

MEDICINA INTENSIVA

ORGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Volumen 26

Número 3

Año 2009



RESUMENES

19º Congreso Argentino de Terapia Intensiva

10º Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

11º Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

12º Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

5º Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

**2º Jornadas de Terapia Intensiva para Estudiantes de Medicina
y Carreras afines**

*Córdoba - Argentina
17 al 20 de octubre 2009*

info@sati.org.ar

www.sati.org.ar



**19° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva**

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Cayetano Galletti

Presidente honorario del Congreso

Elisa Estenssoro

Vicepresidente primero

Julio R. Bartoli

Vicepresidente segundo

René Vandersande

Vicepresidente tercero

Enrique Agüero

Secretario

Rodolfo E. Buffa

Pro secretario

Fernando Ríos

Tesorero

José Luís Golubicki

Pro tesorero

Luis R. Criado

Coordinador Nacional

Néstor Raimondi

Vocales

Santiago Bondone

Viviana Cagliari

Victor Conde

Alicia Muscarello

Sonia Nieva

Carina Olivieri

Mariano Zuazaga

COMITÉ CIENTIFICO

Presidente

Jorge E. Leiva

Secretario

Gustavo Bongiorno

Coordinador

Remo Martín Castro

Vocales

Gabriel Abrile

Guillermo E. Allende

Mariano Moya

Marcela Nallim

Silvia Zidarich

Marcela Zaieg

Miembros Consultores

Antonio Gallezio

Bernardo Maskin

Fernando Palizas

Miguel Pretel

Ignacio Previgliano

Jurado de Premio

Eduardo R. Capparelli

Cayetano G.R. Galletti

Jorge E. Leiva

Miguel A. Pretel

**REPRESENTANTES DE COMITÉS
CIENTÍFICOS DE SATI**

ACLS

Fernando Baccaro

Bioética

Juan Pablo Rossini

Bioquímicos

Graciela Mittelman

Certificación y Recertificación

Eduardo Capparelli

Departamento de Docencia

Eduardo Capparelli

**Departamento de Tecnología y
Sistemas**

Sergio Giannasi

Editorial

Ricardo Valentini

Enfermería en Cuidados Críticos

Mariana Torre

FCCS

Enrique Pezzola

Gestión, Control de Calidad y Escores

Antonio Gallezio

Infectología Crítica

Rosa Reina

Investigación Clínica

Eduardo San Román

Kinesiología

Roger Rodrigues La Moglie

Nefrología y Medio Interno

Leandro Leit

Neonatología Crítica

Jorge Tavosnanska

Neumonología Crítica

Damian Violi / Alejandro Midley

Neurointensivismo

Luis Camputaro

Nutrición

Adrian Gold

Obstetricia Crítica

Jose Luis Golubicki

PALS

Ramiro Gilardino

Patología Crítica Cardiovascular

Luis Flores

**Patologías Digestivas en Pacientes
Críticos**

Mario Perman

Sepsis

Jorge Sinner

Terapia Intensiva Pediátrica

Daniel Allende

Trasplantes

Francisco Klein

Trauma

Héctor Canales

Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

Alberto Legarto

Director Editorial Syllabus

Eduardo San Roman

**10° Congreso Argentino de
Terapia Intensiva
Pediátrica**

COMITE EJECUTIVO

Presidente
Patricia Capocasa

Vice-presidente
Daniel Allende

Secretaria
María José Montes

Vocales
Irma Azar
Gabriel Paz
Carlos Resino

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinador Científico
Julio Farías

Vocales
Pablo Mincos
María E Ratto
Gabriela Sheehan
Nilda Vidal

Miembros Consultores
Lidia Albano
Edgardo Banille
Augusto Pérez
Silvia Sáenz
Jorge Sasbón
Eduardo Schnitzler

**11° Congreso Argentino de
Kinesiología en
Terapia Intensiva**

Presidente
Guillermo Scaglioni

Secretaria
Viviana Calandra

Coordinador Científico
Roger Rodrigues La Moglie

Vocales
Horacio Abbona
Gladys Barboza
Lorena Figueroa
Sergio Giorda
Hernán Nunia
Gabriela Schroeter

