ingresados en la UTIP del Hospital Castro Rendón durante el periodo comprendido entre noviembre 2003 a Marzo del 2008. Métodos Diagnósticos: PCR en secreciones nasales. Estadístico Epi 6. Resultados: Durante el periodo estudiado se internaron 36 pacientes con diagnóstico confirmado de Coqueluche que requirieron ARM en nuestra UTIP, con una mediana de edad de 3.25 (rango 0.9-20). El 52.8% correspondió al sexo femenino y el 47% al masculino. 24 pacientes (66.7%) habían recibido vacunas, el 33.3% restante no había recibido inmunización por ser menores de 2 meses. El 91.7% de los pacientes recibía lactancia materna. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: dificultad respiratoria 66%, apnea 20% (100% menores de 2 meses de edad); tos 47%, convulsiones 11%. 21 pacientes presentaba coinfección (60%), de los cuales el 71.4% de los casos correspondía a VSR. EL Recuento máximo de glóbulos blancos tuvo una media de 38526, mediana de 25965 (rango 11.400-112.000). La media de permanencia en ARM fue de 11 días, (rango 1-76 días) La media para el score PRISM al ingreso fue de 17.5, con una mediana de 16 (rango 5-40). En 17 de los pacientes (47%), se sospechó Hipertensión Pulmonar (HTP), por crisis de hipoxia y severa desaturación sin cambios respiratorios clínicos. Se confirmó HTP con ecocardiograma en el 64% de los casos sospechados. 14 de los pacientes (38.9%) cumplían con criterios de SDRA (Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda), El 72.2% requirió inotrópicos, siendo más frecuente entre ellos el uso de dopamina (30.8%). La mortalidad fue de 15.6% (5/32), ascendiendo entre las mujeres a 33%. Dentro de los predictores positivos de Mortalidad

se encontró que el 100 % de los pacientes fallecidos no habían sido vacunados o lo habían hecho de manera incompleta. para la edad. Mortalidad del 29.4% entre los niños con HTP. 2 pacientes fallecieron por infección a neumococo. Conclusiones: Ante el resurgimiento de coqueluche y la gravedad que implica en los lactantes es necesario profundizar la sospecha clínica (VSR + no excluye el diagnóstico de coqueluche). La edad menor de 6 meses, el incumplimiento en las vacunaciones, la presencia de HTP y la leucocitosis severa son factores de riesgo de mayor mortalidad. Se deben agilizar las pruebas diagnósticas en niños con sospecha clínica, para optimizar el tratamiento y control del foco. Sería importante también revalorar la edad de inicio de las vacunas y dosis de refuerzo, como se propone en otros países.

**0062 COLONIZACIÓN POR ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE, INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CRÍTICOS**

R SANTA CRUZ, A ALVAREZ, R NERVI, G VIDAL BIANCHI, R HEREDIA, M ARAUJO, M BENTANCUD, C PARRA, H CANO, H CULACCIONI, MJ RONDINA, A VARGAS, W KRAUSE  
Hospital Regional de Rio Gallegos, Argentina

Introducción: La colonización por Enterococos vancomicina resistentes (EVR) es un problema creciente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), como así también la incidencia de infecciones severas. Existen factores de riesgo asociados a la colonización de EVR propios de los pacientes críticos. Objetivos. 1) evaluar la incidencia de pacientes colonizados con EVR 2) identificar los factores de riesgo en pacientes internados en UCI. Estudio de tipo retrospectivo observacional. Material y métodos: Entre el 01/01/07 y el 30/06/07 se estudiaron los pacientes admitidos en la UCI a través de hisopado rectal (el mismo se realiza al ingreso y en forma semanal). De cada paciente se estudió: edad, sexo, antecedentes patológicos, motivo de internación, servicio de origen, días de internación y factores de riesgo propios de la UCI: ventilación mecánica (VM), sonda vesical, alimentación parenteral, diálisis, antibióticos (ATB) recibidos antes de la contaminación y días de tratamiento, transfusión de sangre y presencia de otros pacientes con portación de EVR. Se dividió en 2 grupos: pacientes colonizados (EVR+) y no colonizados (EVR-). Para datos cualitativos se aplicó (test de Pearson, tablas de contingencia de 2 x 2) y el cálculo del riesgo relativo (RR). Para datos cuantitativos: Test de Student y test de Kruskal Wallis (datos no paramétricos). Se consideró estadísticamente significativo el hallazgo de un valor de  $p < 0,05$ . Resultados: Se estudiaron 110 pacientes. La cantidad de pacientes EVR+ fue de 27 (24.5%); (Enterococo Faecium). 2 Infecciones por EVR: 1 infección urinaria y 1 sepsis por cateter. Edad media de los pacientes: 56 ± 17,7 años (rango: 23-90) APACHE II: mediana: 11. Edad, sexo y APACHE II sin diferencias entre los 2 grupos. 22 pacientes EVR + (81%) presentaban antecedentes (etilismo, hipertensión arterial (HTA), tabaquismo (TBQ), inmunosupresión previa. Los días de internación: EVR + mediana 13, EVR- mediana 4, P: 0,006. ATB previos a la contaminación: amoxicilina-sulbactam (AMS):12 pacientes, vancomicina: 7 pacientes, cefepime: 6 pacientes, piperacilina-tazobactam (PTZ):5 pacientes. Los días de ATB previos: EVR + mediana 5, EVR- mediana 3, P: 0,006. En el análisis univariado los factores de riesgo asociados a colonización con EVR fueron: TBQ (P 0.005), inmunosupresión (P 0.001) ATB previo a la contaminación (P 0.01), catéteres venosos centrales (P 0.008) sonda vesical (P 0.01), VM (P 0.03), transfusión de sangre (P 0.01) presencia de otro paciente EVR + (P 0.03). Conclusiones: El estudio mostró una incidencia de 24,5% de pacientes colonizados. Se hallaron factores de riesgo asociados a la colonización por EVR+ ya conocidos como la utilización de ATB, inmunosupresión previa, la presencia de otro paciente EVR+ o los días de internación. Nuestro estudio demuestra que además existen otros factores de riesgo propios de pacientes críticos: transfusiones de sangre, sonda vesical, cateteres centrales, y VM. A partir de esto sería válido extremar las medidas de prevención en UCI para evitar la colonización de EVR+.

**0063 SÍNDROME ANTIFOLIPÉDICO CATASTRÓFICO**

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

**Objetivos:** Presentación de un caso clínico. **Material y métodos:** Paciente de sexo femenino, de 76 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoidea, abortos espontáneos en dos oportunidades, síndrome depresivo, accidente cerebrovascular isquémico (GOS III) con hemiparesia fascio-braquio-cubital derecha, insuficiencia cardiaca de origen isquémico, Valvulopatía Aórtica (estenosis e insuficiencia aórtica). Ingresó por un cuadro progresivo de cianosis distal en manos y pies asociado a necrosis de los dedos 2º, 3º y 4º del pie derecho de 1 mes de evolución. Se realiza ecodoppler arterial de miembros inferiores sin evidencia de obstrucción. El primer día se constata plaquetopenia de 100.000 x mm<sup>3</sup> y Kp<sub>tt</sub> 56 seg que se corrige con plasma fresco. Ante el diagnóstico presuntivo de macromicroangiopatía, se solicita estudios para colagenopatía y vasculitis. Evoluciona durante la internación con coagulación intravascular diseminada: plaquetopenia con 40.000 x mm<sup>3</sup>, Kp<sub>tt</sub> 88 seg, PDF > 20 y dímero D +, Fibrinógeno 50mg/dl. Se decide anticoagulación con heparina no fraccionada 15.000 UI para mantener un Kp<sub>tt</sub> entre 50-60 seg; al mismo tiempo se realizan 3 dosis de 1g día de meprednisona. Evoluciona con leve mejoría de plaquetopenia 120.000 x mm<sup>3</sup> en 48 a 72 hs pero persistiendo con cianosis periférica. Test de látex positivo 1/64, PCR positiva 384 mg/l, ANA positivo 1/40, homogénea y B2 glicoproteína normal. Continúa el tratamiento con metilprednisolona 60 mg vo día. Durante la internación desarrolla múltiples hematomas a nivel del dorso, pliegues y sitios de venopunción, continuando con cianosis periférica. Al 5 día se realiza biopsia de piel. Posteriormente evoluciona con insuficiencia renal aguda parenquimatosa, con clearance de creatinina 32 ml/min. A pesar de encontrarse en rango de anticoagulación presenta al 8º día deterioro del sensorio, secundario a ACV isquémico en hemisferio derecho evidenciado por TAC. Obita 24 hs después. Biopsia informe post mortem: oclusión trombótica de los vasos con mínima inflamación y ausencia de criterios de vasculitis (necrosis fibrinoide de la pared), diagnóstico de síndrome antifosfolipídico. **Conclusiones:** La presentación catastrófica del síndrome antifosfolipídico es inusual y de alternativas terapéuticas limitadas.

#### 0064 TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN RECURRENTE Y TROMBO AURICULAR DERECHO

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

**Objetivos:** Presentación de un caso clínico de tromboembolismo de pulmón recurrente asociado a un trombo en aurícula derecha. **Material y métodos:** Paciente de 64 años de edad con antecedentes de HTA tratado con enalapril 20 mg/día, asma leve intermitente sin tratamiento, extabaquista, paciente refiere haber comenzado hace 4 meses con astenia y fatiga, acompañado de dolor precordial atípico de 5 minutos de duración, intermitente desencadenado a mínimos esfuerzos, acompañado de disnea clase funcional II-III, presentando al examen físico rales crepitantes 2/3 campos inferiores, R3, y ECG con escasa progresión de R de V1-V3, e isquemia anteroseptal, se interpreta el cuadro como angina inestable de alto riesgo ingresando al servicio de hemodinamia donde se realiza cinecoronariografía que evidencia CD: lesión obstructiva severa (70-75%) en tercio distal y ramo posteroventricular lesión moderada proximal, CI: OYT sin lesiones, DA: lesión de grado moderado de 50% en tercio medio, Cx lesión de grado moderado (40-50%) ramo obtuso marginal, lesión de grado severo (70%), función sistólica ventricular izquierda conservada Fey 66%. Evoluciona con episodios de disnea súbita con defecto ventilatorio obstructivo severo sin cambios a B2, se realiza ecocardiograma que muestra imagen auricular móvil derecha, que prolapsa a través de la válvula tricúspide hacia VD, Fey 51% e HTP severa (65mmHg), por lo cual se completa estudio con ETE evidenciándose imagen serpinginosa móvil y alargada compatible con probable trombo auricular con molde venoso, relacionando cuadro de disnea a TEP recurrente por lo cual se inicia anticoagulación con heparina sodica, realizándose luego eco doppler de miembros inferiores y renal informado como normal. Se decide Cirugía de revascularización miocárdica donde se extrae cuagulo auricular y PV a la CD con CEC de 50 minutos y 20 minutos de clampeo, se envía pieza a anatomía patológica, siendo compatible la misma con trombo auricular derecho. **Conclusiones:**

aunque estos casos sean pocos frecuentes su importancia radica en que la visualización ecocardiográfica de estos trombos en cavidades derechas es un marcador inminente y frecuente de TEP fatal.

#### 0065 NEUMOTÓRAX COMO COMPLICACIÓN DE CATERIZACIÓN VENOSA CENTRAL

AM PEREZ, FR RACCA VELÁSQUEZ, J VIGGIANO, JP MONTECINOS, A ACOSTA, G RODRIGUEZ, C WAYAR  
Clínica Independencia, Argentina

**Introducción:** La inserción de catéteres venosos centrales es frecuentemente usada en pacientes en estado crítico tanto para diagnóstico como para tratamiento (medida de variables hemodinámicas, administración de medicación, soporte nutricional, etc.). Sin embargo este procedimiento no está exento de complicaciones, informándose que hasta el 4% de los pacientes a los que se les coloca un acceso venoso central presentan como complicación neumotórax. **Objetivo:** Determinar la incidencia de neumotórax en pacientes a los que se les colocó un acceso venoso central. **Material y método:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica Independencia desde el 1º de abril de 2007 hasta el 31 de marzo de 2008 en el que se incluyeron 123 pacientes a los que se les colocó uno o más accesos venosos centrales. La edad promedio de los pacientes incluidos en el presente estudio fue de 57.23 años (desv. stand=17.7) y el APACHE II promedio al ingreso fue de 19.3 (desv. stand=8.3). Se colocaron en total 173 vías centrales. Las vías de abordaje fueron: subclavia derecha 59 (34.1%), subclavia izquierda 53 (30.6%), yugular interna derecha 41 (23.4%) y yugular interna izquierda 20 (11.6%). En todos los casos el procedimiento fue efectuado por personal médico entrenado usándose la técnica de Seldinger habiendo quedado la vía de abordaje a criterio del operador. A todos los pacientes se le efectuó una radiografía de tórax pos procedimiento inmediato y luego diariamente ante la eventualidad de neumotórax tardío. **Resultados:** Se produjeron 2 neumotórax en total. En uno de ellos la vía de abordaje fue yugular izquierda, en un paciente con obesidad mórbida en asistencia respiratoria mecánica y con altos requerimientos de presión positiva al final de espiración (PEEP), y en otro caso la vía de abordaje fue subclavia derecha en una paciente inmunocomprometida, bajo asistencia respiratoria mecánica, con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria aguda. En ambos casos el diagnóstico se hizo mediante una radiografía de tórax efectuada al concluir el procedimiento. **Conclusiones:** En la serie estudiada se produjeron como complicación de la cateterización venosa central 2 neumotórax correspondiendo al 1.15% de los casos, concordando con lo descrito en la literatura. La asistencia respiratoria mecánica con requerimiento de elevados niveles de PEEP podrían haber sido los factores determinantes para la producción de neumotórax tal como se describe en los diferentes reportes.

#### 0069 PROGRESIÓN DE LA SEPSIS A SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO, ¿ES EL RISSC SCORE DE UTILIDAD EN LA PRÁCTICA DIARIA?

AJ CARUSO, EA ADÁMOLI, U ALEGRE ESCOBAR  
Corporación Médica de Gral San Martín, Argentina

**Objetivo:** Evaluar la utilidad clínica y el comportamiento del RISSC score, el APACHE II y el SOFA en la progresión de la sepsis a sepsis severa y shock séptico. **Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes que ingresaron o desarrollaron sepsis durante su internación en Terapia Intensiva en el período de un año (noviembre de 2006 a noviembre de 2007) registrándose edad, motivo de ingreso, APACHE II, foco de infección, necesidad de inotrópicos, ventilación mecánica, SOFA y RISSC score el día de inicio de la sepsis, comparando dichas variables entre los pacientes que desarrollaron sepsis severa o shock séptico (grupo I) y los que no progresaron a sepsis severa ni shock séptico (grupo II). Las variables estadísticas fueron analizadas para medias independientes por la prueba de rangos de Wilcoxon y la comparación entre proporciones por la prueba de  $\chi^2$  (chi cuadrado) tomándose como significativa una  $p < 0.05$ . **Resultados:** Durante el período de un año ingresaron o desarrollaron sepsis 112 pacientes, 61 fueron descartados del análisis por ingresar con sepsis severa o shock séptico. Los 51 pacientes restantes ingresaron o de-



sarrollaron sepsis (SIRS mas foco de infección) al ingreso o durante su estadía en UTI, la edad promedio fue de 59.01 años, 68% eran de sexo masculino, 35 pacientes presentaron patología clínica, 10 politraumatismos y 6 eran postquirúrgicos, con un APACHE II de 14,23, SOFA de 4,42 y RISSC score de 13,51 con una mortalidad de 23,32% (12 pac). Progresaron a sepsis severa o shock séptico (grupo I) 14 pacientes (27.45%) con un RISSC score de 16,78 significativamente superior al grupo II 12,28  $t$  2,66  $p < 0,05$ , un APACHE II de grupo I de 18,71 con respecto al grupo II 12,54  $t$  3,87  $p < 0,001$  y un score de SOFA del día de inicio de sepsis de grupo I de 7.71 y del grupo II que no desarrollaron sepsis severa o shock séptico 3.72,  $t$  5,01  $p < 0,001$ . La mortalidad del grupo I fue de 78% (11 pac) y la del grupo II de 2,7 % (1 pac)  $p < 0,05$ . No se observaron diferencias significativas entre la localización del sitio de infección con respecto al desarrollo de sepsis severa o mortalidad. Aproximadamente la cuarta parte de los pacientes sépticos progresan a sepsis severa o shock séptico. El RISSC score es significativamente mas elevado en los pacientes que desarrollan sepsis severa o shock séptico aunque en esta serie de pacientes tanto el APACHE II como el SOFA también tuvieron similar comportamiento con diferencias estadísticas mas significativas. La mitad de los pacientes que ingresaron con sepsis no pueden valorarse con el RISSC score debido a que ya presentan sepsis severa o shock séptico.

**0070 RELACIÓN ENTRE EL VALOR CUANTITATIVO DE LAS PROTEÍNAS SÉRICAS, LA ALBÚMINA Y EL DESARROLLO DE DISTRÉS RESPIRATORIO TEMPRANO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS NO CLASIFICADOS**  
 AV CORONEL, JA VAZQUEZ, MC ADDUCCI, DN CHIACCHIARA, DJ FIRPO  
 Hospital D.F.Santojanni, Argentina

Objetivo: Estudiar la relación entre los valores cuantitativos de proteínas totales (PT) y la albúmina (A) y el desarrollo de Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) y mortalidad (M). Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal. Se reclutaron todos los pacientes (p) que ingresaron de manera consecutiva a UTI. Al ingreso se registraron los datos demográficos, clínicos y el nivel de gravedad con el score APACHE II. Asimismo se valoró el nivel de proteínas totales y de albúmina, desde el ingreso por espacio de tres días y en forma posterior se evaluó el desarrollo de SDRA hasta 72 hs posteriores a la última medición (SDRAt). Se registraron las condiciones de egreso (S/F). Se excluyeron del estudio, los  $p < 18$  años, los  $p$  cuya estadía en UTI es menor a 5 días, así como aquellos  $p$  que presentan EAP e Insuficiencia Cardíaca Congestiva o SDRA como causa de ingreso. Los valores cuantitativos se compararon por medio del test  $t$  de Student, consignándose el valor de la diferencia con su IC95%, el valor de  $t$  y la  $p$ , mientras que los valores cualitativos se compararon por medio del test exacto de Fisher, consignándose los valores de diferencia junto a su IC95%, el  $z$  y el valor de  $p$ . Se aceptó como estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ . Resultados: Durante el desarrollo del trabajo, ingresaron a la unidad un total de 144  $p$ , de los cuales se excluyeron 38  $p$ . 7 pacientes fallecieron antes del 4º día, mientras que 4 fueron dados de alta de la unidad en dicho lapso. Se perdieron datos en forma parcial de 27  $p$ , por lo que se analizaron un total de 106  $p$ . Los datos demográficos de la muestra estudiada son: sexo femenino: 60  $p$  (56.6%), ingreso clínico: 59  $p$  (55.7%), edad:  $51.7 \pm 1.94$ , APACHE II:  $16 \pm 0.58$ , A:  $2.77 \pm 0.07$ , PT:  $5.80 \pm 0.11$ . cuando se evaluó el nivel de PT y A en  $p$  con y sin SDRA se obtuvo:  $p$  con SDRA: N:41, femenino: 19  $p$  (46.3%), clínico: 24  $p$  (58.5%), M: 28  $p$  (68,3%), edad:  $56.1 \pm 2.84$ , APACHE II:  $19.9 \pm 0.86$ , PT:  $4.87 \pm 0.14$ , A:  $2.22 \pm 0.08$ .  $p$  sin SDRA: N: 65, femenino: 41  $p$  (63.1%), clínico: 35  $p$  (53,8%), M: 6  $p$  (9.2%), edad:  $48.8 \pm 2.57$ , APACHE II:  $14.5 \pm 0.65$ , PT:  $6.40 \pm 0.11$ , A:  $3.12 \pm 0.07$  Las diferencias entre los grupos fueron, (el IC95% entre paréntesis): PT: diferencia 1.53, (1.25-1.81)  $t$ : 10.84  $p < 0.0001$ . A: diferencia: 0.9 (0.73-1.07)  $t$ : 10.4,  $p < 0.0001$  Si se dividen a los pacientes en normo e hipoproteinemicos, nos encontramos con: PT>6: N 54, femenino: 33  $p$  (61%), clínico: 32  $p$  (59.3%), SDRA: 7  $p$  (13%), M: 11 (20,4%). PT< 6 mg/dl N: 52, clínico: 27 (51.9%), SDRA: 34 (65.4%), M: 23 (44.2%). Se realizo el test de diferencia de proporciones para SDRA y para M con los siguientes valores: SDRA: diferencia: 0.524  $\pm$  0.09 (0.34-0.71),  $z$ : 5.34,  $p < 0.0001$ . M: diferencia: 0.238  $\pm$  0.09 (0.06-

0.42),  $z$ : 2.42,  $p$ : 0.016. Conclusiones: • La probabilidad de desarrollar SDRA es mayor en  $p$  con hipoproteinemia e hipalbuminemia • Los  $p$  con SDRA tienen significativamente menores valores de PT y de A que los  $p$  sin SDRA • La probabilidad de morir en  $p$  hipoproteinemicos es mayor con respecto a los normoproteinemicos.

**0071 VALOR PREDICTIVO DE LAS PROTEÍNAS SÉRICAS, Y LA ALBÚMINA SOBRE EL DESARROLLO DE DISTRÉS RESPIRATORIO TEMPRANO EN PACIENTES CRÍTICOS NO CLASIFICADOS**  
 JA VAZQUEZ, MC ADDUCCI, ES VEDOVATO, DN CHIACCHIARA, AV CORONEL, DJ FIRPO  
 Hospital D.F. Santojanni, Argentina

Objetivo: Estudiar el valor predictivo de la medición de las proteínas totales (PT) y la albúmina (A) sobre el desarrollo de Síndrome de Distress Respiratorio Agudo temprano (SDRAt). Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, transversal. Se reclutaron todos los pacientes (p) que ingresaron de manera consecutiva a UTI. Al ingreso se registraron los datos demográficos, clínicos y el nivel de gravedad con el score APACHE II. Asimismo se valoró el nivel de proteínas totales y de albúmina, desde el ingreso por espacio de tres días y en forma posterior se evaluó el desarrollo de SDRA hasta 72 hs posteriores a la última medición (SDRAt). Se registraron las condiciones de egreso (S/F). Se excluyeron del estudio, los  $p < 18$  años, los  $p$  cuya estadía en UTI es menor a 5 días, así como aquellos  $p$  que presentan EAP e Insuficiencia Cardíaca Congestiva o SDRA como causa de ingreso. Sobre los datos obtenidos se calculó el valor predictivo de distintas mediciones de PT y de A. Los test mencionados se llevaron a cabo por medio de una planilla de Excel 2007 confeccionada a tal fin. Se decidió aceptar como mejor punto de corte el dato que mejor refleja la capacidad predictiva de cada una de las dos mediciones en cuestión. Resultados: Durante el desarrollo del trabajo, ingresaron a la unidad un total de 144  $p$ , de los cuales se excluyeron 38  $p$ . 7 pacientes fallecieron antes del 4º día, mientras que 4 fueron dados de alta de la unidad en dicho lapso. Se perdieron datos en forma parcial de 27  $p$ , por lo que se analizaron un total de 106  $p$ . Los datos demográficos de la muestra estudiada son: sexo femenino: 60  $p$  (56.6%), ingreso clínico: 59  $p$  (55.7%), edad:  $51.7 \pm 1.94$ , APACHE II:  $16 \pm 0.58$ , del total 41  $p$  (38.7%) fueron sépticos. Se analizó el valor predictivo del nivel sérico de PT de 6 mg/dl y se obtuvo: S: 82,9% (71.4-94.4), E: 72.3% (61.4-83.2). En lo que respecta al valor predictivo de la concentración de A con valores de 3.6 mg/dl, se observó S: 90.2%, E: 63.1 %. Luego de la confección de una curva ROC se observó que los mejores puntos de corte para discriminar la capacidad predictiva fueron de 5.0 mg/dl para las PT y de 2.0 mg/dl para la A. PT < 5 mg/dl 26  $p$  sufrieron SDRA (VP), 15 FN. Entre los que no sufrieron SDRA 61 VN y solo 4 FP. Lo que refleja: S 63.4%, E: 93.8%, VPP: 87%, VPN: 80%, LR+: 10.3 (8.10-13.11), LR-: 0.39 (0.14-1.09). La probabilidad pretest de 39% se elevó a 87% (83.6-89.2% en presencia del test positivo, mientras que disminuye al 20% (8.1-40.8%) frente al test negativo. Si se evalúa la A con el mismo enfoque nos encontramos que el mejor valor predictivo es de 2 mg/dl. VP: 13 FP: 1 FN: 28 VN: 64 pacientes. S: 31.7%, E: 98.5%, VPP: 93%, VPN: 70%. Conclusiones: • Un valor de PT < 5 mg/dl incrementa 10 veces la chance de desarrollar SDRAt y eleva la probabilidad de desarrollo de SDRAt a mas del doble. • Valores de PT > a 5 mg/dl reducen la probabilidad de desarrollar SDRAt 2.5 veces. • Niveles de albúmina < 2 mg/dl son altamente predictivos de SDRAt, sin embargo son poco frecuentes.

**0072 LA ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME DE CREUTZFELDT-JAKOB ESPORÁDICA, LA PROTEÍNA 14-3-3, LA INTUICIÓN HUMANA Y LAS LIMITACIONES AL TEOREMA DE BAYES**  
 ES VEDOVATO, JA VAZQUEZ, MC ADDUCCI, AV CORONEL, DN CHIACCHIARA, DJ FIRPO  
 Hospital D.F. Santojanni, Argentina

Objetivo: Estudiar las relaciones entre la intuición médica, y el enfoque Bayesiano de la probabilidad (pr) condicional de los estudios complementarios como diagnóstico en el marco de la presentación de una enfermedad infrecuente. La encefalopatía de

Creutzfeldt-Jakob esporádica (CJe). Material y métodos: Descripción de un caso clínico de presentación infrecuente con dos resultados falsos negativos de un test con alta sensibilidad y especificidad. Paciente (p) de 59 años que 2 meses antes de su ingreso comienza el cuadro con parestesias en MSD a las que luego se agrega dislalia, deterioro cognitivo, alteraciones visuales, y episodios confusionales. Ingresa al UTI por cuadro confusional rigidez de miembros y movimientos disquinéticos así como convulsiones generalizadas. Los datos de rutina de laboratorio, hormonas tiroideas y el EKG resultan inespecíficos. Las imágenes cerebrales (TAC/IRM) no ofrecen alteraciones. El EEG no mostró alteraciones compatibles con CJ. La serología para HIV, VDRL, herpes virus, y la química del LCR no muestra alteraciones. Con la sospecha de CJe se solicitó medición de Proteína 14-3-3 en LCR en dos oportunidades, resultando en ambas negativas. La p fallece tres meses luego. La necropsia estableció diagnóstico definitivo de CJe. Resultados: La elaboración diagnóstica de un trastorno en particular, representa un arte muy complejo, en el cual se incluyen múltiples factores con la expectativa de configurar un modelo conceptual que se comparará con un criterio de verdad conocido (Gold Standard). En el marco del pensamiento Bayesiano que predomina en nuestros días, cuando se aplica un método determinado para establecer un diagnóstico, conociendo el "likelihood ratio" positivo o negativo del método y la prevalencia conocida de la enfermedad previa a la prueba, podemos calcular la prevalencia esperada posterior a realizar la prueba si el test es positivo o negativo. En este caso la enfermedad de CJe es un trastorno de baja incidencia. Las características clínicas de la misma son inespecíficas, y el cuadro típico se observa solo en 1/3 de los p. sin embargo y basándonos en la literatura internacional podemos aceptar que los valores diagnósticos de la clínica son: S y E 0.95 y 0.80, lo que implica VPP 38%, VPN 99% LR+ 4.83, LR- 0.07. En cuanto al EEG S: 0.67 E: 0.86 VPP: 83% VPN: 72% LR+: 4.79, LR-:0.38. En cuanto a la proteína 14-3-3 según autores originales S: 0.96 E: 0.99 VPP: 99% VPN: 96%, LR+:96 LR-:0.04. En nuestro medio S: 0.94 E: 0.84 VPP: 85%, VPN: 93%, LR+: 5.88, LR-:0.07. Por lo tanto, teniendo en cuenta los LR descriptos podemos llegar a la conclusión que nuestro p tenía una pr de 83% de padecer CJe, la que se redujo 31% con la presencia de los EEG negativos (no típicos), pero en presencia de la negatividad de la proteína 14-3-3 la pr llegó a caer al 12%. La sospecha clínica de CJe nunca se abandona conclusiones: • El teorema Bayesiano tiene importantes limitaciones en el enfoque de enfermedades poco prevalentes • Es conveniente relativizar los valores de S y E de estudios complementarios de enfermedades poco prevalentes

#### 0074 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR HEMORRÁGICO EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN NUESTRA UCIP

GL FAGALDE, GE CORREA, AS REARTE, P GALLARDO, AF MOLINA, MV ALVARRACIN, P BOTTA, LS MARCOS  
Hospital Niño Jesús Tucumán, Argentina

Introducción: El accidente cerebro vascular (ACV) hemorrágico en la infancia es poco frecuente, con una incidencia del 1,1%/100000 habitantes-año. Incluye al Hematoma Intraparenquimatoso espontáneo y la Hemorragia Subaracnoidea no traumática. En su gran mayoría son secundarios a malformaciones arteriovenosas (MAV), tumores cerebrales o coagulopatías. La mortalidad referida en la bibliografía es de un 25% y la morbilidad del 42% de los sobrevivientes. Objetivos: Conocer características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que ingresaron a UCIP con diagnóstico de ACV. Materiales y Métodos: estudio de corte retrospectivo que incluyó pacientes de 1 mes a 15 años que ingresaron a UCIP entre el 01/07/06 al 31/03/08 con diagnóstico de ACV hemorrágico no traumático. Resultados: Durante el periodo estudiado ingresaron a la UCIP 7 pacientes, la edad media fue de 9 años (MAX 13 y MIN 7), siendo 4 del sexo femenino. Síntomas previos al ingreso

Sintoma	Numero de Pacientes	Porcentaje
Cefalea	6	85
Convulsiones	5	57
Vómitos	2	28
Deficit Motor	1	14

#### Scores y Escalas al ingreso

Glasgow	Nº Pac	Hunt-Hess	Nº Pac	Fisher	Nº Pac
3/15	5	5	6	4	6
5-8/15	2	4	1	3	1
9/15	1				

La etiología más frecuente correspondió en 3 pacientes una MAV, Aneurisma Cerebral Posterior en 1paciente, 3 pacientes que fallecieron sin diagnóstico certero. Todos los pacientes que fallecieron (57%, n=4), tuvieron al ingreso una SG de 3, un HUNT-HESS de 5 y un FISHER de 4. Conclusiones: El ACV hemorrágico es una patología poco frecuente en niños, la mayoría son secundarias a MAV. En nuestra serie no se hallaron factores de riesgo en común. La mortalidad en nuestra serie fue del 57%, cifra que duplica a la encontrada en la bibliografía y se relaciono con los peores valores de Glasgow, Hunt-Hess y Fisher. En las publicaciones actuales no se encontraron guías clínicas de esta patología en niños, la mayoría de lo publicado corresponde a pequeñas series de casos y cohortes retrospectivas. Creemos necesario la realización de trabajos multicéntricos controlados para la elaboración de guías de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

#### 0076 IMPACTO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA SEGÚN SENSIBILIDAD DE GÉRMESES

C PEREYRA<sup>1</sup>, E BARROZO<sup>1</sup>, M LUGARO<sup>1</sup>, G DIAZ<sup>1</sup>, S MUÑOZ<sup>2</sup>, D VIOLI<sup>1</sup>, L BENITO MORI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serv. Terapia Intensiva H.I.G.A Dr Luis Güemes HAEDO, Argentina. <sup>2</sup>Serv Bacteriología H.I.G.A Dr Luis Güemes HAEDO, Argentina

Objetivo: Comparar morbilidad y mortalidad de la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) por gérmenes sensibles y multiresistentes. Material y métodos: Análisis retrospectivo basado en datos prospectivos de vigilancia epidemiológica, casos-control, en una unidad polivalente de 15 camas de alta complejidad por un período de 12 meses. Se incluyó todo episodio de NAVM con confirmación bacteriológica y antibiograma en todo paciente que requirió más de 48 hs de ARM. Se definió NAVM por persistencia o aparición de nuevos infiltrados junto con 2 o más de los siguientes criterios: Temperatura > 38.3°C o < 36°C, leucocitosis (>14 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>) o leucopenia (<4 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>) y/o desviación a la izquierda, secreciones purulentas, y confirmada por cultivo cuantitativo (aspirado bronquial rto > 10<sup>5</sup> UFC/ml o BAL rto > 10<sup>4</sup> UFC/ml) Se definió germen multiresistente al aislamiento de *S.aureus* meticilino resistente (SAMR); *A. baumannii* y *P. aeruginosa* que presenten resistencia in vitro a por lo menos 2 de los siguientes antibióticos: Cefalosporinas, antipseudomónicos, Carbapenemes, B-lactámicos con inhibidores de beta lactamasas, Fluoroquinolonas y Aminoglucósidos<sup>1</sup>; Enterobacterias con confirmación de beta lactamasa de espectro extendido (BLEE). También se consideró al aislamiento de *S. maltophilia* y *B.cepacia* por su importancia epidemiológica. Las variables con valores se presentaron como media y/o mediana con rango y las variables discretas en porcentajes. Las comparaciones se efectuaron con el software (Statistix 7.0) con test T o tabla 2x2 según corresponda con p significativa < 0.05 Resultados: De un total de 201 ptes con ARM > 48 hs, 55 desarrollaron 67 episodios de NAVM de los cuales 9 (13.4%) fueron sin rescate de germen. Se analizaron 56 episodios divididos en grupo sensible (GS) 20 (36%) y grupo resistente (GR) 36 (64%). Los datos más relevantes:

	GS = 20	GR = 36	p
Edad	53 (18-77)	54 (16-84)	NS
Sexo n (%)	Masc 12 (60)	Masc 25 (69)	NS
Apache	20 (9-32)	20 (8-34)	NS
Diag. ingreso n (%)	Trauma 11 (55) Neuro 6 (30) Clínica Médica 2 (10)	Trauma 13 (36) Neuro 7 (20) Clínica médica 9 (25)	
Días ARM preNAVM	4 (2-13) Med 3.5	12 (1-44) Med 6.5	<0.001
Días ARM	20 (4-47)	25 (3-56)	NS
Días UTI	26 (5-65)	30 (4-65)	NS
Días HTAL	36 (6-108)	40 (12-88)	0.004

(Continuación)

SOFA al diagnóstico	5 (1-13)	4 (1-12)	NS
Presencia disf. orgánica n (%)	14 (70)	32 (89)	NS
Nº disf. orgánicas	Mediana 1.5	Mediana 2	NS
SDRA n (%)	4 (20)	11 (31)	NS
Shock séptico n (%)	7 (35)	10 (28)	NS
ATB empírico adecuado n (%)	20 (100)	23 (64)	0.006
Mortalidad n (%)	10 (50)	20 (55)	0.90
Germen n (%)	<i>S. aureus</i> 9 (45) <i>S. pneumoniae</i> 4 (20) Enterobacterias 6 (30) <i>Haemophilus spp1</i> (5) <i>A. baumannii</i> 1 (5)	<i>A. baumannii</i> 18 (22) <i>P. aeruginosa</i> 8 (22) SAMR 7 (19) Enterobact. Blee 6 (17) <i>S. maltophilia</i> 2 (5) <i>B. cepacia</i> 1 (3)	
Bacteriemia n (%)	6 (30)	2 (5)	0.003
Monomicrobianas n (%)	14 (70)	21 (58)	NS

Conclusiones: No se encontraron diferencias en mortalidad y morbilidad entre ambos grupos, ésto podría explicarse por la gravedad y mayor incidencia de bacteriemias observada en el GS.

<sup>1</sup>CID 2006, 43:543-8

### 0077 EVALUACIÓN HISTOPATOLÓGICA DEL DAÑO MULTIORGÁNICO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SEPSIS ABDOMINAL

N PISTILLO, O YAMIL, M PEREIRO, C ARTANA  
Hospital Pedro Fiorito, Argentina

Introducción: La ligadura y doble punción del ciego (LPC) es un modelo experimental de sepsis ampliamente utilizado. La evaluación histopatológica de los órganos comprometidos en este modelo permitirá comprender mejor los mecanismos fisiopatológicos involucrados en la sepsis de origen abdominal. **Objetivos:** Evaluar la frecuencia y gravedad de las lesiones orgánicas en un modelo experimental de sepsis abdominal por LPC. **Materiales y Métodos:** Se utilizaron 20 ratones (CF1) a los que se les indujo sepsis abdominal por medio de la LPC. Se analizó la curva de muerte a los 15 días en 20 animales. En otros 16 ratones, se estudiaron los cambios histopatológicos asociados con la sepsis. En este grupo se incluyeron tanto ratones que murieron por sepsis (n: 8) como aquéllos que se sacrificaron dentro de los 6 días de la LPC (n:8). Se analizaron los siguientes órganos: corazón, pulmón, intestino, hígado, páncreas, bazo y riñón. En los animales sacrificados también se estudió el cerebro. Los órganos fueron evaluados con la técnica de hematoxilina-eosina. Se consideró daño orgánico asociado con la sepsis a las siguientes lesiones: *renal*: congestión intensa, necrosis tubular aguda o necrosis renal focal, *hepática*: congestión intensa o necrosis, *intestinal*: necrosis o lisis apical, *cardíaca*: congestión o necrosis, *pulmonar*: congestión intensa o hemorrágica, *páncreas*: congestión intensa o necrosis, *bazo*: presencia de infarto y *cerebral*: encefalitis. Los preparados fueron evaluados por un patólogo quien clasificó la gravedad de las lesiones en: leves, moderadas o severas. También se evaluó la presencia de apoptosis intestinal con la técnica de TUNEL. **Resultados:** Sobrevivió el 25% de los ratones, la mayoría de las muertes ocurrió dentro de los primeros 5 días. Se observaron lesiones graves en el 43.1% de los órganos estudiados. Los animales que fallecieron tuvieron mayor frecuencia de daño orgánico (vivos: 27% vs muertos 62.5%, Fisher test: p<0.05). Cinco animales presentaron embolia séptica (riñón: 4, pulmón: 1, bazo, 1 y corazón: 1), un ratón tuvo tromboembolismo de pulmón y dos hemorragia intraalveolar. El órgano más afectado por la sepsis fue el hígado (75%) seguido por el intestino (57%), los riñones (57%), el pulmón (50%), el corazón (37.5%), el páncreas (25%) y el cerebro (12.5%). En general, la mayoría de las lesiones observadas en el hígado, riñón, intestino y pulmón fueron entre moderadas a severas; el intestino fue el órgano que mostró más compromiso (daño severo: 42.8%), el 50% de las lesiones intestinales correspondió a necrosis, por otra parte, todos los preparados estudiados con la técnica de TUNEL presentaron apoptosis intestinal intensa. **Conclusiones:** En este modelo de sepsis, el daño histopatológico multiorgánico fue un proceso frecuente y la gravedad del mismo fue asociada con mayor mortalidad. La disrupción de la barrera intestinal tanto por necrosis como por apoptosis fue el evento común en este modelo de LPC y probablemente la fuente de

traslocación tanto de la infección (embolia séptica) como de la inflamación (daño orgánico a distancia).

