

masivas refractarias al tratamiento convencional. 2. La técnica descripta resultó fácil de realizar, no requirió anestesia y fue bien tolerada por el paciente. 3. Es una terapéutica a tener en cuenta en el paciente con trauma de tórax.

**0206 HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN TERAPIA INTENSIVA**  
 D QUARANTA, D VARELA, R SANCHEZ, M BONO, C CANESSA, E ARISTA, N TIRIBELLI, A MARINO  
 CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

Objetivos: Analizar las características clínicas y evolución de los pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva alta (HDA) que requirieron internación en una unidad de terapia intensiva (UTI). Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó a todos los pacientes que ingresaron de manera consecutiva a UTI con diagnóstico de HDA no variceal desde 01/09/2006 al 31/03/2008. Para el análisis de los datos se tomo en cuenta: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía y mortalidad en UTI. Se compararon en subgrupos: tratamiento endoscópico/médico, con y sin requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM), transfusiones, complicaciones infecciosas ó no y la presencia o no de insuficiencia renal aguda (IRA). Los datos se expresan como tasa para las variables nominales, media y desvío estandar (DS) para las ordinales. Para el análisis comparativo entre los grupos se utilizó el Test de Chi Cuadrado para variables nominales y el Test de T para las continuas. Se considero significativa una p<0.05. Resultados: Ingresaron a UTI 922 pacientes de los cuales el 4 % (37/922) presentaron diagnóstico de HDA. El 70 % (26/37) fueron hombres con una edad de 65.8 (14.8) años, APACHE II 16.3 (9.0), SAPS II 37.7 (19.4), estadía 4.8 (6.2) días y una mortalidad del 19 % (7/37). Cuando se tuvo en cuenta la clasificación se observó que el 5% correspondían a Forrest Ia, 65 % Forrest Ib, 30% Forrest IIa. El 54% (20/37) recibió tratamiento endoscópico, en este grupo el 70% fueron hombres (14/20), con una edad 62 (14) años, APACHE II 13.6 (8.5), SAPS II 33.1 (17.2), con una estadía de 6.2 (7.7) días y una mortalidad 20% (4/20). El 46% (17/37) recibió tratamiento médico de los cuales el 70 % fueron hombres (12/17), edad 70.4 (15), APACHE II 19.8 (8.6), SAPS II 43 (21), estadía 3.2 (3) días y la mortalidad fue del 17% (3/17). La comparación entre las variables de ambos grupos presento una p > 0.05. Conclusión: No se observo diferencia entre el tratamiento medico y endoscópico. Los que requieren ARM, presentaron infecciones e IRA son pacientes con scores de gravedad mas altos; además los que requieren de ARM presentan mayor estadía en UTI y mortalidad.

	ARM	NO ARM	INFECCION	NO INFECCION	IRA	NO IRA
N	16	21	16	27	15	22
SEXO	75% (12/16)	66.7% (14/21)	90% (14/16)	63% (17/27)	60% (9/15)	77.3 (15/22)
EDAD	65.1 (15.3)	66.4 (14.4)	61.6 (17.0)	67.4 (13.8)	62.4 (13.8)	62.4 (15.2)
APACHE II	26.4 (16.7)	12.9 (6.1)	26.9 (12.8)	14.5 (6.3)	21.4 (9.6)	33.0 (6.9)
SAPS II	56.1 (21.6)	28.5 (16.8)	49.6 (23.4)	33.2 (15.3)	46.9 (16.2)	35.6 (20.3)
ESTADIA	7.6 (4.3)	2.5 (2.0)	16.7 (9.5)	2.6 (1.6)	4.3 (6.4)	3.7 (3.1)
MORTALIDAD	43.8 (7.0)	6 (28.6)	46% (4/16)	11.1 (3.7)	20% (3/15)	18.2 (4.2)

**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<sup>1</sup>, A DOMÍNGUEZ<sup>2</sup>, E SLIPAK<sup>2</sup>, C VELLUSO<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Htal Rivadavia, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Rivadavia, Argentina

Objetivos: 1- Comparar los datos epidemiológicos de la población general y oncológicos críticos de UTI, 2- Comparar la mortalidad y Apache II entre grupos, 3- Comparar los días de interacción entre grupos 4-Analizar los factores de riesgo de mortalidad onco-crítica. Material y Método: Pacientes ingresados a la UTI desde el 1 de junio del 2003 al 30 de marzo del 2008 n:1458, se identifica al subgrupo onco-crítico en igual período:n 342. Las variables continuas: Edad, estadía, días de ARM, Apache II. categóricas: Sexo, localización del cáncer, mortalidad, sepsis, inotrópicos, ARM, transfusiones, quirúrgicos y tratamiento médico (ttomed), con y sin cáncer. Estadística; continuas: media, desvío Standard, mediana: con Test de Student, Wilcoxon. Y categóricas: Chi cuadrado, Riesgo relativo y Odds Ratio modelo de regresión logística multivariado. significancia con p 0.05 a dos colas. Resultado: El análisis comparativo entre poblaciones. La oncológica presentó valores menores, sig-

nificativos en: Estadía, días de ARM, Apache II, Sepsis, frecuencia de ARM, Inotrópicos, y mortalidad, con mayor consumo de transfusiones. La mortalidad del paciente oncológico quirúrgico y ttomed fue 10% vs. 50% p 0.0001. En la población general, la mortalidad fue de 13.5% para los quirúrgicos, y 36.5% para el ttomed (p 0.001) La mortalidad quirúrgica de ambos grupos: 10% vs 13.5% p: 0.45. La media de Apache II del quirúrgico oncológico 11±7, menor al tratamiento ttomed oncológico 18±9 p 0.001. Los días de internación entre los onco-quirúrgico vs ttomed: media 6.2 +/- 9 días: media 8 ± 7 días, p 0.2 sin diferencia. La estadía del grupo onco-quirúrgico 6 ± 9 y ttomed 7 ± 9 p 0.41 no presentó diferencias. La población general presenta diferencias de estadía entre los pacientes quirúrgicos: media 7 ± 9 y ttomed 10 ± 12 (p 0.001). La estadía entre los pacientes onco-ttomed y no oncológicos con igual tratamiento fue: media 8 ± 7 versus 10 ± 12 p 0.04. El óbito de los onocritos se asoció, a través de Regresión Logística Multivariada, con Sepsis OR de 13.5, uso de inotrópicos OR 7.6, ARM OR 7.4 ttomed OR 5.5. Conclusiones: Los pacientes onco-críticos presentan menor consumo de recursos y mortalidad comparado con la población general. La mortalidad del onco-crítico y la población general se asocian al ttomed. La mortalidad quirúrgica de ambos grupos no presenta diferencias. El Apache II fue mayor en los pacientes con onco-ttomed sin utilizar mayor estadía que el onco-quirúrgico. La sepsis, ARM, inotrópicos y tratamiento médico fueron factores de riesgo para mortalidad del paciente onco-crítico.

**0209 MUERTE INFANTIL Y PRODUCTOS DOMÉSTICOS ARTESANALES**  
 M REGNANDO, A SUPPO, MB GONZALEZ, O ASPITTIA  
 UCIP- Hospital Zonal Trelew, Argentina

Introducción: Una de las principales obligaciones de los adultos es proteger la salud de los niños ante cualquier amenaza real o potencial. Los productos químicos están en el hogar en diferentes proporciones y pueden ingresar al cuerpo por diferentes rutas: contacto, ingestión y/o inhalación. En la provincia de Chubut existen regiones en donde las prácticas artesanales dentro del hogar son frecuentes y sostén económico de muchas familias. Objetivo: Comunicar la importancia del manejo del riesgo de los productos químicos presentes en el hogar, para alentar el establecimiento de pautas específicas de vigilancia. Materiales y métodos: En la ciudad de Comodoro Rivadavia el 16 de mayo de 2007 a las 23hs, un lactante de 8 meses inhala purpurina artesanal (aleación de cobre y estaño) mientras jugaba con sus hermanos. Ingresó a la internación donde es tratado con oxígeno por cánula nasal y nebulizaciones con salbutamol. Comienza con quejido inspiratorio y vómitos post ingesta; se instala a las 12hs cuadro febril (Síndrome Febril por metales?) y profundiza su dificultad respiratoria por lo que ingresa a ARM. Se decide trasladarlo en avión sanitario a un servicio con mayor complejidad en el hospital de la ciudad de Trelew (380 Km). El día 17 de mayo a la 1.40hs ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva, se interpreta el cuadro como SDRA por Neumonitis Química. Requiere de altas concentraciones de oxígeno, presiones y manejo inotrópico debido a la refractariedad del cuadro e hipoxia progresiva Falleciendo al día 17 de mayo a las 21 hs. Conclusiones y Discusión: Los productos del hogar son sustancias históricamente primeras en las estadísticas de consulta a los Centros de Intoxicaciones. Las advertencias en relación a la vulnerabilidad infantil son múltiples y escasos los resultados en relación a su ocurrencia. Consideramos importante intensificar acciones de prevención específica en aquellos hogares en los que las prácticas artesanales con productos químicos son de mayor exposición.

**0210 PACIENTE TRAUMATIZADO EN TERAPIA INTENSIVA**  
 G SIBILA, M VAZQUEZ, D VARELA, R SANCHEZ, M BONO, E ARISTA, C CANESSA, N TIRIBELLI, A MARINO  
 CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

Objetivo: Evaluar las variables clínicas y pronóstico de los pacientes que ingresan por politraumatismo comparados con la población general de la unidad de terapia intensiva (UTI). Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados a UTI desde 01/09/2006 al 31/03/2008. Para el análisis se tomo en cuenta si eran traumatizados

o no y las siguientes variables: edad, sexo, Apache II, SAPS II, SOFA, TSR, ISS, TRISS, estadía en UTI, requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM), traqueostomía, vasopresores, hemoderivados, incidencia de neumonía asociada al ventilador (NAV), infección del tracto urinario (ITU), bacteriemia, fallo renal agudo y mortalidad. Para el análisis se los dividió en traumatismo de cráneo (TEC), tórax, abdomen, extremidades, maxilofacial y raquimedular (TRM). Las variables ordinales se las presentó como media y desvío Standard y las nominales como porcentaje. El análisis de los datos se realizó utilizando el test de T, chi Cuadrado o test de Fisher. Se tomó como significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Se incluyeron un total de 922 pacientes, 57.5% hombres y 42.5% mujeres, de los cuales 87 (9.4%) fueron traumatizados: TEC 40%, tórax 14.9%, abdomen 12.4%, extremidades 16.5%, maxilofacial 10.5%, TRM 3.3%, otros 6.6%. Con los siguientes scores: TSR 7.5 (1.6), ISS 24.7 (28) y un TRISS 23.1 (35.9).

	Traumatizado	No Traumatizado	p
n	87 (9.4%)	835 (90.6%)	
Sexo	H: 79.2% M: 20.7%	H: 59% M: 41%	
Bala	40 (46.0%)	63.6 (7.6%)	< 0.05
Apache II	8.9 (8.1)	16.7 (10.2)	< 0.05
SAPS II	22.9 (18.6)	38.3 (22.5)	< 0.05
SOFA	5.1 (2.2)	11.4 (4.4)	< 0.05
Estada en UTI	4.8 (7)	6.1 (9)	NS
ARM	39% (34.6%)	33.8% (44.835)	< 0.05
Días de ARM	5 (7)	6.3 (8.2)	NS
Trasfusiones	29.4% (10.84)	23.6% (106/449)	NS
NAV	Incidencia: 8.8% (2.84) Densidad de incidencia: 17.7	46.849 (10.2) 15	NS
ITU	0	11.6% (30.235)	< 0.05
Bacteriemia	3.4% (3.87)	8.3% (69.835)	NS
Vasopresores	Tasa de utilización: 20.7% (15.67) Cantidad en días: 4 (2.4)	33.3% (280.835) 4.7 (4.3)	< 0.05 NS
Globulos Rojos	Tasa de utilización: 29.9% (2.87) Cantidad en unidades: 56	22.4% (187.825) 4.2	NS < 0.05
Fallo Renal Agudo	4.6% (4.67)	20.7% (175.835)	< 0.05
Mortalidad	8% (7.87)	23.3% (195.835)	< 0.05

El 35,6 % eran heridos de bala.

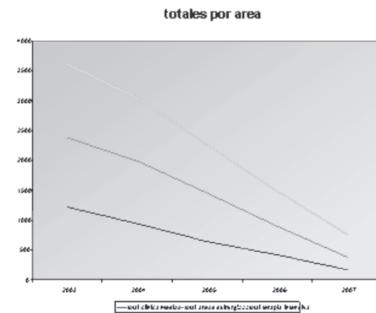
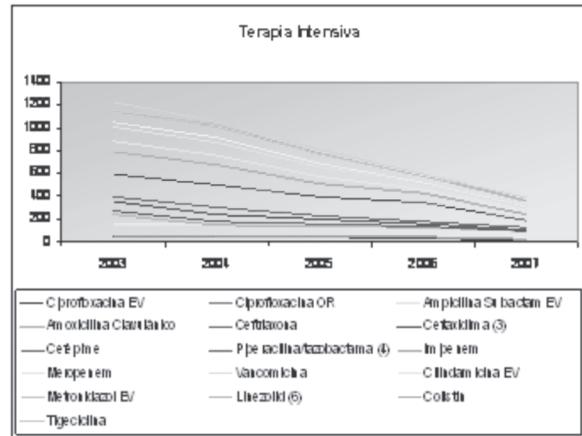
	n	Edad	Apache II	SAPS II	TSR	ISS	TRISS	Estada en UTI	Mortalidad
Heridos de Bala	31	37.7 (13.5)	9.7 (9.3)	25.3 (20.8)	6.7 (2.1)	23.9 (26.5)	27.2 (36.7)	6.2 (9.5)	7.4 %
No Heridos de Bala	56	42.4 (20.7)	8.5 (7.8)	21.7 (17.7)	7.5 (0.9)	28.3 (28)	27.2 (26.7)	4.3 (5.5)	8.2 %
p		NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS

Conclusiones: Los pacientes traumatizados que ingresan a UTI presentan edad y scores de gravedad más bajos que la población general, así como menor incidencia de fallo renal agudo, requerimiento de ARM, vasopresores y mortalidad. Requieren mayor cantidad de transfusión de GR. Cuando se analizó al subgrupo de pacientes heridos de bala no se observaron diferencias respecto de la gravedad y pronóstico comparado con el resto de los pacientes traumatizados.

**0211 PROGRAMA INTEGRAL DE CONTROL DE INFECCIONES (PICI) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) W CORNISTEIN, CG RODRIGUEZ, M TORRES BODEN, G CUETO, A NOEL, N GOMEZ, M BADIA, L LOPEZ MORAL Hospital Dr Cosme Argerich, Argentina**

Introducción: Las Infecciones Nosocomiales en los pacientes críticos continúan siendo un gran problema a pesar del avance de la microbiología y de los nuevos antimicrobianos. La continuidad de un PICI permite una dinámica en las medidas respecto al Control de la Infecciones manteniendo en el tiempo la efectividad de dichos programas. En esta etapa del PICI intensificamos los cuidados relacionados a la Neumonía Asociada a Respirador (NAR) y sus microorganismos causales. Objetivo: Analizar un PICI a partir del: a) Consumo global de los antimicrobianos a partir del inicio del programa. b) Consumo específico en el área de terapia intensiva. c) La sensibilidad de los principales gérmenes causales de NAR. Material y Métodos: Para evaluar el consumo de los ATM se utilizaron los datos anuales de las Dosis Diaria Definida de los ATM en relación a los pacientes día desde el 2003 al 2007. Para explicar el consumo de antibióticos en función del tiempo se construyen modelos aditivos y modelos con interacciones. Se analizó la sensibilidad de los agentes etiológicos representativos de muestras de mini lavado broncoalveolar comparando 2003 y 2007. Resultados: Resultaron significati-

vas las diferencias entre los años y también resultaron significativas las diferencias entre las evoluciones por tipo de antibiótico. Los p. valores en todos los casos resultaron inferiores a 0.001. Respecto a los microorganismos se observó un cambio en la sensibilidad *Staphylococcus aureus* a oxacilina (37.8% vs 65%), *Klebsiella pneumoniae* a Piperacilina Tazobactam (50.8% vs 73.7%), *Pseudomonas aeruginosa* (Pae) a cefepime (100% vs 83.3%), *Acinetobacter baumannii* (Aba) a Imipenem (18.8% vs 14,7%), 2003-2007 respectivamente.



Conclusiones: A través de un PICI se disminuyó significativamente el consumo de ATB general y la UTI. La sensibilidad de los MO productores de NAR mejoró, se mantuvo estable en Aba y aumentó la resistencia en Pae. Comentarios: Optimizar la estrategia hacia los bacilos gram negativos no fermentadores será nuestro próximo objetivo.

**0212 TERAPIA ALTERNATIVA CON ELECTROSHOCK EN ESTATUS CONVULSIVO REFRACTARIO AL TRATAMIENTO J BOGNI, R AVILA, C CASTARATARO, I TORALES Hospital Cullen, Argentina**

Objetivo: Descripción de la terapia de electroshock en status convulsivo refractario al tratamiento. Lugar: Unidad de Terapia Intensiva Hospital Dr. José María Cullen. Paciente: mujer de 17 años con antecedentes de epilepsia de 5 años de evolución derivada de una localidad del interior de la provincia por convulsiones T-C generalizadas tratadas con diazepam, fenitoina en carga y mantenimiento. Se realizó TAC- PL - RMN siendo negativas. Se inició tratamiento con aciclovir en forma empírica. Perfil toxicológico (+) para benzodiazepinas. Pac con GL 10 /15, pupilas 33 ++ que no recupera conciencia y presenta episodios reiterados de convulsiones TC. Ante la necesidad de utilizar drogas como MDZ se admite en UTI por la necesidad de ARM. Evoluciona febril con hipotensión que resuelve con cristaloides. En ARM por 6 días con IRA sin necesidad de diálisis. En trat con MDZ. Al 7 día se disminuye MDZ y presenta apertura ocular espontánea, moviliza miembro inf der. EEG no registra descargas epilépticas. Periste GL 6 /15. Al 10 día persiste febril. Se inicia trat con vancomicina +

impempen por NAR tardía. Alterna tubo en T y VCV. Comienza con mioclonías faciales frecuentes de 3 a 4 min de duración. Se seda con MDZ + RMF Ramsay 4. Se Traqueos-tomiza en trat con epami, clonazepan, valproato y lorazepan con dosis en ascenso y evoluciona con crisis mioclonicas gralizadas. Se agrega lamotrigina. Al día 15 de internación se repite EEG (+) con descargas eléctricas. Evoluciona con status no convulsivo. Evoluciona con 14 días de descargas electricas en eeg con dosis máximas de lamotrigina, clonazepan, lorazepan, valproato y fenitoina. Se decide terapia con electroshock: descargas 2 por día durante 3 días. Continúa con lamotrigina 200mg /día, topiramato 200 c /12 hs, valproato 15 ml c/12 hs. 24 hs después EEG (-) pasa a UTI Intermedia con asimetría del tono muscular. Luego pasa a servicio de neurología con buena evolución a los 82 de internación con descenso de la medicación. La paciente vigil moviliza los cuatro miembros con espasticidad, responde a órdenes simples, medicada con valproato, topiramato, lamotrigina espera ser derivada a centro de rehabilitación neurológica. Conclusión la terapia de electroshock puede ser una alternativa cuando persiste el paciente en status epileptico convulsivo y no convulsivo prolongado que no responde a anticonvulsivantes sin patología estructural ni orgánica ni farmacológica ni infecciosa que lo perpetue.

**0213 TROMBOSIS DE LA VENA PORTA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

R PAGNI, M OLEIRO, G NIS, C BASSANI ARRIETA  
Hospital San Roque. Córdoba, Argentina

Objetivos: Presentación de un caso de trombosis de la vena porta y discusión de etiologías. Material y metodos: mujer de 16 años, de Sgo del Estero, presenta dolor en hemiabdomen superior de moderada intensidad de 15 días de evolución, aumenta con las comidas, vómitos biliosos y fiebre continua. Astenia, anorexia, pérdida de 5 kg. Tratada por probable ITU con norfloxacina y antipiréticos. Traída por familiares. APP: Parto normal y anticonceptivos orales hace 18 meses, epidemiología (+) para Chagas. En Guardia Central: Ictérica, desnutrida, deshidratada, TA 60/30 mmhg, FR 24 x', PR 100 x', Tº 39°C. Examen físico: MV+, VV+, hipoventilación bibasal. Abdomen distendido, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Se palpa hígado 3cm.por debajo del reborde costal se percute 16cm, RHA disminuidos. Laboratorio: Hto 34, GB 36300 (Neut 80%, Linfo 2%, Blastos 6%), plaquetas 567000, VSG 80mm, GOT 97, GPT 93, FAL 893, BT 3,65, BD 2, BI 1,65, GGT 34, Urea 21, Cretinita 0,6, Gluc 111 7,42/37/89/24/0/98. Orina con frecuentes leucocitos. Ecografía abdominal: hígado aumentado de tamaño, contornos regulares, inhomogéneo a predominio del lóbulo izquierdo, sin dilatación de la vía biliar. Vesícula alitiasica. Adenomegalias en hilio hepático. Útero en AVF forma y tamaño normal. Endometrio de 3mm. TAC de abdomen: hígado aumentado de tamaño, trombosis de la vena porta y vena mesentérica superior con circulación venosa colateral. Liquido libre retrouterino. EcoDoppler abdominal: lóbulo izquierdo del hígado aumentado con áreas hipocogénicas, heterodensas, solitarias con ejes de vasos portales, cambios posttrombóticos distales. Diagnóstico: A.Shock séptico foco a determinar.B.Trombosis de la vena porta. Ingres a UTI donde requiere hidratación, noradrenalina 0,21 gamas/kg/min, albúmina, piperacilina/tazobactam + amikacina. Se indica anticoagulación con heparina y acenocumarol. Hematología interpreta hemograma como neutrofilia secundaria a síndrome de respuesta inflamatoria, sin células atípicas. Hemocultivos (-), urocultivo (-), HVI (-), IgG CMV 1/64, IgM CMV (-), Huddelson (-), Proteína C reactiva positiva 1/40, Anticardiolipinas IgG 3,10, IgM 5,7, Ac anti-transglutamin 4,80, Ac. Antiendomiso (-), C3 80, C4 40, IgA 132. Homocisteína pre y poscarga de L-Metionina normal, Factor V de Leiden sin mutación. Evolución favorable, Alta de uti a los 7 días. Discusión: la trombosis de la vena porta es un proceso frecuente en niños y jóvenes. Puede ser secundaria a infección umbilical en recién nacidos y en adultos con estado trombotico predisponente. También se relaciona con procesos inflamatorios y/o infecciones intraabdominales. El control de sus complicaciones es terapéutico. Conclusión: los jóvenes con diagnóstico de trombosis de la vena porta con screening para estados tromboflebiticos negativos se considera su origen en una infección intraabdominal, como nuestra paciente, dado el curso evolutivo favorable con ATB sin poder descartar al aporte de los anticonceptivos en la génesis de la misma.

**0216 ¿LAS TRANSFUSIONES EN TERAPIA INTENSIVA SON UN FACTOR DE RIESGO?**

R SANCHEZ, D VARELA, M BONO, C CANESSA, E ARISTA, N TIRIBELLI, A MARINO  
CMPFA - Hospital Churruca Visca, Argentina

Objetivo: Analizar el impacto en el pronóstico de la transfusión de hemoderivados en pacientes que requieren internación en la unidad de terapia intensiva (UTI). Material y método: Estudio observacional, retrospectivo que incluyó pacientes que ingresaron a UTI desde 01/09/2006 a 31/03/2008 que requirieron transfusión de hemoderivados según el protocolo de nuestra UTI. Se registraron los datos de la población, edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadia en UTI y mortalidad. Se analizaron los datos generales y en subgrupos como clínicos vs quirúrgicos, con requerimiento asistencia respiratoria mecánica (ARM) vs sin ARM, insuficiencia renal aguda (IRA) vs sin IRA. Los datos se expresan como porcentaje a las variables nominales, media y desvíos estandar (DS) a las ordinales. Para el análisis comparativo entre los grupos se utilizó el Test de Chi Cuadrado para variables nominales y el Test de t para las continuas. Se considero significativa una p<0.05. Resultados: Se registraron 922 pacientes de los cuales el 24.5% (226/922) requirieron transfusiones de hemoderivados. Los pacientes transfundidos el 54.4% fueron hombres (123/226) y 45.6% (103/226) mujeres, con una edad de 59.6 (18.6) años, APACHE II: 18.4 (10.6), SAPS II: 41.2 (22.5), estadia en UTI de 9.8 (13.1) días, mortalidad del 34% (77/226). Los pacientes no transfundidos fueron el 58.5% hombres (407/696) y el 41.5 mujeres (289/696), con una edad de 61.4 (18.3) años, APACHE II 14.9 (9.6), SAPS II 34.6 (21.2), estadia en UTI de 4.9 (6.7) días, con una mortalidad: 18% (125/696). La comparación entre los scores de gravedad, estadia en UTI y mortalidad presentó una p <0.05. De los pacientes transfundidos 58,8%(133/226) eran quirúrgicos con una mortalidad de 26,3%(35/133), los clínicos 41,1%(93/226) requirieron transfusiones con una mortalidad de 46,2%(43/93). Al analizar la incidencia y mortalidad de ambos grupos se hallo una p<0.05.

	Transfundidos	No transfundidos	p
n (%)	226 (24,5)	696 (75,5)	
Hombres	123 (54,4)	407 (58,4)	NS
Mujeres	103 (45,6)	289 (41,6)	NS
Edad	59,6 (18,6)	61,4 (18,3)	NS
APACHE II (DS)	18,4 (10,6)	14,9 (9,6)	< 0,001
SAPS II (DS)	41,2 (22,5)	34,6 (21,2)	< 0,001
Estadia (DS)	9,8 (13,1)	4,9 (6,7)	< 0,001
Mortalidad (%)	34 (14,6)	18 (2,6)	< 0,001

Pacientes que requieren transfusiones							
n=226	sin IRA	sin ARM	sin ARM	helicador	no helicador	p	
n (%)	94 (41,6)	132 (58,4)	154 (68,1)	123 (54,4)	103 (45,6)		
Hombres	51 (54,2)	71 (53,8)	81 (53,1)	34 (27,7)	37 (35,9)	ns	
Mujeres	43 (41,8)	61 (46,2)	73 (47,9)	46 (44,5)	66 (47,2)	ns	
Edad	66,6 (18,2)	64,7 (19,2)	63,1 (19,3)	62,1 (19,2)	62,2 (19,4)	ns	
APACHE II (DS)	21,4 (12,9)	17,2 (10,2)	17,2 (10,2)	17,2 (10,2)	17,2 (10,2)	< 0,05	
SAPS II (DS)	41,2 (22,5)	34,6 (21,2)	34,6 (21,2)	34,6 (21,2)	34,6 (21,2)	< 0,05	
Estadia (DS)	12,2 (15,2)	8,9 (8)	8,9 (8)	8,9 (8)	8,9 (8)	< 0,05	
Mortalidad (%)	46 (48,7)	28 (21,2)	28 (21,2)	28 (21,2)	28 (21,2)	< 0,05	

Conclusiones: Los pacientes que requieren transfusiones de hemoderivados en UTI presentan scores de gravedad más altos, estadia en UTI más prolongada y mayor mortalidad. Los pacientes transfundidos clínicos son pacientes más graves y por lo tanto tienen mayor mortalidad que los pacientes quirúrgicos. Los pacientes transfundidos que presentaron IRA, infecciones y requirieron ARM son pacientes más graves y con mayor mortalidad con respecto a los que no presentaron dichas complicaciones. Requirieron más transfusiones los pacientes quirúrgicos y los clínicos tuvieron mayor mortalidad.

**0218 SÍNDROME DE INFUSIÓN DE PROPOFOL EN PACIENTE CON INJURIA CEREBRAL AGUDA**

J BOGNI, R AVILA, C CASTARATO, N CARRIZO, I TORALES  
Hospital Jose Maria Cullen, Argentina

**Objetivo:** Descripción clínica de un paciente adulto con traumatismo de cráneo con síndrome de infusión de propofol. Designación: Caso de reporte. Paciente de 41 años que sufre accidente de tránsito moto contra auto sin casco con T.E.C. grave puro. La TAC en guardia muestra Marshall II, signos indirectos de LAD, Glasgow de 8/15. Es intubado y colocado en ARM con estrategia de sedoanalgesia propofol + remifentanil. Se coloca sensor de PIC intraparenquimatoso golfo en la yugular con HEC 28 a 36 con vasopresores (NA) para control y mantenimiento de presión de perfusión cerebral, entre 60/70 mm Hg. se realizaron medidas de 2º orden manitol más hiperventilación. Se inició la osmotherapia una vez optimizada la volemia. Ecocardiograma sin particularidades, que no mostraba la necesidad de líquidos con buena performance cardiovascular. Controla la hipertensión endocránea. Se realiza nueva T.A.C. sin lesiones nuevas. Luego de siete días se retira el sensor de P.I.C. y renifentanil + propofol. El paciente cursa síndrome febril. Se inician vancomicina imipenem para cubrir probable foco pulmonar. Cursa síndrome febril persistente. Se observan cambio de color en la orina. Laboratorio: hematócrito 29, hemoglobina 10, glóbulos blancos 13.500, úrea 0.39, creatinina 1.56, PH 7.33, PO2 157, PCO2 35, bicarbonato 18, exceso de base -6, saturación O2 95%, NA 144, K 3,4. Al octavo día, continúa febril persistente con acidosis metabólica, cambio en color de la orina. En el noveno día permanece con acidosis metabólica CPK 34.500 mU/l LDH 674. Décimo día paciente febril continuo con acidosis metabólica. Evoluciona a la oliguria e hipercalemia con ascenso de uremia y creatininemia con shock y difusión miocárdica y luego obita. Se descartaron otras posibles causas de hipertermia rhabdomiólisis y depresión miocárdica, concluyéndose como la causa probable de obito el síndrome de infusión de propofol. Hay reportes de casos en adulto pero no hay casos descritos luego de la suspensión del propofol con utilización de altas dosis de catecolaminas. Cabe destacar la rareza de este cuadro en adultos, motivo que lleva a desarrollar este trabajo.

#### 0221 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA ASOCIADA A DERMATOMIOSITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

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

La dermatomiositis es una enfermedad autoinmune, se caracteriza por debilidad muscular proximal. Entre las complicaciones respiratorias se encuentran: Enfermedad Pulmonar Intersticial, Neumonía Aspirativa e incapacidad Ventilatoria, siendo ésta de ocurrencia excepcional. Mujer, 47 años, presenta 14 días previos al ingreso conjuntivitis, edema facial y luego; fiebre, mialgias y pérdida progresiva de fuerza muscular generalizadas, con predominio en miembros superiores. Evoluciona con disnea clase funcional III, con escasa tos y expectoración mucosa. Inicia tratamiento con claritromicina, 4 días previo al ingreso. Ante la progresión de disnea consulta por guardia médica. Antecedentes: epidemiología positiva para psitacosis y promiscuidad sexual. Se interna en sala de Clínica Médica. Diagnóstico de ingreso: Neumonía Atípica. Laboratorio: Glóbulos Blancos: 13600/mm3 3: Neutrófilos: 70%, E: 18% (2448/mm3) VSG: 75mm. Estado ácido base: pH: 7,37 PaCO 2:41 - PaO 2:80 - HCO 3: 22,0 - SaO 2: 94,7 EB:-3,2 - CPK: 11000U/l - CPK MB 490U/L - LDH:3200U/l. Radiografía de tórax (Rx Tx): velamiento seno costodiafragmático izquierdo. Continúa con claritromicina y se agrega ceftriaxona. Evoluciona con disnea de reposo e insuficiencia ventilatoria. Ingreso a UTI: rales crepitantes en base izquierda, disminución de la fuerza muscular en miembros superiores, hiporreflexia generalizada, hiperqueratosis palmo plantar. Laboratorio: Glóbulos Blancos: 11800/mm3 E :18 % (2124/mm3) CPK: 10600U/l CPK MB 424U/L LDH: 2350 U/l GOT 250U/l. Estado ácido base: pH 7,33 - PaCO 2: 49 PaO 2: 50 HCO 3: 25 mEq/l- SaO 2: 82 % EB:-1. ECG y Ecocardiograma 2D: normal. Se solicita serología para micoplasma, chlamydia, HIV y perfil autoinmune. Se agrega trimetoprima sulfometoxazol (TMP/ SMX) mas meprenisona 1 mg/Kg, ante sospecha Pneumocitosis. Presenta respiración paradójica, y requiere ventilación mecánica. Rx Tx: infiltrados intersticiales bilaterales. Informe HIV no reactivo se retira TMP/ SMX. Se realiza Biopsia del músculo deltoides. Diagnóstico presuntivo Dermatomiositis. Luego de 48 hs se logra destete de respirador. Se recibe Urocultivo;

Hemocultivos: colagenograma parcial: negativos, Proteínas totales: 4,90gr%, Albúmina 2,79gr%. Enferma evoluciona con mejoría progresiva y pasa a sala clínica médica con claritromicina y corticoides. TAC TORAX: banda de hipoventilación en base de pulmón izquierdo. Laboratorio : CPK 310U/l MB 22U/l LDH 630 U/l, GB: 9000 mm3 con E: 2%. Ig M anti clamydia y micoplasma pneumoniae negativos. Fondo de ojo: normal. Ante la aparición de soplo sistólico en foco aórtico se realiza Ecocardiograma Transesofágico cuyo único hallazgo es Hipertensión Sistólica Pulmonar (PSAP 48 mm Hg.). Se recibe AC ANTI JO POSITIVO. Informe biopsia muscular: Enfermedad inflamatoria del colágeno compatible con miositis. Diagnóstico Definitivo: Dermatomiositis. Alta hospitalaria con meprednisona y metotrexate. Se presenta este caso debido a que la descripción de insuficiencia respiratoria por Dermatomiositis en el debut de la enfermedad es infrecuente.

#### 0222 VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA

N TIRIBELLI, D VARELA, R SANCHEZ, M BONO, C CANESSA, E ARISTA, A MARINO  
CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

**Objetivos:** Analizar las características y evolución de los pacientes que requirieron Ventilación Mecánica (VM) en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de nuestro hospital. **Material y Método:** Se incluyeron prospectivamente los pacientes que ingresaron a UTI y requirieron VM por más de 24 hs desde 01/09/06 hasta 31/03/08. Se registraron los datos demográficos, scores de gravedad (APACHE II, SAPS II), motivo de VM (Coma; Insuficiencia Respiratoria Aguda -IRA-: post operatorio, neumonía, edema agudo de pulmón, shock-sepsis, trauma, SDRA, broncoaspiración, PCR; IRA sobre enfermedad respiratoria crónica -IRAC-: EPOC, neuromuscular; Otras causas), días de VM, días de UTI, mortalidad y complicaciones. Se compararon las variables en subgrupos (médicos/quirúrgicos, PaO2/FiO2 < y e"200 a las 24 hs. de inicio de VM). Para el análisis estadístico se utilizaron el Chi Cuadrado y el Test de T. Se consideró estadísticamente significativa una p < 0.05. **Resultados:** Ingresaron a UTI 1040 pacientes, requirieron VM 466 (45%), 268 hombres y 198 mujeres, con 526 episodios de VM. Edad media (DS) 63.6 (17.5). APACHE II 21.2 (9.5), SAPS II 48.8 (20.3). Causas de VM: Coma (n=153, 29%), IRA (n=322, 61%), IRAC (n=51, 10%). Duración de la VM 5.2 días (4.3). Estadia en UTI 9 días (6.1). Mortalidad 40% (189/466): coma 37%, Post operatorio 27%, neumonía 55%, edema agudo de pulmón 20%, shock-sepsis 53%, trauma 14%, SDRA 50%, broncoaspiración 33%, PCR 50%, EPOC 27%, neuromuscular 0%, otras causas 24%. Complicaciones: neumonía asociada al ventilador (NAV) 49 casos (9%, 14.6 episodios c/1000 días VM), barotrauma 2%, autoextubación 1%. Se reintubaron 46 pacientes en 280 extubaciones programadas (16%). Se traqueostomizaron (TQT) 88 pacientes (19%). El 3.5 % de los pacientes requirió VM prolongada (18/526). **Conclusiones:** Los pacientes con patología médica tienen scores de gravedad más altos, más días de VM, mayor mortalidad y mayor incidencia de TQT que los quirúrgicos. Los pacientes con PaO2/FiO2 < 200 tienen scores de gravedad más altos y mayor mortalidad.

	Pies. Médicos	Pies. Quirúrgicos	p	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> < 200	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> ≥ 200	p
n	380	86	-	151	375	-
Edad	63.3 (17.4)	64.5 (18.6)	NS	66.5 (15.2)	63.6 (18.6)	NS
APACHE II	21.9 (9.5)	17.9 (9.2)	0.005	23.4 (9.1)	20.8 (9.9)	0.006
SAPS II	49.5 (20.2)	45 (20.7)	NS	52.5 (22.1)	48.7 (19.9)	0.005
Mortalidad	43% (166/380)	27% (23/86)	0.006	47% (44/99)	27% (64/244)	0.002
Días VM	6.8 (8.6)	4.5 (4.7)	0.017	6.2 (4.3)	5.7 (4.7)	NS
Días UTI	9.9 (11.3)	8.5 (11.1)	NS	10.5 (10.3)	10.5 (12.2)	NS
Reintubación	17% (29/166)	13% (7/54)	NS	21% (17/81)	14.6% (29/199)	NS
NAV	12% (45/380)	5% (4/6)	NS	10.5% (16/151)	9% (33/375)	NS
TQT	21% (80/380)	9% (8/6)	0.02	13% (19/142)	21% (69/324)	NS

#### 0226 VENTILACIÓN MECÁNICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

M VAZQUEZ, G SIBILA, D VARELA, N TIRIBELLI, M BONO, R SANCHEZ, C CANESSA, E ARISTA, A MARINO  
CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

Objetivos: Analizar las características y la evolución de los pacientes mayores de 70 años de edad que requirieron Ventilación Mecánica (VM). Material y Métodos: Se incluyeron prospectivamente los pacientes con requerimiento de VM durante más de 24 hs. entre el 01/09/2006 y el 29/02/2008. Se registraron datos demográficos, scores de gravedad (APACHE II y SAPS II), motivo de VM (Coma; Insuficiencia Respiratoria Aguda -IRA-: post operatorio, neumonía, edema agudo de pulmón, shock-sepsis, trauma, SDRA, broncoaspiración, PCR; IRA sobre enfermedad respiratoria crónica -IRAC-: EPOC, neuromuscular; Otras causas), días de VM, estadía en UTI, mortalidad y complicaciones. Se compararon las variables entre pacientes menores y mayores de 70 años. Los resultados se expresaron como media y desvío standard. Para el análisis estadístico se utilizó el test del Chi cuadrado y el test T. Se consideró estadísticamente significativa  $p < 0.05$ . Resultados: Ingresaron a UTI 448 pacientes que requirieron VM, 194 pacientes mayores 70 años (99 hombres y 95 mujeres). Este grupo presentó 216 episodios de VM. El motivo de inicio de la VM fue Coma ( $n=63$ , 29%), Post operatorio ( $n=43$ , 20%), neumonía ( $n=30$ , 14%), edema agudo de pulmón ( $n=3$ , 1%), shock-sepsis ( $n=14$ , 6%), trauma ( $n=3$ , 1%), SDRA ( $n=12$ , 5%), broncoaspiración ( $n=3$ , 1%), PCR ( $n=3$ , 1%), EPOC ( $n=7$ , 3%), neuromuscular ( $n=2$ , 0.5%), otras causas ( $n=33$ , 16%). Complicaciones: neumonía asociada al ventilador (NAV) 16 casos (7.5%), barotrauma 2%, autoextubación 1%. Se reintubaron 21 pacientes en 114 extubaciones programadas (18%). Se traqueostomizaron (TQT) 35 pacientes (18%).

	? 70 Años	< 70 Años	p
<b>n</b>	194	254	-
<b>Edad</b>	78.8 (5.3)	52.1 (14.8)	0.005
<b>APACHE II</b>	23 (8.9)	19.7 (9.8)	0.005
<b>SAPS II</b>	54.4 (19.1)	44.5 (20.5)	0.005
<b>Mortalidad (%)</b>	46.9% (91/194)	34.2% (87/254)	0.005
<b>Días de VM</b>	5.2 (4.2)	4.9 (4.2)	NS
<b>Días de UTI</b>	8.9 (9.6)	8.8 (10.1)	NS
<b>Reintubación (%)</b>	18% (21/114)	15% (23/153)	NS
<b>TQT (%)</b>	18% (35/194)	19% (49/254)	NS
<b>NAV (%)</b>	7.5% (16/216)	11.5% (33/288)	NS
<b>Episodios de VMP</b>	4.1% (9/216)	3% (9/288)	NS

Conclusiones: Los pacientes  $\geq$  70 años tienen scores de gravedad más altos y mayor mortalidad que los < 70. La duración de la VM, la estadía en UTI, la incidencia de intubación, TQT y NAV fue similar en ambos grupos.

**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 MARTINEZ, J POUYANNE, A ATALLAH, V PICOLLA, A CARUSO  
Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina

Objetivo: Evaluar si la relación paciente-enfermeros disponibles en terapia intensiva afecta la incidencia de infección intrahospitalaria. Lugar: Unidad de terapia intensiva polivalente de adultos de un hospital público. Periodo: 1 de noviembre de 2005 a 30 de Octubre de 2007. Material y métodos: Estudio prospectivo observacional. Pacientes admitidos en Terapia Intensiva que desarrollaron infección hospitalaria asociada a dispositivos y se evaluó la relación entre el porcentaje de turnos de enfermería cubiertos en proporción a los Pacientes: Enfermeros menor o igual a 2:1 y la incidencia de infecciones intrahospitalarias. Se consideraron tres infecciones intrahospitalarias en UTI: 1) Bacteriemia asociada a catéter (BAC). 2) Infección urinaria asociada a sonda vesical (ITU-SV). 3) Neumonía asociada a respirador (NAR). La severidad de los pacientes fue medida con el Apache II al ingreso y la evolución con mortalidad hospitalaria. Los períodos considerados fueron mensuales. Para ello se realizaron las correspondientes regresiones lineales simples considerando en todos los casos como variable explicativa la proporción de turnos de enfermería con relación menor o igual a 2:1 y como variables dependientes, las siguientes: - Tasa de Días-Factores de Riesgo para BAC Ajustada por ALOS(días de permanencia del dispositivo). - Episodios de BAC. - Tasa de Días-Factores de Riesgo para ITU-SV Ajustada por ALOS. - Episodios de ITU-SV. - Tasa de Días-Factores de Riesgo para NAR Ajustada por ALOS. - Episodios de NAR. - Suma de episodios de BAC + ITU-SV + NAR. Para el

análisis de los datos se utilizó Statistix 8. Resultados: Total de pacientes 894, el 17% de los p se infectaron. Apache II: 14.89, Mortalidad esperada: 23% Mortalidad real: 20.4%. En el análisis se observó que hubo relaciones lineal significativa: entre % de turnos cubiertos vs tasa de días-factores de riesgo para BAC ajustada por días de permanencia con coeficiente: 0.01877 (relación positiva paradójica) a más porcentaje de turnos cubiertos, más tasa de BAC), p-valor: 0.0473. Con respecto a la infección urinaria a mayor % de turnos cubiertos hubo menor cantidad de episodios de ITU-VS, Coeficiente: 0.04676, p-valor: 0.016. En cuanto a NAR y el % de turnos cubiertos no resultó significativo teniendo un coeficiente de: -0.03127 con valor de p 0.0594. Cuando se relacionó el % de turnos de enfermería cubiertos con los episodios de la 3 infecciones (BAC + ITU + NAR) fue no significativa pero con tendencia lineal en este caso protectora (a > enfermería < infección) coeficiente: -0.078, p: 0.0594. Conclusiones: 1)Se observó a mayor número de enfermeros mayor tasa de infección asociada a catéter 2) A mayor número de enfermeros menor incidencia de infección urinaria 3) En NAR no hubo modificaciones significativas asociadas al número de enfermeros 4) considerando las 3 infecciones en conjunto se observó una tendencia entre reducción de enfermeros y aumento de infección.

**0230 HIPOXEMIA REFRACTARIA EN UNA PACIENTE EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA: SÍNDROME DE RENDU OSLER WEBER**

EP ARÉVALO GARVIZU, J SAGARDÍA, J CAMINOS, A GONZALEZ, N CACACE, A MONTEVERDE  
Hospital Nacional Alejandro Posadas, Argentina

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVPs) pueden ser congénitas o adquiridas. Más del 80% de las MAVPs son congénitas, y de estas el 47%-80% son asociadas con Enfermedad de Rendu Osler Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria. Objetivo: reportar una causa poco frecuente de hipoxemia en una paciente en asistencia respiratoria mecánica (ARM). Métodos: Reporte de caso y revisión de la literatura. Resultado: paciente femenina de 35 a. que ingresa a UCI en el postoperatorio inmediato de marzupialización y exéresis de quiste de IV ventrículo por hidrocefalia obstructiva. Evoluciona al tercer día de internación con shock séptico secundario a neumonía intrahospitalaria. Rx de tórax infiltrado bibasal a predominio izquierdo. Aislamiento en hemocultivos 2/2 Klebsiella pneumoniae. Requiere intubación orotraqueal y ARM. Fallo multiorgánico (IRA que requiere hemodiálisis, plaquetopenia y soporte vasopresor). Hipoxemia severa: relación PaO2/FIO2 (PAFI) 69. Se interpreta como síndrome de distrés respiratorio agudo. Se realizan maniobras de reclutamiento con escasa respuesta. Titulación de PEEP (curva PEEP- Cest): PEEP 12 cmH2O / Cest 22 ml/cmH2O. Se coloca en decúbito prono sin mejoría gasométrica. EAB (1) 7,19- 26-69-9,6- -17-86%. S. Ganz: CO 5,41/IC 3,26/PEP18/ RVS 1330/IRVS 2208/RVP 74/IRVP 123/PAP 33-20. SHUNT:52%. Intercurre con enfisema subcutáneo. TAC de tórax: infiltrado intersticialalveolar a nivel de la llingula y neumotórax anterior izquierdo. Se interpreta secundario a barotrauma. ARM prolongada por múltiples interurrencias infecciosas. Traqueostomizada el día 21 de internación. Hipoxemia persistente. El día 52 de internación se realiza en forma programada decanulación. EAB (0,21) 7,42-31-54-19,2- -4- 87,9% PAFI 257. Dada la presencia de hipoxemia, ortodeoxia y platipnea se solicitan estudios de imágenes. TAC de tórax: Imagen nodular pulmonar paravertebral derecha, pseudonodular que impresiona corresponder a malformación vascular. Imagen secular intersticial peribroncovascular en el sector caudal del LSD y llingula. TAC helicoidal: Malformación vascular en LII y LID. Sin ganglios patológicos. Arteriografía: se observan múltiples MAVPs en lecho vascular pulmonar tipo simple C en lóbulo inferior (LI) izquierdo. Dilataciones aneurismáticas en lóbulo superior (LS) derecho. MAVPs simple A en LS izquierdo y LI derecho. Conclusiones: las MAVPs son un problema clínico infrecuente. El síntoma más común es la disnea con el ejercicio. La severidad de la misma esta relacionada al grado de hipoxemia y a la magnitud del shunt. Previo a la ARM nuestra paciente no presentaba síntomas. Su patología se hizo evidente durante la ventilación mecánica y persistió luego de la misma. La presencia de hipoxemia y signos clínicos tales como la ortodeoxia y la platipnea nos orientaron al diagnóstico, el cual confirmamos con los estudios solicitados.

**0231 EPIDEMIOLOGÍA DE LA POBLACIÓN INFECTADA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

C CANESSA, E ARISTA, M BONO, R SANCHEZ, D VARELA, N TIRIBELLI, S RACERO, A MARINO  
CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

Objetivo: Describir la incidencia, gravedad y microorganismos causales de las infecciones en pacientes que requieren internación en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Materiales y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes ingresados a UTI en forma consecutiva desde 01/09/2006 al 31/03/2008, que presentaron infección a la admisión o desarrollaron la misma durante su internación. Se determinó la incidencia de pacientes infectados, tipo de infección, gravedad y microorganismos responsables. Los datos se presentan como media y desvío estándar para las variables ordinales y en porcentaje las nominales. Resultados: Ingresaron a nuestra UTI 922 pacientes, 35.1 % (324) pacientes con 469 episodios) presentó infección, 57.4 % hombres y 42.6 % mujeres, edad 62.7 (17.9), Apache II 20 (9.5), SAPS II 45 (20.5); el 73.1 % (237/324) requirió ARM durante 8.7 (10) días, está en UTI de 10.5 (11.4) días y una mortalidad de 33.9 %. El 41.4 % de las infecciones fueron adquiridas fuera de la UTI y el 58.6 % dentro de la misma distribuidas según muestra el cuadro 1. La incidencia de NAV fue de 9.9 %, con una densidad e incidencia (DI) de 14.7. La incidencia de contaminación de catéteres fue del 6.4 %, con una DI de 10.6 y la incidencia de infección por catéter fue del 2.3 % con una DI de 3.8. La incidencia de infección del tracto urinario (ITU) fue de 9.9 %. La incidencia de bacteriemia en los pacientes infectados fue de 22.2 %. Cuando se analizó la severidad de la infección se observó (cuadro 2) Resumen de las infecciones más frecuentes y los microorganismos aislados en cada una de ellas: Conclusiones: Los pacientes infectados internados en UTI presentan scores de gravedad altos, en su mayoría requieren ARM y está en UTI prolongada. Las infecciones más frecuentes adquiridas fuera de la UTI son las neumonías y las intrabdominales, las adquiridas dentro de la misma, las NAV, las ITU y las relacionadas a catéteres. Los gérmenes más frecuentes aislados fueron *Acinetobacter baumannii*, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* y *Pseudomonas spp*. La mayoría presentó shock séptico y DOM con una alta mortalidad.