**12° Congreso Argentino de
Enfermería en
Terapia Intensiva**

Presidente
Edgardo Olivo

Secretaria
Marisa Fabiana Quinteros

Coordinadores Científicos
Elena Del Valle Olmos
Luis Perretta

Comité Consultor
María Cristina Cometto

Vocales
Genoveva E. Ávila
Ana Bejarano
Edith Cavallo
Verónica Dubay
Laura Viviana Furlán
Ana Cristina Ulloa
Julio Zecca

**5° Jornadas Nacionales de
Bioquímicos en
Terapia Intensiva**

Presidente
Graciela Mittelman

Secretaria
Susana Der Parsehian

Coordinadora Científica
Miriam Pereiro

Vocales
Melina Bianconi
Carlos Coll
Norberto Echeagaray

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

Cnel. Niceto Vega 4615/17

CP. 1414. Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax. (54-11) 4778-0571/0581

MEDICINA INTENSIVA

Volumen 26

Número 3

Año 2009

ORGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

19° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

10° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

11° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

12° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

5° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

2° Jornadas de Terapia Intensiva para Estudiantes de Medicina y Carreras afines

17 al 20 de Octubre de 2009

Córdoba Sheraton Hotel



18/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR01

"Neumonología Crítica I: Vía aérea"

LUGONES A

0031 ESTUDIO PROSPECTIVO: EVALUACIÓN DE UNA POSICIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE EXTUBACIÓN

D VIOLI, C PEREYRA, L BENITO MORI, G SEGUI, E BARROZO, M LUGARO, G DIAZ, H CICHERO, D LOSIO, P SCHOON

0035 ¿SON IGUALES TODOS LOS TUBOS ENDOTRAQUEALES? ESTUDIO COMPARATIVO

F RÍOS, M LUGARO, G DIAZ, P GÓMEZ, H SALA, C APEZTEGUÍA

0101 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA SIN BRONCOSCOPIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE TIERRA DEL FUEGO

D DUARTE, N RAIMONDI, E PERRAULT, G FILIPPA, J BALBI, F PLANO, A MONTES, R MALTEZ, V ALONSO, P MONTES, H HERRERA

0188 TRAQUEOTOMÍA EN TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE. SERIE DE CASOS DE TRAQUEOTOMÍA QUIRÚRGICA

CG CAMPAGNE, AM QUISPE LAIME, GR PIÑERO

0288 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA CON TÉCNICA DE GRIGGS (EXPERIENCIA EN 100 PACIENTES)

N CARRIZO, I TORALES, A MORANO, M GONZÁLEZ, R AVILA, C CASTARATARO

18/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR02

"Infecciones en UTI I"

LAS SIERRAS

0005 INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON EL CA-TÉTER

MA PEREZ, FR RACCA VELASQUEZ, J VIGGIANO, G RODRIGUEZ, JP MONTECINOS

0099 ESTUDIO OBSERVACIONAL DE COHORTE PROSPECTIVO SOBRE SEPSIS EN PROCEDIMIENTOS Y ANIOBRAS INVASIVAS EN UTI

RE ALVAREZ

0105 CANDIDA ALBICANS VS CANDIDA NO ALBICANS EN LA UTI

S CASTRO, C SANTOS, M MORANTE, M ALMUZARA, A TUDURI, P CASTRO, O CRISTALDI, P BOSCHINI

0159 PRONÓSTICO DE PACIENTES CRÍTICOS INFECTADOS POR ACINETOBACTER BAUMANNII

E ARISTA, C CANESSA, M BONO, R SANCHEZ, D VARELA, P ESCALANTE, N TIRIBELLI, L GRIECO, A LUCERO, P LADELFA, N FALCON PEREZ, A MARINO

0163 BACTERIEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS

L GRIECO, A LUCERO, R SANCHEZ, M BONO, P LADELFA, P ESCALANTE, E ARISTA, C CANESSA, N TIRIBELLI, N FALCON PEREZ, A MARINO, D VARELA

18/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR03

"Bioética - Gestión y Costos I: Implementación de procesos educativos"