### 0078 SÍNDROME DE ERITEMA CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS ASOCIADO A DROGAS. REPORTE DE UN CASO

P SZÉKELY, G KREBS, L SAAVEDRA, D LAFOSSE, P CORNIGLIA, A HINTZE BARUJ, J LEZCANO, S MARE, M FRANCO, L ROMERO  
Sanatorio Dr. Julio Méndez, Argentina

Introducción: El Síndrome de eritema con eosinofilia y síntomas sistémicos asociado a drogas (DRESS), es una forma grave de hipersensibilidad idiosincrática a fármacos, caracterizado por exantema maculopapular confluyente, fiebre, linfadenopatías y afectación orgánica predominantemente hepática y renal. La incidencia es de 1 cada 10.000 pacientes tratados con antimicrobiales siendo su mortalidad del 10%. **Objetivo:** Reporte de un caso de DRESS. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 65 años, con antecedentes de enfermedad de Chagas, enolismo severo y neuralgia del trigémino por lo que inició tratamiento con carbamazepina un mes previo a la consulta. Tras 15 días de haber comenzado la ingesta del fármaco, presentó un cuadro de rash sin afectación de las mucosas (eritema palmo plantar pruriginoso con descamación furfurácea), agregándose diarrea, fiebre y adenopatías duro elásticas levemente dolorosas a nivel cervical, submaxilar y axilar. Ingresó a Unidad Cerrada normotenso, oligúrico, afebril y lúcido. Se tomó cultivos de sangre y orina que resultaron negativos y dado el cuadro clínico se suspendió el tratamiento con carbamazepina. Se evidenció en el laboratorio una hepatitis subclínica (TGO: 54 UI/ml; TGP: 91 UI/ml; FAL: 1750 UI/ml) e insuficiencia renal (urea: 114 mg/ml; creatinina: 2,5 mg/ml). En el frotis de sangre periférica se contabilizaron 41.500 leucocitos/mm<sup>3</sup> con un 25% de eosinófilos. La serología para HIV, HBV, HCV, CMV y la prueba rápida para mononucleosis resultaron negativas. En la ecografía abdominal no se observaron alteraciones. Se decidió realizar anatomía patológica de biopsia cutánea que arrojó como resultado dermatitis perivascular intersticial superficial y de la interfase asociándose extravasación de hematíes con signos de vasculitis linfocitaria. Se sospechó DRESS instaurándose tratamiento sintomático y de soporte vital. Tras la supresión del fármaco el paciente evolucionó con mejoría del cuadro cutáneo, hepático y renal. Cursando el 4º día de internación, presentó shock séptico con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilino sensible con falla multiorgánica requiriendo drogas vasoactivas, asistencia respiratoria mecánica por SDRA y hemodiálisis por anuria. Como complicaciones presentó, hemorragia digestiva alta, neumonía asociada al respirador y neumotórax hipertensivo que lo condujo al paro cardiopulmonar sin respuesta a las maniobras de resucitación cardiopulmonar. **Conclusión:** El DRESS es una entidad infrecuente con una presentación clínica que imita, en gran medida, a patologías con afectación sistémica llevando a un diagnóstico errado y retrasando la suspensión del fármaco causante. Es relevante la comunicación del caso clínico dada la necesidad de considerar los efectos adversos de drogas comúnmente utilizadas en la farmacopea cotidiana como un diagnóstico diferencial de importancia ante la presencia de pacientes con síntomas sistémicos graves.

### 0079 SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO, CUATRO CASOS DIAGNOSTICADOS SEGÚN CRITERIOS DE LEVENSON Y ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA EN UN LAPSO DE CUATRO AÑOS, EN HOSPITAL PÚBLICO. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y SU INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

E MORINIGO, E CAÑETE, F CHALUP, M CORONEL, A GONZALEZ, P ROMANO, V SAVLOFF, D SPESSOT, A VEGA, M ZELAYA  
Hospital Central de Formosa, Argentina

Objetivo Comunicar y alertar a los médicos, sobre la existencia no tan infrecuente de una patología potencialmente letal secundaria a una reacción idiosincrática a drogas neurolépticas, caracterizado por depresión de dopamina en el Sistema Nervioso Central. El síndrome neuroléptico maligno se caracteriza por disautonomía, hipertermia, rigidez, y alteración en el estado de conciencia y puede llegar a ser mortal. Material En esta ocasión se estudia-

ron cuatro casos ingresados a Terapia Intensiva de nuestro hospital en un lapso de cuatro años (2003-2007), dos provenían de zonas rurales y dos de zona urbana, tres de sexo masculino uno de sexo femenino. Edad 37±17. En todos los casos se puede observar el mismo síndrome caracterizado por: 1. Haber recibido drogas neurolépticas (haloperidol - levomepromazina.) previos al ingreso a UTI. 2. Trastorno de la conciencia. 3. Rigidez muscular generalizada. 4. Hipertermia 38° a 40°. 5. Taquicardia Fc. > 100x'. 6. Taquípnea fr. > 20x' 7. HTA > 140/100 mm Hg. 8. Diaforesis. 9. Leucocitosis > 10.000 x mm<sup>3</sup>. 10. CPK. Elevada hasta más de 9000 U/l. 11. En todos los casos se realizaron estudios complementarios: ecografía abdominal, Tomografía Axial Computada de cerebro, punción lumbar con lo cual se descartaron: Meningitis, Encefalitis, Sepsis. Cabe consignar que en tres casos analizados se encontraron signos de broncoaspiración y fueron tratados con antibióticos: clindamicina 600 mg c/6h más ceftriaxona 2g/ día, requiriendo ventilación mecánica (con neumovent 910 y leistung luft 1) la cual se indicó por hipoventilación y mala mecánica respiratoria, utilizándose siempre modos convencionales. En estos pacientes la mortalidad fue del 66%. En todos los casos el diagnóstico se realizó en las primeras 48 hs. del ingreso a Terapia Intensiva y se inició tratamiento con Bromocriptina hasta 60mg/día. Por sonda nasogastrica y diazepam 60mg/día IV. En tres casos se realizó dantrolen 30mg.kg. Dos pacientes tratados con dantrolen sobrevivieron 66%. De los cuatro pacientes solo 2 sobrevivieron, estos habían ingresado a Terapia Intensiva dentro de los 10 días de haber comenzado el cuadro no así los que obitaron quienes ingresaron luego de ese lapso. Resultado: Todos los pacientes ingresados con este síndrome recibieron bromocriptina y diazepam, tres de ellos recibieron además dantrolen. En tres casos se realizó dosaje de haloperidol que se halló en Rango terapéutico 5-30 ng/ml. Tres requirieron ventilación mecánica. Tres sufrieron complicaciones infecciosas: neumonía - Infección urinaria, todos tratados con antibióticos. Sobrevivieron los pacientes que habían ingresados dentro de los 10 días de iniciado el cuadro. Promedio de días de internación 32±10. Promedio de interacción en Terapia 16 días. Conclusión se debe tener presente este síndrome en pacientes que recibieron medicación neuroléptica. Todos estos pacientes deberían ingresar tempranamente a Terapia Intensiva. Es claro el beneficio que aportan los cuidados especiales en estos casos. El diagnóstico debe ser temprano y el tratamiento multidisciplinario.

#### 0080 EL MEROPENEM INCREMENTÓ LA EFICACIA DE LA COLISTINA TANTO IN VITRO COMO IN VIVO EN UN MODELO DE INFECCIÓN POR ACINETOBACTER BAUMANNII CARBAPENEM RESISTENTE

N PISTILLO<sup>1</sup>, JJ VIDELA<sup>2</sup>, AE MASUCCI<sup>3</sup>, JJ SCARIMBOLO<sup>1</sup>, S BRUNO<sup>4</sup>, V RIETSCHEL<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Pedro Fiorito, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Francisco Javier Muñiz, Argentina. <sup>3</sup>Cátedra de Patología UBA, Argentina. <sup>4</sup>Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos Malbrán, Argentina

Objetivo: Evaluar la actividad sinérgica *in vitro* e *in vivo* del meropenem (Mero) en un modelo experimental de infección por *acinetobacter baumannii* carbapenem resistente (AbCR). Materiales y métodos: Estudio *in vitro*: La respuesta sinérgica entre ATB se analizó a través de la curva de muerte bacteriana. AbCR resistentes a Mero (CIM > 16 mg/ml) fueron cultivados en una concentración inicial de (10<sup>4</sup> UFC/ml) en presencia de una dosis de ATB similar a la máxima esperada en suero humano: 1) colistina (Col): 6 mg/ml, 2) meropenem: 49 mg/ml, 3) Col+ Mero: 6/49 mg/ml. A las 24hs se comparó la reducción bacteriana según turbidez (basal, 3, 6 y 24 horas). Se consideró sinergia entre ATB si la combinación de drogas reducía en dos unidades logarítmicas con respecto al ATB más potente. Estudio *in vivo*: Se eligió el modelo de empiema por la dificultad farmacocinética de la colistina para alcanzar el espacio pleural (EP) y la accesibilidad de esta cavidad para su estudio. Se utilizaron 45 ratones *Rockland* (20-25 g). Se indujo empiema a través de la inyección intrapleural (0.1 ml) de la misma solución bacteriana utilizada *in vitro*. Los animales (15 por grupo) fueron randomizados para recibir: 1) Col, 2) Col+ Mero o 3) placebo (control). Las drogas se administraron por vía intraperitoneal durante 5 días. Se evaluó la mortalidad hasta el día 7, posteriormente se cultivó el líquido pleural y se analizó el daño pulmonar teniendo en cuenta la presen-

cia de congestión, hemorragia, infiltrado leucocitario y fibrina con una puntuación de 0 a 3. Se consideró reducción bacteriana significativa cuando el número de colonias en el EP fue menor a 10<sup>3</sup>. Resultados: La curva de muerte bacteriana mostró a las 24hs crecimiento bacteriano en los grupos: Control (10<sup>7</sup>), Col (10<sup>6</sup>), Mero: (10<sup>5</sup>) y reducción significativa (sinergismo) en el grupo Col + Mero: (10<sup>0</sup>). Supervivencia de los ratones: Col + Mero: 66.6%, Control: 33.3% y Col: 26.6%. El primer grupo tuvo menor mortalidad con respecto al control (*Log rank Test*, p= 0.03), menor daño pleural y pulmonar (Col + Mero: 0.5 ± 0.5 puntos vs Control: 2 ± 0.7 puntos; *Wilcoxon*: p= 0.01). Se rescató AbCR en un número mayor de 10<sup>3</sup> UFC/ml en 4/5 de los animales del grupo control, mientras que fue menor a este valor en todos los ratones del grupo col + mero: (0/9) (*Fisher test*, p= 0.002). Conclusiones: En este modelo experimental de sepsis por AbCR el meropenem aumentó la eficacia de la colistina tanto *in vitro* como *in vivo*. Por otra parte, destacamos la importancia de la curva de muerte bacteriana para la optimización terapéutica antimicrobiana.

#### 0081 ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA CRÓNICA EN PEDIATRÍA, UN PROBLEMA O UNA SOLUCIÓN, EN INSTITUCIONES PRIVADAS DEL NORTE DEL PAÍS

T FIORI BIMBI, E ORQUEDA

SENYP-CIAP (Servicio de Neonatología y Pediatría - Centro Integral de Atención Perinatal) Tucumán - Argentina.

Objetivos: Mostrar la experiencia con dos niños crónicamente dependiente de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Quienes se encuentran internados actualmente en nuestra institución sin posibilidad de ingresar a un Programa de asistencia respiratoria mecánica (PARMD). Material y método: Estudio descriptivo de 2 pacientes menores de 2 años institucionalizados desde su nacimiento y con mismo tiempo de ARM. Se observó las siguientes variables en los dos pacientes: 1) edad actual. 2) edad al ingreso en ARM. 3) edad de ingreso en nuestra institución. 4) enfermedad de base. 5) Intercurrencias grave durante la internación. 6) pronóstico de vida. 7) funcionamiento familiar. 8) posibilidad de internación domiciliaria. Resultados: Nuestro servicio forma parte de la salud privada en la Provincia de Tucumán, es monovalente (neonatología y pediatría), en la sección de pediatría contamos con 4 unidades para cuidados críticos y ARM, actualmente el 50% se encuentra ocupada por niños con asistencia respiratoria mecánica crónica (ARMC) desde hace 4 meses. Paciente 1: 1) 18 meses, 2) desde nacimiento, 3) desde nacimiento, 4) hipoventilación central, 5) bronquiolitis a los 7 meses, 6) bueno, 7) padres separados, el gobierno le consiguió una vivienda por su posible internación domiciliaria, sus hermanos registran ausencias escolares, en los últimos cuatro meses gran parte del día se encuentra sin cuidadores. 8) desde los 6 meses se encuentra en condiciones clínicas de ingresar a un programa de asistencia respiratoria mecánica domiciliaria (PARMD). Paciente 2: 1) 6 meses, 2) desde nacimiento, 3) desde los 2 meses, 4) atrofia espinal I, 5) varios esquemas ATB por infección respiratoria bacteriana, 6) mortalidad entre el año y dos años, 7) padres juntos ambos en sus actividades laborales, cuidadores las 24 hs., 8) clínicamente sin condiciones de ingresar a PARMD por su inestabilidad. Conclusiones: 1. En la región del Norte del país la internación domiciliaria pediátrica compleja no existe, el principal motivo de esta situación son los costos ya que poner en funcionamiento un programa para tal motivo triplica o cuatriplica los costos a la internación institucional, esto se debe a que las obras sociales el día de terapia intensiva en esta región lo pagan entre un 25-40% menos que en el centro del país. 2. La internación crónica nos pone en la situación de rechazar niños con patologías grave en un 30% mensual. Estos problemas son negativos para el desarrollo de la salud privada en la región. 3. lo positivo, el ingreso mensual fijo que significa esta clase de pacientes, que con los costos que se maneja en la región pasa a ser una problemática más. ¿Por qué tanta diferencia en un mismo país si a lo largo y a lo ancho se practica la misma medicina? ¿Podemos hacer algo entre todos, o solo se seguirán beneficiando algunos niños?

#### 0082 BRONQUIOLITIS MODERADA Y GRAVE, SISTEMÁTICA DE ATENCIÓN Y SOBREVIVENCIA EN LACTANTES Y NEONATOS DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA DE TUCUMÁN

T FIORI BIMBI, E ORQUEDA, V CISTERNA

SENYP-CIAP( Servicio de Neonatología y Pediatría – Centro Integral de Atención Perinatal) Tucumán – Argentina.

**Objetivo:** Mostrar la sistemática de atención y sobrevida en bronquiolitis grave que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM). **Material y métodos:** se realizó una valoración retrospectiva de una cohorte de pacientes menores de 1 año con diagnóstico de bronquiolitis con una protocolización de su asistencia, mediante un programa de tratamiento sistematizado de atención (PTSA). **Resultados:** desde el 4 de marzo al 15 de diciembre del 2007 ingresaron a internación 57 lactantes con diagnóstico de bronquiolitis (definido como primer episodio de obstrucción bronquial de causa viral) El 100% fueron evaluadas con el score de Wood-Dawnes, el 100% tenía una puntuación igual o mayor a 4 (moderadas o graves). Se utilizaron 4 tratamientos sistematizados (TS): TS1: O2 – salbutamol – succión a demanda; TS2: O2 – salbutamol – sedación – sonda naso gástrica para alimentación (SNGA); TS3: O2 – adrenalina nebulizada (AN) – sedación – SNGA; TS4: ARM – AN. Recibieron corticoides aquellos que tenían antecedentes familiares directos de hiperreactividad bronquial, atopias y los que ingresaron en ARM. El cual fue un 50% aproximadamente para cada grupo. Del total de pacientes: 8 (14%) TS1; 18 (31.5%) TS2; 24 (42.1%) TS3; 7 (12.2%) TS4. Del total de pacientes: G1) 47 (82.5%) virológicos positivos (VP) de estos 43 (91.4%) virus sincitial respiratorio (VSR), 2 (4.2%) parainfluenza y los otros 2 influenza. G2) 7 (12.2%) virológicos negativo. G3) 3 (5.2%) no se pudo tomar muestra. Los niños de los grupos 2 y 3 tuvieron la característica que fueron: mayor de 6 meses, requirieron TS1 8 pacientes y TS2 2 pacientes, sobrevivieron el 100%. De los 47 pacientes con VP, 1) 9 menores de 28 días, requirieron TS4 4 pacientes y TS3 5 pacientes, sobrevivieron el 100%. 2) 38 mayores de 28 días, tuvieron TS4 3, TS3 19, TS2 16 pacientes, sobrevivieron 37 (97%), la única muerte tuvo la característica de tener 68 días de vida, asociada a una sepsis por neumococo. Los 7 pacientes que requirieron ARM fueron VSR. La mortalidad global fue 1.8%. Se rescataron de ingreso a ARM el 42.1%. **Conclusiones:** la implementación de la categorización de los pacientes con bronquiolitis moderada y grave por medio un score de gravedad, el uso de un tratamiento sistematizado, y la inclusión de la AN, tuvo el resultado de una mortalidad baja en los pacientes en ARM, y la posibilidad de rescatar al 42% de pacientes con Bronquiolitis moderada a grave con posibilidad potencial de ingreso a ventilador. Esta observación nos dio la posibilidad de diseñar un protocolo de investigación hacia la línea de Adrenalina NBZ y ARM + AN.

**0083 STRONGYLOIDIASIS DISEMINADA**

S SANTIGIULIANA, G RADICE, A DI MARTINO, G IZZO, C DE FILIPPO, M BERTE, D NOVAL, S ILUTOVICH  
SANATORIO DE LA TRINIDAD MITRE, Argentina

**Introducción:** La estrogiloidiasis diseminada es una patología infrecuente que se presenta con síntomas gastrointestinales inespecíficos, pulmonares o con sepsis por bacilos Gram negativos; en esta última forma de presentación suele ser subdiagnosticado. **Objetivos:** Describir un caso clínico de infección diseminada por Strongyloides stercoralis (SS) destacando la importancia del diagnóstico de la parasitosis en contexto de sepsis por BGN. **Materiales y métodos:** Revisión y análisis de la historia clínica. **Descripción:** Paciente de 82 años con antecedentes de úlcera gástrica, EPOC en tratamiento con corticoides que ingresó por episodio convulsivo y deterioro del estado de conciencia. Requirió VM. Hemocultivos negativos y LCR con glucosa 100 mg%, proteínas 7.5 mg%, células 2000/mm<sup>3</sup>, lactato 9 mmol/l. Directo con BGN que no desarrolló en cultivos. Hemocultivos y urocultivo negativos. Se trató con piperacilina-tazonam. TAC normal al ingreso y a los 7 días. Evolución favorablemente. Pasó a piso. El 19º día de internación reingresó por insuficiencia respiratoria con infiltrados pulmonares, lúcido. Requirió VM, evolucionó con shock. Cultivo de orina y aspirado traqueal positivos para E coli. Se realizó PL: glucosa 29 mg%, proteínas 154 mg%, lactato 11,4 mmol/l, células 2. TAC de cerebro normal. RMN: T1 y T2 hiperintensidad en zonas declives de los ventrículos laterales, difusión con hiperintensidad a dicho nivel que conforma nivel líquido-líquido con el LCR. Se realizó ventriculostomía bilateral con aislamiento de BGN en LCR intraventricular y drenaje

ventricular con débito de líquido turbio. Intercurrió con fungemia por Cándida. Por repetidas infecciones por BGN se comenzó rastro de infección parasitaria en aspirado traqueal y heces; ambas muestras resultaron positivas para Strongyloides stercoralis. Nunca presentó eosinofilia. Se trató con imidazólicos y, por persistencia de larvas vitales en aspirado traqueal bajo tratamiento con albendazol, inició tratamiento con ivermectina. Cumplió tratamiento con meropenem por meningitis. Se retiraron drenajes sin cambios en la imagen tomográfica. Vigil sin contenido de conciencia. Falleció al día 85º de internación por hemorragia digestiva. **DISCUSION:** La infección diseminada por SS se define como la migración larvaria a órganos no relacionados a ciclo de Löffler. Se presenta en áreas endémicas generalmente en pacientes inmunocomprometidos. En el paciente reportado el factor de riesgo fue el uso de esteroides en forma prolongada. El germen habita generalmente en suelos húmedos y en nuestro país se lo halla en el norte y la Mesopotamia, aunque se han reportado casos autóctonos en la provincia de Buenos Aires. **Conclusión:** la estrogiloidiasis diseminada es una patología infrecuente en las áreas de cuidado intensivo, sin embargo nuestro país existe una zona endémica. Dado que los test diagnósticos son accesibles y de fácil realización, deberían realizarse a todos los pacientes inmunocomprometidos que se presentan con sepsis por BGN.

**0084 IMPLEMENTACIÓN DE BUNDLES DE SURVIVING SEPSIS CAMPAIGN EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PROVINCIAL NEUQUÉN**

M CORNU, V SCIUTO, C MORANT, S SVAMPA, S ALEGRIA, A POLLINI, L MARINCEVIC, A RAMELLA, M FUMALE, S GONZALEZ CRUZ, M DOTTO, I DALMASSO, N SANCHEZ, K SAIBAL  
Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Provincial Neuquén., Argentina

**Objetivo:** Evaluar la implementación de las bundles de la surviving sepsis campaign (SSC) en pacientes con shock séptico y sepsis severa; y comparar la tasa de mortalidad con control histórico. **Material y método:** Se evaluaron en forma prospectiva los pacientes que ingresaron a la Servicio de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Provincial Neuquén (HPN) con diagnóstico de sepsis severa y shock séptico según el consenso de SCCM/ACCM . Se aplicaron las bundles de resucitación en 6 primeras horas y las de tratamiento en las 24hs. Se calcularon los indicadores de calidad para las bundles 6hs y 24 hs. a los 90 días de implementada la campaña (periodo A) y al final del periodo de estudio (periodo B). Se compararon las tasas de acatamiento de ambos periodos. Se calculo tasa de mortalidad para el grupo tratamiento y se e comparo con control histórico. **Resultados:** Se incorporaron 27 paciente consecutivos que ingresaron a la UTI del HPN en el periodo de julio de 2006 a Marzo de 2007. Se aplicaron las bundles de resucitación y tratamiento de la SSC. La media de edad fue de 56 años, 60% fueron varones y 40% mujeres. El 78% presentaron shock séptico al ingreso y el 22% sepsis severa. APACHE II 19, requirieron ventilación mecánica el 77%. La causa mas frecuente de infección fue la respiratoria (13), seguido de la abdominal (10). La tasa de acatamiento a las medidas fueron para periodo A (n=16) vs. Perí-odo B (n=11): bundles 6 hs. lactato 37% (6) vs. 90% (10), Hemocultivos 81% (13) vs. 100% (11) e inicio de ATB 81% (13) vs. 90% (10), PVC 43% (7) vs. 90%(10) y SvcO2 87% vs. 90% (10). Para las bundles de 24 hs. ningún paciente recibió corticoides a dosis bajas ni proteína C reactiva. Se logro presiones plateau < 30 en el 100% en ambos periodos (27) y control de glucemias inferior a 150 mg% en 81% (13) vs. 50% (5). La mortalidad a los 28 días fue comparada con un control histórico, 48% versus 66% ( riesgo relativo (RR) 0.72 con 95% intervalo de confianza (IC) 0.13 a 1.60, p=0.27) para similar edad y severidad de sepsis. **Conclusiones:** Se observó un bajo acatamiento en las medidas de diagnostico (lactato). Se logró un buen acatamiento de los objetivos de resucitación desde el inicio (SvcO2). Todas las medidas mejoraron su indicador de calidad luego de auditoria y ajustes de implementación de la campaña, excepto control de glucemias en las primeras 24 hs. La muestra no tiene el suficiente poder para evaluar beneficios de mortalidad mostrando un RRR 28%.

### 0085 SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN DE ETIOLOGÍA NO DEFINIDA

F POCHETINO, M GOTTERO, M TOLOSA, S NIEVA, O DIAZ MOYANO

Servicio de Terapia Intensiva Hospital Misericordia, Argentina

**Introducción:** El Síndrome Pulmón Riñón se define como la combinación de hemorragia alveolar difusa (HAD) y Glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP). En su patogenia están involucrados mecanismos como anticuerpos (antimembrana basal glomerular, anticitoplasma de neutrófilos), inmunocomplejos, microangiopatía trombótica y drogas. Los pacientes se presentan en forma aguda con fallo respiratorio y renal severos. El diagnóstico temprano, la exclusión de infecciones y la iniciación temprana de la terapéutica son fundamentales para la supervivencia. **Caso Clínico:** Masculino de 43 años, Artritis Reumatoidea (AR) de 5 años de evolución tratada con colchicina y antiinflamatorios. Ingresó con disnea progresiva de 3 días de evolución, esputos hemoptóicos, hipertensión sostenida y oligoanuria. En Terapia Intensiva permanece hipoxémico y con acidosis metabólica, se decide ventilación mecánica. Presenta sedimento urinario con cilindros hemáticos y leucocitarios, insuficiencia renal (IR), Radiografía de tórax con infiltrado pulmonar bilateral micronodular y caída de hemoglobina. Se solicita serología inmune, biopsia renal y se comienza con pulsos de metilprednisolona, gamaglobulina y ciclofosfamida. Se inicia hemodiálisis (HD). Se diagnostica HAD y GNRP. Presentó complicaciones infecciosas intrahospitalarias y neurológicas con mioclonías tratadas con benzodiazepinas y ácido valproico, causando este último fallo hepático agudo. La RMN de cerebro mostró lesiones cortico subcorticales temporoparietales (isquémicas?). La serología inmune fue negativa (Anticuerpos antinucleares, ANCA, ENA, anticitrulinas, anticardiolipinas, anti DNA, crioglobulinas), serología HIV negativa. La biopsia renal mostró depósitos débiles de IgA IgM y C3, y la microscopía electrónica esclerosis glomerular y podocitos fusionados con esclerosis intersticial difusa. Luego de 35 días se otorga el alta, hipertensión, IR crónica con discontinuación de HD y tratamiento con esteroides y ciclofosfamida en pulsos endovenosos. Ambulatoriamente evoluciona con poliartritis, fiebre y progresión de su IR. Se interna nuevamente con diagnóstico de Artritis séptica y se inicia HD definitiva. Buena respuesta con antibioticoterapia y cirugía. Comienza terapia de mantenimiento con azatioprina. **Discusión:** Se presenta este caso por la complejidad de su manejo y las características particulares de su evolución. En la búsqueda de su etiología se investigaron Síndrome de Goodpasture, vasculitis ANCA positivas y negativas, GNRP paucimunes, drogas, Microangiopatía trombótica, infecciones y enfermedades autoinmunes (AR, Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípido). El 66% de estos pacientes va a trasplante renal a los 4 años, las recaídas varían entre el 11 y 57%. Se destacan como causas más probables en este caso Vasculitis asociada a AR, drogas y Vasculitis ANCA con serología negativa.

### 0086 INFECCIÓN SEVERA POR BORDETELLA PERTUSSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ME PNAZZI, RF BURGOS PRATX, EA MARI, PN PACHECO  
Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina

**Introducción:** La coqueluche es una enfermedad bacteriana respiratoria altamente contagiosa endemo- epidémica de distribución universal. Se presenta con ciclos epidémicos cada 3 a 5 años. Desde la introducción del 2° refuerzo de vacunación al ingreso escolar en 1984 la incidencia de notificación disminuyó hasta el 2003, año en que se observó una reemergencia con tasas de notificación que variaron de 1.8 (2003) a 5.7 (2005) casos cada 100000 habitantes. La mayor mortalidad se observa especialmente en menores de 6 meses. En los últimos años se asistió a un incremento en la presentación fulminante con hipertensión pulmonar severa (etiopatogenia desconocida) y muerte por shock cardiogénico. Se postuló la hiperleucocitosis como uno de los factores de riesgo. No existe hasta la fecha un tratamiento eficaz. Los intentos terapéuticos han oscilado desde esquemas sintomáticos (ARM, inotrópicos, vasodilatadores pulmonares, ECMO) a otros aparente o parcialmente específicos (exanguinotransfusión, leucoféresis, uso de gammaglobulina EV). La exanguinotransfusión se ha postulado en los últimos años en series reducidas de casos como una alternativa terapéu-

tica como método leucorreductor. **Objetivos:** evaluar características de la población, abordaje terapéutico, rol de la exanguinotransfusión y evolución de los niños internados con infección por Bordetella Pertussis (BP) en una UCIP, en el año 2007. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, no comparativo. El diagnóstico de BP se realizó por PCR del aspirado nasotraqueal en el Instituto Malbrán. **Resultados:** Se asistieron 9 pacientes con infección por BP; mediana de edad: 2 meses (rango: 1-6 meses). Ninguno vacunado. Ingresaron por taquicardia (190-230 por minuto) y dificultad respiratoria. Media de recuento de glóbulos blancos: 60400. Seis presentaron neumonía y requerimiento de ARM. Se realizó exanguinotransfusión en 7 pacientes. Cinco presentaron hipertensión pulmonar por ecocardiograma. Fallecieron 5 pacientes (55.5%), todos por colapso cardiovascular; todos presentaban neumonía. Al 80% (4/5) de ellos se le había realizado exanguinotransfusión. Se realizó autopsia en 1 paciente. Informó traqueobronquitis y neumonía necrotizante. No halló trombos leucocitarios. **Conclusiones:** La infección severa por BP constituyó la principal causa de mortalidad en nuestra UCIP en el año 2007. Nuestra serie no reprodujo la eficacia atribuida a la exanguinotransfusión en otras publicaciones. Resta por lo tanto definir su rol e indicaciones. Teniendo en cuenta la epidemiología de BP los esfuerzos deben estar dirigidos a incrementar las coberturas de inmunización en la población infantil y evaluar la necesidad de booster en los adolescentes y adultos.

### 0087 NEUMONÍA POR ACTINOMICETOS

L MENENDEZ, L FERREYRA GARROTT, M ROJAS, P ZINGARETTI, E RODRÍGUEZ, J GRUCCI, G ABRILE  
Nuevo Hospital de Río Cuarto, Argentina

**Introducción:** La actinomiosis es una infección bacteriana lentamente progresiva producida por bacterias G + anaerobias o microaerófilas que colonizan la orofaringe y el tracto gastrointestinal, la rotura de la barrera mucosa puede generar infección en cualquier parte del organismo. La forma torácica representa el 15% del total de las formas de presentación. **Caso clínico:** Paciente masculino de 60 años con dolor en puntada de costado en Hemitórax izquierdo acompañado de náuseas, vómitos y disnea a moderados esfuerzos. Trabajo jardinero. No es tabaquista. Practica deportes. Es internado por neumopatía aguda con derrame de base izquierda. Laboratorio: GB 8200, SAT O2 78%. Toracocentesis aspecto turbio con proteínas +++++, Ph 7,5 densidad 1015, desarrolla bacilos G - sensible a ciprofloxacina resistente a cefalosporina y ampicilina. Se trata con ceftriaxona y ciprofloxacina, 7 días después TC, hidroneumotorax encapsulado izquierdo con nivel hidroaéreo, paredes gruesas y tabiques. Hemitórax derecho derrame pleural. El día 14 del ingreso presenta fiebre GB 6500 VSG 115, taquicárdico, normotenso, febril, taquipneico, matidez en campo pulmonar izquierdo, resto del examen sin particularidades, cavidad bucal buen estado. LAB: VSG 116, GB 9900, HTO 31, Ph 7,5, PO2 55, PCO2 30,4, HCO3 23,3 EB 1,9 SAT O2 92%. Se coloca tubo de avenamiento pleural. TC consolidación del parénquima pulmonar en lóbulo inferior izquierdo con proceso patológico pleural. Derrame pleural derecho. Toracotomía posterolateral con abundante líquido purulento. Pasa a UTI en ARM, hipoventilación bilateral y roncus generalizados con dos tubos de drenaje en campo pulmonar izquierdo LAB. GB 10300 Hto 28, urea 36 creatinina 0,55 Na 141 K 4,3. Se inicia tto con Ceftazidima, Amikacina, Vancomicina con mala evolución respiratoria. Líquido pleural post quirúrgico abundantes bacilos G + tipo actinomicetos y candida spp. Zn -. Se inicia tto con penicilina y fluconazol con buena evolución. **Conclusión:** Si bien la infección por Actinomices spp. es muy infrecuente, debe ser tenida en cuenta en la evaluación de los pacientes con empiema en los que no se obtiene desarrollo de bacterias en aerobiosis, particularmente cuando el paciente tiene mal estado dental, pues su diagnóstico y tratamiento precoz evita las complicaciones que genera la cronicidad de esta infección.

### 0089 LIMITACIÓN DEL SOPORTE VITAL EN TERAPIA INTENSIVA. ESTUDIO PROSPECTIVO DURANTE UN AÑO EN UNA UTI MEDICO-QUIRÚRGICA

JM BUTERA, AO GALLESIO, E SAN ROMÁN, S GIANNASI  
Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La limitación del soporte vital (L.S.V.) resulta un hecho frecuente en las UTI. Dicha limitación constituye un giro en el plan terapéutico de los pacientes (P) desde el intento curativo o de control de la enfermedad hacia la priorización de un cuidado paliativo (CP) que minimice los sufrimientos del paciente (P.) y su familia (flia). Las decisiones sobre LSV pueden considerarse como parte del plan terapéutico de los P, proporcionado a su situación clínica y pronóstico. **Objetivo:** Describir la frecuencia y modalidad de LSV en una población de P. Críticos (Cr) en quienes existió consenso médico y del paciente o familiares acerca de la futilidad de la terapéutica de soporte. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional de 1 año de duración (octubre de 2006 a octubre 2007) en una UTI médicoquirúrgica. En recorrida diaria del servicio se registró el consenso para la decisión de LSV en los P. siguiendo las Pautas de abstención o retiro del SV en P Cr. de la SATI, año 1999. Fue registrado el número de pacientes ingresados, edad, score APACHE II y la mortalidad global en UTI. En el grupo con LSV se determinó la modalidad de limitación como abstención (abs) o retiro (ret) del mismo, la proporción de P con LSV en relación al total de ingresos y al total de fallecidos. **Resultados:** El total de P ingresados fue 1235, el APACHE de  $15.9 \pm 8.4$  (media  $\pm$  desvío standard). Edad:  $58.8$  años  $\pm 18.4$ . El sexo masculino en 51%. La mortalidad (mort) global en UTI fue de 19% (235/1235), el APACHE de fall fue  $23.3 \pm 7.4$  y el de sobrevivientes (viv)  $13.8 \pm 6.6$ . Existió algún grado de LSV en 141 P (11% del total), falleciendo en UTI 114 P. (114/235) (48.5%). Esta LSV comprendió la abs en 63/235 P (26.8%) o el retiro en 51/235 (21.7%) de los P. La orden de no reanimación (ONR), incluida entre las abs, ocurrió en 19/235 P (8%) de los fall. El APACHE de los P con LSV fue  $21.6 \pm 6.1$  y la edad  $71.1 \pm 15.7$  años, en el grupo sin LSV: APACHE  $15.7 \pm 7.7$ , edad  $57.3 \pm 18.4$ . Ambos con diferencia significativa ( $p < 0.001$ ). La mort en UTI de los P con LSV fue de 80.8% (114/121). **Conclusiones:** 1) Las proporciones de LSV sobre P fall y total de ingresos son similares a las experiencias en países latinos y del sur de Europa, y menores que las de países anglosajones y nórdicos. Oscila entre 35 y 90% de los P fall y 6.5 y 13.5% de los ingresos a las UTI. En el presente trabajo se halló un 48.5% sobre fall y 11% sobre total. 2) La proporción entre Abs y Ret del soporte sigue un patrón similar, oscilando entre el 23% al 63% de Ret. Nuestros hallazgos fueron de abs 26.8% y ret 21.7%. 3) Los P con LSV presentaron mayor gravedad a juzgar por el APACHE de ingreso y mayor edad que el grupo sin LSV. 4) La LSV no implicó el fall del P: (mort 80.8%). En los 27 P viv se priorizó el CP fuera de la UTI, un marcador de calidad asistencial en el final de la vida.