No adquiridas en UTI		Adquiridas en UTI	
	n (%)		n (%)
NAV	50 (25.8)	NAV	49 (24.2)
NIH	34 (17.5)	Catéter	17 (8.5)
Empiema Pleural	2 (1)	ITU	92 (45.3)
Abdomen	79 (40.7)	Abdomen	16 (7.8)
SNC	12 (6.2)	SNC	9 (4.4)
Puntos blancos	12 (6.2)	Puntos blancos	8 (3.9)
Eronquitis	1 (0.5)	Bacteriemias	72 (32.2)
Otras	3 (1.5)	Otras	13 (5.9)
Total	194 (41.4)	Total	275 (38.6)

Severidad	Incidencia	S.O.E.A.	Mortalidad
Sepsis	17.6 %	6.3	15.5 %
Sepsis severa	21.4 %	8.2	15.5 %
Shock séptico	36.6 %	10.7	44.1 %
DOM	24.3 %	14.1	84.3 %

	Gramonegativos n (%)	ITU n (%)	Gramopositivos n (%)	Multibacterias n (%)	S/O n (%)	Puntos blancos n (%)	Tasa de n (%)
Sepsis	10 (12.5)		16 (12.2)	5 (11.6)	3 (21.4)		34 (12.5)
Sepsis severa	2 (2.5)		1 (1.4)	9 (11.4)	1 (1.4)		3 (1.1)
Shock séptico	25 (16.3)	4 (5.6)	4 (5.3)	4 (9.3)	2 (14.3)	2 (2.6)	41 (15.1)
DOM	2 (2.5)	6 (9.5)	2 (4.3)	6 (12.9)	1 (1.4)		19 (7)
NIH	3 (3.7)	2 (9.5)	3 (4.3)	2 (4.6)			15 (5.5)
Empiema pleural		5 (7.6)	4 (5.3)	5 (11.6)		1 (14.3)	15 (5.5)
Abdomen			1 (1.4)	2 (4.6)			3 (1.1)
SNC		1 (1.4)	4 (5.3)	6 (12.9)		1 (14.3)	22 (8.1)
Puntos blancos		1 (1.4)	4 (5.3)	1 (2.3)			10 (4)
Eronquitis	1 (1.4)	3 (4.3)	2 (4.6)	2 (4.6)		1 (14.3)	24 (8.8)
Otras	6 (7.5)	2 (4.3)	2 (4.6)	1 (1.4)			10 (3.7)
Bacteriemia	4 (5)	5 (7.6)	1 (1.4)	1 (2.3)		1 (14.3)	12 (4.4)
Sepsis	1 (1.4)	5 (7.6)	1 (1.4)	1 (2.3)		1 (14.3)	8 (3)
Shock séptico	2 (2.5)	13 (11.1)	2 (4.3)	3 (4.6)		1 (14.3)	23 (8.4)
DOM		4 (5.6)	2 (4.6)	2 (4.6)			8 (3)
NIH			2 (4.6)	2 (4.6)			4 (1.5)
Empiema pleural			2 (4.6)	2 (4.6)			4 (1.5)
Abdomen			1 (1.4)	1 (2.3)			2 (0.7)
SNC			2 (4.6)	2 (4.6)			4 (1.5)
Puntos blancos			2 (4.6)	2 (4.6)			4 (1.5)
Eronquitis			2 (4.6)	2 (4.6)			4 (1.5)
Otras			2 (4.6)	2 (4.6)			4 (1.5)
Total	20	21	69	48	14	7	

**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  
Hospital del Niño Jesús. Tucumán, Argentina

Objetivo: Presentación de un caso clínico de una arritmia poco frecuente en pediatría. Caso Clínico: Paciente de sexo femenino, de 3 meses de vida, sin antecedentes patológicos que ingresa a UCIP en Shock, acidosis metabólica severa y sospecha de sepsis. Se inicia ARM, con soporte inotrópico, se toman cultivos de sangre, orina y LCR y se medica con ATB. El ECG muestra taquicardia con trazado polimorfo de arritmias auriculares predominando la forma de Flutter Auricular (FA) con Bloqueo A-V 2-1 con irregular frecuencia ventricular. Se administra sucesivamente adenosina, amiodarona y se llega a cardioversión sincronizada sin respuesta favorable, se acentúa su bajo gasto presentando bradicardia extrema y fibrilación ventricular que responde a RCP avanzado, aunque persiste con arritmias auriculares mejora su estado hemodinámico, se inicia milrinona y continua con amiodarona y diuréticos. El Ecocardiograma muestra dilatación de cavidades derechas e izquierdas con mala función ventricular, comunicación interauricular tipo ostium secundum mediana. Se realiza Holter que confirma FA. Laboratorio: Cultivos de ingreso negativos; CPK, CPK MB, TSH normales. T3 y T4 aumentadas. STORCHS negativas. Anticuerpos anti-tiroideos normales. Serología para Enterovirus, Parainfluenza e Influenza B negativos. Influenza A IgG positivo. Al 5to día, persiste con arritmias auriculares, extrasístoles polimorfas y descompensación hemodinámica, se toman cultivos y se medica con Ceftazidima-Amikacina por sospecha de infección intrahospitalaria. Urocultivo: *Candida Albicans*, se agrega Fluconazol. Presenta mejoría clínica con ritmo sinusal y extrasístoles supraventriculares aisladas, al 10º día, aparecen nuevamente signos de bajo gasto cardiaco (BGC) con FA de difícil manejo. Se diagnostica Sepsis asociada a Catéter por *Staphylococcus Aureus* se inicia Vancomicina. A los 15 días se retira ARM persistiendo FA sin compromiso hemodinámico. Se agrega Propanolol logrando estabilizar el gasto cardiaco con disminución de FC y restitución de ritmo sinusal. Comentario: Este tipo de arritmias auriculares son poco frecuentes en pediatría. Las arritmias auriculares con alta respuesta ventricular, generan BGC que puede devenir en shock cardiogénico. Esto obliga a plantearse diagnósticos diferenciales tales como miocarditis, cardiopatías estructurales, sepsis y arritmia idiopáticas. En nuestro caso al controlarse infección y FA con antiarrítmicos asociados a betabloqueantes, se logró la mejoría del gasto cardiaco.

**0234 SÍNDROME COQUELUCHOIDE: REVISIÓN EPIDEMIOLOGÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

A WALSER, C PELTZER, K FIQUEPRON, O RECUPERO, C MARINO, F PODESTÁ, G INTAGLIATA  
Hospital Sor María Ludovica, Argentina

Introducción: El Síndrome Coqueluchoide (SC) es producido en la mayoría de los casos por *Bordetella spp*, pero también se ha descrito asociado a diferentes virus. La *Bordetella spp* es la causa etiológica con mayor gravedad en pacientes menores de tres meses con inmunización incompleta o ausente, siendo responsable de la alta morbimortalidad, que se ha mantenido estable en los últimos diez años. Objetivos: Obtener datos epidemiológicos de los pacientes afectados por SC ingresados a nuestra unidad entre 01/01/2005 y el 29/04/2008. Evaluar factores de riesgo de mala evolución, clasificarlos y otorgarles valor predictivo para implementar medidas diagnósticas y terapéuticas agresivas que a futuro disminuyan la mortalidad. Material y Métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, realizado en la UCIP del Hospital "Sor María Ludovica" de La Plata, entre 01/01/2005 y el 29/04/2008. Se seleccionaron y revisaron las historias clínicas de pacientes con sospecha de SC ingresados a nuestra Unidad, en el periodo de tiempo previamente establecido. Se consideró como SC al cuadro clínico caracterizado por tos quintosa con o sin cianosis y apneas acompañado de leucocitosis. No se estableció como requisito imprescindible el diagnóstico etiológico de *Bordetella spp*. Resultados: Ingresaron en este periodo un total de 1537 pacientes, 18.47% (284) por Infección

Respiratoria Aguda de los cuales el 9,15% (26) correspondieron a SC, (1,69% del total de pacientes internados.). La edad media de los pacientes fue de 2,11 meses (r1 a 6), el 100% no había recibido vacunación completa. En el 65,38% se aisló Bordetella Pertusis (por PCR o cultivo bacteriano). La mortalidad hallada fue de 34,61% (9). La frecuencia cardíaca mayor de 180 latidos/minuto, la frecuencia respiratoria mayor de 60 por minuto y la leucocitosis mayor de 30.000, dentro de las primeras 24 horas de internación, fueron hallazgos constantes en el 100% de los pacientes fallecidos, no siendo así en los sobrevivientes. La causa de muerte fue shock cardiogénico, y/o disfunción multiorgánica. El PIM2 promedio fue 3,69 (r 0,18 a 12,24), discriminado para el grupo de pacientes fallecidos de 5,15 y para el grupo de sobrevivientes de 3. Conclusiones: La inmunización incompleta o ausente es un factor de riesgo no modificable para este grupo etéreo. Serían necesarias políticas sanitarias aplicables a la población adulta. El PIM2 parecería ser un score de riesgo poco confiable para estos pacientes, aunque el número de la muestra es escaso. La taquicardia > 180, taquipnea > a 60 y leucocitosis > a 30000 al ingreso parecen ser predictivos de mal pronóstico. Sería importante desarrollar un score clínico de gravedad que permita implementar un tratamiento agresivo precoz.

**0235 RELACIÓN ENTRE LA CARADIOVERSIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR Y SU FRACCIÓN DE EYECCIÓN Y TAMAÑO AURICULAR**

M BERENT, AH PEÑALOZA, SN DIPENTE, JE LEIVA  
Hospital Militar Regional Cordoba, Cordoba, Argentina

Objetivos: Primario: establecer el porcentaje de pacientes con fracción de eyección (FE) conservada (valor normal: > 65%) que se cardiovierten. Secundario: relacionar la incidencia de cardioversión, según el tamaño de la aurícula izquierda (AI). Material y metodo: Diseño correlacional retrospectivo. Pacientes admitidos en Terapia Intensiva desde el 01/01/05 al 01/01/07, con criterios electrocardiográfico de fibrilación auricular (FA). Se definieron dos sub-grupos: a) FE: > 65%; b) FE: < 65%. Se utilizaron medidas de posición generales y parámetros de correlación (Índice de Pearson, r2 y estimación lineal de la recta de regresión). La hipótesis nula a rechazar, fue que no existiera correlación entre los parámetros (tamaño de AI y porcentaje de cardioversión). Se trabajó con una p<0,05. Resultado: Edad promedio: 68 años. Tamaño promedio AI: 3,77 cm. FE promedio: 55%. Se constató en el grupo general una correlación perfecta e inversa, con estimación lineal negativa: - sub-grupo con FE > 65% (n = 11): 72,7% de cardioversiones con tamaño promedio de AI 3,5cm, - sub-grupo con FE < 65% (n =19): 30% de cardioversiones con tamaño promedio de AI de 5,1 y de FE 43%. Conclusiones: Todos los resultados fueron estadísticamente significativos, en el grupo general se comprobó una correlación perfecta e inversa, con una estimación lineal negativa (a mayor tamaño de AI menor porcentaje de cardioversión). En el subgrupo con FE > 65% se constató un mayor porcentaje de cardioversion. El promedio de edad, de pacientes con fe normal, fue 59 años, el promedio de edad, de los varones fue 50 y el de las mujeres 70 años. El tamaño promedio de AI en este grupo, fue 3.5 cm. Podría deberse a que la muestra se constituyó predominante con varones militares en actividad, con un lógica edad promedio baja.

**0237 BALANCE HÍDRICO Y USO DE DROGAS VASOACTIVAS COMO PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON INJURIA PULMONAR AGUDA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: ESTUDIO MULTI-CÉNTRICO**

V TOMICIC<sup>1</sup>, E SAN ROMÁN<sup>2</sup>, S SOLAR<sup>1</sup>, P VARGAS<sup>1</sup>, M LAS HERAS<sup>2</sup>, A FUENTEALBA<sup>1</sup>, S GIANNASI<sup>2</sup>, C UGARTE<sup>1</sup>, R MORENO<sup>1</sup>, E MARTÍNEZ<sup>1</sup>, J MENDEZ<sup>3</sup>, A UMAÑA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Chile. <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Italiano de San Justo, Argentina

Introducción: Existe evidencia que la restricción de la administración de fluidos mejora la oxigenación y reduce los días de ven-

tilación mecánica (VM) y de UCI en pacientes con injuria pulmonar aguda y síndrome de distrés respiratorio agudo (IPA/SDRA), sin embargo, aún hay controversias sobre el impacto del balance hídrico (BH) en la mortalidad. Nuestro objetivo fue caracterizar pacientes con IPA/SDRA, en quienes administramos fluidos sin restricción y determinar si la presencia de BH negativo asociado al uso de noradrenalina (NA) en las primeras horas de evolución se relaciona con la mortalidad. Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional que incluye pacientes con IPA/SDRA que ingresaron a 3 UCIs polivalentes entre Julio y Diciembre 2007. Se registraron edad, género, APACHE II de ingreso y SOFA (días 1,3 y 7). El uso de NA, parámetros de VM y BH fueron registrados cada día durante la primera semana. Los días de VM, estadia en UCI, y desenlaces fueron incluidos. Los BHs se analizan como variables dicotómicas (BH negativo o positivo). Las variables se compararon según la mortalidad con prueba U de Mann-Whitney y  $\chi^2$ . Los resultados se expresan en media  $\pm$  DE y porcentaje. Se consideró significativo un p<0,05. Resultados: Se analizaron 87 pacientes con edad y APACHE II al ingreso de: 62,3 $\pm$ 18,2 y 20,8 $\pm$ 6,7 respectivamente. Varones 72%. Los días de VM, estadia en UCI y mortalidad fueron: 17,5 $\pm$ 17,2; 22,4 $\pm$ 18,7 y 52,9%. El APACHE II fue diferente entre vivos (V) y muertos (M): 17,7 $\pm$ 5,6 vs 22,7 $\pm$ 5,7 (p=0,0003). Cumplieron criterios de IPA 32,2% (n=28) y SDRA 67,8% (n=59). La diferencia entre el BH acumulado de 72 horas menos el BH de 24 horas (ÄBH precoz) y la diferencia entre el BH acumulado a la semana menos el acumulado en 72 horas (ÄBH tardío) categóricos, fueron estadísticamente diferentes entre V y M: 23/41 (53,5%) presentaron ÄBH precoz positivo en los V y 14/44 (31,8%) en los M (p=0,034) y 22/41 presentaron ÄBH tardío negativo en los V (53,6%) y 14/44 (31,8%) en los M (p=0,044). Los pacientes que presentaron asociación entre uso NA y BH <2500 en las primeras 24 horas poseen mayor probabilidad de morir que aquellos que no la presentaron: OR: 5,4; IC 95%: 2,1-13,9 (p=0,0004). Al asociar el uso de NA en las primeras 24 horas con el ÄBH tardío >5500 resulta también en mayor probabilidad de morir: OR: 2,7; IC 95%: 1,1-6,5 (p=0,032). El SOFA promedio de los días registrados fue diferente entre V y M: 7,8 $\pm$ 2,4 vs 9,3 $\pm$ 2,3 (p=0,004). Conclusiones: Como en la reanimación de pacientes con shock séptico, la administración insuficiente de fluidos al inicio del tratamiento obliga a sostener la hemodinámica con NA u otro vasopresor. Lo anterior determina la administración tardía de mayor cantidad de fluidos en los que fallecen, mientras los pacientes que sobreviven se encuentran en BH negativo en vías de ser destetados de la VM. El sostén hemodinámico inicial a expensas de NA y administración insuficiente de fluidos podría conducir al desarrollo de disfunciones orgánicas, principal causa de muerte de los pacientes con IPA/SDRA.

**0238 EPIDEMIOLOGÍA DEL SHOCK SÉPTICO EN NIÑOS**

C GRELA, A MENCHACA  
HOSPITAL PEREIRA ROSSELL, Uruguay

Introducción: El shock séptico es causa de muerte en las unidades de cuidados intensivos pediátricos, oscilando esta, entre 10 y 60%. La introducción de pautas internacionales de tratamiento han demostrado un descenso en la mortalidad. Objetivo: Evaluar si la introducción de un nuevo protocolo de tratamiento disminuye la mortalidad en pacientes con shock séptico. Material y métodos: En nuestra Unidad, basados en el protocolo de Rivers y cols, y las pautas de Carcillo y cols. se aplica a partir de enero del 2006 una nueva estrategia médica de tratamiento para niños ingresados con shock séptico. Se estudian dos grupos, el grupo control desde enero de 2002 a diciembre de 2005 y el grupo intervención de enero 2006 a octubre de 2007. Se incluyeron todos los niños con diagnóstico de shock séptico de acuerdo a las definiciones actuales de dicha entidad. Se obtuvieron datos sociodemográficos, características clínicas, evolución y tratamiento en sobrevivientes y no sobrevivientes. Resultados y conclusiones: Se presentaron datos preliminares del estudio que aún no ha finalizado. Ingresaron 100 pacientes que corresponden al 2,4% de los ingresos de la Unidad. No hay diferencias significativas en las características demográficas de la población. La infección respiratoria comunitaria es la causa más frecuente de shock séptico con elevada mortalidad. La demora en el inicio de la reposición y la asistencia ventilatoria mecánica, y el uso de una sola droga vasoactiva se relacionan con elevada mortalidad. El pro-

toloco de tratamiento no se cumplió en el período estudiado lo que puede explicar la mortalidad incambiada en nuestra población.

#### 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  
HIAEP Sor Maria Ludovica, Argentina

**Introducción:** El empiema subdural representa el 15 al 25 % de las infecciones intracraneales, es una complicación sumamente infrecuente de sinusitis en la edad pediátrica. La sinusitis es una entidad que ocupa el 10% de las infecciones de vías aéreas superiores en pediatría. Dada la alta mortalidad y la presentación clínica inespecífica del empiema subdural, es necesario una alta sospecha diagnóstica y resolución neuroquirúrgica precoz. **Objetivos:** Proponer al alto índice de sospecha diagnóstica como una variable favorable para la evolución clínica, a partir de una experiencia anterior. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se revisaron dos historias clínicas de pacientes pediátricos, con diagnóstico de empiema subdural secundarios a sinusitis, internados en la UCIP del Hospital Sor Maria Ludovica, de la Plata. **Resultados:** *Caso N° 1* PIM2 3,73 TISS 44,5. Ingresó proveniente de la guardia externa con antecedente de TEC leve de 5 días de evolución, con Glasgow 15/15, anisocoria derecha, síndrome meníngeo y fiebre. TAC de cerebro con imagen hipodensa subdural derecha, con desviación de línea media y colapso ventricular homolateral. Se interpretó como hematoma traumático en fase de reabsorción. Se inició ARM, antibioticoterapia de amplio espectro, se realizó drenaje neuroquirúrgico a las 12 hs, el paciente evolucionó con shock séptico, fallo multiorgánico y óbito a las 26 hs del ingreso. *Caso N° 2* PIM2 0,82 TISS 20,67. Ingresó derivado por cuadro de fiebre, hemiparesia facio-braquio-cranial izquierda, fallo renal, hepático y neumonía intrahospitalaria. Status convulsivo, Glasgow 8/15. TAC edema, imagen hipodensa parietal derecha. El cuadro neurológico se interpretó como accidente cerebrovascular isquémico, pero se realizó TAC con contraste para descartar empiema cerebral, constatándose este diagnóstico. Se inició ARM, antibioticoterapia de amplio espectro, drenaje neuroquirúrgico a las 5 hs del ingreso. Evolución favorable, hemiparesia facio-braquio-cranial izquierda residual. **Comentario:** En el primer caso el antecedente de traumatismo de cráneo, fue un distractor para el diagnóstico de empiema y retrasó el tratamiento neuroquirúrgico. Esta experiencia negativa motivó al equipo médico a descartar el diagnóstico de empiema ante otro paciente con un cuadro neurológico inespecífico, generando una conducta terapéutica precoz y efectiva, modificando la evolución clínica.

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

**Objetivos.** Comunicar un caso de strongiloides stercoralis en paciente con trasplante reno-pancreático. **Materiales y Métodos.** Clínica, imágenes, laboratorio y muestras de tejidos y líquidos biológicos. **Caso Clínico.** Paciente de sexo femenino de 44 años de edad procedente del sur conurbano bonaerense, con antecedentes de DBT tipo 1, retinopatía diabética, HTA, trasplante reno-pancreático 45 días previos al ingreso a UTI con buena evolución, en tratamiento con micofenolato, tacrolimus y corticoides. Acude a la guardia por presentar cuadro clínico de 15 días de evolución con pérdida de peso, dolor abdominal, diarreas, vómitos, astenia e hiporexia y lesiones petequiales en abdomen. Serología para CMV positiva. Se realiza FEDA que reporta bulboduodenitis de aspecto isquémico, tomándose biopsia. Evolucionó con deterioro del sensorio, insuficiencia respiratoria refractaria a tratamiento médico, requiriendo intubación orotraqueal. Rx de tórax evidencia infiltrados intersticiales bilaterales. Se realiza lavado broncoalveolar el día del ingreso a UTI que informa larvas de strongiloides stercoralis. Se decide adminis-

tración de Tiabendazol, Ganciclovir e Imipenem. Persiste insuficiencia respiratoria. Se solicitan al ingreso: TAC de tórax que informa múltiples nodulillos milimétricos de predominio superior con compromiso de alveolos y del intersticio, y TAC de cerebro sin alteraciones. Al 7º día se solicita nueva TC de tórax que evidencia infiltrados intersticiales difusos con lesiones compatibles con distres. Se solicita nuevo BAL al 9º día, que reportó presencia de abundantes larvas de strongiloides stercoralis, se decide la rotar tiabendazol a Ivermectina, sin respuesta positiva. Presenta caída de las tres series hemáticas, aumento de la LDH y esquistocitos, compatible con anemia hemolítica microangiopática. Biopsia de médula ósea con presencia de tricitopenia. Persiste mala evolución desarrollando falla multiorgánica. En día 13 realiza paro cardio-respiratorio refractario a maniobras de reanimación, falleciendo. **Comentarios:** la infección por strongiloides stercoralis es muy frecuente en países en vías de desarrollo y se ha llegado a estimar que podrían estar infestados 100 millones de personas y la mayoría no presentarían sintomatología. La vía de ingreso del parásito es por la piel, se reproducen por partogénesis, pudiendo encontrarse en todos los tejidos. Su paso por el pulmón se conoce como el síndrome de Loeffler. Es más frecuente la presentación en pacientes con algún tipo de inmunosupresión, al presentar shock séptico, bronconeumonía, falla multiorgánica, la mortalidad puede llegar al 80%, es necesario tener presente la infección por parásitos en estos tipos de pacientes con sintomatología digestiva, las zonas endémicas, y plantearse el tratamiento temprano.

#### 0244 IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA ARGENTINA SOBRE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES Y OUTCOME EN LA UCI

C BALASINI, R REINA, C LOUDET, D VAZQUEZ, G SAENZ, G VIDAL, F GONZALEZ, M TORO, S CARINO, H CANALES, E ESTENSSORO  
Hospital San Martin de La Plata, Argentina

**Introducción:** La crisis económica que afectó a Argentina durante 2001-2002 disminuyó la provisión adecuada de materiales estériles y antisépticos (insumos), especialmente en los hospitales públicos, afectando la atención y la evolución de los pacientes críticos. Esta situación debería haberse revertido durante el período posterior de recuperación económica. **Objetivos:** 1) Evaluar si la reducción de insumos impactó en la evolución de los pacientes críticos. 2) Cuantificar la provisión de insumos durante los períodos de Pre-crisis (P1), Crisis (CR) y Post-crisis (P2), 3) Evaluar la incidencia de infecciones durante los tres períodos. **Material y método:** Se incluyeron los pacientes con 48 internación y se dividieron en 3 períodos para su comparación: P1 01/11/00 al 30/11/01; CR 01/12/01 al 31/12/02 y P2 01/01/03 al 31/01/04. Se cuantificó la provisión de guantes, camisolines y campos estériles descartables, y de Yodopovidona y Clorhexidina. Se evaluó la incidencia de: Bacteriemia asociada a catéter (BAC/1000-ds-catéter), Neumonía asociada a ARM (NAR/1000-ds-ARM), Bacteriemia Primaria (BP/1000-ds-paciente) e Infección Urinaria (IU/1000-ds-SV), estadía en UTI y mortalidad **DATOS** Se presentan como media±DS, mediana (mdn) [IQ 0.25-0.75] y porcentajes de acuerdo a su naturaleza. Las comparaciones se efectuaron con test t o X2. Se consideró significativa una p <.05 **Resultados** La Tabla muestra los datos de los pacientes, cantidad de insumos e incidencia de las infecciones durante los 3 períodos. Durante P2, a excepción de la cantidad de Yodopovidona, ninguno de los otros insumos pudo volver a los niveles del P1. BAC e IU mostraron mayor incremento durante CR, y en P2 permanecieron aún mayores al P1. NAR y BP fueron similares entre P1 y CR, posiblemente explicado por las altas tasas de ambas infecciones en el P1; sin embargo, ambas disminuyeron durante P2 **Conclusiones** 1) La incidencia de BAC e IU se incrementó significativamente con la reducción de insumos durante CR. 2) La menor provisión de insumos durante CR no impactó sobre NAR y BP debido a la alta incidencia de éstas en P1, aunque el aumento de insumos permitió disminuir ambas infecciones 3) Pese a la recuperación de insumos durante P2, la incidencia de BAC e IU aún permaneció significativamente elevada 4) Afortunadamente, la estadía en la UTI y la mortalidad permanecieron similares durante los 3 períodos

	P1	CR	P2
Pacientes n	138	129	140
APACHE II	18+/-9	17+/-8	18+/-8
APACHE II risk %	32	30	31
Mortalidad real %	28	29	26
Días UTI **	7[5-24]	10[5-25]	8[5-18]
Guantes pares/mes**	2450[1900-2500] <sup>1</sup>	1060[980-1250] <sup>2</sup>	1312[1100-1400] <sup>3</sup>
Campos unidades/mes**	200[190-200] <sup>1</sup>	20[0-100] <sup>2</sup>	92[80-110] <sup>3</sup>
Camiselines unidades/mes**	40[40-40] <sup>2</sup>	400[190-2000] <sup>1</sup>	10[0-10] <sup>2</sup>
Iodopovidona L/mes**	10[10-10] <sup>1</sup>	4[4-4] <sup>2</sup>	10[10-11] <sup>2</sup>
Clorhexidina ml/mes **	750[750-7500] <sup>1</sup>	350[350-350] <sup>2</sup>	650[650-650] <sup>3</sup>
Infecciones/paciente**	2.4+/-1.7 <sup>1</sup>	3.6+/-4	3.4+/-3.1
NAR 1000días/VM	23 <sup>3</sup>	22	19
BP 1000 días/paciente	32	32 <sup>2</sup>	27
BAC/1000 días/cat	2 <sup>1</sup>	15	4 <sup>3</sup>
IU 1000días/sonda	1	6	5 <sup>3</sup>
Infecciones No.	145	210	140

\* media±DS \*\* mdn IQ[25-75], p<.05: <sup>1</sup>P1 vs. CR; <sup>2</sup>CR vs. P2; <sup>3</sup>P1 vs. P2

**0245 VALOR PRONÓSTICO DEL SCORE SAPS3 EN PACIENTES CRÍTICOS, COMPARACIÓN CON SAPS II APACHE II Y SOFA**

F GONZALEZ, MG VIDAL, MC GARCÍA, P MONTEFIORE, MATORO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, M BELDARRAIN, B VARELLA, E VALGOLIO, R REINA, E ESTENSORO  
Hospital Interzonal General San Martín de La Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El score SAPS3 ha sido descrito recientemente para evaluar gravedad y predecir status vital al egreso hospitalario en pacientes críticos. A diferencia de otros scores que incluyen los peores valores de los parámetros fisiológicos de las primeras 24 hs, SAPS3 incluye sólo los valores de la primera hora, además de la estadía previa en UTI. Su desarrollo fue a nivel mundial y, sin embargo, América Latina no evidenció una buena calibración. Objetivos: Validar el score SAPS3 en la población de nuestra Unidad de Terapia Intensiva y comparar la calibración y discriminación con los scores APACHE II, SOFA y SAPS. Lugar: Unidad de Terapia Intensiva de 10 camas de un hospital universitario. Materiales y Métodos: Se estudió prospectivamente a una cohorte de pacientes admitidos desde el 01/04/06 al 31/03/07. Fueron incluidas todas las admisiones, excluyéndose las readmisiones. Se recolectaron los siguientes datos en la admisión: edad, género, condición clínico-quirúrgica, APACHE II, SAPS II, SAPS3 y sus respectivos riesgos de mortalidad. Scores SOFA24hs, TISS 28, requerimiento de soporte ventilatorio, estadía en UTI y status vital al egreso. Se evaluó la calibración y la discriminación del score utilizando ajuste de bondad de Hosmer Lemenshow y curvas ROC y area bajo la curva(AUC), respectivamente y la relación entre la mortalidad observada y esperada(O/E). Los datos son expresados como media±desvío estandar (DS), porcentaje, o mediana, percentilos 25-75 según la naturaleza y distribución de las variables. Se consideró una p<0.05 como significativa. Resultados: Durante el periodo de estudio fueron admitidos 198 pacientes. Fueron completados los datos en 195 (98.5%). La edad fue de 42±19 años, 50% (n=98) género masculino, 38 % de causa médica de ingreso (n=75) y 67% (n=133) requirió soporte ventilatorio. La estadía en UTI fue de 7[3-17] días (Mediana [Perc25-75]). La mortalidad observada fue del 23%, y la esperada fue de 24%(APACHE II), 27%(SAPS II) y 22%(SAPS3). Los valores registrados fueron (media±DS): APACHE II 16±7; SAPS II 31±15; SAPS3 50±13; SOFA 5±4; TISS 31±11. Se observó una buena calibración de SAPS3 Chi2: 4.38 (p=0.82), y la relación O/E fue 1.07. Las AUC fueron: 0.86(SAPS II), 0.85(SOFA 24) 0.83(SAPS3) y 0.82(APACHE II). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las áreas bajo la curva de cada uno de los scores registrados en las primeras 24 hs(p=0.31). Conclusión: SAPS3 permitió predecir el status vital al egreso hospitalario en esta cohorte de pacientes en forma indistinguible de otros scores utilizados frecuentemente en Terapia Intensiva. La calibración fue adecuada en nuestra población

**0247 SÍNDROME DE QT LARGO EN PEDIATRÍA**

F CASTRO, MV ALBARRACIN, AS REARTE, P GALLARDO, GL FAGALDE, GE CORREA, AF MOLINA, LS MARCOS  
Hospital del Niño Jesús- Tucumán, Argentina

Introducción: El síndrome de QT largo (SQTL) es una canalopatía que genera grave alteración en la repolarización ventricular, se manifiesta en el electrocardiograma (ECG) por un alargamiento en el intervalo QT que predispone a arritmias ventriculares malignas, síncope recurrente y muerte súbita. Objetivo: Presentación de caso clínico de cuadro sincopal. Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 8 años de edad, con antecedentes familiares de muerte súbita y SQTL materno, y personales de alteración en la motilidad fina, hiperactividad y clonus vespertinos focalizados. Presenta episodio sincopal con fibrilación ventricular, se realiza RCP avanzada y se deriva a Unidad de Cuidados Intensivos. Al Ingreso paciente hemodinámicamente descompensado, en fibrilación ventricular, se procede a realizar desfibrilación y corrección de alteraciones del medio interno retornando a ritmo sinusal. Exámenes complementarios: ECG: qt de 0,61"; Holter de 12 hs: arritmia ventricular compleja bigeminada, torsada de puntas autolimitada. Ecocardiograma: sin patología estructural. Se inicia tratamiento con beta bloqueantes y bloqueante cálcico, y se programa colocación de cardiodesfibrilador implantable. Paciente que por antecedentes familiares, historia clínica (síncope sin estrés) reúne criterios diagnósticos para SQTL congénito tipo 3. Comentario: Hasta un 40% de los pacientes con SQTL heredado permanecen asintomático hasta el momento del diagnóstico, El 60% son sintomáticos y su forma de presentación más frecuente es el síncope (26-30%), seguidos por convulsiones (10%).El paro cardiaco como primera, y muchas veces también como última manifestación se refiere en cerca del 10% de los pacientes. De acuerdo con los datos del registro internacional de SQTL la edad media de presentación del primer evento es de 16 años en el SQTL tipo 3. Creemos que el diagnóstico precoz u oportuno en este tipo de desórdenes es de suma importancia, dado que más de la mitad de las muertes súbitas en la infancia podrían ser por causadas por esta patología según los datos encontrados en la bibliografía.,

**0248 TROMBOFLEBITIS SÉPTICA PELVIANA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

MA FARHAT, S FONIO MERMET, JE RIASTE  
Sanatorio Parque S.A., Argentina

Objetivos: 1) Reportar formas de presentación de tromboflebitis séptica pelviana puerperal, 2) Destacar a la fiebre puerperal refractaria a antibióticos como constante en la presentación del cuadro, 3) Resaltar la importancia de la anticoagulación temprana como pilar en el tratamiento. Materiales y métodos: paciente de 20 años de edad, que comienza con fiebre y dolor lumbar a las 72 horas de cesárea programada. Con sospecha de infección urinaria se inicia tratamiento empírico. Evoluciona tórpidamente con taquicardia, escalofríos, hipertermia persistente y dolor lumbar. Finalmente agrega dolor en puntada de costado en vértice pulmonar izquierdo y en fosa iliaca derecha con reacción peritoneal; palidez, disnea, desaturación. Por laboratorio se evidencia leucocitosis y anemia. Hemocultivos (-), ecografía abdominal sin particularidades. En la Rx de tórax se observan imágenes redondeadas radiopacas, múltiples y bilaterales a predominio periféricas, que se condice con lo descrito en la tomografía de tórax. En la TAC de abdomen se informa colección en parametrio derecho y subhepático, y defecto de relleno a nivel de la vena cava inferior. Se efectúa drenaje por vía laparoscópica, resultando cultivo (+) para *staphylococcus aureus meticilino resistente*. Se optimiza el esquema antibiótico y se realiza anticoagulación con heparina no fraccionada. Evoluciona favorablemente, se rota tratamiento a vía oral. En la TAC de tórax de control previa al alta se evidencian cavitaciones en los infiltrados pulmonares iniciales. Resultados: la tromboflebitis séptica pelviana es una rara complicación puerperal con una prevalencia descrita del 0.4 al 0.8 %. Puede iniciarse entre las 48 horas y las 4 semanas del puerperio. La presentación más frecuente incluye: fiebre (80%), dolor abdominal bajo (67%), dolor lumbar, persistencia de la hipertermia a pesar de los antibióticos de amplio espectro ( todos síntomas presentados por la paciente que se describe). La TAC abdominal con contraste endovenoso constituye el gold standard para el diagnóstico y ayuda en el seguimiento. Aunque los gérmenes responsables habituales son Gram (-) y anaerobios, en el caso clínico reportado se aisló otro. Similar a lo descrito en la literatura, la terapia anticoagulante condicionó el cambio en la evolución de la paciente. Dado al com-

promiso pulmonar se planificó tratamiento anticoagulante prolongado. Conclusión: considerar siempre a la tromboflebitis séptica pélvica en el diagnóstico diferencial de la fiebre puerperal refractaria a la antibioticoterapia e iniciar la pronta anticoagulación.

#### 0250 DERRAME PERICÁRDICO Y TAPONAMIENTO CARDÍACO SECUNDARIO A CATÉTERES CENTRALES

G BONIFACINO FERRARI, G BOSSI, N DAVASSE  
Hospital Juan A. Fernández, Argentina

Presentación: Los catéteres venosos centrales no están exentos de riesgos. El derrame pericárdico (DP) y taponamiento cardíaco (TC) provocan alta mortalidad si su diagnóstico no se realiza en tiempo oportuno. Describimos dos casos de nuestra Unidad. Caso 1 Recién nacida (RN) prematura, bajo peso: 35 semanas, 1750 gramos. Dificultad respiratoria tratada con CPAP las primeras horas. Nutrición parenteral total (NPT) el primer día por acceso venoso percutáneo, localización central. Tercer día descompensación hemodinámica con paro cardiorrespiratorio requiriendo maniobras de reanimación. Laboratorio y RX descartaron patología pulmonar. Ecocardiograma muestra DP. Pericardiocentesis drena 14 ml de líquido blanquecino. Aspecto lechoso, glucosa 995mg/dl, proteínas 1.8mg/dl. Cultivo negativo. TC por extravasación de NPT a partir de acceso venoso central. Mejoría inmediata. Alta a los 40 días sin evidencia de secuelas. Caso 2: RN 38 semanas, 4330g. Dificultad respiratoria, oxigenoterapia por halo. Se canaliza arteria y vena umbilical. Buena evolución inicial. 20 hs de vida descompensación hemodinámica súbita requiriendo maniobras de reanimación e ingreso a ARM. Recibió expansiones por el catéter venoso. Ecocardiograma muestra DP importante con asincronía de actividad cardíaca. Se drena, obteniéndose 30 ml de líquido citrino. Mejora en forma inmediata y ecografía resolución del derrame, estructuras cardíacas normales y buena contractilidad. Cito químico: líquido amarillo, límpido, glucosa 619 mg/dl, LDH 74 U/L, proteínas totales 0.5. Cultivo negativo. Secundario a catéter venoso umbilical. Alta sin evidencia de secuelas. Conclusión: El TC por DP se asocia con alta mortalidad. Puede ser por ubicación incorrecta del catéter o migración del mismo a posteriori, hay publicaciones con el catéter correctamente ubicado, se atribuye a lesión directa del endotelio por daño osmótico secundario. Ubicación ideal en vena cava a 1cm de la silueta cardíaca dado lo agudo del cuadro. El tratamiento es pericardiocentesis por vía subxifoidea. El líquido obtenido en relación con lo infundido. La mejoría hemodinámica es inmediata. Debe ser sospechada en todo RN con catéter venoso central (umbilical o percutáneo) y deterioro agudo. Representa una situación de emergencia puede ser fatal, a menos que exista un alto índice de sospecha, un diagnóstico rápido y un tratamiento agresivo.

#### 0251 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON CORONARIAS NORMALES: CARDIOMIOPATÍA DE TAKOTSUBO

L SILVA, C CAÑAS, L VIDAL, G BUSTAMANTE LABARTA, P CLEMENTTI  
Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Argentina

Introducción: la enfermedad cardiovascular es la causa principal de muerte en adultos en el mundo. Sin embargo existen pacientes que presentan la enfermedad sin tener los factores de riesgo clásicos de enfermedad vascular. Objetivo: presentación de caso clínico de un infarto agudo de miocardio con coronarias normales en paciente joven sin factores de riesgo. Caso clínico: paciente mujer de 22 años que consulta por dolor precordial típico de una hora de evolución, acompañado de disnea clase funcional II-III, en ECG de ingreso se constata supradesnivel ST en DII, DIII, Avf, V4 a V6, con infradesnivel ST en V2. El dolor no cede con AINES ni con nitratos sublinguales. Al examen físico sin signos de insuficiencia cardíaca, tensión arterial (TA) 120/70, FC 70 por minuto. Paciente deportista sin antecedentes patológicos de

importancia, sometida a stress intenso. Laboratorio de ingreso: CPK 184 U/L, CPK MB 11 U/L, LDH 449 U/L, Troponina T 0.34 ug/L. Radiografía de torax sin evidencia de lesiones, ni cardiomegalia. Se inicia tratamiento con aspirina, carga de clopidogrel, simvastatina, beta bloquantes, no se indican nitratos endovenosos por presentar TA 90/60. Posteriormente se evidencia en ECG bloqueo completo de rama derecha intermitente. Se realiza ecocardiograma de urgencia que informa aqinesia apical estricta con motilidad normal en el resto de los segmentos analizados (compatible con cardiopatía isquémica). Se solicita cinecoronariografía de urgencia que no evidencia lesiones angiográficas. A las seis horas del ingreso se documenta CPK 1100 U/L. A las 48 horas se realiza cámara gamma de alta resolución con Tc 99 y pirofosfato que informa daño miocárdico compatible con infarto agudo de miocardio de la región inferoposterior. La paciente tiene buena evolución con tratamiento médico, se indica el alta sanatorial y se solicitan anticuerpos anticardiolipina y anticoagulante lúpico en forma ambulatoria los cuales fueron negativos. Conclusión: la cardiopatía de Takotsubo es una enfermedad rara caracterizada por la aparición súbita de síntomas torácicos agudos asociados a cambios electrocardiográficos (elevación del segmento ST hasta en el 90% de los casos) que simulan un IAM, con elevación de las enzimas cardíacas, ausencia de lesiones angiográficas coronarias y a aqinesia apical del ventrículo izquierdo que desaparece varias semanas después del acontecimiento agudo.

#### 0253 OUTCOME POST CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA LUEGO DE TRAUMA CRÁNEO GRAVE

S CARINO, R REINA, E ESTENSORO, G VIDAL, F GONZALEZ, P MONTEFIORE, C GARCIA, M BELDARRAIN, B VARELA, E VALGOLIO, C MARCHENA, AL GONZALEZ  
Hospital San Martín La Plata, Argentina

Introducción: La Hipertensión Endocraneana (HEC) refractaria al tratamiento médico contribuye a incrementar la morbimortalidad de los pacientes con Trauma Cráneo Grave (TCG). En este contexto, la Craniectomía Descompresiva (CD) pareciera ser una alternativa razonable para mejorar el outcome de estos pacientes críticos. Objetivos Evaluar el outcome de los pacientes con TCG que evolucionaron con HEC refractaria al tratamiento médico y que requirieron CD. Material y Métodos Serie de casos retrospectiva en una UTI médico-quirúrgica. Se ingresaron todos los pacientes con TCG internados desde Mayo/03 a Diciembre/07. En la Tabla se muestran todos los datos registrados en forma prospectiva al ingreso, durante la internación en UTI, pre y post CD. Datos Se presentan como media±DS, mediana [IQR 0.25-0.75] y porcentajes de acuerdo a su naturaleza. Las comparaciones se efectuaron con test t o X2. Se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: Se incluyeron 26 pacientes con TCG. El tiempo desde el ingreso a la CD fue de 1[0-2] días (SV 1[0-2] y NoSV 1[0-1]) Pre CD: Uso de: Manitol: 69% pacientes (NoSV vs SV: 85 vs 54%, NS); Tiopental: 65% pacientes (NoSV vs SV: 77 vs 54%, NS); Hiperventilación: 54% pacientes (NoSV vs SV: 62 vs 46%, NS) Post CD: Uso de: Manitol: 15% pacientes (NoSV vs SV: 31 vs 0%, NS); Hiperventilación: 42% pacientes (NoSV vs SV: 54 vs 31%, NS) Conclusiones 1) Si bien la mortalidad fue alta (50%), se trató de una población severamente comprometida según APACHE II y SOFA 24 hs 2) El 62% de los pacientes presentaron shock pre CD, y el 77% persistieron en shock post CD 3) La PIC pre CD fue significativamente mayor en los NoSV y continuó elevada en post CD 4) La CD no fue efectiva para controlar la PIC en el 42% de los pacientes que siguió requiriendo Tiopental post CD (NoSV 62% vs SV 23%)

	Total	SV	NoSV	p*
Pacientes No (%)	26	13 (50)	13 (50)	
Edad	29±9	26±7	29±10	
APACHE II	21±8	20±8	23±7	
APACHE II Riesgo	33±22	27±22	38±22	
SOFA 24 hs	8±3	7±3	9±2	0,05
Glasgow	7[6-8]	7[6-8]	7[7-8]	
Días en UTI	19[4-32]	37[20-47]	4[3-8]	<0,001
Mortalidad No (%)	13 (50)			
PIC Pre CD	17[13-24]	15[11-22]	18[13-25]	0,001
Shock Pre CD No (%)	16 (62)	5 (38)	11 (85)	0,02
PIC Post CD	12[9-16]	12[9-15]	13[10-26]	0,001
Shock Post CD No (%)	20 (77)	7 (54)	13 (100)	0,01
Tiopental Post CD No (%)	11 (42)	3 (23)	8(62)	0,047

SV sobrevivientes, NoSV no sobrevivientes, \*SV vs NoSV

**0254 SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA. A PRO-  
PÓSITO DE UN CASO**

MC FARRO<sup>2</sup>, PV SABANDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar Del Plata, Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Argentina

Objetivo: Actualizar el conocimiento respecto de la etiología, clínica y tratamiento del SAM, enfermedad de baja frecuencia y alta mortalidad e incluirlo en los diagnósticos diferenciales de shock séptico. Material y métodos: Presentación de un caso clínico. Revisión de la bibliografía. Análisis descriptivo. Introducción: El Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) es una entidad poco frecuente en la práctica pediátrica que se caracteriza por una excesiva activación del sistema macrofágico y por una liberación exagerada de citoquinas por parte de los linfocitos T, y que clínicamente se manifiesta como un síndrome semejante a una falla orgánica múltiple. Desarrollo: Se presenta una paciente de 10 meses previamente sana que ingresa a la UCIP con cuadro compatible con falla multiorgánica secundaria a shock séptico de origen gastrointestinal que evoluciona desfavorablemente a pesar del tratamiento adecuado. Se sospecha SAM y se inicia tratamiento con glucocorticoides evolucionando favorablemente. Conclusión: La importancia de plantear y reconocer el SAM en pacientes con falla multiorgánica radica en que un diagnóstico precoz y terapia agresiva pudo mejorar significativamente el pronóstico de esta enfermedad.

**0256 INJURIA PULMONAR AGUDA RELACIONADA A TRANS-  
FUSIÓN: REPORTE DE DOS CASOS**

EP ARÉVALO GARVIZU<sup>1</sup>, J SAGARDÍA<sup>1,2</sup>, D ZANLONGO<sup>2</sup>, V CATANZARO<sup>2</sup>, L AGUILAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Alejandro Posadas, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Parmenio Piñero, Argentina

Introducción: La injuria pulmonar aguda relacionada a transfusión (TRALI) se caracteriza por hipoxemia aguda y edema pulmonar no cardiogénico durante o después de la transfusión de hemoderivados. Casi todas las reacciones ocurren dentro de las 6 horas de iniciada la transfusión. Es una condición autolimitada y tiene mejor pronóstico que otras causas de injuria pulmonar/distrés respiratorio agudo. Objetivo: comunicar dos casos de TRALI desarrollados 6 horas posteriores a la transfusión de glóbulos rojos. Métodos: Reporte de casos y revisión de la literatura. Resultados: Caso 1: paciente de 19 a. con embarazo de 36 semanas de gestación que fue sometida a cesárea de urgencia por metrorragia luego de caída de 1,5 metros de altura. Feto muerto. Desprendimiento total de placenta. Hematocrito (HTO) 16%. Es transfundida con 4 U de GRD y 6 U de PFC. En el post-operatorio inmediato (POI) evoluciona con metrorragia e hipotensión arterial. Es reintervenida: útero aumentado de tamaño con abundante cantidad de sangre en cavidad. Se realiza histerectomía subtotal. Ingres a UCI con soporte inotrópico y ARM. Requiere nueva intervención quirúrgica por metrorragia y débito sanguinolento por drenajes. Sangrado proveniente de un vaso venoso. Se realiza hemostasia. Se transfunden 3U GRD, 6 U PFC y 6 U de crioprecipitados. EAB (1) 7,41-31-440-19,5- -3,4-99,9%. A las 48 horas de internación se transfunde 1 U GRD y es extubada exitosamente. EAB (0,21) 7,38-27-80-16,1- -6,6- 95%. Doce horas posteriores evoluciona con disnea súbita y desaturación (SpO2 al 0,21 84%). Rx de tórax infiltrado alveolar bilateral. EAB (0,21) 7,43-27-50,2-17,4- -4,1-86%. PAFI 239. Se realiza TAC de tórax helicoidal con y sin contraste en donde se observa infiltrado alveolar bilateral. Eco2D: FSVI conservada, PSAP normal. Se inicia tratamiento de soporte con buena evolución. Caso 2: paciente de 33 a. que ingresa a ginecología por metrorragia y anemia. HTO17%. Se realiza legrado terapéutico y biopsia. Se transfunden 3 U GRD. Evoluciona en el POI con abdomen agudo y metrorragia. Ecografía abdominal: líquido libre en cavidad. Laparotomía exploradora: hemoperitoneo de 300cc, y solución de continuidad en ovario izquierdo de 2 cm. con sangrado activo. Se realiza hemostasia y reconstrucción ovárica. Ingres a UCI ventilando espontáneamente. EAB (0,21) 7,35-29,8-80-16,3- -7,7-95%. Se transfunde 1 U GRD. Evoluciona 14 horas posteriores a la transfusión con insuficiencia respiratoria. EAB (0,50) 7,40-28-52-16,7- -5-85% PAFI 104. Rx de

tórax: infiltrado intersticioalveolar en campos medios y bases. EAB (máscara reservorio) 7,36-36-72-20,2- -4,5- 93,3. Se realiza tratamiento de sostén. Evoluciona favorablemente. Conclusión: todos los productos sanguíneos han sido asociados a TRALI. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. La mayoría de las reacciones reportadas ocurren dentro de las 6 horas de la transfusión. En nuestras pacientes la injuria pulmonar se manifestó tardíamente. En ambas se descartaron clínicamente o por estudios complementarios otras causas de insuficiencia respiratoria.

**0257 MIOPATÍA NEMALÍNICA. MODALIDAD VENTILACIÓN  
MECÁNICA "NO INVASIVA" POR TRAQUEOSTOMÍA.  
A PROPOSITO DE UN CASO**

MC FARRO, AE MANOLIO, PV SABANDO

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar Del Plata, Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Actualizar el conocimiento respecto de la etiología, clínica y tratamiento de la miopatía nemalínica, miopatía congénita de baja frecuencia y alta morbimortalidad. Adaptación de la modalidad de VMNI en paciente traqueostomizado con hipotonía y debilidad muscular generalizada. Material y métodos: Presentación de un caso clínico. Revisión de la bibliografía. Análisis descriptivo. Introducción: La Miopatía Nemalínica es una rara entidad invalidante congénita no progresiva del músculo esquelético que causa hipotonía, debilidad muscular generalizada, deformidades esqueléticas, escoliosis, insuficiencia respiratoria, compromiso cardíaco y oftalmológico. La heterogeneidad clínica va desde patología neonatal severa a casos de comienzo tardío. Formas típicas, intermedias o tardías. De comienzo neonatal, infancia temprana, juvenil o adulto con o sin compromiso cardíaco y oftalmológico. Se conocen cinco mutaciones asociadas a esta patología. Desarrollo: Se presenta una paciente de 18 meses con hipotonía y debilidad muscular congénita generalizada, claudicación respiratoria, que ingresa a la UCIP en paro respiratorio, sin diagnóstico etiológico. Se confirma Miopatía Nemalínica. Se realiza traqueostomía estando meses en ARM pasando luego a VMNI con modalidad Bipap adaptado a su vía aérea artificial con respuesta satisfactoria. Conclusión: La modalidad de VMNI adaptada como método efectivo de brindar una sobrevida fuera del ámbito hospitalario, en pacientes crónicos traqueostomizados con patología muscular respiratoria invalidante para sostén respiratorio continuo.

**0258 SEGUNDO ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE VENTI-  
LACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA. ESTUDIO LATINO-  
AMERICANO**

E MONTEVERDE<sup>1</sup>, A FERNÁNDEZ<sup>2</sup>, JA FARIAS<sup>1</sup>, RED Y VENTILAPED<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina. <sup>2</sup>Hospital de Niños R Gutiérrez, Argentina. <sup>3</sup>SLACIP, Argentina

Introducción: La asistencia ventilatoria mecánica (AVM) es una de las prácticas más comunes en las unidades de cuidados intensivos pediátricas (UCIPs) y en los últimos años estudios aleatorizados han mostrado que la implementación de estrategias específicas se acompañan de mejores desenlaces. Objetivo: Describir la práctica diaria de AVM en pediatría y compararla con los resultados obtenidos en un estudio previo (Intensive Care Med 2004; 30:918-925). Pacientes y métodos: Todos los pacientes admitidos durante un mes consecutivamente y que recibieron AVM por más de 12 horas en 60 UCIPs de Argentina, Chile, Uruguay, Panamá, Costa Rica, Perú, Brasil, El Salvador, Ecuador, Honduras, España y Portugal. Se registraron: características demográficas, score de gravedad, causa de inicio de la AVM, modo ventilatorio, gases en sangre, parámetros del respirador del respirador, balance de fluidos, condiciones comórbidas surgidas durante el período de estudio, características del proceso de desconexión de la AVM y mortalidad a los 28 días. Resultados: Del análisis de los primeros 904 pacientes, se excluyeron 19 por datos incompletos. La mortalidad global fue de 16.19%. La mortalidad predicha por PIM fue de 14.09% (p=0.23). El grupo de sobrevivientes tuvo un score PIM 2 significativamente inferior con respecto al no sobreviviente (12 ± 19 vs 25 ± 29; p < 0.001). De los 911 que recibieron AVM a 114 pacientes se les indicó AVM no invasiva (VNI) (12,88% IC95% 11-15) y 771 VM invasiva

(87.12%, IC 95% 85-89). La principal causa de inicio de la VM fue el fallo respiratorio agudo (FRA) (80.5%, IC 95% 78-83), en su mayoría secundario a bronquiolitis (BQL), neumonía y sepsis, seguido por alteración del nivel de conciencia (ANC) (13.1%, IC 95% 11-15). En el 75.8% (IC 95% 72-79) de los pacientes la prueba de ventilación espontánea (PVE) fue la forma elegida para considerar la desconexión de los pacientes de la AVM, contra un 16.4% (IC 95% 14-19) que prefirió la reducción gradual del soporte ventilatorio (RGV). Este dato es claramente distinto con respecto al estudio previo (31% vs. 66%, respectivamente). La media de tiempo hasta la adquisición de criterios para desconexión (CPD) fue de 7.08 días (DS 5.92). La media de tiempo desde la adquisición de CPD hasta la desconexión fue de 0.27 días (DS 0.78) en el grupo que realizó PVE y de 2.71 días (DS 5.87) en el grupo de RGV ( $p < 0.00001$ ), mientras que la duración total de la VM fue de 7.34 días (DS 5.68) en el grupo de PVE y 8.97 días (DS 7.54) en el grupo de RGV ( $p = 0.013$ ), sin llevar esto a un aumento significativo en la tasa de reintubación (18.2% vs. 24.2%,  $p = 0.19$ ). Conclusión: Uno de cada 2 niños que ingresan a UCIPs recibe VM, siendo la causa más frecuente el FRA secundario a BQL. La ANC como motivo de ingreso a VM fue la tercera causa. La utilización de PVE fue significativamente superior a la RGV y claramente diferente de la observada en el estudio previo. La tasa de supervivencia global en esta muestra no seleccionada de pacientes sometidos a VM fue de 84%, concordante con la predicha por el PIM2.