YACANTO C

0020 DIRECTIVAS ANTICIPADAS: ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA HABLAR DE NUESTRA PROPIA MUERTE?

M FERRERO, MI VILLALONGA

0050 CAPACITACIÓN DEL BIOQUÍMICO DE URGENCIAS. E-LEARNING: UN DESAFÍO

S DER PARSEHIAN, AM QUERALT, G MITTELMAN, M PEREIRO, M CASTRO, H CERVANTES, J MAGARIÑOS, M BIANCONI, J MERITANO, C ARTANA, N PISTILLO, C LATORRAGA, C COLL, S CARNUCCIO

0167 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA FOMENTAR EL USO DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD QUE PER-

MITAN REDUCIR LA FRECUENCIA DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN ANTES-DESPUÉS

F LOIACONO, L AGUILAR, C APEZTEGUÍA, F RÍOS, G BERENSTEIN

0309 APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ESTUDIO DE SERIES DE TIEMPO

L TUMINO, AL GONZÁLEZ, C MARCHENA, C LOUDET, G SÁENZ, J MONTEFIORE, M RAMÍREZ, F BALDERRAMA, L GALEANO, F LAMBERT, B VARELA, G VIDAL

18/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR04

"Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM I"

CINE 7

0042 EL SID URINARIO ES EL PRINCIPAL DETERMINANTE DE LA HIPERCLOREMIA EN EL PERÍODO POSTOPERATORIO

FD MASEVICIUS, A RISSO VAZQUEZ, C ENRICO, MC PEIN, R GIANNONI, A DUBIN

0044 EL HIDROXIETILALMIDÓN 130/0.4 ES SUPERIOR A LA SOLUCIÓN FISIOLÓGICA PARA LA RESUCITACIÓN DE LA MICROCIRCULACIÓN

A DUBIN, MO POZO, CA CASABELLA, G MURIAS, F PÁLIZAS (H), MC MOSEINCO, F PÁLIZAS, VS KANOORE EDUL, C INCE

0054 EL ÍNDICE DE FLUJO MICROVASCULAR ES SIMILAR AL PORCENTAJE DE VASOS PERFUNDIDOS PARA CUANTIFICAR LA MICROCIRCULACIÓN

A DUBIN, MO POZO, G MURIAS, VS KANOORE EDUL, C INCE

0143 TRATAMIENTO DE LA HIPERLACTACIDEMIA POSTOPERATORIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN TRABAJO CLÍNICO RANDOMIZADO

NE VITTAL, IC ROMERO, F PÁLIZAS (H), V CARDENAS, V CANNATELLI, F LIPOVETSKY, MV ARROSAGARAY, FA MOS, M CASANOVA, D VILLANI ULLA, F RODRIGUEZ LUCCI, L CANTARELLI WATERLOOD, F FRUCHTENICHT, A CAPUTTO, G LONEGRO

0202 INFLUENCIA DEL VOLUMEN TIDAL SOBRE MONITOREO FUNCIONAL DE PRECARGA DERIVADO DEL ANÁLISIS DE CONTORNO DEL PULSO ARTERIAL DURANTE CONDICIONES DE COMPLIANCE PULMONAR NORMAL Y REDUCIDA

P CRUCES, F DIAZ, A DONOSO, C CARVAJAL, T SALOMON, MF TORRES, B ERRANZ

0323 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO BASADO EN DOPAMINA/ADRENALINA Y METAS DE PERFUSIÓN PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO

RE PAIRUMANI

18/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR05

"Trasplantes"

CINE 8

0139 NEGATIVA A LA DONACIÓN: ESTRATEGIAS ÚTILES

JA OJEDA, AE PIACENZA, JA CIALZETA, HJM ALVAREZ, JL RIERA STIVAL, GL GUTIERREZ

0237 34,5 DONANTES POR MILLÓN: ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES

AE PIACENZA, JA CIALZETA, JA OJEDA, HJ ALVAREZ, JL RIERA STIVAL, G GUTIERREZ

0314 DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE PARA VALORAR LA EFICACIA DE LA ACTIVIDAD DE LA COORDINACIÓN HOSPITALARIA DE TRASPLANTE

I PREVIGLIANO, DV CABEZAS, R IBAR, M TORRES

0315 DIABETES INSÍPIDA EN LA MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS: INCIDENCIA, FACTORES DE PREDICCIÓN Y CONDICIONES ASOCIADAS