**0093 EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA DE CRÁNEO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

ML MARCHESE, F UNGAR, R DE ROSA, C BORGHI, JC ESCARDO, S COSENZA, D CZERWONKO, L SEANE, P VIDAL ARTETA, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

El traumatismo de cráneo es la primera causa mundial de incapacidad. La morbimortalidad depende de: el adecuado manejo inicial y el precoz reconocimiento de las complicaciones. **Objetivo:** Describir la epidemiología del TEC grave y moderado en nuestra UCI y el pronóstico a los 6 meses. **Materiales y Métodos:** Cohorte retrospectiva observacional de registros médicos informatizados de los pacientes (p) ingresados entre 5/2002 y 12/2007. El seguimiento al alta se realizó en forma personalizada y telefónica. **Resultados:** Ingresaron 41p con TEC contuso. TEC moderados 37% (15p) y TEC graves 63% (26p). La media de edad fue 41.6 años y la media de ISS 26.6. Correspondieron a TEC solo y TEC con lesiones asociadas el 34% (14p) y 66% (27p) respectivamente. Las lesiones extracraneales asociadas fueron: torácicas (20p), extremidades inferiores (11p), faciales (5p), abdominales (4p). Los hallazgos tomográficos primarios fueron: hematoma extraxial (HEA) 10% (4p), LED I 24% (10p), LED II 32% (13p), LED III 24% (10p), LED IV 10% (4p). El 29 % (13p) presentó lesiones extraxiales combinadas (en todos los casos HEA). Requhirieron AVM 30p (29p en las primeras 24 hs). La media AVM fue 15 días. Requhirieron colocación de catéter para medición de presión intracraneana el 68% (28p). A 24p (86%) se les colocó en la primeras 6 hs. Correspondieron a catéter intraparenquimatoso e intraventricular el 80% (22p) y 20% (6p) respectivamente. Requhirieron cirugía 34% (14p), la mitad se realizó en

las primeras 6hs del ingreso. Se realizaron 9 craniectomias descompresivas + drenaje, 3 craniectomias descompresivas y 2 drenajes. La media de internación fue 23.7 días. Presentaron complicaciones en su evolución el 59% de los p, siendo las mismas NAR (18p), PAID (5p), meningitis (2p), otras (5p). La mortalidad global fue 23%, siendo en el grupo de TEC severo 26%. El GOS a los 6 meses fue 1 12 % (5 p), 2 2,4% (1p), 3 2,4% (1p), 4 7,3% (3p) GOS 5 60% (23p). Seis pacientes fueron perdidos en el seguimiento. **Conclusiones:** En nuestra serie de casos, la mortalidad global del TEC grave fue similar a la reportada en la literatura. De los pacientes que requhirieron cirugía, en su mayoría se realizó craniectomía descompresiva dentro de las 6 hs del ingreso. Si bien no existe aun en la literatura evidencia clara del beneficio de esta modalidad terapéutica, podría existir alguna ventaja si se realiza de manera precoz. La mayoría de los pacientes sobrevivieron y el 67% presentaban secuelas leves al seguimiento.

**0094 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA**

M GIULIANI, <sup>1</sup> D ROVIRA<sup>1,2</sup>, R GARCÍA TURIELLA<sup>1,2</sup>, V CLAIRÓN<sup>1,2</sup>, E BARGIACCHI<sup>1</sup>, G SALGUEIRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Universitario Italiano de Rosario -Catedra Medicina Interna II, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Italiano Rosario Servicio Terapia Intensiva, Argentina

**Introducción:** La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es una infección frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos que provoca aumento de la morbimortalidad y de los costos económico-asistenciales. Por este motivo se decidió realizar este estudio en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente de institución privada. **Objetivos:** Evaluar la incidencia de NAV en la Unidad de Cuidados Intensivos. Conocer el microorganismo prevalente. Estudiar la terapéutica antibiótica empírica utilizada. Establecer la relación entre los días de asistencia mecánica respiratoria (AMR) y NAV. Establecer si hay relación entre las patologías concomitantes y el desarrollo de NAV. **Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Italiano Garibaldi de Rosario en el período comprendido entre el 1 Febrero de 2006 y el 28 Febrero de 2007 que fueron sometidos a ventilación mecánica por un período mayor a 48 horas. Se evaluaron 112 pacientes que correspondieron al total de la población ventilada con un nivel de confianza de 95%. **Resultados:** El 50% de los pacientes presentaron neumonía asociada a ventilación mecánica. La incidencia de la misma fue significativa ( $p < 0,05$ ). El microorganismo prevalente hallado en la secreción bronquial fue el *Acinetobacter Baumannii* (23,2%). El antibiótico empírico más utilizado fue piperacilina/tazobactam (25%) acorde a las estadísticas de la Unidad. Con una  $p < 0,05$  se estableció que hay relación entre NAV y grupo de días de AMR. No se encontró relación entre la patología concomitante y el desarrollo de NAV ( $p > 0,05$ ). **Conclusión.** La incidencia de NAV es significativa. El germen aislado con más frecuencia es *Acinetobacter Baumannii*. El antibiótico empírico más utilizado es piperacilina/tazobactam. En el grupo estudiado no se halló relación entre la patología concomitante y desarrollo de NAV.

**0095 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA REALIZACIÓN DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX EN UCI**

JC ESCARDO, H FERNANDEZ, M SALABERRY, S SUREDA, C KASPAR, S COSENZA, J ALVAREZ, P VIDAL ARTETA, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

El uso de Rx de Tórax (RXT) es esencial en la practica medica en la UCI. No existe actualmente recomendación formal para la realización RXT los pacientes (p) en la UCI. En nuestra UCI la realización de RXT no es una practica rutinaria, su realización y solicitud esta supeditada al medico de guardia y no existia protocolo que especificara la condiciones clinicas en las cuales se debía realizar una RXT. Nuestra hipótesis fue que existía un importante numero de RXT que no llevaba a ninguna conducta medica posterior y que la implementacion de un protocolo para su realización podría disminuir el numero de RXT sin aumentar la mortalidad. **Objetivo:** Reducir el porcentaje de utilización de la RXT al 70% al mes de la intervención. **Materiales y Metodos:** Es un estudio en ambiente de cam-

po, cuantitativo, casi experimental tipo serie de tiempo interrumpida. Se analizo de manera prospectiva y semanal a todos los pacientes admitidos en la UCI durante el periodo 16/3/2007 al 13/11/2007 y todas las RXT realizadas. El estudio consta de 2 periodos. El periodo 1 (P1) corresponde al periodo pre intervención (16/3-6/4), en la que la indicación de RXT estaba supeditada al criterio clínico. El periodo 2 (P2) corresponde al periodo pos intervención (7/4 al 13/11). Durante el periodo estudiado se registro el APACHE II de todos los pacientes incluidos. Resultados: Durante el P1 fue de analizar 191 p y se realizaron 182 RXT. Durante el P2 se analizaron 2191 p y se realizaron 1011 RXT. La media de APACHE II para los p durante el P1 fue de 12.6 y de 10.2 para el P2. La mortalidad durante el P1 fue de 14% y de 11.5% para el P2. El porcentaje de utilización de RXT durante el P1 fue del 90% y durante el P2 del 39% (Gráfico 1). Durante la semana 4 y la 9 del P2 se observa disminución progresiva del porcentaje de utilización de la RXT hasta estabilizarse a partir de la semana 10 en donde se estabiliza el porcentaje de utilización en 39% la cual se mantiene hasta la semana 29. Conclusiones: En nuestra experiencia se logro implementar de manera exitosa un protocolo para la realización de las RXT. Nuestro objetivo inicial fue la reducción de un 20% el cual fue superado ampliamente. La implementación de este protocolo elimina las RXT solicitadas a discreción de los médicos tratantes reemplazándolas por indicaciones clínicas precisas.

#### 0097 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ASOCIADA A TROMBOSIS DE SENO VENOSO: REPORTE DE UN CASO

MA DAMIANO, R GUERRI, J ALVAREZ, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

La trombosis de seno venoso asociada a hemorragia subaracnoidea (HSA) es una entidad infrecuente. Su tratamiento genera discusión y no existe consenso en cómo tratar esta patología. Reporte del Caso: Varón 48 años de edad que consulta por cefalea intensa de inicio súbito occipital, asociada a vómitos, fotofobia y diplopía. En el examen neurológico presentaba parálisis del sexto par craneal. Se realiza RMN con angioreonancia que evidenciaba una imagen compatible con HSA en el espacio subaracnoideo perimesencefálico izquierdo, cisterna Magna, cisterna pontina, espacio subaracnoideo parietal posterior y a nivel ventricular. La angioreonancia demuestra una asimetría de los senos duros laterales debido a una trombosis posible del seno lateral izquierdo. Se realiza angiografía por sustracción digital que revela trombosis parcial del seno recto y del seno lateral izquierdo. El paciente es admitido a UCI decidiéndose tratamiento anticoagulante, evolucionando asintomático y con resolución del foco neurológico. Conclusiones: El tratamiento anticoagulante se asocia a un incremento en el

riesgo de sangrado y representa una contraindicación en la mayoría de las causas de HSA. Sin embargo, en nuestro caso la anticoagulación desde el inicio del cuadro resultó efectiva y segura no presentando el paciente intercurencias secundarias al tratamiento instaurado.

#### 0098 SERIE DE CASOS DE PANCREATITIS AGUDA

V MARQUEVICH, JC ESCARDO, S COSENZA, C NAVEDA GAVILANES, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

La pancreatitis aguda (PA) es una enfermedad prevalente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Se describen las etiologías biliar y alcohólica como las más frecuentes. Se han utilizado distintos scores de riesgo que con el advenimiento de estudios por imágenes más sensibles y específicos han permitido una mejor categorización de los pacientes (p). Los diversos metodos utilizados para pronosticar la gravedad de la pancreatitis varían en cada centro así como las terapéuticas recibidas. Materiales y Metodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas informatizadas de los pacientes admitidos a UCI en el periodo 1/2002- 1/2008. Objetivo: Describir una serie de casos de pancreatitis aguda (PA) en UCI con el fin de exponer la etiología prevalente, scores pronosticos utilizados, tratamientos empleados y realizar un algoritmo de manejo terapeutico. Resultados: Ingresaron 7p con PA que representan el 0.16% de los ingresos a UCI en dicho periodo (7/4381). La media de edad fue 56.7 años. El 86% correspondió al sexo masculino. La etiología fue biliar en el 86% y posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un 14%. La estadía promedio en UCI fue 6.8 días. Requirieron AVM el 43%, siendo la media de estadía en AVM 3,8 días. El 71% de los casos presentaron criterios de severidad según la clasificación de Atlanta. El APACHE II promedio fue 12. La media de Ranson a las 48 hs fue 2,1. Se realizó TC de abdomen al ingreso y a los 7 días de internación a todos los p. El 86% no requirió tratamiento quirúrgico de las complicaciones. El 86 % inicio nutrición enteral temprana y de éstos la mitad tolero la vía oral. Requirieron nutrición parenteral el 14%. La mortalidad global fue 14%. Conclusiones: La etiología fue similar a la reportada en la literatura con la salvedad de la ausencia de etiología alcohólica. Los criterios de Atlanta parecerían correlacionarse mejor con la mayor morbilidad de los pacientes. El estudio de nuestra serie de casos permitio el desarrollo de un algoritmo de manejo terapeutico.

#### 0099 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTE CON STRANDS DE VÁLVULA MITRAL

E BISHELS, A OLIVA, R BARRIENTOS, W BENITEZ, G ZABERT, L ESPINOSA, C PLOGER, R VACA NARVAJA  
Clinica Pasteur, Argentina

Objetivos: presentación de un caso clínico. Material y métodos: Paciente de sexo femenino, de 38 años de edad, que ingresa al servicio de terapia intensiva por un cuadro de afasia de expresión que evoluciona con agrafia y paresia braquial derecha (15 hs de evolución) con TAC de encéfalo que evidencia imagen hipodensa corticosubcortical de contornos irregulares en lóbulo frontal izquierdo con refuerzo periférico. Ingres a estable hemodinamicamente con glasgow 13/15, presentando al examen físico soplo mesotelsistólico en foco mitral, con electrocardiograma con ritmo sinusal. Se decide la realización de TAC de encéfalo con contraste que muestra imagen hipodensa frontal izquierda que refuerza periféricamente, se realiza ecocardiograma transtorácico con VI (ventriculo izquierdo) de dimensiones y FSG (función sistólica global) conservada, válvula mitral de aspecto redundante con prolaps de válvula posterior leve, insuficiencia mitral leve, fracción de eyección de 58 %, eco doppler de vasos de cuello normal. Se realiza posteriormente RMN que evidencia alteraciones de intensidad del parénquima cerebral involucrando el sector posterior e inferior del lóbulo frontal izquierdo, con notoria hiperintensidad en la secuencia de T2. Sus características indican que se trata de una lesión isquémica probablemente en estadio agudo, angioreonancia de vasos de cuello normal, y electroencefalograma dentro de parámetros normales. Se solicita eco transesofágico que informa que el segmento lateral de la valva posterior y porción medial de la anterior muestran claro

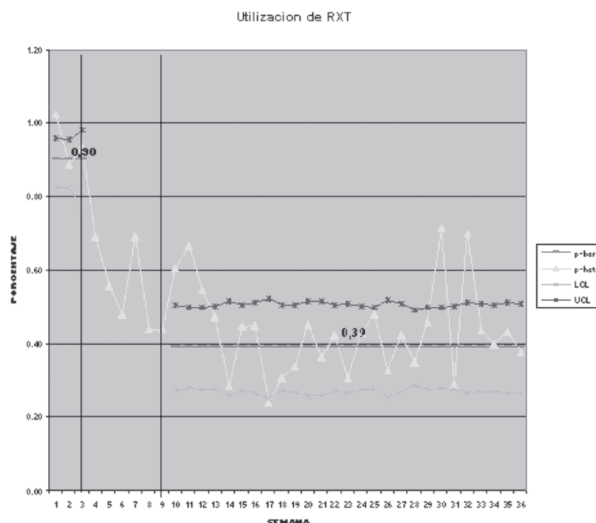


Gráfico 1



prolapso con imagen protuyente hacia la cavidad auricular sin identificar cuerdas tendinosas. Se observan imágenes compatibles con strands de hasta 1 cm de longitud altamente móviles en la cavidad auricular y en relación principalmente con la valva posterior. Jet de insuficiencia mitral holosistólico con leve refuerzo meso-telestolico de grado leve. Se interpreta el cuadro como accidente cerebrovascular de origen cardioembólico y se inició anticoagulación por 3 semanas. Conclusiones: Existen más de 4.700.000 de sobrevivientes a un episodio de stroke, de los cuales el 28 % son menores de 65 años, correspondiendo el 30 % de origen cardioembólico, siendo la probabilidad de estar asociado al strands a largo plazo <1 % y al prolapso de válvula mitral aun en discusión. Se presenta este caso clínico por la presentación inusual de un accidente cerebrovascular cardioembólico asociado a strands y para discusión de alternativas de tratamiento.

**0100 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

MP ARIAS LOPEZ, MG SHEEHAN, C BERRONDO, I KO, J BAKIR, A PROCOPIO, JA FARIAS, A GENTILE  
Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez, Argentina

Introducción: Los gérmenes multiresistentes constituyen un problema de creciente importancia en las unidades de cuidados intensivos. Dadas las dificultades que generan para su tratamiento y control, se hace imprescindible conocer la epidemiología local. Objetivos: determinar la incidencia de infecciones por bacterias multiresistentes (BMR) en una unidad de cuidados intensivos pediátrica (UCIP); describir el perfil epidemiológico de las mismas así como el patrón de resistencia antibiótica de las bacterias involucradas. Material y métodos: estudio prospectivo, observacional. Período de estudio: enero 2004 -diciembre 2007. En el contexto del programa de vigilancia de IN llevado a cabo en la UCIP, se analizaron las IN ocasionadas por BMR. Se utilizaron las definiciones del CDC (Center for Disease Control) para clasificar las IN. Se consideraron BMR a: Staphylococcus resistente (R) a metililina, Enterococo faecium y faecalis (R) a vancomicina, Stenotrophomona maltophilia, Bukordelia cepacia, Acinetobacter baumannii (R) a carbapenem, Enterobacterias productoras de B lactamasas de espectro ampliado, Pseudomona (R) a 3 o más de las siguientes familias: aminoglicosidos, cefalosporinas de 3 y 4 generación, piperazobactam, quinolonas, carbapenem. Se utilizó estadística descriptiva para caracterizar a la población (mediana, intervalos intercuartiles y porcentajes.). Se utilizaron test no paramétricos para comparar las variables continuas y test de Chi 2 para las variables discretas. Un valor de  $p < 0.05$  se consideró estadísticamente significativo. Resultados: Durante el periodo de estudio se diagnosticaron en la UCIP 566 episodios de IN. 37.5% fueron causados por BMR. Las características de los pacientes afectados fueron: sexo masculino 55.9%; edad: 17 meses (6-83.5m); score de gravedad PIM2: 5 (2-9.6); 21.4% fueron inmusuprimidos, 29% desnutridos. La distribución de los episodios fue la siguiente: 29.7% (63/212) neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAR); 21.2% (45/212) bacteriemias relacionadas a catéter (BRC); 19.8% (42/212) bacteriemias no relacionadas a catéter; 16.5% (35/212) infecciones urinarias. 68.4% de los episodios fueron causados por gérmenes gram negativos, 19.8% polimicrobianos. Los gérmenes más frecuentes aislados y su perfil de resistencia fueron los siguientes: 1-Acinetobacter baumannii en 38.9% (93/239) de los casos, 95.7% resistente (R) a imipenem; 2- Klebsiella pneumoniae 14.2%(34/239), 100% R a cefotaxime; 3- Staphylococcus aureus 11.3% (27/239), 100% R a oxacilina, 81.4% R a ciprofloxacina. La mortalidad fue del 40% (58/145), asociada 25% (37/145). Esta última fue mayor en los pacientes inmunosuprimidos ( $p = 0.003$ ); en los episodios por Acinetobacter baumannii ( $p = 0.015$ ) así como en las NAR y BNRC ( $p = 0.01$ ). Conclusiones: Las BMR son responsables de un importante número de IN en la UTIP. Se trata de gérmenes con un perfil de resistencia elevado, siendo Acinetobacter baumannii el más frecuente. La mortalidad asociada a estos episodios se relaciona con las características del paciente (inmunosupresión) así como con el tipo de infección.

**0103 COMPORTAMIENTO DEL SODIO PLASMÁTICO EN PACIENTES PREECLÁMPTICAS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA**

G TUHAY, MC PEIN, A RISSO VAZQUEZ, C ENRICO, D MASEVICIUS, M MOSEINCO, A DUBIN  
Sanatorio Otamendi, Argentina

Objetivos: en la literatura sólo se han referido unos pocos casos de hiponatremia en pacientes con preeclampsia. Nuestro objetivo fue evaluar el comportamiento del sodio plasmático ( $[Na^+]_{plasmático}$ ), durante las primeras horas del ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI), en pacientes con preeclampsia, y determinar los factores asociados al desarrollo de hiponatremia. Material y métodos: estudio retrospectivo y observacional de 28 pacientes que ingresaron a UTI, en un período de dos años (01/06-01/08), con diagnóstico de preeclampsia. Los datos de laboratorio (Hb, urea, creatinina, gases arteriales e ionograma en sangre y en orina) se registraron en el momento del ingreso y en el control de rutina matinal (08.00 hs. del día posterior). Se contabilizaron los ingresos y egresos de fluidos dentro del periodo de tiempo estudiado y se realizaron los correspondientes balances de agua y electrolitos. De acuerdo a los valores de laboratorio de ingreso, los pacientes fueron divididos en dos grupos: hiponatremias ( $[Na^+]_{plasmático} < 134$  mmol/l) y normonatremias ( $[Na^+]_{plasmático} \geq 135$  mmol/l). Los grupos se compararon con test *t* para muestras no apareadas y test *chi* cuadrado. Resultados: Al ingreso, 17 pacientes (61%) presentaron hiponatremia y 11 normonatremia (39%) ( $129 \pm 5$  vs.  $137 \pm 1$  mmol/l,  $p < 0.0001$ ). Las pacientes hiponatremias tuvieron, al ingreso, mayores valores de uremia ( $39 \pm 23$  vs.  $24 \pm 8$  mg%,  $p < 0.05$ ). El  $[Na^+]_{plasmático}$  subió en las primeras horas un promedio de 1.9 mmol/l en el grupo de pacientes hiponatremias, mientras que descendió 3.2 mmol/l en el grupo de normonatremias ( $p < 0.01$ ). En este grupo, 7 pacientes (63%) presentaron un descenso del  $[Na^+]_{plasmático}$  llegando a cifras de hiponatremia. El ingreso de agua libre, durante el periodo de estudio, fue menor en el grupo de hiponatremias ( $414 \pm 389$  vs.  $1072 \pm 1010$  ml,  $p < 0.02$ ). El tratamiento prolongado con oxitocina (67 vs. 41%,  $p < 0.05$ ), así como la utilización de solución glucosada 5% como vehículo para su administración (67 vs. 36%,  $p < 0.01$ ) fue mayor en el grupo de pacientes que ingresaron normonatremias. En el control de la mañana siguiente, 22 pacientes (78%) presentaron hiponatremia ( $130 \pm 3$  mmol/l), mientras que sólo 6 (22%) estuvieron normonatremias ( $137 \pm 3$  mmol/l). Las pacientes normonatremias en el control tuvieron mayores ingresos de fluidos ( $4961 \pm 2276$  vs.  $2412 \pm 1170$  ml,  $p < 0.0007$ ), de electrolitos ( $512 \pm 257$  vs.  $280 \pm 158$  mmol,  $p < 0.009$ ) y de agua libre ( $1245 \pm 1370$  vs.  $516 \pm 420$  ml,  $p < 0.04$ ) durante el periodo estudiado. Conclusiones: La hiponatremia es un hallazgo frecuente, tanto al ingreso como durante la evolución de las pacientes preeclámpticas que requieren UTI. El déficit del volumen intravascular y el uso prolongado de oxitocina podrían ser mecanismos que generan o perpetúan esta situación.

**0105 LA CURVA PEEP-COMPLIANCE DECREMENTAL ES MODIFICADA POR LA REALIZACIÓN DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO**

CHA CASABELLA GARCÍA<sup>1</sup>, F(H) PÁLIZAS<sup>2</sup>, A RISSO VÁSQUEZ<sup>1</sup>, C ENRICO<sup>1</sup>, A DUBIN<sup>1</sup>, G MURIAS<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Sanatorio Otamendi Miroli, Argentina. <sup>2</sup>Clínica Bazterrica, Sanatorio Santa Isabel, Argentina

Introducción: nuestro objetivo fue evaluar los efectos de una maniobra de reclutamiento sobre la morfología de la curva PEEP compliance decremental del sistema respiratorio. Métodos: Se estudiaron prospectivamente 17 pacientes con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria aguda o injuria pulmonar aguda con menos de 48 hs de ventilación mecánica. Se realizó la curva PEEP compliance decremental en modo volumen control, con un Vt de 6 ml/kg peso predicho, desde PEEP 20 cmH<sub>2</sub>O hasta PEEP 0 cmH<sub>2</sub>O, en escalones de 2 cmH<sub>2</sub>O, de un minuto de duración cada uno, antes y después de la realización de una maniobra de reclutamiento (MR). En cada curva se calculó y comparó: la máxima

compliance estática del sistema respiratorio ( $C_{sr\ max}$ ), PEEP mínima ( $PEEP_{min}$ : mínimo nivel de PEEP que mantiene la  $C_{sr\ max}$ ) y punto de inflexión superior (UIP: máximo nivel de PEEP que mantiene  $C_{sr\ max}$ ), antes y después de la aplicación de la MR. La misma se realizó durante un minuto en modo presión control con una presión inspiratoria de 25 cmH<sub>2</sub>O, PEEP 35 cmH<sub>2</sub>O, tiempo inspiratorio 1.5 segundos y frecuencia respiratoria de 10. Los datos, expresados como media  $\pm$  SD, fueron analizados con test de student para muestras pareadas. Resultados:  $C_{sr\ max}$  se modificó con la aplicación de la MR ( $44 \pm 13$  vs.  $48 \pm 15$ ,  $p < 0.05$ ). También  $PEEP_{min}$  fue modificada ( $3 \pm 3$  vs.  $5 \pm 3$   $p < 0.05$ ) y el mismo comportamiento se observó respecto a UIP ( $11 \pm 3$  vs.  $15 \pm 3$   $p < 0.05$ ). Conclusiones: la aplicación de la MR aumenta la  $C_{sr\ max}$ ,  $PEEP_{min}$  y UIP, probablemente como expresión de reclutamiento adicional al producido por la curva PEEP compliance. Estas modificaciones podrían atribuirse a una población alveolar con altas presiones de apertura que son reclutadas por la MR.

#### 0106 NEUMONÍAS EN PACIENTES CRÍTICOS ONCOLÓGICOS. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

P BOSCHINI, N QUINTANA, C ROLLANO, P RONDOT, S FLORES, H CACCONI, H FRANZI, A OCAMPO, T NEGREIRA, R PORTO

Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, Argentina

Objetivos: Analizar la evolución de los pacientes con neumonías en la Terapia Intensiva del Instituto Roffo, diferenciados por grupos clínicos, análisis de la sobrevida y de la bacteriología hallada. Material y métodos: Se estudiaron retrospectivamente un total de 1282 pacientes, sacando el porcentaje de pacientes con neumonías. Se agrupó a los pacientes por tipo de patología (médica o quirúrgica), y dentro de cada grupo los vivos y los fallecidos. APACHE II de ingreso de todos los pacientes y promedio de días de estadía. En los casos que fue posible se determinó la patología predominante, y se menciona prevalencia de gérmenes en pacientes con cultivos positivos y sus porcentajes dentro de cada grupo. Resultados: De los 1282 pacientes estudiados, 117 presentaron neumonías intrahospitalarias (9.12%). APACHE II promedio: 10.37. Pacientes fallecidos: 33 (28.2%), APACHE II promedio: 13. ARM 100%. Pacientes sobrevivientes: 84 (71.80%), APACHE II promedio: 9.34. ARM en 24 pacientes (28%). Patologías médicas 46, quirúrgicas 71. Grupo 1: Patología médica sobrevivientes (22). Grupo 2: Patología médica fallecidos (24). Grupo 3: patología quirúrgica sobrevivientes (62). Grupo 4 patología quirúrgica fallecidos (9). Grupo 1: 22 pacientes. APACHE II promedio: 13.6 (5-29), ARM 9 pacientes con APACHE II promedio de 17, estadía promedio 35 días. Sin ARM 13 pacientes con APACHE II promedio de 11 y 8.5 días de estadía promedio. Gérmenes predominantes fueron pseudomonas, y en segundo orden proteus y klebsiella. Grupo 2: 24 pacientes, APACHE II promedio: 13.5 (3-21), ARM 24 pacientes con APACHE II promedio de 13.5, estadía promedio 8 días. Gérmenes predominantes fueron pseudomonas, y en segundo orden klebsiella, acinetobacter y estafilococo meticilino-resistente. Grupo 3: 62 pacientes, APACHE II promedio 7.82 (1-22), ARM 15 pacientes con APACHE II promedio de 11.4, estadía promedio de 24 días. Sin ARM 47 pacientes con APACHE II promedio de 6.65, estadía promedio 6.97 días. Gérmenes predominantes fueron acinetobacter y en segundo orden klebsiella y pseudomonas. Grupo 4: 9 pacientes, APACHE II promedio 11.66 (5-25), ARM 9 pacientes con APACHE II promedio de 11.66, estadía promedio de 24 días. Gérmenes predominantes fueron acinetobacter y pseudomonas. Los pacientes que ingresaron al servicio por neumonía intrahospitalaria fueron 14, 12 quirúrgicos y 2 médicos, sobrevida 100%, APACHE II promedio 6.07. Conclusiones: EL APACHE II de los pacientes con neumonías fue mayor en los pacientes que requirieron ARM, el tiempo promedio de estadía también fue mayor. El promedio de estadía de los pacientes quirúrgicos fue más prolongado. Pseudomonas predominó en el grupo global de pacientes clínicos mientras que acinetobacter lo hizo en el grupo quirúrgico. El APACHE II promedio de los pacientes clínicos fue mayor que el de los pacientes quirúrgicos y el porcentaje de mortalidad fue mayor en el grupo clínico.

#### 0107 INFECCIONES EN PACIENTES POTENCIALMENTE NEUROQUIRÚRGICOS

S CASTRO, P BOSCHINI, J RISSO PATRÓN, G ROBERT, N D'ESPOSITO, O CRISTALDI, P CASTRO, S FIGUEROA, G SLY Hospital Eva Perón, San Martín, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Analizar las epicrisis de pacientes potencialmente neuroquirúrgicos durante los años 2006-2007, en forma prospectiva y retrospectiva, considerando dos poblaciones: no infectados e infectados y hallazgos bacteriológicos en este último grupo. Material y métodos: se trata de un total de 197 pacientes, 117 año 2006 (74 masculinos y 43 femeninos), y 80 pacientes 2007 (60 masculinos y 20 femeninos). Se analizaron 2 grupos: aquellos en que se corroboró infección (ITU, neumonía, infección asociada a catéter, meningitis postquirúrgica y otras infecciones, y otro grupo de no infectados. Las variables a analizar fueron: edad, días de internación, APACHE II, SAPS, diagnósticos de ingreso, procedimientos realizados y rescate bacteriológico. Resultados: En el grupo de no infectados (N: 127), 98 masc, 29 fem, mediana de edad 46.5, mediana de días de internación 3, mediana de APACHE 13.5, mediana de SAPS 27. Hubo 39 fallecidos (30%). Entre los diagnósticos principales figuraron: TEC 55 (43%), HIC 27 (21%), HSA 13 (10%), HAF 14 (11%) y otros en menos porcentaje. En el grupo de infectados (N: 73), 39 masc, 34 fem, mediana de edad 53, mediana de días de internación 14, mediana de APACHE 20, mediana de SAPS 40. Hubo 33 fallecidos (45%), con un 93.1% del total que requirieron ARM. Los diagnósticos principales fueron: TEC 24 (32.8%), HSA 23 (31.5%), HIC 17 (23.2%), y otros de menor porcentaje. En cuanto a rescates bacteriológicos positivos en minibal, por paciente, la mayor prevalencia fue de acinetobacter (18%), SAMS (15.8%), pseudomonas (12%) y SAMR (10%). El resto fueron porcentajes menores. En muestras de hemocultivos la prevalencia fue de enterococo faecalis (25.9%), pseudomonas, e.coli y acinetobacter (11% c/u). En urocultivos el hallazgo fue de cándida no álbicans (29.4%), enterococo faecalis y e. coli (23% c/u), y cándida álbicans (11.76%). En punta de catéter (con hemocultivo coincidente), enterobacter cloacae, pseudomonas, SAMS y cándida parapsilosis (25% c/u). Sobre muestras de LCR (total 22) hubo 13 muestras sin rescate; del resto la prevalencia fue acinetobacter (33.3%), y enterobacter cloacae (22.2%). Analizando los procedimientos principales en pacientes no infectados hubo colocación de catéter subdural en 33% (42/127), catéter IP 3.1% (4/127), ventriculostomía 7.8% (10/127), craneotomía descompresiva 11.8% (15/127). En pacientes infectados catéter subdural 45% (36/73), catéter IP 30% (22/73), ventriculostomía 31% (23/73), craneotomía descompresiva 21.9% (16/73). Conclusiones: En los pacientes infectados los días de internación y la gravedad (expresada en APACHE II y SAPS) fue mayor con respecto al grupo de no infectados. El germen predominante a nivel respiratorio fue acinetobacter, en hemocultivos fue enterococo faecalis, en urocultivos fue cándida no álbicans y en LCR fue acinetobacter. El grupo de pacientes infectados tuvo mayor número de procedimientos invasivos neuroquirúrgicos.

#### 0108 SEPSIS POR CATÉTER EN PACIENTES CRÍTICOS EN TERAPIA INTENSIVA

C CORDERO, P BOSCHINI, M CHAMUT, M FLORES, P SOTOMAYOR, M PENNA, O CRISTALDI, P CASTRO Hospital Eva Perón, San Martín, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Describir y analizar poblaciones de pacientes en UTI con vías centrales, complicaciones infectológicas potencialmente severas de estos enfermos focalizando en la sepsis por catéter. Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes internados en Terapia Intensiva del HIGA Eva Perón por un período de tres meses. Se investigó retrospectivamente la población mencionada, definiendo grupos de riesgo según APACHE, tiempo de estadía, tiempo de permanencia de los accesos centrales, y tipo de los mismos. Se realizó reseña bacteriológica de los pacientes y solamente se incluyeron en el diagnóstico de sepsis por catéter aquellos pacientes que tuvieran cultivos de punta de catéter y/o retrocultivos positivos para el mismo germen que el hallado en los hemocultivos. Resultados: Se internaron un total de 58 pacientes, 35 pacientes tuvieron vías centrales (60%), 23 no la tuvieron (39%), 15 pacientes tuvieron más de una vía central (26% del total y 42% de los pacientes con vías centrales). El promedio de internación de la población global fue de 6.58 días, el de los pacientes con vías fue de 9.34

días, el de los sin vías centrales fue de 2.39 días y el de los pacientes con más de una vía fue de 17.4 días promedio de internación. APACHE II promedio de la población total fue 21, el de los pacientes con vías fue de 27, el de los pacientes sin vías fue de 12.6, y el de los pacientes con más de una vía fue de 30.7. De los 35 pacientes que tuvieron vías centrales, 4 (11%), desarrollaron sepsis por catéter; estos pacientes tuvieron APACHE II promedio de 23.5, y el SAPS promedio fue de 40.5. Tres pacientes (75%) tuvo más de una vía, el paciente restante tuvo solamente una (25%). Se constataron 5 episodios de bacteremia, ya que un paciente desarrolló dos infecciones asociadas a catéteres. Las vías que se infectaron fueron yugular posterior (80%) y subclavia (20%). Los hallazgos bacteriológicos fueron los siguientes: acinetobacter 20%, proteus 20%, pseudomonas 20%, y cándida albicans 40%. Conclusiones: Los pacientes con más de una vía central tuvieron internaciones más prolongadas. El APACHE II no fue un predictor de riesgo para el desarrollo de sepsis por catéter. Los accesos yugulares en estos pacientes fueron los que mayores complicaciones infectológicas presentaron. El germen más involucrado fue cándida albicans. El tiempo de permanencia de las vías es un factor importante en el desarrollo de las infecciones.

**0112 MENINGOENCEFALITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

E VALTORTA

Hospital de Emergencia Dr Clemente Alvarez, Argentina

La infección por cmv es muy frecuente y asintomática. Es un patógeno reconocido en inmunodeprimidos como enfermos con sida, tratamiento con esteroides prolongado, receptores de trasplantes y pacientes oncológicos, sin embargo la afectación de snc en inmunocompetente es grave y excepcional. Caso clínico: Paciente masculino de 47 años, sin antecedentes patológicos conocidos, comienza con astenia, debilidad y lumbalgia de 24 hs de evolución, agregando deterioro del estado de conciencia, afasia y convulsión t-c generalizada. Al ingreso: febril, hipertenso, gcs 4/15, plejía de hemicuerpo izq. Laboratorio: leucocitosis, falla renal y acidosis mixta con anion gap elevado. Tac de cráneo. sin evidencias de sangrado intra ni extraaxial. Punción lumbar: LCR cristal de roca, elementos 68 a predominio mononuclear, proteínas elevadas, glucorraquia normal. Evoluciona con disfunción multiorgánica requiriendo asistencia mecánica respiratoria por síndrome de distress respiratorio y tratamiento dialítico por insuficiencia renal aguda oligúrica. Comienza tratamiento con acyclovir por sospecha de meningoencefalitis herpética, siendo suspendido y reemplazado por gancyclovir a las 48 hs por reacción en cadena de polimerasa positiva para CMV en LCR. Evoluciona favorablemente luego de 17 días de tratamiento, lográndose recuperación neurológica, retiro de respirador y de soporte dialítico. Es motivo de presentación para este caso clínico la infrecuente afectación neurológica en pacientes inmunocompetentes y su característica atípica de inicio.

**0113 TRATAMIENTO CON CÁMARA HIPERBÁRICA EN SIETE CASOS DE INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO EN EL FIN DEL MUNDO**

M COLMAN, E SOLANO, E MANRIQUE, A GARONE, A TOBAL  
Hospital Regional Ushuaia, Argentina

Objetivo: Comunicar y compartir nuestra experiencia en el tratamiento con cámara hiperbárica de la intoxicación por monóxido de carbono secundaria a accidentes domiciliarios en la ciudad de Ushuaia. Material y métodos: Se trata de una serie de siete pacientes rescatados por el sistema médico y bomberil de nuestra ciudad con intoxicación por monóxido de carbono; diagnóstico realizado por la clínica y el dosaje de carboxihemoglobinemia medida al ingreso y posterior al tratamiento con oxígeno hiperbárico. Se utilizó un cooxímetro abl sistem 625. Se utilizó una cámara hiperbárica multiplaza ubicada en el hospital naval ushuaia comandada por médicos hiperbaristas cumpliendo una sesión de 2:10 horas de tratamiento por paciente, en total tres periodos a 2.8 atmóferas y dos periodos a 1.9 atmóferas por sesión, según la tabla 5 modificada. Resultados: Al ingreso se dosaron las carboxihemoglobinemias de los pacientes cuyos resultados fueron: 22.8, 31.2, 31.9, 39.2, 36.7, 39.2 y 47.3% tratados inicialmente con oxígeno normobárico al

100%, enviados lo mas rápidamente posible a cámara hiperbárica y al regreso ingresaron a terapia intensiva dosandos nuevamente la carboxihemoglobinemia cuyos resultados fueron: 3.2, 3.4, 2.4, 2.9, 6.3, 2.9, 5.4%; fueron dados de alta a las 24 horas sin secuelas. La mayoría tuvo síntomas neuropsiquiátricos y digestivos. Conclusiones: Con la utilización de este tratamiento se logro reducir las cifras de carboxihemoglobinemias en un tiempo menor que con la utilización de oxígeno normobárico. La baja disponibilidad de este método en el país motivo nuestro interés de exponer nuestra experiencia.