#### 0259 EVALUACIÓN DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

FM TAMAGNONE, SD BLEJMAN, E MARTINEZ  
Sanatorio Colegiales, Argentina

Objetivos: Determinar la reducción de requerimiento de intubación utilizando ventilación no invasiva (VNI) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que requieren apoyo respiratorio mecánico. Determinar la utilidad del score APACHE II como predictor de fracaso de la VNI. Determinar la mortalidad de los pacientes que fracasan con VNI y compararlo con la mortalidad esperada según el APACHE II de ingreso. Materiales y Métodos: Se realizó VNI a 51 pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que requieren apoyo respiratorio y no presentan contraindicaciones. Resultados: De los 51 pacientes estudiados requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI) un total de 21 pacientes (41.18%). Se generaron grupos según APACHE II de ingreso utilizando como punto de corte a la mediana (valor=23). Hubo 26 pacientes con APACHE con valores de hasta 23 y 3 de ellos requirieron VMI (11,54%). Hubo 25 pacientes con APACHE II mayor a 23 de los cuales 18 (72%) requirió VMI (OR crudo=19,71; IC95%:4.46- 87.17;  $p < 0,0001$ ). Se calcularon OR ajustados por el resto de las variables y no hubo modificaciones significativas del OR crudo en la relación APACHE II y requerimiento de VMI. En los 15 pacientes que fallecieron (71,43%) el APACHE II de ingreso promedio fue  $27,93 \pm 4$  y sólo 1 tenía un valor menor a 23, siendo la mortalidad esperada por el APACHE II de ingreso de 63,9%. Conclusiones: La utilización de VNI en insuficiencia respiratoria de cualquier origen redujo un 58,8% el requerimiento de intubación y VMI. Dado los resultados se concluye que el score APACHE II es útil como predictor de fracaso de la utilización de VNI. La mortalidad de los pacientes que fracasaron con VNI fue mayor que la esperada con el score APACHE II.

#### 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<sup>1</sup>, MFV GUTIERREZ<sup>2</sup>, DC BERTA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Publico de Autogestion San Bernardo, Argentina.

<sup>2</sup>Universidad Nacional De Salta, Argentina

Resumen. Introducción: El síndrome de burnout es un estrés laboral asistencial, situación cada vez más frecuente en los profesionales de la salud que prestan sus servicios a través de una relación directa y constante con las personas; entre los que se encuentra el personal de Enfermería, que desempeña una amplia gama de funciones y responsabilidades. Objetivo general:- Conocer la prevalencia del Síndrome de burnout y los factores facilitadores del mismo en el

personal de enfermería de áreas críticas. (Terapia Intensiva e Intermedia). Objetivos específicos: - Describir las características socio demográficas del personal de Enfermería.- Describir el Síndrome de burnout en sus tres componentes en el personal de Enfermería. Metodología: Estudio descriptivo transversal observacional, se utilizó la entrevista como técnica para obtener la información, con dos instrumentos: un cuestionario anónimo que consta de dos partes, a) características socio demográfico y b) escala de tarea laboral, y la escala de Maslach Burnout Inventory que sirve para medir el síndrome. Se aplicó una escala de medición tipo Likert. La muestra quedó conformada por 58 agentes de enfermería lo que constituye el 100 % de la población. Conclusiones: La población en ambos servicios está representada el 88% por mujeres, con una antigüedad mayor de 10 años, con más del 70 % en planta permanente. Y con una sobrecarga laboral de más del 40 %y la edad promedio de 41 a 43 años. El personal de Terapia Intensiva e Intermedia resultan con niveles medios en los componentes de Agotamiento emocional, despersonalización y altos en realización personal, lo que permite deducir que hay una tendencia a padecer el síndrome de burnout. § En cuanto a la escala de tarea laboral, los altos puntajes obtenidos en las variables: cantidad y responsabilidad en el trabajo, como responsabilidad con el paciente, nos indican un gran compromiso de atención a pesar de las dificultades que genera la sobrecarga laboral. Los factores asociados al síndrome arrojaron porcentajes que no influyen en la población estudiada. De la muestra analizada solo un 10 % de los agentes tendrían tendencia a desarrollar el síndrome. Palabra Clave: Síndrome de Burnout. Personal de Enfermería.

#### 0261 ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO CONTROLADO DOBLE CIEGO DEL USO DE GLUTAMINA ENDOVENOSA EN PACIENTES CRÍTICOS PROLONGADOS. ANALISIS PRELIMINAR

C LOUDET, M PERMAN, J SINNER, L CICIVE, S GIANNASI, J BUTERA  
Hospital Italiano- Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar el efecto del suplemento de glutamina (GLU) endovenosa (alanil-glutamina) en la incidencia de infecciones, la estancia en UTI (EstUTI) y en el hospital (EstHO) y la mortalidad en pacientes críticos (PC) prolongados en comparación con el suplemento isonitrogenado e isovolumétrico de AA estándar. Métodos: Estudio prospectivo randomizado controlado y doble ciego en PC con respuesta inflamatoria sistémica (RIS) de diferentes etiologías, en ARM y APACHE II (All) de ingreso >10 y que requirieron alimentación enteral (AE) y/o parenteral (AP) prolongados (6 o más días). Al 3er día de internación se evaluaron todos los PC de la UTI y los que cumplieron los criterios de inclusión fueron randomizados para recibir 0,4 gr/kg/día de alanil-glutamina endovenosa (grupo GLU) o igual dosis de una solución de aminoácidos estándar (grupo AA). El Soporte nutricional (SN) fue realizado por otros profesionales en forma independiente al estudio. La randomización y las diluciones de GLU y AA fueron preparadas en un centro de mezclas de AP y de manera doble ciego. Este informe corresponde al análisis preliminar de los primeros 67 PC incorporados. Se evaluaron los scores All y SOFA<sub>24hs</sub> (S<sub>24</sub>), la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), sepsis por catéter (SRC), infección urinaria (ITU) y meningitis (M) acorde a criterios CDC, la EstUTI, la EstHO y la mortalidad en UTI y el hospital y otros parámetros como las glucemias (GI). *Análisis estadístico:* Resultados presentados como media y desvío estándar ( $\pm$ DS) o mediana y rangos intercuartiles 25-75 [IQ 25-75] o porcentajes, según corresponda. Se utilizó test t, Wilcoxon o Chi2 con programa STATA 9.0. Resultados: Se evaluaron 67 PC con las siguientes características: edad 55 [35-65], All 18  $\pm$  5, S<sub>24</sub> 6 [4-8], EstUTI 18 [14-28], EstHO 28 [19-41], días ARM 15 [9-21], GI 139 [124-155]. Quedaron asignados 35 PC al grupo GLU y 32 al grupo AA sin diferencias significativas en ninguno de estos parámetros. En la tabla se observan las infecciones y mortalidad de ambos grupos (\* =  $p < 0,05$ )

	Infecciones n(%)	NAV n(%)	SRC n(%)	ITU n(%)	M n(%)	Mortalidad n(%)
GLU(n=35)	22 (65)	10 (29)	8 (23)	2 (6) *	3 (9)	8 (23)
AA (n=32)	24 (77)	15 (47)	4 (13)	9 (28)	4 (13)	7 (22)

Conclusiones: La randomización resultó adecuada. En el grupo GLU se observó menor incidencia de infecciones totales, de NAV y de ITU, hasta el momento sólo significativa para ITU. En este corte aún no se observaron diferencias significativas en la EstUTI, EstHO o la mortalidad. A pesar de que este estudio se realiza en una población de pacientes altamente seleccionada (PC prolongados con RIS), hasta el presente, los resultados parecen similares a los de la literatura en cuanto a la disminución de infecciones. Respecto a los otros parámetros del estudio, aún no se pudieron obtener conclusiones válidas, probablemente debido al gran número de factores intervinientes y a la relativamente escasa cantidad de pacientes analizados hasta el momento.

**0263 PUENTE MUSCULAR E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: REPORTE DE DOS CASOS**

J THOMAS, F FUNARO, L CICCO, M ALDASORO, P MACCARONE, M MIGUEL, R SUASNABAR  
 Clínica Del Corazon - Nueva Clínica Chacabuco, Tandil, Argentina

La relación entre puente muscular (PM) e infarto está, en la mayoría de los casos, ligada a accidente de placa inmediatamente proximal al puente. Aquí presentamos dos pacientes (P) con PM e infarto agudo de miocardio (IAM) no vinculado a este mecanismo. Caso 1: P varón, de 35 años, sin factores de riesgo coronario, ingresa a nuestra Unidad Coronaria por dolor precordial subintrante, aumento de enzimas séricas y leve rectificación del segmento ST en cara lateral en el ECG. La CCG mostró un puente muscular en tercio medio de la arteria descendente Anterior (DA). Evolucionó favorablemente con tratamiento médico. Caso 2: P de 40 años, hipertenso, tabaquista, obeso, ingresa a nuestra Unidad Coronaria por IAM inferior evolucionado (angor prolongado el día previo, incremento de enzimas séricas y ECG característico) que en la CCG presenta oclusión proximal de la arteria coronaria derecha (CD), con circulación colateral heterocoronariana hacia su lecho distal, de grado 3, y un puente muscular en el tercio medio de la DA. Conclusiones: Si bien el mecanismo más frecuente de IAM en los P portadores de PM es el accidente de placa proximal al segmento tunelizado de la arteria, los dos P que presentamos muestran que los PM son capaces de producir IAM por isquemia directa, o bien a distancia (por compromiso de la circulación colateral a otro vaso).

**0265 IMPACTO DE LA METICILINO RESISTENCIA Y LA SENSIBILIDAD DISMINUIDA A VANCOMICINA SOBRE LA MORTALIDAD EN LAS BACTERIEMIAS CAUSADAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS**

F TRAVERSO<sup>1</sup>, R CEPEDA<sup>2</sup>, L BATISTA<sup>1</sup>, M LOUGE<sup>1</sup>, F FUNARO<sup>1</sup>, R SUASNABAR<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>nueva Clínica Chacabuco, Argentina. <sup>2</sup>Facultad De Cs Veterinarias UNCPBA, Argentina

Introducción: La incidencia de bacteriemias por *Staphylococcus aureus* (BSA) ha aumentado significativamente y es una de las principales causas de muerte en las unidades de cuidados intensivos. La alta prevalencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) y la emergencia de la sensibilidad reducida a glucopéptidos provocan gran preocupación en el equipo de salud. Objetivos: Analizar la influencia de la meticilino resistencia y la sensibilidad disminuida a vancomicina sobre la mortalidad en las bacteriemias causadas por *Staphylococcus aureus* e identificar factores de riesgo asociados a meticilino resistencia. Materiales y métodos. Estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes adultos (mayores de 55 años) con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* internados en nuestra institución durante Enero 2006 – Agosto 2007. Las cepas de SAMR se identificaron por metodología estándar. Se estudió sensibilidad antibiótica mediante difusión por discos (CLSI). Se determinó concentración inhibitoria mínima (CIM) a vancomicina mediante dilución en agar. Se realizó screening de sensibilidad reducida a glucopéptidos mediante simplificación del método poblacional. Se utilizaron cepas control: *S. aureus* ATCC 25923, 29213, *E. faecalis* ATCC 29212 y 51299. Análisis estadístico: Test exacto de Fisher. Se calcularon los odds ratios (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%). Resultados: Se analizaron 15 episodios de BSA durante el período Enero 2006 – Agosto

2007. (Tasa de incidencia: 1.7 casos de BSA cada 1000 pacientes - día.). La mortalidad cruda fue del 66.6 % (10/15) y la atribuible de 53.3 % (8/15). El porcentaje de meticilino resistencia fue del 57 % (año 2006) y 63 % (2007). Entre los factores de riesgo, el análisis univariado mostró la siguiente asociación con la meticilino resistencia: cirugía previa (OR: 10 IC95%: 1.08-92.48), asistencia respiratoria mecánica (OR: 14 IC95%: 1.35-144.97), sonda nasogástrica (OR: 7 IC95%: 0.71-69.49), catéter central (OR: 3.5 IC95%: 0.45-27.46), estancia previa en UCI (OR: 16 IC95%: 1.58-165.5), internaciones previas (OR: 6 IC95%: 0.59-60.59) y estancia previa al cultivo mayor de 15 días (OR: 17.5 IC95%: 1.68-181.2). Se observó significación estadística entre meticilino resistencia y uso previo de antibióticos (OR: 35 IC95%: 3.55-347.45). La mortalidad fue más frecuente en las BSA producidas por cepas meticilino resistente (OR: 3.5 IC95%: 0.45-27.46). No se detectaron cepas con sensibilidad disminuida a vancomicina. Todas las cepas fueron sensibles in vitro a la vancomicina (CIM 50 y CIM 90 de 0.5 ug/ml). Conclusiones: Nuestra serie muestra una mayor mortalidad asociada a la meticilino resistencia. La CIM a vancomicina es baja y no influiría en posibles fallas terapéuticas. Los factores de riesgo de meticilino resistencia destacan la importancia de la presión de selección antibiótica, la cirugía y otras instrumentaciones relacionadas a cuidados intensivos. El conocimiento de estos datos nos permitirá una mejora en el control y prevención de infecciones nosocomiales.

**0266 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON INJURIA PULMONAR AGUDA Y SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

S SOLAR<sup>1</sup>, E SAN ROMÁN<sup>2</sup>, V TOMICIC<sup>1</sup>, P VARGAS<sup>1</sup>, M LAS HERAS<sup>2</sup>, S GIANNASI<sup>2</sup>, A FUENTEALBA<sup>1</sup>, J MENDEZ<sup>2</sup>, R MORENO<sup>1</sup>, C UGARTE<sup>1</sup>, A UMAÑA<sup>1</sup>, E MARTÍNEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Cuidados Clínica Alemana de Santiago. Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Chile. <sup>2</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup>Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Italiano de San Justo, Argentina

Introducción: A pesar de la optimización del manejo global de los pacientes que reciben ventilación mecánica (VM), la injuria pulmonar aguda y el síndrome de distrés respiratorio agudo (IPA/SDRA) aún presentan alta mortalidad. Diversos factores influyen en la mortalidad de estos pacientes, destacando los puntajes de gravedad, oxigenación y balance hídrico. Nuestro objetivo fue caracterizar una población de pacientes con IPA/SDRA en quienes la administración de fluidos no tuvo restricción y describir las diferencias entre vivos (V) y muertos (M). Material y métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional que incluye pacientes con IPA/SDRA que ingresan a 3 UCIs bivalentes entre Julio y Diciembre de 2007. Se registraron variables demográficas, puntajes de gravedad, uso de drogas vasoactivas (DVA), parámetros de VM, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, balance hídrico, uso de furosemida, días de VM, estadía en UCI y mortalidad. Se excluyeron aquellos pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico. Las variables se compararon entre V y M con prueba U de Mann-Whitney y X<sup>2</sup>. Los resultados se expresan en media ± DE y porcentaje. Se considera significativo un p<0,05. Resultados: Se estudiaron 87 pacientes. La edad, APACHE II y SOFA de ingreso fueron: 62,3±18,2 años, 20,8±6,7 y 8,8±2,6 puntos respectivamente; 72,4% fueron varones y 67,8% cumplieron criterios de SDRA. Las principales causas de IPA/SDRA fueron: pulmonar (49%); quirúrgica (19%) y neurológica (12%). La PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> de ingreso fue: 169,6±56,8. El promedio de PEEP usado en la primera semana entre IPA y SDRA fue diferente: 6,3±2,1 vs 8,2±3,3 (p=0,001). Los días de VM y estadía en UCI fueron: 17,5±17,2 y 22,4±18,7. La mortalidad en UCI fue de 52,9%. Se empleó DVA en el 80,5% de los pacientes y éstas permanecieron durante 4,9±2 días. La dosis promedio de noradrenalina usada en las primeras 24 horas fue de 0,034±0,11ug/kg/min. El balance hídrico acumulado de la primera semana fue positivo en 5633,5±4657,8 ml. Se empleó furosemida en el 65,5% de los pacientes y el promedio de días de administración fue: 3,3±1,9 días, con una dosis total acumulada de 261,1±329,1 mg. Al comparar V (n=41) y M (n=46) se observaron diferencias estadísticamente significativas para APACHE II de ingreso, SOFA día 3, SOFA promedio de los días 1,3 y 7 y balance hídrico acumulado de los primeros 7 días: 17,7±5,6 vs 22,7±5,7 (p=0,001);

7,6±3 vs 9,43±3 (p=0,012); 7,8±2,4 vs 9,3±2,3 (p=0,004) y 4403,3±4937,8 vs 6729,9±4145,1 ml (p=0,019). Conclusión: En este estudio destaca que tanto el APACHE II y SOFA de ingreso como la evolución del SOFA y la ganancia de fluidos acumulada durante la primera semana de VM se relacionan con mayor mortalidad. A pesar que el balance hídrico positivo se asocia con estadías en UCI y VM prolongadas, este no se ha asociado consistentemente con incrementos en la mortalidad. Esto último podría ser atribuido al momento en que se administran los fluidos durante la evolución, aspecto que requiere mayores estudios.

### 0267 COMPORTAMIENTO DEL SEGMENTO ST POST FIBRINOLISIS MÁS ALLÁ DE LAS DOS HORAS Y SU VALOR PRONÓSTICO

J BORGO, R CAPECE, A GIMIGLIANO  
HIGA Evita Lanús, Argentina

Objetivo: observar el comportamiento del segmento ST en pacientes (pac) con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) más allá, de las dos horas de recibir tratamiento fibrinolítico y establecer su valor pronóstico. Material y método: se incluyeron pac que ingresaron de modo consecutivo a la Unidad Coronaria con diagnóstico de IAM con supradesnivel del segmento ST que recibieron tratamiento fibrinolítico. Se analizó la variación de la suma del supradesnivel en las tres derivaciones que más lo expresaban, al ingreso, a las 2, 12 y 24 hs post infusión de estreptoquinasa constituyendo 3 períodos llamados consecutivamente períodos I, II y III y se analizaron 2 grupos, aquellos con descenso del ST  $\geq$  50% y con descenso  $<$  50%. Se tomaron como puntos finales aislados; angina post-infarto (Ap), insuficiencia cardíaca (IC) y muerte (M), y se consideraron los eventos totales (ET). Resultados: Se enrolaron 121 pacientes, durante los años 2004/2006, predominó el sexo masculino 104 (86%) con edad de 57.7 ± 8.5 años. El análisis en el primer período incluyó a su totalidad de los pac, no así en el segundo que por pérdida de datos (2), derivación precoz (6) y muerte precoz (1) se realizó sobre 112; 92% de los pac del inicio. En el tercer período se pierden datos de 12 pac conformándose un grupo de 100 que representan el 86% de la cohorte inicial en condiciones de ser evaluada. En cuanto al comportamiento del ST se observa un descenso continuo en todos los períodos pero de mayor magnitud en el primero. El último grupo (III) presentó mayor incidencia del evento IC y ET: ver cuadro.

Eventos	Período I N:121		Período II N:112		Período III N: 100	
	IC	ET	IC	ET	IC	ET
ST<50%	17 40%	26 62%	9 50%	14 78%	6 54%	10 90%
ST>=>50%	15 19%	29 36%	18 19%	33 35%	20 22%	35 39%
p	0.01	0.0	0.01	0.001	0.05	0.003
IC 95%	0.04-0.38	0.07-0.43	0.06-0.55	0.21-0.64	0.04-0.59	0.31-0.71

Conclusión: el análisis del comportamiento del segmento ST más allá de las dos horas permite identificar pacientes con distinto riesgo de eventos

### 0268 PREDICCIÓN DE EVENTOS CARDIOVASCULARES FUTUROS CON MARCADORES DE LA INFLAMACIÓN EN SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

A ESTRADA, MN BENJAMIN, JOE BONO  
Unidad Cardiovascular - Sanatorio Allende, Argentina

Introducción: Los marcadores de la inflamación como la Proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) y el Fibrinógeno, representan el rol de la inflamación en la inestabilidad de la placa aterosclerótica, resultando buenos predictores de muerte, Infarto Agudo Miocárdico y necesidad de revascularización. El objetivo de este trabajo es evaluar el valor pronóstico de la PCRus en Síndromes coronarios agudos sin elevación del segmento ST (SCA SEST) y compararla con otros indicadores de riesgo clínicos, electrocardiográficos y bioquímicos (otros marcadores de inflamación y necrosis). Material y Método: Estudio prospectivo, descriptivo, de cohortes realizado en pacientes que ingresan con diagnóstico de SCA SEST. Se los agrupó en bajo, moderado y alto riesgo. Se tomaron muestras de sangre periférica para determinar PCRus, PCR, Fibrinógeno, glóbulos

blancos, CKmb, y Troponina T (TnT). Se realizó seguimiento de todos los pacientes a un año. Para el análisis estadístico se utilizaron tablas de contingencia y pruebas de regresión logística. Resultados: 73 pacientes (73,9% varones y 26,1% mujeres, 61+/-11,1 años). Eventos intrahospitalarios (eIH): PCRus 3.96 vs 2,08mg/l (Pd<sup>0</sup>0.06); PCR 0.28 vs 0.15mg/l (Pd<sup>0</sup>0.03); TnT OR 7,32 (2,61 - 20,5) (Pd<sup>0</sup>0,0003). Eventos a los 12 meses (e12m): TnT OR 7 (2,36 - 20,7) (p=0,0004). Correlación (+) entre PCR y PCRus (Pd<sup>0</sup>0.0001). Los marcadores inflamatorios y el score de riesgo TIMI no se relacionaron independientemente con eventos cardiovasculares. Los pacientes con TnT (+) y PCRus >2g/l presentan 3,64 veces más riesgo de eIH y 3,43 de e12m en relación a aquellos con TnT (-) y PCRus <2g/l (p=0,00001). Lo mismo ocurrió en la relación de TnT y PCR. Conclusiones: La PCRus no se relacionó de manera independiente con eIH y e12m, al igual que los otros marcadores de la inflamación y el score de riesgo TIMI. Los valores medios de PCRus y PCR se relacionaron significativamente con la aparición de eIH, y estos marcadores presentaron a su vez correlación positiva entre ellos. La TnT se relacionó con diferencias estadísticamente significativas con eventos intrahospitalarios, a los 6 y 12 meses. A pesar que la TnT es un mejor predictor de nuevos eventos, en combinación con PCRus o PCR, se optimiza la estratificación de pacientes en riesgo.

### 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  
Hospital Infantil Municipal de Córdoba, Argentina

Introducción: La membrana peritoneal permite el intercambio de agua y solutos a su través. El riñón es susceptible a un número de agresiones agudas capaces de producir lesión renal y fracaso en la F.G. Objetivo: Analizar la población de ptes. en UCIP con Insuficiencia Renal Aguda (IRA) con requerimiento de terapia de reemplazo renal (TRR) en el Hospital Infantil Municipal de Córdoba. Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron 28 historias clínicas de ptes con IRA con requerimiento de TRR desde el 1 de Marzo de 2004 al 1 de Marzo de 2008. Las variables de estudio fueron la edad, sexo, etiología, indicaciones de TRR, días promedios de diálisis, de internación en UCIP y hospitalaria, trastornos metabólicos, mortalidad, y progresión a enfermedad crónica (morbilidad). Resultados: En el período de estudio se registraron: 1672 ingresos hospitalarios a UCIP de los cuales 28 ptes. (1,67%) presentaron IRA con requerimientos de TRR; de estos el 53.5% (23) se diagnosticó S.U.H.; 28.5% (8) sepsis, con FMO en el 100% de ellos; 7.1% presentó GNRP; 7.1% otras causas. El rango de edad de estos pacientes fue de 1mes a 13 años: < de 1 año 32% (9), 1 a 5 años 50% (14), > de 5 años 18% (4). La indicación de D.P. fue: Oligoanuria 78% (22), Hiperkalemia 7% (2), Acidosis Metabólica Severa 7% (2), Hipervolemia 7% (2). De los trastornos metabólicos observados: acidosis metabólica 60% (17), Hipertensión severa 10% (3), Hiponatremia 17.1% (20), El 85% (24) presentaba altos niveles de urea al inicio de la D.P. con normalización al egreso hospitalario en un 50% (12). El 100% (28) presentó niveles altos de creatinina al ingreso a D.P; normalizando los valores al alta 28% (8). El 75% de los ptes. presenta hipoalbuminemia (<3,5). El 28,5% (8) presentaron complicaciones relacionadas al método de TRR: Infecciosas (3), obstrucción de catéter (1), pérdida pericatereter (2), recolocación de catéter de diálisis (2). El promedio de días de D.P. fue de 12, con internación en UCIP media de 14 días, hospitalaria 27 días promedio. Conclusión: En nuestra experiencia la TRR mejoró los valores de urea y creatinina en un 50% y 28% respectivamente, observándose una mortalidad variable según la etiología de la IRA que obligó al requerimiento de D.P.; en sepsis un 62,5% (5), S.U.H. el 6,5% (1), progresando a enfermedad renal crónica el 12% (1) de los casos de sepsis y el 6% de los pacientes con S.U.H.

### 0270 ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS NUTRICIONALES EN UNA UCI POLIVALENTE

RA GIMBERNAT, JP GEMPEL, MA ÉRCOLE  
Centro de Cuidados Intensivos. San Juan, Argentina

Introducción: La Nutrición artificial (NA) es una práctica habitual en pacientes críticos. Numerosos factores atentan contra el

cumplimiento de las metas nutricionales, algunos propios de esta práctica en pacientes críticos, pero también muchos inherentes a la calidad del servicio brindado. Objetivo: Evaluar la diferencia entre el aporte de NA programado y el real en los pacientes internados en una UCI polivalente de una Institución Privada, cuantificar el grado de déficit e identificar los factores responsables. Comparar con nuestra estadística previa presentada como presentación oral en el XIV Congreso Argentino de Terapia Intensiva (2004). Material y Método: Se realizó un estudio prospectivo en pacientes que ingresaron en el periodo comprendido entre el 1/12/06 y el 31/03/08 y que recibieron nutrición enteral, parenteral o mixta durante 3 o más días. El requerimiento calórico se determinó por la regla del pulgar, reduciendo un 25% en los pacientes con sedoanalgesia-relajación. Todos fueron alimentados mediante infusión continua de preparados comerciales líquidos o en polvo. El estudio incluyó 230 pacientes, con un total de 2046 días de NA(9 días/paciente). Se evaluaron 1716 días de N.Enteral, 106 de N.parenteral y 130 días de N.mixta. Resultados: El 63,3% de los días los pacientes recibieron un aporte superior al 75 % del requerimiento calórico; el 16,7% el 50-75% de sus requerimientos y el 20,0% un aporte inferior al 50%. Se contabilizaron 94 días sin NA. Comparativamente, en la anterior serie solo el 46,2% de los días se consiguió un aporte superior al 75%. En el 36,7% (749/2046) de los días de NA hubieron dificultades que imposibilitaron alcanzar por lo menos el 75% del requerimiento. Al analizar las causas, fueron inherentes al paciente en el 40,2% y por déficit del servicio en el 57,9 %. En nuestra anterior casuística el 69,6% de las limitaciones fueron inherentes al paciente (61,8% GI) y 30,3% al servicio.

Causas	Nº(%)	Causas	Nº (%)
Dist. Abd.	24(3,3)	Goteo Gravit.	69(9,22)
Diarrea	26(3,4)	Obstr/salida de sonda	138(18,4)
Residuo gástrico alto	31(4,1)	Demora inexplicada	83(11,1)
Vómitos/regurgit.	32(4,3)	Falta control de posición de sonda	75(10,0)
Total GI	118(15,75)	Sin Indicación médica	24(3,21)
Inest. Hemod.	76(10,17)	Administrativa	45(5,8)
Proc. Diag/Terap	107(14,25)	Causa: Servicio	434(57,9)
Causa: Paciente	301(40,2)	Miscelánea	15(1,94)

Conclusiones: El 36,7% de los días nuestros pacientes reciben un aporte nutricional insuficiente. Las principales causas estuvieron vinculadas a la calidad del servicio. Los mejores resultados con relación a nuestra pequeña serie anterior (44 pacientes, 613 días de NA) los adjudicamos a la mejor tolerancia digestiva, probablemente a causa del uso actualmente rutinario, de mezclas líquidas industrializadas. Creemos también que el exhaustivo cuidado y monitoreo de resultados a la luz de la experiencia anterior resultó en un efecto superior.

**0271 ¿HAY BENEFICIO CON EL AGREGADO DE CLOPIDOGREL EN EL IAM TROMBOLIZADO DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE INTERNACIÓN?**

R CAPECE, J BORGIO, S MOSCA, S LAGE, D MASEVICIUS, B SANTORO, O GUTIERREZ, A GIMIGLIANO  
HIGA Evita Lanús, Argentina

Objetivos: comparar si el agregado de clopidogrel en pacientes (pac) internados en la unidad coronaria con síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST) tiene mejor pronóstico en la etapa aguda versus aquellos pac que no reciben esta droga. Material y método: estudio prospectivo, analítico, comparativo entre grupos homogéneos asignados aleatoriamente uno:uno. Se incluyeron todos los pac internados con diagnóstico de SCACEST desde el 1 de enero del 2006 hasta el 31 de diciembre de 2007 que fueron trombolizados con estreptoquinasa (SK). Se conformaron dos grupos, grupo clopidogrel (GC) que recibió dosis de carga de 300 mg y mantenimiento de 75 mg/día y el grupo que no recibió el fármaco (GNC). Se consideraron como puntos finales de comparación: muerte, insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares comple-

jas y trastornos de conducción. Para el análisis estadístico se empleó el test de proporciones del programa SPS, corregido con prueba de Fisher y Kruskal-Wallis one way non parametric AOV. Resultados: se reclutaron 106 pac, 53 por cada grupo, GC edad 55.8 ± 10.4 años, GNC 58.6 ± 8.6 años (p NS), predominio el sexo masculino GC 42 (79.2%) GNC 45 (84.9%) p NS, la estadia fue similar GC 6.1 ± 5.1 días, GNC 6.8 ± 8.6 días ( p NS ), mostraron síndrome clínico de reperfusión positiva (SCR+) 30 pac de GC (56.6%) y 38 del GNC (71.6%) p NS, la ventana para recibir SK, GC 186.3 ± 127.1 minutos, GNC 248.7 ± 236.3 minutos, (p NS), tiempo de infusión de SK, GC 23.6 ± 9.5 minutos vs GNC 26 ± 13.8 minutos (p NS). Tampoco se obtuvieron diferencias significativas en la localización del IAM, GC cara anterior 25 (47.1%) GNC 35 (66%) p NS. En cuanto a los factores de riesgo clásicos solo hubo diferencia significativa en dislipemia GC 21 – 39.6% vs GNC 34 -64.1 % ( p 0.01 ). No hubo diferencias estadísticas significativas en los fármacos empleados en el tratamiento durante su estadia en UCO. El punto final combinado muerte/shock cardiogenico fue GC 9 16.9% GNC 19 35.8% (p 0.04), los puntos finales aislados mostraron para el GC muerte 3 5.6% GNC 8 15% (pns), shock cardiogénico 6 11.3% vs 11 20.7% (pns), insuficiencia cardíaca KKB-C GC 16 30.1% vs 14 26.4% (pns), TV/FV 8 15% vs 11 20.7% (pns). Bloqueo de rama aguda GC 3 5.6% vs 5 9.4%(pns), BAVC Y Mobitz II 5 9.4% vs 8 15.0%(pns) y Angina post-IAM GC 4 7.5% vs GNC 7 13.2% (pns). Conclusiones: el agregado de clopidogrel al tratamiento convencional del IAM en los pacientes trombolizados, durante la etapa aguda muestra disminución de la mortalidad y del shock cardiogénico de modo significativo. No hubo diferencias para los trastornos de conducción y para las arritmias analizadas.

**0272 SEGURIDAD DEL PACIENTE: ERRORES EN LAS INDICACIONES MÉDICAS**

ML PARROTA<sup>1</sup>, MA SALAS<sup>1</sup>, D BURGOS<sup>1</sup>, P TORRES TORALES<sup>1</sup>, FO ROJAS<sup>1</sup>, J SAGARDÍA<sup>1,2</sup>, V CATANZARO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Parmenio Piñero, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Alejandro Posadas, Argentina

Introducción: El error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente puede desencadenar un evento adverso (EA), es decir, una complicación secundaria al manejo médico que puede producir daño resultando en internaciones prolongadas, secuelas o muerte. La seguridad del paciente se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de EA. La seguridad está en relación directa con la prevención de los errores que pueden ocurrir, así como con la mitigación y corrección de sus consecuencias. Objetivos: describir los errores en las indicaciones médicas de una unidad de cuidados intensivos. Materiales y Métodos: estudio de corte transversal basado en la revisión de las indicaciones médicas realizadas en una unidad de cuidados intensivos de adultos en un periodo de tres semanas. Mediante una ficha prediseñada se analizaron: datos de identificación del paciente, fecha y hora de las indicaciones y modificaciones, planes de hidratación, antibióticos y sedación. Resultados: se analizaron 118 indicaciones correspondientes a 24 pacientes. Hubo 89 indicaciones (75%) con 3 o más errores. Trece indicaciones eran confusas en cuanto al agregado de electrolitos al plan de hidratación. En 12 indicaciones el antibiótico figuraba con nombre comercial mientras que en 21 estaba indicado en siglas. Doce indicaciones no tenían adecuada la dosis a la función renal del paciente. Otros resultados se expresan en la siguiente tabla: En 17 indicaciones la letra no era legible. Conclusiones: El 98% de las indicaciones analizadas presentaron al menos un error. Los errores más relevantes fueron la ausencia de datos de identificación del paciente y la fecha y hora de las modificaciones realizadas en el plan de tratamiento. Si bien el grupo de trabajo no analizó las consecuencias de los mismos creemos que la identificación de errores en las indicaciones constituye el primer paso para diseñar estrategias destinadas a prevenir la ocurrencia de los mismos lo que contribuirá a mejorar la calidad de atención.

Ausencia de	Total de indicaciones: 118	
	n	%
Nombre y apellido	48	41
nº de cama	54	46
Fecha	3	2,5
Hora de indicación	108	91,5
Firma del médico	11	9,3
Dosis de antibióticos	6	5,1
Vía de administración	8	6,7
Velocidad de infusión de sedación	3	2,5
Fecha y hora de las modificaciones	68	58

#### 0274 EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y SOPORTE NUTRICIONAL POR VÍA ENTERAL: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ENFERMEROS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS DE LOS HOSPITALES DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

MA SALAS<sup>1</sup>, S ILARI<sup>2</sup>, J SAGARDÍA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Egresado de la Lic. Enf. Univ. Austral, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup>Hospital P. Piñero y A. Posadas, Argentina

**Introducción:** Desde principio de la década del '70 se publican estudios que demuestran las ventajas de equipos de soporte nutricional (SN) para implementar la Nutrición Enteral (NE) de manera eficiente en los pacientes que lo requieran, además la seguridad en la atención de la salud es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento del sistema de salud y posee implicancias directas en la calidad de atención de personas. En tal sentido la capacitación de enfermería es un factor de relevancia para la ejecución de cuidados en general y para el SN en particular. Para que el SN sea efectivo y seguro son necesarios conocimientos sobre Evaluación Nutricional (EN), indicación, manejo de técnicas específicas, implementación, monitoreo y posibles complicaciones de la NE. **Objetivos:** 1) Evaluar el nivel de conocimientos sobre SN por vía enteral de enfermeros que desarrollan actividades en Unidades de Cuidados Intensivos (UTI) de hospitales de la Ciudad de Buenos Aires (CBA). 2) Valorar la importancia que se le otorga al SN en el paciente crítico. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo y transversal. Se suministró un cuestionario escrito con preguntas abiertas y de respuestas múltiples a enfermeros con más de 1 año de experiencia en UTI de 6 Instituciones de la CBA. El instrumento utilizado fue una encuesta voluntaria y anónima que consta de 3 dominios: 1º) *Formación profesional y actitud frente al SN*, 2º) *EN y requerimientos calóricos* y 3º) *Intervenciones de enfermería*: conocimientos sobre indicación, técnicas específicas, implementación, monitoreo y prevención de complicaciones. **Resultados:** Se encuestaron 70 enfermeros: 27% licenciados, 47% enfermeros universitarios, 11% enfermeros profesionales, 14% auxiliares de enfermería. Se analizaron los dominios mencionados: - *Formación y actitud frente al SN*: El 18,5% de enfermeros realizaron algún curso de nutrición en últimos 5 años. El 20% leen regularmente artículos sobre SN. El 73% consideró insuficiente su formación y asumió que el reconocimiento de los pacientes en riesgo nutricional y la implementación del SN incide directamente en la morbi-mortalidad de los pacientes de UTI. - *Evaluación Nutricional*: El 56% desconocía la forma de realizar la EN, el 74% no sabía como calcular requerimientos calóricos. - *Intervenciones de enfermería*: El 47 % contestó incorrectamente la pregunta referida a formas de administración del SN, el 54% desconocía la frecuencia del lavado de la sonda enteral y el 53% no sabía la técnica para la medición del residuo gástrico. **Conclusiones:** Para el 73% de encuestados su formación y conocimientos sobre SN son insuficientes. Poseen escasa instrucción en EN. Los cuidados de enfermería específicos del SN fueron adecuados en un grupo menor. Considerando la elevada prevalencia de desnutrición hospitalaria y el riesgo nutricional de los en-

fermos críticos es preciso incorporar la asignatura de SN en la formación de grado como así también desarrollar cursos de postgrado que optimicen la capacitación de enfermería, incorpore técnicas e intervenciones específicas

#### 0275 IMPLEMENTACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

N CARRIZO, I TORALES, R AVILA, C CASTARATARO  
Hospital José María Cullen - Santa Fé, Argentina

**Objetivo:** Describir la experiencia sobre la implementación de traqueostomías percutáneas con técnica de Griggs en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Provincial José María Cullen de Santa Fe. **Desarrollo:** En base a las ventajas operativas, menor incidencia de complicaciones y mayor costo-efectividad a favor de las técnicas percutáneas de traqueostomias, es que el servicio de U.T.I. designó a dos médicos staff, con experiencia previa en la técnica de Griggs y bajo la supervisión de cirujanos especialistas en cabeza y cuello, realizar solo técnicas percutáneas a pacientes en ventilación mecánica, salvo contraindicaciones absolutas. En un lapso de 6 meses se realizaron 40 traqueostomias percutáneas distribuidas de la siguiente manera: 35 hombres, 5 mujeres. APACHE II promedio 17. Los principales motivos de ingreso a UTI fueron TEC grave con politrauma (65%), Politrauma sin TEC (13%), le siguieron shock séptico, gran quemado, ACV y status epiléptico. El tiempo promedio entre la decisión de realizarla y el inicio del procedimiento fue de 5 horas. En relación a los días de ARM/traqueostomía: 8 (20%) fueron colocadas entre el 1º y 3º día de ARM, 15 (37.5%) entre el 4º y 10º, 17 (42%) luego del 10º día. De los pacientes que no fallecieron (67.5%), el promedio de horas desde la realización de la traqueostomía hasta la desconexión definitiva de la ARM fue de 122 hr (4.7 días). La suspensión de la sedo-analgésia se realizó en un promedio de 36 horas luego del procedimiento. Doce pacientes presentaban contraindicaciones relativas: 7 pacientes dificultad anatómica, 3 insuficiencia respiratoria severa y 2 coagulopatía. Para el registro de las complicaciones peri operatorias se utilizó la clasificación de Dulguerov: Ningún paciente presentó complicaciones mayores; 4 pacientes (10%) tuvieron complicaciones intermedias (desaturación); 12 pacientes (30%) presentaron complicaciones menores (7 dificultad en la colocación de la cánula, 4 hemorragias controladas y 1 enfisema subcutáneo). En relación a las complicaciones infecciosas: 5 pacientes desarrollaron celulitis periestoma y solo 2 pacientes presentaron NAV luego de las 48hr del procedimiento. **Conclusiones:** 1- A pesar de las diferencias en cuanto al tipo de población de nuestros pacientes (politraumatizados graves) en comparación con otras series, se obtuvieron resultados similares en relación al tiempo de desconexión de la ARM y suspensión de la sedo-analgésia. Se destaca la ausencia de complicaciones mayores; el resto de las complicaciones estuvieron dentro de la media publicada en grandes series de otros países. 2- Incorporar a la traqueostomía percutánea dentro de los procedimientos invasivos realizados por los intensivistas no solo evita el retraso habitual de las intervenciones solicitadas a otras especialidades, sino que otorga un valor agregado a la formación de los médicos durante su residencia.

#### 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  
Hospital José María Cullen - Santa Fé, Argentina

**Introducción:** Es ampliamente conocido que el éxito del funcionamiento de un servicio esta sujeto a la capacidad de gestión que se disponga y esta tiene su base en la posibilidad de incorporar y disponer de datos. **Objetivos:** Mostrar la utilidad de una base de datos en el funcionamiento de la unidad de terapia intensiva. Demostrar la capacidad de un soft para generar ciclos de mejora. Evaluar la performance de un servicio de Terapia Intensiva. **Materiales y Métodos:** Sistema SATIQ 2.7 modificado. Incorporación de médica encargada del programa y participación de enfermera epidemióloga de la Institución. Registro de los 8 estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud y SATI. Registro micro-

biológico. Anexo de los consumos de farmacia. Registro de APACHE y TISS28. Out come. Categorización de pacientes de acuerdo a riesgo, en monitoreo, alto riesgo, crítico y crítico prolongado. Sistema de auto consultas. Costo de la implementación del programa tiempo de dedicación al mantenimiento de los datos. Resultados: Se registraron todos los ingresos desde el 01/04/2007 al 01/04/2008: 756 pacientes. Edad promedio: 41. 72% masc. Ocupación: 84% (12 camas). Pacientes ARM: 83%. APACHEII: 17. TISS28: 24. NAR: 25/1000días. ITU 6,5/1000días. Infección CVC: 4,8/1000. Flora de NAR temprana sensible a AMS. Mortalidad: 272 pac. (162 en las primeras 72 hs). Politrauma: 57%. Dif de mortalidad por categoría: Crítico: 55%, Crítico Prolongado: 34%  $p < 0.05$ . 89,6% de los pacientes requieren soporte vital. La dedicación horaria para la actualización de datos es de 4 horas diarias. Se implementó la epicrisis en la HC hospitalaria aprobada por departamento legal y técnico. El sistema de autoconsulta permite el benchmarking. Se adecuó el número de enfermeras de acuerdo a TISS28. Se programó la adquisición de nueva tecnología según gravedad y complejidad de patología a tratar. Se incorporaron servicios de apoyo en especialidades como Nutrición, Asistencia Kinésica y Neurointensivismo (que funcionan en forma coordinada), basado en los resultados que el soft permite almacenar. Conclusiones: La base de datos SATIQ mostró ser una herramienta de importante utilidad en la toma de decisiones. El sistema de autoconsultas funciona como tablero de comandos y en forma actualizada muestra la performance del servicio. La herramienta y su manejo mostró ser costo efectiva por la calidad y número de datos que brinda y el fácil acceso a los mismos.

**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  
Hospital José María Cullen - Santa Fé, Argentina

Introducción: La sedoanalgesia en las unidades críticas insume altos costos, la búsqueda de la droga con perfil farmacocinético y farmacodinámico ideal está en continua búsqueda. Remifentanilo cumple con varias propiedades que lo vuelven atractivo para su uso en UTI: la vida media sensible al contexto de infusión corta, su metabolismo dependiente de esterasas plasmáticas y su potencia. Sin embargo, su costo ha sido puesto como punto en contra. Objetivos: Demostrar nuestra experiencia en costos al cambiar la estrategia de sedoanalgesia con el uso de remifentanilo en combinación con propofol para pacientes neurológicos, o con midazolam para pacientes quirúrgicos y clínicos. Materiales y Métodos: Se analizaron todos los pacientes ingresados a la UCI desde el 01/02/2007 hasta el 01/03/2008 registrados en el Sistema SATIQ 2.7. Se dicotomizó a la población en estudio: el grupo pre estrategia, los pacientes ingresados en los primeros 6 meses del estudio (Febrero a Septiembre 2007) y el postrategia, los pacientes ingresados de septiembre a Marzo 2008. Se compararon los grupos para buscar diferencias y se analizaron en la comparación, edad, sexo, patologías de ingreso APACHEII, Outcome, días de estadía, categorización de acuerdo al riesgo. Base de datos de farmacia del hospital para contabilizar la tasa de uso de Midazolam, Lorazepam, Fentanilo, Remifentanilo y Propofol. Se estandarizaron los precios por ampolla de cada uno de los medicamentos para el análisis. Ttest para comparación de medias. Significación estadística  $p$  menor de 0.05. Programa estadístico STATA 8.0. Resultados: Se ingresaron al estudio 490 pacientes: 249 al grupo preestrategia y 241 post. Edad Gral: 41,5 (grupo pre 40,4. post 42  $p$  0.88.) APACHEII gral: 17.1. (pre 17.8 y post 16.4  $p$ : 0.041). Mortalidad: pre 96/153, post 85/156 ( $p$  OR 0,86  $p$ : 0.45). Días ARM gral: 8.4. pre: 9 post: 7.7 ( $p$ : 0.16). No hubo diferencias significativas en las patologías de ingreso y en las categorías diagnósticas. Consumos de: fentanilo pre 28470, post 11475. Lorazepam pre 2488 post 1052. Midazolam pre 34803 post 18501. Remifentanil pre 605 post 1524. Propofol pre 189 post 771. Precios por ampolla en pesos: Fentanilo: 1, 52 Lorazepam: 10.96 Midazolam: 6.9 Remifentanilo :31,94 Propofol: 19.5. El ahorro promedio en pesos fue de 9292,34 mensuales. Conclusiones: El uso de la estrategia de sedoanalgesia con el uso de remifentanilo demuestra una notable reducción de costos en el tratamiento de nuestros pacientes, aun teniendo en cuenta el costo ele-

vado del producto. El registro continuo de datos permitió demostrar en forma precisa este ahorro. La estrategia elegida basada en la evidencia demostró ser costoefectiva en uno de los ítems de mayor consumo de los pacientes en UTI.

**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  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (CABA), Argentina

Introducción: La infección por *Pneumocystis jiroveci* (PJ) se considera una infección oportunista que puede causar neumonía grave en pacientes con compromiso severo del sistema inmune. Sin embargo la posibilidad de provocar infección clínica en el huésped inmunocompetente se desestima. Los lactantes con infección por virus sincicial respiratorio (VSR) se asumen como huéspedes normales a pesar de que existe reciente evidencia de que la infección por VSR provoca una disminución de la respuesta inmunológica linfocitaria. Objetivo: Precisar la frecuencia de la asociación entre VSR y PJ, el estado inmunológico, la presentación clínica y evolución de estos pacientes. Material y Métodos: Lactantes entre 1 y 24 meses con bronquiolitis por VSR y necesidad de asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVM) al ingreso a UCI. Se investigó prospectivamente en muestras obtenidas de aspirado traqueal la presencia de PJ por microscopía óptica, otros virus respiratorios mediante inmunofluorescencia indirecta, y cultivo bacteriano cuantitativo. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y de evolución. Los pacientes con aislamiento de PJ y relación PaO<sub>2</sub>/ FIO<sub>2</sub> (PAFI) menores a 200 recibieron tratamiento específico con TMX/SMZ. Para la descripción de los datos se utilizó mediana y rango intercuartílico. Para la comparación de variables discretas, test de Ch<sup>2</sup>. Para las variables continuas de distribución normal, test de T, y para las variables continuas de distribución no normal el test de Mann Whitney. Se consideró estadísticamente significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: se estudiaron 42 pacientes. Edad 4 meses (2-7). PIM2 1,45 (0,74-2,17). PAFI al ingreso 173 (121-230). CD4: 629,5 (480-778). Mortalidad 2/42 (4,7%). Recibieron tratamiento específico 17/42 pacientes (40,4%). Los pacientes con aislamiento de PJ (PJ+) mostraron mayor tendencia a presentar comorbilidad ( $p=0,05$ ), internaciones previas ( $p=0,08$ ), PAFI  $< 200$  ( $p=0,10$ ), más días de AVM ( $p=0,16$ ) y mayores valores de láctico dehidrogenasa-LDH ( $p=0,13$ ). Los pacientes con aislamiento de PJ que no presentaron otras co-infecciones virales o bacterianas tuvieron mayor hipoxemia ( $p=0,01$ ), mayor comorbilidad ( $p=0,05$ ), y una tendencia a presentar un mayor deterioro inmunológico expresado por el descenso de los niveles de CD4 ( $p=0,15$ ), así como un mayor tiempo de AVM ( $p=0,11$ ). Conclusiones: En esta serie una alta proporción de pacientes aisló PJ en muestras respiratorias. Todos evidenciaron una marcada alteración inmunológica celular. El PJ se asoció a mayor compromiso de la oxigenación. Si bien no hubo significancia estadística, los pacientes con aislamiento de PJ tendieron a presentar mayor compromiso inmunológico.

**0279 COMUNICACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL POSOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA (CB)**

RA GIMBERNAT, JP GEMPEL  
Centro de Cuidados Intensivos. San Juan, Argentina

Introducción: La prevalencia de la obesidad en nuestra población se encuentra en continuo aumento. Asimismo el número de intervenciones bariátricas crece exponencialmente en todo el mundo. Estos dos hechos han traído aparejado el aumento de esta categoría de pacientes en las unidades de cuidados intensivos. En mayo del 2005 se implementó la CB en nuestro Centro Médico y consideramos un aporte a nuestra especialidad informar sobre nuestra casuística. Objetivo: Comunicar nuestra experiencia en el postoperatorio de CB, aportando datos epidemiológicos y resultados. Material y Método: Se realizó una revisión de las historias clínicas de todos los pacientes en el postoperatorio de CB desde el 5/9/05 hasta el 20/4/08. Resultados: Cuadros 1, 2 y 3.

Cuadro 1: Datos estadísticos y técnicas

Nº de pacientes	79
Edad	45(19-65)
IMC	50(37-82)
Peso	136(88-223)
Laparoscópicas	77
Convencional	2
Convertidas	2
By Pass	76
Cinturón gástrico	3

Cuadro 2: Comorbilidades

s/comorbilidad	16	20,3%
1-2 comorbilidad	49	62,0%
3 o más	14	17,7%
Más frecuentes		86,1%
Hipertensión arterial	45	36,9%
DBT II	19	15,6%
Sindr. MTB	9	7,4%
Asma	7	5,7%
Insuf. venosa	7	5,7%
Artrosis/ingesta crónica de AINE's	7	5,7%
OSA	6	4,9%
Miocardopatía/ICC	5	4,1%

Cuadro 3: Complicaciones inmediatas

Complicaciones inmediatas/Pacientes(%)	20/16(20%)
Graves/Pacientes (%)	6/4(5%)
Moderadas/Pacientes (%)	14/12(15%)
Absceso subfrénico	1
Hematoma subhepático infectado	1
Hipokalemia sintomática	1
Lesión faríngea post-intubación	1
Caida inexplicada de Hto	1
Hematoma de pared	2
Neuropatía compresiva	2
Síndrome febril	2
Leak	2
Hemorragia digestiva alta	2
Insuf. Resp./VM prolongada	2
Hipertensión arterial severa	3
Fallecidos (%)	2 (2,5%)

Conclusiones: Los números expuestos no difieren de otras experiencias en el postoperatorio de CB. La evolución de obesos mórbidos internados en UTI por otras causas y en condición crítica difiere sustancialmente. Aunque existen considerables diferencias en la literatura en cuanto a la influencia de la obesidad mórbida en los resultados en unidades de cuidados críticos. A nuestro criterio la condición electiva, la preparación previa y el manejo protocolizado con equipamiento adaptado a estos pacientes, explican las diferencias.

## 0280 VALIDACIÓN DEL ACUTE PHYSIOLOGY AND CHRONIC HEALTH EVALUATION II (APACHE II) EN UNA POBLACIÓN RESIDENTE A GRAN ALTURA

SP GUTIERREZ

Hospital Obrero N°1, Bolivia

Objetivos: 1. Validar el puntaje APACHE II en una población de pacientes críticos residentes de gran altura (3600 msnm). 2. Medir el rendimiento del sistema de predicción de mortalidad APACHE II en los siguientes grupos de pacientes a) no quirúrgicos, b) quirúrgicos y c) post operados de cirugía cardíaca. Material y métodos: Estudio de cohorte prospectiva, desarrollado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente, con 8 camas de un hospital de tercer nivel ubicado a 3600 msnm. Se incluyeron pacientes internados en forma consecutiva entre 01.01.2003 y 31.12.2004, de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión: a) edad > 14 años, b) permanencia > 23 horas

en UCI. El APACHE II fue calificado a las 24 y 48 horas del ingreso. Se realizó el seguimiento de los pacientes hasta el alta de UCI. Los datos fueron recolectados en una base de datos desarrollada en el programa Epi Info 3.2.2 y analizados mediante estadística descriptiva e inferencial. El nivel de significancia (IC) establecido fue del 95%. Para establecer la discriminación del APACHE II se utilizó la curva de características operativas del receptor (ROC) y para la calibración se utilizaron el coeficiente alfa de Cronbach y la curva de Lorenz con los programas informáticos Epidat 3,0 y Microsoft Excel® 2000. Los resultados obtenidos fueron comparados con los datos del trabajo original de Knauss. Resultados: Ingresaron al estudio 686 pacientes. 54,8% de los pacientes fueron varones, la edad promedio fue de 58 años con estancia promedio de 5,1 días. Los pacientes con tratamiento no quirúrgico alcanzaron al 59% de los pacientes. La tasa bruta de mortalidad fue del 34% y la ajustada de 26%. El área bajo la curva ROC del APACHE II fue de 0,74 (IC=0,68 - 0,80) para los pacientes no quirúrgicos y de 0,83 (IC=0,75 - 0,91) para los pacientes quirúrgicos tanto a las 24 como a las 48 horas (sin diferencias con los datos originales de Knauss) con una alfa de Cronbach de 0,92; en cambio para los pacientes de cirugía cardíaca fue de 0,35 (IC=0,24 - 0,46) con una diferencia estadísticamente significativa con el estudio de Knauss (Chi2=84; g.l.=1; p=0,0000) con una pésima calibración (Índice de Gini=0,95; Índice de Pietra 0,93), con una alfa de Cronbach de -0,16. Conclusiones: El puntaje de APACHE II aplicado a la población de pacientes de UCI residentes de gran altura tiene buena estimación, discriminación y calibración para pacientes no quirúrgicos tanto a las 24 como a las 48 horas. La calibración de este sistema de puntuación es mala para los pacientes quirúrgicos. No es útil como predictor de mortalidad para pacientes postoperados de cirugía cardíaca. Por lo tanto el proceso de validación del sistema para nuestro medio es aceptable.