P BAUDRACCO, S FIORETTI, MA CAPUTTO, I PREVIGLIANO, DV CABEZAS, A ANTIK, MC BACQUÉ

19/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR06**"Infecciones en UTI II"**

LUGONES A

- 0077 IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD PARA REDUCIR LAS INFECCIONES PREVALENTES IDENTIFICADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DEL HOSPITAL NACIONAL PROF ALEJANDRO POSADAS. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN ANTES-DESPUÉS**
F LOIACONO, L AGUILAR, C APEZTEGUÍA, F RIOS, G BERENSTEIN
- 0168 TRANSFUSIONES DE GLÓBULOS ROJOS E INFECCIONES EN PACIENTES CRÍTICOS**
R SANCHEZ, M BONO, E ARISTA, C CANESSA, L GRIECO, A LUCERO, D VARELA, N TIRIBELLI, P ESCALANTE, P LADELFA, A MARINO, N FALCON PEREZ
- 0170 INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL Y GÉRMEENES PREVALENTES**
C GARAYALDE, P GASTALDI, N PIETO, D MIQUELARENA, G FERNANDEZ CID, J CUIULI
- 0171 PRONÓSTICO DE LA NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR**
A LUCERO, L GRIECO, P LADELFA, E ARISTA, C CANESSA, N TIRIBELLI, D VARELA, M BONO, R SANCHEZ, A MARINO, P ESCALANTE
- 0181 CONTROL DE INFECCIONES EN UTI: IMPACTO LUEGO DE INTERVENCIONES**
W CORNISTEIN, M RISSO, G CUETO, M TORRES BODEN, A ARATA, A ATALLAH, A CARUSO, CG RODRIGUEZ
- 0225 VALOR PREDICTIVO DEL LACTATO EN EL DIAGNÓSTICO DE MENINGITIS POSTQUIRÚRGICA**
C CAZÚ, E MÁRQUEZ, A MANZUR, P LUEJE, D CROSARA

19/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR07**"Neumonología Crítica II: Epidemiología"**

LAS SIERRAS

- 0038 PAQUETES DE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA**
D DUARTE, D CURCIO, E PERRAULT, G FILIPPA, A MONTES, J BALBI, F PLANO, V ALONSO, R MALTEZ, P MONTES, H HERRERA
- 0082 SEGUNDO ESTUDIO INTERNACIONAL DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA**
E MONTEVERDE, A FERNANDEZ, JA FARIAS
- 0142 MORTALIDAD DE OCTOGENARIOS CON Y SIN VENTILACIÓN MECÁNICA**
PA ANGELORO, M HALAC
- 0184 IMPLICANCIA DEL POLIMORFISMO INSERCIÓN/DELECCIÓN DEL GEN DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y PREDISPOSICIÓN A SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO**
P CRUCES, B ERRANZ, A PUGA, A DONOSO, F DIAZ, C CARVAJAL, G REPETTO
- 0273 EVALUACIÓN DE LA SOBREVIVENCIA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA POR UNA ENFERMEDAD CRÍTICA: SEGUIMIENTO A 3 MESES DEL EGRESO HOSPITALARIO**
M BUSICO, N IRASTORZA, D INTILE, J SCAPELLATO, D VASQUEZ, D AGAZZI, M CASANOVA, C CASABELLA GARCIA, G PLOTNIKOWL, A LEOZ, P D'ANNUNZIO, P DESMERY

19/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR08**"Gestión y Costos II"**

YACANTO C

- 0098 MORTALIDAD EN UTIP: ¿ES DIFERENTE EN LOS FINES DE SEMANA?**

AL FERNÁNDEZ, M DE LA ROSA, L BUSSO, K CINQUEGRANI, K FIQUEPRÓN, A PICCIRILLI

- 0209 REINGRESOS A TERAPIA INTENSIVA, ESTUDIO DE 3 AÑOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA MONOVALENTE**
AS ROMERO, P BOSCHERO, V HEREDIA, D BARCA, F TOLEDO, J FRIZZA, S PEREZ BETI, S LASDICA, D FAINSTEIN
- 0222 PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA DE FÁRMACOS EN UCI: MEJORA CONTINUA, MONITORIZACIÓN E IMPACTO EN LOS RESULTADOS**
A FAJRELDINES, S COSENZA, P PRATESI, M PELLIZZARI
- 0313 ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES DE LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, LA HORA DEL DÍA Y LA CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS EN ESE DÍA? UN ESTUDIO PROSPECTIVO**
M STEINHAUS, I PREVIGLIANO, D CERASO