**0114 HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO**

M VILLALOBOS<sup>1</sup>, J MÉNDEZ<sup>1</sup>, R GÓMEZ PAZ<sup>1</sup>, C CORONEL<sup>1</sup>, S MARTÍNEZ<sup>1</sup>, J VÁZQUEZ<sup>1</sup>, M PÉREZ<sup>2</sup>, P CAPOTOSTI<sup>2</sup>, E SAN ROMÁN<sup>1</sup>, A GALLESIO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Terapia Intensiva Adultos Hospital Italiano Hicar., Argentina. <sup>2</sup>Servicio de Obstetricia Hospital Italiano Hicar, Argentina

Introducción: La incidencia de Hígado Graso Agudo del Embarazo (HGAE), es de 1/13.000. Suele presentarse en la semana 26 con mayor probabilidad entre la 36 a 37. Tiene una elevada mortalidad si no se sospecha el cuadro. Se debe hacer diagnóstico diferencial con patologías como colecistitis, hepatitis o patologías como HELLIP, Preeclampsia y Eclampsia. Objetivo: Presentar un caso de HGAE, en una paciente con embarazo gemelar de 31 semanas de gestación, que ingresa a Cuidados Intensivos en el post-operatorio con signos de SRIS. Caso clínico: Paciente de 27 años de edad, con embarazo gemelar de 31 semanas, consulta por nauseas, vómitos, el laboratorio informa una alteración del hepatograma con ecografía abdominal normal, se interpreta como colecistitis v/s hepatitis. Ingres a Cuidados Intensivos en el Post-Operatorio de cesárea (un producto muerto, otro vivo con PH 6.09), paciente con signos de SRIS, taquicardia sinusal, hipotensa, acidosis metabólica, CID. Laboratorio de control informa Hto: 48.9, ácido láctico de 6.2, bilirrubina total: 3.75, bilirrubina directa: 3.05, Fal: 500, GOT: 742, GPT: 896, LDH: 434. Responde a la reanimación con fluidos, se inicia tratamiento antibiótico con piperacilina tazonom y doxixiclina. Se solicita ión Aminonio que se encuentra en 146 (VN = 19 – 82), Antitrombina III tiene valor 0.15, (VN = 0.8 – 1.5). La hipotensión mejora, presenta Fibrilación Auricular de alta respuesta que responde con protocolo habitual. Es dada de alta de Cuidados Intensivos a 5 días de su internación con amonio normal. Discusión: La baja incidencia así como la no sospecha de HGAE, conducen a retrasar el diagnóstico y por tanto el tratamiento adecuado ocasionando que el HGAE tenga elevada mortalidad (75 – 85 %). Hay datos que en la actualidad se encuentra en el 6,6 %. HGAE se presenta en el tercer trimestre del embarazo puede estar asociado con hipertensión arterial, proteinuria, edemas, anemia hemolítica microangiopática, oliguria con posible fallo en la función renal e ictericia característica. Además de otras complicaciones como: sépsis, shock, CID, TEP, TVP, pancreatitis, acidosis metabólica, hipoglucemia, prurito, diabetes insípida nefrogénica y encefalopatía. El diagnóstico se confirma con la biopsia hepática la cual esta contraindicada cuando la paciente se encuentre coagulopática. La indicación de biopsia se da en caso de que el cuadro no mejore con el tratamiento instaurado. Hay que descartar, preeclampsia severa, HELLIP, colestasis del embarazo, hepatitis aguda y síndrome uremico hemolítico, que cursan con similar signo sintomatología.

**0115 INFARTO AGUDO DE MIOCÁRDIO SECUNDARIO A TRAUMA CERRADO DE TÓRAX**

M VILLALOBOS<sup>1</sup>, J MÉNDEZ<sup>1</sup>, R GÓMEZ PAZ<sup>1</sup>, S MARTÍNEZ<sup>1</sup>, J VÁZQUEZ<sup>1</sup>, C CORONEL<sup>1</sup>, E SAN ROMÁN<sup>1</sup>, A GALLESIO<sup>1</sup>, M FELDMANN<sup>2</sup>, C AGATIELLO<sup>2</sup>, E ROSSI<sup>3</sup>, J VICTORICA<sup>3</sup>, F ACHILI<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Terapia Intensiva Hospital Italiano HICAR, Argentina. <sup>2</sup>Servicio de Hemodinamia Hospital Italiano, Argentina. <sup>3</sup>Servicio de Cardiología Hospital Italiano HICAR, Argentina

Introducción: La incidencia de Infarto de Miocardio Secundario a Trauma Cerrado de Tórax varía de acuerdo al criterio diagnóstico empleado y la literatura revisada entre (15-20 %). El hecho de no sospechar el cuadro infravalora el diagnóstico de esta patología.

La lesión de la arteria coronaria descendente anterior se da en el 66% de los casos de IAM post-traumáticos, coronaria derecha en un 25% y la circunfleja en un 9%. Teniendo como causas (disección coronaria, trombosis, rotura o espasmo de las arterias coronarias), todas secundarias a la compresión esternal. Objetivo: Presentar un caso clínico de infarto de miocardio de origen traumático. Caso Clínico: Paciente de 29 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, con riesgo pretest bajo, que ingresa al Servicio de Cuidados de Intensivos con diagnóstico de politrauma motocicleta versus automóvil, presenta: TEC leve GCS 14/15, en TC de cerebro se visualiza HSA de probable origen traumático a nivel cortical en el hemisferio derecho, resto sin alteraciones, al examen evidencia las siguientes fracturas: radio cubito carpiana derecha, escápula derecha e izquierda, codo izquierdo, rama isquiopubiana izquierda, fémur derecho. Al ingreso con dolor en tórax se observa alteración en el ECG compatible con IAM de cara anteroapical. Ecocardiograma informa (defecto de la contracción anterior, defecto de contracción septal, deterioro de la función sistólica de VI leve). Por las fracturas paciente no se puede movilizar en este contexto y por indicación de cardiología la cinecoronariografía se realiza en forma diferida dieciséis días después, se observa (DA ocluida en región proximal con circulación colateral, circunfleja sin lesiones, VTG con IV severa). No decide conducta activa. En el seguimiento del paciente a seis meses el ecocardiograma informa (deterioro de la función sistólica de VI. Moderado, Trombo en VI, Defecto de contracción septal anterior y segmentos apicales. Actualmente paciente en tratamiento con carvedilol no anticoagulado. Discusión: La incidencia IAM de origen traumático varía de acuerdo a los diferentes estudios o serie de casos revisados. Creemos que debe ser sospechada en todo paciente politraumatizado tenga riesgo pretest bajo o alto. El manejo por parte de un equipo multidisciplinario es fundamental para el correcto tratamiento de estos pacientes.

#### 0117 CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS: Resultados LUEGO DE DOS AÑOS DE APLICACIÓN EN ARGENTINA

F(H) PÁLIZAS<sup>1</sup>, D BERNARDEZ<sup>2</sup>, M FRANCO<sup>3</sup>, S MARE<sup>3</sup>, P MASKIN<sup>4</sup>, N VITTAL<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Clínica Bazterrica, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Universitario Austral, Argentina. <sup>3</sup>Sanatorio Julio Méndez, Argentina. <sup>4</sup>Instituto Fleni, Argentina. <sup>5</sup>Clínica Santa Isabel, Argentina

Objetivo: presentar los datos obtenidos en la Argentina, desde mayo de 2006 hasta febrero de 2008, aplicando las recomendaciones de la campaña internacional "Sobreviviendo a la Sepsis" y evaluar el grado de cumplimiento y el impacto que genera la aplicación de las mismas en la mortalidad de los pacientes con sepsis severa y shock séptico. Materiales y Métodos: se evaluaron los datos recolectados a través del formulario oficial de la campaña el cual genera (entre otros) datos sobre la tasa de cumplimiento de las primeras 6 horas, de las primeras 24 horas y mortalidad. Resultados: De un total de 263 pacientes incluidos en 4 centros el 76% presentaba shock séptico. Con respecto al acatamiento de las primeras 6 horas de tratamiento se cumplió en forma global en el 26% de los casos. Se midió el ácido láctico en el 89%, se realizó toma de cultivos previo a la administración de antibióticos en el 88% de los casos y recibieron antibióticos en las primeras 6 horas del cuadro séptico el 84% de los pacientes. La presión venosa central y la saturación venosa central fueron medidas en las primeras 6 horas en el 68 y 64% de los casos respectivamente. Con respecto a la etapa de sostén se cumplió en forma completa en el 33% de los casos. Recibió corticoides en las primeras 24 horas el 40% de los pacientes y se cumplió la política establecida en cada centro para el uso de proteína C activada en el 79% de los casos. El 51% cumplió con el objetivo de mantener la glucemia entre 70 y 150 mg/dl y el 96% de los pacientes en asistencia respiratoria mecánica mantuvo una presión plateau por debajo de 30 centímetros de agua. La mortalidad intrahospitalaria fue del 40%. La mortalidad con y sin el cumplimiento de las primeras 6 horas no varió (39 y 40% respectivamente) y sí varió con el cumplimiento de la etapa de sostén que mostró una mortalidad del 27% contra 47% de los que no cumplieron con esta segunda etapa de la campaña. Esta diferencia es estadísticamente significativa con una "p" menor a 0,001. La ausencia de diferencia en la mortalidad vista en las primeras 6 horas

podría estar explicada por la intención de tratar que genera la aplicación del protocolo de la campaña en los dos grupos. En el segundo grupo de pacientes se evidenció una diferencia de mortalidad estadísticamente significativa que podría estar relacionada con los tratamientos sugeridos (y por el modo de uso de los mismos) por la campaña en la segunda etapa de reanimación. Conclusiones: el análisis de este grupo de pacientes incluidos en la campaña "sobreviviendo a la sepsis" muestra un bajo cumplimiento de las 2 partes principales del protocolo de reanimación de pacientes con sepsis severa y shock séptico. La mortalidad fue del 40% y llamativamente no hubo cambios en la misma cuando se cumplió con todos los objetivos de las primeras 6 horas.

#### 0118 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN NOSOCOMIAL: SEGUIMIENTO ANUAL DE MEDIDAS DE CONTROL

M TORRES BODEN<sup>1</sup>, G CUETO<sup>2</sup>, AM ATALLAH<sup>2</sup>, W CORNISTEIN<sup>3</sup>, C RODRIGUEZ<sup>3</sup>, A ARATA<sup>3</sup>, A CARUSO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Agudos Cosme Argerich-GCBA, Argentina. <sup>2</sup>Hospital General De Agudos Cosme Argerich, Argentina. <sup>3</sup>Hospital General De Agudos Cosme Argerich-GCBA, Argentina

Objetivo: Comparar la epidemiología y patrón de la infección intrahospitalaria asociada a dispositivos (IIH-AD) luego de la implementación de medidas de control. Lugar y fecha: terapia intensiva medico-quirúrgica de adultos, con dotación de 10 camas desde el 1/11/05 al 30/10/07. Material y Método: análisis prospectivo, observacional de los pacientes que desarrollaron infección. Se evaluó Apache II y evolución en terapia intensiva. Los datos se recogieron con la base Epicontrol: total de pacientes (p) admitidos, p expuestos al riesgo (sonda vesical para la infección urinaria -ITU/SV-, ventilación mecánica para la neumonía asociada a ventilador-NAR- y dispositivos intravasculares para las bacteriemias asociadas a catéter-BAC), días FR(días de permanencia del dispositivo). Se calcularon: tasa de utilización y tasa/días FR. Luego del primer período se tomaron medidas de control que se efectivizaron en el segundo. Se realizaron reuniones semanales multidisciplinarias para acordar los episodios de acuerdo al CDC. Resultados: se evaluaron 894 p; All promedio de 14.81; edad: 53.26 a. Tasas de utilización: BAC: 0.85/0.97; ITU-SV : 0.85/0.89; NAR: 0.50/0.55. Se observó: reducción global de episodios e IIH-AD entre ambos años (119 a 79). Con respecto a BAC aumentó la tasa por incremento de *Acinetobacter baumannii* (Aba) y *Staphylococcus aureus* (SA). Con respecto al ITU-SV se redujo la tasa/FR con aumento de los episodios de *Candida* (Cd). La NAR se redujo un 39% por reducción de los episodios por SA y *Pseudomonas aeruginosa* (Pae). Refiriéndonos a los gérmenes de mayor riesgo encontramos que la Pae disminuyó en forma global sin reportarse bacteriemia. Aba aumento a expensas de BAC y una reducción del 20% en NAR.

	Nov.05-Oct 06 Tasa acum./1000 FR	Nov.06-Oct 07 Tasa acum./1000 FR
BAC	3.47	4.64
ITU/SV	12.70	10.05
NAR	28.57	21.45

Conclusiones: 1) Se observó reducción global de la tasa de infecciones. 2) Con respecto a ITU y NAR se observó una reducción del 33% y 39% respectivamente. BAC aumentó. 3) El patrón microbiológico mostró disminución del SA y aumento de Aba y Cd.

#### 0120 TRABAJO DE PARTO Y RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO: PRÁCTICAS CON UTILIZACIÓN DE SIMULADORES

JL RASJIDO, RA ABELDAÑO, MA BIGNON  
Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Nacional de Salta, Argentina

Introducción: El estudiante de Enfermería durante su práctica clínica enfrenta situaciones estresantes que ponen en riesgo el desarrollo de sus actividades, como así también el desarrollo de competencias, entre ellas la asistencia en sucesos vitales; provocándole preocupación, incertidumbre acerca de cómo actuar. Esto puede incrementarse durante la práctica clínica en Servicios de Obste-

tricia, ya que se enfrenta a sucesos como el parto y el nacimiento de un niño. Este trabajo muestra una experiencia de abordaje de enseñanza alternativa para hacer frente a la problemática vivenciada por los estudiantes en sus prácticas. **Objetivos:** - Medir la vulnerabilidad de los estudiantes frente a situaciones estresantes de la práctica clínica en la Sala de Partos. - Identificar factores estresantes de la práctica clínica en la Sala de Partos que comprometan el desarrollo de competencias por parte de los estudiantes. - Describir el desarrollo del Trabajo Práctico de Laboratorio de Simulación de Trabajo de Parto y Recepción del Recién Nacido. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal. **Población:** estudiantes de la asignatura Enfermería Ginecológica y Obstétrica, UNSA. Año 2007. **Aplicación** de un instrumento para medir vulnerabilidad frente al estrés y entrevistas en profundidad. Previo a la práctica clínica en la institución hospitalaria, se desarrolló un Trabajo de Laboratorio de Simulación de Trabajo de Parto y Recepción de Recién Nacido. **Resultados:** Se aplicaron entrevistas a 51 estudiantes, 22% de sexo masculino y 78% de sexo femenino; la edad mediana fue de 24 años. Frente a los factores estresantes de la sala de partos, el 29% presentó leve vulnerabilidad, el 71% de los estudiantes presentó vulnerabilidad moderada, y ningún estudiante presentó vulnerabilidad alta. Los factores percibidos como potenciales estresantes estuvieron vinculados al suceso "nacimiento", el dolor de la madre durante el trabajo de parto; y las relaciones interpersonales con el personal de la sala de partos. El Trabajo de Laboratorio de Simulación, desde la opinión de los estudiantes, les resultó favorable para su desempeño en la experiencia clínica, ya que las prácticas mediante simuladores les brinda la posibilidad de una primera aproximación a la realidad sin comprometer la vida de pacientes reales, esto les incrementa la seguridad a la hora de desarrollar su tarea en las instituciones hospitalarias. **Discusión:** Esta experiencia de Trabajo de Laboratorio mejora la capacidad del alumno para abordar y resolver problemas de la práctica clínica ante situaciones estresantes que puedan comprometer su proceso de aprendizaje. Resulta fundamental que los docentes conozcan las situaciones que producen estrés en el estudiante, a fin de generar estrategias alternativas para afrontar las presiones inherentes a la práctica.

**0121 ANGIOSARCOMA PERICÁRDICO**

FM BALLESTERO, RO VILLAGOMEZ, E LUPO, JC POLISZUK, AD DONA GUIBAS, HW MENDOZA, EM BRUNEL, MH PEREZ, JE UBALDINI  
Hospital Británico, Argentina. Servicio Terapia Intensiva y Anatomía Patológica. Hospital Británico de Buenos Aires

**Introducción:** Los tumores de corazón son extremadamente raros y en general son secundarios, los sarcomas son los primitivos más comunes y el angiosarcoma el más frecuente, con una prevalencia del 0.03- 0.0002 %. El 90 % se localiza en aurícula derecha, luego en aurícula izquierda, ventrículo derecho, ventrículo izquierdo y por último septum interventricular. La mayoría de los casos se da en hombres de 20- 50 años, y su diagnóstico es tardío. Los intracardíacos, son propensos a ocluir válvulas, vasos y a embolizar y los pericárdicos causan derrame y taponamiento cardíaco. **Caso Clínico:** Paciente femenina, 74 años de edad, con antecedentes de anemia crónica, consulta por disnea progresiva a clase funcional IV de 7 días de evolución. Admitida en Terapia Intensiva por insuficiencia ventilatoria, se le realizó una Rx de tórax que mostró derrame pleural izquierdo masivo, confirmado por TAC de tórax que también evidencia abundante derrame pericárdico. Se efectuó toracocentesis evacuadora siendo el líquido serohemático. Por persistencia de la sintomatología se realiza ecocardiograma en el cual se observó derrame pericárdico severo con signos inminentes de taponamiento cardíaco (variación respiratoria del flujo transmitral y tricuspídeo mayor al 25% y colapso diastólico del ventrículo derecho) se realizó pericardiocentesis de urgencia, se drenan 75 ml. de líquido serohemático. La paciente persiste con hipotensión arterial, por lo que se repite ecocardiograma que muestra persistencia del derrame pericárdico decidiéndose conducta quirúrgica. En la toracotomía anterior se evidenció tumor que comprometía la cara anterior del ventrículo izquierdo y cara lateral de aurícula izquierda; se evacuaron 1500 ml de líquido pleural seroso y 800 ml de líquido serohemático pericárdico. Se efectuó una ventana pleuropericárdica., la Anatomía Patológica del tumor informó

angiosarcoma de alto grado. La paciente extubada presentó fallo de weaning con disnea, desaturación e hipotensión. Se realizó un nuevo ecocardiograma que mostró moderada dilatación de cavidades derechas, acinesia de la pared libre del ventrículo derecho, derrame pericárdico leve y función del ventrículo izquierdo conservada. Se realizó TAC de tórax helicoidal con contraste en la que se evidencia falta de relleno en tronco de la arteria pulmonar. La paciente falleció en el quinto día de internación por shock y disfunción multiorgánica. **Conclusión:** La presentación del angiosarcoma con taponamiento cardíaco es poco frecuente, el diagnóstico requiere un alto grado de sospecha y el seguimiento ecocardiográfico es la mejor herramienta para el manejo de esta complicación. La respuesta del tumor a la quimioterapia es pobre y la sobrevida en general es menor a 6 meses. El tromboembolismo de pulmón puede complicar el cuadro.

**0122 Resultados NUTRICIONALES CON LA INTERVENCIÓN DE UN EQUIPO SUPERVISOR**

P CASTRO, J RISSO PATRÓN, M CHAMUT, M LAREU, G ROBERT, G GUTIERREZ, O CRISTALDI  
Htal Eva Peron, Argentina

**Introducción:** se evalúa la eficacia de la creación de un equipo que supervisa la nutrición diariamente. **Objetivos:** confirmar la mejoría de los resultados desde su funcionamiento. **Material y métodos:** estudio prospectivo, del 01/09/07 al 29/02/08. Se analizaron 150 pacientes internados en dicho periodo. 37, recibieron nutrición enteral (24,66%) mediante K108, nasogastrica en 35 casos, orogastrica en 2; 21, mujeres, 16 hombres. Se descartaron los que recibieron alimentación oral o parenteral exclusivamente. En 6 casos se asocio alimentación enteral con parenteral incompleta y en un caso con alimentación oral. La colocación de la sonda se verifico por auscultación y solo en casos de dudas, se realizo Rx El 100% fueron dietas poliméricas, infundidas mediante bomba, en 24 hs, con goteo progresivo según tolerancia, comenzando con 25 kilocalorías por kilo de peso, según evaluación global subjetiva, hasta llegar a 30. El tiempo promedio de inicio fue 48 horas. Los 37 pacientes sumaron 691 días de alimentación enteral, de los que se descartaron 92, por falta de datos. **Resultados:** En 26 días el pasaje fue de 0 calorías (4,7%), en 154 días se cumplieron entre el 51 y el 74% de lo estimado ( 25,5%), en 78, menos del 50%, (13%), y mas del 75% en 341 días ( 56,9%) **Conclusiones:** comparando estos datos con los obtenidos sin un equipo supervisor diario, se confirma la utilidad del mismo, por la mejoría de los resultados.

**0123 METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA**

ML CHERTCOFF, HW MENDOZA, IM RIOS, F PEREZ PRIETO, EM BRUNEL, G MEDINA, AM PALAZZO, ED SOLOAGA, JE UBALDINI  
Hospital Británico, Argentina

**Introducción.** La metahemoglobina se forma cuando el hierro presente en la molécula Hem de la hemoglobina es oxidado de hierro ferroso (Fe2+) a su forma férrica (Fe3+), volviéndose biológicamente inactiva, por lo que no contribuye al transporte de oxígeno. La metahemoglobinemia puede ser una condición hereditaria o adquirida ante la exposición a ciertas drogas, químicos o alimentos. Se caracteriza por cianosis con PO2 normal y ausencia de enfermedad cardíaca o pulmonar. Según los niveles de metahemoglobinemia, los síntomas pueden variar desde cefalea y debilidad, hasta depresión respiratoria, shock y muerte. El diagnóstico se realiza mediante su dosaje en sangre. El Azul de Metileno es el tratamiento de elección para las formas graves. **Caso Clínico.** Paciente de sexo masculino, de 62 años de edad, artesano, con antecedentes de síndrome depresivo, medicado con lorazepam. Ingresó a Terapia Intensiva con diagnóstico presuntivo de intoxicación con benzodiacepinas. Se encontraba cianótico, mal perfundido, con mala mecánica ventilatoria y en shock. Se realizó intubación orotraqueal, asistencia respiratoria mecánica y sosten con drogas vasoactivas. Con FIO2 1 la saturación de oxígeno por oximetría de pulso era de 85%, los gases arteriales (cooximetría) mostraban pH 7,26 pO2 333 mmHg, bicarbonato 19 meq/L, saturación oxígeno 100%, lactato 58 mg%. Ante la disociación entre la saturación de oxígeno por saturómetro de pulso y cooximetría, se solicitó dosaje

de metahemoglobina siendo esta del 71%. Se realizó reinterrogatorio a los familiares, quienes confirman que el paciente trabajaba con anilinas. Se decidió tratamiento con Azul de Metileno, el dosaje posterior de metahemoglobina fue del 81%. Por progresivo deterioro del paciente y el ascenso de los niveles de metahemoglobina en sangre se intentó realizar exanguíneo transfusión pero el paciente falleció a las 5 horas del ingreso. Conclusión. En pacientes con cianosis no explicada y disociación entre la saturación de oxígeno por saturometría de pulso y cooximetría debe sospecharse una metahemoglobinemia. Los casos graves deben ser tratados con Azul de Metileno, la exanguíneo transfusión es una alternativa de tratamiento.

#### 0124 DESARROLLO DE UN SISTEMA PARA EL REGISTRO DE PARÁMETROS HEMODINÁMICOS EN UNA UCI

AL FERNÁNDEZ, C CASTARATARO, R AVILA  
Hospital Cullen - Santa Fe, Argentina

Objetivo: Diseñar, programar e implementar un sistema de registro electrónico online para almacenar los resultados de las mediciones hemodinámicas de los pacientes internados en la UCI. Introducción: La monitorización hemodinámica invasiva permite valorar variables fisiológicas e intervenciones terapéuticas para realizar un tratamiento adecuado de forma precoz y eficaz. La cateterización de la arteria pulmonar nos ofrece la adquisición de múltiples datos para interpretar el estado hemodinámico del paciente. De allí la importancia de contar con un sistema para el registro y posterior análisis de estos valores. Material y método: Se parte sobre el análisis de una base MS Access y formularios en papel. Se utiliza el Core Central del programa HARDINEROS Quality, lo que permite reducir tiempos de desarrollo y aprovechar las ventajas de una aplicación web. También el entrecruzamiento de la información hemodinámica con otros datos de la internación. El nuevo módulo se programa en lenguaje PHP con base de datos MySQL. Es importante contar con la decisión política de la jefatura de la UCI para la construcción y el éxito de este sistema. Resultados: Luego de 5 meses se obtiene la primera versión del módulo de Hemodinamia. La implementación es totalmente transparente para la UCI ya que sólo necesitaron conectarse al nuevo sistema a través del navegador web. Esto simplifica también el período de adaptación y de instrucción del manejo del programa a los usuarios. Se crean hojas de registro para la carga de los parámetros hemodinámicos al lado de la cama del paciente, que luego son introducidos al sistema por la secretaria de la UCI. El sistema se comporta estable y se comienza con la carga de datos en producción, obteniéndose el primer reporte al finalizar el primer mes de uso. Conclusiones: El sistema permite almacenar las mediciones del SW y calcular parámetros subrogantes de perfusión, oxigenación, repuesto a fluidos, etc. que son de gran importancia para el diagnóstico, evolución, pronóstico temprano y tratamiento de los pacientes con alteraciones hemodinámicas. El uso de una plataforma web conlleva además ventajas como: - Acceso a la información desde cualquier PC y desde cualquier punto (a través de Internet). - Bajar costos: no es necesario contar con servidores dedicados, sólo conexión a Internet. Tampoco sistema de backup, la información se almacena en forma externa con garantía de disponibilidad del 99% del tiempo. Y ningún software propietario extra, sólo un navegador web. La combinación da como resultado un producto útil y práctico para la toma de decisiones y la gestión de la calidad en la UCI. Discusión: La carga de la información es el proceso más importante, ya que en base a estos datos es que luego se generarán las estadísticas y estimaciones. Pero a la vez es el que consume mayor tiempo. Lograr automatizar lo mayor posible este proceso en el futuro permitirá obtener resultados y estimaciones aún más confiables. Y a su vez optimizar los procesos de carga y los tiempos reservados de los profesionales asignados a tales tareas.

#### 0125 CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS: ESTRATEGIA PARA OPTIMIZAR EL TIEMPO DE INICIO DE LA TERAPIA ANTIBIÓTICA

D BERNARDEZ, JC ESCARDO, S COSENZA, J ALVAREZ, D CZERWONKO, ME PEREZ CARREGA, G OLIVA, L SEOANE, A FAJRELDINES, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

Luego de realizar el diagnóstico de Sepsis Severa/Shock Septico (SS/ShS), una de las intervenciones que requiere precocidad, dentro del "paquete de resucitación", es la administración de antibióticos (ATB). Su retraso impacta en la evolución del paciente. Consideramos que es necesario implementar estrategias para cumplir con este objetivo de la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis (CSS). Objetivo: Evaluar una estrategia específica para optimizar el tiempo de inicio de la terapia antibiótica durante la CSS. Métodos: Conformamos un "Equipo de Sepsis" (ES) liderado por el intensivista, el cual tiene a disposición un "maletín de sepsis". Dicho maletín contiene, entre otros elementos, los ATB más comúnmente utilizados en la práctica clínica, y un instructivo diseñado por el infectólogo con los esquemas empíricos según foco. De esta forma una vez detectado un paciente que ingresa a la CSS, se da aviso al ES evitando demoras en la administración de antibióticoterapia. El periodo analizado fue 1/2007 hasta 4/2008. Resultados: Ingresaron a la CSS 57 pacientes (p). Siete p fueron excluidos ya que venían recibiendo ATB previo al ingreso a la CSS sin sufrir modificaciones. De los 50p, el 76% (38p) cumplió con los horarios establecidos en la CSS. En este grupo, los procedentes del Departamento de Emergencias, tuvieron un promedio de 54 minutos desde el momento del diagnóstico y los procedentes de Piso/UCI, 51 minutos. El 24% (12p) presentó demoras en la administración del ATB. Todos procedían de Piso/UCI y este grupo tuvo un promedio de 147 minutos. Conclusiones: La implementación de un ES con "maletín de sepsis" logró obtener un elevado porcentaje de efectividad en los tiempos de administración de ATB. El análisis del subgrupo que presentó demoras en la administración evidenció, como una de las causas principales del retraso, la falta de algunos ATB en el maletín (anfotericina, fluconazol, meropenem, etc.), permitiendo su inclusión en el mismo.

#### 0126 SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS (SCPHV), USO DE ALTAS DOSIS DE CATECOLAMINAS. REVERSIÓN DEL SHOCK

A EMER, L CORSIGLIA, S TROZZI, C BOSCO, M RODRIGUEZ, K GARCIA  
Hospital San Juan De Dios La Plata, Argentina

Objetivos: presentar un caso de SCPHV con compromiso hemodinámico severo. Materiales y métodos: hombre de 27 años derivado por insuficiencia respiratoria, con sospecha de SCPHV o leptospirosis. Tres días previos a la internación presentó síndrome gripal, disnea y tos seca, evoluciona con parámetros de insuficiencia respiratoria, plaquetopenia, aumento de CPK, LDH, infiltrados intersticiales en cuatro cuadrantes, hipoxemia, acidosis metabólica, hemoconcentración, ERS 5, leucocitosis con linfoplasmicitosis. Al ingreso a UTI lúcido, taquipneico, hipotenso, taquicárdico, oligúrico. Sin respuesta a expansión con líquidos, requiere uso de drogas vasopresoras, se coloca Swan Ganz., continua con oliguria, acidosis metabólica, deterioro de la función respiratoria que obliga a IOT y conexión a ARM, Pa/FiO<sub>2</sub> 150. SG Adrenalina 1,7 γ/kg/mim. TAM 78, PAP 28, POAP 17, PVC 15 cm H<sub>2</sub>O, IC 2,17, IS 12,9, RVS 2319, RVP 405; PH 7.09, PCO<sub>2</sub> 37, PO<sub>2</sub> 90, HCO<sub>3</sub> 11, EB -17, SaO<sub>2</sub> 92,9%, SvO<sub>2</sub> 65.1%, DAV 7, láctico 10. Se restringe expansión volumétrica, lográndose disminución de dosis de adrenalina rotando a noradrenalina más dobutamina la cual se suspende por mala tolerancia, recibiendo infusión de noradrenalina a 1,4 γ/kg/min Se observa intolerancia a la expansión con cristaloides evidenciada por aumento de PVC y POAP. A las 24 hs del primer monitoreo presenta el siguiente patrón. Pa/FiO<sub>2</sub> 223; noradrenalina 1.7γ/k/min., dopamina 5,5 γ/k/min., TAM 69, PAP 22, POAP 14, PVC 17 cmH<sub>2</sub>O, IC 2.1, IS12.1, RVS 1978, RVP 304; PH 7.45, PCO<sub>2</sub> 27, PO<sub>2</sub> 134, HCO<sub>3</sub> 19.3, SaO<sub>2</sub> 99%, EB -2.7, SvO<sub>2</sub> 73.6%, DAV 6.7, láctico 7. Se observa variación de presión sistólica de pulso, tolera desafío de volumen, permitiendo continuar con disminución de los requerimientos de vasopresores (noradrenalina). Al 4to día se evidencia mejoría del patrón hemodinámico se continua descenso de drogas vasoactivas, tolerancia a la expansión con líquidos, manteniendo adecuada función respiratoria y ritmo diurético. Resultado de serología (+) para Hantavirus andes. Continúa con dopamina a dosis inotrópicas hasta su suspensión 6 días después; la función respiratoria permanece adecuada prolongándose ARM por weaning difilcultoso. Alta de UTI a los 26 días, sin secuelas cardiopulmonares, presentando necrosis digital de 2º y 3º dedo de ambos pies. Conclusión: El paciente pre-

sentó SCPHV con shock profundo y depresión miocárdica severa que obligó al uso de altas dosis de drogas vasopresoras con intolerancia a dobutamina. Este cuadro resultó ser transitorio ya que a las 24 horas se evidencia mejoría manifestada por la tolerancia al desafío de volumen y aumento de TAM, con rápida disminución de vasopresores y mejoría del ritmo diurético. La mayoría de los pacientes que presentan este cuadro mueren en 24 hs por shock refractario. En este paciente se evidencia que el compromiso hemodinámico fue transitorio y que sostener la presión de perfusión con mantenimiento de la TAM resultó ser el único tratamiento posible. La variación de la presión de pulso demostró utilidad en identificar la mejoría hemodinámica.

**0127 IMPACTO EN LA MORTALIDAD Y ESTADÍA DE LA CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LA SEPSIS**

S COSENZA, D BERNARDEZ, JC ESCARDO, V MARQUEVICH, J ALVAREZ, D CZERWONKO, F UNGAR, P VIDAL ARTETA, P GUIMARAENS, J NUÑEZ, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

El objetivo principal de la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis (CSS) es reducir la mortalidad asociada a Sepsis Severa/Shock Séptico (SS/ShS) y en forma secundaria disminuir la estadía hospitalaria y los costos. Numerosas publicaciones han reportado que la adherencia a las intervenciones de la CSS tienen impacto en la supervivencia de los pacientes (p). Objetivo: Cuantificar el impacto sobre la mortalidad y la estadía en los pacientes que ingresaron a la CSS vs los controles históricos en la etapa pre-CSS. Método: Análisis retrospectivo de los registros médicos previos y posteriores a la implementación de la CSS durante el periodo 1/2003-3/2008. Resultados: Ingresaron en el periodo pre-CSS 160p (84 SS y 76 ShS). Posterior a la implementación de la CSS (1/2007) ingresaron 59p (30 SS y 29 ShS). La mortalidad global fue 26.9% vs 20% en las etapas pre y post CSS respectivamente (p 0.36). La mortalidad del ShS fue 35% vs 24% en las etapas pre y post CSS respectivamente (p 0.38). La estadía promedio en UCI en las etapas pre y post CSS fue 12.3 vs 7.9 días (p<0.001). Los scores de gravedad Apache II y SOFA no mostraron diferencias entre ambas etapas. Conclusiones: A partir de la implementación de la CSS observamos una tendencia a la disminución en la mortalidad global y asociada a ShS. La falta de significancia estadística creemos se relaciona con el pequeño tamaño de la muestra. Evidenciamos una reducción estadísticamente significativa en la estadía promedio en UCI (4,4 días).

**0128 IMPACTO DEL USO DE DROTRECUGIN A ACTIVADO EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO**

P PRATESI, D BERNARDEZ, JC ESCARDO, S COSENZA, J ALVAREZ, D CZERWONKO, F UNGAR, C MARTINEZ BARRETO, C NAVEDA GAVILANES, P GUIMARAENS, P VIDAL ARTETA  
Hospital Universitario Austral, Argentina

A pesar de los avances realizados en los cuidados intensivos, los pacientes (p) con Shock Séptico (ShS), continúan teniendo una mortalidad elevada. El drotrecogin a activado (DAA), es una proteína con propiedades anti-inflamatorias, anticoagulantes y profibrinolíticas, que ha probado ser útil en pacientes con ShS y alto riesgo de muerte. Objetivo: Cuantificar el impacto sobre la mortalidad de los p con ShS que no recibieron DAA (No) vs los que recibieron DAA (Si). Secundariamente se analizó requerimiento de Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM). Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas informatizadas de los pacientes admitidos en la UCI en el periodo 1/2003-6/2007 con diagnóstico de ShS. Resultados: Ingresaron 143p con ShS en dicho periodo. Grupo No incluyó 125p, masculino 62% y media de edad 61 años. Grupo Si incluyó 18p, masculino 78% y media de edad 58 años. Respecto de los scores de gravedad el Apache II fue 23/28 y el peor SOFA fue 9.6/11 para los grupos No y Si respectivamente. La necesidad de AVM fue 94/92% para los grupos No y Si respectivamente. La mortalidad fue 30.4% vs 27.7% para el Grupo No vs Si respectivamente (p NS). Conclusiones: La mortalidad en nuestra serie fue similar a la reportada en la literatura. Si bien la gravedad del grupo Si fue mayor, evidenciada por Apache II y SOFA, no hubo diferencias estadísticamente significativas con respecto a mortalidad y requerimiento de AVM entre los 2 grupos.

**0129 NEURALGIA DEL GLOsofaríngeo ASOCIADA A SÍNCOPE DE ALTO RIESGO**

F PEREZ PRIETO, C NOZIERES, EJ DESCOTTE, EM BRUNEL, C ROMAN, R ZAMBON, MA VELTRI, JE UBALDINI  
Hospital Británico, Argentina

Introducción: La neuralgia del glossofaríngeo representa el 0,2-1,3% de los casos de dolor facial, siendo cien veces menos frecuente que la neuralgia del trigemino. La mayoría de los casos son idiopáticos y se da en mayores de 50 años. Se caracteriza por episodios de dolor paroxístico, unilateral en la base de la lengua, paladar blando, garganta, faringe posterior y lateral con irradiación al oído ipsilateral. El dolor puede desencadenarse al tragar, toser, masticar o bostezar. Estos episodios se asocian rara vez con bradicardia/asistolia resultando en síncope, debido a que las aferencias del glossofaríngeo en el tracto solitario pueden tener efecto sobre el núcleo dorsal motor del vago. Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 66 años de edad, con antecedentes de miastenia gravis ocular familiar, hipertensión arterial estadio 1 y hernia hiatal. Ingresó a Terapia Intensiva por episodios sincopales asociados a dolor facial derecho de tipo neurítico en región de inervación del nervio glossofaríngeo con recuperación a los pocos segundos. Se constató bradicardia sinusal con pausas significativas durante los episodios de dolor, por lo que se decide la colocación de un marcapasos transvenoso transitorio. Se realizó otoscopia, fibrolaringoscopia indirecta, examen odontológico, tomografía axial computada de cerebro, senos paranasales, cuello, macizo facial, resonancia y angioresonancia de cerebro y cuello, Eco-Doppler carotídeo bilateral y electroencefalograma, sin hallazgos patológicos. Inició tratamiento combinado con gabapentin, tramadol y pregabalina, con mejoría de los episodios de dolor. En Holter cardíaco se evidenciaron períodos de bradicardia sinusal de hasta 35 latidos por minuto que se correlacionaron con episodios de dolor. Evolucionó sin repetir episodios sincopales por lo que se retiró el marcapasos transitorio el día once de internación y posteriormente fue externada. Presenta a los 40 días de evolución nuevos episodios sincopales asociados a dolor facial, a pesar de recibir igual tratamiento. Presenta progresión de la signosintomatología complicándose con paro cardiorespiratorio, por lo que se decide colocación de marcapasos definitivo. Conclusiones: La asociación de la neuralgia del glossofaríngeo con síncope es rara y se reconoce por cortos períodos de bradicardia y asistolia desencadenados por las conexiones existentes entre el glossofaríngeo y el neuromogástrico. En pacientes con tratamiento farmacológico para control de la neuralgia del glossofaríngeo se debe considerar la colocación de marcapasos definitivo en casos de síncope de alto riesgo.

**0130 IMPACTO DEL MANEJO HEMODINÁMICO INTRAOPERATORIO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA PANCREÁTICA EN EL ESTADO POSOPERATORIO EN TERAPIA INTENSIVA**

I ROMERO, F(H) PÁLIZAS, M TINTA, V CARDENAS, D YAGUPSKY, F MOS, MV ARROSAGARAY  
Clínica Bazterrica, Argentina

Objetivo: Caracterizar la evolución clínica y los parámetros de monitoreo de la oxigenación de pacientes en el post operatorio (PO) inmediato de cirugía de páncreas (CP). Materiales y métodos: se incluyeron pacientes que fueran sometidos a CP. Se utilizó un protocolo de resucitación intra operatorio (IO) guiado por presión arterial media mayor de 65 mmHg, la PVC mayor a 12 cm de agua y la saturación venosa central medida (Svco2) por cooximetría mayor de 70%. Se realizaron extracciones para estado ácido base arterial (EAB), ácido láctico (AL), EAB venoso central, cooximetría venosa central, ionograma, y hematocrito a la llegada a UTI, a las 6 horas y a las 24 horas. Para el análisis estadístico se utilizó ANOVA para mediciones repetidas y cuando hubo diferencias significativas se utilizó Test T con corrección de Bonferroni para localizar las mismas.