## 0281 PRESENTACIÓN DE CASO DE NEUMOMEDIASTINO CON NEUMORRAQUIS

E GILARDI, F FERREIRO, C VIOTTI, L URANGA, S FARIAS, S ZIDARICH

Hospital Italiano de Cordoba, Argentina

Objetivos: El neumorraquis o aire en el canal espinal es una complicación conocida de trauma espinal o de cráneo, absceso epidural, punción lumbar o anestesia epidural, pero sólo algunos casos han sido reportados de neumorraquis espontáneo no traumático asociado a neumomediastino. La hiperinsuflación y distensión alveolar, secundaria a la obstrucción bronquial aguda, provoca la ruptura de los alvéolos distales seguido de escape aéreo hacia mediastino y tejido subcutáneo, siguiendo las vainas perivasculares. La ausencia de una barrera entre mediastino posterior o retrofaringe y el espacio epidural, permite que el aire fluya libremente a través del foramen vertebral. Presentación: Paciente de 16 años con antecedentes de asma medicado con salbutamol inhalado, que comienza hace 1 semana con exacerbaciones de sus crisis de asma, las cuales ceden con medicación habitual. 24 horas previas al ingreso, el paciente refiere dolor cervical lateral izquierdo, intenso, de comienzo brusco que no se intensifica con los movimientos y que no cede con analgésicos comunes. Ese mismo día concurre a un centro asistencial donde se le diagnostica faringitis y se lo medica con analgésicos comunes. Ante la falta de respuesta al tratamiento, consulta por guardia constatándose disnea de reposo, uso de músculos accesorios, broncoespasmo severo, con laboratorio normal. Se solicita Rx tórax que muestra neumomediastino confirmándose por TAC de tórax. Además de este hallazgo se observa contenido gaseoso en el interior del canal medular que va desde zona lumbar hasta las primeras vértebras cervicales, pudiendo correlacionarse con neumorraquis. Evolución: Paciente evoluciona favorablemente con broncodilatación intensiva, con remisión total de las crisis. No presenta durante su internación signos o síntomas neurológicos. Es valorado por el servicio de neurocirugía y te cirugía de tórax con conducta expectante. Seguido en sala común por el servicio de neumonología quien lo medica y externa sin complicaciones. Conclusión: El neumomediastino y el enfisema subcutáneo son complicaciones posibles de la crisis asmática, y algunos pueden llegar a presentar neumorraquis. Dado que sólo a un pequeño grupo de pacientes con neumomediastino se les realiza tomografía computada, la real incidencia del neumorraquis no puede ser determi-

nada y es posible que sea mayor que los casos reportados. No se han descrito complicaciones neurológicas asociadas al neumorraquis en la bibliografía.

**0282 EVALUACIÓN DEL VALOR DIAGNÓSTICO PREDICTIVO DE LA ACTIVIDAD ENZIMÁTICA DE CK-MB (INMUNOLÓGICA) EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

CT COLL<sup>1</sup>, HF CERVANTES<sup>2</sup>, SG COLL<sup>3</sup>, CE CHOCLIN<sup>1</sup>, GR RONCHETTI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santojanni, GCBA, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Durand, GCBA, Argentina. <sup>3</sup>Facultad de Medicina, UBA, Argentina

Objetivo: Evaluar en nuestra población hospitalaria la utilidad de la medición temprana de los marcadores bioquímicos cardiológicos CPK y su isoenzima CK-MB (por método inmunológico) en pacientes con síndrome coronario agudo atendidos en el servicio de Guardia. Materiales y métodos: *Población:* Pacientes atendidos por guardia por presentar dolor precordial con ECG normal o alterado sin elevación del segmento ST, con un tiempo transcurrido desde el inicio del episodio comprendido entre 2 a 4 horas, y sin presentar antecedentes inmediatos de ejercicio físico intenso o traumatismo severo. *Muestras:* Sangre obtenida por punción venosa y recogida en tubo seco para obtener suero. Los mismos presentan aspecto límpido, anictérico y sin rastros de hemólisis. Se utilizan reactivos Roche® para medir la actividad enzimática de CPK y CK-MB (inmunológica), en un Autoanalizador Hitachi 902. Los resultados obtenidos se analizaron estadísticamente por el Test de Student. Resultados: Se analizaron los resultados de actividad enzimática de CK-MB de 886 muestras cuyo valor de actividad enzimática de CPK total no superaba las 150 UI/L. Los resultados se separaron en 4 grupos para su análisis. Se evaluó si los valores de CK-MB reunían criterio\* de diagnóstico de IAM. Se efectuó el seguimiento de los pacientes para corroborar su ingreso o no a Unidad Coronaria o si fueron dados de alta. Los resultados obtenidos se muestran en el siguiente cuadro

Grupo	Nº de Muestras	Actividad de CPK total	Muestras con CK-MB con criterio* de IAM	% de muestras con criterio* de IAM	Pacientes IAM con CK-MB alta	Pacientes IAM sin CK-MB alta
1	143	Hasta 60 UI/l	131	91,7	1	-
2	226	60 a 90 UI/l	188	83,2	7	-
3	272	90 a 120 UI/l	192	70,6	18	1
4	245	120 a 150 UI/l	157	64,1	24	7

\*Criterios que determinan CK-MB elevada: actividad mayor de 25 UI/L o relación CK-MB/CK total comprendida entre 0,6 a 0,20 ó entre 6 y 20 %.

Conclusión: Podemos concluir que el valor diagnóstico de la actividad enzimática de CK-MB y su relación con la de CPK total, no aporta certeza y no tiene valor predictivo, en muestras con valores normales de CPK total, dado el alto porcentaje de veces que reúne los criterios de IAM y no estar el paciente en esa situación. Por esto, la determinación de estas enzimas solo serviría para obtener un valor basal de las mismas y, en caso de no contar con otro parámetro para la evaluación y seguimiento del paciente coronario crítico, utilizarlas en determinaciones seriadas de confirmación diagnóstica.

**0283 FACTORES PREDISONENTES PARA INSUFICIENCIA CARDIACA**

N PRIETO<sup>1</sup>, G FERNANDEZ CID<sup>1</sup>, S LOMBARDO<sup>2</sup>, A NUÑEZ<sup>1</sup>, D MIQUELARENA<sup>1</sup>, C GARAYALDE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital E. Tornú, Argentina. <sup>2</sup>Hospital E. Tornu, Argentina

Introducción: La presencia de pacientes cada vez mas añosos que consultan a los Servicios Hospitalarios, y el crecimiento de la consulta por signos de insuficiencia cardiaca y su posterior internación en Servicios de alta complejidad. Objetivos: Estudiar cuales son las patologías prevalentes en pacientes que se internan por Insuficiencia Cardiaca en un Servicio de Terapia Intensiva oficial en una Ciudad de mas de 1000000 de habitantes. Material y Métodos: Efec-

tuamos un estudio retrospectivo de los pacientes internados en nuestro Servicio de Terapia Intensiva desde diciembre de dos mil cuatro a la fecha, encontrando, luego de eliminar a aquellos que hicieron falla de bomba durante su internación por otras patologías, 102 pacientes que su causa primaria de internación fue Insuficiencia Cardiaca, en los mismos evaluamos los antecedentes previos a su ingreso, edad y sexo. Resultados: Cuando evaluamos los factores predisponentes y los antecedentes de los pacientes ingresados encontramos que el 50% de los mismos presentaba o había presentado Hipertensión arterial en algún momento de su evolución lo que implicaría una estimación como parámetros poblacionales de un Intervalo de confianza entre 40 y 60% con un alfa de 0,05; el antecedente de cardiopatía isquémica necrótica se presentó en un 24,5 % solo o asociado a la Hipertensión, las valvulopatías y las miocardiopatías estuvieron presentes en un 8.8% respectivamente y la diabetes e un 6.9 %. Conclusiones: A la luz de estos datos podemos tener en cuenta sin lugar a dudas que frente a un paciente con antecedentes de Hipertensión arterial y cardiopatía isquémica necrótica nos encontraremos con altas probabilidades de que pueda intercurrir o presentar episodios de insuficiencia cardiaca, siendo menos dicha probabilidad en aquellos que presentan una miocardiopatía dilatada una valvulopatía y o diabetes en forma aislada.

**0284 INICIO DE TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES CRÍTICOS CON INJURIA RENAL AGUDA**

J TENZI, A ITURRALDE, I ARAMENDI

Hospital de Clínicas, Uruguay

Objetivos: -Determinar las características de la población de pacientes críticos con injuria renal aguda (IRA) que requieran terapia de reemplazo renal (TRR). -Determinar si el momento de inicio de la TRR presenta implicancia pronóstica en ésta población de pacientes. Material y método: Estudio retrospectivo, observacional sobre una serie de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Clínicas (Montevideo) que presentaron IRA o insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento médico agudizada que requirieron TRR en el período comprendido entre marzo de 2004 y marzo de 2008. Se determinaron las características de dicha población de pacientes, presencia de disfunción orgánica múltiple (DOM), características y valores de la disfunción renal al inicio de la TRR, tipo de TRR empleado, necesidad de TRR y sobrevida al alta de UCI. Score de riesgo: APACHE II. Análisis estadístico: test de Fisher y "t" test, p<0.05 estadísticamente significativo. Resultados: 47 pacientes ingresados a UCI presentaron IRA o IRC agudizada que requirieron TRR. Edad promedio: 57 años (DE± 15), sexo masculino 66%(n= 31). APACHE II promedio: 29(DE ± 8). Mediana de estadía en UCI: 17 días (rango 1-148 días). Mortalidad global: 74.5 % (n= 35). El 81 % (n= 38) presentó DOM. Valores promedio al inicio de la TRR: azoemia 1,75 gr/l (DE ± 0,56), creatinemia 3,76 mg/dl (DE ± 1,64) y potasemia 4,62 mEq/l (DE ± 1,2 ). El 74.5 % (n= 35) presentó oligoanuria y el 62%(n= 29) presentó acidosis metabólica (SBE > -5). Tipo de TRR: 83% (n= 39) hemodiálisis intermitente (HDI), 17% (n= 8) diálisis lenta y prolongada (SLED), 0% terapia continua de reemplazo renal (TCRR). Mediana de TRR: 2(rango 1-28), TRR persistente al alta de UCI: 76.5%(n= 36). Pacientes con azoemia < a 1,75 gr/l y e" a 1,75 gr/l al inicio de TRR presentaron una mortalidad respectiva de 71 % (17/24 ) y 78% (18/23) (NS). Pacientes que recibieron HDI y SLED presentaron una mortalidad respectiva de 74%(29/39) y 75 % (6 /8) (NS). Conclusiones: -La mortalidad de los pacientes con IRA en TRR fue elevada acorde con otras series(3,4). -Un porcentaje mayoritario( 83%) recibió HDI como TRR. -Los valores promedio de azoemia y creatinemia al inicio de la TRR fueron elevados. -No existió diferencia de mortalidad entre HDI y SLED. -No existió diferencia significativa en mortalidad con inicio precoz de TRR basado en valores de azoemia como subrogante del mismo como se ha visto en otras series. 1-Uchino S, Kellum JA, Bellomo R et al for the Beginning and Ending Supportive Therapy for the Kidney (BEST Kidney) Investigators: Acute Renal Failure in Critically Ill Patients A Multinational, Multicenter Study. JAMA 2005; 294:813-818. 2-Liu KD,Himmelfarb J,Paganini E, Alp Izkizler P et al: Timing of Initiation of Dialysis in Critically Ill Patients with Acute Kidney Injury. Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1:915-919

## 0285 FORMACIÓN EN SOPORTE NUTRICIONAL EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA

MA SALAS<sup>1</sup>, S ILARI<sup>2</sup>, J SAGARDÍA<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Parmenio Piñero, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup>Hospital Alejandro Posadas, Argentina

**Introducción:** En el año 2001 la Federación Latinoamericana de Nutrición Parenteral y Enteral (FELANPE) llevó a cabo un estudio multicéntrico, el estudio ELAN, con el objetivo de valorar el estado nutricional de los pacientes hospitalizados en América Latina. La prevalencia de malnutrición hospitalaria en la Argentina fue de 61,9%. Es de interés evaluar el nivel de conocimiento de los estudiantes avanzados de la carrera de enfermería en relación a los aspectos nutricionales debido a que esta formación es la base de los cuidados que se les brindará a los pacientes. **Objetivos:** 1. Estimar el conocimiento sobre soporte nutricional (SN) de los estudiantes del último año de la carrera de enfermería universitaria. 2. Determinar la capacitación en el pregrado en aspectos referentes a valoración nutricional y cuidados de enfermería durante la implementación del SN. **Materiales y Métodos:** se suministró un cuestionario a estudiantes del último año de la carrera de enfermería y a enfermeros con más de 1 año de experiencia en la atención de pacientes adultos en terapia intensiva. El instrumento utilizado consta de 23 preguntas de selección múltiple divididas en dos secciones: la primera referente a valoración nutricional y requerimientos calóricos, y la segunda sobre cuidados de enfermería. Para determinar el nivel de conocimiento e identificar los problemas en la formación del pregrado se compararon ambos grupos. Se utilizó el Wilcoxon Rank Sum Test para comparar el resultado entre los grupos, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . **Resultados:** se encuestaron 115 estudiantes y 70 enfermeros. El 61% de los encuestados desconocía la forma de realizar la valoración nutricional, el 82% calcular los requerimientos calóricos. El 60% contestó incorrectamente la pregunta referente a acciones frente al desplazamiento de la sonda de alimentación. El 70% desconocía la frecuencia del lavado de la sonda y el 75% de la medición del residuo gástrico. **Comparación entre los grupos:**

	Mediana del puntaje ( percentilos 25-75%)	
n:185	Valoración Nutricional (puntaje ideal 10 puntos)	Cuidados de enfermería (puntaje ideal 13 puntos)
Estudiantes (n:115)	3 (1-4)	9 (8-10)
Enfermeros (n:70)	3 (2-5)	10 (9-11)
p	NS	0,0011

**Conclusiones:** No encontramos diferencias en el nivel de conocimiento referente a Valoración Nutricional entre los grupos. En la sección referente a los cuidados de enfermería hubo una diferencia estadísticamente significativa con puntajes más altos en los enfermeros. La formación en cuanto a Valoración Nutricional en el pregrado es insuficiente. Es fundamental educar, concientizar y capacitar a los estudiantes y enfermeros sobre la importancia de la valoración nutricional como parte del cuidado básico que debe recibir todo individuo. El conocimiento de lo que ocurre en nuestro medio permitirá realizar las modificaciones precisas para acercarlos al estándar de tratamiento y, si fuese posible, mejorarlos.

## 0287 CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES TRAUMATIZADOS EN TERAPIA INTENSIVA

H CANALES, E ESTENSORIO, R REINA, F GONZALEZ, G VIDAL, E VALGOLIO, P MONTEFIORE, M BELDERRAIN, M GARCIA, B VARELA, C MARCHENA, AL GONZALEZ, MA TORO  
Hospital San Martín, Argentina

**Objetivos:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes traumatizados y cuales son las diferencias que existen con respecto al resto de la población de pacientes en terapia intensiva. Como objetivos secundarios tratar de establecer uso de asistencia respiratoria mecánica (ARM), días de internación en Terapia Intensiva y determinar la mortalidad de dicha población. **Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectiva que incluyó a todas las admisiones desde 01/01/01 al 31/12/07. Lugar: Unidad de Terapia Intensiva de 10 camas, de un hospital universitario. **Pacientes:** Se incluyeron todos los pacientes ingresados en Terapia Intensiva. En el grupo de traumatizados se incluyen los politraumatizados y con trauma craneoencefalico. **Métodos:** Se registraron prospectivamente scores de gravedad, parámetros fisiológicos, duración de VM y días de Terapia Intensiva. Se analizaron las diferencias entre los dos grupos según la naturaleza de los datos, considerándose una  $p < 0,05$  como significativa. Los datos son expresados como media y desvío standar o mediana y rango intercuartílico según corresponda. **Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron 1366 pacientes; 245 ingresaron por trauma (18%); 210 masculino (71%) RR=1.58[1.43-1.72]; 181 requirieron ARM (71%) RR=1.36[1.21-1.51]; Fallecieron 111 (38%) RR=0.91 [0.823-1]

	Trauma	No Trauma	
UTI días	8 [3-22]	5 [2-12]	P < 0.001
Edad	34±15	44±18	P < 0.001
APACHE II	18±9	17±8	P = 0.34
APACHE II RISK	27±23	31±24	P = 0.018
SAPS II	37±16	34±18	P = 0.011
SAPS RISK	35±26	31±27	P = 0.018
SOFA	7±4	6±4	P < 0.001
GLASGOW	11±4	13±3	P < 0.001
TISS	33±10	29±10	P < 0.001
ARM n (%)	181 (61)	481 (45)	P < 0.001
ARM Días	9 [3-22]	6 [2-16]	P = 0.24
Genero Masculino n(%)	210 (71)	482 (45)	P < 0.001
Mortalidad n (%)	111 (38)	338 (31.5)	P < 0.05

**Conclusiones:** La población de pacientes traumatizados en Terapia Intensiva fue diferente al resto de la población general, con pacientes más jóvenes, predominantemente genero masculino, con mayor porcentaje de ARM y con una mortalidad acorde a lo predicho con el score SAPS II.

## 0289 PARTICULARIDADES DEL DIAGNÓSTICO DE MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS EN LESIONES INFRATENTORIALES PRIMARIAS

A ANTIK<sup>1</sup>, IJ PREVIGLIANO<sup>1</sup>, DV CABEZAS<sup>1</sup>, MC BACQUÉ<sup>1</sup>, M NUÑEZ<sup>2</sup>, CH PONTEVILLE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Buenos Aires Trasplante, Argentina. <sup>2</sup>Cátedra de Matemática - Facultad de Farmacia y Bioquímica - UBA, Argentina

**Objetivo** Evaluar si existen diferencias en el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos (ME) entre las lesiones supratentoriales (S), difusas (D) e infratentoriales (I). **Material y método** Estudio: análisis de base de datos prospectiva. **Intervenciones:** Diagnóstico de ME según protocolo de INCUCAI. **Datos:** Edad, sexo, causa de muerte, donación, paro cardíaco (PC), TA previo, gases pre y post TA, presencia de diabetes insípida, sepsis, fallo multiorgánico, drogas vasoactivas y depresoras, temperatura, presión arterial media, craniectomía descompresiva y método instrumental confirmatorio. **Búsqueda bibliográfica:** PubMed bajo la estrategia "brain death" "primary" "infratentorial" "lesions". **Análisis estadístico:** Test de Student de dos colas, Test de Chi Cuadrado. **Resultados** Entre el 1/01/06 y el 30/06/07 se recibieron 388 comunicaciones de ME de las que se obtuvieron 178 TAC: 99S, 52D, 27I. La etiología de I fue Hematoma Intracerebral Espontáneo (HICE) en el 56% ( $p < 0.001$ ). Los pacientes con I requirieron menos drogas vasoactivas ( $p < 0.04$ ) que S y D. No hubo diferencias en las dosis de dopamina ni noradrenalina ( $p < 0.2$ ), presencia de diabetes insípida ( $p < 0.2$ ), utilización de tiopental ( $p < 0.17$ ) o craniectomía descompresiva

(p<0.2) ni en incidencia de sepsis, FMO o SDRA. Se utilizó el doppler transcraneal como herramienta confirmatoria en el 22% (p<0.001) y los potenciales evocados somatosensoriales en el 26% (p 0.2). La combinación de ambos estudios fue más utilizada en I que en S y D (p<0.001). Conclusiones La etiología principal de I fue el HICE. Los pacientes con I requirieron menos drogas vasoactivas. El DTC fue el método de elección para el diagnóstico de ME. Sólo hemos hallado un trabajo similar en la literatura con un análisis de un número inferior de casos y menos variables estudiadas.

### 0290 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS DE 39 CASOS

S LABASSE, A ROSATI

Hospital Petrona V. de Cordero, Argentina

Objetivo: Caracterización global de la Hemorragia subaracnoidea en el servicio de terapia intensiva del hospital general de agudos Petrona V. de Cordero. San Fernando, Buenos Aires, Argentina durante el periodo comprendido entre el 1º de Enero y el 31 de Diciembre de 2007. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de las HSA ingresadas en un periodo de 12 meses con un total de 39 casos. Se excluyeron las traumáticas y hematomas intracerebrales con invasión subaracnoidea. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas. Para su análisis se utilizó el SPSS versión 13. Resultados: En el año 2007 ingresaron 39 pacientes, 71% fueron mujeres (28) y 11 (28,2%) fueron varones. La edad promedio de los pacientes fue de 46 y el tiempo de internación 11 días. El 42, 9% de las mujeres presentó aneurisma en la arteria cerebral media, mientras que en los varones la mayor frecuencia se observó en la arteria comunicante anterior con un 27,3%. La localización más frecuente en general es a nivel de la cerebral media con un 33% (13); en 9 casos no se determinó la localización. Un solo caso presentó aneurismas múltiples. Del score APACHE II podemos decir que 46% de los casos (18) presentaba una probabilidad de mortalidad del 6.5%, en un 25 % (10) fue del 23%, en un 23% (9) del 12%, siendo solo en el 5% de los casos (2) donde se registra una probabilidad del 30%. Los factores de riesgo fueron: hipertensión arterial (40%) y tabaquismo (24%). Evaluando el score de Hunt Hess obtuvimos los siguientes resultados: 66,7% de los casos (26) corresponden a HH 1,2,3 y un 33, 3% de los casos (13) HH 4 y 5. En la escala de Fisher un 56% de los casos (22) corresponde a FIV y V y en el 43,6% restante (17 casos) a FII y III. En relación al tratamiento se embolizaron 28.2% de los pacientes (11) y cliparon 33.3% (13). Del total de pacientes (39) el 46, 2% (18) fueron dados de alta; el mismo porcentaje murió y el 7,7 % (3) fueron derivados. La mortalidad de los pacientes con score de HH 1,2 y 3 fue del 30.7% (8) y aquellos con HH 4 y 5 tuvieron una mortalidad del 76.9% (10) del total de los ingresados en cada categoría que fueron 26 y 13 pacientes respectivamente. De los 18 pacientes fallecidos, 39% fueron por complicaciones asociadas a su HSA mientras que en el resto (61%) por complicaciones sistémicas siendo la sepsis responsable del 33.3% ( 6 casos ).Las complicaciones en el sistema nervioso más frecuentes fueron vasoespasmos, 6 casos ( 3 fallecidos y 3 altas) e hidrocefalia 4 casos registrándose todos en la categoría de óbitos. Conclusión: La HSA espontánea predomina en el sexo femenino ( 71 % ), la edad media fue de 46 años y el tiempo de internación de 11 días. La hipertensión arterial fue el principal factor de riesgo. Con respecto al tratamiento definitivo de la malformación 13 pacientes fueron clipados mientras que 11 fueron embolizados. La mortalidad fue del 46.2%, siendo las causas extraneurológicas responsables del 61% de la misma.

### 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 GONZALEZ B DE QUIRÓS, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA, B MARTINEZ

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La sepsis es la principal causa de muerte y morbilidad en los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos. Se estima que en EEUU se diagnostican más de 650000 casos anuales responsables de más de 100.000 muertes en el mismo periodo. No se conoce la incidencia de sepsis en una población estable con atención primaria en nuestro país. Objetivo: Describir los episodios de sepsis en los pacientes afiliados al plan de salud de un Hospital Universitario de BA (PS) que requirieron internación y su incidencia. Materiales y Método: Estudio prospectivo descriptivo de corte transversal. Nuestro PS cuenta con 130.000 afiliados adultos. Se incluyeron prospectivamente todos los pacientes adultos afiliados a PS que presentaron Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS) en el contexto de infección (Sepsis) durante un episodio de internación entre Noviembre de 2007 y Marzo de 2008. Resultados: Se incluyeron 329 pacientes que presentaron 415 episodios en dicho periodo de tiempo. La densidad de incidencia cruda fue de 4,5 (IC95% 4 - 5) casos por cada 1000 afiliados/año correspondientes al 5.9% de las internaciones de PS. La mediana de edad fue de 78 (intervalo intercuartilo de 17), 53% correspondieron al sexo femenino. El 24% ocurrieron durante un episodio de internación y el 76% fueron el motivo de internación. La mediana del score de Charlson fue de 2 (intervalo intercuartilo 3). Las comorbilidades más frecuentes fueron en el 75 % HTA, en el 48% DLP, en el 29% enfermedad oncológica activa, en el 19% demencia y en el 18% DBT. Todos tuvieron 2 o más criterios de SIRS, 47% tuvo 3 criterios y 17%: 4 criterios. El 12% presentó episodios múltiples. Se diagnosticó shock séptico en 11%, sepsis severa en 25% y falla orgánica múltiple en 19% (de los cuales 54% presentaron más de 3 disfunciones orgánicas identificadas). El foco infeccioso considerado origen de la sepsis fue en 45% respiratorio, 26% urinario, 10% intraabdominal, 9% endovascular, y 10% otros. La mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días (intervalo intercuartilo de 9), siendo la mortalidad intrahospitalaria global del 19% (IC95% 15 - 23). Requirieron internación en área crítica o intermedia el 34% (media de SOFA 8 y mediana de Apache II 25). La mortalidad intrahospitalaria fue del 73% (IC95% 58 - 87) para shock séptico, 63% (51-74) para falla orgánica múltiple, 57% (IC95% 47-67) para los pacientes con sepsis severa y 6% (IC95% 3-9) para sepsis sin disfunción orgánica. Conclusiones: La sepsis fue una entidad presente en los pacientes mayores (mediana de edad 78) y con comorbilidad alta (Charlson 2). La sepsis como motivo de ingreso fue mayor a la sepsis desarrollada en la internación (76% vs 24%). Requiere alta complejidad en un 34% y la mortalidad asciende progresivamente con la presencia de disfunción orgánica múltiple ( 6%,19% y 65%)

### 0292 DESCRIPCIÓN DEL RESCATE DE GÉRMEENES 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 MARTINEZ, E SAN ROMÁN, D GIUNTA, J POLLAN, S GIANNASI, G WAISMAN, F GONZALEZ B DE QUIRÓS, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Es importante categorizar la probabilidad clínica pretest de infección por gérmenes resistentes al decidir el tratamiento antibiótico empírico inicial. Una forma pragmática de agruparlas es según su relación con el sistema de salud: intrahospitalario, extrahospitalario, y asociado al sistema de salud. Objetivo: Correlacionar las proporciones de gérmenes de mayor resistencia antibiótica dentro de cada categoría de clasificación. Materiales y Método: Estudio prospectivo descriptivo de corte transversal. Se incluyeron prospectivamente todos los pacientes adultos afiliados a un Plan de Salud Hospitalario con Sepsis durante un episodio de internación entre Noviembre de 2007 y Marzo de 2008. Se registraron todos los cultivos y se analizaron según rescate de gérmenes y su resistencia de acuerdo las normas dictadas por CLIS/NCCLS. Resultados: Se incluyeron 326 episodios de sepsis y se categorizaron

como intrahospitalarios 105 (32%), extrahospitalarios 191 (59%) y relacionados al sistema de salud 30 (9%). Dentro de este grupo se incluyeron 2 cirugías ambulatorias, 4 diálisis crónica, 8 con estudios diagnósticos invasivos recientes, 14 quimioterapia ambulatoria y 2 institucionalizados crónicos. Dentro del grupo extrahospitalario la mediana de edad fue de 77 años, 56% correspondiente al sexo femenino. El score de Charlson fue de 2. La mediana de estadía fue 13 días, con una mortalidad intrahospitalaria de 25%. Los focos más frecuentes fueron 51% respiratorio, 22% urinario y 12% intraabdominal. Dentro del grupo asociado al sistema de salud la mediana de edad fue de 73 años, con 43% sexo femenino. El score de Charlson fue de 3. La mediana de estadía fue de 6 días, con una mortalidad intrahospitalaria de 13%. Los focos más frecuentes fueron 37% urinario, 20% respiratorio y 17% endovascular. Dentro del grupo intrahospitalario la mediana de edad fue de 81 años, con 46% sexo femenino. El score de Charlson fue de 2. La mediana de estadía fue de 7 días, con una mortalidad intrahospitalaria de 15%. Los focos más frecuentes fueron 38% respiratorio, 30% urinario y 13% endovascular. No se encontraron diferencias significativas entre sexo (p 0.07), ni mortalidad intrahospitalaria (p 0.12). Se encontraron diferencias significativas en edad (p 0.002), score de Charlson (p 0.001) y estadía (p < 0.001) entre los 3 grupos. Se rescató algún germen en 86 (45%) de los extrahospitalarios, 19 (63%) de los asociados al sistema de salud y 73 (70%) de los intrahospitalarios (p < 0.001). La proporción de gérmenes resistentes fue de 3.7%, 20% y 16.2% respectivamente (p < 0.001). La diferencia entre las últimas 2 categorías no fue estadísticamente significativa (p 0.62). El germen más frecuentemente aislado fue *Escherichia coli* 64% (114). Conclusión. Las diferentes categorías de riesgo pretest parecen discriminar pacientes con distinto riesgo de rescate de germen. La falta de evidencia de diferencia entre las proporción de gérmenes resistentes entre las 2 últimas categorías puede deberse al pequeño tamaño del grupo de pacientes asociados al sistema de salud.

### 0293 DESCRIPCIÓN DE LOS EPISODIOS DE SEPSIS EN PACIENTES ANCIANOS

J POLLAN, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, B MARTINEZ, E SALAZAR, D GIUNTA, G WAISMAN, F GONZALEZ B DE QUIRÓS, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción. El riesgo de muerte de los pacientes con Sepsis aumenta precozmente y permanece elevado por años, con disminución variable según las distintas series de la expectativa de vida en el seguimiento, deterioro de la calidad de vida y funcionalidad. La edad es un factor de riesgo fundamental en la mortalidad asociada a cada episodio de sepsis. El impacto del envejecimiento de la población general en la incidencia y la mortalidad asociada a sepsis no se conoce. Objetivo. Describir las características generales la población de pacientes sépticos mayores a 75 años en comparación con los menores de 75 años. Materiales y Métodos. Estudio prospectivo descriptivo de corte transversal. Se incluyeron prospectivamente todos los pacientes adultos afiliados al Plan de Salud de Hospital Universitario en Buenos Aires (PS) que presentaran síndrome de respuesta inflamatoria sistémica en el contexto de infección (Sepsis) durante un episodio de internación en el Hospital entre Noviembre de 2007 y Marzo de 2008. Se dividieron los pacientes arbitrariamente en 2 grupos tomando como punto de corte los 75 años. Nuestro PS tiene aproximadamente 130000 afiliados, de los cuales el 17% (20500) son mayores de 75 años. Resultados. Se incluyeron 329 pacientes, 199 pacientes mayores de 75 años y 130 menores. El grupo de mayores de 75 años tuvo una mediana de edad de 83 años y el sexo femenino fue del 60%. En el grupo menores a 75 años, la mediana de edad fue de 63 años y el sexo femenino 42%. Ambos grupos presentaron un puntaje en el Score de Charlson de 2. Los focos infecciosos más frecuentes en fueron el respiratorio y urinario en ambos grupos (46% y 31% en los mayores; 43% y 18% en los menores). En el grupo mayores, se diagnosti-

có shock séptico en 10%, sepsis severa en 19% y disfunción orgánica múltiple en el 15%. En el grupo menores se diagnosticó shock séptico en 11%, sepsis severa en 30% y falla orgánica múltiple en 23%. La mortalidad intrahospitalaria fue de 19% en el grupo mayores y 16.5% en el grupo menores, con una estadía de 10 y 8 días respectivamente. Se encontraron diferencias significativas en sexo (p 0.002) y en la presencia de sepsis severa (p 0.03). No se encontraron diferencias significativas en la mortalidad (p 0.43), desarrollo de shock séptico (p 0.98), falla orgánica múltiple (p 0.09), o rescate de gérmenes multirresistentes (p 0.39) entre ambos grupos en el análisis univariado. En el análisis multivariado, el odds de mortalidad entre el grupo mayores de 75 y menores fue de 2.4 (p 0.03) ajustado por sexo, score de Charlson, sepsis severa y rescate de germen multirresistente. Conclusiones. La población de pacientes más jóvenes con episodios de sepsis tiene mayor comorbilidad que la población general y una mediana de edad elevada. Pertenecer al grupo de mayores a 75 años aumenta 2.4 veces el riesgo de mortalidad intrahospitalaria ajustando por comorbilidad y severidad.

### 0294 REGISTRO INSTITUCIONAL DE SEPSIS: EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN

G WAISMAN, G GIUNTA, J POLLAN, S GIANNASI, F GONZALEZ B DE QUIRÓS, E SAN ROMÁN, M BALEIRÓN, A DE TOMA, C ELIZONDO, C MILLÁN RAMOS, C PARRA, N TULA, B MARTINEZ, E SALAZAR  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción. Los registros de enfermedades son relevamientos sistemáticos de patologías particulares que permiten conocer las características clínicas, las estrategias diagnósticas y terapéuticas, sus resultados y la evolución en el tiempo. El problema fundamental de la implementación de un registro es la garantía de calidad de sus datos. En un Hospital Universitario desde Noviembre de 2007 funciona el Registro Institucional de Sepsis (RIS). Incluye pacientes con episodios Sepsis y la evaluación es estandarizada. Objetivo. Describir la calidad de los procesos de un registro durante las etapas iniciales de su implementación. Materiales y Método. Estudio descriptivo de Corte transversal de indicadores de calidad de procesos del RIS. Se dividió el funcionamiento del registro en sus procesos integrales y se le asignó a cada proceso indicadores de calidad para el monitoreo de su funcionamiento. Se evaluaron los procesos de reporte (cantidad de reportes), captura (pacientes perdidos), evaluación (tiempo entre reporte y evaluación) durante el período inicial de la implementación entre Noviembre 2007 y Marzo 2008. Se presenta la evolución de los indicadores con gráficos de control. Resultados. Se reportaron 1029 pacientes con 1556 episodios de Sepsis potencialmente incluíbles por solicitud de hemocultivos, con un promedio mensual de 206 pacientes reportados por mes. Entre los pacientes evaluables, cumplieron criterios de inclusión 345 (33.5%), de los cuales se perdieron a la evaluación inicial solo 1 paciente (0.3%) por fallecimiento precoz. De los 1118 pacientes a quienes se les tomaron hemocultivos y fueron no incluidos en el RIS: el 83% no presentó criterios de SIRS, y el 68% no se internó. La mediana de tiempo entre reporte y la evaluación inicial se mantuvo estable durante los 5 meses iniciales. La mediana total fue de 12.7 horas (Intervalo Intercuartil 8,86). Conclusiones El uso de indicadores de calidad para sus procesos integrales permite medir su funcionamiento, implementar ciclos de mejora y evaluar su impacto. Los indicadores evaluados se mantuvieron estables a lo largo de la implementación probablemente debido a la experiencia con los registros previos. La oportunidad de captura de estos pacientes facilita en gran medida su evaluación, lo cual explicaría la muy baja tasa de pacientes perdidos

### 0295 DESCRIPCIÓN DE SEPSIS ASOCIADA A CATÉTER EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

B MARTINEZ, F GONZALEZ 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  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La sepsis asociada a catéter es una complicación frecuente de los pacientes internados prolongando su estadía y contribuyendo a la morbilidad en este grupo. **Objetivo:** Describir la ocurrencia de sepsis asociada a catéter en una población de pacientes con sepsis incluida en el Registro Institucional de Sepsis de pacientes pertenecientes a un seguro de salud de Hospital Universitario (PS) Material y Método: Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes afiliados al PS internados en todas las áreas de internación que presentaron un episodio de sepsis categorizado como foco primario catéter endovascular. El período fue de Noviembre 2007 a Marzo 2008. **Resultados:** Se incluyeron 328 en el RIS con sepsis, de los cuales 24 (7%) pacientes presentaron sepsis asociada a catéter. La mediana de edad fue 70 (intervalo intercuartil 20) con un porcentaje de sexo femenino 46%. Presentaron un score de Charlson de 2 (intervalo intercuartil de 2.5). Se consideró intrahospitalario 18 (75%), extrahospitalario 1 (4%) y asociados al sistema de salud 5 (21%). De estos, presentaron shock séptico 7 (29%), sepsis severa 12 (50%), y disfunción multiorgánica 11 (46%). La mayor proporción se encontró asociada a catéter triple lumen (6; 25%) o Swan Ganz (6; 25%). El 62% tuvieron aislamiento de germen en el hemocultivo, 46% en cultivo de punta de catéter y 21% en el retrocultivo. *Staphylococcus aureus* fue el germen rescatado con mayor frecuencia, en 8 (33%) pacientes, seguido de *Staphylococcus coagulasa* negativo en 3 (12.5%) y *Klebsiella* en 3 (12.5%). La mediana de estadía hospitalaria en días fue de 19 (intervalo intercuartil 23). La mortalidad intrahospitalaria fue de 36% (IC95% 14 - 58). **Conclusiones:** La sepsis asociada a catéter se representó en el 7% de todos los episodios de sepsis de pacientes internados, mayoritariamente la infección fue intrahospitalaria (75%) aunque un grupo considerable se asoció a catéteres en pacientes ambulatorios (21%). La estadía (19d) y mortalidad (36%) son altas en pacientes que desarrollan sepsis asociada a catéteres.

**0296 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS**

A FELDMAN, D VARELA, E ARISTA, C CANESSA, M BONO, R SANCHEZ, N TIRIBELLI, N FALCON PEREZ, A MARINO  
CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

**Objetivo:** Comparar las características clínicas y evolución de los pacientes que presentaron diagnóstico de insuficiencia renal aguda durante su internación en terapia intensiva (UTI) vs. aquellos que no la presentaron Material y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en forma consecutiva a nuestra UTI entre el 01/09/2006 al 31/03/2008, y en especial los pacientes que presentaron insuficiencia renal aguda. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía en UTI, asistencia respiratoria mecánica (ARM), vasopresores y transfusiones. Las variables ordinales se expresaron como media y desvío Standard y las nominales como porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-test para las variables cuantitativas y Chi Cuadrado para las cualitativas. Se consideró significativa una p < 0,05. **Resultados:** Se analizaron un total de 922 pacientes de los cuales el 24% (221/922) presentaron IRA con una urea de 117.8 (85.7) y una creatinina de 4.9 (17.4) y el 76% no presentaron IRA. A continuación se detallan las características de los mismos.

	IRA	NO IRA	p
n	221	701	
Edad	68.7 (14.2)	58.5 (18.8)	<0.05
Apache II	23.3 (9.8)	13.1 (8.8)	<0.05
SAPS II	50.9 (20.5)	31 (20)	<0.05
Requerimiento de ARM	53% (161/221)	17% (119/701)	<0.05
Días de ARM	9.7 (4.9)	9.6 (6.7)	ns
Días de UTI	9.8 (13)	4.9 (6.8)	<0.05
Vasopresores	4.7 (5.2)	3.5 (3.7)	<0.05
Transfusiones de GR	34.8% (77/221)	18.4% (129/701)	<0.05
Mortalidad	48.3 (19/221)	13.2 (93/701)	<0.05

El 47 % de estos pacientes requirió tratamiento dialítico los que presentaron una mortalidad de 32.1 %. **Conclusiones:** Los pacientes con IRA en UTI presentan scores de gravedad más altos, mayor requerimiento de transfusiones de glóbulos rojos, vasopresores y estadía en UTI, así como mayor mortalidad.

**0297 REPERCUSIÓN DE LAS INFECCIONES EN LOS PACIENTES CRÍTICOS**

A MARINO, D VARELA, M BONO, R SANCHEZ, C CANESSA, E ARISTA, N TIRIBELLI, N FALCON PEREZ  
CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

**Objetivo:** Comparar las características clínicas y la mortalidad de los pacientes infectados vs no infectados internados en unidad de terapia intensiva (UTI). **Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes ingresados a UTI desde 01/09/2006 hasta 31/03/2008. Para su análisis se dividieron en 2 grupos, aquellos infectados microbiológicamente documentado vs no infectados. Las variables analizadas fueron edad, Apache II, SAPS II, estadía en UTI, requerimientos de ARM, vasopresores, trasfusión de hemoderivados, insuficiencia renal (IR) y mortalidad. Además se consideró el sitio de infección y si la misma fue adquirida o no en la UTI. Los datos se presentan como media y desvío estándar para las variables ordinales y en porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó T-Test para las variables cuantitativas y Chi Cuadrado para las cualitativas, tomándose como significativa una p < 0.05. **Resultados:** Se incluyeron un total de 922 pacientes, 42.5 % hombres y 57.5 %, de los cuales en 324 (35.1 %) se documentó infección con un total de 469 episodios y 598 (64.9 %) sin infección.

	Infectados n=324 (%)	No infectados n=598 (%)	p
Edad (SD)	62.7(17.9)	60.1 (18.6)	NS
Sexo			NS
Hombres	186 (57.4)	345 (57.3)	
Mujeres	138 (42.6)	255 (42.6)	
Scores (SD)			<0.05
APACHE II	19.99 (9.5)	13.34 (9.5)	
SAPS II	45.01 (20.5)	31.30 (20.8)	
VM (DS)			<0.05
n	237 (73.1)	237 (39.5)	
Días de VM	8.7 (10)	3.4 (2.9)	
Días Weaning	1.6 (5.3)	1.2 (0.6)	
Reintubación	38 (16)	15 (6.3)	
Traqueostomía	64 (27)	24 (10.2)	

	Infectados n=324 (%)	No infectados n=598 (%)	p
Transfusiones			
GR	95 (29.3)	120 (20.1)	<0.05
Plaquetas	25 (7.7)	20 (3.3)	<0.05
PFC	35 (10.8)	55 (9.2)	NS
IR			<0.05
Aguda	99 (30.5)	84 (14)	
Crónica	32 (9.9)	45 (7.5)	
Vasopresores/Inotropicos			<0.05
Noradrenalina	183 (56.5)	117 (19.6)	
Dopamina	23 (7.1)	12 (2)	
Dobutamina	76 (23.5)	43 (7.2)	
Estadía (SD)	10.5 (11.4)	3.69 (6)	<0.05
Mortalidad	110 (33.9)	92 (15.3)	<0.05

El 41.4 % (194/469) de las infecciones fueron adquiridas fuera de la UTI (infección intrabdominal 40.7 % (79/194), neumonía grave de la comunidad 25,8 % (50/194) y neumonía intrahospitalaria 17.5 % (34/194) y el 58.6 % (275/469) dentro de la UTI (infección del tracto urinario 45.3 % (92/275), neumonía asociada al ventilador 24.2 % (49/275), infección por catéter 8.5 % (17/275). **CONCLUSIONES:** Los pacientes críticos que presentan infecciones tienen scores de grave-

dad más altos y mayor mortalidad. La proporción de pacientes infectados en ARM fue mayor, con mayor estadía, días de weaning y tasa de reintubación. Además, mayor requerimiento de drogas vasoactivas, transfusiones de hemoderivados, incidencia de IRA y prolongación de su estadía en UTI.

#### 0299 CATÉTERES VENOSOS CENTRALES EN TERAPIA INTENSIVA

S RACERO, M BONO, R SANCHEZ, C CANESSA, E ARISTA, N TIRIBELLI, D VARELA, A MARINO  
CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

Objetivo: Analizar la incidencia de complicaciones asociadas a catéteres venosos centrales en forma global y según su localización. Material y métodos: Se incluyeron en forma prospectiva todos los pacientes ingresados a la terapia intensiva (UTI), desde el 01/09/06 al 30/03/08, haciendo hincapié en los que requirieron colocación de catéteres venosos centrales. Se registró el sitio de inserción, tiempo de permanencia del catéter, complicaciones infecciosas y no infecciosas. Para el análisis demográfico se consideraron variables como edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía en UTI y mortalidad. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el Test de t y chi cuadrado. Los datos se expresan como media, desvío standard y porcentaje. Consideramos significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Ingresaron 922 pacientes de los cuales 504 pacientes requirieron un total 737 catéteres. 56,1% eran mujeres 283/504 y hombres el 43,9% 221/504. Edad 63,2(17.7), APACHE II 19.4(10), SAPS II 44.1(21.5), estadía en UTI 9(10.7). Mortalidad 33.1% 167/504. Los pacientes que no requirieron catéteres fueron 418, el 58.8% (246/418) fueron mujeres y hombres 41.7% (172/418). Edad 58.3 (19), APACHE II 10.5 (7.9%), SAPS II 25(17.4). Estadía en UTI 2.5(3.8) días. Mortalidad 8,4% 35/418. El análisis comparativo de los datos anteriores mostró una  $p < 0.05$ . La permanencia promedio de los catéteres fue de 6(4.4). Presentaron una incidencia de contaminación de 6.4% con una densidad de incidencia(DI) 10.6 c/1000 días de catéter. La incidencia de infección de 2.3% con DI de 3.8 episodios c/1000 días de catéter. Los gérmenes aislados en las sepsis por catéter fueron: Staphylococcus aureus 35.3% (6/17), Klebsiella sp. 23.5% 4/17, Acinetobacter baumannii 17.6% 3/17. Serratia sp., Neumococo, enterobacter y candida 5.9% respectivamente. Los pacientes que presentaron sepsis por catéter tuvieron una mortalidad del 41.2%(7/17). Las complicaciones no infecciosas, Neumotorax 1.1%(8/737), Subclavia (SC) 1.04% (2/192), y 1.3% (6/462) en yugular anterior (YA).

Sitio de inserción	%	Estadía Media	Incidencia de contaminación	DI de contaminación	Incidencia de infección	DI de Infección
SC	25.4%	6.5	6.25%	9.6	1%(2/192)	1.59
YA	62.7%	5.9	6.27%	10.6	2.8%(13/462)	4.7
YP	5%	6.2	10.8%	17.2	0	0
FE	5%	4.7	8.1%	11.4	5.4%(2/37)	11.4

Conclusión: Los pacientes que requirieron colocación de catéter venoso central presentan scores de gravedad y mortalidad más alta, así como también estadía en UTI más prolongada. La incidencia de infección asociada a catéter, así como la contaminación y las complicaciones no infecciosas son coincidentes con las publicaciones internacionales. Observamos una diferencia significativamente mayor en el tiempo de estadía del catéter SC, sin incremento en la incidencia de infecciones asociadas. Observamos, mayor mortalidad en los pacientes complicados con sepsis por catéter, sin diferencias significativas con el resto de la población. El sitio de colocación más frecuentemente relacionado con complicaciones infecciosas es el femoral.

#### 0300 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EVALUAR EL IMPACTO HEMODINÁMICO Y DE OXIGENA-

#### CIÓN DURANTE LA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR

G NELSON<sup>1</sup>, M MASTANTUONO<sup>2</sup>, J SALVATIERRA<sup>1</sup>, S VILLARROEL<sup>1</sup>, E SAN ROMÁN<sup>1</sup>

1 Hospital italiano de Buenos Aires, Argentina. 2 Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina

Introducción: Si bien no está estandarizado el uso y utilidad de la maniobra de reclutamiento alveolar (MRA) existe razonable consenso como para implementarlo en pacientes con síndrome de distress respiratorio e hipoxemia refractaria. Entre los efectos adversos que tiene la MRA el más notable es la disminución del retorno venoso con descompensación hemodinámica. El cuidado respiratorio de los pacientes es el resultado de la interacción entre las actividades médicas y de enfermería. La realización de protocolos consensuados de tratamiento pueden ser desarrollados por enfermería. Objetivo: Describir la implementación de un protocolo que nos permita medir el impacto hemodinámico y de oxigenación durante la MRA. Material y métodos: Ingresan a este protocolo todos los pacientes mayores de 18 años, con una Pafí < de 150, con más de 24 horas de evolución, con Fio2 > de 70%, PEEP > a 10 cm de H2O, infiltrados bilaterales con Rx de cuatro cuadrantes con o sin utilización de inotrópicos. No son incorporados a este esquema de tratamiento los pacientes en fase de resucitación por hipovolemia, barotrauma, signos de disfunción cardíaca por fenómenos restrictivos y con antecedentes de hipertensión pulmonar moderada o severa. El monitoreo hemodinámico se realizará mediante monitor Vigileo (Edwards USA). Procedimiento: (toma de datos y registro) I. Optimizar la volemia. Se valorará Variación de volumen sistólico (VVS) – TAM – IC. Los objetivos a lograr previos a la implementación de la MRA serán: VVS < al 10% - TAM > 65 MmHg – IC > 2.3L/m<sup>2</sup>; (se utilizarán volúmenes y drogas inotrópicas). II. Sedación profunda (Ramsay), asociada a relajantes musculares de corta duración. III. Implementación de MRA a) Registro de variables respiratorias: Modo ventilatorio (MV) Presión pico (PAW)- Presión plateau (Pp) Volumen Tidal (Vt) – PEEP – Fio2 – Fr – Relación inspiración- espiración (I: E) – Presión inspiratoria (Pinsp). b) Ecuilibración: El ventilador deberá estar programado en modalidad de presión control (PC), tal que el Vt sea de 7 a 8 ml/Kg, I: E = 1:1, Fio 100%, Fr. tal que la PCO sea < a 50. Estos parámetros deberán permanecer durante treinta minutos previos a comenzar con los escalones. c) Muestra arterial y venosa (A-V) d) MRA: Será escalonada con una PEEP fija en 20 Cm H<sub>2</sub>O, manipulando la Pinsp de a 5 cm. H2O hasta llegar a una PAW de 60 Cm H<sub>2</sub>O. Cada escalón durará 3 minutos y el final de la maniobra será con descalonamiento hasta llegar al punto de ecuilibrio. Gases A-V en el pico del escalonamiento, a los 30' y a las 4 hs e) Bajar la Fio2 tal que la SaO digital sea > 92%. Resultados: Siendo esta presentación la de un protocolo, los resultados se valorarán en su aplicación en pacientes. Conclusiones: La protocolización de procedimientos en UTI son imprescindibles para optimizar la tarea asistencial.

#### 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

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Es conocido que un grupo de pacientes con SDRA realizan en su evolución hipoxemia refractaria (PAFí < 150 FIO<sub>2</sub> > .70 PEEP > 10 cmH<sub>2</sub>O). En estos casos diversos autores recomiendan realizar maniobra de reclutamiento alveolar. Objetivos. Evaluar parámetros hemodinámicos y respiratorios antes y después de una maniobra de reclutamiento alveolar escalonada. Material y métodos. Cuatro pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva con diagnóstico de SDRA e Hipoxemia refractaria en quienes se indicó maniobra de reclutamiento alveolar. La maniobra se realizó en forma escalonada con aumentos crecientes de presión en la vía aérea siguiendo normas escritas de un protocolo utilizado en la uni-

dad. Se valoró antes durante y 240 min después los siguientes variables: TA, VVS, PaFi. Se utilizó un respirador microprocesado y como monitor hemodinámico Vigileo. (Edwards USA) Resultados. En la tabla siguiente se observan los resultados.