19/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR09**"Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM II"**

CINE 7

- 0024 DETECCIÓN PRECOZ, ABORDAJE Y PREDICTORES DE MORTALIDAD EN LA MEDISTINITIS POR PATOLOGÍA ESÓFAGO GÁSTRICA**
J BERRETA, D KOCIAK, D FERRO, A BALDUCCI, F DE FEO, R CORTI, P FERNANDEZ MARTI, MV LAPLACETTE
- 0052 EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON ENOXAPARINA REDUJO LA MORTALIDAD Y EL COMPROMISO ORGÁNICO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SEPSIS**
N PISTILLO, O FARIÑA, JC VOGEL, VC TASSI, G SUAREZ, AJ TORCHIA, M RIVAS, MA MARTI, A NUÑEZ
- 0061 ABORTO SÉPTICO EN UTI. COMPARACIÓN DE DOS PERÍODOS**
J GUYON, M SANCHEZ, G ZAKALIK, RO FERNANDEZ, JL MARENGO, D RAGGIO, JM PINA, A CHENA
- 0176 INFLUENCIA GENÉTICA EN LA EVOLUCIÓN A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA NEUMONÍA AGUDA COMUNITARIA A NEUMOCOCO (NACN)**
P CARDINAL, A CABRERA, G RIEPPI, W PEDREIRA, T CAMOU, G GARCIA, T BAZET, R PONTET, R PALACIO, P ECHEVARRIA, C BENTANCOR, G AIELLO, M BENGOCHEA
- 0212 IMPACTO EN LA MORTALIDAD Y ESTADÍA EN UCI DE LA CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LAS SEPSIS**
C NAVEDA GAVILANES, V MARQUEVICH, P GUIMARAENS, P VIDAL ARTETA, JC ESCARDO, D CZERWONKO, D BERNARDEZ, L SEOANE, S COSENZA, S BARATTA, P PRATESI
- 0326 TRATAMIENTO CON OCTEOTRIDE ASOCIADO AL ENDOSCÓPICO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFAGICAS. ¿QUE VENTAJA APORTA?**
J BERRETA, D KOCIAK, F DE FEO, A BALDUCCI, MV LAPLACETTE, MF VAZQUEZ, M DIAZ GUERRERO, G ROMERO

19/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR10**"Unidad Coronaria - Trauma y Emergencias"**

CINE 8

- 0097 ANÁLISIS DE LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA COMO PREDICTOR DE MUERTE HOSPITALARIA INMEDIATA Y MEDIATA EN EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SINTOMÁTICO**
MJ FOSCO, R MERBILHÁA, G PROCOPIO, L AGUIRRE, A PACHECO, H RAFFAELLI, F KLEIN
- 0147 ESTRATEGIA PARA INCORPORAR UNA NUEVA DETERMINACIÓN BIOQUÍMICA EN LA URGENCIA: TROPONINA I CUANTITATIVA**
M BIANCONI, M DICROCE
- 0172 EFICACIA DE LA CLÍNICA Y DE LAS IMÁGENES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS**

L AGUIRRE, G PROCOPIO, R MERBILHÁA, E MARTÍNEZ, F KLEIN, E DULBECCO, MJ FOSCO

0295 CONCORDANCIA DE LA EVALUACIÓN DE MARCADORES CLÍNICOS DE RIESGO CARDIACO PREOPERATORIO Y LA PERFUSIÓN TALIO DIPIRIDAMOL PARA EVALUAR EL RIESGO CARDIACO EN CIRUGÍA DE ALTO RIESGO NO CARDIACAS Y LA INCIDENCIA DE INFARTO PERIOPERATORIO
MA ISA, B VILLALBA, J PAGANI, E CONCI, F ZELAYA, W QUIROGA, M BLANCO, J SALA

0301 ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS CON MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES ADMITIDOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA
MJ FOSCO, J BARREIRO, L GARCÍA, F ISOLA, M ITURRIA, D NOVARESSE, M ROMERO, J SCHOCHTER

20/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR11

“Infecciones en UTI III”