	Hora 0	Hora 6	Hora 24
pH	7,29	7,31*	7,36**
EB	-8	-6,4*	-3,5**
Coox	74	76	77
Lact	2,2	3*	2,6
HbP50	31,3	29,6	26,9

Resultados: se incluyeron 27 pacientes: duodeno-pancreatectomía cefálica el 76,9%, espleno-pancreatectomía el 19,2%, pancreatectomía caudal el 3,8% y derivación biliodigestiva el 3,8%. La edad promedio fue de 59,5 ± 13,2 años y el score APACHE II de 8,5 ± 3,1. El tiempo quirúrgico fue de 308,8 ± 74 minutos. La expansión con cristaloides IO fue de 4479,6 ± 1219,2 ml y la diuresis fue de 383,3 ± 260,1 ml. El tiempo de internación en UTI fue de 2,3 ± 1,2 días y la internación hospitalaria fue de 11,3 ± 4,3 días. El porcentaje de complicaciones durante la internación fue del 14%. La mortalidad hospitalaria fue nula y la mortalidad a 6 meses fue de 3,8%. \*P<0,05 (con respecto al basal) \*\* P<0,05 con respecto a 6 hs. En las variables analizadas se objetivó acidosis metabólica en todos los pacientes a pesar de tener de base Svco2 mayor a 70% y dosaje de AL normal al ingreso a UTI. Acompañando la mejoría del pH se observó un descenso de la P50 de la hemoglobina (HbP50). La elevación del AL a las seis horas podría interpretarse como "wash out" debido a la mejoría concomitante del pH arterial, el exceso de base y la Svco2. La mejoría del pH arterial podría explicar el cambio en la HbP50 y la tendencia a la mejoría de la Svco2 sin que ocurriera necesariamente un cambio hemodinámico significativo. Conclusión: Todos los pacientes presentaron en el PO de cirugía de páncreas acidosis metabólica que se corrigió en el transcurso de las primeras 24 horas manteniendo objetivos de reanimación usados habitualmente en UTI. Al menos en parte, los cambios en la HbP50 podrían explicar el aumento de la Svco2 sin cambios en el volumen minuto cardíaco.

#### 0131 IMPACTO DE LOS PROGRAMAS CENTRALES Y LOCALES EN LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE. ROL DEL COORDINADOR HOSPITALARIO DE TRASPLANTE EN LAS UTIS

AE PIACENZA, JA CIALZETA, JA OJEDA, HJM ALVAREZ, J RIERA STIVAL, GL GUTIERREZ  
CUCAICOR (Centro Unico Coordinador de Ablacion e Implante de Corrientes), Argentina

Introducción: la escasez de órganos para trasplante en Argentina con una tasa de 6 a 7 donantes PMH por año hasta el año 2001, llevó a las autoridades sanitarias nacionales a desarrollar programas que incluyeron la figura del Coordinador Hospitalario en las UTIs siguiendo el Modelo Español de Procuración. Estas acciones se consolidan con la instauración del programa Glasgow 7 dentro del Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante en todo el territorio nacional. En la Provincia de Corrientes la tasa de procuración desde la creación del CUCAICOR en el año 1995 se encontraba entre 2 y 3 donantes PMH por año, por debajo de la media nacional, en consonancia con la situación socioeconómica de la provincia. Desde el año 2002 se comenzó a trabajar con programas y recursos provenientes del nivel central (INCUCAI), lográndose restablecer la operatividad utilizando estrategias locales para adaptar los programas centrales a las características de la provincia. Objetivos: Evaluar el impacto de la aplicación de programas centrales y estrategias locales sobre la cantidad de donantes efectivos y la tasa de donantes PMH por año en la provincia de Corrientes. Material y método: Se consideraron dos periodos de tiempo: Período 1: desde la creación del CUCAICOR 1995, trabajando sin programas definidos y con escasos recursos hasta el año 2001 (7 años). Período 2: 2002 a 2007, trabajando con programas y recursos aportados por el nivel central y desarrollando estrategias locales (6 años). Programas Centrales: Coordinador Hospitalario de Trasplantes, Programa Federal de Procuración, Subprograma Glasgow 7, EDHEP, Programa Donación y Familia. Estrategias Locales: Procurar en toda la provincia, involucrar a los médicos de las UTIs, incorporar los sanatorios privados, mejorar la infraestructura de mantenimiento en la UTI, instalar el tema en la sociedad, rever-

tir la Negativa Familiar. Análisis estadístico: test de t (ANOVA-Kruskal Wallis) Significativo: p<0.05. Resultados: Hubo un significativo incremento de donantes en el Período 2. Total de donantes P1: 15 (7 años) vs P2: 57 (6años). Donantes por año (media ± DS) P1: 2,1 ± 1 vs P2: 14.5 ± 9.4 (p<0.001). Promedio DPM/año P1: 2,3 ± 1 vs P2: 14.1 ± 8 (p<0.001). En el año 2007 Corrientes mantuvo un Índice de Desarrollo Humano (IDH) por debajo de la media nacional mientras que el índice de DPH fue el doble que la media nacional. Conclusiones: El aporte de recursos y capacitación de los programas centrales, sumado a estrategias locales, produjeron un significativo incremento en el número de donantes. El índice de DPH es un indicador sanitario que puede modificarse favorablemente acercándose a los hallados en el primer mundo utilizando modestos recursos y un grupo reducido de personas. el rol del coordinador hospitalario de trasplantes dentro de las UTIs es fundamental en ese sentido.

#### 0134 HEMATOMA ESOFÁGICO ESPONTÁNEO. REPORTE DE UN CASO

VS GIOVINI, PG VALLE, PJ MALDONADO  
Clinica San Martin, Argentina

Introducción: el hematoma espontáneo del esófago es una rara condición, relacionada con disección y hemorragia entre la mucosa y la capa muscular del esófago, fue descrito por Williams en 1957 y por Marks y Keet en 1968. En la literatura revisada hasta 1980, sólo 20 casos habían sido reportados. Ocurre usualmente después de vómito, náuseas o trauma relativamente menor, como resultado de cambios súbitos de la presión intratorácica; o pueden presentarse espontáneamente en pacientes con coagulopatías o como complicación de procedimientos endoscópicos. Paciente de 76 años sin antecedentes patológicos conocidos, que ingresa por dolor epigástrico urente, de 4 horas de evolución, de inicio súbito, intensidad 8/10, continuo, irradiado a base del cuello acompañado de odinofagia y náuseas. Ex. Físico: signos vitales dentro de parámetro normales, punto epigástrico positivo, no melena. Laboratorio: Hto:48%, Hg:14.8g/dl, Leucocitos: 16700/mm (Ns: 89-L: 7), Urea:32 mg/dl, Creatinina: 0,41mg/dl, Amilasa: 89 U/l, CPK: 53 U/l, LDH: 319 U/l, Sodio: 140 mEq/l, Potasio: 3.9 mEq/l, Fosfatasa Alcalina: 77 U/L. Electrocardiograma: dentro de parámetros normales. Rx de tórax: botón aórtico prominente, IC conservado, no se observan lesiones de parénquima pulmonar. Evolución con hematemesis a las ocho horas del ingreso, se realiza Videoendoscopia digestiva alta (VEDA): imposibilidad de franquear esófago superior por masa que protruye hacia la luz. TAC de Tórax con contraste: hematoma extrínseco de esófago superior sin pasaje de contraste a través de la luz, derrame pleural bilateral asociado a predominio derecho. Angioresonancia de Tórax con gadolinio: lesión intramural posterolateral derecha en esófago torácico que comprime y oblitera la luz. Aorta torácica y abdominal, vasos supra-ártericos y ramas colaterales de características normales. Ecocardiograma Doppler Color: cavidades cardíacas de tamaño y espesor normal, función sistólica conservada, válvulas sin alteraciones. Compresión extrínseca de aurícula derecha. No derrame pericárdico. Se inicia alimentación parenteral, se repite Rx de Tórax: seno costo diafragmático derecho borrado con atelectasia basal homolateral, se decide punción guiada con ecografía. Derrame pleural: 400 cc sanguinolento, exudado, amilasa 48 UI/L, con cultivo negativo. Presenta episodio febril, Urocultivo y Hemocultivos sin desarrollo, se cumple tratamiento antibiótico por 7 días. Tras permanecer 8 días en UTI se inicia dieta líquida progresiva con buena tolerancia y pasa a sala común donde se repite TAC de Tórax que muestra derrame pleural bilateral, tercio proximal de esófago aumentado de calibre y ocupado por formación intraluminal heterogénea con aire que podría corresponder a hematoma en reabsorción y a las 72 hs. se decide alta sanatoria. Conclusión: esta patología debería ser considerada entre las causas de hemorragia digestiva alta, siendo el manejo conservador la recomendación actual de tratamiento de acuerdo al control evolutivo y exámenes complementarios.

#### 0135 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN PACIENTE CON ENCEFALITIS HERPÉTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

G DOMENICONI, M ACOSTA HAAB, C RUGILO, J DALDIN, D PÉREZ, O YUNK  
Sanatorio Trinidad San Isidro, Argentina



Objetivo: Presentar un caso de encefalitis herpética con deterioro neurológico por herniación cerebral. Caso Clínico: Paciente de 32 años, sexo femenino, sin antecedentes, que ingresa refiriendo cefalea y fiebre de una semana de evolución. Agrega a su cuadro clínico crisis tónica por lo que consulta. Se realiza una Punción Lumbar (P.L.) que informa glucorraquia de 54 mg/dl, proteinorraquia de 102 mg/dl, 120 células con un 90% de monocitos. Se solicita una Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.) de encéfalo que informa una imagen hiperintensa en T2 en región tèmpero insular, temporo medial y fronto medial derechas. Se inicia acyclovir en dosis de 10 mg/kg cada 8 horas. Se recibe serología negativa para H.I.V. Se obtiene del L.C.R., por técnica P.C.R., positividad para Herpes Simplex tipo 1 (HSV-1). La paciente evoluciona somnolienta sin otros signos o síntomas. En el 10º día de evolución se observa deterioro del nivel de conciencia, midriasis derecha y rigidez de descerebración, GCS 4/15. Se procede a intubación orotraqueal, asistencia respiratoria mecánica y terapéutica con soluciones hiperosmolares. Se solicita Tomografía Computada (T.C.) de cerebro que informa en la zona previamente afectada, área hemorrágica con importante lesión hipodensa, compresión de cisternas peritroncales y desvío de línea media de 9 mm. En conjunto con neurocirugía se acuerda realizar craniectomía descompresiva. En el postoperatorio se observa registros de hipertensión endocraneana (PIC > 20) que no responden a máximo tratamiento médico. Se realiza T.C. de control que informa desvío de línea media de, al menos, 8 mm. Se acuerda entonces una ampliación de la craniectomía inicial. La paciente evoluciona estable, con PIC en rangos normales, velocidades de flujo sanguíneo cerebral medidas por Doppler Trans Craneal en rangos habituales. A posteriori logra un buen despertar, ventilación espontánea, deglución y marcha sin dificultad. Conserva una ligera paresia a predominio braquial izquierdo. Conclusiones: 1) El paciente con encefalitis herpética puede presentar durante su evolución hipertensión endocraneana con compromiso del tronco por enclavamiento. 2) La opción neuroquirúrgica debe ser evaluada en este grupo de pacientes pensando en la craniectomía descompresiva como una terapéutica útil.

**0136 COMPORTAMIENTO DE LOS MEDIADORES INFLAMATORIOS DURANTE LA HIPERTENSIÓN INTRAABDOMINAL. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS**

JA OJEDA, LL SOSA, SE LAZZERI, CS MIZDRAJI, L HUESPE GARDEL, JA CIALZETA, S SOTO  
Facultad de Medicina de la UNNE - Hospital Jose F. de San Martin - Corrientes, Argentina

Introducción: Es aceptado que la presión intra-abdominal (PIA) oscila en valores sub-atmosféricos. Existen situaciones donde la compliance abdominal se altera generando incrementos en la PIA. La hipertensión intra-abdominal (HIA) ha sido descripta como uno de los factores causantes de falla orgánica multisistémica. Se sabe que nuestro organismo reacciona ante cualquier agresión desencadenando la liberación de mediadores inflamatorios dentro de un complejo mecanismo denominado Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS). Si esta respuesta inflamatoria es desbordada por una reacción inflamatoria exagerada se inician los mecanismos que determinan la aparición de diferentes disfunciones, constituyéndose el Síndrome de Disfunción Multiorgánica (SDMO). Con la hipótesis de que estos fenómenos inflamatorios se desencadenarían ante la presencia de HIA se esta llevando a cabo esta línea experimental. Objetivos: Estudiar el comportamiento de los mediadores inflamatorios en un modelo experimental de ratas con PIA elevada y determinar la implicancia como generador del SDMO. Material y métodos: Se utilizaron ratas de laboratorio, inicialmente fueron anestesiadas con Tiopental Sódico por vía intraperitoneal, luego se realizó traqueostomía quirúrgica, se canuló la arteria carotida para el monitorear la presión arterial media y un catéter conectado a un manómetro de presión anaeroide fue alojado en el interior del abdomen de la rata para realizar la medición continua de la PIA. Se elevaron los valores de PIA insuflando aire con el mismo dispositivo utilizado para la medición. Se trabajó con tres grupos: *GRUPO I*: ratas con PIA de 10 mmHg; *GRUPO II*: ratas con PIA de 15 mmHg y *GRUPO III*: ratas control. En cada grupo se realizaron mediciones hemodinámicas en forma seriada durante dos horas y se obtuvieron muestras sanguíneas al inicio y antes de finalizar para la determinación de Urea (U), Creatinina (C), Estado

Acido-Base, Hemograma y otros. Una vez completado el tiempo de protocolo las ratas fueron sacrificadas y se obtuvieron muestras de células del peritoneo para determinar la presencia de marcadores inflamatorios a través del método RT-PCR. Resultados: Se estudiaron hasta el momento 5 ratas en cada grupo. Los hallazgos observados se observan en el cuadro siguiente:

	U inicial gr/l	U final gr/l	C inicial mg/d	C final mg/dl	PAFI inicial	PAFI final	Marca- dores Infla- matorios
G I	0.32	0.85	0.93	1.54	370	220	SI
G II	0.37	0.98	0.97	1.85	385	170	SI
G III	0.31	0.31	0.90	0.98	360	345	NO

Conclusiones: Existe relación entre los valores de PIA alcanzados y la aparición de disfunciones intra y extra-abdominales (Renal y Respiratoria), resta determinar en que magnitud aparecen los cambios mediados por las citoquinas inflamatorias, para ello es necesario medir la presencia de los diferentes mediadores inflamatorios en forma cuantitativa utilizando los test de ELISA específicos.

**0137 COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA TORÁCICA EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

E SOBRINO, A FERNANDEZ PAZOS, G KIRSZNER, G BADA-RIOTTI, B DE DIEGO, AC RAIMONDI  
Sanatorio Mater Dei, Argentina

Objetivo: describir la incidencia de complicaciones del postoperatorio de cirugía torácica en una unidad de terapia intensiva. Material y métodos: estudio retrospectivo secuencial de 119 pacientes sometidos a cirugía torácica e internados entre el 01/01/07 y 01/03/08. La media de la edad fue de 60,3 años (± 12,5), fueron 55 mujeres y 64 varones, y la mediana de la duración de internación fue de 2 días (IC95% 2-3). Entre los antecedentes principales se halló: tabaquismo 51,3%, enfermedad cardiovascular 45,4%, tumores previos 26,9% y EPOC 13,4%. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: toracotomía 40,3%, videotoracoscopia 37% y videotoracoscopia seguida de toracotomía 22,7%. Los tipos de cirugía fueron lobectomía 42,8%, resección atípica 32,8%, procedimientos sobre la pleura 12,6%, neumonectomías 3,4%, otros procedimientos 8,4%. La principal patología hallada fue: adenocar-cinoma 33,6%, metástasis 16,8%, hamartoma 12,6%, carcinoma escamoso 9,2%, patología inflamatoria 8,4%, neumotórax 6,7%, tumor carcinoide 5%. El APACHE II al ingreso fue de 8,2 puntos (± 3,76). La analgesia empleada fue endovenosa en 67 pacientes, peridural en 49 pacientes y pleural en 3. Se utilizó bomba de aspiración pleural en 26,9% de los pacientes, con una media de débito en 24 horas de 382 ml (± 296). Se definió como complicación todo problema médico en la evolución de los pacientes y como complicación grave aquella que de no ser corregida rápidamente pudiera conducir a situaciones de riesgo de vida. Se utilizaron herramientas de estadística descriptiva con media o mediana según correspondiera con su respectivo intervalo de confianza del 95%. Resultados: se registraron 157 eventos definidos como complicación en 79 pacientes. De ellos 51 tuvieron complicaciones consideradas graves (42,8% del total de pacientes). La mortalidad global fue del 1,7%. De los 51 pacientes mencionados un 33,3% sufrió taquiarritmias supraventriculares, complicaciones infecciosas 21,5%, hipotensión arterial con utilización de vasopresores 15,7%, depresión respiratoria por opioides 9,8%, enfermedad tromboembólica venosa 7,8%, ARDS 5,9%, torsión lóbulo medio 3%, insuficiencia renal aguda 3%. Fueron ventilados mecánicamente 4 pacientes. Requiritieron transfusiones de glóbulos rojos el 15,1% del total de pacientes. Conclusión: A pesar del score de APACHE II y de la baja mortalidad, la aparición de complicaciones graves en un porcentaje significativo de estos pacientes justifica la internación de la patología observada en terapia intensiva.

**0138 HÍGADO GRASO EN PACIENTE EMBARAZADA HIV, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

S ZANELLO, V DOS SANTOS, M TARTARA, P TOMBA, C CORIA, G GUZMAN, O ELEFANTE  
HIGA Mar del Plata, Argentina

**Objetivo:** Comunicación de un caso de falla hepática por hígado graso en embarazada con HIV. **Introducción:** El hígado graso agudo del embarazo es una patología de presentación infrecuente cuya asociación al HIV ha sido pocas veces reportada. Agregando en los diagnósticos diferenciales de insuficiencia hepática; al tratamiento anti-retroviral. **Materiales y métodos:** Este es un reporte de un caso de una paciente de 31 años cursando una gesta de 28 semanas (G6, P5, A0; antecedentes de colestasis del embarazo) con diagnóstico reciente de HIV bajo tratamiento con anti-retrovirales (Zidovudina, lamivudine, Nelfinavir). Ingresó al hospital derivada de otra institución con un cuadro de 6 días de evolución caracterizado por astenia, hiporexia, dolor en epigastrio e hipocondrio derecho. Presentaba coluria, acolia e ictericia cutáneo mucosa más febrícula. Laboratorio: TGP 4420 (33-300), TGO 7636 (2,0-4,0), FAL 623 (300-600), Bilirrubina 276-146-130 (5-17), LDH 8,3 (2-4), TP 34" 19 %, Kpdt 42", Plaquetas 274000, glucemia 31 mmol/L (3,6-6,1), Colesterol 99 mmol/L (3,5-5,2), proteinuria negativa. ECO abdominal: Esplenomegalia, LFC +. Se solicitan serologías. Se interna en clínica médica, se suspende medicación anti-retroviral; presentando mala evolución: prolongación del tiempo de protrombina y deterioro neurológico. Derivada a UTI, se indican corticoides para maduración fetal y profilaxis para transmisión vertical por HIV. Antes de la fecha programada presenta parto vaginal espontáneo. Postparto profundiza deterioro neurológico, laboratorio: TGP 965, TGO 1127, FAL 1000, Br 331-188-143, TP 37" 20%, Kpdt 38", plaquetas 236; requiere ARM, agrega falla multiorgánica, falleciendo. Se realizó biopsia hepática post-mortem. Resultados: biopsia hepática compatible con hígado graso agudo del embarazo (severo) con colestasis. Serologías negativas. **Conclusión:** El hígado graso se confirmó por biopsia. La asociación de embarazo, HIV y tratamiento anti-retroviral nos planteó la dificultad de establecer el diagnóstico etiológico.

#### 0139 DONACIÓN VIVO RELACIONADA DE TRASPLANTE HEPÁTICO, ¿EL BENEFICIO SUPERA LOS RIESGOS?

JC ESCARDO, S COSENZA, P VIDAL ARTETA, F UNGAR, J ALVAREZ, C ROWE, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

La donación vivo relacionada (DVR) de hígado para trasplante es una alternativa terapéutica utilizada cada vez con mayor frecuencia frente al mayor incremento de pacientes en lista de espera en relación con el número de donantes cadavéricos. Sin embargo, los beneficios relacionados a la procuración del órgano deben ser adecuadamente balanceados con los riesgos de morbimortalidad. Las complicaciones asociadas a la DVR incluyen infecciones, reacciones asociadas a drogas, sangrados e incluso muerte. **Objetivos:** Describir características demográficas de pacientes (p) DVR. Identificar media de edad, sexo, condición al momento de donación, técnica quirúrgica, requerimiento transfusional, analgesia, media de APACHE II, complicaciones y mortalidad. **Diseño:** Cohorte retrospectiva de historias clínicas informatizadas durante el período 3/2002-7/2004. **Resultados:** Se documentaron en este período 24p DVR. Representan el 46% de los trasplantes hepáticos (24/52) y el 1.8% (24/1300) de los ingresos a UCI. La media de edad fue 31.7 años. El 54% correspondieron al sexo femenino. La donación fue electiva en el 70% y de urgencia en el 30%. El tipo de cirugía fue hepatectomía izquierda 58%, derecha 25%, derecha ampliada 8% e izquierda ampliada 8%. El APACHE II promedio fue 2,6. La media de Hb-GOT-GPT-RIN-láctico fue 11,3 g/dl-357/257U/ml-1,4-2,2mg/dl. Se realizó ecografía doppler de control en 15p. Requiritieron soporte transfusional 33% (8p) con una media de 1.9 U GR. Recibieron analgesia EV todos los p y solo 6p tuvieron catéter epidural. Todos recibieron opioides y 12p AINES. Diez p (42%) presentaron dolor moderado a severo. La mitad de los p presentaron alguna complicación. Las complicaciones observadas fueron: cardiovasculares 2p (sme coronario agudo), respiratorias 1p (atelectasia), insuficiencia renal 1p (sin soporte sustitutivo), neurológicas 3p (2p encefalopatía hepática, 1p convulsiones), infecciosas 4p (neumonía 1p, catéter 1p, colección abdominal 2p), hepáticas 4p (1p fistula biliar, 3p fallo hepático, 2p hematoma). La tasa de supervivencia al egreso de UCI fue del 100%. **Conclusiones:** En nuestra serie no evidenciamos mortalidad entre los pacientes DVR, sin embargo la morbilidad fue del 50%. Esto nos muestra que los riesgos asociados a la hepatectomía son

considerables y deben ser adecuadamente balanceados al momento de realizarse la donación.

#### 0140 EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA "CUIDAR EL CONOCIMIENTO". FORMACIÓN CONTINUADA DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS Y CORONARIOS

M LA ROSA SALABERRY, C DIEZ  
Hospital Universitario Austral, Argentina

**Introducción:** Invertir en formación, conscientes del esfuerzo que supone a todos los niveles, es la mejor inversión por su alta rentabilidad: es gratificante para el personal, mantiene su motivación, eleva su autoestima y mejora la calidad de atención al paciente razón última de esta institución. Por esta razón se realizó un programa de formación continuada en el sector de trabajo durante los meses de mayo a noviembre del 2007. **Objetivos:** - Implementar un programa de formación continuada para los enfermeros de las Unidades de Cuidados Intensivos y Coronarios. - Homogeneizar la formación de los profesionales de enfermería. - Dar a conocer las guías de acción y procedimientos del Hospital Universitario Austral, así como el contenido de los que vayan surgiendo, priorizando temas de estudio según las necesidades del grupo y del sector. - Descubrir intereses para establecer grupos de trabajo que realicen nuevas guías e investigaciones. **Material y método:** Se estableció un temario de clases teniendo en cuenta las necesidades del servicio en cuanto a cuidados básicos de enfermería. Se prepararon clases semanales luego de una búsqueda bibliográfica, preparación de material didáctico de apoyo y recursos. Se impartieron clases de corta duración (10-15 minutos) en el sector de trabajo en los cinco turnos laborales, en pequeños grupos. Al final de las clases se realizaron evaluaciones interpersonales. Se incentivó la formación de futuros equipos para nuevos trabajos de investigación relacionados con los temas impartidos. **Resultados:** A partir del mes de mayo se dio a conocer el proyecto en forma oral y escrita a las 35 personas que en ese momento trabajaban en el sector. En el mes de Junio se iniciaron las charlas con los protocolos de cuidados de ojos y cuidados de la boca. Escucharon la charla 19 personas de los 5 turnos. Completaron la auto evaluación 8 personas. No se logró observar directamente a quienes recibieron la charla, pero sí hubo preguntas al cabo de unos días. En los meses restantes se trabajó en las charlas que a continuación seguían, según la programación. (Cuidados de la piel: higiene, humectación de la piel y prevención de úlceras por presión. Visita de familiares y su participación en el cuidado del paciente). Los profesionales mostraron interés y adhesión al protocolo. **Conclusión:** El programa parece ser una estrategia innovadora en la formación continuada en nuestras unidades de atención, se requiere mayor tiempo de desarrollo y organización para el logro del mismo.

#### 0141 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPINAL. REPORTE DE UN CASO

SM CASTELLINO, VS GIOVINI, AJ ZAZÚ  
Clínica Privada de Especialidades, Argentina

**Introducción:** la hemorragia subaracnoidea espinal espontánea es también denominada hematorraquis, de rara presentación, constituye menos del 1% de las hemorragias subaracnoideas, originada por múltiples causas como, malformaciones vasculares, fistulas arteriovenosas, poliarteritis nodosa, sífilis y coartación de aorta. **Caso clínico:** paciente de sexo femenino de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes de reciente diagnóstico que ingresa a UTI por deterioro del estado de conciencia de 12 horas de evolución, fotofobia y desorientación temporoespacial. **Ex. Físico:** vigil, afasia fluente, rigidez de nuca, hemiparesia braquio-cruca derecha y pupilas isocóricas reactivas lentas. Se solicita TC de cerebro donde no se evidencian signos de hemorragia aguda, se realiza punción lumbar (PL) que informa líquido cefalorraquídeo (LCR) hemorrágico, glucorraquia: 10 mg/dl (glucemia: 99mg/dl), proteinorraquia 1495 mg/dl y se envía a cultivo y se inicia tratamiento con corticoides y antibióticos ante sospecha de foco infeccioso. Conjuntamente con Servicio de Neurología se solicita RMN de cerebro: sin signos de hemorragia, ni cerebritos, lesión isquémica insular antigua. Se recibe resultado de cultivo de LCR negativo por lo que se suspende trata-

miento antibiótico. Posteriormente, se solicita RMN de columna cervicodorsal que informa hemorragia subaracnoidea espinal, realizándose arteriografía cerebral y de medula espinal donde se objetiva tronco basilar de aspecto irregular con estenosis concéntrica leve tercio distal. Fenestración tercio proximal y estenosis concéntrica leve a moderada de ramos intraparenquimatosos proximales dependiente de arterias silvianas y cerebrales anteriores y posteriores. No se observan lesiones vasculares raquídeas, cervicales y dorsales altas visibles. Se solicita perfil reumatológico informado como normal. Mejora estado de conciencia, permaneciendo orientado en tiempo y espacio, vigil, afebril, Escala de Glasgow 15/15, tras permanecer 8 días en UTI se decide paso a sala común donde luego de 72 hs. se otorga alta sanatorial. Conclusión: ante la baja frecuencia de presentación de este caso y ante los resultados de exámenes complementarios se decide conducta expectante y control evolutivo.

**0142 SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL DURANTE EL MANTENIMIENTO CADAVÉRICO**

JA OJEDA, AE PIACENZA, JA CIALZETA, HJM ALVAREZ, J RIERA STIVAL, GL GUTIERREZ  
CUCAICOR (Centro Unico Coordinador de Ablacion e Implante de Corrientes), Argentina

Introducción: La hipertensión Intra-abdominal (HIA) y el Síndrome Compartimental Abdominal (SCA) son entidades marcadoras de mal pronóstico que en los últimos años han adquirido significativa relevancia en las unidades de terapia intensiva (UTI). No existen reportes sobre estas entidades durante el mantenimiento cadavérico (MC). Objetivo: Presentar un caso clínico de SCA durante el MC. Material y métodos: Donante cadavérico de 8 meses de edad que llega a la muerte encefálica por hidrocefalia congénita. Se certifica la muerte y se comienza con el MC. Inicialmente el potencial donante presentaba estabilidad hemodinámica (PAM 80-90 mmHg con 5γ/Kg. /min. de DOPAMINA), buena diuresis (90-100 ml/hs) y buen intercambio gaseoso (PAFI 300 y PCO2 35 mmHg). Luego de 10 hs de mantenimiento presenta hipotensión arterial, mayor requerimiento de drogas inotropicas (22 γ/Kg. /min. de DOPAMINA) y caída del ritmo urinario (30 ml/hs). Se asume como hipovolemia/vasoplegia y se continúa con expansión de volumen. El EAB reveló Ph 6.87, PCO2 124, PO2 49.6, CO3H 21, EB -18, SAT 74.7%. Se solicita una RX tóraco-abdominal. Se descartó una causa respiratoria primaria y se pensó en la posibilidad de un SCA. Se realizó una punción abdominal que permitió medir una PIA de 40 mmHg y se drenó líquido de la cavidad abdominal (800 ml), con caída de la PIA y notable mejoría hemodinámica, respiratoria y de la diuresis (PAM de 90 mmHg con 7γ/Kg. /min. de DOPAMINA, Ph 7.44, PCO2 30.9, PO2 344.7, CO3H 20.9, EB -1.6, SAT 99.6%). Se midió en forma periódica la PIA y 4 hs después se realizó un nuevo drenaje ante un valor de PIA 15 mmHg. La ablación hepática se concretó y las características del hígado y el resultado del trasplante fueron óptimos. Conclusión: El SCA puede presentarse y ser causa de deterioro del potencial donante durante el MC. El diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado permite reestablecer la hemodinámica y el intercambio gaseoso posibilitando la ablación de órganos de buena calidad.

**0143 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. ESTUDIO SOBRE PREVALENCIA Y EVOLUCIÓN EN UNA UCI**

L DE JANON, S ARCIERI, S COCORULLO, H SOLE, MC AVILA, G CHIAPPERO  
Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana, Argentina

Objetivos: Determinar la prevalencia de la HSA, en la población que ingresa a una UCI, de un hospital universitario de Buenos Aires. Buscar la relación entre el vasoespasmo (VE) y el outcome (O) en los pacientes (P) con HSA. Categorizar a P según diferentes scores clínicos de HSA e identificar el O de los mismos. Materiales y método: Desde el 01/01/2006, al 31/03/2008, a todos los P con HSA diagnosticada por TAC de encéfalo o PL se les efectuó angiografía de vasos cerebrales para confirmar un aneurisma como causa. A los P enrolados en el estudio, se los agrupó según datos demográficos. Al momento de ingreso a la UCI se les elaboró el APACHE II (APA II) y escalas GCS, Hunt y Hess (HyH), World

Federation of Neurological Surgeons (WFNS) y Prognosis on Admisión of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage (PAASH). Los P se distribuyeron en grupos de buen grado (HyH I-III; PAASH I-III; WFN I-III) y de mal grado (HyH IV-V; PAASH IV-V; WFN IV-V). Para detectar VE se efectuó doppler transcraneano (DTC) a la admisión y luego del 5to día de sangrado. De acuerdo al segundo DTC, los P se clasificaron en: con (+) VE y sin (-) VE. Además se consignó si el VE era o no sintomático, según criterios (J Neurosurg 1993;78:537-547). Se mantuvo monitoreo con DTC. Se buscó mortalidad (M) como O en cada uno de los grupos. Se obtuvieron las medias (m) y se expresó en porcentajes. Las variables se analizaron con test de Fischer con ayuda de Simple Interactive Statistical Analysis. Resultados: 954 P fueron admitidos en nuestra UCI en el periodo estudiado. 20 (2%) P ingresaron al estudio. Las medias (m) fueron: edad 44,6; mujeres 57%; APA II: 8,64; estadía UCI: 18,64 días. Se excluyeron 6 P. Se analizaron 14 casos, quirúrgicos: 10/14; M 35%, M global de UCI: 18,2%. La distribución de P según los grados de los scores es como sigue:

	Buen grado	Mal grado	M buen vs. Mal	Valor P
HyH	11 (78%)	3 (22%)	2 vs. 3	p 0,027
WFNS	9 (64%)	5 (35%)	0 vs. 5	p 0,0004
PAASH	11 (78%)	3 (22%)	2 vs. 3	p 0,02

11 P presentaron VE (+) y 3 VE (-). La comparación de M entre ambos (5 vs. 0) no fue significativa. 8/11 P presentaron VE sintomático y 3/11 asintomático. La M comparada entre ambos no tuvo significado estadístico. Conclusiones: • La prevalencia de HSA aneurismática en 27 meses de estudio fue del 2%. • La M es mayor en los grupos de mal grado, si la comparamos con los grupos de buen grado. • Los tres scores usados parecen identificar en forma similar a los P. • La presencia de VE no mostró relevancia estadística que influya en la M. Esto haría pensar que si bien la M es un outcome frecuentemente usado en las UCI, no debería ser el único a determinar en los P con HSA. Otros "end points" serían de gran ayuda.

**0144 MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

SN DIPENTE, AH PEÑALOZA, MS GARCIA KEIM, JA GONZALES, JE LEIVA, CE SALCEDO, V CONDE  
Hospital Militar Regional Cordoba, Cordoba, Argentina

La meningitis tuberculosa tiene una estrecha relación entre el pronóstico y el período de la enfermedad en que se inicia el tratamiento. Las secuelas y el riesgo de muerte están fundamentalmente condicionados al estado de lucidez y reactividad del paciente en el momento de ingresar al hospital. Paciente, 18 años, varón, presenta gastroenteritis y fiebre. Evolucionó en 48 horas con síndrome meníngeo por lo que es internado en Terapia Intensiva en hospital de Santiago del Estero. Se realiza tomografía computada (TAC) cerebral: normal, resonancia magnética (RMN) cerebral: normal, líquido cefalorraquídeo (LCR): cultivo negativo. Recibe tratamiento empírico con ceftriaxona con aciclovir, durante 5 días. Evolucionó con deterioro neurológico y es derivado a nuestra institución. Ingresa febril, desnutrición grado C. Estado neurológico Glasgow: 9/15, movimientos coreoatetosis, hiperreflexia, rigidez de nuca, Babinski y Kernig izquierdo presentes, pupilas isocóricas, intermedias reactivas y relajación de esfínteres. VSG: 60 glucemia: 140 LCR: claro, glucorraquia 14 mg/d, proteinorraquia 252, células 237, leucocitos 200, neutrofilos 89%, linfocitos 11%, LDH 430; Gram, Tinta china y Ziehl Nelsen negativos. Se inicia tratamiento con vancomicina más ceftriaxona. Radiografía de tórax: infiltrado intersticial micronodular y peribroncovascular perihilar, predominio lado derecho. Serología VIH negativa. Padre reconoce haber sido tratado por TBC pulmonar 6 meses atrás, dato anteriormente negado. Luego de 48 hs de ingreso se toma nueva muestra LCR para análisis serológicos (enterovirus) y PCR micobacterias que se informa como positiva. Se realiza RMN cerebral (ventrículo aumentado de tamaño. refuerzo glial posterior a inyección con gadolinio, especialmente peritroncal, cisterna supraselar y región profunda de valles silviano; áreas de refuerzo nodular y en escarapela a nivel de región profunda e inferior de ambos hemisferios cerebelosos, y a nivel de cara ventral de la unión bulbo medular. Presencia de imágenes hiperintensas en flair y T2 a nivel de la región anterior de

ambos tálamos y de la cabeza del núcleo caudado derecho). Fondo de ojo: normal. Ante el diagnóstico de Meningoencefalitis tuberculosa, se prescribe rifampicina, isonicida, piracinamida, estreptomycin y prednisona. Evolución con depresión del sensorio y fiebre, shock séptico refractario, sin respuesta a estímulos externos, reflejo corneano y tusígeno ausente, pupilas midriáticas arreactivas, se realizan medidas anti edema cerebral (hiperventilación, cloruro de sodio hipertónico). Fallece en UTI. Se presenta este caso clínico debido a su escasa frecuencia de presentación, que lleva a muchos centros del país, aun endémicos, a tenerla como patología archivada, siendo su sospecha la única posibilidad de vivir para el paciente. Es de vital importancia realizar un diagnóstico precoz para que el tratamiento sea útil y la curación se consiga sin secuelas.