Tabla 1. Variación volumen sistólico

basal	3min	6min	9min	12min	30min	240min
7	7	7	12	14	9	8
10	18	22	30	37	16	10
8	10	12	15	19	11	9
4	6	10	13		9	7

Tabla 2. Variación de Tensión Arterial

Basal	3 min	6min	9min	12min	30min	240min
116	137	112	113	102	118	110
85	83	87	74	73	80	76
105	100	73	66	71	78	96
82	95	88	83		78	76

Tabla 3. Variación de PAFI

basal	9min	12min	30min	240min
83		104	314	161
53		355	391	247
112		298	240	173
117	110		105	91

Conclusiones: 1) La maniobra de reclutamiento resultó ser segura en pacientes euvolemicos previamente seleccionados.2) No hubo deterioro hemodinámico ni barotrauma 3) En 3 de 4 pacientes la MRA resultado util por una significativa variacion de la PAFI. 4) Esta maniobra tambien detecta un paciente no respondedor que orienta a otros procedimientos futuros para optimizar la oxigenacion.(vg: decubito prono)

**0302 RESERVA INSULÍNICA EN PACIENTES CRÍTICOS NO DIABÉTICOS**

M PERMAN, CL BAYON, L LITWAK, P SORROCHE, E SAN ROMÁN, A GALLESIO  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar la capacidad secretora de las células beta del páncreas (Reserva pancreática = RP), la glucemia y el grado de resistencia insulínica (RI) en pacientes (P) no diabéticos con enfermedades críticas, dentro de las primeras 48 horas de evolución de las mismas y sin alimentación. Evaluar eventuales diferencias fisiopatológicas y/o metabólicas en P normo e hiperglucémicos y entre los diferentes grupos etiológicos de ingreso a UTI. Material y Métodos: Estudio prospectivo en P críticos por sepsis (S), injuria cerebral aguda (ICA) e injuria tisular (IT) debida a trauma, inflamación y/o isquemia/reperfusión. Se excluyeron P diabéticos o con insuficiencias de órganos o en tratamiento con corticoesteroides. Dentro de las primeras 48 horas del inicio de la injuria/sepsis se dosó HbA1c (HPLC), insulinemia (RIE), glucemia, proteína C reactiva (PCR, nefelometría), interleuquina 6 (Il6, ELISA). La RI se evaluó con el índice HOMA (iH). La RP se evaluó mediante el test de glucagon (péptido C basal [pCba] por RIA y a los 6' [pCpost]) del estímulo con 1 mg EV de glucagon. El análisis estadístico se realizó con el programa STATA 8, utilizando test t, Wilcoxon, chi2, ANOVA (Bonferroni) y Kruskal-Wallis. Resultados: Se estudiaron 68 P, hombres 66.2%. Promedios ± DS de edad: 49.7±18.6 años; APACHE II 19.2±5.7; TISS28 26.0±7.6; mortalidad 26.2%; PCR 16.6±10,6 mg/dl; Il6 383.2± 340.0

UI/l; HbA1c 5.8 ± 0.7%; glucemia 135.9±39.5 mg/dl; insulinemia 33.2±29.9 UI/ml; iH 12.4±13.2. Los diagnósticos de ingreso a UTI fueron: IT 50%, ICA 19.1% y S 30.9%. Al agrupar los P acorde a glucemia d" o > 110 mg/dl, las únicas diferencias significativas (p<0.05) fueron respectivamente: glucemia 94.7±7.9 vs 149.6±36.1 mg/dl; PCR 11.4±6.6 vs 18.3±11.2 mg/dl; insulinemia 23.6±20.9 vs 36.5±32.0 uUI/ml; iH 5.5±4.9 vs 14.7±14.3; pCba 3.5±3.6 vs 6.6±6.0 ng/ml y pCpost glucagon 5.5±4.9 vs 10.3±8.6 ng/ml. Al analizar los P acorde al grupo etiológico, ninguno de los parámetros mostró diferencias significativas, salvo la IL6 (< en el grupo IC). Los principales parámetros se observan en la tabla siguiente:

	Injuria Tisular	Injuria Cerebral	Sepsis	p
Glucemia (mg/dl)	129.9±36.2	151.7±52.5	135.8±34.4	0.2
Insulinemia (uUi/ml)	31.8±28.6	29.2±19.1	37.9±37.4	0.8
Índice HOMA	10.8±11.9	12.1±11.4	14.9±15.9	0.6
Insulinoresistentes (%)	90.9	76.9	85	0.5
pC basal (ng/ml)	5.4±5.2	4.2±3.7	7.4±6.9	0.5
pC post (6') (ng/ml)	7.1±6.0	10.5±8.0	11.4±10.2	0.2
Repueta pCpost < del 40% (% de Pacientes)	54.5	25	52.4	0.07 en IT vs IC

Conclusiones: La mayoría de los P críticos presentan resistencia insulínica con hiperinsulinemia que no alcanza para normalizar la glucemia. Un porcentaje importante de P no responde adecuadamente al test de estímulo secretorio con glucagon (aumento del pC post < 40% respecto al pCba), lo cual implica un compromiso de la célula beta del páncreas con imposibilidad de aumentar la secreción de insulina. Este fenómeno es mas marcado en los P hiperglucémicos y no parece ser diferente entre los 3 grupos etiológicos analizados.

**0303 METABOLISMO LIPÍDICO EN PACIENTES CRÍTICOS NO DIABÉTICOS**

M PERMAN, CL BAYON, L LITWAK, P SORROCHE, S LEGAL, M LAS HERAS, E SAN ROMÁN  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar parámetros del metabolismo lipídico en pacientes (P) no diabéticos con enfermedades críticas, en las primeras 48 horas de evolución y sin alimentación. Evaluar eventuales diferencias en P normo e hiperglucémicos y en los diferentes grupos etiológicos de ingreso a UTI. Material y Métodos: Estudio prospectivo (junto con el de reserva pancreática) en P críticos por sepsis (S), injuria cerebral aguda (ICA) e injuria tisular (IT) por trauma, inflamación y/o isquemia/reperfusión. Exclusión de P diabéticos, con insuficiencias de órganos o en tratamiento con corticoides. Dentro de las 48 horas de la injuria/sepsis se dosó HbA1c (HPLC), insulinemia (RIE), glucemia, triglicéridos (TG), colesterol (Co) total y HDL, ácidos grasos libres (AGL) por colorimetría, apolipoproteínas A y B (apoA y B) y proteína C reactiva (PCR) por nefelometría, adiponectina (Ad) e interleuquina 6 (Il6) por ELISA. La resistencia insulínica (RI) se evaluó con el índice HOMA (iH). El análisis estadístico se realizó con STATA 8, utilizando test t, Wilcoxon, chi2, ANOVA (Bonferroni), Kruskal-Wallis. Resultados: Se estudiaron 68 P, hombres 66.2%; ingreso a UTI por: IT 50%, ICA 19.1% y S 30.9%. El total de P mostró: edad: 49.7±18.6 años; APACHE II 19.2±5.7; TISS28 26.0±7.6; mortalidad 26.2%; PCR 16.6±10,6 mg/dl; Il6 383.2± 340.0 UI/l; HbA1c 5.8 ± 0.7%; glucemia 135.9±39.5 mg/dl; insulinemia 33.2±29.9 UI/ml; iH 12.4±13.2. Los parámetros del metabolismo lipídico del total de P fueron: Co total 102.7±39.6; CoHDL 20.1±11.5; TG 114.2±87.0; ApoA 80.9±40.4; AGL 0.53±0.28 mmol/l; Ad 52.0±7.7 pg/ml; ApoB < y > de 35 mg/dl en el 16.7% y 83.3% de los P; índice masa corporal 25.3±4.0; circunferencia cintura 82.2±15.2 cm. Al analizar los P con glucemia d" o > 110 mg/dl, hubo diferencias significativas (p<0.05) en la glucemia 94.7±7.9 vs 149.6±36.1 mg/dl y la PCR 11.4±6.6 vs 18.3±11.2 mg/dl y no la hubo en ningún parámetro del metaboli-

mo lipídico. El análisis de los P según grupo etiológico solo mostró diferencias significativas en IL6 y apoA, tal cual se observa en la tabla siguiente (\* = mg/dl): (Ver Tabla)

Conclusiones: P con respuesta de estrés acorde a niveles de PCR e IL6. El patrón lipídico fue de franca hipocolesterolemia a predominio de Co HDL; TG y Apo A bajos; predominio de ApoB bajas; valores normales de AGL y muy elevados de Ad. No se observaron mayores diferencias en los P normo e hiperglucémicos ni entre las diferentes causas etiológicas. Los resultados de ApoA y B y de Ad representan un aporte original, dada la escasa bibliografía al respecto en P críticos.

	Injuria Tisular	Injuria Cerebral	Sepsis	p
IL <sub>6</sub> (UI/l)	469.8±392.9	233.6±147.1	359.0±324.9	0.03
TG (*)	113.3±71.9	107.3±53.4	119.4±120.4	0.8
Co total (*)	99.4±35.4	117.3±35.3	98.5±46.8	0.1
Co HDL (*)	18.9±7.9	22.6±10.9	20.1±15.6	0.5
AGL (mmol/l)	0.51±0.26	0.51±0.16	0.54±0.36	0.9
Adipon. (pg/ml)	52.0±8.3	54.3±6.3	50.6±7.6	0.4
Apo A (*)	79.5±33.1	117.1±37.9	84.6±45.1	0.02
			(IT vs IC)	
ApoB < 35 (*)	21.4% de P	8.3% de P	15.0% de P	0.3
ApoB 35-65 (*)	53.6% de P	58.3% de P	50.0% de P	0.5
ApoB 66-99 (*)	21.4% de P	33.4% de P	33.4% de P	0.4
ApoB > 100 (*)	3.6% de P	0%	5.0% de P	0.3

### 0304 ENCUESTA ESTRATEGIA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL (PPC) DIRIGIDA

L. CAMPUTARO, M VILLALOBOS C, M SACOTO M, M PERMAN, A GALLESIO  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La estrategia de PPC dirigida fue originariamente desarrollada por M Rosner y publicada como estrategia terapéutica en el TEC grave en 1995 (J Neurosurg 83:949-962, 1995). La estrategia original consistió en elevar la PPC por arriba de 70 mmHg ó hasta alcanzar los niveles de "cascada de vasoconstricción". Para lograr esto se utilizaba captor de PIC hidrostático intraventricular, no se contemplaba sedación, la cabecera se indicaba a 0°, y sin soporte nutricional precoz. Nuestra inquietud consistió en detectar si realmente el protocolo se continúa realizando como originariamente se describió. Objetivos: Comunicar una encuesta realizada a expertos en el Área de Neurointensivismo respecto al concepto utilizado como "Estrategia PPC". Material y Métodos: Se realizó del 20/03 al 20/04 una encuesta dirigida, cerrada, anónima, vía Internet a 20 expertos en Neurointensivismo reconocidos (Muestra de conveniencia). Consta de 7 preguntas dirigidas a los ítems que particularmente pueden llevar a controversia en su implementación: sedación, estrategia de medición de PIC, soporte nutricional. Resultados: Se enviaron 20 encuestas obteniéndose respuesta a 18 de las mismas. 10/18 (55,5%) reconocieron utilizar estrategia PPC dirigida en la HTE. Todos utilizan algún protocolo de sedación-analgésia combinada. 14/18 (77,7%) utilizan cabecera a 30°, sólo 11,1% (2/18) utiliza cabecera a 0° y 11,1% (2/18) utiliza cabecera a 45°. La mayoría reporta siempre o generalmente utilizar fibra óptica como metodología de medición de PIC (75%). 87,5% reporta utilizar siempre o generalmente la localización intraparenquimatosa del captor de PIC. 22,2% (4/18) reporta como objetivo lograr una TAM > 70 mmHg, 77,7% (14/18) reporta como objetivo lograr una TAM > 60 mmHg. Conclusiones: Sí se considera que se está utilizando la Estrategia PPC dirigida para el tratamiento de la HTE en el TEC, debería adherirse al protocolo definido por Rosner y Col. La encuesta respondida por 18 Expertos en Neurointensivismo, arrojó que la adherencia a esta estrategia es al menos "relativa". Sin duda se rescata uno de los principios básicos: evitar la hipotensión arterial. Tal vez esto este representando una tendencia a no utilizar estrategias rígidas en los pacientes de Cuidado Intensivo en general y de Terapia Intensiva Neurológica en particular

### 0305 ENCUESTA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA (HSA)

L. CAMPUTARO, M SACOTO M, M VILLALOBOS C, M PERMAN, A GALLESIO  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La HSAa es una de las patologías neurovasculares de mayor impacto. Los distintos grados neurológicos al ingreso dependen en gran medida en su evolución de las conductas adoptadas por los equipos terapéuticos. A la actualidad se cuenta con variada estrategia de manejo, pero la exclusión aneurismática en tiempo y forma (cielo abierto o endovascular), la detección del vasoespasmo, son algunos los aspectos de relevancia en la terapéutica. Objetivos: Comunicar una encuesta realizada a expertos en el Área de Neurointensivismo respecto a las conductas para el tratamiento del HSAa. Material y Métodos: Se realizó del 20/03 al 20/04 una encuesta dirigida, anónima vía Internet a 20 expertos en Neurointensivismo (Muestra por conveniencia). La misma consta de tres dominios. I General: número de camas en la Institución, número de camas en la UCI; un indicador de "expertise" que consistió en el número de HSAa recibidas por mes. II. Recurso instrumental: Contar con TAC doppler transcraneano. III Recurso Humano: contar con experto en Neurointensivismo, contar con Neurocirujano 24 hs. IV Estrategias Tiempo al estudio agiográfico, tiempo y estrategia de exclusión aneurismática. Resultados: Se enviaron 20 encuestas obteniéndose respuesta a 18. I General: 55.4 % cuenta con más de 150 camas en la institución. 61.1% (11/18) cuenta con 9-12 camas en UCI. 55.5% (10/18) RECIBEN 2-3 HSAa al mes. II Recurso instrumental: 88.8% (16/18) cuentan con TAC 24 hs; el 100% cuenta con DTC. III Recurso Humano: el 100% cuenta con Experto en Neurointensivismo, el 100% cuenta con Neurocirujano las 24 hs. IV Estrategias: el 100% realiza la angiografía por sustracción digital dentro de las 48 hs; estrategia de exclusión 38.8% (7/18) realizan intervención a cielo abierto, 38.8% realizan intervención endovascular con coil's y 22% excluye el aneurisma en otra Institución, 72.2% (13/18) realiza la intervención dentro de las 48 hs, 16.6% dentro de las 96 hs y un 22.2% más allá de las 96 hs. Conclusiones: La mayoría de los expertos reportan contar con los ítems General, Recurso Instrumental, Recurso Humano y Estrategias en forma satisfactoria. Llama la atención que a pesar de estos algunos excluyen el neurisma más allá de las 96 hs. También es interesante el aspectos de la distribución de la estrategia de exclusión, en similar porcentaje se excluye por vía endovascular o a cielo abierto. Y a pesar de que todo cuentan con neurocirujano el 22.2 % realiza la intervención fuera de la Institución.

### 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, A. GALLESIO  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Objetivos. Comunicar dos casos de HCR. Caso 1: Paciente de sexo masculino de 59 años, con diagnóstico de adenoma de hipófisis recidivado, con dos cirugías previas. Ingresó a UCI en el post operatorio inmediato de excéresis del tumor por vía transeptoesfenoidal (extubado, GCS 14/15, hipertenso). Evolucionó con deterioro del sensorio en las primeras 24 horas del post operatorio. Se realizó TC de Cerebro, que evidencia hematoma alejado al área quirúrgica, frontal derecho, con un volumen de 50cc, con hemimolde ventricular, provocando herniación subfacial. Se realizó drenaje del hematoma. Se monitoriza con catéter de fibra óptica, doppler transcraneal y neuroimagen. Evolucionó con estado de conciencia mínima. Se deriva a centro de tercer nivel estable, traqueostomizado y sin respirador. Caso 2: Paciente masculino de 57 años de edad, con historia de 12 años de alteración del campo visual y valores elevados de prolactina. La RMI informa lesión supraselar nodular que partía de la silla turca dirigiéndose a la base del tercer ventrículo comprimiendo tallo y quiasma, con extensión supraselar izquierda

con desplazamiento de sifón carotideo homolateral. Se interviene por vía transepto-esfenoidal con adecuada resección y sin complicaciones intraoperatorias, ingresa a UCI a 24 horas del procedimiento por deterioro del sensorio y encefalopatía, con TC de cerebro que informa hematoma cerebeloso bilateral e hidrocefalia. Se coloca ventriculostomía con monitoreo de PIC con catéter de fibra óptica mejorando la hidrocefalia. Requirió evacuación quirúrgica del hematoma y deslaquetamiento occipital a 24 horas del evento, que se debió ampliar en las 24 horas siguientes. Evoluciona con paresia profunda, deterioro del sensorio y procesos infecciosos que requirieron tratamiento ATB. Es dado de alta de UCI con Glasgow 12/15. Conclusiones: La HCR, es consecuencia de procedimientos varios a nivel del encéfalo, sean estos quirúrgicos o secundarios a reparación de aneurismas o tumores. La clínica cursa con deterioro del estado de conciencia, convulsiones, crisis epilépticas, déficit motor en el post-operatorio inmediato y hasta 24 horas posteriores. En la TC de cerebro la presencia de HSA, a nivel de la tienda del cerebelo, parénquima o post-clipado de un aneurisma aumenta el riesgo de HCR, por lo que todo paciente que presente esta clínica descrita y los factores de riesgo asociados como consumo de aspirina, patología neuroquirúrgica, aumento de la presión intracraneana o pérdida abundante de LCR, en el post-operatorio deben hacer sospechar una HCR.

**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  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Objetivo.** Comunicar un caso de Hemorragia Subaracnoidea aneurismática de mal grado que intercorre con Síndrome de Ogilvie. **Caso Clínico.** Paciente de sexo femenino de 56 años de edad, que ingresa a UTI con diagnóstico de HSA, H&H V, Fisher IV, hematoma cerebral intraparenquimatoso. Angiografía por sustracción digital informa: lesiones aneurismáticas en el territorio carotideo derecho, (una en el origen de la arteria comunicante posterior, y la segunda en la bifurcación silviana). Se procedió a clipado de ambos aneurismas, evacuación del hematoma y deslaquetamiento frontoparietal derecho con plástica dural. Se monitoriza paciente (catéter de fibra óptica y Doppler transcraneal). Evoluciona con vasoespasmio severo requiriendo instaurar terapia "triple H". Día 9 de internación paciente presenta distensión abdominal con ausencia de ruidos hidroaéreos, sin respuesta a tratamiento médico. Rx simple de abdomen evidencia distensión de asa colónica a predominio del segmento cecal. Se solicita TC de abdomen al día 11 de internación que informa marcada dilatación de todo el marco colónico incluyendo la ampolla rectal, escasa cantidad de líquido libre perihepático, pequeñas burbujas de gas libre intraperitoneal, así como en vena porta y sus ramas principales. Se realizó hemicolectomía derecha, ileostomía y colostomía. La anatomía patológica describe: necrosis isquémica segmentaria con áreas de hemorragia intraparietal a nivel de mucosa cecal, peritonitis, plexo vascular venoso y arterial sin proceso inflamatorio parietal. Paciente evoluciona con mejoría del status neurológico (GCS 10/15), estabilidad hemodinámica, abdomen funcional, tolerando alimentación enteral. Se deriva a centro de tercer nivel para rehabilitación al día 35 de internación. **Comentarios.** El síndrome de Ogilvie es una entidad caracterizada por dilatación del colon (ciego y hemicolon derecho). El diagnóstico es por descarte de otras causas de pseudo-obstrucción intestinal (megacolon tóxico y obstrucción mecánica). La etiología en el 95% de los casos es secundaria a enfermedades subyacentes (trauma, infecciones y enfermedad cardíaca). También se relaciona con el uso de drogas de uso habitual en UTI (5% de los casos). La incidencia de esta entidad en pacientes con lesiones neurológicas es infrecuente. En este caso, la suspensión de los opiodes intravenosos, además de aplicar medidas conservadoras recomendadas en la literatura, fueron inefectivas, requiriendo ser intervenida quirúrgicamente.

**0308 TROMBOSIS CEREBRAL DE VENAS CORTICALES: REPORTE DE UN CASO**

M. SACOTO, L. CAMPUTARO, M. VILLALOBOS, C. BESADA, D. SANTA CRUZ, AO. GALLESIO  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Objetivos.** Comunicar un caso clínico de trombosis cerebral de venas corticales. **Caso Clínico.** Paciente de sexo femenino de 83 años de edad con antecedentes de HTA y DBT, con alteración transitoria del sensorio con foco instaurado (fascio-braquio-cubital izquierdo). Ingresó con GCS 14/15. TC de cerebro evidencia lesión hipodensa en región fronto-temporal derecha con áreas de hiperdensidad en su interior. Se solicita RM de cerebro sin contraste con ponderaciones T1, T2, FLAIR, GRECO, y DIFUSION, además de Angio RM de vasos intracraneales arteriales y fase venosa. Se observan lesiones hiperintensas intraparenquimatosas, con restricción en la difusión, que afectan la convexidad en el lado derecho, a nivel frontal lateral y paramediano, con clara afectación de la corteza pre-central. En la difusión hay focos de restricción de pequeño tamaño a nivel cortical posterior, ínsula izquierda, sustancia blanca profunda frontal y a nivel pre-frontal en la convexidad izquierda. La secuencia gradiente de eco mostró transformación hemorrágica en la lesión de la convexidad derecha. También se observaron estructuras de aspecto vascular con señal hiperintensa en la convexidad. La secuencia de AngioRM mostró señal de flujo normal en los vasos arteriales intracraneales. La secuencia en tiempos venosos, a las 48 hs de evolución mostró flujo conservado en los grandes senos duros sin evidencias de trombosis. **Comentarios.** La trombosis encefálica de venas corticales, es una entidad poco frecuente, de incidencia desconocida, y carente de síntomas patognomónicos. El diagnóstico es en base a una alta sospecha, mediante la clínica y la neuroimagen. En el presente caso, el diagnóstico de trombosis cerebral venosa se sospechó por el hallazgo en la TC de cerebro de lesiones isquémicas en localización que no correspondían a un territorio arterial definido. La RM informó lesiones hiperintensas con restricción en la Difusión lo que reafirma la patogénesis isquémica de las lesiones de reciente instauración. La AngioRM de las arterias intracraneales no evidenció lesión alguna al igual que la secuencia en tiempos venosos. Si bien esta última secuencia fue negativa, no se puede confirmar la obstrucción de las venas corticales como causa del infartoide, pero tampoco negarlo. El problema radica en que la anatomía del sistema venoso cortical no es tan bien definida como la arterial, ya que posee muchas variantes, además debemos tomar en cuenta que las venas corticales pueden llegar a ser de difícil visualización por su tamaño en la AngioRM.

**0309 PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTESTINAL AGUDA EN PACIENTES CRÍTICOS CON HEPATOPATÍAS**

M. CARIGNANO, C. KECSKES, E. MENÉNDEZ, F. GOLDIN, S. GIANNASI, S. ILARI  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Objetivos:** los pacientes con hepatitis crónica y cirrosis hepática presentan, frecuentemente, síntomas gastrointestinales secundarios a trastornos de la motilidad que pueden contribuir al desarrollo de sobrecrecimiento bacteriano, peritonitis bacteriana espontánea, encefalopatía y malabsorción con el consiguiente deterioro del estado nutricional y clínico de los mismos. Esto se exacerba cuando cursan enfermedades agudas y reciben drogas que afectan la motilidad intestinal. Los mecanismos fisiopatológicos son poco claros y, la mayoría de las publicaciones han centrado su atención en la afectación gástrica y del intestino delgado como responsables de las complicaciones antes citadas. Respecto del tránsito colónico, las referencias son "reporte de casos". La presencia de ascitis dificulta, además, el diagnóstico clínico-radiológico. **Nuestro objetivo es:** • Comunicar dos casos de pseudoobstrucción intestinal aguda en pacientes críticos con hepatopatía y ascitis. **Material:** se analizaron los siguientes casos: Caso 1: femenina de 55 años. Antecedentes de cirrosis de causa no filiada, HTA, DBT tipo II e hipotiroidismo. Ingre-

sa a terapia intensiva por hemorragia digestiva alta por várices esofágicas. Ingresó en AVM y requiere dopamina. Tratada con banding y terlipresina. Intercorrió con infección asociada a catéter, neutroscitis y cuadro de distensión abdominal; se diagnosticó pseudoobstrucción aguda. Se administra neostigmina y descompresión con rectosigmoideoscopia con respuesta favorable. Se externa. Caso 2: masculino de 26 años sin antecedentes relevantes. Ingresó a terapia intensiva por quemadura por arco voltaico del 38 % de superficie corporal (ab y b) evolucionando con rhabdomiólisis y hepatitis tóxica secundaria a anestésicos fluorados. Primera biopsia: hepatitis inflamatoria. Requiere asistencia ventilatoria mecánica; SDRA; Weaning dificultoso e inotrópicos. Múltiples intercorrientes infecciosas (incluyendo un episodio de peritonitis bacteriana espontánea). Insuficiencia renal con requerimientos de hemodiálisis y convulsiones con hipertensión endocraneana de probable causa metabólica. Un episodio de paro cardiorrespiratorio. Segunda biopsia: cirrosis de rápida evolución. Episodios reiterados de distensión abdominal; se diagnosticó pseudoobstrucción aguda con escasa respuesta a tratamiento médico (enemas, neostigmina) y rectosigmoideoscopia. Obiata. Métodos: Examen físico, Radiografía de abdomen, Tomografía computada de abdomen. CONCLUSIÓN: La pseudoobstrucción colónica aguda es un cuadro infrecuente pero que conlleva una elevada morbimortalidad dado que puede evolucionar, si no se reconoce en forma precoz, a una perforación colónica espontánea (riesgo aproximado 3%) con sus conocidas consecuencias. Consideramos que, las dificultades propias de la evaluación de los trastornos motores de los pacientes críticos, sumado a la presencia de ascitis y PBE en aquellos con hepatopatías, son causa importante de subdiagnóstico de esta forma potencialmente grave de dismotilidad gastrointestinal.

### 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

Hospital General de Agudos Juan A. Fernandez, Argentina

Introducción: El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMR-AC) es un fenómeno emergente a nivel mundial. En la literatura se describe como presentación más frecuente las infecciones cutáneas, principalmente forunculosis, con muy baja incidencia de compromiso pulmonar (3-6%), y excepcionalmente afección pulmonar primitiva. Objetivo: Descripción de un caso atípico de sepsis severa por SAMR-AC con presentación pulmonar primaria. Material y Métodos: Caso clínico: Historia clínica, laboratorio, bacteriología, radiografías, ecocardiograma transtorácico y transeofágico. Búsqueda bibliográfica: Medline: se analizaron los artículos más relevantes y sus citas bibliográficas. Descripción del caso: Paciente masculino de 28 años, residente en zona de viviendas precarias, previamente sano, que consultó por mialgias y fiebre, al examen físico presentó semiología en base derecha. Dado de alta con ceftriaxona y claritromicina. Consultó a las 48 hs. por empeoramiento clínico. Ingresó febril, hipotenso y oligúrico. Laboratorio: leucopenia con linfopenia, insuficiencia renal e hipoxemia. Se internó en terapia intensiva, inicio ventilación no invasiva, expansiones controladas y dopamina. Se realizaron dos hemocultivos que fueron positivos para SAMR-AC por lo que inició vancomicina y gentamicina, obteniéndose posteriormente su sensibilidad: SAMR-AC, por lo que se rotó el esquema a vancomicina y clindamicina. Se evidenció al 4to. día empiema bilateral, por lo que se colocaron tubos de avenamiento pleurales, con cultivo positivo para SAMR-AC. Hemocultivos control al 5to. día del nuevo esquema, también positivos para SAMR-AC. Vancocinemia tanto en pico como en valle: en rango. Al 10mo. día presentó una tumoración en cara anterior de brazo derecho con signos de flogosis, con eco de partes blandas compatible con colección, la cual fue drenada, también positiva para SAMR-AC, por lo que se decidió agregar al es-

quema rifampicina. Se realizó tomografía computada de tórax evidenciando neumonía necrotizante bilateral con múltiples cavidades. Serología para HIV negativa. Eco transtorácico y transeofágico negativo para endocarditis infecciosa. Por su buena evolución pasó a terapia intermedia cumpliendo tratamiento por 14 días. Alta con una estadía hospitalaria de 21 días y tomografía computada de torax en resolución. Conclusión: La capacidad de distinguir factores de riesgo asociados a la infección por SAMR-AC todavía no se han podido discriminar. Debido a la incidencia creciente en los últimos años de SAMR-AC y su frecuente mala evolución, su presencia y por lo tanto su cobertura dentro del esquema empírico sería un factor a considerar en pacientes con neumonía, severamente comprometidos, con leucopenia y/o linfopenia, con mayor énfasis en aquellos que presentan características necrotizantes, con infecciones de piel y partes blandas subyacente.

### 0311 CASO CLÍNICO: MIOPATÍA EN PEDIATRÍA

GS SOTO<sup>1</sup>, RL MAIDANA<sup>1</sup>, AV OJEDA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Pediátrico Avelino L. Castelán Resistencia Chaco, Argentina. <sup>2</sup>Hospital Pediátrico Avelino L. Castelán Resistencia Chaco, Argentina

Objetivos - Contar qué cuidados hacemos y cómo frente a un paciente con miopatía. -Motivar con el trabajo a recuperar el orgullo de cuidar. La enfermería tiene actualmente una misión de vanguardia entre el resto de las profesiones de salud. Tenemos un largo camino que recorrer, para comenzar a recorrerlo es necesario recuperar nuestra identidad, comprometernos, motivarnos, participar, en síntesis recuperara el orgullo de cuidar. Nuestra propuesta es que nos conozcan, no solo por lo que sabemos, sino también por lo que hacemos y para ello debemos investigar, escribir, contar, qué hacemos y cómo lo hacemos en el CHACO. A través del material del power point ir mostrando los cuidados de enfermería, los materiales que se usó para el cuidado, frente a un paciente con un diagnóstico irreversible que gracias al trabajo en equipo vivió 2 años en terapia adaptado al respirador pudiendo llevar una calidad de vida buena a pesar del diagnóstico, pudo aprender a caminar, y todas las reglas de convivencia. Mostrar la entrega al trabajo, a veces no contamos con la estructura edilicia que quisiéramos, los materiales pero existen barreras y podemos lograr cosas cuando los enfermeros ponemos todo por el orgullo de cuidar y bien. Conclusión El paciente merece el mejor cuidado y un buen morir, los enfermeros sabemos que tenemos un rol importante no estamos ajenos. Tenemos suficiente potencial para hacer de las cosas pequeñas cosas grandes, solo depende de nuestro compromiso.

### 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

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: El infarto del territorio de la arteria cerebral media está relacionado a un pobre resultado secundario al severo edema que suele presentarse entre el segundo y quinto día del evento, provocando aumento de la presión intracraneal con herniación cerebral, la tasa de mortalidad ronda el 80% en los casos de extensos infartos de la cerebral media. El tratamiento médico para el edema cerebral es limitado en efectividad. La CD dentro de algoritmos preestablecidos reduce la mortalidad en estos pacientes, no así la morbilidad. Ambos eventos del tiempo de evolución del infarto ACM y la implementación de la intervención. Objetivos: Analizar los resultados en pacientes con infarto de la arteria cerebral media a quienes se realizó la craneotomía descompresiva. Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo en el período 2004-2007. Se seleccionaron los pacientes a quienes se les realizó CD con diagnóstico de infarto extenso de la arteria cerebral media (ACM),

sin un protocolo de selección específico. Se registraron los datos epidemiológicos, grado neurológico a su ingreso mediante la escala de Glasgow, TAC de cerebro al ingreso identificando si existía o no desvío de línea media, tiempo en que se realizó la craniectomía, y grado de secuela neurológica o discapacidad a los 6 meses por vía telefónica utilizando Glasgow Outcome Score (GOS). Resultados. Se identificaron 13 pacientes; se analizaron 12 ya que 1 se perdió para el outcome a los 6 meses, 8 de sexo masculino y 4 femeninos. Edad 58,33± 9.72 (r 44-73). Mediana de GCS de ingreso de 13 (r 6 – 15). Desvío de línea media 58.3% (7/12) Cirugía realizada con una mediana de 72 hs (r 1-10 días). La mortalidad fue de 41.6 % (5/12) Glasgow a los 6 meses Tabla

GOS	N	%
1	5	41.6
2	1	8.3
3	4	33.3
4	1	8.3
5	1	8.3
Totales	12	100

Conclusiones. En esta serie de pacientes se puede observar, que el no protocolizar la indicación de craniectomía descompresiva en pacientes con infartos extensos de la arteria cerebral media, pueden entrar a la cirugía pacientes con una lesión neurológica primaria importante, que determinaría un mal resultado funcional. Dentro de la muestra analizada se encuentran pacientes que fueron sometidos inicialmente a trombolisis (frustra) y uno que desarrolló un evento isquémico en el post operatorio inmediato de la resección de un tumor. A su vez, los tiempos quirúrgicos en que se realizó la craniectomía fueron en su mayoría después de las 96 horas. Estos resultados en el contexto de intervenciones sin un algoritmo de selección, pueden desalentar la CD en el infarto extenso de ACM.

**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  
CMPFA - Hospital Churrucá Visca, Argentina

Objetivos: Analizar en forma comparativa las variables clínicas y pronósticas entre pacientes menores y mayores de 65 años que ingresan a la unidad de terapia intensiva (UTI). Material y métodos: Trabajo retrospectivo observacional que incluyó a todos los pacientes ingresados a UTI desde el 1/09/2006 al 31/03/2008. Se registraron datos demográficos, scores de gravedad, requerimiento de ventilación mecánica (ARM), estadía en UTI, mortalidad, vasopresores, insuficiencia renal aguda (IRA), requerimiento de diálisis y transfusiones. Se compararon las variables entre pacientes menores y mayores de 65 años. Las variables ordinales se expresaron como media y desvío standard y las nominales como porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-test para las variables cuantitativas y chi cuadrado para las cualitativas. Se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: Ingresaron 914 pacientes con las siguientes características:

	<65	>65	p
n (%)	437 (47,8)	477 (52,2)	
Medios	21 (4,5)	17 (3,5)	NS
Muñeca	225 (51,5)	300 (63,5)	NS
Edad	76,2 (16,9)	47,3 (10,1)	< 0,001
APACHE II (CS)	18,7 (4,7)	14,8 (3,1)	< 0,001
SAPS II (CS)	43,9 (10,4)	38,9 (8,2)	< 0,001
Escudo (CS)	6,8 (1,5)	5,5 (1,2)	< 0,001
Mortalidad (%)	12,4 (2,8)	25 (5,2)	< 0,001

De los > 65 años el 22,2% (97/437) requirió transfusiones, con una mortalidad de 37,1% (36/97); se transfundieron el 25,8% (30/123)

Variable	Vasopresores <65	Vasopresores >65	p
n (%)	170 (37,4)	138 (29,1)	<0,005
Medio de días (CS)	5,09 (1,4)	4,3 (1,3)	∞
APACHE II (CS)	23,9 (5,6)	21,6 (5,9)	<0,05
SAPS II (CS)	54,7 (12,7)	48,8 (10)	<0,05
Escudo (CS)	14,9 (3,3)	11,6 (3,1)	∞
Mortalidad (%)	94 (17,5)	59 (12,7)	∞

De los < 65 años, con una mortalidad de 24,4%, hallándose una p<0.05 al comparar la mortalidad de ambos grupos. El 33,4%(146/437) de los > 65 años presentó IRA, con una mortalidad total del 52% (76/146). El 17,8% (26/146) de estos requirió diálisis, con una mortalidad del 61,5% (16/26). En el grupo de < 65 años el 15,7%(75/477) presentó IRA con una mortalidad del 42,6%(32/75), de estos requirió diálisis el 30% (23/75), con una mortalidad del 47,8% (11/23). Se halló una p<0,005 en la incidencia de IRA y requerimiento de diálisis, con una p >0.05 cuando se analizó la mortalidad. De los > 65 años el 57.6% (252/437) requirió ARM, con una mortalidad de 46,8%(118/252) y el 53.2% (254/477) de los < 65 requirió ARM con una mortalidad de 34,2%(87/254); p<0,05. Conclusión: Los pacientes >65 años tienen scores de gravedad más altos y mayor mortalidad que los < 65. Ambos grupos requirieron similar tasa de transfusiones pero la mortalidad fue mayor en los pacientes >65 años. La incidencia de IRA fue mayor en los > 65 años así como el uso de vasopresores, sin diferencias en la mortalidad. Los pacientes <65 años con IRA presentaron mayor requerimiento de diálisis. No se hallaron diferencias en el requerimiento de ARM, pero la mortalidad fue mayor en los > 65 años que la requirieron.

Variable	Vasopresores <65	Vasopresores >65	p
n (%)	170 (37,4)	138 (29,1)	<0,005
Medio de días (CS)	5,09 (1,4)	4,3 (1,3)	∞
APACHE II (CS)	23,9 (5,6)	21,6 (5,9)	<0,05
SAPS II (CS)	54,7 (12,7)	48,8 (10)	<0,05
Escudo (CS)	14,9 (3,3)	11,6 (3,1)	∞
Mortalidad (%)	94 (17,5)	59 (12,7)	∞

Conclusión: Los pacientes >65 años tienen scores de gravedad más altos y mayor mortalidad que los < 65. Ambos grupos requirieron similar tasa de transfusiones pero la mortalidad fue mayor en los pacientes >65 años. La incidencia de IRA fue mayor en los > 65 años así como el uso de vasopresores, sin diferencias en la mortalidad. Los pacientes <65 años con IRA presentaron mayor requerimiento de diálisis. No se hallaron diferencias en el requerimiento de ARM, pero la mortalidad fue mayor en los > 65 años que la requirieron.

**0316 ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA NEUROMUSCULAR PARA LA PREVENCIÓN DE LA DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR DEL PACIENTE CRÍTICO: REPORTE PRELIMINAR**

P. RODRIGUEZ, I BONELLI, M SETTEN, C WOLF, M MUSI, S ATTIE, R VALENTINI  
CEMIC - Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, Argentina

Introducción La disfunción neuromuscular del paciente crítico (DN) manifestada por debilidad muscular es frecuente en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM). No existen medidas terapéuticas orientadas a prevenir o tratar este problema, fuera del control de la glucemia. La estimulación eléctrica neuromuscular transcutánea (EENM) es ampliamente utilizada como complemento de la rehabilitación de diversas patologías, no habiendo datos sobre su uso en pacientes críticos. Objetivo Evaluar el efecto de la aplicación precoz de EENM para prevenir la pérdida de fuerza muscular en pacientes con alto riesgo de desarrollar DN. Materiales y

métodos Se incluyeron pacientes en VM de 05/2007 a 05/2008 con alto riesgo de desarrollar DN definido por sepsis dentro de las 48 horas del ingreso al servicio y disfunción de al menos otro órgano fuera del aparato respiratorio. Se excluyeron aquellos con enfermedades neurológicas, lesiones ortopédicas en los miembros, marcapasos, inmovilización superior a 5 días antes de la admisión, muerte inminente o mal estado funcional previo. Se realizó EENM con un equipo Multiplex Classic (Meditea, Argentina) con protocolo LP del bíceps braquial y del cuádriceps de un solo lado del cuerpo dos veces al día, desde la inclusión hasta la desvinculación de la VM. Se randomizó el lado según la dominancia. Se comparó entre el lado estimulado y el no estimulado la variación (valor final-inicial) del diámetro de brazos y muslos y del espesor de los bíceps braquiales medido por ecografía; y la fuerza muscular luego de la desvinculación de la ARM con una escala de 0 (parálisis) a 5 (fuerza normal). Los datos cuantitativos se expresan como mediana (percentilo 25-75). Se utilizaron los test de Wilcoxon y Fisher para la comparación entre datos cuantitativos y proporciones respectivamente. Resultados Se incluyeron 7 pacientes con un APACHE II de 18 (16-20) y un SOFA al momento de la inclusión de 9 (8-12). La EENM duró 13 días (8-24), realizándose en el lado dominante en 4 pacientes.

Mediciones		Lado estimulado	Lado no estimulado	P
Variación de diámetro (cm)	Brazo	-1.0 (-1.7-0.3)	0.0 (-1.0-0.0)	0.674
	Cuádriceps	0.7 (-1.5-5.5)	2.5 (0.0-6.5)	0.027
Variación de espesor del bíceps (mm)		0.2 (0.0-2.0)	0.0 (-1.2-1.0)	0.528
Fuerza muscular (n=5)	Bíceps	4.0 (3.5-4.0)	4.0 (3.0-4.0)	0.317
	Cuádriceps	4.0 (2.5-4.0)	3.0 (3.0-4.0)	0.999
	Ambos	8.0 (6.0-8.0)	7.0 (6.0-8.0)	0.655

La fuerza de los músculos evaluados en los sobrevivientes fue mayor o igual a la mediana en 7 de los músculos estimulados y en 5 de los no estimulados (P=0.650). Conclusión Observamos una diferencia no significativa de 1 punto de score de fuerza muscular a favor de los grupos estimulados. Es necesario un mayor número de pacientes para poder confirmar el interés potencial de esta técnica.

### 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

Servicio de Terapia Intensiva, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC), Buenos Aires, Argentina

Objetivo: evaluar la incidencia de VAP temprana por bacterias resistentes o no habituales (BR), los factores de riesgo para su aparición, la morbilidad y la mortalidad asociada en pacientes bajo Ventilación Mecánica (VM). Material y Métodos: se revisaron las historias clínicas de los pacientes (pt) en VM durante un período de 12 meses (12/06-12/07), registrando los que permanecieron en VM > a 24 hs. y que tuvieron toma de muestra respiratoria para examen bacteriológico dentro de los 7 días de la intubación. Se consideró como BR a *Pseudomona*, *Stenotrophomona*, *Acinetobacter*, *Stafilococo aureus* meticilino-resistente y *Enterobacterias* resistentes. Se consignaron factores demográficos, Apache II, presencia de comorbilidades (inmunosupresión, cirrosis, cáncer bajo tratamiento quimioterápico, corticoides crónico, hemodiálisis crónica y EPOC grave), tiempo (t) en UTI previo a VM, internación previa en Sala General, cirugía de urgencia, trauma, quemado, exposición a antibióticos (ATB) previo a la muestra respiratoria y ATB empírico adecuado a las bacterias aisladas. La morbilidad se evaluó por el t de estadía en UTI y en VM. Se registró la mortalidad en UTI, comparándola con VAP por bacterias sensibles (BS) y con pt con aislamientos bacteriológicos respiratorios negativos d" 7 días de la VM. Las variables continuas se expresan como medianas (percentilo 25-75). Se utilizaron para las comparaciones test no paramétricos. Resultados: se evaluaron 240 pt bajo VM e" 24 hs. Se tomó muestra

respiratoria dentro de los 7 días en 107 pt. Tuvieron VAP temprana con aislamientos positivos 58 pt, 35 por BR (14,6% del total de VM). Las BR más aisladas fueron: *Pseudomonas* en 11 pt y *Acinetobacter* en 13 pt. La mediana de t en UTI hasta aislar BR fue de 5.5 (3-8) y la de BS fue de 4 (3-7), p 0.25. (Ver tabla). El t en UTI para BS vs BR fue de 21 (11-29) vs 22 (13-37), respectivamente, con p 0,33; el t en VM fue para BS de 17 (6-26) y para BR de 12 (8-28) con p 0,79. La mortalidad de los pt con BR fue de 43% y la de pt sin BR de 22% (p 0.04). La mortalidad observada en pts con VAP por BR fue mayor que la estimada por score Apache II (43% vs. 30 ± 22, p 0,002); en cambio para pt sin BR fue menor: 22% vs 27 ± 24, p 0,08). Conclusión: en este estudio la frecuencia de aislamiento de bacterias resistentes o no habituales en VAP temprana fue elevada. La comorbilidad, el tiempo en UTI pre-intubación y el uso de ATB previo fueron los factores de riesgo, con más frecuencia de ATB empírico inadecuado. El aislamiento de bacterias resistentes se asoció a mayor mortalidad en UTI.

	VAP temprana BS (n=23)	VAP temprana BR (n=35)	p
Edad (años) *	70 (39-76)	64 (55-78)	0,85
Apache II (puntos) *	15 (11-20)	16 (12-21)	0,39
T en UTI pre-VM (días) *	1 (1-1)	2 (1-4)	0,01
Comorbilidades (n-%) **	3 (13)	17 (49)	0,01
ATB previo (n-%) **	10 (44)	25 (71)	0,05
ATB empírico adecuado (n-%) **	20 (87)	17 (49)	0,01
Mortalidad UTI (n-%) **	5(22)	15 (43)	0,16

\* test de Mann-Whitney

\*\* test exacto de Fisher

### 0319 ENCUESTA NACIONAL SOBRE LA UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN HOSPITALES DE ARGENTINA

M SETTEN, R VALENTINI, G MURIAS, Y COMITÉ NEUMONOLOGÍA

Comité de Neumonología Crítica, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Argentina

Objetivo: conocer la utilización, las indicaciones y el recurso humano y técnico disponible en el empleo de la VNI en hospitales de agudos de Argentina. Material y Métodos: encuesta anónima por correo electrónico a través de los contactos electrónicos y de la página web de la SATI, durante 6 meses. El cuestionario enviado estaba orientado a conocer: características del hospital, dimensión de la UTI, número (n) de pacientes (pt)/UTI asistidos, tasa de utilización general y por patología, disponibilidad y tipo de equipamiento, implementación, recurso humano encargado de la VNI y el grado percibido de entrenamiento y de satisfacción con el equipamiento disponible. Resultados: se recibieron 30 encuestas; se procesaron 27 por falta de datos en 3. Localización de los Centros (Ctro): 7 Pcia de Bs. As., 8 Cdad.de Bs. As., 2 Chaco, 2 Río Negro, 1 La Pampa, Santa Cruz, Jujuy, Stgo. Del Estero, Sta. Fé, T. del Fuego, Corrientes y Neuquén. Dos eran UTI Pediátricas (UTIP); 48% hospitales privados, 37% públicos. El promedio de camas hospitalarias: 202 (30-500) y camas de UTI: 13 (5-40) con 522 ingresos/año (130-1350), requiriendo ventilación mecánica convencional 38% (±22); edad de pt ingresados a UTI: 58 (±8,6) años y Apache II 17.8 (± 2,7) puntos. En UTIP, edad media: 2,65 años. Dos Ctro (Ctro) no usan VNI por falta de personal entrenado. El n de pt por año por Ctro en que se utiliza VNI es de 58 (8-120), 40% por EPOC, 13% EAP, 19% falla hipoxémica. El 35% de los Ctro ventilan con VNI < a 30 pt/año y en el 77% el uso es < a 10% de los ingresos. En EPOC la utilización reportada es de 46% (±19). El 45% usa VNI en < 50% de los EPOC. En el 36% la VNI se emplea también en Emergencias y/o Sala General. En 4 UTI no cuentan con equipo de flujo continuo (EFC). El 75% utiliza EFC o ventiladores convencionales (VC) y sólo

en una UTI exclusivamente EFC. La frecuencia de uso es de 56% para VC. En 4 UTI aplican EFC sin ventilación de respaldo. Interface más empleada: oronasal (81%). El 52% tiene interfaces especiales (helmet o total face). El 32% expresó estar disconforme o poco satisfecho con las interfaces disponibles. Sólo 26% usan filtros bacterianos en el circuito y 18% siempre humidificación. Para la entrega de broncodilatadores (bd) se emplea cámara espaciadora en el 22% y nebulización en 26%; el 36% suspenden los bd o se retira la VNI para administrarlos. El 30% no tiene posibilidad de aplicar VNI las 24 hs por falta de personal entrenado permanente. En el 32%, sólo los médicos están encargados de la VNI, en 8% los kinesiólogos y en sólo 4 UTI participa enfermería del soporte. En 22 UTI se declara necesidad de contar con recurso humano entrenado y en 14 con equipamiento adecuado. Conclusión: el número de respuestas recibidas fue escaso. La utilización de VNI reportada en esta encuesta es baja, aún en la patología más beneficiada con la técnica, el EPOC. Además en elevado porcentaje no hay posibilidad de aplicar VNI en las UTI en forma permanente. La principal dificultad informada fue la falta de personal entrenado y la disponibilidad de equipamiento adecuado.

**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**

Hospital Municipal de Vicente López, Argentina

Objetivo: presentación de un caso clínico de un paciente con un qt prolongado adquirido en la terapia intensiva, que llevo a un paro cardiaco inesperado. Se trata de un paciente de 43 años con antecedente de diabetes tipo 1, hipertrigliceridemia y pancreatitis. La paciente ingreso con dolor abdominal en epigastrio irradiado a dorso. Se realizó una ecografía abdominal que informa vesicula, via biliar y coledoco normal. Se realizó una tomografía de abdomen que informa edema pancreatico y liquido libre peripancreatico y extrapancreatico. En el laboratorio se constató aumento de la amilasa, acidosis metabolica con gap aumentado, cuerpos cetonicos en orina, leucocitosis e hiperglucemia, los triglicéridos fueron de 11800 mg/dl. En la Rx de ingreso se halló normal, y en el EKG tenia taquicardia sinusal, fc de 130 x min qrs estrecho y qtc medido de 0.38 seg. La paciente evoluciono con distress respiratorio del adulto, en falla renal y hemodinámica. Requirió ARM con 14 de peep, 50% de FIO<sub>2</sub>, necesito además noradrenalina. A las 48 hs del ingreso se realizó la medición del calcio ionico que se informo de 2.2 mgr/dl ( normal 4.4 a 5.2 mgr/dl), se realizó un electrocardiograma que tiene taquicardia sinusal, sin otro cambio con respecto al ingreso mas que un qtc de 0.55. Se indica reposición de calcio, se mide ademas albumina de 1,7 g/l, el calcio total de 4,5, magnesio de 2,2 meq/l (en rango normal) Duante la evolución de la paciente se administraron 400 mgr/día de gluconato de calcio, no consiguiendose normalizar la concentración plasmatica del mismo. La medición del qtc fue variable, siempre superior a 0.55 seg, y en un ECG midio 0,7 seg. La paciente presentó en sexto día de internación un paro cardiaco, de 45 minutos de duración se realizó rcp, se administro calico, magnesio y desfibrilación con 360 joules saliendo de este evento con ritmo sinusal. Se administra luego del paro calcio en forma de gluconato de calcio 200 mgr, luego de esto se pasa 1 mgr/kg/hs durante 48 hs. se administra magnesio 2,5 meq/día. Luego de esto el calcio volvió a los niveles normales y el qtc se normalizó, llegando a los valores de ingreso. Conclusiones. La concentración de calcio plasmatico baja en la pancreatitis por diversos motivos, no todos completamente comprendidos. La precipitación intravascular de calcio es una causa conocida, pero a veces este mecanismo es insuficiente para explicar una caída refractaria de la concentración del ión. Otro mecanismo propuesto es el deficit de magnesio que inhibe la secreción de hormona paratiroidea. El 60% de los pacientes internados en terapia intensiva se halla hipomagnesemico y la concentración plasmatica de magnesio no siempre refleja el conte-

nido celular. La hipocalcemia, hipomagnesemia y la hipocalcemia que frecuentemente acompaña, en combinación con la administración de drogas como el cisapride, halopidol o fluconazol pueden precipitar arritmias fatales. El monitoreo de estos iones junto con el monitoreo del qtc es util para anticiparse a estos eventos.

**0322 UTILIZACIÓN DE SIMULADORES BIOLÓGICOS PARA LA ENSEÑANZA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN HERIDAS QUIRÚRGICAS**

**RA ABELDAÑO, MA PEREYRA, JL RASJIDO, GO PEREYRA, EA SANGUEDOLCE, MA BIGNON**

Facultad de Ciencias de La Salud - Universidad Nacional de Salta, Argentina

Introducción El aprendizaje de determinados procedimientos en Enfermería implica el desarrollo de habilidades y destrezas técnicas. La enseñanza de algunos procedimientos, debido a sus particularidades, puede implicar riesgos o incomodidad para el bienestar de los pacientes si se los realiza directamente sobre ellos. En la formación del estudiante de Enfermería, se le debe brindar la oportunidad de adquirir esas competencias en escenarios de simulación, ya que estos no conllevan riesgos de ninguna índole para los pacientes. La Cátedra Enfermería Quirúrgica está en la búsqueda permanente de distintas estrategias para el desarrollo de habilidades psicomotoras, es por esto que actualmente se está implementando el uso de simuladores biológicos inanimados para los procedimientos relacionados a las curaciones de heridas. Objetivos Socializar la experiencia pedagógica en la utilización de simuladores biológicos inanimados para la enseñanza de procedimientos de curaciones de heridas en Enfermería. Desarrollo Los docentes desarrollaron los trabajos prácticos en el laboratorio de simulación, con una duración de 5 horas cada uno. Cada comisión de trabajos prácticos estuvo conformada por un máximo de 10 alumnos, lo cual posibilita un andamiaje adecuado por parte del docente. Se contó con los materiales de trabajo en calidad y cantidad suficiente para que los alumnos trabajen en parejas. Las prácticas realizadas en el laboratorio de simulación fueron: • Manipulación de instrumental estéril. • Valoración de las heridas quirúrgicas: tamaño, aspecto, presencia de colecciones, dehiscencia, entre otros. • Curación de heridas limpias. • Curación de heridas con drenajes por contra-abertura. • Curación de heridas infectadas y lavaje de colecciones purulentas. Elementos utilizados: • Simulador Biológico: Trozos de cerdo al que se le practican incisiones y suturas, colocación de drenajes. • Material: carro, cajas de curaciones, antisépticos, gasas, apósitos, guantes, drenajes varios. Las heridas infectadas y la presencia de colecciones purulentas se simularon mediante el uso de aderezos comestibles que se depositaron por debajo de los tejidos del trozo de cerdo. Discusión Los simuladores biológicos pueden reproducir de una manera muy concreta las condiciones de las heridas quirúrgicas, permitiendo un aprendizaje práctico sin arriesgar el bienestar de pacientes reales previo a su experiencia directa con pacientes. Las prácticas con utilización de simuladores representan una estrategia de enseñanza aplicada a la Enfermería que favorece el desarrollo del proceso de aprendizaje en forma integral para la adquisición de habilidades cognitivas, procedimentales y actitudinales Esta experiencia mejora la capacidad del alumno para abordar y resolver problemas de la práctica clínica, aumenta su habilidad para la valoración de las heridas quirúrgicas y la realización de las curaciones. Mediante la publicidad y la difusión de esta estrategia, se logró la adquisición de simuladores sintéticos específicos para procedimientos de Enfermería por parte de las autoridades de la Facultad.