LUGONES A

0228 MENINGITIS POR ACINETOBACTER MULTIRESISTENTE EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS
E MÁRQUEZ, C CAZÚ, A MANZUR, P LUEJE, D CROSARA

0270 RESULTADOS DE ESTRATEGIAS UTILIZADAS NA PREVENÇÃO DO INDICE DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECANICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL
MVA PAZ, KH RODRIGUES, SA NISHIKAWA, RL COSTA, FAM FRANÇA

0285 EVALUCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN DE ACUERDO AL SITIO DE INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES
C BALASINI, R REINA, G SÁENZ, G VIDAL, P MONTEFIORE, C GARCÍA, F GONZALEZ, H CANALE, E ESTENSSORO

0299 MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LA BACTERIEMIA POR CATÉTER
C BALASINI, R REINA, E VALGOLIO, P MONTEFIORE, M BALDERRAÍN, B VARELA, C GARCÍA, AL GONZÁLEZ, C MARCHENA, L TUMINO, F LAMBERT, H CANALES, E ESTENSSORO

0302 INFECCIONES EN UTI: MODIFICACIONES TEMPORALES DE LOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS
W CORNISTEIN, M RISSO, A ATALLAH, G CUETO, M TORRES BODEN, A ARATA, A CARUSO, C RODRIGUEZ

20/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR12

“Neumonología Crítica III: Vía aérea y fisiología”

LUGONES B-C

0007 MAL AGUDO DE MONTAÑAS Y NIVELES DE ACIDO LÁCTICO: ADAPTACIÓN Y RENDIMIENTO EN MONTAÑISMO DE ALTURA
L SEOANE, R NERVI, F GORRAIZ RICO, M SEOANE, M RODRIGUEZ

0009 ANÁLISIS DEL USO DE OXÍGENOTERAPIA EN INTERNACIÓN
M MANAGÓ, L BONACCORSI, A FORCHER, F TOMBOLINI, J RODRÍGUEZ OTERO

0019 EFECTO DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO EN ETAPAS CON PEEP DECREMENTAL EN PACIENTES CON SDRA
R SANTA CRUZ, A ALVAREZ

0039 EFECTO DE LA PEEP Y DE LA LUBRICACIÓN CON XILOCAÍNA EN EL FILTRADO PERIBALÓN DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (TE)
F RIOS, P GOMEZ, H CICHERO, M LUGARO, H SALA, C APEZTEGUÍA

0126 EL FRASCO HUMIDIFICADOR COMO SISTEMA DE HUMIDIFICACIÓN DEL GAS INSPIRADO, EN PACIENTES CON VIA AÉREA ARTIFICIAL, NO CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES. EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE TRES SISTEMAS DE HUMIDIFICACIÓN

NG ROUX, V FELD, E GOGNIAT, D VILLALBA, G PLOTNIKOV, N RIBERO VAIRO, M SARTORE, M BOSSO, C QUIROGA, N EWDOKIMOFF, V LEIVA, M SCRIGNA, J SCAPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRÉ, E DÍAZ NIELSEN

20/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR13

“Pediatria”

LAS SIERRAS

0094 ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS MODOS DE VENTILACIÓN NO INVASIVA PARA EL RETIRO DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN POSTOPERATORIOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA. INFORME PRELIMINAR
MM MONTONATI, G MORENO, LM LANDRY, ME GALVAN, V BECERRA, M KRYNSKI, R MAGLIOLA

0096 USO DE VNI EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES PEDIÁTRICOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL FRACASO
BL URETA, JR VILLALBA, G MORENO

0206 VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE
P TAFFAREL, F JORRO BARÓN, B LATTINI, J SASBÓN

0210 MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO
M CUENCIO, A SIABA SERRATE, S TORRES, T IOLSTER, E SCHNITZLER

0235 EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
A RODRIGUEZ CALVO, MF JEREZ, P BOTTA, SL MARCOS, M D'URSO

0307 INTERNACIÓN DOMICILIARIA PEDIÁTRICA: DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA RECIENTE
MI PEREYRA, G SHEEHAN, G FORCINITI, E LAFFAIRE

20/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR14

“Acreditación. Certificación. Scores. Organización”