#### 0145 UNA ENCUESTA COMO HERRAMIENTA PARA CONOCER SOBRE DECISIONES RELACIONADAS CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN UNA COMUNIDAD EDUCATIVA/ASISTENCIAL. INFORME PRELIMINAR

S ARCIERI<sup>1</sup>, L DE JANON<sup>1</sup>, G CHIAPPERO<sup>1</sup>, M ARISTA<sup>1</sup>, L VASTA<sup>1</sup>, V CABEZAS<sup>2</sup>, A BOTBOL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana, Argentina. <sup>2</sup>Programa Buenos Aires Trasplante. Ministerio de Salud del Gobierno de C.A.B.A., Argentina

Objetivos: Conocer las opiniones de los diferentes grupos de nuestra comunidad sobre la donación de órganos. Detectar los conocimientos que requerirían los encuestados para mejorar la actividad de donación. Identificar factores que influyan sobre quienes inician la cadena de denuncia y procuración (CDP). Material y método: El estudio se realizó desde el 01/12/2007 hasta el 15/04/2008 en el Hospital de la Universidad Abierta Interamericana, en Buenos Aires. Se elaboró una encuesta propia con 12 preguntas en las que se incluyó: actividad, sexo, edad, decisión de donar, testimonio escrito de la decisión, opinión sobre los que donan, conocimiento sobre la muerte encefálica (ME), origen de la información y necesidad de modificar lo que conoce sobre el tema. Según las actividades los encuestados (E) se agruparon en: médicos, enfermeros, administrativos, alumnos de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud y otros (trabajadores de salud no afectados a la atención directa de pacientes). Solo una opción de respuesta era elegible. La encuesta fue anónima y voluntaria. Resultados: 71 encuestas fueron compiladas. Los E fueron: 17(24%) médicos, 9(12,6%) enfermeros, 10 (14%) alumnos, 20 (28,1%) administrativos y 15 (21,2%) otros. Según las edades los E fueron: 15 (21,1%) de 18 a 25 años; 30 (42,2%) de 26 a 35 años y 26 (36,7%) de 36 a 65 años. Hombres 39 (54,9%). Sobre algunos tópicos las respuestas afirmativas se distribuyeron como sigue:

	Médicos	Enfermeros	Alumnos	Administrativos	Otros
1. Afirmativo para la decisión de donar	76,4%	66,6%	70%	45%	73,3%
2. Interesados en ser donantes	83,3%	28,5%	100%	69,2%	90%
3. Tienen concepto de ME	100%	100%	90%	75%	80%
4. Tienen interés en informarse	94,1%	88,8%	66,6%	80%	66,6%
5. Motivos por los que la decisión no está escrita en el DNI					
No confía en el sistema	0%	14,3%	66,6%	23,3%	20%
Desconoce que hay que hacerlo	37,5%	28,5%	0%	0%	10%
Decisión personal	50%	57,2%	0%	23,7%	30%
No sabe / no contesta	12,5%	0%	33,3%	53,8%	30%
Motivos religiosos	0%	0%	0%	0%	10%

Conclusiones: • Los médicos presentaron mayor decisión de donar, no obstante son los que más desconocen sobre inscribir la decisión en el DNI. • Todos los alumnos tuvieron interés por convertirse en donantes, pero tienen más desconfianza en el sistema. • La ME es conocida por todo el personal asistencial, a su vez es bastante difundida en el resto de E. • El interés de informarse fue más de 65% en todos los grupos. • Los motivos religiosos no obstaculizarían la

difusión y decisión sobre la donación. • Hay semejanzas en el comportamiento de médicos y enfermeros iniciadores de la CDP. • Los datos obtenidos permiten idear estrategias de difusión de la donación y procuración de órganos en nuestra comunidad.

#### 0146 MIXOMA AURICULAR

M ROMERO, A MARCOLINI, D OLMOS, C SANCHEZ, C FERNANDEZ, M LEIVA, M MOYA

Sanatorio del Salvador, Córdoba, Capital, Argentina

Objetivos: Reportar una patología cardíaca de presentación infrecuente en UTI. Material y método: Paciente de 65 años de edad de sexo masculino con antecedentes de DBT tipo II y ACV isquémico sin secuelas, que fue internado en unidad de terapia intensiva con diagnóstico de Insuficiencia cardíaca descompensada de novo y Bradicardia. A su ingreso presentó disnea progresiva con episodios de disnea paroxística nocturna (grado IV NYHA) en las últimas 72 horas acompañada por un dolor precordial atípico. Al examen físico: TA 120/70 mmHg, FC 48 lat/min, FR 24 resp/min, T<sup>o</sup> 36,5, SatO<sub>2</sub> 93% (aa). Ap. cardiovascular: R1-R2 variable, soplo sistólico 3/6 en foco mitral, ingurgitación yugular con onda a cañón, pulsos periféricos simétricos y edemas perimaleolares. Ap. Respiratorio: Disneico, taquipneico, estertores crepitantes basales bilaterales. Ap. Abdominal: hepatomegalia dolorosa y reflujo hepatoyugular (+). Ap. Neurológico: s/p.Apache: 10. Se solicitan: - ECG: ritmo predominantemente de Bloqueo AV 2:1, FC 42 lat/min, eje eléctrico +10°, QRS 0.12", QT 0.60". BCRI y extrasístoles ventriculares aislados, - Laboratorio: Glucosa 4.400.000, Gl blancos 10.000 (1-74-3-0-16-4), Hematocrito 38%, Hemoglobina 12.8 grs/dl, Glucemia 84, Urea 15, Creatinina 0.60, Sodio 136 meq/l, Potasio 4.3 meq/l, EAB: Ph 7.48, PCO<sub>2</sub> 29, PO<sub>2</sub> 73, COH 22, EB 0.2, SatO 95.5%, APP 98%, KPTT 38', - Rx de tórax: Hilios congestivos, redistribución de flujo bilateral (hipertensión venocapilar pulmonar II), índice cardiotorácico aumentado (cardiomegalia II) y mediastino anterior ensanchado. Se instauró tratamiento para insuficiencia cardíaca con vasodilatadores y diuréticos. A las 24 horas de su ingreso se realiza ecocardiograma doppler que informa: diámetro de VI ligeramente aumentado. Hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo. Función sistólica conservada. Fibrosis valvular aórtica. Acinesia anteroapical. Se detecta imagen móvil, pediculada, oscilante, adherida a la pared anterior de la aurícula izquierda compatible con trombo de AI o Mixoma (de 3.95 cm x 2.09 cm). Por doppler ligera IM, no se detecta gradiente transvalvular. A las 72 horas se le realiza Cinecoronariografía que no evidencia lesiones coronarias obstructivas significativas asociadas. Resultados: Se programa cirugía que se realiza a los 10 días de su ingreso. Se efectuó excéresis de lesión tumoral gelatinosa, pediculada de base de implantación en tercio inferior de septum interauricular y que no compromete válvula mitral. Por anatomía patológica se confirma el diagnóstico de Mixoma auricular izquierdo. En el postoperatorio inmediato requirió de marcapaso transitorio por Bloqueo AV completo con posterior colocación de marcapaso definitivo DDD. Conclusión: Decidimos difundir este caso por ser una patología cardíaca infrecuente en unidad de terapia intensiva que con una presentación clínica típica permitió un diagnóstico temprano con un tratamiento posterior exitoso.

#### 0149 LAS CAMPAÑAS DE DIFUSIÓN DE ATAQUE CEREBROVASCULAR INCREMENTAN LA UTILIZACIÓN DE FIBRINOLÍTICO EN INFARTO CEREBRAL

P CLEMENTTI, L VIDAL, M VELASQUEZ, C CAÑAS, S CASTAÑEDA, L SILVA, F CABANA, F VERÓN, B WAJSER, L OLLETA

Sanatorio Ntra. Sra. Rosario-SS de Jujuy.Pcia.Jujuy, Argentina

Introducción: El Infarto Cerebral es la forma de presentación más frecuente del Ataque Cerebro Vascular (ACV), el único tratamiento efectivo en la fase hiperaguda es el fibrinolítico rt-PA Sin embargo su utilización es infrecuente a causa de múltiples factores, entre ellos los pacientes no llegan dentro de la ventana terapéutica de 3 hs. o no existen lugares preparados para dicho tratamiento. Esto puede deberse a falta de campañas sostenidas en el tiempo que informen sobre ACV, tanto al público como a la comunidad médica. Estas campañas de difusión pueden facilitar la derivación

precoz de estos pacientes, a centros preparados para el tratamiento en agudo del ACV. Objetivos: demostrar que mediante campañas de difusión y concientización de ACV hacia la comunidad médica y público en general, favorecen el aumento de utilización de rt-PA. Material y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con infarto cerebral tratados con rt-PA, de ambos sexos, mayores de 18 años, sin contraindicación para trombolíticos. Fueron divididos en 2 períodos, el primero entre Junio 2004 a Diciembre 2006 (31 meses), el segundo período comprendió todo el año 2007 y los primeros 4 meses del año 2008 (16 meses). Se realizaron, en forma progresiva, durante estos períodos disertaciones sobre ACV, dirigidas al público, a la comunidad médica, tanto en capital como en el interior de la provincia, así como a servicios de emergencias y además se brindó difusión por medios masivos de comunicación (Radio, televisión, y diarios). Resultados: en total se trató a 25 pacientes con fibrinolíticos, 13 mujeres y 12 varones, divididos de la siguiente forma: durante el primer período de 31 meses fueron tratados 11 casos con rt-PA (lo que es equivalente a 0,35 pacientes tratados por mes), en el segundo período fueron tratados 14 casos en 16 meses (0,87 tratados por mes) Se observó un incremento del 60% en la utilización de rt-PA. La escala de NIH promedio fue de 12,5 al ingreso (rango 6-22) y la edad promedio fue de 70 años (rango 40-86 años). Conclusión: Claramente este estudio demuestra que mantener políticas continuas de difusión del ACV tanto en la población en general como en la comunidad médica, es beneficioso ya que permite incrementar la utilización de rt-PA, dado que los pacientes concurren o son derivados en mayor proporción dentro del período de ventana terapéutico.

**0150 SÍNDROME CORONARIO AGUDO COMO EPIFENÓMENO DE LOS PACIENTES EN UCI**

P VIDAL ARTETA, JC ESCARDO, S COSENZA, P GUIMARAENS, F UNGAR, G OLIVA, D CZERWONKO, J ALVAREZ, J BILBAO, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

La prevalencia de síndrome coronario agudo (SCA) en pacientes que ingresan a UCI por causa no cardiovascular es poco conocida. Sus características demográficas y los factores de riesgo para su desarrollo han sido escasamente descriptos a pesar del creciente conocimiento que existe en otras patologías cardiovasculares frecuentemente observadas en UCI (ej. miocardiopatía del paciente séptico). Objetivo: Describir las características demográficas, métodos diagnósticos, tratamiento y mortalidad de los pacientes (p) admitidos en UCI por causas no cardiológicas que desarrollaron SCA durante su internación. Material y método: Cohorte retrospectiva observacional mediante análisis de historias clínicas informatizadas de pacientes admitidos en UCI (medico/quirúrgica) durante el período 1/2004 al 12/2007. Resultados: Ingresaron en dicho período 2129p, 13p desarrollaron SCA durante su internación (0.6%). La media de edad fue 69 años, correspondiendo el 76% a sexo masculino. El APACHE II promedio fue 8.9. Los motivos de ingreso a UCI fueron: 53% postoperatorio, 23% trauma, 7% sepsis, 7% hemoptisis, 7% insuficiencia respiratoria. El 70% de los p presentaban algún factor de riesgo coronario (FRC). Los mismos fueron 38% HTA, 23% diabetes, 23% TBQ y 7% historia de cirugía de revascularización miocárdica. El resto de los p no presentaban FRC. Todos los p presentaban manifestaciones en el ECG al momento del diagnóstico, sin embargo solo el 61% presentaba clínica compatible. El 53% presento troponina T positiva. Las alteraciones en el ECG evidenciadas fueron 53% supradesnivel del ST, 23% ondas t negativas, 15% infra desnivel del ST, 7% fibrilación auricular. La media de hemoglobina fue 10.5 g/dl. Se encontraban con soporte vasopresor el 53%. No presentaban infección activa el 85%. Todos los p presentaron lesiones en la coronariografía. Cinco p (38%) lesión de 3 vasos, 2p (15%) lesión de descendente anterior (DA), 2p (15%) lesión de Circunfleja (CX), 1p (7%) lesión de coronaria derecha (CD) y 3p otras lesiones. Se realizó angioplastia con colocación de stent a 12p, 3p DA, 2p CD, 2p CX, 2p CX/DA, 1p DA nativa y tronco y 1p 3 vasos. La mortalidad global fue del 30% (3p). Conclusiones: En nuestra serie de casos el 39% de los p no presento manifestaciones clínicas sugestivas de SCA realizándose el diagnóstico por ECG. Este hallazgo sugiere la importancia del ECG diario en los p internados en UCI. Sin embargo, no existe una recomendación formal sobre la indicación de realización de ECG en UCI.

Asimismo 30% de los p no presentaban FRC. Estos hallazgos deberían ser confirmados por estudios demográficos con mayor número de p.

**0151 INFECCIÓN DE PARTES BLANDAS Y SEPSIS SEVERA POR VIBRIO VULNIFICUS**

R CORDOBA, G SALINAS, G IZZO, C DE FILIPPO, M BERTE, A SANTAMARIA, D NOVAL, S ILUTOVICH  
Sanatorio de La Trinidad Mitre, Argentina

Introducción: Vibrio Vulnificus es el mas virulento de los vibrios no coleriformes. Causa infecciones de heridas por exposición a agua marina e infecciones gastrointestinales por ingesta de mariscos crudos. Objetivo: Descripción de un caso de sepsis severa y disfunción multiorgánica por Vibrio vulnificus (VV). Material y métodos: Análisis de la historia clínica y revisión de la literatura. Descripción: Paciente maculino de 75 años con antecedentes de gota, hipertensión arterial y arritmia que sufrió herida cortante en miembro inferior con posterior exposición a aguas marinas durante el periodo estival. Evolucionó a las 24 horas con dolor, eritema de miembro inferior y fiebre por lo cual se trasladó a Buenos Aires. Ingresó a UTI por sepsis severa y DMO (renal, hemodinámica, respiratoria, hematológica). Se evidenció celulitis y edema de caras anterior y lateral de pierna izquierda con vesículas y bullas hemorrágicas sin crepitación con pulsos distales conservados. Requirió debridamiento quirúrgico precoz por necrosis de la lesión. Presentó 2 hemocultivos positivos para VV. Cumplió tratamiento antibiótico con doxiciclina y ceftazidime. Evolucionó con mejoría de las disfunciones. Se externó a los 30 días del ingreso. Discusión: VV es un BGN de 0,8 iM de diámetro, anaerobio facultativo. Habita en aguas saladas templadas (temperatura mayor a 20°C), es parte de la flora marina natural. Se presenta generalmente en pacientes con factores de riesgo: insuficiencia hepática, hepatitis B y C, HIV, tratamiento inmunosupresor. La mayoría de las infecciones son provocadas por ingesta de frutos de mar o heridas contaminadas con agua de mar. El bacilo alcanza el torrente sanguíneo a partir de la piel o el intestino y produce hemolisinas, citolisinas y proteasas que causan un extenso daño celular y sepsis. Mas del 90% de los pacientes presentan sepsis y el 50% DMO. La infección de piel y partes blandas puede presentarse como celulitis con destrucción local, evolucionar a la gangrena hasta en el 50% de los casos y requerir amputación. Cursa con sepsis severa y tiene una mortalidad del 30%. Se diagnostica por cultivo de sangre, heridas y secreciones. Se recomienda para el tratamiento la asociación de 2 antibioticos, dado que el patrón de sensibilidad de VV es variable. En el caso presentado, la necrosis local se trató con debridamiento quirúrgico en forma seriada, hecho que evitó la amputación. El tratamiento con 2 antibióticos permitió la rápida reversión de la falla multiorgánica, no así de la lesión de partes blandas, que requirió 1 mes para su resolución. Conclusión: La infección por VV es infrecuente en nuestra población, aunque puede aparecer en zonas costeras. Debe ser tenida en cuenta en heridas expuestas a agua de mar. En los casos de infección de partes blandas el diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz permitiría evitar las complicaciones locales y la evolución potencialmente fatal.

**0153 DIARREA HEMORRÁGICA Y SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO POR S B HEMOLÍTICO GRUPO A**

M BELDARRAIN, P MONTEFIORE, C GARCÍA, B VARELA, E VALGOLIO, C MARCHENA, AL GONZALEZ, F GONZALEZ, G VIDAL, G SAENZ  
Hospital Interzonal de Agudos "General San Martín", La Plata, Argentina

Introducción: La enfermedad invasiva por estreptococo grupo A (SBGA) tiene una incidencia aproximada de 2.4/100.000 hab/año. Las manifestaciones más severas son la fascitis necrotizante y el síndrome de shock tóxico (SST). Se han descriptos casos de diarrea invasiva hemorrágica en niños, pero se la considera extremadamente rara en adultos. Presentamos un caso de diarrea invasiva hemorrágica y SST por SBGA en un adulto. Caso Clínico: Mujer de 43 años, con antecedentes de anexo-histerectomía que consulta por dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea sanguinolenta de 48 hs de evolución, con oliguria y fiebre de 40° en las últimas 24 hs. Ingresó con dolor abdominal difuso y shock; pH 7,35, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 210,

HCO<sub>3</sub> 12,4, EB -13,2, Hto 36, Bcos 6800, Pla<sub>q</sub> 160000, Gluc 0,78, Ur 0,73, Cr 2,92, TGO 14, TGP 19, Amilasa 80. Con mejoría hemodinámica post-resuscitación pero persiste oligúrica. Eco y TC de abdomen: abundante líquido libre. El servicio de cirugía descartó abdomen agudo quirúrgico. Se tomaron cultivos y se inició Ciprofloxacina 400 mg/d. Evolucionó con shock; se inició VM, presentando paro cardiorrespiratorio que respondió rápidamente a la RCP. Se exploró quirúrgicamente: se observaron asas de aspecto normal y líquido libre. En el postoperatorio persistió con shock y oligúria. Lab: Bcos 3300, Hto 33, Hb 11.5, Pla<sub>q</sub> 93000, Ur 1, Cr 3,8, TGO 39 TGP 36, BB.tot 1, FAL 83, TP 27, pH 7,17, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 124, HCO<sub>3</sub> 11, EB -17.5, Na 142, K 4,5; SOFA: 12. Día 2: Persistió con shock: noradrenalina (NA) 1,5 ug/Kg/min y luego adrenalina (Ad): 1 ug/Kg/min; pH 7,17, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 140, HCO<sub>3</sub> 9, EB -18,9, K 5,43, y oliguria, difiriéndose la hemodiálisis por intensa inestabilidad hemodinámica. Se inició Furosemida 1 mg/kg/h. Se agregó Ampil/Sulbactam; el hisopado rectal fue (-). La Presión Intraabdominal (PIA) fue de 10 mmHg. Lab Hto 24, Bcos 4400, Pla<sub>q</sub> 18000, Ur 1,5, Cr 3,36, TGO 133, TGP 77, BB.tot 1,5, B.dir 1, TP<39%, pH 7,18, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 99, HCO<sub>3</sub> 9,5, EB -18,9, Na 147, K 3,78, SOFA 17. Día 3: Continúa en shock: (NA 2,1 ug/Kg/min) e I Renal: diuresis 200 ml/h, en VM por SDRA: PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 131, coagulopatía (TQ 15", KPTT 63", TT 12" Fibrinógeno 287 mg/dl, DímeroD2639 mg/dl, PDF 1280 mg/dl, Pla<sub>q</sub> 10000) Se recibieron resultados de HC: 2/2 SBGA, Líquido peritoneal (LP) (+) SBGA y Coprocultivo (-). Evoluciona con necrosis de los 4 miembros y síndrome compartimental: PIA 30 mmHg. Se realizó laparotomía descompresiva constatándose edema de asas, sin mejoría del shock. Presentó PCR sin respuesta a RCP. Conclusión: Se consideró que la paciente presentó cuadro de diarrea hemorrágica y SST x SBGA con disfunción orgánica múltiple primaria, con aislamiento de este germen en HCs y LP, y sin antecedentes previos de faringitis o lesiones dérmicas. No se registran descripciones de SST y diarrea invasiva hemorrágica por SBGA en adultos. Otras infecciones graves por SBGA, como SST, partes blandas, bacteriemia, neumonía son de presentación muy poco frecuente. Los pacientes admitidos a UCI con coagulopatía y disfunción hepática presentan alta mortalidad.

#### 0154 IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE TRES PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS

M BELDARRAIN, MG SÁENZ, C LOUDET, L MOLINA, P VALVIDARES, C LÓPEZ, P CASTELLUCCIO, MG VIDAL, F GONZÁLEZ, R REINA, E ESTENSSORO  
H.I.G.A San Martín- La Plata, Argentina

Objetivos: Determinar la incidencia de tres problemas relevantes asociados con la calidad de atención en la implementación de la Nutrición Enteral (NE) en pacientes críticos. Analizarlos mediante indicadores posibles para la medición de futuros logros. Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, en una UTI médico-quirúrgica en un hospital escuela. Pacientes: los que requirieron NE >24 hs., de 01/11/06 al 01/04/07. Se registraron sus datos epidemiológicos, y se determinaron tres indicadores de proceso de calidad de atención de NE: 1) *Eficacia de administración de NE (TEF)*: tasa de kcal administradas/prescritas. Una tasa <75% se definió como baja eficacia. 2) *Eficacia en la recolección de orina de 24 hs para medición de Nitrógeno Ureico (TER-NU)*: tasa de diuresis observada en 24 hs/diuresis registrada en hoja de enfermería en 24 hs. 3) *Utilización de sondas finas para NE (TUSF)*: tasa de nº de sondas/paciente/100 días NE. Análisis estadístico: Datos presentados como promedios (±DS), mediana y rangos intercuartiles [IQ 25-75], o porcentajes. Se efectuaron comparaciones con test t, Wilcoxon, ANOVA o Chi 2. Los cálculos fueron realizados con STATA 9.0. Resultados: 50 pacientes consecutivos. Características: edad 47±18 años; tipo de internación: 46% médicos, 32% cirugía de urgencia, 22% cirugía programada; APACHE II 16±6; SOFA<sub>24hs</sub> 6 [4-9]; Mortalidad observada/expectada (APACHE II) 22%/22%; Días UTI 17 [11-31]; Días VM 14 [7-28]. Se efectuaron 833 días de NE. El inicio de NE fue al 4º [1-5] día de internación; la demora en el inicio fue por shock en 91% de los casos. El acceso fue gástrico 70%; post-pilórico 22% y yeyunostomía 8%. En 49 pacientes hubo suspensiones de NE, de duración 2 días [0-4]. Los motivos de suspensión fue-

ron: shock 39%, problemas con el acceso (sonda) 25%, alto residuo gástrico 17%, hemorragia digestiva alta 11%, otros 8%. TEF: 71±11%. Ninguna causa de suspensión de NE presentó asociación significativa independiente con la TEF (p 0,84). Treinta pacientes (60%), presentaron baja TEF. TER-NU: se evaluó en 82 mediciones de recolecciones de orina de 24 hs. Fue de 83% ± 34. En 65 muestras (79%), fue 72% ± 21, indicando una *pérdida de muestra*, y en 17 (21%), de 127% ± 40, indicando *mezcla de muestras*. TUSF: 16 sondas/100 días NE/paciente. Los 46 pacientes que se alimentaron por sonda gástrica o post-pilórica sumaron 757 días de NE y utilizaron en total 133 sondas finas: 2 [1-3], por paciente. Conclusiones: - Se evidenció una TEF aceptable de acuerdo a la literatura, aún considerando la alta incidencia de baja eficacia. - Se detectaron problemas importantes en la recolección de orina, lo que genera incertidumbre en el cálculo de la excreción del NTU y por lo tanto, de los requerimientos nitrogenados. - Hubo un exceso en la utilización de sondas finas, con derroche de recursos económicos y humanos, y exposición de los pacientes a eventuales complicaciones. - Estos inconvenientes detectados en el proceso de implementación de calidad sugieren que una intervención dedicada a su corrección conllevará importantes beneficios.

#### 0159 RESPUESTA EN UNA EMERGENCIA RADIOLÓGICA CON VÍCTIMAS MÚLTIPLES

M PORTAS<sup>1</sup>, O JORDAN<sup>2</sup>, D HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, M VAZQUEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Quemados, Argentina. <sup>2</sup>Autoridad Regulatoria Nuclear, Argentina

Objetivo: Presentar la organización de la respuesta en la fase inicial de una emergencia radiológica y el enfoque médico durante las primeras 72 horas. Material y métodos: Accionar del SIER (Sistema de Intervención en Emergencias Radiológicas) de la Autoridad Regulatoria Nuclear y la Red de Respuesta Médica y los laboratorios de apoyo. Evaluación de las víctimas sustentada en la cronología y severidad de los síntomas y signos prodromales y los exámenes complementarios. Resultados: La Autoridad Regulatoria Nuclear fija criterios y evalúa los planes y procedimientos a instrumentarse en las emergencias radiológicas. El SIER cuenta con un grupo de intervención primaria con equipamiento específico y una estructura logística para responder a emergencias con posibles consecuencias radiológicas. Coordina la respuesta de las fuerzas intervinientes, para poner bajo control las distintas variables del escenario (perímetros, accesos, puntos de control de la contaminación radiactiva, tratamiento de las víctimas, etc.). En la escena se realiza el primer triage radiológico de las víctimas en forma complementaria al triage convencional. Para ello los principales indicadores a considerar son: la presencia y tiempo de inicio de los vómitos; fiebre diarrea y/o signos neurológicos; la detección de contaminación radiactiva externa; las lesiones convencionales. Al ingreso al hospital se los categoriza en: pacientes probablemente irradiados con lesiones convencionales severas que tienen prioridad absoluta de atención; pacientes probablemente irradiados sin lesiones convencionales severas. Los exámenes complementarios a solicitar son: hemogramas seriados para evaluar la cinética de depleción celular; muestras de sangre para ser analizada por dosimetría biológica y parámetros bioquímicos; muestras de orina, hisopado nasal, exudado de heridas para detección de contaminación interna. Todos ellos permiten estimar la dosis recibida, evaluar el pronóstico y tratamiento. Los ensayos biodosimétricos que se efectúan en los laboratorios de la ARN y la Red de Respuesta permiten personalizar el tratamiento (indicación de factores de crecimiento, trasplante de stem cells, etc.). Indicadores de internación: vómitos menor a 4 horas, diarrea, parotiditis, eritema temprano o extendido, fiebre, alteraciones tempranas del hemograma, signos neurológicos. Conclusiones: La eficacia de la respuesta a una emergencia radiológica depende de una adecuada coordinación entre las distintas organizaciones participantes. En este marco, la instauración de algunos procedimientos terapéuticos requieren la mayor exactitud dosimétrica sustentada en el triage clínico y de laboratorio. Los ensayos biodosimétricos (dicéntricos, micronúcleos, resonancia paramagnética electrónica, etc.) la dosimetría interna y física permiten la elección del tratamiento adecuado. El criterio basado sólo en el monitoreo de los signos y síntomas no deja de considerarse una herramienta valiosa, por su rapidez y aplicabilidad.

**0160 INTOXICACIÓN AGUDA CON ÁCIDO VALPROICO. REPORTE DE UN CASO**

E RODRIGUEZ, M DOMINGUEZ, C PARODI, S LORENZO, S BALCONI

Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas, Argentina

**Introducción:** El ácido valproico fue usado inicialmente en crisis de ausencia, luego para desordenes afectivos, migrañas, dolor neuropático y a partir de 1995 la FDA autorizó su uso a la manía asociada al trastorno bipolar. La intoxicación aguda por ácido valproico, en los intentos de suicidio, es un problema frecuente que causa depresión respiratoria, pancitopenia, inestabilidad hemodinámica, hiperamonemia, coma y muerte. Otras complicaciones son la hipocalcemia, pancreatitis, hipertermia y aumento de encimas hepáticas. El bajo PM, el pequeño volumen de distribución, la fijación a proteínas saturable y su metabolismo hepático con circulación enterohepática, lo hacen potencialmente accesible para su eliminación vía hemodiálisis. **Objetivo:** presentar un caso de intoxicación aguda por ingesta intencional de ácido valproico, demostrar la utilidad de la detección precoz del fármaco y la rápida eliminación del mismo a través de hemodiálisis. **Material y método:** Los niveles del fármaco en suero, se determinaron por la tecnología de inmunoensayo de polarización fluorescente (FPIA, ABBOTT). Su rango terapéutico es de 50 a 100 ug/ml y se analizaron muestras pre y post diálisis. **Resultados.** Caso clínico: Mujer de 27 años que ingresó por intento de suicidio tras la ingesta de 150 comprimidos de 400 mg. Ingresó a la clínica luego de 2 hs de la ingesta, somnolienta. Se realiza lavado gástrico, carbón y purgante, derivándola a UTI por tener un Glasgow 3/15, pupilas intermedias reactivas, FC 70/min, 38° Temp, PA 90/60, ECG, Otros resultados: Hto 36,7%, Hb 11,9 g/%, Leuc 5500/mm<sup>3</sup>, Pla<sup>q</sup> 173000/mm<sup>3</sup>, Glucosa 174 mg/dl, Urea 12 mg/dl, Creat 1,1 mg/dl, Na 140 mmol/l, K 4,7 mmol/l, Cl 110 mmol/l, GOT 62 U/l y GPT 38 U/l. Se realiza carbón activado seriado y purgante osmótico y el dosaje de ácido valproico es de 1200 ugr/ml. 4 hs mas tarde entra en ARM, Reflejo fotomotor + sin otra respuesta y catarsis negativa. Se hemodializó por 3 hs y se mantuvo hemodinámicamente estable. Presentó catarsis y el dosaje post diálisis fue de 830 ug/ml. Otros datos: TGO 99 U/l, TGP 83 U/l, BT y FAL normales. Se sigue con dopamina 8 gama/kg/min y respondió a estímulos dolorosos. 12 hs más tarde se hizo la 2ª diálisis por 4 hs, permaneciendo hemodinámicamente estable, con un Glasgow 10/15 y mala mecánica ventilatoria. El dosaje post 2ª diálisis fue de 94 ug/ml. A los 3 días del ingreso la paciente estuvo lúcida, compensada hemodinámicamente y extubada. Presentó una pancitopenia por lo que es derivada a una sala de aislamiento y 1 semana después del ingreso es dada de alta para seguir control con psiquiatría. **Conclusiones:** Este artículo describe el caso de un paciente con intoxicación aguda por ácido valproico, que fue tratada con éxito con hemodiálisis, ayudado por las medidas de rescate (lavado gástrico, carbón activado y purgante osmótico). Esto ilustra que la hemodiálisis precoz es efectiva para disminuir rápidamente los niveles altos de ácido valproico en casos de intoxicación aguda, disminuye aproximadamente un 30% del fármaco.

**0161 TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL**

P VIDAL ARTETA, S COSENZA, JC ESCARDO, M POSADAS MARTINEZ, M MEZZADRA, C WILLIAMS, F GARIAZZO, M SILVA, P PRATESI

Hospital Universitario Austral, Argentina

El trasplante hepático (TH) es la terapéutica de elección en los pacientes (p) con enfermedad hepática severa asociada a baja tasa de sobrevida. Sus indicaciones y morbimortalidad varían entre los distintos centros de trasplante. Decidimos analizar los p TH en el Hospital Universitario Austral para conocer nuestra realidad. **Objetivo:** Describir características demográficas de p TH. Identificar media de edad, sexo, etiología, complicaciones y sobrevida al egreso. **Material y Metodos:** Cohorte retrospectiva de historias clínicas informatizadas durante el periodo 12/2001-12/2006. **Resultados:** Ingresaron en este período 71p TH. Representan el 1.9% (71/3683) de los ingresos a UCI. La media de edad fue 49 años. El 58% correspondieron a sexo masculino. La causa de TH correspondió a enfer-

medad hepatica cronica (EHC) 87.3% (62p), insuficiencia hepatica aguda (IHA) 9.9% (7p), enf. metabólica 1.4% (1p), tumores hepaticos 1.4% (1p). La EHC encontrada fue parenquimatosa en 75%, colestatica 10% y otras 15%. Las patologias mas frecuentemente asociadas al TH fueron VHC 23.9% (17p), criptogenica 16.9% (12p), hepatitis autoinmune 15.5% (11p), hepatitis alcoholica 15.5 (11p), VHB 8.5% (6p) y otras 19.7% (14p). Permanecian no hospitalizados al momento de TH el 71%, hospitalizados en sala de cuidados generales 16% y en UCI 13%. Presentaron complicaciones en su evolucion el 76%, siendo las mismas rechazo 26p, infecciones 21p, neurologicas 10p, cardiovasculares 8p, respiratorias 6p, renales 6p, pobre funcion primaria 4p, trombosis 4p, recurrencia enfermedad de base 2p, no funcion primaria 1p, tracto biliar 1p y otras. La sobrevida al egreso hospitalario fue 84.5% (60p). **Conclusiones:** Los datos obtenidos en nuestra son similares a los reportados en la literatura en cuanto a etiología, complicaciones y sobrevida al egreso hospitalario. Creemos que es necesario continuar relevando datos que nos permitan predecir la evolucion de los pacientes trasplantados permitiendo una mejoría en los procesos de selección de los receptores, procuracion de organos, tecnica quirurgica y cuidados intra/postoperatorios.

**0163 EXPERIENCIA A 30 MESES EN TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN UN HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS DEL CONURBANO BONAERENSE**

E CORDERO, C TRAVERSO, G MAGALU, C ALMIRON, S OLIVER, G CUBELLI

Hospital HIGA Evita de Lanus, Argentina

**Objetivos:** Realizar un estudio descriptivo y comparativo sobre la casuística de ingresos a un servicio de emergencias (SE) por traumatismo craneoencefálico grave. **Material y métodos:** Estudio de cohorte, retrospectivo que se obtuvo mediante la recolección de datos del libro policial del SE, registro de unidad de terapia intensiva (UTI) e historias clínicas (HC), en el periodo de 30 meses (enero del 2005 a junio del 2007), mediante un registro de comparación informatizado. Del total de pacientes (p) politraumatizados severos que ingresaron al SE (n=4073) en el periodo analizado; 1953 presentaron diagnóstico de TEC, de los cuales 222 fueron TEC Grave, realizándose el análisis sobre 148 HC. **Resultados:** Del total de 148 pacientes el 52% (77 p) tenía entre 11 y 30 años. El 87% (129 p) eran hombres y el 13% (19 p) mujeres. Según el Glasgow (GCS) de ingreso el 42% (62 p) correspondía a TEC Grave, el 9% (14 p) a TEC Moderado y el 49% (72 p) TEC Leve. Estuvieron asociados a politraumatismos el 75% (111p). Los mecanismos de trauma (MT) fueron, Colisiones Vehiculares 35% (52 p), peatón arrollado 24% (35 p), por herida de arma de fuego (HAF) 22% (32 p), caídas de altura 14% (21 p), 6% (8 p) agresión personal, con un promedio mensual (PM) de 5 P con TEC grave y una estadía media (EM) en UTI de 5,6 días. Observándose una mortalidad del 37% del total de pacientes. **Conclusión:** Esta presentación compara la casuística de nuestro centro de trauma con centros internacionales y nacionales. En relación con la edad y el sexo, GCS, MT, EM, PM. El 49% de los TEC Graves evaluados tuvo un GCS de ingreso mayor a 14, lo que muestra la falta de correlación del GCS de ingreso con la gravedad y el pronóstico a corto plazo. Comparando nuestra casuística con trabajos internacionales, podemos inferir que tenemos un mayor porcentaje de ingresos por HAF en cráneo que en los trabajos consultados y el rango etáreo mantiene similares proporciones a los trabajos mencionados.

**0165 NEUMORRAQUIS SECUNDARIO A HERIDA DE ARMA DE FUEGO. REPORTE DE UN CASO**

M LUGARO, E BARROZO, C PEREYRA, D VIOLI, L BENITO MORI

Serv. Terapia Intensiva H.I.G.A. Dr Luis Güemes, Haedo, Argentina

**Introducción:** Se denomina Neumorraquis al ingreso de aire al canal medular, tanto intra como extradural. Es una patología poco frecuente, pudiendo ser ocasionada por el aumento de presiones intratorácicas, fístulas secundarias a radioterapia, trauma y otras como las iatrogénicas. Se han reportado 90 casos aproximadamen-

te desde 1977 donde se describe el primero. La sintomatología es variable, pudiendo presentar déficit neurológico según la causa que lo haya desencadenado y la localización. Descripción del caso: Paciente masculino de 18 años sin antecedentes patológicos de importancia, ingresa a guardia a las 8 horas del trauma por herida de arma de fuego subescapular derecha con impacto a nivel vertebral en T2-T3 y orificio de salida en 4to espacio intercostal izquierdo línea media axilar. Al examen físico se presenta lúcido Glasgow Coma Scale 15/15, hemodinámicamente estable con ventilación espontánea y vía aérea permeable. Se realiza protocolo de evaluación y tratamiento según normas del A.T.L.S. Se encuentra como dato positivo neumotórax izquierdo hipertensivo el cual es avenado, plejía de miembro inferior izquierdo con sensibilidad superficial abolida y profunda conservada más atonía del esfínter anal, interpretándose el cuadro como lesión medular incompleta. Se realiza TAC donde se evidencia la persistencia de hemoneumotórax izquierdo residual avenado, fracturas de apófisis espinosas y laminas laterales de T2 y T3, y neumorraquis cervicodorsal con compresión parcial de la médula. Se decide conducta neuroquirúrgica realizándose esquirlectomía y hemilamectomía de T1, T2 y T3 donde se constata brecha pleural, neumorraquis y ausencia de lesión medular macroscópica. Se interpreta como neumorraquis secundaria a fístula pleuroepidural. Ingresa en el post operatorio a Terapia Intensiva en ARM, presenta buena evolución con extubación exitosa a las 48 hs. Al 6to día en el examen físico presentaba recuperación del tono del esfínter anal, paresia severa en miembro inferior izquierdo y paresia moderada en miembro inferior derecho, con hiperestesias en hemicuerpo izquierdo e hipoestesias en hemicuerpo derecho, a partir de T12. Se decide su pase a sala de neurocirugía. Conclusión: Se presenta este caso por ser una patología poco frecuente con déficit neurológico severo (shock medular), que por su carácter reversible se puede atribuir a la compresión del canal medular originada por el neumorraquis agudo, donde la causa secundaria a fístula pleuroepidural es aun mas infrecuente.