**0324 DERMOPATÍAS GRAVES**

**M RODRIGUEZ, G LACUESTA, J CABRERA**  
CENAQUE UDELAR, Uruguay

Objetivo: Mostrar las características de los enfermos que ingresan al CENAQUE con diagnostico de Dermopatias graves. No tienen una incidencia elevada, pero convierten al paciente en una pa-

ciente crítico Tomamos contacto con esta patología desde que es criterio de ingreso al CENAQUE. Material y Método: Se estudiaron 25 pacientes ingresados al CENAQUE, desde el año 2003 al 2007. Se confeccionó una planilla electrónica en Excel, se recogieron los siguientes datos: Sexo, edad, porcentaje de superficie corporal afectada, apache II, disfunciones orgánicas, mortalidad, tratamiento realizado. El análisis estadístico fue de tipo retrospectivo, observacional, descriptivo de la población estudiada. Algunas variables fueron analizadas mediante estadística de inferencia con test t. Resultados: En una población de 25 enfermos durante cuatro años de observación, representa un 5% del total de ingresos del Centro. Existe un predominio del sexo masculino con un 60% (15 pacientes) y 40% para el sexo femenino (10 pacientes). La edad promedio fue de 46 años, con un DS de 19, con rangos que oscilan entre 15 y 83 años. El promedio de apache II, fue de 12, con un DS de 7 con un mínimo de 4 y un máximo de 29. La superficie corporal afectada presentó un promedio de 73% con un DS de 28 con un valor mín de 26 y un max de 100. El estudio mediante test t entre superficie corporal afectada y apache mostró una significación estadística, mostrando valores mayores del último al aumentar la extensión de compromiso cutáneo. La mortalidad global fue de 22%, la mortalidad de los pacientes con NET fue del 25%, los pacientes con SJS mostraron 100% de sobrevida. La NET fue confirmada mediante biopsia en el 12% de los ingresos, correspondiendo el 19% a SJS. El resto de los diagnósticos se distribuyen de manera similar entre eritema multiforme, eritrodermia, pénfigo seborreico, vulgaris, psoriasis pustulosa y otros. Los fármacos imputables de las NET fueron hidantoínas en el 10%, carbamazepina en el 11%, dipirona 10% y antibióticos derivados penicilínicos en el 11%. De las repercusiones sistémicas, la hematológica con leucopenia fue la más frecuente, con una media de 3600, DS de 2900 con un mín de 100 y un max de 10000. El foco de infección más frecuente fue la piel en el 57%. Los gérmenes encontrados tanto a nivel del foco como causante de bacteriemia, muestran un neto predominio de BGN y dentro de los mismos el acinetobacter en el 30% de los casos. Discusión: Tiene una incidencia del 5% de los ingresos al centro. Se destaca como foco infeccioso la piel. En el CENAQUE se puede brindar un tratamiento específico y protocolizado. Se describió un patrón de neto predominio de BGN y dentro de los mismos el Acinetobacter.

### 0328 NORMALIZACIÓN DE LA GLUCEMIA EN TERAPIA INTENSIVA: CORTE PILOTO DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO NORGLUTI

SATTIE<sup>1</sup>, L CAPEVILLE<sup>2</sup>, F PÁLIZAS<sup>3</sup>, P MASKIN<sup>4</sup>, C LOUDET<sup>5</sup>, R GONZALVO<sup>6</sup>, M PERMAN<sup>6</sup>  
1 CEMIC, Argentina. 2 Htal. Fernandez, Argentina. 3 Clínica Bazterrica, Argentina. 4 FLENI, Argentina. 5 Htal San Martín (La Plata), Argentina. 6 Htal. Italiano, Argentina

Objetivos: Evaluar el grado de control de la glucemia (G) en pacientes críticos adultos (P), las dosis y vías de la insulinización (I) y las dificultades y problemas del control de la G. Evaluar la incidencia, características y consecuencias de los episodios de hipoglucemia (H) relacionados con la I. Material y Métodos: Corte piloto programado de un estudio prospectivo, multicéntrico, observacional/descriptivo que incluye a todo P que en las primeras 72 hs de internación requirió ARM de probable duración > 3 días, excluyendo embarazo, diabetes descompensada, insulinoma y los moribundos o con limitación terapéutica. Los métodos del protocolo fueron consensuados, pero el algoritmo (A) para el control de la G es el propio de cada institución. Análisis estadístico descriptivo, con programas SPSS y Statística. Resultados: Se analizaron 102 P; edad 55 ± 19 años; hombres 67%; APACHE II 17,3 ± 8,5; G ingreso 154,2 ± 54,3. Diagnóstico ingreso a UTI: médico 48%, neurológico 26.5%, quirúrgico 16.7%, trauma 12.7%; 40% del total con sepsis. Resultados relevantes: A) Retraso del inicio de I en el 50.6% de los P (por no cumplimiento del A en 75% casos). B) Los objetivos de control de G (80-140 mg/dl en 45% casos y 80-110 mg/dl en 35%) se lograron en 12 ± 10 horas y el control total o aceptable de la G a partir

de los 9 ± 7 días. C) La media de la G matinal fue de 137 ± 28 mg/dl y se logró control total y sostenido de la G en 3,9% de los casos, aceptable en 31,4%, parcial en 9,8%, insuficiente en 50% y nulo en 4,9%; la dosis de insulina recibida en cada categoría no tuvo directa relación con el grado de control de la G. D) La I se realizó por vía EV continua en el 64.7% de los P en algún momento de su estadía en UTI, 25.5% recibió I EV en bolo y 57% subcutánea o intramuscular (SC/IM). E) En el 48% de los P hubo dificultades por más de 1 hora en la I y la causa más frecuente fue la falta de adherencia al A (91,8%). F) Hubo dificultades para monitorizar la I en el 68,6% de los P, la causa más frecuente fue la falta de adherencia al A (90,9%). G) La dosis diaria de insulina (mediana de la internación) según la vía fue: EV continua 16.5 U (0.5-109), EV en bolo 5 U (0-30), SC/IM 1 U (0-17). El 78,4% de los P recibió alimentación enteral y el 21,6% parenteral, con aporte promedio de 1139 ± 463 kcal/día y 186 ± 63 gr/HC/día. Se observaron 104 episodios de H, en un total de 10834 registros de G en 34 P (incidencia 33%), con una G media de 51 ± 11 mg/dl. Solo dos episodios se asociaron a complicaciones: 1 shock, 1 arritmia. La causa más frecuente de H fue el error en la dosificación de la insulina. Conclusión: A pesar de los algoritmos de insulinización, el control de la glucemia fue pobre, principalmente por falta de adherencia a los mismos. Aunque la mayoría de los algoritmos no pretendieron valores de normoglucemia, se observó mayor incidencia de hipoglucemia que lo sospechado, aunque con pocas complicaciones asociadas. La información relevada es de gran utilidad para seguir el estudio y desarrollar programas de control de calidad.

### 0329 ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA Y DE LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL MEDIANTE EL DOPPLER TRANSCRANEANO: ¿MITO O REALIDAD?

IJ PREVILGIANO<sup>1</sup>, D VERA<sup>1</sup>, M CORRAL<sup>1</sup>, M VALIÑO<sup>1</sup>, C GROER<sup>1</sup>, F BACCARO<sup>1</sup>, M NUÑEZ<sup>2</sup>

1 Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina. 2 Cátedra de Matemática - Facultad de Farmacia y Bioquímica - UBA, Argentina

Objetivo Evaluar la correlación de la estimación de la Presión Intracraneana (PIC) y de la Presión de Perfusión Cerebral (PPC) mediante el Doppler Transcraneano (DTC) con las mediciones directas. Material y método Diseño de estudio: Prospectivo, observacional. Intervenciones: Cálculo de PIC por fórmula de Bellner (FPIC)  $PIC = 10.93 * \text{Índice de pulsatilidad (IP)} - 1.28$ , cálculo de PPC por fórmula de Belfort (FB)  $PPC = (\text{Velocidad Media (VM)} / \text{Velocidad Diastólica (VD)}) * (\text{Presión arterial media (PAM)} - \text{Presión arterial diastólica (PAD)})$  y mediante la fórmula de Czyosnik (FC).  $PPC = (TAM * (VD/VM) + 14)$ , cálculo de PPC por fórmula clásica  $PPC = PAM - PIC$ . Medición de PIC con catéter subdural conectado a transductor externo. DTC realizado con equipo DWL Multidop®. Datos: Sexo, edad, diagnóstico, día de realización del estudio, TAM, TAD, PIC, PPC, VS, VM, VD, IP, FBe, FPIC y FC. Análisis estadístico: Test de correlación de Pearson (CP), Test de correlación r2, Histograma de frecuencias, regresión lineal simple. Resultados Se analizaron 480 mediciones, 48 en la arteria basilar (AB) y las restantes en las arterias cerebrales medias (ACM) en 74 pacientes. Edad promedio: 46 ± 17 años, 28 femeninos. Diagnósticos: hemorragia subaracnoidea (26), traumatismo de cráneo (23), hematoma intracerebral (13), accidente cerebrovascular isquémico (6), encefalopatía hipóxico anóxica (2), infecciones (2) y tumores (2). La FPIC mostró una CP de 0.10 y un r2 de 0.01, con una p 0.03 y F 0.22 en la regresión. Esto implica una ausencia de correlación entre la PIC medida y la estimada. Este modelo se repitió exclusivamente con los datos del día 1 y con los de todas las mediciones sin variaciones como el trabajo original. No hemos podido reproducir los resultados del trabajo de Bellner ya que la variable en estudio PIC no se aproxima a una distribución normal, de acuerdo al histograma. La FB mostró una CP de 0.65 y un r2 de 0.42. En un primer modelo de regresión con constante el valor de p fue 0.05 y F 64, por lo que se eliminó la constante y se logró en el nuevo modelo un r2 de 0.89 y una correlación múltiple de 0.94. El análisis de FB en la arteria

basilar mostró un CP de 0.88 y un r2 de 0.79. Esto implica alta correlación entre PPC medida y estimada. La FC mostró un CP de 0.50 y un r2 de 0.25. En la regresión lineal con constante se encontró p 0.07 y F 24. Esto implica moderada correlación entre PPC medida y estimada. Conclusión El análisis de nuestros datos demuestra que la estimación de la PPC mediante la FB es tan confiable como la medición clásica. La estimación en la AB es más precisa aún. La FC estima moderadamente bien la PPC, mientras que la FPIC no guarda correlación con la medición directa de la PIC. Creemos que estos hallazgos son muy importantes para la práctica clínica. La evaluación inicial con DTC y la FB permitiría evaluar la PPC del paciente en forma no invasiva y reiteradamente, en base a ella podría definirse la necesidad de modificar la TAM o monitorizar la PIC en forma invasiva. De esta manera se podría disminuir la morbilidad y los costos asociados a este procedimiento.

**0330 INCIDENCIA DE INTOXICACIÓN POR DROGAS DE ABUSO EN PACIENTES CON POLITRAUMATISMOS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA Y SU REPERCUSIÓN EN LA MORBIMORTALIDAD**

M CORRAL<sup>1</sup>, IJ PREVIGLIANO<sup>1</sup>, D LERMAN<sup>1</sup>, MI QUINTEROS<sup>1</sup>, DH CERASO<sup>1</sup>, CM DILLON<sup>1</sup>, M NUÑEZ<sup>2</sup>

1 Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina. 2 Cátedra de Matemática - Facultad de Farmacia y Bioquímica - UBA, Argentina

Objetivo La última encuesta del SEDRONAR reveló consumo de cocaína en el 2.6% de la población adulta. A partir de estos datos decidimos efectuar un estudio para evaluar la incidencia de intoxicación por drogas de abuso en pacientes con politraumatismos (PT) internados en Terapia Intensiva (UTI) y su repercusión en la morbimortalidad. Material y método Tipo de estudio: Prospectivo, de observación. Intervenciones: Dosaje cualitativo de drogas en orina por inmunocromatografía (Acon®): marihuana (Mh), cocaína (C), anfetamina, metanfetamina, barbitúricos, opiáceos y benzodiazepinas (Bz) Criterios de inclusión: Todo paciente que ingresa a la UTI con PT. Criterios de exclusión: ninguno. Datos recolectados: Sexo, edad, antecedentes, mecanismo de trauma (MT), ISS, días de internación, GCS al ingreso, lesiones, TC, cirugías, hipertensión endocraneana refractaria (HER), complicaciones, neumonía asociada al ventilador (NAV) temprana (Te) o tardía (Ta), traquesostomía, GOS al alta de UTI y causa de muerte. Análisis estadístico: Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado para variables discretas y de la T de Student de dos colas para variables continuas con un nivel de significación de p < 0.05. Resultados Desde el 01/04/07 al 01/04/08 ingresaron a la UTI 82 PT. De estos, 59 fueron sometidos a triage (T). El 37% presentó triage +, 82% para C, 27% Mh, 13% Bz, 18% asociación de Mh+C y 4%Bz+C. Respecto del mecanismo del trauma se agrupó en conductas de riesgo positivas (riña, conductor sin cinturón o moto sin casco) o negativas (conductor con cinturón, caída, peatón arrollado). Las complicaciones incluyeron polineuropatía del paciente crítico, rdbdomiolisis, neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) temprana o tardía. En la tabla 1 se resumen los hallazgos más relevantes.

Tabla 1. Análisis de las variables estudiadas

Variable	Triage +	Triage -	Valor de p
Edad	27,90	47,54	0,00001 (Student)
ISS	29,40	28,18	0,69 (Student)
Días de internación	28,13	26,88	0,89 (Student)
GCS ingreso < 8	4	14	0,20(chi cuadrado)
Conducta de riesgo	16	7	0,001 (Chi cuadrado)
TEC grave GOS 4-5	1	4	0,03 (Chi cuadrado)
Total GOS 5	1	7	0,02 (Chi cuadrado)
Polineuropatía	3	0	0,04 (Chi cuadrado)
Rdbdomiolisis	12	13	0,4 (Chi cuadrado)
NAV tardía	2	2	0,96 (Chi cuadrado)
NAV temprana	6	11	0,74 (Chi cuadrado)
HEC refractaria	3	5	0,70 (Chi cuadrado)
Traqueostomía	8	9	0,49 (Chi cuadrado)

Conclusiones La incidencia de T+ es similar a la reportada en la literatura. No hay diferencias en la gravedad en el GCS ni en el ISS al ingreso. Los pacientes con T+ son más jóvenes, tienen mecanismo de trauma por conductas de riesgo, presentan menor mortalidad pero más secuelas, dentro de la que se destaca la polineuropatía del paciente crítico.

**0332 TRATAR AL DONANTE: FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RETRASO DE FUNCIÓN EN EL POSTRASPLANTE RENAL INMEDIATO**

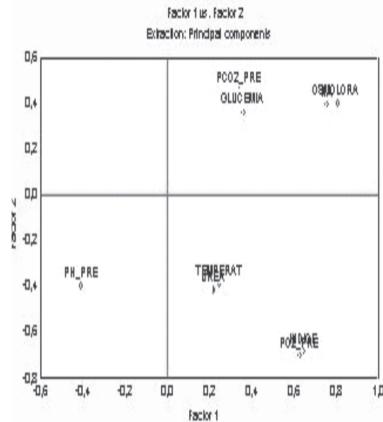
DV CABEZAS<sup>1</sup>, E LEVITIN<sup>1</sup>, IJ PREVIGLIANO<sup>1</sup>, AA ANTIK<sup>1</sup>, MC BACQUÉ<sup>1</sup>, MC NUÑEZ<sup>2</sup>, CH PONTEVILLE<sup>2</sup>

1 Buenos Aires Trasplante, Argentina. 2 Cátedra de Matemática - Facultad de Farmacia y Bioquímica - UBA, Argentina

Objetivo Identificar los factores del donante que influyen en la aparición de retraso de función del riñón implantado (DGF), definido como la necesidad de diálisis en la primera semana postrasplante. Material y método Estudio: prospectivo, observacional. Datos: Edad, sexo, estado ácido base, gasometría, a/A, glucemia, uremia, natremia (PNa), osmolaridad plasmática(OP), presencia de diabetes insípida (DI), sepsis, temperatura, presión arterial media, drogas vasoactivas. Análisis estadístico: Test de Chi cuadrado para variables discretas, Modelo de Regresión Logística Múltiple donde la variable de respuesta fue Diálisis, análisis multivariado. Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS 11.5 Resultados Se evaluaron los datos de mantenimiento de 129 procesos de donación (PD) del 01/01/06 al 30/06/07. Hombres 55.6%, edad 45.4±18.3. El pH inicio del mantenimiento 7.35±0.10, final 7.37±0.09. PO2<100 46.5 %, a/A promedio 0.31. Glucemia 201±114 mg%. Uremia 44.6±23 mg%. PNa 153.6±11.4 mEq/l. OP > 300 83%, DI 35%, infecciones 14%. TAM 89.35± 18.1 mmHg, temperatura 35.8±1.8 °C. En 8 PD se utilizó combinación de Dopamina y Noradrenalina o Dopamina y Adrenalina. Incidencia DGF 48 % (77 de 160). Sobre estos PD se aplicó el Modelo de Regresión Logística donde la variable fue Diálisis y las variables independientes o regresoras ingresadas fueron: pH, PCO2, PO2, Sepsis, Temperatura, Glucemia, Uremia, Na, Diabetes, a/A y Osmolaridad. Los resultados de la prueba indicaron que la temperatura y el ph son los factores predominantes (Diálisis = -2,52 ph + 0,52 Temperatura).

Variables	Coefficientes	Error Estándar	p
pH	-2,52	1,157	0,0296
Temperatura	0,52	0,236	0,0289

Se concluyó que el modelo propuesto resulta válido para predecir correctamente el 70% de los casos. Se realizó un análisis multivariado mediante el método de Componentes Principales sobre las siguientes variables: Ph, PCO<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub>, Temperatura, Glucemia, Uremia, PNa, a/A y PO; Sepsis y Diabetes Insípida no se incorporaron ya que son discretas. Las de mayor influencia resultaron PCO<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub>, Glucemia, PNa y PO (grafico 1) que representan el 90% de la variabilidad contenida en los datos. Mediante la conversión de variables continuas a discretas se identificaron relacionadas con DGF: Utilización simultánea de noradrenalina y dopamina (p0.01), urea > 40 mg% (p0.01 RR1.51) y DI (p0.001 RR1.78). Conclusiones Variables independientes más importantes relacionadas con DFG: pH y temperatura. En análisis multivariado demostraron tener influencia PCO<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub>, Glucemia, PNa y PO, al igual que la utilización simultánea de dopamina y noradrenalina, uremia y diabetes insípida. Dado que la DGF ha revelado tener influencia directa sobre la sobrevida a largo plazo del injerto renal, disminuir su incidencia mejoraría la sobrevida del implante a largo plazo. Por este motivo es necesario cambiar el concepto de mantenimiento del donante por el de tratamiento, con el fin de lograr llevar al mismo a las condiciones más fisiológicas posibles.



### 0333 ROMBENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCITOGENES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE UN CASO

S VILLARROEL, M SACOTO, J SALVATIERRA, L SIERRA, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, L COMPUTARO, AO GALLESIO  
Servicio Terapia Intensiva Adultos. Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

**Objetivo.** Comunicar un caso de Rombencefalitis por *Listeria Monocitogenes* en paciente inmunocompetente. **Material y Método.** Clínica, laboratorio (Cultivos de líquidos biológicos), neuroimagen. **Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 38 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia. Quince días antes del ingreso presenta: Cefalea occipital intensa, vómitos, agregando la última semana, síndrome vertiginoso, ataxia, parestesias en miembros superiores, presentando los últimos días hemiparesia derecha, disartria y disglusia. Realiza TC de cerebro por ambulatorio que no evidencia lesiones. Se interna en el Hospital Italiano. Se constata síndrome cerebeloso y foco motor derecho. Hemograma con ligera leucocitosis. Resultado de la punción del LCR: lípido, glucorraquia 59, proteinorraquia 38, leucocitos 210, neutrófilos 7%, linfocitos 93%, monocitos 0%. Se realizan hemocultivos. Se realiza RMI de cerebro que informa lesiones hiperintensas en tronco, en bulbo sector posterior, en protuberancia, en pedúnculo cerebeloso medio derecho. Estas imágenes refuerzan periféricamente con la inyección de gadolinio. Se inicia tratamiento empírico con ampicilina y aciclovir por sospecha de encefalitis. Hemocultivos positivos ( bacilo positivo) Se tipifica *Listeria Monocitogenes*. Cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo. Dx de Rombencefalitis. Se agrega al tratamiento gentamicina y se suspende aciclovir. Evoluciona sin complicaciones. Persiste con trastornos deglutorios por lo que se decide alimentación enteral. Pasa a sala de clínica médica donde continúa control evolutivo y rehabilitación. **Comentario.** La rombencefalitis es una manifestación poco común de la infección del sistema nervioso central de la *Listeria monocitogenes*, que generalmente afecta a neonatos, inmunosuprimidos (pacientes con cáncer, SIDA/VIH, transplantados) y ancianos. El diagnóstico diferencial incluye varias patologías infecciosas (virales, micológicas, bacterianas y parasitológicas), oncológicas y autoinmunes. Se establece el diagnóstico con la identificación del germen en los cultivos de sangre y líquido cefalorraquídeo, y localización de las lesiones a través de la RMI (mayor sensibilidad que la TAC). En el presente caso, el diagnóstico se llevó a cabo por descarte de otras patologías, entre ellas las vasculares y oncológicas. Si bien en el cuadro prodrómico de nuestra paciente se ajusta con la clínica descrita, no llegamos a la conclusión del mismo, sino hasta que demostramos la presencia del germen en los cultivos, ya que es inusual este cuadro en pacientes inmunocompetentes.

### 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

Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina

**Objetivo** Describir las indicaciones y hallazgos de los estudios de Doppler Transcraneano (DTC) en una población de 481 pacientes. **Evaluar** la incidencia e importancia de un estudio normal. **Material y método** Diseño: Análisis de base de datos prospectiva. **Intervenciones:** DTC efectuado con un equipo DWL Multidop® de un sólo canal. **Datos:** Sexo, edad, patología, diagnóstico, neurocirugía, craniectomía descompresiva, resultado final, diagnóstico. Este último se agrupó en hipertensión endocraneana (HEC) cuando los pacientes tenían velocidades medias inferiores a las esperadas para la edad y aumento del índice de pulsatilidad, vasoespasmo (VE) cuando el índice de Linder-gaard era > 3 y muerte encefálica (ME) cuando se encontraba patrón de flujo reverberante o bifásico, espiga sistólica o ausencia de flujo con un estudio previo del mismo operador. **Análisis estadístico:** cálculo de especificidad (E), sensibilidad (S), valor de predicción positivo (VPP) y negativo (VPN), likelihood ratio (LR+). **Resultados** Entre el 01/01/00 y el 31/12/07 se efectuaron 1650 DTC en 481 pacientes. De ellos 290 tenían medición de PIC y 22 de saturación yugular. En el 20% se insonaron todas las arterias y en el 80% las arterias cerebrales medias. Las patologías en las que se indicó fueron: traumatismo de cráneo (TEC) 180, hemorragia subaracnoidea (HSA) 131, hematoma intracerebral (HIC) 91, ME 89, ataque cerebral isquémico (ACVI) 32, encefalopatía hipóxico anóxica (EHA) 15, tumores cerebrales (TC) 14, infecciones encefálicas (IE), insuficiencia hepática (IH) 3 y eclampsia (3). El patrón de HEC se encontró en 321 pacientes (67%), 257 de los cuales tenían PIC que confirmó el diagnóstico (80%). La mayor incidencia fue en TEC (94%), IE y TC (90%) y en HSA (21%). El patrón de VE se encontró en 91 pacientes (19%), 60% de las HSA y 19% de ACVI. El 56% de las HSA con VE desarrollaron isquemia. El patrón de ME se encontró en 89 pacientes (19%): TEC 15%, HSA 20%, HIC 20%, ACVI 19%, TC 36%, IE 40% y EHA 20%. El patrón normal se encontró en 46 pacientes (9%): HSA 26%, ACVI 25%, HIC 8%, TEC 3%. El 98% de estos pacientes se recuperaron con buenos resultados (sin secuela o secuela leve). El análisis estadístico demostró: E 0.99 S 0.75 VPP 0.99 VPN 0.75 LR+3.95. **Conclusiones** De acuerdo a nuestros datos el DTC es útil para identificar la hipertensión endocraneana, el vasoespasmo y la muerte encefálica. Las patologías en las que estaría indicado utilizarlo serían el TEC, la HSA, el HIC, el ACVI, las IE, la EHA y los TC. La presencia de un patrón normal sostenido permite hacer pronóstico de buenos resultados con un LR+ de 3.95.

### 0336 TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CON CRITERIOS EXPANDIDOS: SOBREVIDA A CINCO AÑOS

E LEVITIN, MC BACQUÉ, DV CABEZAS, A FARIÑA, IJ PREVIGLIANO

Buenos Aires Trasplante, Argentina

**Objetivo** Evaluar la sobrevida del trasplante renal de donante con criterios expandidos (DCE) a cinco años. **Evaluar** si existen diferencias con los trasplantes de donantes ideales (DI). **Material y Método** Diseño de estudio: prospectivo, observacional. **Definición** de DCE: todo donante mayor de 60 años o a aquellos entre 50 y 59 años con dos o más de los siguientes criterios: Creatinina >1.5 mg/dl; antecedentes de Hipertensión Arterial o causa de muerte vascular (ACV). Todos los pacientes fueron trasplantados y procurados por un Programa de Trasplante. Se analizó la sobrevida de pacientes en diálisis con datos tomados del Sistema Nacional de Trasplante (SINTRA). Para el análisis estadístico se utilizó el método de evaluación de sobrevida de Kaplan Meier y el test de chi cuadrado para variables discretas. **Resultados** Entre el 01/01/2003 y el 31/12/2007 se ablacionaron 540 riñones, de los cuales el 26 % (143) no fueron

implantados. De los implantados 231 (43%) provenían de DCE y 309 (57%) de DI. Durante el período se perdieron 55 implantados (14%), 27 de DCE (8%) y 28 de DI (8%). Fallecieron 27 pacientes trasplantados, 13 (4%) de DCE y 14 (4%) de DI (p 0.22). Quedan en seguimiento 315 injertos renales. La probabilidad de sobrevida a 5 años global es del 86% para los injertos y del 93% para los pacientes. Los injertos provenientes de DCE tienen una probabilidad de sobrevida a los 5 años del 78% y los de DI del 87% (p 0.22). CONCLUSIÓN La utilización de riñones de donantes con criterios expandidos no muestra diferencias con los de donantes ideales en la sobrevida y mortalidad a cinco años. Se debe recordar que la sobrevida de pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis es del 72% a los 50 meses y que disminuye al 68% en los mayores de 69 años. Existe una tendencia a no considerar la procuración de riñones de DCE en las Unidades de Terapia Intensiva que, a la luz de los resultados de nuestra investigación, no está justificada. Es fundamental un adecuado mantenimiento o tratamiento activo del DCE para mejorar aún más los resultados alejados

**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  
Buenos Aires Trasplante, Argentina

Objetivo Evaluar la utilidad del test de apnea (TA) en el diagnóstico de muerte encefálica. Analizar la utilidad del TA con enriquecimiento de la mezcla dióxido de carbono al 7%. Identificar las complicaciones y contraindicaciones. Material y método Estudio: análisis de base de datos prospectiva. Intervenciones: TA según protocolo de INCUCAI modificado. Datos: Edad, sexo, causa de muerte, tomografía computada, donación, paro cardíaco (PC), TA previo, gases pre y post TA, presencia de diabetes insípida, sepsis, fallo multiorgánico, drogas vasoactivas y depresoras, temperatura, presión arterial media, craneotomía descompresiva y método instrumental confirmatorio. Análisis estadístico: Test de Student de dos colas, cálculo de valor de predicción positivo (VPP), negativo (VPN), sensibilidad (S), especificidad (E) y likelihood ratio positivo (LR+). Resultados Entre el 1/01/06 y el 30/06/07 se recibieron 388 comunicaciones de muerte encefálica. Estas generaron 353 procesos de donación. Sexo masculino 58%, edad 43±20, las causas más frecuentes de muerte fueron HIC 31%, TEC 25% y HSA 20%. Lesiones supratentoriales 56%, difusas 29% e infratentoriales 15%. Donaron el 37% y presentaron PC el 21%. La temperatura fue de 35,9<sup>o</sup> ± 1,6 y la TAM de 86,2 mmHg ± 18,7. No se realizó el test de apnea en el 22%, las causas fueron: inestabilidad hemodinámica 39%, tiopental 21%, no se inició diagnóstico 14%, hipoxemia 9%, PC 9% y actividad EEG 7%. Se completó el diagnóstico en el 53%, 36% presentaron PC antes de ser evaluados y 14% estaban vivos. Se realizaron 261 TA con control gasométrico y 16 sin gases. Sólo el 5,2% tenían TA previo. Se presentaron complicaciones en el 1,8% (PC 0,7%, Hipoxemia 0,7% y TV 0,3%).

	pH pre	pH post	PCO <sub>2</sub> pre <sup>2</sup>	PCO <sub>2</sub> post <sup>2</sup>	PO <sub>2</sub> pre <sup>2</sup>	PO <sub>2</sub> post <sup>2</sup>
Mediana	7,36	7,11	37,99	82,33	264,28	217,35
DS	0,09	0,14	10,87	26,50	127,80	120,754

El TA fue positivo en el 91,7%, negativo en el 7,58% e indeterminado en el 0,72%. S: 0,99 E:0,98 VPP: 0,99 VPN: 0,98 (IC 95% 0,98-1) LR+: 47,96 (IC 95% 3-744). Se analizó la diferencia de PO<sub>2</sub> entre 120 primeros test de apnea realizados con CO<sub>2</sub> al 7% y desconexión de 2 minutos y 60 con desconexión de 10 minutos, con medias de 241 y 191 respectivamente (p 0.009). Sin embargo no hubo diferencias en la incidencia de hipoxemia (8% y 5%, p 0,7) Métodos instrumentales totales y sin TA: EEG 81% y 48% (p < 0.01 OR 4,15), PESS 16% y 35% y DTC 12% y 26% (p 0,04). Conclusiones De acuerdo a nuestros hallazgos el TA es el test ideal para el diagnóstico de ME. La utilización de CO<sub>2</sub> al 7% permite un menor tiempo de desconexión y mayores PO<sub>2</sub>, pero no cambia la incidencia de hipoxemia.

Cuando el TA no puede realizarse aumenta el uso de medios diagnósticos más complejos en forma significativa (PESS y DTC). La tasa de complicaciones es muy baja y más aún las fatales. La realización previa del TA por parte de los denunciantes permitiría acelerar el proceso diagnóstico de ME.

**0342 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INVOLUCRADOS EN UNA POLÍTICA DE NO PROGRESIÓN DE LOS CUIDADOS CRÍTICOS**

CM DILLON, IJ PREVIGLIANO, DH CERASO  
Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina

Objetivo Detallar las características de los pacientes involucrados en una política de no progresión de los cuidados críticos (PCC) Material y método Estudio prospectivo, de cohorte. Intervenciones: El equipo terapéutico evalúa al paciente y, basado en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, habla con los familiares y les plantea la no PCC (vía aérea artificial, diálisis, ventilación mecánica, monitorización invasiva, resucitación cardiopulmonar). La decisión tomada en conjunto es respetada por todos los miembros del equipo. Datos analizados: Sexo, edad, días de internación, antecedentes de acuerdo al APACHE II, Escala de Glasgow al ingreso, APACHE II y TISS al ingreso, diagnóstico, presencia de falla orgánica múltiple (FMO), días de ventilación mecánica (VM), resultado final vivo o muerto. Los diagnósticos se agrupan en patología neurológica, cáncer, shock séptico (SS), neumonía extra o intrahospitalaria (NEH y NIH), SIDA, insuficiencia renal crónica o aguda (IRC o IRA), como motivo de ingreso y específicamente el shock séptico como complicación. Se jerarquizó el antecedente de demencia. Se evaluó la incidencia de enfermedad crítica crónica (CCCI) definida como la permanencia por más de 14 días con necesidad de traqueostomía. Resultados Entre el 01/03/04 y el 31/12/06 se involucraron 94 pacientes. De estos 26% presentaban diagnóstico de cáncer, 30% de patología neurológica (21% de causa vascular), 10% NEH, 10% NIH y 26% SS. Tomando en cuenta SS como motivo de ingreso o complicación, estuvo presente en el 50%. El 57% presentó criterios de FMO. Cumplían criterios de CCCI el 53%. El 52% eran hombres y 40% presentaban antecedentes tipo D (enfermedad crónica invalidante).

	Edad	Días internación	Días VM	APACHE II	TISS
Promedio	67	26	14	23	24
Desv. Est.	17	34	19	8	9

No se inició VM en 22% y no se indicó diálisis con diagnóstico de IRA en el 11%. La decisión de no progresar los cuidados se tomó antes del día 4 en el 30% de los casos. Estos tenían una mediana de edad de 71, con un APACHE II de 26. Dos pacientes sobrevivieron (2%), ambos de sexo femenino, de 63 y 91 años, con diagnóstico de NEH y SS sin FMO, con 15 y 5 días de internación respectivamente, APACHE de 18 y 21 y 8 y 2 días de ventilación mecánica respectivamente. Conclusión Las características distintivas de este grupo de pacientes es el de tener antecedentes B, cumplir con criterios de CCCI, presentar SS y FMO. Las acciones más importantes fueron no iniciar la VM o la diálisis y la no resucitación. Sin embargo no se suspendieron las medidas de confort ni se retiraron tratamientos una vez instituidos, causales de la sobrevida del 2% de los pacientes.

**0343 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS, SANTIAGO DE CHILE**

G MUNOZ<sup>1</sup>, C BULARTE<sup>2</sup>, R RONCO<sup>1</sup>, J ROQUE<sup>1</sup>  
1 CLINICA ALEMANA DE SANTIAGO DE CHILE, Chile. 2 HOSPITAL SOTERO DEL RIO, Chile

Introducción: El término Burnout se refiere a un síndrome psicosocial que se caracteriza por agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y disminución o pérdida del sentimiento de realización personal (RP). Objetivo del estudio: Conocer el nivel de

riesgo para Síndrome de Burnout del personal asistencial de una UCI pediátrica polivalente de alta complejidad, de tamaño mediano y alta capacidad de resolución, correspondiente a una institución privada de salud que entre los años 2002 y 2007 sufrió un proceso de remodelación. Método: En una muestra de 83 profesionales se aplicó en forma autoadministrada el Maslach Burnout Inventory Test en los meses de Octubre del 2002 y Noviembre del 2007. Se obtuvo una medición de los síntomas característicos del Burnout, se realiza una comparación de los niveles de riesgo medio y alto para el Síndrome en los distintos períodos de tiempo entre los profesionales, agrupados por años de trabajo en la unidad. Los resultados se expresan en términos porcentuales. Resultados: Auxiliar de Enfermería: El 2002 el 23% del personal auxiliar de más de 5 años presenta un riesgo medio y alto de Burnout. En el 2007 aumenta en un 4 %. y la realización personal aumenta en un 20%. Enfermeras: En el 2002 el 60 % de las enfermeras de menos de 5 años presentaba un nivel de riesgo medio y alto de Burnout, a diferencia del grupo de mayor antigüedad que representaba un 17% de este nivel. El 2007 el grupo más afectado, el de menos de 5 años, disminuye en un 22%. Médicos: En el 2002 el 30% de los médicos presenta un nivel de riesgo medio y alto de Burnout. El 2007 aumenta en un 10% su participación en los niveles de riesgo medio y alto para Burnout, siendo en este período el grupo de más de 5 años el más afectado. Discusión y conclusiones: Con respecto al objetivo formulado es posible decir que en la situación actual, el 40% de los médicos y enfermeras y el 28% de las auxiliares de la UCI pediátrica presentan un nivel de riesgo medio y alto para la presencia de Burnout. Al comparar estos resultados con los obtenidos en el año 2002, se observa que para los médicos el grupo de riesgo medio y alto aumentó de un 30% a un 40%, que el grupo de las enfermeras se mantuvo estable para el riesgo alrededor del 40%, y que el grupo de riesgo en las auxiliares disminuyó de un 35% a un 28%. El grupo de los médicos que trabajaba en el año 2002 y que sigue trabajando en el 2007 aumentó de 20% a 60% el riesgo medio y alto para agotamiento emocional y de 20% a 40% para nivel alto y medio de despersonalización. Al comparar a las enfermeras respecto a años de antigüedad se observa que éstas presentan diferencias importante en los niveles medio y alto para agotamiento emocional, siendo el grupo de menos de 5 años el más afectado. Se sugiere la necesidad de un programa de entrenamiento en las enfermeras jóvenes y de autocuidado en los médicos.

#### 0344 REDUCCIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL MEDIANTE APLICACIÓN DE PRESIÓN EXTERNA NEGATIVA

F PRACCA<sup>1</sup>, A BIESTRO<sup>1</sup>, M DAVID<sup>2</sup>, D GEIDO<sup>2</sup>, C ZOPPOLO<sup>2</sup>, F SIMINI<sup>1,2</sup>, G SÁNCHEZ<sup>2</sup>, M CANCELA<sup>1</sup>

1 Hospital de Clínicas, Uruguay. 2 Facultad de Ingeniería, Uruguay

Introducción: El aumento de la presión intraabdominal (PIA) puede ser generador y mantenedor de disfunción multiorgánica (DOM). Frente a una PIA elevada son pocas las opciones terapéuticas. Las únicas medida efectivas para el control de este parámetro son: drenaje de liquido de ascitis y la laparotomía decompresiva con el establecimiento de un abdomen abierto. Objetivo: Con el Dpto de Bioingeniería de la Facultad de Ingeniería, desarrolló ABDOPRE, un dispositivo en forma de campana que se aplica sobre el abdomen y que se postula puede reducir la presión abdominal en forma sostenida y controlada, mediante la aplicación externa de una presión negativa. Métodos y Materiales: ABDOPRE tiene: 1) campana para cubrir la pared anterior del abdomen adulto, rígida y liviana, para no ser deformada por la presión ejercida, y transparente que permita controlar la piel que cubre. Borde de contacto hermético e hipoalergénico. 2) Bomba de vacío 3) Caja de control y display donde se incorpora la medida de la PIA y desde donde se regula la presión negativa ejercida cerrándose el servomecanismo, 4) Conexiones y Sistema electrónico: incluyendo transductores y amplificadores. Resultado: En la pantalla de ABDOPRE se define el

protocolo de tratamiento hipotensor deseado fijando una aspiración controlada de la campana que genera una presión negativa que reduce la PIA de forma regulada y a valores prefijados. En una primera instancia ABDOPRE fue aplicado a voluntarios sanos sin cerrar el loop de control automático lográndose presiones negativas de -90 mm Hg sin riesgos. En una segunda etapa se aplicó a 4 pacientes lográndose reducir PIA en 5 mm hg, como máximo (14 a 9; 13 a 9; 12 a 9 y 13 a 10 mm hg). Conclusión: Se desarrolló un prototipo preliminar para reducir la PIA, basado en un control automático de su medida. ABDOPRE es una herramienta que puede ser utilizado durante horas o días en forma ininterrumpida, segura, fácil de manipular, con el objetivo de reducir PIA y mejorar DOM, aumentando la posibilidad de sobrevida.

#### 0346 PREVALENCIA DE ALCOHOLISMO EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

S CORTESE, IJ PREVIGLIANO, M RISSO, C DAMIN

Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina

Objetivo Evaluar la prevalencia de alcoholismo en la población internada en el Hospital. Evaluar el registro del consumo de alcohol en la historia clínica. Evaluar el riesgo de privación alcohólica durante la internación. Material y método Estudio observacional, de prevalencia. Intervenciones: registro de consumo de alcohol en las historias clínicas de los pacientes internados y evaluación de riesgo por privación. Se realizó durante el transcurso de un día la encuesta a todos los pacientes internados que cumplían con los criterios de inclusión, en un Hospital General de Agudos. Se utilizó el AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Resultados e"7 en mujeres (M) y e"8 en hombres (H) identifican un consumo de riesgo; e"20 sugiere dependencia. Criterios de Inclusión: mayores de 18 años, en condiciones de contestar la encuesta. Criterios de exclusión: menores de 18 años, negación de consentimiento. Análisis estadístico: Chi cuadrado para variables discretas, test de la T de Student para variables continuas. Resultados De 181 internados, 156 firmaron consentimiento, 53% M. La prevalencia fue de 49%, 35% M y 63% H (p 0.0004). El promedio de ingesta fue de 289g/semanales, 392 en H y 150 en M (p 0.02). El consumo de riesgo por AUDIT se identificó en 2.4% de M y 26% de H, con dependencia en 1.2% M y 3% H. El registro del antecedente de alcoholismo estaba sólo en el 8% de las historias clínicas, y sólo en el 21% de la población de riesgo por AUDIT. El riesgo de síndrome de abstinencia es de 4% en los no abstemios y del 2% en la población general. Conclusión La prevalencia de alcoholismo en pacientes internados es alta. El AUDIT es una herramienta valiosa para identificar consumo de riesgo y dependencia. Existe subregistro de ingesta de alcohol en las historias clínicas. El riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia del 4% para los no abstemios y del 2% para la población general es un dato que el intensivista debe recordar a la hora del diagnóstico diferencial del delirium en Terapia Intensiva.

#### 0350 CRIPTOCOCCOSIS MENINGEA EN PACIENTE EMBARAZADA HIV(-)

P RAMOS, J CAUSARANO, C GIMENEZ DURAND

Terapia Intensiva Nuevo Hospital El Milagro, Salta, Argentina

Introducción: Las causas que favorecen las formas de progresión de la criptococcosis no asociadas a SIDA son: embarazo, trasplantes de órganos, linfomas tratados con fármacos citotóxicos, tratamiento con altas dosis de corticoesteroides como los utilizados en el LES o el pénfigo. Por lo tanto la criptococcosis, desde el punto de vista epidemiológico, tiene un comportamiento intermedio entre las micosis sistémicas endémicas y las sistémicas oportunistas. Material y Métodos: se trata de una paciente de 29 años con antecedentes de post operatorio de cesárea por preeclampsia moderada, RN de término, con alta hospitalaria al 4 día. Reingresa al 7 día de post operatorio con diagnóstico: Sepsis puerperal,

endomiometritis. Ingresa a UTI con diagnostico post operatorio inmediato de histerectomía total, salpingectomía izquierda y anexectomía derecha. Sepsis severa. Previamente en la recuperación anestésica se objetiva déficit motor, paresia braquial derecha. Trastorno en la visión. Se realiza TAC de cerebro de urgencia que informa: sistema ventricular con dilatación leve, lesión temporo parietal izquierda compatible con lesión vascular aguda? o área de cerebritis aguda, moderado edema cerebral difuso Se realiza punción lumbar que muestra una hipogluorraquia moderada, células 6 por mm<sup>3</sup>, linfocitos. Tinta China (+) para *Criptococcus Neoformans*. Se realizaron serología para HIV negativa, recuento CD4 44% (vn= 30-66 %) HTLV I y II (-). Inicia tratamiento con Anfotericina B por 3 semanas, que luego se rota a Fluconazol por deterioro de la función renal Se realizó RMN de cerebro a los 35 días del ingreso que muestra moderada hidrocefalia, lesión compatible con infarto isquémico agudo o subagudo en área temporo parietal izquierda. Resultado: Paciente de alta a los 30 días del ingreso, sin secuelas neurológicas, con control de la función renal ambulatorio. Conclusión: En pacientes HIV (-), sin enfermedades subyacentes, el tratamiento adecuado precoz de la criptococcosis meníngea podría mejorar el pronóstico del paciente, en tanto sin tratamiento la mortalidad es del 100%.

**0351 EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y SOPORTE NUTRICIONAL: NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ALUMNOS DEL ÚLTIMO AÑO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UNIVERSITARIA**

MA SALAS<sup>1</sup>, S ILARI<sup>2</sup>

1 Egresado de la Univ. Austral, Argentina. 2 Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Una de las dificultades que atraviesan los sistemas de salud en distintos países es la imperiosa necesidad de incrementar el numero de enfermeros para atenuar la situación de escasez de este recurso humano, sin embargo, esto no debe ser sinónimo de graduación masiva, por el contrario habrá que certificar y comprobar los mecanismos para que los estudiantes egresen con una sólida formación acorde a los avances científicos y tecnológicos. Ser profesional requiere de capacitación lo cual otorga nuevas oportunidades personales y laborales. Se espera que el mayor caudal de habilidades y preparación se adquieran durante la carrera de grado, no obstante deberían otorgarse herramientas para que el alumno ensaye actitudes conducentes a la autogestión de la instrucción. Por tal motivo resulta imprescindible el compromiso de Enfermería tanto en el diseño como en la implementación de programas específicos y multidisciplinarios de adiestramiento, capacitación y gestión profesional. Es elevado el número de enfermos hospitalizados con desnutrición en sus diversos grados por tal motivo se debe adiestrar a los profesionales para su reconocimiento y efectuar un Soporte Nutricional (SN) precoz Objetivos: Evaluar el nivel de conocimientos sobre SN por vía enteral de alumnos del ultimo año de la Carrera de Enfermería Universitaria (EU). 2) Valorar la importancia que se le otorga al SN en el paciente crítico Material y Método: . Estudio prospectivo, descriptivo, cuantitativo y transversal. Se suministró un cuestionario escrito con preguntas abiertas y de respuestas múltiples a 115 alumnos de EU de 5 Universidades de la Ciudad de Buenos Aires.El instrumento utilizado fue una encuesta voluntaria y anónima que consta de 2 dominios: 1º) Evaluación Nutricional (EN) y requerimientos calóricos y 2º) Intervenciones de enfermería: conocimientos sobre indicación, técnicas específicas, implementación, monitoreo y prevención de complicaciones Resultados: 1º) Solo el 14% conoce el método de EN y el 18% sabe calcular los requerimientos calóricos. 2º) El 36% sabe la conducta a seguir frente al desplazamiento de la sonda enteral, el 29% aprendió que se debe realizar lavados periodicos de la sonda enteral y el 23% realiza medición del residuo gástrico. Conclusión: Es imprescindible incluir la asignatura de SN en la carrera de grado a fin de realizar las intervenciones específicas y evitar complicaciones frente a la NE

**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

Hospital italiano de Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Una serie de estudios reportaron relaciones pronósticas de la hiperglucemia de estrés (H) y a la resistencia insulínica (RI) como el mecanismo fisiopatológico mas importante de la misma. Los objetivos de este estudio son: a) Evaluar la prevalencia y el grado de hiperglucemia y de resistencia insulínica en diferentes grupos etiológicos de pacientes (P) no diabéticos internados en UTI durante las primeras horas de evolución y b) Evaluar relaciones de estas variables metabólicas con la mortalidad y el tiempo de estadía en UTI. Material y Métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de P ingresados a UTI debido a: postoperatorio de cirugía mayor (Quir), sepsis (S), injuria cerebral aguda (ICA) e injuria tisular (IT) por trauma, inflamación o isquemia/reperusión. Criterio de exclusión: diabetes y tratamiento con corticoides. Dentro de las primeras 36 horas del ingreso se dosó: HbA1c (HPLC), insulinemia (I) (RIA) y glucemia (Gh). Se calculó el índice HOMA [(glucemia/18) x (insulinemia)/22,5], (RI si e" 3), APACHE II (AplI) y TISS<sub>28</sub> (T<sub>28</sub>). Se registraron todas las glucemias realizadas por el laboratorio durante la estadía en UTI (Gpr), la mortalidad (M) y el tiempo de estadía en UTI (Eti). Análisis estadístico con el programa STATA 8 utilizando Wilcoxon, chi2, Kruskal-Wallis, regresión lineal (Rlin) y logística (Rlog) múltiple. Resultados: Se incluyeron 200 P con las siguientes características: 64% hombres; edad 54.0±15.9 años; AplI 14.7±5.7; T<sub>28</sub> 22.4±6.8; M 12.0%; Eti 8.5±11.1 días; HbA1c 5.7±0.8%; Gp 134.4 ±33.9 mg/dl; Gh 138.2± 52.3 mg/dl; I 37.06 ± 32.9 iUI/ml; Ho 13.7 ± 15.8. Las causas de ingreso a UTI fueron: Quir 46.5%, IC 21%, IT 18.5%, S 14%. En la tabla se observan los diferentes parámetros en los grupos etiológicos de ingreso a UTI:

	Post-Quirúrgicos (n=93)	Injuria Tisular (n=37)	Injuria Cerebral (n=42)	Sepsis (n=28)	p
Edad (años)	59.8±11.6	43.7±17.3	48.7± 14.5	56.3±19.4	0.0001
APACHE II	14.1±4.7	15.6±5.8	12.7±5.6	18.5±6.9	0.002
TISS <sub>28</sub>	22.6±5.2	23.1±7.7	19.4±6.5	25.6±9.3	0.002
Estadía UTI (Días)	4.3±6.2	17.0±14.7	7.6±10.9	12.8±11.3	0.001
Mortalidad (%)	7.5	8.1	7.1	39.3	0.0001
HbA1c (%)	5.7±0.9	5.7±0.7	5.5±0.8	5.9±0.9	0.08
Glucemia prom (mg/dl)	140.5±40.9	126.2±20.2	127.1±26.7	137.2±28.7	0.05
Glucemia est. (mg/dl)	149.4±67.2	121.2±31.6	127.7±33.2	133.5±37.5	0.02
Insulinemia (iUI/ml)	41.5±34.7	28.9±20.8	33.6±30.7	38.3±40.8	0.3
Índice HOMA	16.9±18.9	9.2±7.9	11.1±11.6	13.2±16.2	0.1

En los modelos explicativo de Rlin bivariada y múltiple solo se observaron relaciones significativas entre Eti y AplI, T28 y edad, pero no con parámetros metabólicos. En Rlog bivariada hubo relación significativa entre M y RI, pero no se pudo ajustar ningún modelo pronóstico con el iH de RI; el mejor modelo de M se halló con Gpro ajustado por AplI, T<sub>28</sub> y edad. Conclusiones: Llama la atención que el grupo con mayor H y RI haya sido el de post-quirúrgicos; entre los otros 3 grupos de P realmente críticos no hubo diferencias metabólicas significativas. En este estudio la H y la RI no se comportaron como factores pronósticos significativos de M o Eti.