YACANTO C

0103 PROYECTO SATI-Q PEDIÁTRICO: MIDIENDO CALIDAD EN LAS UCIPS ARGENTINAS

F LAFFAYE, L SALIGARI, ME RATTO, L ALBANO, I KO, J FARIAS, N BOADA, A SIABA SERRATE, S TORRES, G MACARRON, D ALLENDE, N RAUL, K FIQUEPRON, M DE LA ROSA, M ITHARTE, PF GALLARDO

0316 INCIDENCIA Y CAUSAS DE MORTALIDAD EN 59 UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA
DV CABEZAS, I PREVIGLIANO, R IBAR, M TORRES

0047 UN NUEVO SISTEMA DE TRIAGE: SU VALIDACIÓN SOBRE UN GRUPO DE PACIENTES ADMITIDOS AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS POR ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL
A STRINNA, MJ DEMINGE, V VALENZUELA, C ZACARÍAS, A VARGAS, VB MANTILLA, C ROMERO, S GONZÁLEZ

0079 CORRELACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE TRIAGE CON LOS HALLAZGOS EN IMÁGENES EN PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SINTOMÁTICO
MJ DEMINGE, F ROWIES, E MOGNI, R MENDOZA, M POLETTI, L SOTELO, L LEIVA, R ALMIRÓN, J SCARAFFIA, A STRINNA

0219 VALOR PREDICTIVO POSITIVO DEL SCORE CPIS (CLINICAL PULMONARY INFECTION SCORE) MODIFICADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA
AL NISNIK, MP LOZADA, GA BERNARDI, AL SANCHEZ, MM TACCHINI

20/10/2009 - 12:00 - 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES OR15

"Neurointensivismo"

CINE 7

0116 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRAUMA CRANEO-
ENCEFÁLICO: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS
M BERNADÓ, V DOS SANTOS, M GÓMEZ, S ZANELLO, M
CORNELIO, M TÁRTARA, M GIMÉNEZ, J TEVES

0317 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON INDOMETACINA
DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL REFRACTARIA DE
DIFERENTES ETIOLOGÍAS

I PREVIGLIANO, FM TAMAGNONE

0318 UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEANO PARA LA IDEN-
TIFICACIÓN DE HIPOPERFUSIÓN CEREBRAL EN PACIENTES
COMATOSOS ANTES DE LA REALIZACIÓN DE IMÁGENES
DIAGNÓSTICAS

FM TAMAGNONE, E MARTINEZ, SD BLEJMAN, J RUBIANES, I
PREVIGLIANO

Los pósteres estarán ubicados en el Salón Yacanto A-B (Subsuelo – Hotel Sheraton Córdoba), y las Recorridas de Pósteres se llevarán a cabo de acuerdo al siguiente cronograma:

Recorridas de Pósteres	Discusión con Autores
01 a 09 10 11 a 19 20 a 24	Domingo 18/10, de 13:45 a 15:15 hs. Lunes 19/10, de 09:45 a 11:15 hs. Lunes 19/10, de 13:45 a 15:15 hs. Martes 20/10, de 13:45 a 15:15 hs.

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO01

“Infecciones en UTI I”

YACANTO A-B

- 0027 **SHOCK SÉPTICO Y ARDS EN STRONGYLOIDIASIS DISEMINADA**
J GUYON, A CHENA, JL MARENGO, JM PINA, M SANCHEZ, G ZAKALIK
- 0030 **ATENCIÓN DE DOS CASOS DE TÉTANOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE DE UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**
MR ESPÓSITO, MD GIACCONE, LA GOMEZ, Z ROSETTI, R AGUIRRE, N CAPALBO, E SALCEDO, N MOINE, C MULIERI
- 0043 **CASO CLÍNICO: MUJER DE 29 AÑOS QUE CURSO INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA CON DIAGNÓSTICO DE BOTULISMO TIPO A**
E MANRIQUE, M BRIZUELA, M MONLLAU GRIMA, P HUPPI, S REQUENA, A MONTIVERO, G CORDOBA, G BRUNO, G CEPEDA, C AHUMADA
- 0084 **ASPERGILOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**
G ASTESANA, R GORORDO IPIÑA, A RIVERO, C LUCERO, P LADA
- 0102 **INFECCIONES OPORTUNISTAS EN UTI. MUCORMICOSIS**
J GUYON, JM PINA, G ZAKALIK, M SANCHEZ, A CHENA, JL MARENGO, E RIVAROLA
- 0119 **ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT JAKOB A PROPÓSITO DE UN CASO**
GJ RIOS PICAZA, NCA SANCHEZ, M CEDROLLA, LC MACIEL, PMDP ARRIBILLAGA