#### 0166 EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON SOPORTE NUTRICIONAL EN MÉDICOS DE TERAPIA INTENSIVA

MT SÁNCHEZ RUIZ<sup>1</sup>, JM SANGUINETTI<sup>1</sup>, A CENZANO<sup>2</sup>, A BELTRAME<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Militar Salta, Argentina. <sup>2</sup>Clinica de La Merced, Argentina. <sup>3</sup>Sanatorio Parque, Argentina

Objetivos: Evaluar la información en médicos que trabajan en Terapia Intensiva (TI) relacionada con: registro de estado nutricional (EN), conocimiento de indicadores de EN, conceptos de implementación de Soporte Nutricional (SN) y formación en SN. Materiales y métodos: Encuesta anónima y voluntaria a médicos de planta y residentes que trabajan en TI. Variables: Edad, sexo, años de recibido (10 o más vs 9 o menos) y especialidad (TI vs otras). Cuestionario con una pregunta sobre registro del EN, dos sobre indicadores de EN, cuatro sobre implementación de SN y cuatro de formación recibida en SN. Seis preguntas con respuestas cerradas y cinco con opciones múltiples y una opción correcta. Se analizaron globalmente los resultados y comparativamente (Test de Fisher) entre médicos con 10 o más vs 9 o menos años de recibidos y especializados en TI vs otras especialidades. Resultados: Se realizaron 40 encuestas (una Institución Pública y ocho Privadas), todos los integrantes de dichos servicios accedieron a contestarla. Resultados globales: Edad promedio: 35.68 años, 12 (30%) médicos de sexo femenino, el 40% (n=16) tenían 10 o más años de recibido, igual porcentaje de residentes. 19 (47,5%) profesionales eran especialistas (o en formación) en TI. Registro del EN: Sólo el 5% (n=2) refirió registrarlo siempre en la historia clínica. Indicadores de EN: 19 profesionales (47,5%) reconocieron los parámetros de EN, el 57,5% (n=23) conocían la Evaluación Global Subjetiva (EGS). Conceptos de implementación de SN: El 82,5% (n=33) conocía las indicaciones adecuadas de SN enteral, igual porcentaje las de SN parenteral. El 60% (n=24) respondió adecuadamente los criterios de suspensión y finalización de SN. El 72,5% (n=29) conocía la definición de SN precoz. El 90% (n=36) considera su formación en SN regular o mala. 16 médicos (40%) participaron de alguna actividad formativa sobre SN en el último año, en tanto que el 62,5% (n=25) refirió no leer nunca artículos relacionados con SN. Comparación entre médicos con 10 o

más vs 9 o menos años de recibidos: no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ningún ítem. Comparación entre médicos de TI vs otras especialidades: 13 médicos participaron en alguna actividad formativa en el último año vs 3 no especializados en TI (p menor 0.0015). El resto de los ítems no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Conclusiones: Existe un escaso registro del EN por parte de los médicos. El conocimiento de los indicadores de EN es bajo. Hay adecuados conocimientos de indicación de SN y concepto de SN precoz. Es regular el conocimiento de suspensión y finalización del SN. La formación es considerada regular o mala por parte de los médicos, en tanto que la realización de actividades formativas en SN es muy baja.

#### 0167 EPILEPSIA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

SC MAGGI<sup>1</sup>, G BESOKE<sup>2</sup>, SM VALIENSI<sup>1</sup>, MC GARCÍA<sup>1</sup>, F VIDAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina

Introducción: La intoxicación por monóxido de carbono (iCO) es una frecuente de morbi-mortalidad por tóxicos y puede presentarse con manifestaciones clínicas inespecíficas. La iCO puede ser aguda, subaguda o crónica. Nuestro objetivo es presentar dos casos de epilepsia sintomática, como manifestación tardía de la iCO aguda. Presentación de casos: Caso 1. Paciente G. J. masculino de 57 años. A los 25 años sufre una iCO accidental y coma. Recibió tratamiento con oxígeno normobárico. Años posteriores comienza con fallas mnésicas progresivas y episodios de ruptura de contacto, automatismos oromandibulares y bimanuales y giro cefálico a la derecha de minutos, con posterior afasia y amnesia. Se interpretaron como crisis parciales complejas. El electroencefalograma (EEG) evidenció actividad epileptiforme temporal izquierda. La resonancia magnética cerebral (RMN) mostró hiperintensidad en FLAIR en el hipocampo izquierdo y en ambos globos pálidos. La evaluación neuropsicológica evidenció déficit de memoria anterógrada visual y verbal. El paciente recibió múltiples esquemas anticonvulsivantes con control parcial de las crisis. Actualmente, las fallas mnésicas interfieren en su vida diaria con requerimiento permanente de asistencia. Caso 2. Paciente M. A. masculino de 37 años. En 1995 sufre una iCO por intento de suicidio. SE presenta en coma y recibe tratamiento con oxígeno normobárico. En 2006 comienza con fallas mnésicas y episodios de ruptura de contacto asociada a sonrisa imotivada, automatismos bimanuales de minutos de duración y posterior confusión y amnesia. En varias oportunidades presentó sensación de deja vú. Recibió múltiples tratamientos psiquiátricos. Los trastornos de memoria se acentuaron, con interferencia significativa en su vida laboral y social. El EEG interictal fue normal. El videoEEG evidenció crisis parciales con inicio bitemporal a predominio derecho. La RMN cerebral mostró menor volumen de ambos hipocampos con hiperintensidad en FLAIR, a predominio derecho. La evaluación neuropsicológica mostró déficit grave de memoria anterógrada. Actualmente medicado con oxcarbacepina. Persiste con un marcado déficit mnésico y requerimiento permanente de asistencia. Discusión: La iCO es fuente de secuelas neurológicas reversibles e irreversibles. Es escasa la literatura sobre la incidencia de epilepsia sintomática secundaria a iCO. Ambos pacientes consultaron en primera instancia por crisis convulsivas y tras la anamnesis surgió el antecedente remoto de iCO grave. Los déficits mnésicos incapacitantes y la epilepsia secundaria a esclerosis mesial se desarrollaron años después a la exposición tóxica. La iCO es evitable y la prevención primaria en un hecho fundamental.

#### 0169 USO DE TIGECICLINA EN PACIENTES CRÍTICOS CON INSUFICIENCIA RENAL

P MONTEFIORE, AL GONZÁLEZ, C MARCHENA, E VALGOLIO, C GARCÍA, M BELDARRAIN, B VARELA, C LÓPEZ, L MOLINA, E ESTENSORO, R REINA

Hospital de Agudos "General San Martín" La Plata, Argentina

La Tigeciclina (Tige) es un nuevo ATB de amplio espectro para el tratamiento de infecciones severas en pacientes críticos, sobre todo en los que cursan con insuficiencia renal (I Renal) A excepción de las infecciones por Pseudomonas, Proteus, Providencia y B cepacea, este ATB cubre la gran mayoría de BGN y todos los Co-



cos (+) y anaerobios. Objetivo: Describir el impacto de la utilización de Tige en pacientes críticos con I Renal e infecciones severas por gérmenes multirresistentes.

	Pacientes: 21
Edad	49±17
Masculinos No (%)	16(76)
APACHE II	20±5
APACHE II R	34±20
SOFA 24hs	8±3
Mc Cabe score 2+3 No (%)	6(29)
TISS 28 score	41±11
Admisión por:	
Cirugía Urgen No (%)	
Cirugía Program No (%)	
Médico No (%)	12(57)2(10)7(33)
Días ARM	31[21-64]
Días UTI	35[29-66]
Mortalidad No (%)	13(62)
NAR No (%)	8(38)
P Blandas No (%)	3(14)
Peritonitis No (%)	4(19)
Bacteriemias No (%)	5(24)
Empírico No (%)	1(5)
Retraso Inicio Tige días	4±4
SOFA 24 pre Tige	6±2
Shock pre Tige	7(33)
Creatinina pre Tige	2,4±1,7
I Renal Pacientes No (%)	15(71)
HD Pacientes No (%)	7(33)
Cura Microbiológ No (%)	15(71)
Óbito intra tratam No (%)	8(38)

Material y Métodos: Serie de casos. Todos los pacientes internados entre el 5-7-06 y el 23-4-08 que recibieron Tige. En la Tabla se muestran todos los datos registrados en forma prospectiva al ingreso, durante la internación en UTI, pre Tige (en el momento de decidir el uso de Tige) y retraso en la indicación de Tige Sitios de infección: neumonía asociada al respirados (NAR), Peritonitis (P), Infección de partes blandas (PB), Bacteriemias primarias y asociada a catéter (BACT) Medidas de outcome: Cura microbiológica (cultivos negativos del sitio de la infección), Óbito intra Tige, y Mortalidad global. Causas de óbito: analizadas como: 1) no relacionadas al uso de Tige 2) probable fracaso del tratamiento con Tige y 3) suspensión del soporte vital (DNR) Datos: se presentan como media ± desvío estándar, mediana [IQ 0.25-0.75] y porcentajes de acuerdo a su naturaleza. Resultados: 21 pacientes fueron tratados con Tige. *Diferencias entre No Sobrevivientes (NoSV) vs. Sobrevivientes:* 1) *Significativas:* Retraso en inicio de Tige (4±4 vs.2±2; p=0,03), Shock pre Tige (46% vs.33%; p=0,03), Pacientes con I Renal (92% vs.38%; p=0,01), 2) *No significativas:* mayor edad (53±18 vs.43±16), APACHE II (21±5 vs.19±6) y McCabe 2+3 (31% vs.25%) *Óbito:* 13 (62%) pacientes: 2 NAR, 3 PB, 4 P y 4 BACT. 7 óbitos (54%) fueron por Shock refractario intratratamiento (1 PB y 4 P, con múltiples cirugías y sin resolución del foco, y 2 BACT); 6 (46%) por: 1 shock refractario alejado y 5 DNR (oncológicos, colagenopatías, lesión cerebral masiva); 8 (62%) de las muertes ocurrieron intratratamiento. Conclusiones: 1) En todos los casos Tige se utilizó en pacientes severamente comprometidos, con presencia de shock e I Renal 2) NoSV: tuvieron mayor edad, comorbilidades (McCabe) y número de DNR, presentaron mayor retraso en inicio de Tige, más episodios de shock e I. Renal 3) No obstante, fue posible demostrar cura microbiológica y óbito por otras causas en un alto número de pacientes 4) La respuesta a Tige en NAR fue muy adecuada

**0171 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ VARIANTE MILLER-FISHER EN PACIENTE HIV(+)**

M ROJAS, G JUAN, C FRIGERIO, L MENENDEZ, E RODRIGUEZ, P ZINGARETTI, J GRUCCI, G ABRILE  
 Nuevo Hospital de Río Cuarto, Argentina

Introducción: El Síndrome de Guillain-Barré asociado a infección por HIV ha sido reportado desde 1985. Las manifestaciones

neurológicas del HIV son frecuentes y se reconocen asociadas a neuropatía periférica. Caso Clínico: Paciente masculino de 41 años, sin antecedentes personales patológicos, consulta por debilidad muscular progresiva de MMII, disartria y parálisis facial, al comienzo unilateral que progresa a bilateral. Antecedentes Enfermedad Actual: Debilidad muscular progresiva en MMII, sin causa aparente, de 20 días de evolución, con parálisis facial, al principio unilateral y luego bilateral. Se suma disartria. Refiere pérdida de peso en los últimos 6 meses. Examen Físico: Vigil, orientado en tiempo y espacio, parálisis facial bilateral, disartria, arreflexia en MMII, fuerza muscular conservada, sin rigidez de nuca, afebril, diuresis espontánea. Laboratorio: Glóbulos Blancos: 12900mm<sup>3</sup>, Hematocrito: 46%, V.S.G: 95mm, Proteínas Totales: 6.90g%, Glucemia: 95mg/dl. Punción Lumbar: Recuento células: 10células/mm<sup>3</sup>, Glucosa: 54mg%, Proteínas Totales: 69mg%. Diagnostico Presuntivo: Síndrome de Guillain-Barré Mielitis Transversa. Tumor raquimedular. Espondilitis. Evolución: Febril, hiperalgesia en MMII, disminución de fuerza y tono muscular, ptosis palpebral derecha, diplopía, caída del velo del paladar, trastornos en la micción, Muguét oral. Exámenes Complementarios: Serología: HIV (+) CD4: 139 Hepatitis B y C: (-) CMV: (-) VEB: (-) VDRL:(-). Fibroendos-copia digestiva alta: esofagitis G II. TAC: Cerebro s/p. Tórax: infiltrados alveolares izquierdos, con engrosamiento pleural derecho. Ecografía Abdominal: hepatomegalia sin esplenomegalia. Electromiograma: sin evidencia de signos de desmielinización y ausencia de onda F sugerente de compromiso proximal de fibras motoras; pudiendo interpretarse como signo precoz de desmielinización. Resonancia Magnética Cerebral: s/p. Fondo de ojo: s/p. Hemocultivos: Negativo. Diagnostico definitivo: Síndrome de Guillain-Barré variante Miller-Fisher asociado a infección por HIV/SIDA. Tratamiento: Inmunoglobulina EV y terapia antiretroviral, mejorando la sintomatología

**0173 ZIGOMICOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

E MINOLDO, L MARANGONI, C GALLETTI, C ALLENDE  
 Sanatorio Allende, Argentina

La zigomicosis es una infección micótica invasiva que usualmente se presenta en huéspedes inmunocomprometidos. Los zigomicetos forman parte de la flora normal de superficies cutáneomucosas, encontrándose también en suelos y materia orgánica en descomposición. Es característica la angioinvasión y como consecuencia de esta se produce trombosis y necrosis tisular adyacente. Se presenta un caso que ejemplifica la presentación en pacientes inmunocompetentes. Mujer de 17 años de edad, sana previa, que sufre accidente en la vía pública, caída a calle de tierra desde la parte trasera de una camioneta. Presentó escoriación de partes blandas en hemitórax izquierdo, fractura de rama íleo-pública y laceración de bazo. Fue asistida con diagnóstico de celulitis necrotizante a nivel escápulo-axilar izquierda de 15x13 cm. de diámetro, recibió tratamiento con Ciprofloxacina y Amikacina y desbridamiento diario la primer semana. Tras diez días de evolución por progresión de la lesión fue derivada a nuestra institución. Se realizó toilette y desbridamiento quirúrgico de la lesión (Fig. 1). Esta presentaba bordes necróticos y sobre su superficie un material tipo algodonoso blanquecino. Se tomó muestra para estudio de hongos y gérmenes comunes. Se sospecho infección micótica, se rotó a Vancomicina y Anfotericina B 50 mg día. A pesar del tratamiento instaurado la paciente evolucionó desfavorablemente, por lo que se amplió el desbridamiento y se realizó hemi-mastectomía izquierda más linfadenectomía ipsilateral (Fig. 2). Al 5to día de internación, en los cultivos hubo desarrollo de Rhizopus spp. Se discontinuó Vancomicina y se agregó Rifampicina. Retornó al quirófano en 11 oportunidades para curaciones bajo anestesia. Doce días después (Fig. 3) se realizó auto injerto de piel. El resultado funcional: rango de movilidad completo, sin edema residual del miembro y sin dolor (Fig. 4). Mucormicosis es la tercera micosis invasiva después de la candidiasis y la aspergillosis. Las condiciones con las que se asocia son enfermedades hematológicas, diabetes mellitus, trasplante reciente de órganos sólidos, trauma, malnutrición, tratamientos con corticoides o quimioterápicos. La presentación clínica más frecuente es la rinocerebral (39%). La infección cutánea representa menos del 10% y el rango de mortalidad oscila entre el 75 y 80% en pacientes inmunocomprometidos. Es posible aunque muy rara en individuos sanos. Puede ocurrir después de la inoculación

traumática, especialmente cuando ésta se acompaña de contaminación con agua, tierra o excrementos. El diagnóstico presuntivo se basó en la clínica e histología, siendo confirmado por cultivo de la lesión. Anfotericina B es el único agente antifúngico con actividad contra los Mucorales. El pronóstico depende de la enfermedad de base, factores de riesgo y un alto índice de sospecha. En el caso presentado el examen minucioso de la lesión y las características de la misma (crecimiento de tipo algodonoso) nos llevaron a la sospecha de infección micótica.



Figura 1

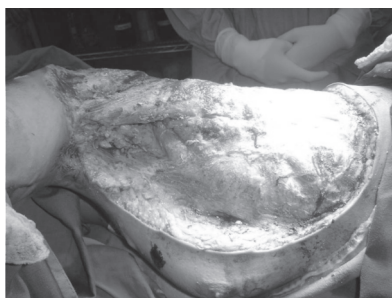


Figura 2



Figura 3

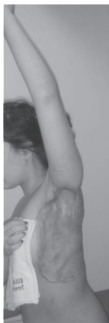


Figura 4

#### 0174 EVALUACIÓN DE UN SISTEMA ACTIVO DE HUMIDIFICACIÓN DEL GAS INSPIRADO. CÓMO LOGRAR LA HUMEDAD Y TEMPERATURA ADECUADA. ESTUDIO DE LABORATORIO

NG ROUX, O PEREYRA GONZALES, V FELD, E GOGNIAT, D VILLALBA, G PLOTNIKOW, N RIBERO VAIRO, M SARTORE, M BOSSO, J SCAPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRÉ, E DÍAZ NIELSEN  
Clínica Basilea, Argentina

**Objetivos:** La necesidad de humidificar el gas inspirado en pacientes con vía aérea artificial hace muchos años que no está en discusión. Tanto los humidificadores pasivos como los sistemas activos de humidificación (SAH) han demostrado su efectividad en pacientes ventilados. ¿Qué sucede con estos sistemas en pacientes desvinculados de la ventilación mecánica y con vía aérea artificial? ¿Sigue siendo el SAH efectivo?. El objetivo del estudio fue evaluar la eficiencia de un SAH, en términos de humedad relativa (HR), temperatura (T) y humedad absoluta (HA) del gas entregado, en el ámbito del laboratorio. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo observacional de laboratorio. Se reconstruyó la situación de un paciente desvinculado de la ventilación mecánica y con vía aérea arti-

ficial. Se preparó un circuito abierto con un SAH. Se obtuvieron en total 2445 mediciones entre enero y febrero de 2008. Los materiales utilizados fueron, Ventilometro Ohmeda 5420, Termohigrómetro Testo 605-H, SAH Fisher & Pykel. Mod. MR 810, Termómetro Luft-Germany. Las variables principales de estudio fueron la T del agua, Hr del gas entregado, T del gas entregado y Ha del gas entregado. Las mediciones se realizaron en los 3 niveles de intensidad del SAH (I, II y III) y a diferentes flujos de entrada al equipo, 20 a 60 litros por minuto (lpm). Se evaluó también la T° que alcanzó el agua en los 3 niveles de intensidad. En el análisis estadístico se utilizó el test ANOVA para mediciones repetidas. Valor significativo  $p < 0.05$ . **Resultados:** Los valores se expresan en media y desvío estándar. Para los NIVELES I, II y III de intensidad, la HR del gas entregado fue de 77,84% ( $\pm 8,6$ ), 97,6% ( $\pm 3,71$ ) y 99,8% ( $\pm 0,22$ ); la T del gas fue de 28,6 C ( $\pm 0,52$ ), 30,22 C ( $\pm 1,09$ ) y 32,7 C ( $\pm 1,31$ ); la HA del gas fue de 17,36 mg/l ( $\pm 3,85$ ), 29,41 mg/l ( $\pm 3,35$ ) y 35,09 mg/l ( $\pm 2,55$ ); por último la T del agua fue de 41,34 C ( $\pm 0,96$ ), 53,48 C ( $\pm 0,48$ ) y 61,44 C ( $\pm 1,44$ ), respectivamente. En el NIVEL I de temperatura no se logró alcanzar los valores mínimos recomendados para HA con ninguno de los flujos utilizados. En el NIVEL II sólo lo lograron los flujos de 20 y 30 lpm, mientras que para el NIVEL III todos los flujos lograron alcanzar la HA mínima recomendada de 30 mg/l. El nivel de significancia global dio altamente significativo ( $p < 0.0001$ ) lo que explica que hay diferencia entre los niveles de flujo y los de temperatura. El análisis post hoc encuentra diferencia entre los niveles de temperatura I, II y III ( $p < 0.001$ ). **Conclusiones:** El SAH del gas inspirado demostró, en un ámbito de laboratorio, alcanzar niveles de T°, HR y HA recomendados por la literatura. Este sistema podría ser utilizado en pacientes con vía aérea artificial desvinculados de la ventilación mecánica o en períodos de prueba de ventilación espontánea. De acuerdo a nuestros resultados, para obtener HR, HA y T de gas adecuadas se debe contar con un equipo que mantenga la T del agua a por lo menos 53 C para flujos entre 20 y 30 lpm, y a una T de 61 C para flujos de 20, 30, 40, 50 y 60 lpm.

#### 0176 EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA INTERSTICIAL IDIOPÁTICA PULMONAR ADMITIDOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

JC POLISZUK, C NOZIERES, D WALL, FM BALLESTERO, LMC CIALLELLA, S QUADRELLI, ED SOLOAGA, MA BLASCO, MA VELTRI, JF CHERTCOFF, JE UBALDINI  
Hospital Británico, Argentina

**Objetivo:** describir la evolución de pacientes admitidos en Cuidados Intensivos con patología intersticial idiopática pulmonar. **Material y método:** Fueron analizados en forma retrospectiva todos los pacientes que ingresaron a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desde el 1 de octubre de 2004 al 30 de noviembre de 2007 con diagnóstico de patología intersticial idiopática pulmonar. **Resultados:** Ingresaron 19 pacientes, 11 hombres, a la primera internación en UCI edad promedio 67,6 DS 14,2; 12 pacientes (63,1%) tenían diagnóstico de neumonía intersticial usual, 3 (15,7%) neumonía intersticial no específica, 2 (10,5%) fibrosis pulmonar atribuible a amiodarona, 1 (5,2%) neumonía intersticial aguda y 1 (5,2%) neumonía descamativa. En 10 pacientes el diagnóstico se realizó por biopsia de pulmón. El total de internaciones sumó 269 días de UCI. En la primera internación en UCI el APACHE II promedio fue de 11,7 DS 6,6; fallecieron 4 pacientes (21%) 3 de ellos en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM). De los 15 sobrevivientes a la primera internación 10 (66,6%) fueron readmitidos en UCI, sumando 13 reinternaciones. De los 10 pacientes que se reinternaron 6 (60%) fallecieron, 2 de ellos en ARM. Del total de pacientes, 6 recibieron ARM y 5 de ellos fallecieron (83,3%) el único paciente sobreviviente a la ARM, fue ventilado por menos de 24 hs en el postoperatorio de la biopsia pulmonar diagnóstica. Cinco pacientes fallecieron antes de los 6 meses de la primera internación (mortalidad a los 6 meses 26,3%), 6 de 17 pacientes que cumplieron un año de la primera internación fallecieron (mortalidad al año 35,2%). **Conclusiones:** la internación en UCI de pacientes con patología intersticial pulmonar se asoció a una mortalidad más alta que la esperada por el score APACHE II. Estos pacientes fueron frecuentemente reinternados y la readmisión se asoció a mayor mortalidad. La utilización de ARM, con excepción de la realización de procedimientos electivos, se asoció a una mortalidad del 100%.

**0177 PATOLOGÍA OBSTÉTRICA CRÍTICA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO**

G ARANA, M DRUETTA, J MARTINEL LAMAS, V CLAIRON, J STORANI, D ROVIRA, R GARCÍA TURIELLA, C CLOSS, MB GOENAGA, D DORATO

Servicio de Terapia Intensiva(UTI),y Obstericia Hospital Italiano Garibaldi .(HIG). Medicina Interna II, Medicina Crítica, IUNIR, Carrera de postgrado de Terapia Intensiva , IUNIR. Rosario. Santa Fe., Argentina

Objetivos: Determinar la incidencia de patología crítica obstétrica en UTI, y Síndromes Hipertensivos del embarazo en los meses de Enero 2007 a Marzo 2008. Identificar los factores de riesgo más frecuentes. Observar características y severidad de la patología, tratamiento, evolución, morbi-mortalidad en la UTI. Describir las características de los neonatos. Material y Métodos: Diseño observacional, descriptivo, retrospectivo. Se obtuvieron datos del libro de partos de Obstetricia e historia clínica de Terapia Intensiva. Se incluyeron todas las mujeres que ingresaron a Terapia Intensiva por patología obstétrica durante los meses de Enero 2007 a Marzo 2008 inclusive.Se agruparon según motivo del ingreso,las que presentaron Síndromes Hipertensivos del embarazo se clasificaron por criterios de American College of Obstetricians and Gynecologists en preeclampsia,eclampsia,síndrome HELLP e hipertensión inducida por embarazo.Las variables se analizaron con el SPSS versión 11.0. Variables cuantitativas: estadísticos descriptivos de media, desvío, mínimo y máximo. Resultados: ingresaron a UTI 1106 pacientes. El 2.4 %(n: 27) fueron obstétricas.El APACHE II promedio fue 5.91(0-26). Los Síndromes Hipertensivos del embarazo(81.48 %,n: 22),fueron el principal ingreso, distribuidos:Preeclampsia 43%,Eclampsia 4.3%,SíndromeHellp 21.7%,Eclampsia/Hellp 17.4%,Hipertensión inducida por el embarazo 13%.Causas restantes:hemorragia posparto,diabetes gestacional, trauma,placenta ácreta,sepsis.La edad promedio fue 27.86 años(R17-41).Un 60.87% fueron primigestas.Ninguna paciente presentó hipertensión previa al embarazo.La vía elegida para terminación del parto en todos los casos fue cesárea.La media de edad gestacional fue 34 semanas,3 días,(R 28-40).El 76% de los productos fueron pretérmino. El peso promedio al nacer fue 2117 gr(845 - 3050),siendo bajo peso un 76%.El 73.9% de las pacientes ingresó a UTI hipertensa.La media de presión sistólica fue 151 mmHg(R100-220),la presión diastólica media de 92 mmHg,(R60-150).El 65,2 % recibió antihipertensivos.El número promedio de hipotensores usados fue 2.67 ,(R1-6),la máxima combinación 4 drogas.El 60.87% de los casos presentó al menos una complicación .La más frecuente fue insuficiencia renal aguda en 18,2%(n: 8),1 caso requirió diálisis.La inestabilidad hemodinámica ocurrió en 6 casos.Hubo 2 casos de SDRA.Ningún caso presentó desprendimiento de retina.El 27,27 % requirió transfusión de hemoderivados.En 13,63% (n:3)se usó AMR.La media de días de estancia en UTI fue 3,52 días(R 1-17).A excepción de 1 paciente que falleció, todas mejoraron parámetros, externándose. Conclusiones:80% de la etiología correspondió a Síndromes hipertensivos del embarazo,requiriendo terapia endovenosa combinada para control. El factor de riesgo mas frecuente fue primiparidad,avalando la literatura.La complicación mas frecuente fue insuficiencia renal aguda. El APACHE II tuvo buena correlación con la evolucion de los casos. La edad gestacional promedio fue 34 semanas,3 días. El enfoque multidisciplinario es un pilar clave para el manejo de ésta patología.

**0178 EL PACIENTE HIV + EN LA TERAPIA INTENSIVA: USO DE UN SCORE PRONÓSTICO. ESTUDIO PRELIMINAR**

P SAUL, V CHEDIACK, G MAMMOLITI, E CUNTO, O VILLAR, C NOGUERAS, J SAN JUAN

Hospital Francisco Javier Muñiz, Argentina

Introducción: Alrededor de 4-12% de los pacientes HIV + requieren terapia intensiva (UTI). No se conocen en profundidad los factores predictores de mortalidad en este grupo de pacientes. Previo a la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) la mortalidad en la UTI era elevada (> 30-50 %) lo que desalentaba su admisión.Sin embargo en los últimos 10 años, con el mayor uso del TARGA se ha visto en muchos centros una disminución de la mortalidad en UTI lo que ha llevado a replantear los criterios de ingreso a cuidados críticos de estos pacientes. Objetivos:

evaluar factores pronósticos de ingreso a UTI de pacientes HIV + mediante el uso de un score. Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte en pacientes HIV+ que ingresaban en terapia intensiva .Se analizaron factores de riesgo al ingreso para mortalidad intra-UTI. Se elaboro un score pronóstico de acuerdo a literatura médica sobre el tema. Se consideró significativa una P < 0,05. Se siguieron prospectivamente pacientes HIV + que ingresaron a UTI entre septiembre de 2006-abril de 2008. Resultados: Sobre 164 pacientes ingresados la mortalidad intra-UTI fue del 52%. El score pronóstico se muestra en la tabla 1

Parámetro	SI	NO
Perdida de peso > 10% en 6 meses previos, o Albumina < 2,6 o Karnofsky < 50	1	0
Apache II > > o = 13	1	0
AVM al ingreso	1	0
Enfermedad marcadora como causa de ingreso	1	-1
SIDA Previo	1	0
Diagnostico de SIDA > 1 año	1	0
CD4>		
200	0	
100-200	1	
< 100	2	
TARGA 3 o mas meses	-1	+1
Insuficiencia respiratoria	1	0
Disfuncion neurologica	1	0
insuficiencia hepatica moderada-grave	1	0
Sepsis grave/shock septico	1	0

La media en los sobrevivientes fue de 6 puntos y en los fallecidos de 8 puntos. Se tomo como punto de corte 7 puntos: la mortalidad con 7 o mas puntos fue de 75% contra 16% con < de 7 puntos (p< 0,01). En el análisis univariado se determinó como factores de riesgo asociados a mortalidad: ingreso por enfermedad marcadora, CD4 < 100/mm3, desnutrición, diagnóstico de SIDA hace > 1 año, APACHE >0 = 13, necesidad de AVM y la presencia de 2 o mas de los diagnósticos principales de ingreso (Insuficiencia respiratoria, hepática, sepsis o disfunción neurológica) (todos ellos con p < 0,01). El uso de TARGA no fue un factor protector (p 0,53) sin embargo solo un 25% de los pacientes estaban en tratamiento antirretroviral. Conclusiones: Este score pronóstico podría ser útil para determinar el riesgo de muerte de los pacientes HIV positivos que ingresan en terapia intensiva. La presencia de 7 o mas puntos marca un alto riesgo de muerte en pacientes HIV + que requieren UTI. Es importante remarcar la necesidad de considerar múltiples factores en forma conjunta para determinar el ingreso de un paciente HIV + a la UTI. Debido a que este estudio es preliminar, consideramos que sería de utilidad incluir mayor cantidad de pacientes y realizar análisis multivariado de los resultados para validar este score y por otro lado para responder algunos interrogantes como el papel de TARGA en los pacientes HIV + en UTI.

**0179 RECAMBIO PLASMÁTICO INTENSIVO TEMPRANO EN EL TRATAMIENTO DE LA PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA (PTT)**

V CLAIRON<sup>1</sup>, D ROVIRA<sup>1</sup>, D SOLORZANO<sup>2</sup>, J STORANI<sup>1</sup>, J MARTINEL LAMAS<sup>1</sup>, C GUMPEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sanatorio Julio Corzo Servicio Terapia Intensiva, Argentina.

<sup>2</sup>Sanatorio Julio Corzo Servicio Hemoterapia, Argentina. <sup>3</sup>Sanatorio Plaza Servicio Hematología, Argentina

Introducción: La Púrpura Trombocitopénica Trombótica, es una entidad clínica caracterizada por anemia hemolítica microangiopática, trombopenia periférica, afectación neurológica, fiebre y compromiso renal; forma parte de un espectro de síndromes clínicos denominados Microangiopatías Trombóticas,junto al Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) con un mecanismo fisiopatológico común cuya vía final es la oclusión de la microcirculación de diferentes órganos por trombos fibroplaquetarios con sintomatología multiorgánica y de variable expresión. Estas Microangiopatías Trombóticas (PTT-SUH) tienen como evento primario la injuria de la célula endotelial con disminución de su capacidad de tromboresistencia, aumento de la trombogénesis y liberación de un factor de Von

Willebrand anormal. Objetivos: evaluar la eficacia del Recambio Plasmático Intensivo (RPI) precoz como tratamiento de elección y dentro de un protocolo pre-establecido. Materiales y Métodos: Se describe el cuadro de un paciente de sexo femenino de 52 años, que ingresa por fiebre, bicitopenia y cuadro neurológico que evoluciona a coma (GSC 7/15) requiere asistencia mecánica ventilatoria, evoluciona con shock sin respuesta a reanimación inicial con fluidos siendo necesario utilizar vasopresores hasta su estabilización, se tomaron cultivos y comenzó tratamiento antibiótico empírico. TAC de cráneo no mostró alteraciones agudas isquémicas ni hemorrágicas. Al examen físico presenta hematomas en extremidades sin otras evidencias de sangrado. Sin adenomegalias ni hepatoesplenomegalia. Laboratorio de ingreso: Hto 21 % - Hb 6.4g - Plaquetas: 30000 - GB: 16600 y LDH: 1530. En extendido de sangre periférica se constatan esquistocitos (7-8 por campo). Se diagnostica PTT y se comienza tratamiento con plasmaféresis diaria. Se agregan corticoides al tratamiento y vincristina. El RPI se efectúa con flujo continuo, con un promedio diario de recambio de 3000 a 3800 cc. por sesión (50-60 ml Kg/día), utilizando como sustitución plasma fresco congelado (PFC) y plasma pobre en crioprecipitados. Resultados: se efectuaron en total 31 sesiones de RPI en forma diaria y con seguimiento de parámetros de laboratorio y control clínico en sala de UTI. Los RPI se comenzaron a alternar una vez mejorados los parámetros clínicos y de laboratorio pasando la paciente a sala general. En días alternos la paciente recibió transfusiones de PFC y Plasma Pobre en Crioprecipitados. La paciente se externa con parámetros de laboratorio normal, con seguimiento clínico y de laboratorio en forma ambulatoria. Conclusiones: la utilización de plasmaféresis debe ser considerada como terapéutica de elección en la PTT, utilizando el RPI en forma precoz y diaria ya que su retardo es un factor pronóstico de mala evolución resultando en un mayor número de fracasos de tratamiento y aumento de la mortalidad; coincidiendo con la bibliografía revisada, que destaca el rol significativo del inicio temprano de dicha terapéutica que junto al uso de fármacos como corticoides y vincristina nos permitió obtener la remisión de esta enfermedad que a pesar de ser poco frecuente tiene alta tasa de mortalidad.

#### 0180 MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA: DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UN ENFOQUE SISTEMÁTICO DE RESOLUCIÓN DE UN PROBLEMA ASISTENCIAL EN EQUIPO

C LOUDET, MG SÁENZ, M BELDARRAIN, R REINA, E ESTENSSORO, M RAMÍREZ, M PALACIOS, J MAZA, F BALDERRAMA, L GALEANO, L IRAOLA, R GONZÁLEZ  
H.I.G.A San Martín-La Plata, Argentina

Introducción: La detección y solución de problemas relacionados con la calidad de atención en la UCI resulta prioritaria; sin embargo, la literatura que aborda esta cuestión es escasa. En nuestra unidad, fue identificado un problema en la recolección de orina de 24 horas ( $U_{24hs}$ ) para las mediciones de nitrógeno ureico (NTU) y clearance de creatinina (Cl Creat), sospechándose errores graves en su recolección. Se propone un modelo de resolución sistemática relacionado con calidad de atención. Objetivos: Mejoramiento del proceso de calidad de recolección de  $U_{24hs}$  para medición de NTU y Cl Creat, mediante la aplicación de un ciclo de mejora de calidad. Métodos: *Diseño*: Estudio "antes-después". *Lugar*: UCI médico-quirúrgica en un hospital escuela. *Muestreo*: Recolecciones de  $U_{24hs}$  para medición de NTU y Cl Creat. Se identificó un problema en este parámetro, por discordancia entre los valores estimados y los medidos. Utilizando la metodología de solución rápida de problemas en equipo (constituido por personal médico, de enfermería y de limpieza), se analizó el problema y sus posibles soluciones, con herramientas como lluvia (tormenta) de ideas y matriz de prioridades, y se creó un indicador de proceso de tipo tasa, a fin de medir logros: la Tasa de Eficacia (TEF) en la recolección de  $U_{24hs}$  para medición de Nitrógeno Ureico, que consiste en:  $U_{24hs}$  observada /  $U_{24hs}$  registrada en hoja de enfermería en 24 hs. Del 1/02/07 al 1/04/07 (P1) se midió la TEF en una muestra de población. A continuación, se probaron e implementaron las soluciones posibles para su optimización, a través de un ciclo de mejora de calidad de aprendizaje y mejoramiento, con medidas aplicadas simultáneamente: a) Charlas explicativas al plantel de enfermería; b) Colocación de carteles

recordatorios de cómo efectuar la recolección; c) Colocación de embudos y rótulos adecuados en los bidones de recolección, y d) Asignación de personal exclusivo responsable por turno de enfermería para la recolección de orina. Se consideró *pérdida de muestra* cuando la TEF era <90%; y *mezcla de muestra*, con TEF >100%. Del 1/02/08 al 1/04/08 se repitió la medición en otra muestra (P2), para comparar resultados. *Análisis estadístico*. Datos presentados como promedios ( $\pm$ DS), mediana y rangos intercuartiles [IQ 25-75], o porcentajes. Se efectuaron comparaciones con test t, Wilcoxon, o Chi 2. Los cálculos fueron realizados con el programa STATA 9.0. Resultados: En ambos muestreos se determinaron 82 mediciones de recolecciones de  $U_{24hs}$ . Comparando P1 vs P2, respectivamente, la TEF fue  $83\% \pm 34$  vs.  $93\% \pm 11$  ( $p = 0,02$ ). La pérdida de muestra fue  $77\%$  vs.  $32\%$  ( $p < 0,01$ ); y la mezcla de orina del  $21\%$  vs  $12\%$  ( $p = 0,14$ ). Conclusiones: La implementación de un ciclo de mejora de la calidad redundó en cambios significativos en la mejoría de un indicador, la TEF, creado a partir de la detección de un problema concreto en la recolección de orina, de importantes implicancias en la nutrición de los pacientes. La conformación de un equipo multidisciplinario fue esencial para la motivación para alcanzar el objetivo enunciado.

#### 0182 HOSPITAL DONANTE, UN COMPROMISO DE TODOS

J CIALZETA, A PIACENZA, JA OJEDA, HJM ALVAREZ, J RIERA STIVAL  
CUCAICOR (Centro Único Coordinador de Ablación e Implantes de Corrientes), Argentina

Introducción: La creciente lista de espera de pacientes que necesitan un órgano para trasplante es una realidad sanitaria en Argentina. El Programa Federal de Procuración permitió que nuestro país mejore la tasa de donantes efectivos por millón de habitantes, sin embargo sigue siendo insuficiente para satisfacer la demanda de órganos y tejidos para trasplante. Para tal fin dicho programa colocó la figura del Coordinador Hospitalario como eje central del Proceso de Procuración, desarrollando sus actividades en hospitales seleccionados a los que se los denominó Hospital Bajo Programa. Evaluados los resultados a 7 años del inicio del Programa es evidente que no todos los Hospitales Bajo Programa han desarrollado una actividad de procuración acorde a las metas propuestas inicialmente. Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos y los factores que hacen que un Hospital Bajo Programa se transforme en un verdadero Hospital Donante, analizando la experiencia acumulada en el Hospital Escuela de Corrientes. Material y Métodos: Estudio descriptivo que analiza la evolución de la procuración a lo largo del tiempo y los factores que determinaron un incremento sostenido de la Procuración en un Hospital Bajo Programa. Se describen las actividades y estrategias desarrolladas por el Coordinador Hospitalario. Resultados: Desde el año 2002 hubo 100 donantes de órganos en la Provincia, siendo 74 (74%) del Hospital Escuela. Donantes de Órganos en el Hospital Escuela de Corrientes

H.E	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	-	-	2	2	-	-	2	2	11	11	22	18	8

Los factores asociados al incremento de la procuración fueron un fuerte Compromiso con la actividad del Coordinador Hospitalario quien en la figura de Intensivistas lograron aumentar la detección de potenciales donantes, disminuir la Negativa Familiar, aplicar oportunamente los aspectos legales (ley 24193 -26066) e involucrar a las diversas áreas del hospital, especialmente la Terapia Intensiva a colaborar activamente en el proceso de donación. Conclusiones: Hubo un incremento sostenido de la procuración en el Hospital Escuela convirtiéndose en uno de los principales hospitales Donantes de la Argentina. Es clave el papel del Coordinador Hospitalario y de la Terapia Intensiva para que un Hospital se transforme en un verdadero Hospital Donante.