**0353 COINFECCIONES BACTERIANAS EN LA BRONQUIOLITIS SEVERA POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO**

M SHEEHAN, C BERRONDO, N ORLANDO, M VAZQUEZ, N SAREDI, L BERODZNICK, M GAILLIARD, G RODRIGUEZ, P ARIAS, A MISTCHENKO, A PROCOPIO, F OLAZARRI

Hospital de Niños Ricardo Gutierrez (CABA), Argentina

**Introducción:** La bronquiolitis por virus sincicial respiratorio (VSR) es la causa más común de infección respiratoria baja en lactantes. La infección respiratoria baja es un reconocido factor de riesgo para el desarrollo de super-infección bacteriana. Este riesgo es mayor en los casos de enfermedad más severa. **Objetivo:** Describir la frecuencia de coinfección bacteriana en los pacientes con bronquiolitis grave por VSR, el estado inmunológico, la repercusión clínica y la evolución de estos pacientes. **Material y Métodos:** Lactantes entre 1 y 24 meses con bronquiolitis por VSR y necesidad de asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVM) al ingreso a UCI. Se investigó en forma prospectiva la presencia de bacterias mediante toma de aspirado traqueal (AT) con cultivo cuantitativo dentro de las 6 horas de ingresado a AVM. Se definió coinfección bacteriana al AT con recuento  $>10^6$  UFC/ml. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y de evolución. Todos los pacientes fueron tratados inicialmente con cefalosporinas de 3ª generación hasta resultado de cultivo y antibiograma. Para la descripción de los datos se utilizó mediana y rango intercuartílico. Para la comparación de variables discretas, test de Ch2. Para las variables continuas de distribución normal, test de T, y para las variables continuas de distribución no normal el test de Mann Whitney. Se consideró estadísticamente significativa una  $p < 0.05$ . **Resultados:** Se estudiaron 40 pacientes. Edad 4 meses (2-6,5). PIM2= 1,45 (0,74-2,17). 16/40 pacientes (40%) presentaron coinfección bacteriana. El germen más frecuente (7/16) fue el Haemofilus no B (HINB). 2 de estos pacientes presentaron bacteriemia por el mismo germen (28,5%). 5 pacientes presentaron aislamientos "anormales" (pseudomona aeruginosa, klesiella pneumoniae, estenotrofomona maltófila, enterobacter cloacae). 4 de estos 5 pacientes eran menores de 3 meses de edad. En 4 pacientes se halló más de un germen coinfectante: pseudomona y estenotrofomona; pseudomona y klebsiella, estenotrofomona y klebsiella, neumococo y haemofilus no B. Mortalidad 1/40 (2,5%). No hubo diferencias significativas con respecto a la edad ( $p=0,82$ ), comorbilidad ( $p=0,59$ ), historia de AVM previa ( $p=0,34$ ), PAFI de ingreso ( $P=0,26$ ), perfil inmunológico ( $p=0,80$ ), y días de AVM ( $p=0,43$ ). Los pacientes que no presentaron aislamiento bacteriano tuvieron mayor frecuencia de complicaciones infecciosas ( $p=0,03$ ). **Conclusión:** Casi la mitad de los lactantes con bronquiolitis por VSR que requirieron AVM presentaron coinfección bacteriana. En la mayoría de éstos se aisló HINB; dos de ellos con bacteriemia confirmada. La presencia de cultivos positivos para germen Gram negativos "anormales" fue más frecuente en los lactantes más pequeños. Los pacientes que no tuvieron coinfección presentaron una mayor frecuencia de complicaciones infecciosas.

### 0355 HANTAVIRUS EN AREAS NO ENDÉMICAS: LA EPIDEMIOLOGÍA, DATO RELEVANTE, PARA EL INICIO DE UN TRATAMIENTO ADECUADO

P RAMOS, J CAUSARANO, C GIMENEZ DURAND

Terapia Intensiva Nuevo Hospital El Milagro, Salta, Argentina

**Introducción:** En la provincia de Salta, el SPHV es una zoonosis endémica de los departamentos San Martín y Orán, que se ubican 300 Km. al norte de la ciudad capital, considerada área no endémica. **Objetivos:** La epidemiología es un dato relevante al momento de realizar un diagnóstico diferencial precoz, junto a la evolución clínica, el laboratorio, y la radiografía de tórax, por lo tanto puede determinar el inicio de una conducta terapéutica adecuada, en áreas no endémicas y así evitar complicaciones en el tratamiento posterior. **Material y Métodos:** Se analizaron 5 casos de SPHV con diagnóstico confirmado por IGM ELISA para Hantavirus, variedad Andes., entre el período julio 06- enero 08. Todos los pacientes ingresaron a UTI por DISNEA E HIPOTENSION ARTERIAL SEVERA, cursando el II estadio de la enfermedad-fase cardiopulmonar. Se evaluó la evolución clínica con podromos virales, tiempo de incubación 12 días a aproximadamente, el laboratorio con valores máximos y mínimos hallados: HTO hasta 70mm, Plaquetopenia hasta 17.000 , UREA hasta 1,30 mg%, CREATININA hasta 3.5 mgr%, LDH elevada en todos los casos, GOT

hasta 400 mU/ml, GPT hasta 480 mU/ml, BILIRRUBINA normal en todos los casos. Radiografía de tórax: infiltrado bilateral intersticial, mediante anamnesis indirecta se objetiva exposición a roedores en áreas endémicas. PAFI promedio 190. Cuatro pacientes requirieron ARM, 1 Paciente VNI. Como primera medida se realizó en todos los casos RESTRICCIÓN HÍDRICA- la caída de la complacencia miocárdica con intolerancia al aporte de fluidos agrava el edema pulmonar. Recordemos que encontramos: PCP: normales. RVP: normal o alta, SHOCK ATÍPICO. Los pacientes que ingresaron ARM con SDRA, se realizó ventilación protectora. La agresión viral al endotelio de los capilares pulmonares causa una extraordinaria disfunción de la permeabilidad con edema pulmonar y SDRA. Se realizó cobertura con ATB para NGC, hasta confirmar diagnóstico. **Resultados:** la mortalidad hallada fue del 20%, el paciente fallecido ingresó con SDRA refractario, habiendo recibido en su lugar de origen el aporte de 1.5 litros de solución fisiológica. Los restantes pacientes no requirieron terapia de reemplazo renal, con estadía media en UTI de 10 días. Un paciente realizó bradicardia por 48 hs, pero no requirió MCP. Fueron dados de alta, con evolución favorable. **Conclusiones:** En áreas no endémicas, el diagnóstico diferencial precoz a partir de la epidemiología, junto a la clínica, laboratorio, y radiografía de tórax del SPHV, determinó en nuestro caso que la restricción hídrica inicial, en la fase II de la enfermedad -cardiopulmonar- podría mejorar el pronóstico y la sobrevida de paciente.

### 0356 DESCRIPCIÓN DE UN NUEVO MÉTODO PARA EL ESTUDIO DEL TRONCO BASILAR POR DOPPLER TRANSCRANEANO EN PACIENTES CRÍTICOS

D LERMAN, IJ PREVIGLIANO

Hospital General de Agudos J. A. Fernandez, Argentina

**Objetivo** Evaluar la utilidad de un nuevo método para el estudio del tronco basilar (Ba) por doppler transcraneano (DTC) en pacientes críticos. **Material y método** Diseño: Prospectivo, de validación. Intervenciones: DTC efectuado con un equipo DWL Multidop® de un sólo canal. Insonización de Ba mediante la técnica estándar en decúbito lateral y con una técnica de hiperflexión de la cabeza. **Criterios de inclusión:** Coma objetivado por Escala de Glasgow  $d < 8$ . **Criterios de exclusión:** traumatismo de columna cervical asociado. **Datos:** Edad, sexo, diagnóstico, hallazgos característicos de Ba en DTC. **Descripción del método:** Paciente en decúbito supino, se realiza hiperflexión de la cabeza hasta que el mentón toma contacto con el tórax. Es necesaria la ayuda de otro operador para el sostén cefálico. Los puntos a tomar como referencia son la protuberancia occipital, las mastoides y la apófisis espinosa del atlas. Se coloca el transductor en la línea media por debajo de la protuberancia occipital dirigiendo el haz de ultrasonido hacia la nariz. A una profundidad de 70-80 mm se llega a la confluencia de las arterias vertebrales (80-120 mm), allí la dirección del flujo se aleja de la sonda con una velocidad media de  $41 \pm 10$  cm/seg. **Análisis estadístico:** Chi cuadrado, variables discretas, cálculo de valor de predicción positivo (VPP), negativo (VPN), sensibilidad (S), especificidad (E) y likelihood ratio positivo (LR+) para utilidad diagnóstica. **Resultados** Entre el 01/01/00 y el 31/12/07 se efectuaron 1650 DTC en 481 pacientes. A partir del 01/01/04 se comenzó a utilizar simultáneamente esta nueva metodología junto con la tradicional hasta completar 147 pacientes con 441 estudios, realizados sólo por ambos autores, el 31/12/05. Edad  $44,6 \pm 16,3$ , sexo femenino 58. Las patologías incluían traumatismo encefalocraneano (TEC) 40, hemorragia subaracnoidea (HSA) 23, hematoma intracraneal (HIC) 33, accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) 14, infecciones encefálicas (IE) 5, encefalopatía hipóxico-anóxica (EHA) 4, los tumores craneales (TC) 5 y eclampsia. Se evaluaron 31 muertes encefálicas en ese período, las cuales presentaron un aumento de la presión arterial media superior al 20% con la hiperflexión del cuello, que no se reveló en las otras patologías. Se identificó Ba en 146 de 147(99%) con la nueva metodología y en 130 de 147(88%) con la metodología tradicional. El AE demostró: chi cuadrado  $p < 0.0001$ , utilidad diagnóstica S 0,99 E 0,75 VPP 0.99 VPN 0.75 LR+3.98. Con-

clusión Es especialmente útil para los pacientes comatosos polimonitorizados, a los que colocarlos en decúbito lateral es engorroso y potencialmente peligroso por el riesgo de perder accidentalmente la vía aérea o alguno de los catéteres. El aumento de la TAM con la hiperflexión forma parte de los reflejos espinales de la ME y no se repitió en los otros pacientes.

**0359 TROMBOSIS DE LA ARTERIA PULMONAR ASOCIADA A SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO EN EL EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO**

MA CARIDI, J FERREIROS, PA SURC  
Centro Gallego de Bs As, Argentina

El Síndrome antifosfolipídico (SAF) se define por la presencia de hipercoagulabilidad (trombosis arterial y/o venosa) y test de laboratorio positivos para anticuerpos anticardiolipina (aCL) y/o anticoagulante lúpico(LAC) Las manifestaciones pulmonares incluyen embolia e infarto de pulmón, hipertensión pulmonar, SDRA, hemorragia intraalveolar. En algunos pacientes la obstrucción trombótica ocurre a nivel de las arterias pulmonares principales. Se han descrito 6 casos de trombosis de arteria pulmonar lo cual evidencia lo excepcional de esta forma de presentación. Se presenta el caso de una paciente de 26 años que cursaba 15ª semana de primera gesta que ingresa al servicio de Terapia intensiva del CGBA con disnea de reposo. La angiografía de pulmón evidenció ausencia de señal en arteria pulmonar derecha y el dosaje de aCL Ig G e IgM positivos confirmando el síndrome antifosfolipídico. La paciente fue tratada durante el embarazo con heparina de bajo peso molecular con buena respuesta. Realizó controles obstétricos periódicos y hematológicos. A las 35 semanas de gestación presentó retardo de crecimiento intrauterino con alteración de los estudios vasculares obstétricos (Doppler fetal), finalizándose mediante cesárea segmentaria con feto vivo de bajo peso para la edad gestacional que se recuperó satisfactoriamente en Neonatología.

**0360 ACIDO ASCORBICO EN METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA SEVERA: INTOXICACION POCO FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO. REPORTE DE CASO.**

ME ARAUZ MARTINEZ, RE RIOS MENDEZ  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT E., Ecuador

Introducción: el cuadro de metahemoglobinemia es más común en poblaciones donde se consumen agua de pozo contaminada con nitratos, así también como vegetales y carnes en conserva que pueden contener altas concentraciones de nitritos utilizados como conservantes; en nuestra localidad este tipo de intoxicación es inusual. Objetivo: Presentar un caso de metahemoglobinemia adquirida severa tratada sin el antídoto específico. Caso clínico: niño de 3 años, 14 Kg, raza negra, residente en área urbana con deterioro súbito del sensorio. Ingresó al área de emergencia en paro cardiorrespiratorio (PCR), se realizaron maniobras de resucitación cardiopulmonar con éxito y fué internado en la unidad de cuidados intensivos pediátrica colocándolo en ventilación mecánica, se administró expansión intravascular con cristaloides a 160 ml/Kg, correcciones con potasio y bicarbonato de sodio EV, transfusión de glóbulos rojos concentrados y se instaló dopamina a 14 mcg/Kg/min, luego de lo cual mejoró su hemodinamia pero mantuvo saturación de oxígeno (SaO<sub>2</sub>) de 70% con FiO<sub>2</sub> al 100%. Reinterrogando a la madre mencionó la ingesta de "polvo para curado de carne" (nitrito de sodio). Ante la falta de azul de metileno utilizamos ácido ascórbico a 100 mg/Kg EV en bolo. A las 2 horas constatamos mejoría bioquímica por lo que continuamos con esta medicación a 50 mg/Kg/dosis EV cada 4 horas por 3 veces más. Después de 6 horas se pudo discontinuar la dopamina y luego de 12 horas se realizó extubación electiva (Tabla). Comentarios: la sospecha clínica de esta intoxicación es difícil en pacientes de raza negra y en localidades sin factores epidemiológicos para estos cuadros. Los valores de metahemoglobina (MHb) superiores a 70% pueden llevar a la muer-

te. Si bien la droga específica para su tratamiento es el azul de metileno, en lugares donde no se dispone de esta sustancia puede utilizarse, además del tratamiento de apoyo, otras medicaciones como el ácido ascórbico, aunque se describe que su acción es más lenta y se la ha recomendado en metahemoglobinemias congénitas leves. En nuestro paciente el uso del ácido ascórbico resultó de gran ayuda terapéutica.

	HORA 0	HORA 2	HORA 12
pH	7,17	7,42	7,42
PaCO <sub>2</sub>	9,4	43,5	30,8
PaO <sub>2</sub>	35	207	112
CO <sub>3</sub> H <sup>+</sup>	11,2	14,5	21,8
EB	-18,5	-11,0	-3,0
SaO <sub>2</sub>	64,5	90,8	98,6
Na <sup>+</sup> (mEq/L)	145	145	145
K <sup>+</sup> (mEq/L)	2,6	3,5	4,2
Cl <sup>-</sup> (mEq/L)	117	125	110
MHb %	76	61,2	0,2
Láctico	13,5	5,7	0,6
Glucemia (mg/dL)	279	118	84
Hto %	27	31	31

**0362 USO DE ACTIVADOR DEL PLASMINÓGENO TISULAR (TPA) EN PACIENTE NEONATO POST-QUIRÚRGICO CARDIOVASCULAR**

RF JAÉN, MJ OLANO, R MAGLIOLA  
Hospital Británico de Buenos Aires., Argentina

Introducción: Se desconoce el real uso, dosis, eficacia y toxicidad (sangrados) del TPA como trombolítico en pacientes pediátricos. Habitualmente la indicación ante un evento trombótico es el uso de heparina de bajo peso molecular. El uso de TPA se relaciona con una recanalización vascular rápida y disminución de las áreas de infarto tisular. En adultos es tratamiento de elección para trombosis coronaria aguda, TEP, síndrome post-trombótico por trombosis ileofemoral. El síndrome post-trombótico en niños se reporta sólo en un 10% al 20%. Ante la toxicidad reportada para el TPA como sangrados y hemorragias intracerebrales y el desconocimiento de una dosis adecuada a la par de un aumento en el número de eventos trombóticos en niños, es necesario trabajar en este tema. Presentamos un paciente neonato post quirúrgico cardiovascular en el que se usó TPA ante una trombosis venosa profunda. CASO CLINICO: Paciente RNTPEG que a los 7 días de vida se realiza cirugía correctora de Trasposición de grandes vasos. A los 7 días del post'quirúrgico, presentando buena evolución y contractilidad ventricular, se diagnostica quilotórax bilateral con un ritmo de pérdida de 400ml-día, instala bajo gasto. Se realiza ecodoppler vascular diagnosticándose trombosis de ambas yugulares, vena Cava Sup y aurícula derecha. Se decide pasaje de TPA previa infusión de plasma y crioprecipitados. Dosis 0,1mg-kg-h durante 2 horas(al finalizar se realiza lab Quick70, KPTT40, Fibrinógeno263). Luego 0,2mg-kg-h durante 6hs. Como complicaciones se detectó hemorragia intracerebral Conclusión: El aumento de las cirugías cardiovasculares en la edad pediátrica y el uso más frecuente de catéteres endovasculares conlleva a un aumento de complicaciones y entre estas las trombóticas. De acuerdo a la gravedad de las mismas y sus consecuencias pueden llevarnos al uso de medicación poco frecuente. Presentamos este paciente para mostrar los resultados obtenidos con el uso de TPA, a la espera de que se realicen trabajos que puedan recomendar el uso adecuado

**0363 UNA PATOLOGÍA EMERGENTE SERIE DE CASOS DE COQUELUCHE**

MG RODRÍGUEZ, RF JAÉN  
UCIP Hospital de Clínicas UBA., Argentina

**Introducción:** La infección por *Bordetella pertussis* (BP) re- aparece como enfermedad altamente mortal, principalmente en aquellos que desarrollan hipertensión pulmonar refractaria. Se describen como factores asociados a mal pronóstico: hiperleucocitosis (>50.000/mm<sup>3</sup>), edad menor de 2 meses, neumonía y la inmunización incompleta o ausente. **Objetivo:** Describir la evolución de niños internados en nuestro servicio con diagnóstico confirmado de BP por PCR. Comparar evolución de acuerdo a forma de presentación y recuento celular. Revisar indicación de profilaxis y vacunación en contactos con adultos. **Material y método:** revisión de HC de niños hospitalizados durante el periodo marzo 2007-2008 con PCR BP+. **Caso 1:** 7 meses, sexo femenino, PT AEG 27 sem, 1350 g. Síndrome coqueluchoide y apneas. GB 20600 (L73%/N8%), PCR BP+. Tto: claritromicina, CPAP, luego oxigenoterapia. Evolución favorable. **Caso 2:** 49 días, masculino PT AEG, neumonía multifocal, medicado con ceftriaxone + claritromicina, PCR BP+, SDMO, fallece al 10º día. **Caso 3:** 1 mes, masculino T AEG, síndrome bronquiolítico, febril, evoluciona a neumonía. PCR BP+. Tto: ceftriaxona + ampicilina + claritromicina, ARM, shock refractario, fallece al 5º día. **Caso 4:** 2 meses, masculino, PT AEG 31 sem. 1285g, síndrome coqueluchoide, apneas, neumonía intersticial. Tto: ceftriaxone + claritromicina, VNI. HMC+ a *Pseudomonas Stutzeri*, UC+ a *Enterococo*, LCR -, PCR BP+. Se rota ceftazidima + ampicilina. GB 34500/mm<sup>3</sup> (66% linfocitos). Evolución tórpida. **Resultados:** de 4 casos, 2 fallecieron (menores de dos meses, no inmunizados, 1 neumonía, 1 hiperleucocitosis). Al personal de salud expuesto se le realizó: decontaminación con claritromicina, vacunación pendiente por dificultades de provisión. No existe en nuestro país recomendación formal sobre el tóxico, decisión en manos de autoridades hospitalarias. **Conclusión:** Coincidente con la bibliografía mundial los casos fatales fueron los menores de 2 meses, con neumonía e hiperleucocitosis y vacunación incompleta. En los casos clínicos expuestos el contagio de BP fue por adultos convivientes, 3 sin vacunación antipertussis. Lo importante, revacunar adolescentes y adultos.

### 0365 NECROSIS EPIDERMICA TOXICA PRESENTACIÓN DE UN CASO

PV VOGL, JC VIVERO, RV HERNANDEZ, CA BERDICHEVSKY, MC ORLANDI  
HOSPITAL FRANCISCO LOPEZ LIMA, Argentina

**Caso clínico:** Paciente de 14 años con antecedentes de hidrocefalia congénita, retardo madurativo y malformación arteriovenosa de tronco que en junio del 2007 se interna en terapia intensiva con diagnóstico de insuficiencia respiratoria requiriendo ventilación mecánica. Como intercurencia presenta crisis convulsiva generalizada, inicia tratamiento con difenilhidantoína y fenobarbital. A los 20 días de internación presenta lesiones eritematosas en área facial, tronco y extremidades que evolucionan a lesiones ampollares. También se evidencian lesiones erosivas costrosas hemorrágicas en mucosa yugal y genital, con compromiso inflamatorio de conjuntivas. El signo de nikolsky fue positivo y la superficie comprometida de alrededor del 85%. Se arriba al diagnóstico de necrólisis epidérmica tóxica (net) secundario a drogas anticomiciales. Se suspenden las drogas anticomiciales y se inicia tratamiento con meprednisona en dosis de 1 mg/kg/día por cinco días, reposición hidroelectrolítica, soporte nutricional, profilaxis antitrombótica y protección gástrica. Desde el punto de vista local se realizó debridamiento quirúrgico, topicaciones con clorhexidina al 0,05% y colocación de parches de colágeno. Se intensifican las medidas de aislamiento y control de temperatura ambiental. A los 4 días ya no presentaba signo de nikolsky. Permaneció en asistencia respiratoria mecánica durante sesenta días, siendo externada a fines de realizar la rehabilitación correspondiente. **Comentario:** Las reacciones cutáneas ocurren en el 2% de todos los tratamientos medicamentosos. La mayor parte de estos cuadros son leves, sin embargo se pueden presentar en forma de síndromes cutáneos graves como el síndrome de stevens johnson (ssj) o el síndrome de lyell o necrólisis epidérmica tóxica (net). El cuadro clínico comienza con una erupción morbiliforme, siendo las zonas más afectadas la

cara y la parte superior del tronco, con distribución simétrica. En la evolución se observa la aparición de vesículas que se transforman luego en ampollas, constatándose el signo de nikolsky. Las lesiones mucosas son erosivas y muy dolorosas pudiendo involucrar cualquier sistema. La diferenciación entre ssj y net se basa en la escala de extensión de las lesiones dérmicas. En el ssj el desprendimiento epidérmico es menor al 10%, en la net del 30%. La reepitelización se produce alrededor de las tres semanas. La mortalidad del ssj es del 5% y de la net del 30%, siendo la sepsis la primera causa de muerte. El tratamiento consiste en las medidas de sostén; otras líneas terapéuticas son la plasmaféresis, la inmunoglobulina humana, la ciclofosfamida y los anticuerpos monoclonales, no existiendo evidencia sobre el beneficio de alguna en particular.

### 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 LOPEZ VERON, A OJEDA, HJM ALVAREZ, G ANDRICH, W COSSIO, SD RIBAK, O PINI, F ZONE, ML BARAVALLE  
Hospital Jose F. de San Martin - Corrientes. Argentina., Argentina

**Introducción:** En la actualidad se acepta que la Hipertensión Intra-abdominal (HIA) se asocia con una significativa morbi-mortalidad en los pacientes críticos. Se ha descrito en diversos estudios la presencia de la HIA en pacientes sin patología abdominal de base. **Objetivos:** - Determinar la incidencia de HIA en los pacientes neurocríticos. - Analizar las características de los pacientes neurocríticos con y sin HIA. **Metodología:** Se midió la presión intra-abdominal (PIA) en todos los pacientes neurocríticos ingresados en el servicio de Terapia Intensiva desde Marzo del 2004 hasta Diciembre del 2005. Se excluyeron los pacientes con internación menor de 24 hs y aquellos que presentaban alguna contraindicación para la medición de la PIA. Para el analisis estadístico se dividieron los pacientes en dos grupos: Grupo I: PIA < 12 mmHg (sin HIA) y Grupo II: PIA > o = 12 mmHg (con HIA). En cada grupo se consignaron las siguientes variables demográficas: sexo, edad, PIA promedio de ingreso, Apache II, SOFA ingreso, días de internación y mortalidad. **Resultados:** Ingresaron al estudio durante el periodo establecido 85 pacientes neurocríticos, de los cuales el 34% presento HIA. En la tabla siguiente se observan los resultados de las variables analizadas.

	n	PIA < 12 (no HIA)	PIA > 12 (HIA)	Valor de p p< 0.05
Pacientes	85	56	29	
Edad	46±15	46±15	52±13	-
Sexo M/F	59/26	42/14	17/12	-
PIA ingreso	11±7	7±2	18±9	-
APACHE II	15±5	15±5	17±6	-
SOFA ingreso	4±2	4±2	8±3	p< 0.05
Mortalidad	47%	42%	69%	p< 0.05
Días de internación	8±7	7±3	10±8	-

**Conclusión:** La HIA es un hallazgo frecuente en los pacientes neurocríticos y su presencia se asocia con un mayor compromiso sistémico y una significativa mortalidad.

### 0367 TRATAMIENTO DE ANEURISMAS CEREBRALES DE ANATOMÍA COMPLEJA

JC CHIARADIO, MP CHIARADIO

Servicio de Neurocirugía de Alta Complejidad, Argentina

**Objetivo** Determinar nuestros resultados obtenidos en el corto plazo en el abordaje directo de los aneurismas complejos y luego compararlos con aquellos obtenidos por diferentes grupos de terapeutas endovasculares. **Material y métodos** Presentamos una serie de 25 pacientes portadores de 25 aneurismas de anatomía comple-

ja operados entre enero de 2006 y marzo de 2008. 21 de ellos fueron derivados con indicación de procedimiento endovascular por considerarlos de difícil o imposible resolución quirúrgica. Por el contrario evaluados por nosotros fueron considerados quirúrgicos. 16 de nuestros pacientes sufrieron HSA como forma de presentación clínica, 3 han mostrado efecto compresivo y 6 fueron hallazgos diagnósticos. Tuvimos 9 aneurismas silvianos, 6 aneurismas del sifón carotídeo supraclinoideo, 4 aneurismas carótido-comunicante posterior, 2 aneurismas carotídeos paraclinoideos, 2 aneurismas del tipo basilar, 1 aneurisma de arteria cerebrosa superior, 2 aneurismas de arteria cerebrosa posterior inferior. Dos de los aneurismas de sifón carotídeo supraclinoideo habían sido sometidos a procedimientos de stenting con agrandamiento postprocedimiento. Realizamos angioTAC multislice con reconstrucción 3D como procedimiento diagnóstico en el 100% de los pacientes y angiografía con sustracción digital (ASD) en 50% de los pacientes. El control postoperatorio fue realizado con ASD en el 100% de los casos. Se realizó abordaje con técnica invasiva mínima (keyhole), disección del aneurisma y clipado, multiclipado o clipado con clips fenestrados o combinación de ellos. Resultados La mortalidad operatoria en nuestra serie es del 4% (1 paciente operado de un aneurisma silviano displásico grande fallece debido a infarto hemisférico por vasoespasmos al 12 día de sangrado). La morbilidad mayor ocurre en 4% de los casos (Una paciente con aneurisma paraclinoideo acentúa su hemiparesia preoperatoria a pesar de la permeabilidad angiográfica). Resultados buenos o excelentes se lograron en el 82% de los casos (23 pacientes con GOS de 4 o 5 al alta). Conclusión Los resultados logrados en nuestra serie de 25 pacientes de aneurismas complejos, nos permite aseverar los buenos resultados que se pueden lograr con el clipado directo por un equipo neuroquirúrgico de referencia. Si los comparamos con aquellos obtenidos actualmente por distintos equipos endovasculares en el mundo (publicados en estos últimos años) con tasas de mortalidad de alrededor del 4%, de complicaciones del 25%, con déficit neurológico permanente del 10%, vemos que los resultados logrados con técnicas endovasculares son inferiores a los logrados con el abordaje directo y clipado de aneurismas complejos. Esto sugiere que con los avances que ha realizado la microcirugía sumado a la base de experiencia obtenida desde la década de los 80, la técnica microquirúrgica es una técnica segura y madura. Por el contrario, a pesar de las modificaciones en las técnicas endovasculares, ésta no ha logrado la madurez necesaria para superar los resultados microquirúrgicos.

**0368 PRONOSTICO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA REAGUDIZADA EN TERAPIA INTENSIVA.**

P. ESCALANTE, D VARELA, R SANCHEZ, M BONO, N TIRIBELLI, C CANESSA, E ARISTA, A MARINO  
CMPFA Churrucua-Visca, Argentina

Objetivo: Comparar las características clínicas y evolución de los pacientes con diagnóstico de enfermedad obstructiva crónica (EPOC) reagudizada en relación a los pacientes no EPOC que requirieron internación en la unidad de terapia intensiva (UTI). Material y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en forma consecutiva a nuestra UTI entre el 01/09/2006 al 31/03/2008 con especial énfasis aquellos con diagnóstico de EPOC reagudizada. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estancia en UTI, requerimiento de ventilación no invasiva (VNI) y asistencia respiratoria mecánica (ARM), vasopresores, transfusiones, traqueotomía, presencia de neumonía asociada al ventilador (NAV), reintubación, días de weaning de ARM y mortalidad. Las variables ordinales se expresaron como media y desvío Standard y las nominales como porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-Test para las variables cuantitativas y Chi Cuadrado para las cualitativas. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ . Resultados: Se analizaron 922 pacientes, 57.5% hombres y 42.5% mujeres, de los cuales

39 ( 56.4 % hombres y 43.6 % mujeres) tenían diagnóstico de EPOC reagudizado y 883 (57.4 % hombres y 42.6 % mujeres) no.

	EPOC	NO EPOC	p
n	39	883	
Edad	66.3 (9.2)	60.7 (18.7)	0.06
Apache II	17.2 (7.7)	15.5 (10.2)	0.3
SAPS II	32.8 (17.6)	36.2 (22)	0.3
SOFA	9.8 (5.9)	10.8 (4.4)	0.17
NAV	16 %	9.8 %	0.5
Traqueotomía	24 %	17.8 %	0.6
Requerimiento de VNI	69.2 %	10.3 %	< 0.05
Requerimiento de ARM	64.1 %	52 %	0.18
Días de ARM	Medía (DS) 8.5 (4.2-13.7)	Mediana (Cuartiles) 4 (2-7)	< 0.05
Reintubación	20 %	10.4 %	0.2
Días de Weaning	Medía (DS) 3.1 (7.2)	Mediana (Cuartiles) 1 (1-1)	< 0.05
Días de UTI	Medía (DS) 13.7 (15.3)	Mediana (Cuartiles) 8 (4.5-13.5)	< 0.05
Fallo renal	17.9 %	19.7 %	0.9
Transfusión de GR	Tasa 10.2 %	23.7 %	0.08
	Unidades 2.2 (1.3)	4.4 (4.5)	< 0.05
Vasopresores	Tasa 43.6 %	31.8 %	0.16
	Días 3.7 (2.6)	4.7 (4.3)	0.17
Mortalidad	28.2 %	21.5 %	0.43

Conclusiones: No se hallaron diferencias significativas respecto a edad, scores de gravedad y requerimientos de ARM entre ambos grupos. Como es de esperar en este grupo de pacientes hubo una mayor tasa de utilización de VNI. La estancia en UTI, los días de ARM y weaning fueron más prolongados. La mortalidad fue similar en los dos grupos.

**0369 NEUMONIA 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  
CMPFA Churrucua-Visca, Argentina

Objetivo: Analizar las variables demográficas, evolución y pronóstico de los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron de manera consecutiva a UTI desde el 01/09/2006 hasta el 31/03/2008 con especial énfasis los pacientes inmunocompetentes con diagnóstico de NAC según criterios de Fang y cols. Para el análisis se tuvo en cuenta: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, SOFA, score de Fine, días de internación en UTI, requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM), ventilación no invasiva (VNI), vasopresores, transfusiones, presencia de insuficiencia renal aguda (IRA) y mortalidad. Se tomó en cuenta el diagnóstico de sepsis, sepsis severa, shock séptico y disfunción orgánica múltiple (DOM). Los datos se presentan como media y desvío Standard para las variables ordinales y porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el chi Cuadrado o test de Fisher según correspondiera; tomándose como significativa una  $p < 0.05$ . Resultados: Ingresaron a UTI 922 pacientes, de los cuales 48 (5.2%) presentaron diagnóstico clínico de NAC, el 56.2% hombres, 43.8% mujeres con una edad de 67 (16.7) años. Un score de Fine de 142 (26.3), APACHE II 21.1 (7.6), SAPS II 48.4 (18.6) con 6.6 (5.3) días de internación en UTI y una mortalidad 35.4% (17/48). El 77% (37/48) requirió ARM durante 6.4 (4.2) días, con un tiempo de weaning de 1.2 (0.5) días. El 10.8% requirió reintubación orotraqueal (4/37) y en el 13.5% (5/37) se realizó traqueotomía, a los 10.2 (5.2) días de ARM. En el 31.2% se realizó inicialmente VNI durante 2.1 (2.3) días; el 40% (6/15) fue exitosa y el 60% (9/15) fracasó. Se obtuvo rescate bacteriológico en el 39.6% (19/48): Neumococo 36.8%, Stafilococo aureus 21%, Pseudomona aeruginosa 15.8%, Stafilococo epidermidis 10.5%, Providencia 5.2%, Haemophilus influenzae 5.2, otros 5.5%. La incidencia de bacteriemias fue del 14.6% (7/48).

	Sin ARM	Con ARM	p
<b>n</b>	1148(229 %)	3748(77.1%)	ns
<b>Edad</b>	63(21.1)	682(15.3)	< 0.05
<b>APACHE II</b>	123(4.8)	23.7(7.4)	< 0.05
<b>SAPS II</b>	32.2(14.7)	53.3(16.9)	< 0.05
<b>Días de UTI</b>	2.9(1.8)	7.7(5.5)	< 0.05
<b>Mortalidad</b>	0	45.9 %	< 0.05

	Tasa	Mortalidad	p
<b>Transfundidos</b>	14.8 % (7/48)	71.4 %	NS
<b>No transfundidos</b>		29.3 %	
<b>Con Vasopresores</b>	66.6 %	40.6 %	< 0.05
<b>Sin Vasopresores</b>		0 %	
<b>Con IRA</b>	39.6 %	52.6 %	NS
<b>Sin IRA</b>		24.1 %	

Severidad	Incidencia	SOFA	Mortalidad
<b>Sepsis</b>	13.9 %	4.5	0.5
<b>Sepsis severa</b>	22.2 %	7	0.8
<b>Shock séptico</b>	38.9 %	11.1	6/14 (42.9 %)
<b>DOM</b>	25 %	12.7	80 (80.9%)

**0370 NEUMONIA ASOCIADA AL VENTILADOR**

E. ARISTA, D. VARELA, R. SANCHEZ, M. BONO, C. CANESSA, N. TIRIBELLI, A. MARINO  
CMPFA Churrúa Visca, Argentina

Objetivo: Evaluar las variables clínicas y evolución de los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva (UTI) que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM), comparando el grupo que desarrolló neumonía asociada al ventilador (NAV) con aquellos que no. Material y Métodos: Se incluyeron consecutivamente los pacientes internados en UTI desde el 01/09/06 hasta el 30/03/08, que requirieron ARM. El diagnóstico de NAV, se realizó con el score de CPIS y aspirado traqueal cuantitativo. Se tomaron en cuenta: edad, sexo, Apache II, SAPS, días de ARM, días de Weaning, estancia en UTI, requerimiento de traqueotomía, trasfusión de glóbulos rojos (GR), vasopresores, fallo renal agudo y mortalidad. En pacientes con NAV se consideraron motivos de ingreso (quirúrgicos o clínicos), NAV temprana (<5 días de ARM) o tardía (>5 días de ARM), gérmenes y antibiograma empírico inicial adecuada o no. Los datos se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango 25-75 para las variables continuas, y como porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el test de t y el chi Cuadrado o Fisher. Se consideró significativa una p < 0.05. Resultados: Requirieron ARM 482 pacientes, 274(56.8%) hombres y 208(43.2%) mujeres, de los cuales 49/482(9.9%) presentaron NAV, con una densidad de incidencia (DI) de 14.6 episodios cada 1000 días de ARM. El diagnóstico se realizó a los 9.4(8.1) días, con un CPIS de 6.3(1.2). El 28.3% quirúrgicos, con una incidencia de 6.9% y DI de 9.9. El 71.7% clínicos, con una incidencia de 12.5%, DI de 16.5. El 36.7% fue temprana y el 63.3% tardía. El antibiograma empírico fue adecuado en el 43% e inadecuado el 57%. La mortalidad del 33.3% y 60.7% respectivamente, con una p > 0.05. Gérmenes aislados: Acinetobacter baumannii 69.3%, Pseudomonas aeruginosa 26.5%, Klebsiella pneumoniae 12.2%, Staphylococcus aureus 12.2%. En los que se aisló Acinetobacter baumannii la mortalidad fue de 61.7% en contraste con otros gérmenes que fue de 20% con una p < 0.05.

	NAV	No NAV	p	
<b>n</b>	49	433		
<b>Sexo</b>	H: 29(59 %)	H: 245(56 %)	NS	
<b>Edad</b>	59.1(18.3)	64.4(17.3)	NS	
<b>Apache II</b>	22.4(8.4)	21.3(9.7)	NS	
<b>SAPS II</b>	47.6(16.7)	49.6(21.3)	NS	
<b>Estadía en UTI</b>	18.7(14)	8.4(10.4)	< 0.05	
<b>Días de ARM</b>	Media (DS) Mediana (Cuartiles)	5(3-11) 5(3-7)	< 0.05	
<b>Traqueotomía</b>	14.5(11.5-23.2) 14.6(13.4)	4(2-7)	< 0.05	
<b>Reintubación</b>	11(7.7-16.5) 37.5%(18/48)	9.4 %(4/434)	< 0.05	
<b>Días de Weaning</b>	25%(12/48) 1.8(1.2)	9.4 %(4/434) 1.4(2.6)	< 0.05	
<b>Vasopresores</b>	Media (DS) Mediana (Cuartiles)	1(1-2) 1(1-1)	< 0.05	
<b>Transfusiones de GR</b>	Tasa Días	71%(34/48) 8.2(5.3)	56%(24/434) 4.3(4)	< 0.05
<b>Fallo Renal Agudo</b>	Tasa Unidades	39%(19/48) 7.5(8.8)	29%(12.5/434) 4.5(3.8)	< 0.05
<b>Mortalidad en UTI</b>	33.3%(16/48) 50%(24/48)	27%(120/434) 38%(165/434)	NS	

Conclusiones: Los pacientes con NAV presentaron scores de gravedad similares al resto de la población; mayor requerimiento de traqueostomía, vasopresores, trasfusión de GR, estancia en ARM y UTI, sin un aumento en la mortalidad. La NAV fue más frecuente en pacientes clínicos. La mortalidad fue mayor en pacientes con tratamiento antibiótico inadecuado y aislamiento de Acinetobacter baumannii.

**0371 TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTES CRÍTICOS**

D. VARELA, N. TIRIBELLI, M. BONO, R. SANCHEZ, E. ARISTA, C. CANESSA, P. ESCALANTE, A. MARINO  
CMPFA Churrúa Visca, Argentina

Objetivo: Analizar las características clínicas y la evolución de la población con asistencia respiratoria mecánica (ARM) que requirieron traqueostomía. Material y Métodos: Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron en forma consecutiva a nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UTI) entre el 01/09/2006 y el 31/03/2008 que requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) y traqueostomía. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estancia en UTI, motivo de ingreso, días de ARM y weaning, fallo renal agudo, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos (GR) y vasopresores, incidencia y densidad de incidencia (DI) de neumonía asociada al ventilador (NAV), y mortalidad. Las variables ordinales se expresaron como media, desvío Standard o mediana, cuartiles 25-75 según corresponda y las nominales como porcentaje. Para el análisis estadístico se utilizó T-Test y Chi Cuadrado. Se consideró significativa una p < 0,05. Resultados: Se incluyeron 466 pacientes (58.9 % hombres y 41.1 % mujeres), de los cuales 88 (61.8 % hombres y 38.2 % mujeres) requirieron traqueostomía (19.1 %), la que se realizó a los 10 días (5,2) de ARM. El motivo de ingreso a ARM en este grupo de pacientes fue de causa extrapulmonar en el 60.7 % de los casos.

	Traqueostomizados	No Traqueostomizados	p	
<b>n</b>	88	376		
<b>Edad</b>	Media (DS)	62.7 (19.3)	63.7 (17.1)	0.6
<b>Apache II</b>	Media (DS)	21.2 (8.2)	21.2 (9.7)	1
<b>SAPS II</b>	Media (DS)	47.6 (18.7)	48.9 (21.8)	0.6
<b>VNI</b>	(Porcentaje)	18 %	27 %	0.1
<b>Días de ARM</b>	Media (DS) Mediana (cuartiles)	12.8 (13.3) 10 (5-16)	4.5 (4.5) 3 (2-6)	< 0.05
<b>Reintubación</b>	(Porcentaje)	28.1 %	7.4 %	< 0.05
<b>Días de Weaning</b>	Media (DS) Mediana (cuartiles)	2.1 (4.8) 1 (1-1)	1.2 (0.7) 1 (1-1)	< 0.05
<b>Estadía en UTI</b>	Media (DS) Mediana (cuartiles)	20.4 (15.2) 17 (11-25)	7 (8.3) 5 (2.7-9)	< 0.05
<b>NAV</b>	Incidencia	23.6 %	7.4 %	< 0.05
<b>Vasopresores</b>	DI Utilización %	14.6 episodios 66.3 %	5.9 episodios 58.7 %	0.2
<b>Transfusiones de GR</b>	Días Tasa	7.6 (5.6) 38.2 %	4 (3.6) 29.1 %	< 0.05
<b>Fallo Renal Agudo</b>	Unidades	5.7 (4.6)	4.7 (4.9)	0.08
<b>Mortalidad en UTI</b>	(Porcentaje)	28.6 %	29.9 %	0.8
		38.2 %	41 %	0.7

Conclusiones: Los pacientes traqueostomizados tuvieron similares scores de gravedad y mortalidad que el resto de la población que requirió de ARM, con mayor estadía en ARM, reintubación, días de weaning, requerimiento de vasopresores y estadía en UTI. Además presentaron mayor incidencia y DI de NAV que el resto de la población.

**0373 EL EDEMA PULMONAR POR PRESION NEGATIVA, ¿UNA CAUSA FRECUENTE DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN PACIENTES POSTQUIRURGICOS?**

R GILARDINO, A LARRABURU, G JANNELLO, A GOMEZ, B BIANCHI, S MURYAN, M CRESPO, P GAGGINO  
Sanatorio de los Arcos, Swiss Medical Group., Argentina

El edema pulmonar por presión negativa (EPPN) es una entidad poco frecuente y su sintomatología común con el EAP cardiogenico y el SDRa contribuye al subdiagnostico. Objetivo: Presentar tres casos clínicos con una breve revisión de la literatura. Paciente 1: Mujer de 19 años que es sometida a laparoscopia por abdomen agudo, recibió anestesia general con intubación orotraqueal sin complicaciones. Es extubada según técnica y a los 60 minutos presenta disnea, desaturación (SpO2 55%) y expectoración hemoptoica sin respuesta a la oxigenoterapia con alto flujo; es trasladada a UCI, requiere intubación orotraqueal (presenta salida de liquido asalmonado por el TET) y conexión a VM. La Rx de tórax mostró infiltrados intersticio alveolares bilaterales; un ecocardiograma no mostró disfunción ventricular y las presiones de llenado fueron bajas. Se trato con cauteloso manejo de líquidos, fue extubada a las 48 horas evolucionado satisfactoriamente. Paciente 2: Varón de 84 años con antecedente de síncope que se interno por episodio sincopal objetivando ECG con BRI, PR largo y pausa mayor a 2000 ms con indicación de marcapasos definitivo. Se realiza implante de marcapasos con anestesia local y sedación sin complicaciones, ingresó a UCI presentando signos de obstrucción de via aerea, disnea, desaturación y mala mecánica ventilatoria, requirió intubación orotraqueal y conexión a AVM. La Rx de Tórax mostró presencia de Infiltrados intersticio alveolares bilaterales. Ecocardiograma sin alteraciones. Se realizo manejo cauteloso de volumen y sostén ventilatorio, siendo extubado a las 72 hs sin complicaciones. Paciente 3: Mujer de 63 años de edad hipertensa y obesa que es sometida a estabilización de columna cervical con injerto óseo. Recibió anestesia general con intubación orotraqueal. Luego de la extubacion y colocación del collar cervical presenta de forma súbita disnea y desaturacion con broncoespasmo, se administran corticoides y oxigenoterapia; ingresa a UCI con desaturacion y moderada disnea. Se realizo Rx de tórax objetivándose infiltrados intersticios alveolares bilaterales y el ecocardiograma no mostró disfunción ventricular. Se trato con VNI con buena respuesta. La evolución clínica y radiológica fue satisfactoria externandose a las 24 horas. Comentario: El EPPN tiene una incidencia del 11%, las causas mas frecuentes son epiglotitis aguda, laringoespasmo, parálisis de cuerdas vocales, broncoaspiración, ahorcamiento y obstrucción de la vía aérea en la recuperación anestésica (>0.1%); se postula como mecanismo fisiopatologico al esfuerzo inspiratorio generado con la glotis cerrada que lleva al aumento de la presión intrapleur negativa y de la presión transmural con pasaje de liquido al intersticio y daño alveolar. El tratamiento consiste en medidas de sostén ventilatorio y el estricto balance hidrico, destacándose el curso favorable de la misma. Es importante tener presente esta patología ante un paciente con antecedentes de obstrucción de la vía aérea que desarrolla edema pulmonar sin ninguna otra causa que explique el mismo

**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 ESTENSSORO HIGA San Martín de La Plata. Pcia de Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Describir la incidencia de extubaciones no programadas (sin ensayo de ventilación espontánea-SBT-); analizar sus posibles factores de riesgo y sus efectos sobre el pronóstico de los

pacientes en ventilación mecánica (VM). Definición: Se definió a la extubación no programada como aquella no precedida de SBT de 120 min., incluyéndose a la autoextubación (AEx), la extubación accidental (ExAcc) y las extubaciones (ExO) por sospecha de oclusión del tubo endotraqueal (secreciones, agitación/disconfort). Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectiva que incluyó a todas las admisiones de 1/4/06 al 31/03/08. Lugar: Unidad de Terapia Intensiva de 10 camas, de un hospital universitario Pacientes incluidos: Aquellos que requirieron VM invasiva >12 horas. El grupo de análisis quedó conformado con los pacientes que fueron extubados identificando a aquellos que fueron precedidos por una prueba de SBT (Programados) y los que no (No Programados). Pacientes excluidos: Pacientes traqueostomizados (Traq) y/o fallecidos antes de poder efectuar weaning (W). Análisis: Se registraron prospectivamente scores de gravedad, parámetros fisiológicos, duración de VM y sedación para identificar factores de riesgo predictores de extubación no programada. Se registraron posibles complicaciones como: estridor, requerimiento de:VM no invasiva, reintubación (inmediata y precoz), de Traqueostomía y ventilación mecánica prolongada (VMP; VMe"21 días). Los médicos tratantes desconocían el registro. Se analizaron las diferencias entre los dos grupos según la distribución y la naturaleza de los datos, considerándose una p<0,05 como significativa. Resultados: Durante el período de estudio ingresaron 398 pacientes; 249 requirieron VM e" 12 hs (9 excluidos por Traq al ingreso). Se excluyeron 65 pacientes por fallecimiento sin weaning, y 29 traqueostomizados por fallo reiterado de weaning. Los pacientes extubados fueron 155, de los cuales 103 realizaron SBT (programadas) y 52 no (no programadas). Las causas fueron las siguientes: AEx: 26, ExAcc: 3 y por criterio médico 22: (Tabla 1)

	Programadas (n=103)	No Programadas (n=52)	p
Edad	38 ± 18	42 ± 18	0.20
APACHE II	15 ± 6	16 ± 5	0.29
APACHE II risk	18 ± 14	20 ± 15	0.42
SOFA	5 ± 3	6 ± 3	0.19
Género masculino	53%	67%	0.09
No quirúrgico	31 (30%)	20 (38%)	0.19
Quirúrgico electivo	27 (26%)	12 (24%)	0.36
Quirúrgico urgencia	45 (44%)	20 (38%)	0.60
Días VM pre-extubación	7 [3-12]	8 [3-12]	0.67
Outcome			
VNI post-extubación	5 (5%)	14 (27%)	0.0002
Reintubación	23 (23%)	33 (64%)	<0.0001
VM días totales	7 [3-14]	14 [7-20]	<0.0001
Traqueo postextubación	11 (11%)	12 (23%)	0.12
VMP	10 (10%)	11 (21%)	0.14
Mortalidad	4 (4%)	5 (10%)	0.14

Conclusiones: Las extubaciones no programadas son frecuentes en nuestra UTI. En nuestra muestra no pudieron identificarse predictores. A pesar que estuvo asociada a un mayor requerimiento de soporte ventilatorio no invasivo como invasivo, así como con un incremento del número de días de VM, no se evidenciaron diferencias significativas en la sobrevida.

**0375 REPORTE DE UN CASO: SÍNDROME DE O'GILVIE EN UN PACIENTE NEUROCRÍTICO**

J SALVATIERRA, C KECSKES, C GALLO  
Hospital Italiano de BsAs, Argentina

Introducción: La dismotilidad intestinal es uno de los mayores problemas de pacientes de UTI, provocando intolerancia a la alimentación enteral, constipación, distensión abdominal. La dilatación de asas intestinales trae un riesgo secundario de hipoperfusión intestinal y de perforación, asociada a elevada mortalidad .Si bien estos trastornos son frecuentes, habitualmente no se los tiene presente o la sintomatología no es clara en la mayoría de los casos. El

síndrome de O Gilvie, también conocido como pseudo - obstrucción colónica aguda; es una entidad clínica rara que generalmente acompaña a otras condiciones clínicas o quirúrgicas. Se manifiesta con clínica sugestiva de obstrucción intestinal mecánica sin causa orgánica que justifique la obstrucción y se debe a alteraciones en la innervación autonómica colónica distal. Nuestro objetivo es: comunicar un caso de pseudos-obstrucción intestinal aguda (síndrome de O'Gilvie) en un paciente que cursaba un cuadro de hemorragia subaracnoidea aguda. Caso Clínico: Paciente de 56 años con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea aguda, Hunt-Hess 4, Fisher IV, con dos aneurismas clipados y desplazamiento frontoparietal derecho y plástica dural. Tenía monitoreo continuo de la presión endocraneana y recibía drogas inotrópicas junto con sedoanalgesia. Al día 2 presenta distensión abdominal y catarsis negativa Tacto rectal negativo. Durante los días posteriores se realizaron enemas y laxantes sin respuesta, persistiendo la distensión abdominal. Las radiologías abdominales eran dificultosas de evaluar (esmerilado). Durante la evolución presentó fiebre y leucocitosis, sin foco infeccioso claro..Debido a la persistencia de la distensión abdominal, se planteó el uso de neostigmina pero no se administró porque la paciente presentaba bradicardia sinusal. Durante la rectosigmoidoscopia no se evidenciaron lesiones hasta 20 cm.; se intentó descompresión con catéteres sin éxito. En la tomografía abdominal se visualizó una importante dilatación colónica, a predominio derecho, observándose un diámetro transversal del ciego de aproximadamente 10 cm.. Luego del estudio, se intervino quirúrgicamente. Se reseccó el colon derecho, dejando ileostoma de descarga y fístula mucosa. El resultado de la anatomía patológica informó necrosis isquémica segmentaria con áreas de hemorragia intraparietal a nivel de la mucosa del ciego. Conclusión: Esta entidad debe tenerse en cuenta en los cuadros de distensión abdominal persistente ya que las maniobras terapéuticas deben instaurarse de inmediato. Como primera medida, se trataran todas las condiciones reversibles asociadas; estar alerta ante posibles signos de perforación intestinal pues esto incrementa el riesgo de mortalidad en un 50%.. Si tras 72 horas de medidas conservadoras el diámetro cecal se mantiene mayor de 10 cm, neostigmina, descompresion endoscópica, cirugía

### 0376 DOLOR VS DOLOR: PERCEPCIÓN DEL DOLOR EN EL EQUIPO DE SALUD, PACIENTE Y FAMILIAR, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

CW SORIA, C MARTINEZ, M LOPEZ  
Sanatorio Güemes, Argentina

**Introducción.** El dolor es una experiencia personal, multidimensional, subjetiva, compleja y única para cada paciente. Juan Pablo II, en *Salvifici Doloris*, dice: ... los enfermos tienen derecho a no sufrir el dolor. En el ámbito de la salud, cumplir con la atención del paciente, no debe hacernos olvidar del dolor psicológico, que debe entenderse como parte integral, y ser prevenido y aliviado. **Objetivo.** Dar a conocer la percepción que tiene el médico, enfermero, y familiares, en el manejo del dolor, y sus distintas facetas. **Material y Método.** Es un estudio de tipo descriptivo, observacional, que utiliza una encuesta anónima de 15 preguntas de tipo cerradas, bibliografía de importantes artículos extraídos de la web. La población es de 22 pacientes, en estadio terminal, lúcidos, concientes y orientados en tiempo y espacio, durante el período de 28-01-08 al 31-03-08. **Resultados.** El tratamiento es un deber del equipo de salud, tomando los principios éticos como premisa. El 100% de los pacientes manifestaron la necesidad de controlar el dolor psicológico. El 100% de los entrevistados prepondera la importancia de la presencia de los familiares, y del enfermero como forma de contención psicológica. Del total de la población de pacientes, sólo 2 de ellos manifestaron merecer tanto el dolor físico, como psicológico, haciendo referencia al aspecto religioso. El 85% de la población menciona a que el dolor es el tránsito para tener una vida posterior más gratificante. Toda la población manifiesta que el dolor es el síntoma más relevante y más temido por ellos, y familia. El apoyo religioso facilitó la aceptación y la resignación frente

a la enfermedad y la muerte. Todos conocían las causas y efectos de la analgesia. Familiares y pacientes, manifiestan que el 80% del tiempo es ocupado por la presencia de enfermería. **Conclusiones.** Evitar el dolor y el sufrimiento en el paciente, exige de esquemas simples para minizarlos. El enfermero debe pesquisar síntomas y signos que revelen angustia, utilizando el PAE. La contención es un factor decisivo. El sufrimiento, el dolor, van más allá de lo imaginado, agregando un sentimiento de irreversibilidad o la imposibilidad de encontrar un sentido al proceso por el que está atravesando, lo que hace indispensable la presencia del enfermero. Trabajar en equipo, propone el éxito de nuestra tarea, el cuidado.