#### 0183 EVALUACIÓN DE MORTALIDAD, CAUSAS MÁS FRECUENTES E INDICACIONES DE HEMODIÁLISIS EN LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

M VOGELIN, D CAMPOS, H PIZA, G MONTI, G CARDONATTI, M RAMOS, C LLERENA, V LA GUARDIA, R LENDARO, A

SIRINO, L BIANCHI, N CHACON, M IGLESIA, O TORRADO, F DUMONT, D MANCUELLO  
Htal Central de San Isidro, Argentina

**Objetivo:** Evaluar la mortalidad de los pacientes con insuficiencia renal aguda (IRA) que requirieron hemodiálisis, según criterios de gravedad por score SOFA, causas más frecuentes e indicaciones de hemodiálisis. **Material y Métodos:** Se realizó estudio prospectivo, descriptivo, observacional en el que se evaluaron 29 pacientes con IRA que requirieron diálisis, durante el período comprendido entre febrero de 2007 a febrero de 2008. Se excluyeron los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en diálisis. Se evaluó la mortalidad de acuerdo a los criterios de gravedad según el score SOFA, causas e indicaciones más frecuentes de ingreso a hemodiálisis. Se realizó hemodiálisis convencional con baño de bicarbonato, utilizando equipo Fresenius 2008 más módulo de ultrafiltración. Utilizamos para el análisis estadístico, el sistema STATISTIX 8.1. **Resultados:** Ingresaron 29 pacientes, 11 femeninos (38%), 18 masculinos (62%), edad promedio 64 años (rango entre 23 y 78), el promedio de días desde el ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI) hasta la indicación de hemodiálisis fue de 1 (rango entre 0 y 18), el valor de creatinina al ingreso a UTI 3.8 mg/dl, creatinina al comienzo de la hemodiálisis fue de 5.1 mg/dl y la urea de 175 mg/l. Del total de pacientes, 23 (79%) requirieron ARM, 20 pacientes (68%) drogas vasoactivas, 18 pacientes (62%) tuvieron falla multiorgánica (FMO), 4 pacientes (14%) IRA pura. El SOFA promedio de los vivos (n = 8 pacientes) es de 7.4, el SOFA promedio de los fallecidos (n = 21 pacientes) es de 10.3, (p = 0.014). Las indicaciones más comunes de diálisis fueron hiperazoemia (24%), acidosis metabólica (24%) y oliguria (22.4%). Las causas de IRA que requirieron hemodiálisis fueron: sepsis, 19 pacientes (65.5%), isquemia renal, 4 pacientes (13.8%), postoperatorio, 3 pacientes (10.2%), obstructiva, 2 pacientes (7%) y vasculitis, 1 paciente (3.5%). **Conclusión:** La mortalidad en la IRA que requiere hemodiálisis continúa siendo elevada y se encuentra en relación directa con el compromiso multiorgánico. En nuestra población, la causa más frecuente de IRA fue la sepsis. Las indicaciones de hemodiálisis fueron las habituales para este tipo de pacientes. Estos resultados son semejantes a reportes de la literatura actual.

**0185 TUBERCULOSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y BACTERIOLÓGICAS. REPORTE DE 116 CASOS. ESTUDIO PRELIMINAR**

E CUNTO, P SAUL, V CHEDIACK, G MAMMOLITI, F LOPEZ, O VILLAR, C NOGUERAS, J SAN JUAN  
Hospital Francisco Javier Muñiz, Argentina

**Introducción:** Las características epidemiológicas, clínicas y bacteriológicas de la tuberculosis (TBC) en la unidad de terapia intensiva (UTI) no son bien conocidas en nuestro medio. En la literatura se reconoce una alta mortalidad en UTI, especialmente si requieren ventilación mecánica (60%). **Objetivo:** Describir las características de los pacientes con tuberculosis internados en UTI de nuestro Hospital. **Material y métodos:** se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 116 pacientes ingresados a UTI años 2005-2007, con tuberculosis confirmada por cultivo. Se realizó estudio descriptivo. **Resultados:** Edad promedio 35 años, 76% < 50 años. Sexo: 65% masculino, nacionalidad: Argentina 67%, Bolivia 22%, Otros 11%. Procedencia: Capital federal 34%, 59% conurbano, 8% otra procedencia. Comorbilidad HIV +33%, adicción a drogas 19%, etilismo 29%, tabaquismo 42%. **Características clínicas.** Motivos de ingreso: insuficiencia respiratoria 33%, hemoptisis 13%, meningitis tuberculosa 27%, sepsis 8%, neumotórax 3% hepatotoxicidad 6%. APACHE II de ingreso promedio 12 puntos (37% con más de 15 puntos). **Formas clínicas:** pulmonar 70% diseminada 12%, meníngea 5%. **Radiografía de tórax:** alteraciones en 85% de los casos, unilaterales en 26%, bilaterales en 74 % de los casos. **Patrones radiológicos más frecuentes:** infiltrados con cavitación 40 %, infiltrados bronconeumónicos 34 %, infiltrados de tipo miliar 22%. 30 % de los pacientes requirieron ventilación mecánica. El baciloscópico fue positivo en 92 pacientes (94%), siendo el esputo ha prueba con mayor rendimiento diagnóstico: 69 pacientes (60%). En el cultivo 20 pacientes presentaron patrón de multiresistencia

(17 %), 9 pacientes con algún tipo de resistencia (8%) y 79 pacientes (75%) fueron sensibles a los tuberculostáticos de primera línea. La mortalidad global fue del 30% y las principales causas de muerte fueron shock séptico/difunción multiorgánica (58%) e insuficiencia respiratoria 14%. La mortalidad en paciente que requirieron VM fue mayor que aquellos que no la requirieron (80% versus 15%). La mortalidad en pacientes HIV + fue del 47% y en HIV negativo del 33%. Los pacientes con TBC multi-resistente presentaron una mortalidad del 50% (39 % el resto de los pacientes). **Conclusiones:** En nuestra experiencia la tuberculosis en la UTI, se presenta en pacientes jóvenes, que ingresan frecuentemente por insuficiencia respiratoria, destacándose también la importancia del compromiso meníngeo. Los patrones clínicos y radiológicos no siempre son sugestivos por lo que se debe tener un alto nivel de sospecha ante todo paciente con infiltrados pulmonares o síndrome meníngeo. En nuestro medio la multi-resistencia o resistencia al menos a una droga es importante por lo que consideramos apropiado evaluar el uso de drogas subsidiarias junto a las de primera línea en pacientes graves, especialmente si hay antecedentes previos de abandono o mala adherencia al tratamiento. La mortalidad es elevada especialmente en pacientes que requieren VM y aparentemente también en pacientes con TBC multi-R y HIV +.

**0187 COMUNICAR LA APARICIÓN DE CORYNEBACTERIUM STRIATUM EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

M CHAMUT, P CASTRO, J RIVAS, N CATALDI, A PEDERNA, M ALMUZARA, A TUDURI  
Htal. Eva Peron, Argentina

**Objetivo:** comunicar la aparición de corynebacterium striatum en UTI. **Introducción:** el corynebacterium spp, es flora habitual de piel y mucosas, esta diseminado en el medio ambiente y se relaciona con infecciones en inmunodeprimidos, internaciones prolongadas y/o tratamientos antibioticos (ATB) previos. La aparición frecuente de corynebacterium striatum (CS) en nuestros cultivos: minibal, hemocultivos, líquidos abdominales y puntas de catéteres, nos motivo a revisar dicha población. No se trato al CS ni aun en rescates unicos, por no considerarlo responsable del estado del paciente en ese momento. Sólo se lo trato con ATB, indirectamente si compartian la sensibilidad con el germen considerado infectante. Coincidimos que en nuestra sala, este germen resulto ser un contaminante de las muestras Se identificaron los aislamientos mediante pruebas bioquímicas usuales, confirmados por el sistema APICoryne (BioMerieux L'Etoile Francia). La sensibilidad a los ATB, se testeo por el metodo de difusión de agar Mellier Hinton, recomendaciones generales del CLSI. Al no existir puntos de corte para el metodo de difusión y el genero CS, se usaron los establecidos para Staphylococcus spp. Se ensayaron ampicilina, AMS, cefalotina, cefotaxima, imipenem, gentamicina, ciprofloxacina, rifampicina, eritromicina, clindamicina, minociclina, vancomicina. Se investigaron: motivo de ingreso, estadia, uso de asistencia respiratoria mecanica (ARM), antecedentes, EPOC, inmunodepresión o enfermedades predisponentes, edad, sexo, uso previo de ATB, germen acompañantes, tratamientos dirigidos específicos al germen, uso de resucitadores, respiradores. Se implemento por el servicio de bacteriología, la búsqueda de la fuente originaria de su aparición en resucitadores, respiradores, y manos del personal. **Resultados:** se detectaron 28 pacientes, 9 mujeres, 19 varones, entre 12 y 83 años ( mayores de 60:11) Apache II entre 13 y 31- SAPS II: 15 Y 61- TISS 28 promedio (23 a 30). Estadia promedio: 35 días ( 4 a 125)- Todos, recibieron ARM.. Promedio días ARM 24 (1- 125). 5 pacientes con antecedentes de EPOC, 1 alcoholismo, 1 Hemofilia, 1 obesa morbida, 1 diabetes, 1 cancer duodenal, 1 linfoma no Hodgkin. Quirúrgicos 11. Todos recibieron ATBs previos, salvo 1 caso que permanecio internado 9 días por estado convulsivo. Fallecidos 15 Del total estudiado, en 26 se aislo CS , en 1 corynebacterium species, y otro corynebacterium urealiticum. Resulto unico aislamiento en 11 muestras y en 17 con otros gérmes comunes de la sala (pseudomona, acinetobacter, candidas, estafilocoagulasa negativo, estrepto viridans, estenotropomona, klebsiella, SAMR, proteus). De las fuentes investigadas dio positivo el cultivo en el respirador de transporte usado por 16 de ellos. **Conclusiones:** como en la bibliografía, los pacientes tuvieron estadias prolongadas y ATB previos; respecto a

comorbilidades e inmunosupresión, no pudimos sacar conclusiones pues la población los mostro en bajo numero ( 4/ 28) Metodo: se controlaron pacientes desde 04/ 2007 a la fecha, en los que se aisló CS.

#### 0189 TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO BILATERAL MASIVO

A MARCOLINI, S ROMERO, D OLMOS, C VIGO, M FERNANDEZ, M LEIVA, M MOYA  
Sanatorio del Salvador. Corboba. Capital., Argentina

**Objetivo:** Reportar un caso de tromboembolismo pulmonar agudo masivo tratamiento fibrinolítico in situ exitoso. **Material y métodos:** Paciente de sexo masculino, de 53 años, EPOC, cursando post quirúrgico mediato de colecistectomía convencional. Complicado inicialmente con abdomen agudo suboclusivo e infección de tracto respiratorio superior; por lo que ingresa a sala común. Fue tratado con sonda nasogástrica aspirativa y antibiótico terapia de amplio espectro cubriendo vía aérea y tracto digestivo. Al tercer día de internación presenta fiebre, disnea súbita y descompensación hemodinámica por lo que ingresa a UTI con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria aguda. Al examen físico se presenta sudoroso con desasosiego, hemodinamicamente hipotenso, TA 80/40, taquicárdico, con signos de hipoperfusión periférica, R<sub>1</sub>, R<sub>2</sub> hipofonéticos, PP (+), ingurgitación yugular (1/4). Edema bilateral de mmii a predominio derecho. Respiración superficial, taquipneico, FR 40 con murmullo vesicular disminuido en forma generalizada. Abdomen globuloso, timpánico, doloroso, RHA (-), sonda nasogástrica aspirativa con abundante debito bilioso. Apache II 19. SOFA 4. Se realiza intubación de urgencia, e infusión de inotrópicos. ECG muestra taquicardia sinusal con signos de sobrecarga de ventrículo derecho (S1Q3T3). Rx tórax: cardiomegalia moderada, infiltrado intersticial bilateral. Laboratorio: Gb 10.600, Hto 42, Hb 13, glucemia 84, creatinina 0.88, Na 141, K 4.1, plaquetas 326.000, bil. total 1.40, APP: 90%, KPTT: 35" Gases 7.30/42/65/20/-/5/90. (ARM: PVC: presión 16/peep 5/FR14/VT600/FIO1), PAFI: 65. Ecodoppler de mmii: trombosis venosa recanalizada poplitea derecha y TAC de Tórax helicoidal que informa signos compatible con TEPA de bifurcación de arteria pulmonar y colección líquida en espacio subfrénico derecho. Se practica cateterismo derecho con registro de presiones pulmonares normales y angiografía de arteria pulmonar que evidencia trombo en la bifurcación de arteria pulmonar. Se inyecta in situ estreptoquinasa (500.000 UI), con posterior infusión endovenosa de 1.000.000 UI en 12hs y heparina de bajo peso molecular a dosis anticoagulante. El paciente evoluciona favorablemente persistiendo cuadro abdominal por lo que se realiza laparotomía exploradora que evidencia ulcera duodenal perforada con vuelco a cavidad de contenido intestinal, efectuando se rafia de la misma, quedando abdomen abierto y contenido. Ante la imposibilidad de recibir tratamiento anticoagulante se coloca filtro de VCI tipo Greenfield por acceso femoral y angiografía de control sin presentar hipertensión pulmonar y disolución del 90% de los trombos. A los 15 días es extubado. Y pasa a sala a 21 días del ingreso a UTI. **Conclusión:** Difundir un caso de tromboembolismo pulmonar agudo bilateral masivo con tratamiento de estreptoquinasa in situ y sistémico exitoso, que evoluciona posteriormente sin hipertensión pulmonar residual.

#### 0191 TRAUMATISMO ESPLÉNICO CERRADO GRADO IV ¿CIRUGÍA O TRATAMIENTO NO OPERATORIO?

AG ROMERO, NB CARACCILO, GJ TISMINETZKY, A GALLO, MV GASTALDI, E GALLI  
Centro de Emergentología y cirugía del Trauma. Hospital J.A. Fernandez Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Argentina

**Objetivos:** Por medio de la presentación de un caso, plantear las posibilidades terapéuticas ante los traumatismos esplénicos graves. **Materiales y métodos:** Paciente masculino de 20 años de edad que ingreso al servicio, presentando traumatismo cerrado dorso lumbar, siendo el mecanismo lesional la caída de un metro de altura desde una escalera impactando sobre una columna de material. Al ingreso se constato: Glasgow 15/15, buena entrada de aire bilateral, normalidad y estabilidad hemodinámica, dolor espontáneo en región dorso lumbar izquierda y dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo. Se evaluaron los parámetros clínicos y

hemodinámicas durante su permanencia en la sala de emergencias solicitándose estudios complementarios. **Resultados:** Durante la evaluación inicial del paciente no se hallaron signos de inestabilidad o anomalía hemodinámica, por lo que se comenzó con la evaluación secundaria, observándose en la eco Fast, liquido libre en espacio esplenorrenal. Se solicitó una tomografía computada de abdomen, en la cual se observó la efracción del polo inferior del bazo y la salida de sustancia de contraste. Se reevaluaron los parámetros hemodinámicas del paciente y se clasifico según la escala de lesión del bazo de la AMERICAN ASSOCIATION FOR THE SURGERY OF TRAUMA (AAST) en grado IV, por lo que se decidió incluir al paciente en protocolo de Tratamiento No Operatorio (TNO), realizándose angiografía y embolización selectiva del polo inferior esplénico. La evolución del paciente fue óptima, con egreso hospitalario al décimo día. **Conclusiones:** Las lesiones esplénicas graves históricamente se resolvían en la sala de operaciones, actualmente dentro del arsenal terapéutico con que cuentan los centros de trauma, se encuentran métodos diagnósticos y terapéuticos que permiten el ingreso dentro de los protocolos de TNO a aquellos pacientes en los que era impensable la conservación del bazo, disminuyendo la morbilidad de los mismos y aumentando su calidad de vida.

#### 0194 HEMATOMA RETROFARÍNGEO TRAUMÁTICO: A PROPOSITO DE UN CASO

NB FRANCO GUERRA, MV GASTALDI, M PAYASLIAN  
Centro de emergentología y cirugía del trauma. Hospital J.A. Fernandez. Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** Reporte de caso: Varón de 84 años de edad que ingresa por caída de 6 metros de altura. **Objetivos:** Conocer los distintos tipos de lesiones de cuello secundarias a traumatismo por caída de altura, los métodos de diagnóstico y su tratamiento. **Material y métodos:** Se presenta un varón de 84 años que ingreso por caída de 6 metros de altura. Se evaluaron los parámetros clínicos y hemodinámicos al ingreso y durante su evolución en el servicio de Emergencias. **Resultados:** A su ingreso: vigíl, G 14/15 (M: 6 V: 4 O: 4), parapléjico, disfónico y con dolor cervical. Presento escoriaciones múltiples, aumento del diámetro del cuello con signos de flogosis, esfínter anal atónico e inestabilidad hemodinámica (hipotensión y bradicardia). Se realizo: Rx tórax y cervical: ensanchamiento de mediastino superior y aumento del espacio prevertebral. TAC: aumento del espacio retrofaringeo y prevertebral (imagen con densidad de partes blandas) que desplaza el espacio visceral anterior; neumomediastino; derrame pleural bilateral; fractura y aplastamiento de D2 y D3 con fragmentos óseos a nivel del canal medular. RMN: fractura de C5-C6 con distracción de los cuerpos vertebrales y estallido de D5 con estrechamiento medular (estudio incompleto por inestabilidad hemodinámica). **Hemodinamia:** Negativa para lesiones vasculares prevertebrales. **Terapéutica:** resucitación con cristaloides, transfusiones y vasoactivos, requirió IOT con ARM y Avenamiento pleural bilateral. Evoluciono con PCR que respondió a maniobras avanzadas de reanimación, con posterior refractariedad al tratamiento medico y óbito. **Conclusiones:** En este paciente se encontró un hematoma retrofaringeo que es una rara entidad de repercusión fatal, dada su evolución rápida hacia la obstrucción de la vía aérea y que se suele presentar en los traumatismos cervicales. Por el mecanismo lesional se deben descartar: traumatismos de órganos y paquetes vasculo- nerviosos cervicales. TAC, RMN y Hemodinamia no mostraron lesión de grandes vasos y de órganos cervicales. En lo que respecta al tratamiento, se priorizo la vía aérea ante los síntomas y signos de ingreso y se realizo la reposición de volumen, con requerimientos de drogas inotropicas. La hemodinamia fue negativa para el hallazgo del sitio de sangrado y no terapéutica. La refractariedad al tratamiento, imposibilito realizar la intervención quirúrgica evacuadora y el control del foco sangrante.

#### 0195 ACCESO ENTERAL GÁSTRICO PRECOZ EN PACIENTES CON TEC, ¿UN PROBLEMA O UNA SOLUCION?

P MAIDANA, P ASTEGIANO, R AVILA, C CASTARATARO, N CARRIZO, J BOGNI  
Hospital J.M. Cullen, Argentina

**Objetivo:** Evaluar la tolerancia gástrica y el logro de objetivos calóricos en 104 pacientes ingresados a la Unidad de cuidados

intensivos de nuestro hospital con diagnóstico de Traumatismo Craneoencefálico moderado-grave. Material y métodos: Analizamos retrospectivamente registros de evolución diaria de 104 pacientes adultos y evaluamos la vía de implementación de nutrición enteral de inicio en estos pacientes, a fin de evaluar si esta vía es efectiva para el logro de los objetivos calóricos (OC) al 4to y 11 mo día de inicio ( 20 a 25 cal/kg/día ) sin la presencia de complicaciones relacionadas a ésta, que obligasen al cambio de vía de administración. Se efectuó para la clasificación de los pacientes, la escala de Glasgow dentro de las primeras 24 hs del ingreso a UTI: TEC Leve (14/15) Moderado (9/13) y severo (< de 8), Seleccionándose solo los TEC moderados-severos. Se analizó la presencia de complicaciones relacionadas al sitio de infusión de la alimentación enteral: Alto residuo (punto de corte > a 200 ml), Distensión abdominal; Vómitos; Macroaspiración. El momento de inicio fue a las 48 hs del ingreso y el punto de corte para la decisión de acceso gástrico o transpilórico fue la presencia de débito > 600 ml/24 hs. Resultados: La edad promedio de este grupo fue de 33,52 años. Correspondieron al 57 % de los ingresos a la UTI y al 61 % de los pacientes bajo programa de soporte. La vía de administración del soporte nutricional fue enteral en el 100 % (n=104) El promedio de días de internación fue de 22.32 días. La ubicación de inicio del acceso fue Gástrica 86,5 % (n=90), Intestinal 13,5% (n=14). De los 90 pacientes que iniciaron por vía gástrica, 75 de ellos ( 83,3% ) cumplieron los OC al día 4. De los 15 pacientes que presentaron complicaciones, 12 de ellos (80%) no respondieron al uso de proquinético y obligaron al cambio de vía, por lo que 16.7 % lograron OC mas allá del día 4. De los 77 pacientes que continuaron por vía gástrica, 57 pacientes (63 %),lograron OC al día 11. De los 26 pacientes que requirieron inicio de alimentación por vía transpilórica, 10 pacientes (38,5%) lograron cumplir objetivos al día 4; 13 pacientes (50%) no lo hicieron por demora en el logro del acceso, y 3 pacientes (11,5%) por complicación relacionada. Mantuvieron alimentación postpiloro al día 11, 20 pacientes. De éstos, 17 (65,4%) mantuvieron OC sin complicaciones relacionadas. Conclusiones: • Tenemos un alto porcentaje de pacientes con TEC moderado a severo alimentados en estómago con resultados aceptables para considerar a esta vía óptima para alcanzar y mantener los objetivos. • Sólo un 13,3 % de los inicios gástricos requirió cambio de vía. • Si bien nuestro número es bajo, la indicación de metoclopramida EV, no mejora la tolerancia gástrica en la mayoría de los casos. • En nuestra experiencia, la nutrición enteral gástrica con monitoreo estricto en pacientes con TEC, es una alternativa de inicio precoz, ante la imposibilidad de lograr un acceso postpilórico muchas veces dificultoso y causante de retrasos en el inicio.

**0198 EVALUACIÓN PROSPECTIVA DEL VALOR DEL CPIS A LAS 72 HS COMO PREDICTOR DE EVOLUCIÓN DE NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR (NAV)**  
S SVAMPA, K SAIBAL, V SCIUTO, N SANCHEZ  
Hospital Castro Rendón, Argentina

Introducción: En nuestra UCI, el diagnóstico de NAV se realiza bajo sospecha clínica y de laboratorio, utilizando el Score Clínico de Infección Pulmonar (CPIS). En el año 2007, se inicia la obtención del valor del CPIS a la hora 0 y a las 72 hs, para la evaluación prospectiva de la utilidad de implementación del mismo. Objetivo: El valor del CPIS  $\geq 6$  se correlaciona con el diagnóstico de NAV. Si un CPIS  $\geq 6$  en hora 0 que aumenta a las 72 hs se correlaciona con tratamiento antibiótico empírico inefectivo. Si el CPIS resulta predictor temprano de la evolución de NAV. Materiales y método: Estudio prospectivo, observacional, desarrollado en la UCI del HCR. Se analizaron todas las NAV del año 2007. El análisis estadístico incluyó: media, mediana, desvío estándar, el test de chi cuadrado y se consideró significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Fueron diagnosticados 37 NAV. El 70 % presentaron un CPIS  $\geq 6$  en hora 0 (n=26). El 8% de los casos (n=2) disminuyeron el valor de CPIS, y el otro 92% (n=24) lo aumentaron o mantuvieron. El 64% (n=14) presentaron NAV temprana (te), con aislamiento de *Stafilococo aureus* (STAA) y *Haemophilus influenzae* (HI); y el 36%, NAV tardía (ta), sin resultar representativa las muestras en el 37,5%, al igual que Flora polimicrobiana (FPM) y en menor número, *Acinetobacter baumannii* (ACY B) multi-resistente y *Klebsiella* (KB). Las NAVte inicia con Antiobótico (ATB) empírico Ampicilina Sulbactam (AMS), resultando efectivo en el 45%, rotándose por sensibilidad del ger-

men en 55% , y cumpliendo en promedio 8 días. La mortalidad del grupo fue del 14%. En las NAVta se utilizó como ATB empírico Piperacilina/Tazobactam (PTA), siendo efectivo en el 84% , rotándose en un 16%, y cumpliendo en promedio 8,5 días. La mortalidad de este grupo fue del 25%. El 30 % presentaron un CPIS < 6 en hora 0 (n=11). El 18% (n=2) disminuyó el CPIS, y el otro 82% (n=9) lo aumentó o mantuvo. El 44% (n=4) presentaron NAVte, con aislamiento de FPM en su mayoría; y el 56%, NAVta (n=5), con rescate de *Pseudomona aureginosa*, STAA y HI en porcentajes iguales y de ACYB el 40%. Se repitió el tratamiento ATB empírico para NAVte, siendo efectivo en el 66%, rotándose en un 33%, y cumpliendo en promedio 9 días. La mortalidad de este grupo fue del 50%. En los que tuvieron NAVta, el tratamiento empírico resultó efectivo en el 50%, rotándose en un 50%, y cumpliendo en promedio 12 días. La mortalidad de este grupo fue del 40%. Conclusión: El 81% de las NAV que tenían un CPIS inicial <6 evolucionaron según características clínicas, radiológicas y bioquímicas, a infección pulmonar, con lo que demostramos que un CPIS < 6 en hora 0 no descarta NAV. De acuerdo a la incidencia de gérmenes hallados, la cobertura ATB empírica usada, AMS para las NAVte y PTA para las NAVta, estaría correctamente empleada, resultando mayor la rotación de los mismos por otro ATB de espectro menor, ajustado a sensibilidad, que a la rotación por esquema de mayor espectro. El valor de CPIS  $\geq 6$ , a las 72 hs, independientemente del valor en hora 0, se correlaciona con un aumento de la mortalidad en las NAVta.

**0200 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO. TRATAMIENTO CON R-TPA. NUESTRA EXPERIENCIA**  
G IMBELLONI, G RÍOS PICAZA, A GORODNER, C BENZONI, H JUÁREZ, O DISANTO  
Servicio de Terapia Intensiva. Sanatorio Frangioli de Salud 2000 SRL. Resistencia., Argentina

Introducción: Hubo en los últimos años avances importantes en la comprensión de la fisiopatología cerebrovascular lo que llevo al desarrollo eficaces estrategias en el tratamiento, el cual es considerado una prioridad. Las opciones terapéuticas aumentado espectacularmente, principalmente en la prevención y en el tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACI). La trombolisis es la única terapia específica eficaz en la reducción de la mortalidad y la discapacidad asociada con un accidente cerebrovascular. Objetivos: Evaluar en el tratamiento del ACI con r-tPA la evolución clínica que presentaron los pacientes. Material y métodos: Se analizaron las historias clínicas de aquellos pacientes que ingresaron en el período comprendido desde el 16/05/2007 hasta el 30/03/2008 que presentaron diagnóstico de ACI según consenso, se realiza tratamiento con r-tPA a aquellos que se encuentran dentro de las primeras 6 hs de iniciado el evento neuro-lógico, realizándose el seguimiento clínico con la escala del NIHSS, índice de Barthel. Se evaluaron otras variables epidemiológicas APACHE II, SOFA y edad. Resultados: Ingresaron 10 pacientes que se le realizo tratamiento con rt-PA, de los cuales seis (60%) presentaron una mejoría significativa del índice de Barthel y la escala del NIHSS el tratamiento fue instaurado antes de las tres horas, dos (20%) no presentaron cambios significativos se les realizo el tratamiento entre las tres y seis horas, dos (20%) fallecieron por complicaciones ajenas al tratamiento con r-tPA. El promedio de edad es de  $65 \pm 12$ ; APACHE II  $20 \pm 8$ ; SOFA  $4 \pm 2$ . Conclusiones: El tratamiento con r-tPA es una opción terapéutica para el tratamiento del ataque cerebral isquémico, en nuestra institución se observo que la evolución de los pacientes fue satisfactoria, que se observo en la mejoría los signos y síntomas clínicos.

**0202 ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN MENORES DE 3 MESES CON BRONQUIOLITIS A VIRUS SINSITIAL RESPIRATORIO. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN UNA UNIDAD PRIVADA DE TUCUMÁN**  
T FIORI BIMBI, E ORQUEDA  
SENYP-CIAP (Servicio de Neonatología y Pediatría – Centro Integral de Atención Perinatal) Tucumán – Argentina., Argentina

Objetivos: Mostrar una serie de niños con bronquilitis grave (BG) a virus sinsitial respiratorio (VSR) y asistencia respiratoria me-

cánica (ARM) asociada al uso de adrenalina nebulizada (AN). Material y métodos: *Población*: Siete menores de 3 meses con diagnóstico de BG a VSR y ARM. *Diseño*: Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes. *Métodos*: se analizó las siguientes variables: edad, sexo, momento de ingreso en ARM, radiografía de tórax post intubación (RXPI), días de ARM totales por pacientes, número de intubaciones, uso de antibióticos, hemocultivos, días de acceso vascular central, soporte hemodinámico, mortalidad, secuelas al alta, días de internación. Resultados: Desde Marzo a Diciembre del 2007 se internaron en el servicio de Pediatría 57 lactantes con diagnóstico de bronquiolitis. Del total, 7 ingresaron en ARM con Viroológico + a VSR (5 mujeres / 2 varones). La mediana de la edad al ingreso fue 22 días (rango 8 a 68 días). La mediana del tiempo de internación antes del ingreso a ARM fue 2 días (rango 1 a 5 días) tomando como día 1 al ingreso institucional. Todos los pacientes al ingreso tenían una radiografía de tórax frente con patrón obstructivo puro, en la RXPI se observó que el (28.5%) mantuvo patrón obstructivo puro, mientras que (75.5%) tenía patrón mixto (obstructivo/restrictivo) siendo el restrictivo compatible con atelectasia. La mediana de tiempo en ARM fue 5 días (rango 4 a 13 días). En 2 pacientes se requirió 2 intubaciones, por extubaciones programadas fallidas ambas antes de las 12 hs. del procedimiento. Se utilizó ATB en el 100% de los pacientes. 2 tuvieron hemocultivo + (stafilococo aureus/neumococo) los 5 restantes por fiebre persistente y restrictividad en la radiografía de tórax. El 100% de los pacientes tuvo acceso vascular central la mediana en tiempo fue 7 días (rango 5 a 13 días), todos fueron retirados en forma programada entre las 24 y 36 hs. posterior de la extubación, no se registró infección asociada. En 2 pacientes se requirió soporte hemodinámico (1/2 drogas). Se registró 1 sola muerte (14.3% de ARM/1.7% del total de bronquiolitis ingresadas), estuvo asociada a una sepsis a neumococo, soporte hemodinámico tuvo 13 días de internación y fue el paciente de mayor edad de la serie, lo rescatable es el 100% de sobrevida en menores de 2 meses. Ningún paciente egreso con secuelas, requirió RCP avanzada y oxígeno domiciliario. La mediana de días de internación fue 14 (rango 13 a 19 días). En el 100% de los pacientes se usó la asociación ARM/adrenalina nebulizada (AN). Conclusiones: en nuestra serie, de lo observado se concluye que el sexo femenino, ser menor de 28 días, VSR, asociación de restrictividad pulmonar se asoció con mayor riesgo de ingreso a ARM. La asociación con infección bacteriana y soporte hemodinámico se asoció a mayor mortalidad. Nuestros enigmas en la actualidad es si la AN disminuye los días de ARM y el uso de la antibioticoterapia, motivos por el cual nos encontramos avocados a un protocolo prospectivo, aleatorizado, doble ciego entre salbutamol/adrenalina nebulizada asociada a ARM.

### 0203 LA EDAD AVANZADA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD

JM BUTERA, AO GALLESIO, E SAN ROMÁN, S GIANNASI, A FERNANDEZ

Servicio de Terapia Intensiva Adultos Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Se ha afirmado que la edad avanzada (ed avan) predice mayor mortalidad (mort) en forma independiente de la gravedad (grav) de la enfermedad (enf). Sin embargo hay trabajos que han puesto en duda dicha afirmación. La controversia adquiere importancia al momento de la toma de decisiones médicas dado que si la ed avan es considerada un factor aislado de mal pronóstico, independiente de la severidad de la enfermedad de base y de los desarreglos fisiológicos acompañantes, podría conducir a una limitación del esfuerzo terapéutico. Objetivo: Evaluar si la ed avan es un factor pronóstico de mayor mortalidad comparando una población de pacientes (P.) críticos (crit.) de edad => 80 años con otra de menor edad y similares características clínicas y de grav. Material y métodos: Estudio retrospectivo, años 2004 a 2007, de tipo caso-control en una UTI médico-quirúrgica. Se analizó una población (pob) de P crit cuya edad fue => a 80 años (casos), registrados en la base SATI-Q modificada, los que fueron apareados por sexo, categoría diagnóstica del APACHE II, probabilidad de muerte (prob M /  $\pm$  3 %), estancia en UTI ( $\pm$  4 días), días de ARM, con el grupo control (cont). La edad de los control es siempre menor a 80 años. Se comparó la mort en UTI y hospitalaria (hosp) entre caso y cont. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . La salvedad más importante es

que la valoración de grav y predicción de mort por el score APACHE II no resulte adecuada para homogeneizar las pob de cas y cont. Resultados: En las variables mencionadas para el apareamiento los cas y cont fueron estadísticamente similares. Ver cuadro: los datos numéricos expresan: media +- desvío standard.

Pob	Numero P	Sexo masc	Apache II	Prob M	ARM numero P	ARM dias	Estadia UTI (días)
Casos	138	54/138 (39%)	17.1+ 6.1	30.8 +- 20.4	65	6.5 +- 7.4	5.8 +5.5
Control	138	54/138 (39%)	16.7+ 6.7	30.5+- 20.7	61	6.3+- 6.6	6 +6

La edad fue en los cas fue 81.2+-3.7 y en cont de 54.8+-14.8. La mort en UTI cas: 42/138 (30.4%) cont 32/138 (23.2%), la mort hosp cas: 61/138 (44.2%), cont : 40/138 (29%). La mort observada fuera de la UTI es mayor en cas que en cont 19/138 (13.7%) vs 8/138 (5.8%). Las diferencias significativas entre cas contr fueron la mort Hosp ( $p= 0.0087$ ) y fuera de la UTI ( $p=0.041$ ). Conclusiones: - No habiendo, por criterio de homogeneización, diferencia en la mortalidad esperable por APACHE II, ni en los criterios de severidad, la ed avan es sí un factor pronóstico de mort hospitalaria cuando se comparan casos y controles, no así de la mortalidad en UTI. -Resulta llamativo que la diferencia en la mort se observa despues del alta de los P de la UTI lo que permite suponer que existió algún grado de limitación en el esfuerzo terapéutico por valoración clínica de una mayor grav y el consecuente giro terapéutico hacia el cuidado paliativo. Este dato no fue registrado en el presente estudio.

### 0205 UTILIZACIÓN DEL CATÉTER DE SWAN-GANZ PARA LA REEXPANSIÓN DE ATELECTASIAS REFRACTARIAS

J MORALES, G CHIAPPERO, C GALLEGGO, L RAPETTI, L DE JANON, L VASTA

Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana, Argentina

Introducción: El colapso pulmonar luego del trauma de tórax es una complicación frecuente en Terapia Intensiva. La fisioterapia respiratoria y la fibrobroncoscopia (FBC) para la aspiración de secreciones, han demostrado ser tratamientos efectivos. Objetivos: Determinar la utilidad del catéter de Swan-Ganz (SG) en el tratamiento de atelectasias (ATL) refractarias en un paciente con trauma de tórax. Ejecutar la técnica de la insuflación selectiva. Material y método: Paciente de 56 años derivada al hospital por ATL masiva del pulmón izquierdo, cursando el séptimo día de evolución de trauma contuso de tórax. Las lesiones descriptas fueron: fracturas de arcos costales posteriores de la primera a la séptima costilla izquierda, hemotórax izquierdo drenado en forma tardía (quinto día posterior al trauma). Al ingreso se realizó TAC de tórax que mostró opacidad y pérdida de volumen por colapso masivo del pulmón izquierdo, desplazamiento del mediastino hacia la izquierda, tubo de avenamiento pleural normoinsero y cavidad pleural drenada. Los primeros intentos para lograr la expansión de las ATL fueron realizados con espirometría incentivada, kinesioterapia respiratoria con drenaje postural e incremento de la presión transtorácica con el empleo de presión positiva intermitente y CPAP. Ante la persistencia de las mismas se planteó la necesidad de evaluar el árbol bronquial y descartar la presencia de lesiones endoluminales u objetos extraños, así como optimizar la aspiración de secreciones. A tal fin se realizó FBC, en la que no se objetivaron alteraciones significativas, persistiendo luego de ésta el colapso pulmonar. Debido al fracaso de las técnicas convencionales se decidió intentar la re-expansión de las ATL por medio de la insuflación selectiva a través de un catéter de SG. En una segunda FBC, luego de realizar una adecuada anestesia tópica, se identificaron los bronquios lobares comprometidos y bajo visualización directa se colocó el extremo del catéter. A continuación se infló el balón hasta lograr la oclusión del bronquio seleccionado y posteriormente se insufló aire a través del extremo distal del catéter dentro de la vía aérea periférica en alícuotas de 20 ml con control estricto de la presión de fin de espiración alcanzada, hasta lograr un valor estable de 30 cm de agua. El procedimiento fue bien tolerado y sin complicaciones. El control radiológico mostró reexpansión parcial del área afectada, con una discreta mejoría clínica durante las 24 horas posteriores. Conclusiones: 1. La utilización del catéter de SG logró la re-expansión de ATL