### 0377 INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN TERAPIA INTENSIVA – VALIDEZ DE LA TABLA NOVA 5

MF QUINTEROS, R MAZA, AG DIAZ

Servicio de Terapia Intensiva I - Hospital San Roque - Córdoba Capital, Argentina

Las úlceras por presión son el resultado de la destrucción cutánea y por consiguiente necrosis del tejido subyacente, grasa, músculo y tendones. Producidas por diversos factores: humedad, desnutrición, obesidad, presencia de enfermedades, hipertermia, infección y circulación periférica deficiente. Es un indicador importante de calidad de atención que se brinda a los pacientes hospitalizados en terapia intensiva. **Objetivo:** Valorar la probabilidad de incidencia de úlceras por presión (UPP) sobre tabla NOVA 5, relacionando acciones del proceso de atención de enfermería (PAE) en la formación de UPP. **Material y Métodos:** Se realizó un diseño de investigación prospectivo, descriptivo y transversal en pacientes internados en UTI I desde Febrero - Abril de 2008. **Criterios de inclusión:** pacientes que al ingreso no presentan UPP. **Criterios de exclusión:** pacientes que al ingreso presentan UPP. El análisis estadístico utilizado es la varianza ANOVA, determinando la media, la desviación estándar y el nivel de probabilidad para las edades, con un valor de  $p = 0,05$  considerándose estadísticamente significativo. **Instrumento:** tabla de valoración de riesgo de UPP NOVA5, se evalúa en base al nivel de conciencia, incontinencia, movilidad, nutrición y actividad, en cuatro grados de riesgo, (0=sin riesgo, 1-4=riesgo bajo, 5-8=riesgo medio, 9-15=riesgo alto) **Acciones PAE:** higiene corporal, lubricar piel, aliviar presión y rozamiento, cambiar postura, alimentación e hidratación. **Resultados:** La población estudiada corresponde a 154 pacientes ingresados a UTI I, con una muestra de 50 casos según criterios de inclusión y exclusión, siendo 21 de sexo femenino y 29 masculino. La media es de 59,98 el desvío estándar es de 17,35 y el nivel de probabilidad del 95%. El grupo etario de mayor riesgo es entre los 50 y 60 años, siendo el 50% de la muestra. Las patologías predominantes, neurología 26%, cirugía 18% y clínica médica 16%. Las UPP predominantes son de grado I y II, correspondiendo al 60%, más frecuentes en la región sacra, trocánteres y glúteos, correspondiendo al 63%, donde 10 pacientes de la muestra presentaron más de una UPP. Para ambos sexos, no hay diferencia en localización y grado de la UPP. Los resultados observados entre la tabla y PAE son: las acciones previenen un 78% la aparición de UPP y el 22% restante está condicionado por la patología de base, la acción más importante observada es "la movilización" relacionado al mayor porcentaje de UPP de localización sacra. **Conclusiones:** En nuestro estudio se ha observado que el instrumento de la tabla de valoración Nova 5, relaciona la probabilidad de incidencia que presenta el paciente al ingreso y la gravedad de la UPP. Este hecho demuestra que las acciones del PAE, en los pacientes con mayor probabilidad, según la escala, se puede impedir el desarrollo de la misma, y poder evitar la aparición de lesiones profundas. Contar con un instrumento, permite una planificación estratégica en las acciones del PAE, posicionando un cuidado de calidad y excelencia con el beneficio de costo-efectividad y costo-eficiencia.

### 0378 NECROSIS EPIDERMICA TOXICA, INTERVENCION DE ENFERMERIA

AE ZUCCOTTI

CLINICA BAZTERRICA, Argentina

**Metodología:** Bibliográfica, observacional, transversal, prospectiva, del caso, desde el 5 setiembre al 27 de setiembre del 2007 fuentes observacion, seguimiento del paciente, historia clinica, registros de enfermería, busqueda bibliografica objetivo general difundir la técnica de utilización del film industrial en pacientes con lesion dermica intermedia objetivos especificos. V disminuir los riesgos de infección v disminuir la perdida de temperatura corporal v disminuir los tiempos de internacion en areas críticas v promover intervenciones de enfermería de calidad. Intervenciones de enfermería. Si bien todas las intervenciones que realiza enfermería son importantes, el objetivo de la presentación de éste caso es destacar la utilización del film industrial de poliruetano. Se determino un índice de atencion de enfermería superior a 10 horas con 200 unidades de producción. Intervencion en el cuidado de la piel: Se realizó lavado general con agua estéril tibia por arrastre sin utilizar otro producto. Secado sin fricción con sábana estéril. Se aplico sulfadiazina de plata en gruesa capa en toda la superficie corporal afectada. Se cubrió con film industrial esterilizado en toda la superficie afectada utilizamos sabanas estériles. El sitio de inserción de catéteres fue protegido con iodo-povidona en crema. Aislamiento de contacto. Protección de las flictenas. Objetivos de la utilización del film de poliruetano industrial: Crear artificialmente una barrera disminuir la incidencia de infecciones. Evitar la perdida de temperatura corporal calmar el dolor conclusión: Esta presentación de caso, tiene por objetivo colocar en evidencia cuan importante son las intervenciones de enfermería en general y en éste pte en particular el cual ya desde la bibliografía se describe con una alta mortalidad del mismo. El cuidado de la piel y de las lesiones, la nutrición del pte, y el apoyo emocional en la fase vigil del mismo, previo y posterior a la extubación fueron muy importantes para su evolución. Igualmente el apoyo y orientación a la familia para que acompañen a su familiar en la forma mas eficaz. La utilización del film como barrera artificial, sumado a la sulfadiazina de plata y a la nutrición con alto contenido de proteínas y calorías, fue determinante para la regeneración de la dermis. El favorecer un medio lo mas estéril posible y a su vez cómodo para el pte., disminuyo la incidencia de infecciones graves. Las intervenciones de enfermería en forma efectiva y eficiente con fundamentación e investigación científica, mas la difusión de los mismos, son el futuro de nuestra profesión y el punto de inflexión para el crecimiento de la Enfermería en general y del desarrollo profesional en particular, que impactará en los usuarios del sistema de salud y de la sociedad.

**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**  
Sanatorio Guemes, Argentina

La Aspirina y el clopidogrel son drogas de uso frecuente en pacientes coronarios. Hay descripta variabilidad en la respuesta terapéutica. En pacientes con TEC (Traumatismo Encefalocraneano) podrían aumentar el sangrado ya existente y complicar la neurocirugía. **Objetivo:** Evaluar la transfusión de plaquetas en pacientes con TEC en tratamiento antiagregante sometidos a neurocirugía de urgencia Secundariamente evaluar la utilidad diagnostica del tiempo de sangría y de estudios de agregación plaquetaria. **Reporte de un caso:** paciente de 84 años de edad medicado con aspirina y clopidogrel quien ingreso por TEC moderado con GCS (Glasgow Coma Scale) 13/15. La TAC de cerebro evidencio HSD (Hematoma Subdural) frontotemporo parietal izquierdo, contusiones frontotemporales derechas. La segunda TAC, siete horas después evidencio: aumento del tamaño de las contusiones, del HSD y compresión ventricular. Se decidió conducta quirúrgica. La TAC a las 24 hs de la neurocirugía mostró: HSD parieto occipital izquierdo con leve efecto de masa. Se colocó catéter de PIC y transfusión de plaquetas, sedoanalgesia y ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica) La PIC fue normal por 96 hs y el catéter fue retirado. Las TAC posteriores mostraron persistencia de las contu-

siones y del HSD subagudo. El paciente evolucionó a Estado Vegetativo Persistente. **Discusión:** La coagulopatía y la trombocitopenia son factores independientes de mal pronostico en pacientes con TEC. La tendencia al sangrado puede existir aún con numero normal de plaquetas. El clopidogrel es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria inducida por ADP (Adenosin Difosfato) y prolonga el tiempo de sangría, no tiene un antídoto farmacológico específico por ello en cirugía electiva debe suspenderse al menos cinco días antes. En cirugía de urgencia la administración de plaquetas podría ser una terapéutica viable. Este paciente no recibió plaquetas durante el acto quirúrgico, se administraron durante la colocación del catéter de PIC, consideramos que con el antecedente de tratamiento antiagregante y las lesiones halladas en la TAC estas deberían haber sido administradas antes de la primera cirugía. No existe consenso en la literatura sobre el beneficio de la infusión de plaquetas en pacientes tratados con clopidogrel que serán sometidos a cirugía de urgencia. La aprotinina y el DDAVP (Desmopresina) podrían ser alternativas terapéuticas pero la aprotinina no ha sido aprobada por la FDA y el DDAVP no es opción en pacientes coronarios. Creemos que en pacientes con tratamiento antiagregante con TEC debería efectuarse de rutina la evaluación de la funcionalidad plaquetaria: Tiempo de Sangría por método de IV y estudios de agregación plaquetaria con inductores de ADP y ADR (Adrenalina), métodos útiles como monitoreo postoperatorio para definir el tiempo de tratamiento con infusión de concentrados de plaquetas. **Conclusión:** La evaluación de la agregación plaquetaria debería ser un examen de rutina en pacientes con TEC, particularmente en aquellos con tratamiento antiagregante. La administración de plaquetas puede ser una alternativa posible en estos pacientes.

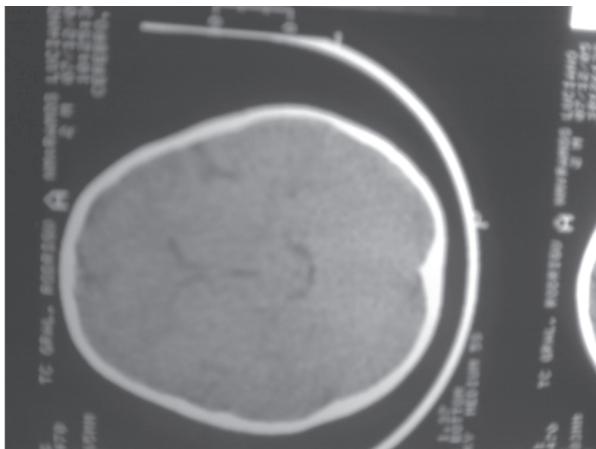
**0380 VENTILACIÓN NO INVASIVA EN TERAPIA INTENSIVA.**

**P CASTRO, P BOSCHINI, O CRISTALDI, C CORDERO, M LAREU, G GUTIERREZ**  
HIGA Eva Perón, San Martín, Buenos Aires, Argentina

**Objetivos:** Analizar la aplicación de ventilación no invasiva (VNI) en la Unidad de Terapia Intensiva, evaluando sus indicaciones y resultados **Material y Métodos:** 818 pacientes internados desde el 01/03/06 al 01/03/08. Estudio de la población que recibió VNI, su patología, APACHE II, SAPS de ingreso y outcome. **Resultados:** De los 818 pacientes, falleció el 39.2%. 513 pacientes recibieron apoyo ventilatorio. 80 de ellos (9.77%) recibió VNI con APACHE II promedio de 19.82, SAPS promedio de 39.3 y fallecieron 42 pacientes (52.5%). La VNI se usó en 4 grupos de pacientes diferentes: A) Primer Grupo: en 16 de los 80 pacientes como único apoyo ventilatorio (14 sobrevivientes), principal patología fue fallo de bomba, edema agudo de pulmón. Apache II promedio: 18.31. B) Segundo grupo: en 41 se usó previo a la ARM invasiva (7 sobrevivientes), principales patologías fueron EPOC y Neumonía grave de la comunidad. APACHE II promedio: 19.42. C) Tercer grupo: en 20 pacientes se usó post-extubación (14 sobrevivientes) principales patologías fueron neumonía y distress respiratorio. APACHE II promedio: 19.73. D) Cuarto grupo: en 5 pacientes se usó pre y post ARM invasiva (3 sobrevivientes), la principal patología fue EPOC, APACHE II promedio: 19.6. **Conclusiones:** La VNI es una terapéutica multidisciplinaria que permite una opción de apoyo ventilatorio sin invadir la vía aérea. Es beneficioso reemplazar la ARM invasiva por la VNI en todo paciente a quien se considere indicado, con la precaución de no demorar la indicación de ARM invasiva en caso de no evidenciarse una respuesta adecuada a la VNI, como indican las cifras en pacientes que recibieron VNI previo a la ARM invasiva. La VNI en contexto de fallo de bomba fue efectiva como único soporte ventilatorio.

**0381 TRAUMA DE CRANEO GRAVE CON MALA EVOLUCION NEUROLOGICA**

**S ESQUIVEL, V PEUCHOT, A BLANCO, N WOLFSTEINER, G ROBLES**  
HOSPITAL VICENTE LOPEZ-GENERAL RODRIGUEZ-UCIP, Argentina



Objetivo: Relatar el caso de paciente pediátrico con diagnóstico de trauma de craneo grave, que presenta imágenes patológicas luego de las 24 horas del ingreso. Material y Método: Reporte de un caso clínico. Paciente de 2 años de vida que ingresa derivado de otro nosocomio con el antecedente de haber presentado un episodio convulsivo tónico posterior a una caída desde aproximadamente 1,5 metros de altura, el mismo cede con una dosis de diazepam endovenoso a dosis habituales. Ingresó a la unidad con depresión del sensorio, hipertónico, pupilas mióticas reactivas, Glasgow de 11/15, laboratorio, medio interno, y gasometría normales, tac y evaluación neuroquirúrgica normal. A las 10 horas del ingreso presenta mayor deterioro, con Glasgow de 8/15 por lo que se intuba ingresando a ARM. Se realiza nueva tac donde se evidencia cisternas levemente comprimidas y cambios en la densidad imagenológica entre sustancia gris y blanca. Se indica colocación de PIC no lográndose por considerar tac normal. 24 horas posteriores presenta episodio de anisocoria la cual revierte con hiperventilación y manitol. Se realiza nueva tac donde se evidencia isquemia severa a predominio frontoparietotemporal. Se realizó craniectomía descompresiva amplia y colocación de PIC, con dichas medidas PIC entre 12 y 14, ppc 55-60. El paciente requirió transfusión de glóbulos rojos y soporte vasopresor por 3 días. Comentarios: El trauma encefalocraneano es la principal causa de muerte traumática en los países desarrollados.

La colocación de sensor de PIC es mandatoria ante todo niño con trauma de craneo que ingresa a ARM por depresión del sensorio con adecuada valoración multidisciplinaria del paciente y de las imágenes a fin de evitar secuelas irreversibles.

### 0382 ESTRATEGIA DE INICIO EN EL TRATAMIENTO DEL ESTATUS EPILÉPTICO MIOCLÓNICO Y OTRAS FORMAS DE ESTATUS

OO MOLINARES

Hospital Dr. Bocalandro, Argentina

Objetivo: El status epiléptico puramente mioclónico en adultos es poco frecuente, generalmente se trata de un status epiléptico de ausencias con mioclonias. Sin embargo es más frecuente en niños con síndrome de Lennox-Gastaut. Si bien hoy en día no existe un único fármaco para tratar el status epiléptico, las benzodiazepinas siguen siendo las drogas utilizadas para iniciar dicho tratamiento debido a su alta liposolubilidad que le otorgan la capacidad de atravesar la barrera hematoencefálica y llegar en forma inmediata al sistema nervioso central. Pero es de destacar que no todas las benzodiazepinas son iguales, el Midazolam es la menos liposoluble comparadas con las más frecuentemente utilizadas en nuestro medio (diazepam, lorazepam) teniendo el Midazolam (MDZ) menor redistribución histica y otorgándole mayor tiempo de acción en biofase. Material y método: Se presentan 2 pacientes con status epiléptico mioclónico de 35 y 40 años que fueron tratados bajo protocolo de status convencional; no pudiéndose controlar las crisis. Decidiéndose la utilización de Midazolam como droga única. Resultados: Se administró Midazolam intravenoso en dosis de 0.1 - 0.2 mg/kg cediendo las mismas dentro de los 10 minutos de iniciado el tratamiento. Solo se pudo observar como efecto adverso en ambos pacientes una somnolencia prolongada. Conclusiones: Esto me motivó a plantear como estrategia de inicio en el status epiléptico mioclónico y otras formas de status comenzar con Midazolam debido a: 1) Es la BZD de menor liposolubilidad y menor redistribución tisular (Mayor tiempo en biofase). 2) Es la BZD con mayor eficacia en el status epiléptico mioclónico (Estado de mal de más difícil diagnóstico y tratamiento). 3) A la poca difusión en su utilización en nuestro medio (Si controla un estado de mal tan refractario como el S.E.M. porque no utilizarlo en protocolos convencionales en otros tipos de status) donde evitaríamos la utilización de difenilhidantoina. 4) La ausencia de efectos adversos graves y que no hubo necesidad de continuar en ambos pacientes con el protocolo para status.

**A**

ABELDAÑO RA; 33, 120, 322  
 ABREGU M; 269  
 ABRILE G; 48, 87, 171  
 ACHILI F; 115  
 ACOSTA A; 65  
 ACOSTA HAAB M; 135  
 ADÁMOLI EA; 69  
 ADDUCCI MC; 70, 71, 72  
 AGATIELLO C; 115  
 AGUILAR L; 256  
 AGUILERA N; 20  
 AGUIRRE HERRERA J; 6  
 AJLER P; 306, 312  
 ALBARRACIN MV; 247  
 ALDASORO M; 263  
 ALEGRE ESCOBAR U; 69  
 ALEGRIA S; 84  
 ALLENDE C; 173  
 ALLENDE D; 61  
 ALLENDE DE; 20  
 ALMIRON C; 163  
 ALMUZARA M; 187  
 ALVAREZ A; 62  
 ALVAREZ HJM; 52, 131, 142, 182, 366  
 ALVAREZ J; 53, 95, 97, 125, 127, 128, 139, 150  
 ALVARRACIN MV; 74, 232  
 ALVIRA A; 228  
 ANDRICH G; 366  
 ANTIK A; 289  
 ANTIK AA; 332, 337  
 ARAMENDI I; 284  
 ARANA G; 177  
 ARATA A; 118  
 ARAUJO M; 62  
 ARAUZ MARTINEZ ME; 360  
 ARCIERI S; 143, 145  
 ARÉVALO GARVIZU EP; 230, 256  
 ARGUMEDO MORENO P; 27  
 ARIAS P; 278, 353  
 ARIAS LOPEZ MP; 100  
 ARISTA E; 206, 210, 216, 222, 226, 231, 296, 297,  
 299, 314, 368, 369, 370, 371  
 ARISTA M; 145  
 ARJONA JC; 28, 29  
 ARROSAGARAY MV; 130  
 ARTANA C; 77  
 ASPITTIA O; 209  
 ASTEGIANO P; 195  
 ATALLAH A; 228  
 ATALLAH AM; 118  
 ATTIE S; 316, 318, 328  
 AVILA MAC; 260  
 AVILA MC; 143  
 AVILA P; 18  
 AVILA R; 124, 195, 212, 218, 275, 276, 277  
 AZCONA HF; 6

**B**

BACCARO F; 329, 334  
 BACQUÉ MC; 289, 332, 336, 337  
 BADARIOTTI G; 137  
 BADIA M; 211  
 BADOLATI A; 379  
 BAKIR J; 100  
 BALASINI C; 244  
 BALBI J; 12, 13  
 BALCONI S; 160  
 BALDERRAMA F; 180  
 BALDUCCI A; 8  
 BALEIRÓN M; 291, 292, 293, 294, 295  
 BALLESTERO FM; 121, 176  
 BAÑOS S; 240

BARAVALLE ML; 366  
 BARCELÓ M; 19  
 BARCHIESI G; 28, 29  
 BARGIACCHI E; 94  
 BARRIENTOS R; 63, 64, 99  
 BARROZO E; 57, 76, 165  
 BARTELLINI MA; 9  
 BASSANI ARRIETA C; 213  
 BATISTA L; 265  
 BATISTINI A; 28, 29  
 BAYON CL; 302, 303, 352  
 BELDARRAIN M; 153, 154, 169, 180, 245, 253,  
 374  
 BELDERRAIN M; 287  
 BELLIDO F; 8  
 BELLONI R; 379  
 BELTRAME A; 166  
 BENITEZ W; 63, 64, 99  
 BENÍTEZ A; 10  
 BENITO MORI L; 57, 76, 165  
 BENJAMIN MN; 268  
 BENTANCUD M; 62  
 BENZONI C; 200  
 BERDICHEVSKY CA; 365  
 BERENT M; 235  
 BERNARDEZ D; 117, 125, 127, 128  
 BERODZNICK L; 278, 353  
 BEROIZ G; 38  
 BERRETA J; 8, 9, 10, 11  
 BERRONDO C; 100, 278, 353  
 BERTA DC; 260  
 BERTÉ M; 83, 151  
 BESADA C; 306, 308  
 BESOKE G; 167  
 BIANCHI B; 373  
 BIANCHI L; 183  
 BIESTRO A; 344  
 BIGNON MA; 33, 120, 322  
 BILBAO J; 150  
 BISHELS E; 63, 64, 99  
 BLANCO A; 381  
 BLASCO MA; 176  
 BLEJMAN SD; 259  
 BOCHATEY A; 6  
 BOGNI J; 195, 212, 218  
 BONELLI I; 316, 318  
 BONIFACINO FERRARI G; 250  
 BONO JOE; 268  
 BONO M; 206, 210, 216, 222, 226, 231, 296, 297,  
 299, 314, 368, 369, 370, 371  
 BORGHI C; 93  
 BORGIO J; 267, 271  
 BOSCHINI P; 106, 107, 108, 380  
 BOSCO C; 126  
 BOSSI G; 250  
 BOSSO M; 174  
 BOTBOL A; 145  
 BOTTA P; 74  
 BRIOZZO G; 4  
 BRIZUELA P; 221  
 BROTTO C; 9, 11  
 BRUNEL EM; 121, 123, 129  
 BRUNO S; 80  
 BULARTE C; 343  
 BUÑIRIGO P; 174  
 BURGOS D; 272  
 BURGOS PRATX RF; 86  
 BUSTAMANTE LABARTA G; 251  
 BUTERA J; 261  
 BUTERA JM; 89, 203

**C**

CABANA F; 149  
 CABEZAS DV; 289, 332, 336, 337

CABEZAS V; 145  
 CABRERA J; 324  
 CACACE N; 230  
 CACCIAMANO A; 269  
 CACCONO H; 106  
 CALVO P; 23  
 CAMINOS J; 230  
 CAMPOS D; 183  
 CAMPUTARO L; 37, 41, 304, 305, 306, 307, 308,  
 312, 333  
 CANALES H; 244, 287, 374  
 CAÑAS C; 149, 251  
 CANCELA M; 344  
 CANESSA C; 206, 210, 216, 222, 226, 231, 296,  
 297, 299, 314, 368, 369, 370, 371  
 CAÑETE E; 79  
 CANO H; 62  
 CAPDEVILLE L; 328  
 CAPECE R; 267, 271  
 CAPOSTOLI P; 114  
 CARACCIOLLO NB; 191  
 CARDENAS V; 130  
 CARDONATTI G; 183  
 CARIDI MA; 359  
 CARIGNANO M; 309  
 CARINO S; 244, 253  
 CARNIVAL J; 369  
 CARRIZO A; 306, 312  
 CARRIZO N; 195, 218, 275, 276, 277  
 CARUSO A; 118, 228  
 CARUSO AJ; 69  
 CASABELLA GARCÍA CHA; 105  
 CASTAÑEDA S; 149  
 CASTARATARO C; 124, 195, 212, 218, 275, 276,  
 277  
 CASTELLINO SM; 141  
 CASTELLUCCIO P; 154  
 CASTRO F; 232, 247  
 CASTRO P; 107, 108, 122, 187, 380  
 CASTRO S; 107  
 CASTRO-PARODI M; 38  
 CATALDI N; 187  
 CATANZARO V; 256, 272  
 CAUSARANO J; 350, 355  
 CELIA J; 6  
 CENZANO A; 166  
 CEPEDA R; 265  
 CERASO D; 310  
 CERASO DH; 330, 342  
 CERDA E; 61  
 CERVANTES HF; 282  
 CHACON N; 183  
 CHALUP F; 79  
 CHAMUT M; 108, 122, 187  
 CHEDIAK V; 178, 185  
 CHERTCOFF JF; 176  
 CHERTCOFF ML; 123  
 CHIACCHIARA DN; 70, 71, 72  
 CHIAPPERO G; 143, 145, 205  
 CHIARADIO JC; 47, 367  
 CHIARADIO MP; 47, 367  
 CHOCLIN CE; 282  
 CIALLELLA LMC; 176  
 CIALZETA J; 182  
 CIALZETA JA; 131, 136, 142, 366  
 CICCIO L; 263  
 CICIVE L; 261  
 CISTERNA V; 82  
 CLAIRON V; 94, 177, 179  
 CLEMENTTI P; 149, 251  
 CLOSS C; 177  
 COCORULLO S; 143  
 COLL CT; 282  
 COLL SG; 282  
 COLMAN M; 113  
 COMITÉ NEUMONOLOGÍA; 319

CONDE V; 144, 221  
 CORDERO C; 108, 380  
 CORDERO E; 163  
 CORDOBA R; 151  
 CORIA C; 138  
 CORNIGLIA P; 30, 35, 78  
 CORNISTEIN W; 118, 211, 228  
 CORNU M; 84  
 CORONEL AV; 70, 71, 72  
 CORONEL C; 114, 115  
 CORONEL M; 79  
 CORRAL M; 310, 329, 330, 334  
 CORREA GE; 74, 232, 247  
 CORSIGLIA L; 126  
 CORTESE S; 346  
 COSENZA S; 51, 53, 93, 95, 98, 125, 127, 128, 139, 150, 161  
 COSSIO W; 366  
 CRESPO M; 373  
 CRISTALDI O; 107, 108, 122, 380  
 CROVELLA GL; 277  
 CUBELLI G; 163  
 CUETO G; 118, 211, 228  
 CULACCIONI H; 62  
 CUNTO E; 178, 185  
 CURONE M; 25, 42  
 CZERWONKO D; 53, 55, 93, 125, 127, 128, 150

## D

DALDIN J; 135  
 DALMASSO I; 84  
 DAMIANO AE; 38  
 DAMIANO MA; 97  
 DAMIN C; 346  
 DAVASSE N; 250  
 DAVID M; 344  
 DAVILA C; 61  
 DE DIEGO B; 137  
 DE FEO F; 8, 9, 10  
 DE FILIPPO C; 83, 151  
 DE JANON L; 143, 145, 205  
 DE ROSA R; 93  
 DE TOMA A; 291, 292, 293, 294, 295  
 DEHEZA M; 208  
 DER PARSEHIAN S; 4  
 DESABATO I; 6  
 DESCOTTE EJ; 129  
 D'ESPOSITO N; 107  
 DI MARTINO A; 83  
 DIAZ AG; 377  
 DIAZ G; 57, 76  
 DÍAZ GUERRERO M; 9, 10, 11  
 DIAZ MOYANO O; 85  
 DÍAZ NIELSEN E; 174  
 DIEZ C; 140  
 DILLON CM; 330, 342  
 DIPENTE SN; 144, 221, 235  
 DISANTO O; 200  
 DOBARRO J; 379  
 DOMENICONI G; 135  
 DOMINGUEZ M; 160  
 DOMÍNGUEZ A; 208  
 DONA GUIBAS AD; 121  
 DORATO D; 177  
 DOS SANTOS V; 138  
 DOTTO M; 84  
 DRUETTA M; 177  
 DUARTE D; 12, 13  
 DUBIN A; 103, 105  
 DUMONT F; 183

## E

ELEFANTE O; 138  
 ELIZONDO C; 291, 292, 293, 294, 295

EMER A; 126  
 ENRICO C; 103, 105  
 ERCOLE MA; 270  
 ESCALANTE P; 368, 369, 371  
 ESCARDO JC; 46, 53, 93, 95, 98, 125, 127, 128, 139, 150, 161  
 ESCUDERO AUGUSTO D; 52  
 ESPINOSA L; 63, 64, 99  
 ESQUIVEL S; 381  
 ESTENSSORO E; 154, 169, 180, 244, 245, 253, 287, 374  
 ESTRADA A; 268

## F

FAGALDE GL; 74, 232, 247  
 FAJRELDINES A; 125  
 FALCON PEREZ N; 296, 297  
 FARHAT MA; 248  
 FARIAS JA; 100, 258  
 FARIAS S; 281  
 FARIÑA A; 336  
 FARRO MC; 254, 257  
 FELD V; 174  
 FELDMAN A; 296  
 FELDMANN M; 115  
 FERNÁNDEZ A; 203  
 FERNÁNDEZ C; 146  
 FERNÁNDEZ H; 95  
 FERNÁNDEZ M; 189  
 FERNÁNDEZ A; 258  
 FERNÁNDEZ AL; 124  
 FERNÁNDEZ RO; 28, 29  
 FERNÁNDEZ CID G; 283  
 FERNÁNDEZ PAZOS A; 137  
 FERRARA M; 306, 312  
 FERREIRO F; 281  
 FERREIROS J; 359  
 FERREYRA GARROTT L; 18, 87  
 FIGUEROA S; 107  
 FILIPPA G; 12, 13  
 FILIPPI M; 276, 277  
 FIORI BIMBI T; 81, 82, 202  
 FIQUEPRON K; 234  
 FIRPO DJ; 70, 71, 72  
 FLORES M; 108  
 FLORES S; 106  
 FONIO MERMET S; 248  
 FRANCO FF; 366  
 FRANCO M; 30, 35, 78, 117  
 FRANCO GUERRA NB; 194  
 FRANZI H; 106  
 FRIGERIO C; 171  
 FUENTEALBA A; 237, 266  
 FUMALE M; 84  
 FUNARO F; 263, 265

## G

GAGGINO P; 373  
 GAILLIARD M; 278, 353  
 GALEANO L; 180  
 GALINDEZ G; 45  
 GALLARDO M; 18  
 GALLARDO P; 74, 232, 247  
 GALLEGO C; 205  
 GALLESIO A; 37, 114, 115, 302, 304, 305  
 GALLESIO AO; 89, 203, 242, 306, 308, 312, 333  
 GALLESIO OA; 307  
 GALLETTI C; 173  
 GALLI E; 191  
 GALLO A; 191  
 GALLO C; 375  
 GARAYALDE C; 283

GARCIA C; 253  
 GARCIA K; 126  
 GARCIA M; 287  
 GARCÍA C; 153, 169  
 GARCÍA MC; 167, 245, 374  
 GARCÍA KEIM MS; 144, 221  
 GARCÍA TURIELLA R; 94, 177  
 GARIAZZO F; 161  
 GARONE A; 113  
 GASTALDI MV; 191, 194  
 GEIDO D; 344  
 GEMPEL JP; 270, 279  
 GENTILE A; 100  
 GIANNASI S; 41, 89, 203, 237, 242, 261, 266, 291, 292, 293, 294, 295, 309, 333, 352  
 GILARDI E; 281  
 GILARDINO R; 373  
 GIMBERNAT RA; 270, 279  
 GIMÉNEZ P; 8  
 GIMENEZ DURAND C; 350, 355  
 GIMIGLIANO A; 267, 271  
 GIOVINI VS; 134, 141  
 GIULIANI, M; 94  
 GIUNTA D; 291, 292, 293, 295  
 GIUNTA G; 294  
 GOENAGA MB; 177  
 GOGNIAT E; 174  
 GOLDÍN F; 309  
 GOLUB S; 34  
 GOMEZ A; 373  
 GOMEZ E; 277  
 GOMEZ N; 211  
 GOMEZ PAZ R; 115  
 GÓMEZ PAZ R; 114  
 GONZALES JA; 144  
 GONZALEZ A; 23, 79, 230  
 GONZALEZ AL; 153, 245, 253, 287  
 GONZALEZ F; 153, 244, 245, 253, 287  
 GONZALEZ MB; 209  
 GONZALEZ P; 50  
 GONZÁLEZ AL; 169, 374  
 GONZÁLEZ D; 25, 42  
 GONZÁLEZ F; 154, 374  
 GONZÁLEZ R; 180  
 GONZALEZ B DE QUIRÓS F; 291, 292, 293, 294, 295  
 GONZALEZ CAMBACERES C; 23  
 GONZALEZ CRUZ S; 84  
 GONZALVO R; 328  
 GORODNER A; 200  
 GOTTERO M; 85  
 GRELA C; 238  
 GRILLI MB; 28, 29  
 GROER C; 329, 334  
 GRUCCI J; 48, 87, 171  
 GUERRI R; 97  
 GUIMARAENS P; 51, 53, 55, 127, 128, 150  
 GUMPEL C; 179  
 GUTIÉRREZ G; 122, 380  
 GUTIÉRREZ GL; 131, 142  
 GUTIÉRREZ MFV; 260  
 GUTIÉRREZ O; 271  
 GUTIÉRREZ SP; 280  
 GUZMÁN G; 138  
 GUZMÁN E; 19

## H

HASDEU S; 306, 312  
 HEINRICH G; 18  
 HEREDIA R; 62  
 HERNANDEZ G; 34  
 HERNANDEZ RV; 365  
 HERNÁNDEZ D; 159  
 HIEMADI CD; 23  
 HINTZE BARUJ A; 30, 35, 78

HUESPE GARDEL L; 136, 366

## I

IGLESIA M; 183  
 ILARI S; 274, 285, 309, 351  
 ILUTOVICH S; 83, 151  
 IM V; 307  
 IMBELLONI G; 200  
 INSAURRALDE M; 276  
 INTAGLIATA G; 234  
 INTILE D; 174  
 IRAOLA L; 180  
 ITURRALDE A; 284  
 IZZO G; 83, 151

## J

JAÉN RF; 362, 363  
 JANNELLO G; 373  
 JIMENEZ E; 13  
 JIMENEZ MJ; 43  
 JOFRÉ R; 174  
 JORDAN O; 159  
 JUAN G; 171  
 JUÁREZ H; 200

## K

KALTENBACH G; 61  
 KASPAR C; 95  
 KECSKES C; 309, 375  
 KIRSZNER G; 137  
 KITROSER C; 306, 312  
 KNEZEVICH F; 306, 312  
 KO I; 100  
 KOCIAK D; 8, 9, 10, 11  
 KRAUSE W; 62  
 KREBS G; 30, 35, 78

## L

LA GUARDIA V; 183  
 LA ROSA SALABERRY M; 140  
 LABASSE S; 290  
 LACUESTA G; 324  
 LAFFAYE F; 61  
 LAFOSSE D; 30, 35, 78  
 LAGE S; 271  
 LAMACCHIA HM; 28, 29  
 LAPLACETTE MV; 9  
 LAPPLACETTE MV; 10, 11  
 LAREU M; 122, 380  
 LARRABURU A; 373  
 LAS HERAS M; 237, 242, 266, 303  
 LAZZERI SE; 136, 366  
 LEGAL S; 37, 303  
 LEIVA JE; 144, 221, 235  
 LEIVA M; 146, 189  
 LENDARO R; 183  
 LERMAN D; 310, 330, 356  
 LESCANO J; 30, 35  
 LEVI L; 38  
 LEVITIN E; 332, 336  
 LEZCANO J; 78  
 LITWAK L; 37, 41, 302, 303, 352  
 LLANCAMAN L; 50  
 LLERENA C; 183  
 LOMBARDO S; 283  
 LOPEZ F; 185  
 LOPEZ M; 376  
 LÓPEZ C; 154, 169  
 LOPEZ MORAL L; 211  
 LOPEZ VERON M; 366

LORENZO S; 160  
 LOUDET C; 154, 180, 244, 261, 328  
 LOUGE M; 265  
 LUGARO M; 57, 76, 165  
 LUPO E; 121

## M

MACCARONE P; 263  
 MAGALU G; 163  
 MAGGI SC; 167  
 MAGLIOLA R; 362  
 MAIDANA P; 195  
 MAIDANA RL; 311  
 MALDONADO PJ; 134  
 MALTEZ R; 12, 13  
 MALVINO E; 25  
 MAMMOLITI G; 178, 185  
 MANCUELLO D; 183  
 MANOLIO AE; 257  
 MANRIQUE E; 12, 113  
 MARANGONI L; 173  
 MARCHENA C; 153, 169, 253, 287  
 MARCHENA MC; 245, 374  
 MARCHESE ML; 93  
 MARCOLINI A; 146, 189  
 MARCOS LS; 74, 232, 247  
 MARE S; 30, 35, 78, 117  
 MARI EA; 86  
 MARINCEVIC L; 84  
 MARINO A; 206, 210, 216, 222, 226, 231, 296,  
 297, 299, 314, 368, 369, 370, 371  
 MARINO C; 234  
 MARINO G; 38  
 MARQUEVICH V; 98, 127  
 MARTÍN BENITEZ JC; 43  
 MARTINEL LAMAS J; 177, 179  
 MARTINEZ B; 291, 292, 293, 294, 295  
 MARTINEZ C; 376  
 MARTINEZ E; 259  
 MARTINEZ G; 228  
 MARTINEZ S; 115  
 MARTÍNEZ E; 237, 266  
 MARTÍNEZ S; 114  
 MARTINEZ BARRETO C; 128  
 MASEVICIUS D; 103, 271  
 MASKIN B; 38  
 MASKIN P; 117, 328  
 MASTANTUONO M; 300, 301  
 MASUCCI AE; 80  
 MAZA J; 180  
 MAZA R; 377  
 MEDINA G; 123  
 MENCHACA A; 238  
 MENDEZ J; 237, 266  
 MÉNDEZ J; 114, 115  
 MENDOZA HW; 121, 123  
 MENENDEZ L; 48, 87, 171  
 MENÉNDEZ E; 309  
 MEZZADRA M; 161  
 MIGUEL M; 263  
 MILLÁN RAMOS C; 291, 292, 293, 294, 295  
 MINCARELLI G; 10  
 MINOLDO E; 173  
 MIQUELARENA D; 283  
 MISTCHENKO A; 278, 353  
 MIZDRAJI CS; 136, 366  
 MOLINA AF; 74, 232, 247  
 MOLINA L; 154, 169  
 MOLINARES OO; 382  
 MONARDO D; 320  
 MONTANARO M; 19  
 MONTECINOS JP; 65  
 MONTEFIORE P; 153, 169, 245, 253, 287, 374  
 MONTES A; 12, 13  
 MONTEVERDE A; 230  
 MONTEVERDE E; 258

MONTI G; 183  
 MORALES G; 8, 9, 10, 11  
 MORALES J; 205  
 MORANT C; 84  
 MORATTO E; 38  
 MORENO L; 240  
 MORENO R; 237, 266  
 MORINIGO E; 79  
 MOS F; 130  
 MOSCA S; 271  
 MOSEINCO M; 103  
 MOYA M; 146, 189  
 MUNOZ G; 343  
 MUÑOZ S; 57, 76  
 MURIAS G; 105, 319  
 MURYAN S; 373  
 MUSCARELLO A; 19  
 MUSI M; 316

## N

NAVEDA GAVILANES C; 46, 98, 128  
 NEGREIRA T; 106  
 NEIRA J; 13  
 NELSON G; 300, 301  
 NERVI R; 62  
 NICOLA M; 18  
 NIEVA S; 85  
 NIS G; 213  
 NOEL A; 211  
 NOGUERAS C; 178, 185  
 NOVAL D; 83, 151, 174  
 NOZIERES C; 129, 176  
 NUÑEZ A; 283  
 NUÑEZ J; 127  
 NUÑEZ M; 289, 329, 330  
 NUÑEZ MC; 332  
 OCAMPO A; 106  
 OJEA G; 307  
 OJEDA A; 366  
 OJEDA AV; 311  
 OJEDA JA; 131, 136, 142, 182, 366  
 OLANO MJ; 362  
 OLAZARRI F; 278, 353  
 OLEIRO M; 213  
 OLIVA A; 63, 64, 99  
 OLIVA G; 53, 125, 150  
 OLIVER S; 163  
 OLIVIER E; 269  
 OLLETA L; 149  
 OLMOS D; 146, 189  
 ORLANDI MC; 365  
 ORLANDO N; 353  
 ORQUEDA E; 81, 82, 202  
 ORTIZ M; 8, 11

## P

PACHECO PN; 86  
 PAEZ S; 228  
 PAGNI R; 213  
 PALACIOS M; 180  
 PALAZZO AM; 123  
 PÁLIZAS F; 328  
 PÁLIZAS F(H); 105, 117, 130  
 PARODI C; 160  
 PARRA C; 62, 291, 292, 293, 294, 295  
 PARROTA ML; 272  
 PASCUTTO M; 23  
 PAYASLIAN M; 194  
 PEDERNERA A; 187  
 PEIN MC; 103  
 PELTZER C; 234, 240  
 PEÑALOZA AH; 144, 221, 235  
 PENAZZI ME; 86  
 PENNA M; 108

PEREIRO M; 77  
 PEREYRA C; 57, 76, 165  
 PEREYRA GO; 33, 322  
 PEREYRA MA; 33, 322  
 PEREYRA GONZALES O; 174  
 PEREZ AM; 65  
 PEREZ MH; 121  
 PÉREZ D; 135  
 PÉREZ M; 114  
 PEREZ CARREGA ME; 125  
 PEREZ PRIETO F; 123, 129  
 PERMAN M; 37, 41, 261, 302, 303, 304, 305, 328, 352  
 PEUCHOT V; 381  
 PIACENZA A; 182  
 PIACENZA AE; 131, 142  
 PICOLLA V; 228  
 PINI O; 366  
 PISTILLO N; 77, 80  
 PIZA H; 183  
 PLANELLS F; 174  
 PLANO F; 12, 13  
 PLOGER C; 63, 64, 99  
 PLOTNIKOW G; 174  
 POCHETINO F; 85  
 PODESTÁ F; 234  
 POLISZUK JC; 121, 176  
 POLLAN J; 291, 292, 293, 294, 295  
 POLLINI A; 84  
 PONTEVILLE CH; 289, 332  
 PORTAS M; 159  
 PORTO R; 106  
 POSADAS MARTINEZ M; 161  
 POUYANNE J; 228  
 PRACCA F; 344  
 PRADILLA C; 61  
 PRATESI P; 46, 51, 55, 93, 95, 97, 98, 125, 127, 128, 139, 150, 161  
 PREATESI P; 53  
 PRETEL M; 19  
 PREVIGLIANO I; 13  
 PREVIGLIANO IJ; 289, 330, 332, 334, 336, 337, 342, 346, 356  
 PREVILGIANO IJ; 329  
 PRIETO N; 283  
 PROCOPIO A; 100, 353  
 PUYOL RB; 366

## Q

QUADRELLI S; 176  
 QUARANTA D; 206  
 QUINTANA N; 106  
 QUINTEROS MF; 377  
 QUINTEROS MI; 330

## R

RABINO M; 240  
 RACCA VELÁSQUEZ FR; 65  
 RACERO S; 231, 299  
 RADICE G; 83  
 RAIMONDI AC; 137  
 RAMELLA A; 84  
 RAMÍREZ M; 180  
 RAMOS M; 183  
 RAMOS P; 350, 355  
 RAPETTI L; 205  
 RASJIDO JL; 33, 120, 322  
 REARTE AS; 74, 232, 247  
 RECUPERO O; 234, 240  
 REGNANDO M; 209  
 REINA R; 154, 169, 180, 244, 245, 253, 287, 374

REY KELLY G; 310  
 RIARTE JE; 248  
 RIBAK SD; 366  
 RIBERO VAIRO N; 174  
 RIERA STIVAL J; 131, 142, 182  
 RIETSCHER V; 80  
 RINAUDO M; 28, 29  
 RIOS IM; 123  
 RIOS J; 42  
 RIOS MENDEZ RE; 360  
 RÍOS PICAZA G; 200  
 RIQUELME B; 27  
 RISSO M; 346  
 RISSO PATRÓN J; 107, 122  
 RISSO VÁSQUEZ A; 105  
 RISSO VAZQUEZ A; 103  
 RIVAS J; 187  
 ROBERT G; 107, 122  
 ROBLES G; 381  
 RODRÍGUEZ C; 118  
 RODRÍGUEZ CG; 211  
 RODRÍGUEZ E; 48, 160, 171  
 RODRÍGUEZ G; 65, 353  
 RODRÍGUEZ M; 126, 324  
 RODRÍGUEZ P; 316, 318  
 RODRÍGUEZ E; 87  
 RODRÍGUEZ G; 278  
 RODRÍGUEZ MG; 363  
 ROJAS FO; 272  
 ROJAS M; 48, 87, 171  
 ROLLANO C; 106  
 ROMAN C; 129  
 ROMANO P; 79  
 ROMERO AG; 191  
 ROMERO I; 130  
 ROMERO L; 30, 35, 78  
 ROMERO M; 146  
 ROMERO S; 189  
 RONCHETTI GR; 282  
 RONCO R; 343  
 RONDINA MJ; 62  
 RONDOT P; 106  
 ROQUE J; 343  
 ROSATI A; 290  
 ROSSI E; 115  
 ROUX NG; 174  
 ROVIRA D; 94, 177, 179  
 ROWE C; 139  
 RUGILO C; 135  
 RUIZ M; 6

## S

SAAVEDRA L; 30, 35, 78  
 SABANDO PV; 254, 257  
 SABINO C; 34  
 SACOTO M; 41, 306, 307, 308, 312, 333  
 SACOTO MM; 304, 305  
 SAENZ G; 153, 244  
 SAENZ MG; 154, 180  
 SAGARDÍA J; 230, 256, 272, 274, 285  
 SAIBAL K; 84, 198  
 SALABERRY M; 95  
 SALAS MA; 272, 274, 285, 351  
 SALAZAR E; 291, 292, 293, 294, 295  
 SALCEDO CE; 144, 221  
 SALGUEIRO G; 94  
 SALINAS G; 151  
 SALVATIERRA J; 242, 300, 301, 333, 375  
 SAN JUAN J; 178, 185  
 SAN ROMÁN E; 89, 114, 115, 203, 237, 242, 266, 291, 292, 293, 294, 295, 300, 301, 302, 303, 333, 352  
 SÁNCHEZ C; 28, 29, 146

SÁNCHEZ N; 84, 198  
 SÁNCHEZ R; 206, 210, 216, 222, 226, 231, 296, 297, 299, 314, 368, 369, 370, 371  
 SÁNCHEZ G; 344  
 SÁNCHEZ RUIZ MT; 166  
 SANGUEDOLCE EA; 33, 322  
 SANGUINETTI JM; 166  
 SANTA CRUZ D; 306, 308  
 SANTA CRUZ R; 62  
 SANTAMARIA A; 151  
 SANTI GIULIANA S; 83  
 SANTORO B; 271  
 SAREDI N; 278, 353  
 SARTORE M; 174  
 SAUL P; 178, 185  
 SAVLOFF V; 79  
 SCAPELLATO J; 174  
 SCARIMBOLO JJ; 80  
 SCASERRA M; 13  
 SCIUTO V; 84, 198  
 SEANE L; 93  
 SEOANE L; 125  
 SETTEN M; 316, 319  
 SHEEHAN M; 278, 353  
 SHEEHAN MG; 100  
 SIBILA G; 210, 226  
 SIERRA L; 242, 333  
 SILVA L; 149, 251  
 SILVA M; 161  
 SILVESTRE A; 240  
 SIMINI F; 344  
 SINNER J; 261  
 SIRINO A; 183  
 SLIPAK E; 208  
 SLY G; 107  
 SOBRINO E; 137  
 SOLANO E; 113  
 SOLAR S; 237, 266  
 SOLE H; 143  
 SOLOAGA ED; 123, 176  
 SOLORZANO D; 179  
 SORIA CW; 376  
 SORROCHE P; 37, 41, 302, 303, 352  
 SOSA LL; 136, 366  
 SOTO GS; 311  
 SOTO S; 136  
 SOTOMAYOR P; 108  
 SPESSOT D; 79  
 STEINHAUS M; 310  
 STORANI J; 177, 179  
 SUASNABAR R; 263, 265  
 SUPPO A; 50, 209  
 SURC PA; 359  
 SUREDA S; 95  
 SVAMPA S; 58, 84, 198  
 SZÉKELY P; 30, 35, 78

## T

TABOADA A; 240  
 TAMAGNONE FM; 259  
 TARTARA M; 138  
 TEJADA Z; 269  
 TENZI J; 43, 284  
 TESTINO S; 50  
 THOMAS J; 263  
 TINTA M; 130  
 TIRIBELLI N; 206, 210, 216, 222, 226, 231, 296, 297, 299, 314, 368, 369, 370, 371  
 TISMINETZKY GJ; 191  
 TOBAL A; 113  
 TOLOSA M; 85  
 TOMBA P; 27, 138  
 TOMICIC V; 237, 266

TORALES I; 212, 218, 275  
 TORO M; 244  
 TORO MA; 245, 287, 374  
 TORRADO O; 183  
 TORRE L; 50  
 TORRES BODEN M; 118, 211, 228  
 TORRES TORALES P; 272  
 TOVO A; 4  
 TRAVERSO C; 163  
 TRAVERSO F; 265  
 TROZZI S; 126  
 TUDURI A; 187  
 TUHAY G; 103  
 TULA N; 291, 292, 293, 294, 295

## U

UBALDINI JE; 121, 123, 129, 176  
 UGARTE C; 237, 266  
 UMAÑA A; 237, 266  
 UNGAR F; 51, 53, 93, 127, 128, 139, 150  
 URANGA L; 281

## V

VACA NARVAJA R; 63, 64, 99  
 VACCARO CA; 307  
 VALENTINI R; 316, 318, 319  
 VALGOLIO E; 153, 169, 245, 253, 287, 374  
 VALIENSI SM; 167  
 VALIÑO M; 329, 334  
 VALLE PG; 134  
 VALTORTA E; 112  
 VALVIDARES P; 154  
 VARELA B; 153, 169, 245, 253, 287, 374  
 VARELA D; 206, 210, 216, 222, 226, 231, 296,  
 297, 299, 314, 368, 369, 370, 371

VARGAS A; 62  
 VARGAS P; 237, 266  
 VARGAS MARTINEZ R; 27  
 VASTA L; 145, 205  
 VAZQUEZ D; 244  
 VAZQUEZ JA; 70, 71, 72  
 VAZQUEZ M; 159, 210, 226, 353  
 VAZQUEZ WD; 28, 29  
 VÁZQUEZ J; 114, 115  
 VÁZQUEZ MF; 9, 10, 11  
 VEDOVALTO ES; 71, 72  
 VEGA A; 79  
 VELASQUEZ M; 149  
 VELLUSO C; 208  
 VELTRI MA; 129, 176  
 VERA D; 329, 334  
 VERÓN F; 149  
 VICTORICA J; 115  
 VIDAL F; 167  
 VIDAL G; 153, 244, 253, 287  
 VIDAL L; 149, 251  
 VIDAL MG; 154, 245, 374  
 VIDAL ARTETA P; 53, 93, 95, 127, 128, 139, 150,  
 161  
 VIDAL BIANCHI G; 62  
 VIDAURRETA S; 23  
 VIDE LA JJ; 80  
 VIGGIANO J; 65  
 VIGO C; 189  
 VILLAGOMEZ RO; 121  
 VILLALBA D; 174  
 VILLALOBOS M; 114, 115, 306, 308, 312  
 VILLALOBOS CM; 304, 305  
 VILLAR O; 178, 185  
 VILLARROEL S; 242, 300, 301, 333  
 VIOLI D; 57, 76, 165  
 VIOTTI C; 281  
 VITTAL N; 117  
 VIVERO JC; 365

VOGEL C; 34  
 VOGELIN M; 183  
 VOGL PV; 365

## W

WAISMAN G; 291, 292, 293, 294, 295  
 WAJSER B; 149  
 WALL D; 176  
 WALSER A; 234  
 WASSERMANN S; 6  
 WAYAR C; 65  
 WILLIAMS C; 161  
 WOLF C; 316  
 WOLFSTEINER N; 381

## Y

YAGUPSKY D; 130  
 YAMIL O; 77  
 YUNK O; 135

## Z

ZABERT G; 63, 64, 99  
 ZAMBON R; 12, 129  
 ZANELLO S; 138  
 ZANLONGO D; 256  
 ZAZÚ AJ; 141  
 ZELAYA M; 79  
 ZIDARICH S; 281  
 ZINGARETTI P; 48, 87, 171  
 ZONE F; 366  
 ZOPPOLO C; 344  
 ZUCCOTTI AE; 378