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO02

“Neumonología Crítica I”

YACANTO A-B

- 0004 **EXPERIENCIA CON VENTILACIÓN NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**
NJ BELLUSCI, RG STUCKE, DA MANCEDO
- 0012 **ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, VENTILACIÓN MECÁNICA Y PERCOLACIÓN**
R NERVI, R SANTA CRUZ, R HEREDIA, G VIDAL BIANCHI, A ALVAREZ
- 0023 **VALORACIÓN DE TOMOGRAFÍA DE TÓRAX DE PACIENTES CON DESTETE EXITOSO**
R SANTA CRUZ, L VEGA, MJ RONDINA, R NERVI
- 0036 **CORRELACIÓN DE RAZÓN SATUROMETRÍA DE PULSO / FRACCIÓN INSPIRADA DE OXÍGENO (SaFIO2) Y RAZÓN PRESIÓN ARTERIAL DE OXÍGENO / FRACCIÓN INSPIRADA DE OXÍGENO (PaFIO2) EN UNA POBLACIÓN GENERAL DE PACIENTES CRÍTICOS**
M RINAUDO, RO FERNÁNDEZ, MB GRILLI, A BATTISTINI, JC ARJONA, G BARCHIESI, MV ORDOÑEZ, ML LUJÁN, WD VAZQUEZ

0057 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL DR LUCIO MOLAS, LA PAMPA

R ROSAS, JM SANSON, LR VIGLIOTTA, F PROMENCIO, J PLA CARDENAS

0177 CORTICOIDES EN NEUMONÍA ORGANIZATIVA (COP)

R LIGARDA, F FERNANDEZ, E GILARDI, F FERREIRO, C VIOTTI, L URANGA, S ZIDARICH

0217 RELACIÓN ENTRE PaO2/FIO2 Y SaO2/FIO2 EN INJURIA PULMONAR

MS GARCIA KEIM, AH PEÑALOZA, S DIPENTE, A DAIN, P BRIZUELA, CE SALCEDO, L LUCINI, JE LEIVA

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO03

“Neurointensivismo I”

YACANTO A-B

0017 VALOR DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO Y TRANSESOFÁGICO EN LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES ISQUÉMICOS. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

G TOMBOLINI, G MARTEARENA, A BEFANI BERNAL, S URBANO, L AVILA, S KLINZUK, J LUDUEÑA, F CRIADO, D ZAVATTI, M ARDUIN, R LINARES

0018 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE 120 ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

E CONFINI, G TOMBOLINI, G MARTEARENA, S KLINZUK, P D'ANGELO, A BEFANI BERNAL, S URBANO, L AVILA, J PAZ TONSICH, J LUDUEÑA, F CRIADO, R LINARES, D ZAVATTI, M ARDUIN

0067 NIVELES SANGUÍNEOS DE DIFENILHIDANTOINA EN PACIENTES CON ALIMENTACIÓN ENTERAL EN BOLOS

AB GARCÍA GIL, A HORRISBERGER, C ROMERO, ME IGLESIAS, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, L RASSI, E ASINARI, A SALGADO, F CALZOLARI, V CAGLIERI, C GALLETTI

0070 DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE ARTERIA CARÓTIDA. NUEVOS RECURSOS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

ME IGLESIAS, E MINOLDO, H LONDERO, L MARTINEZ RIERA, C ROMERO, S JARCHUM, MJ ARAMBURU, L RASSI, AB GARCÍA GIL, E ASINARI, A SALGADO, F CALZOLARI, V CAGLIERI, C GALLETTI

0071 TRATAMIENTO INUSUAL COMBINADO CON FIBRINÓLISIS INTRAARTERIAL Y STENT EN DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CARÓTIDA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

E ASINARI, ME IGLESIAS, V CAGLIERI, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, L RASSI, AB GARCÍA GIL, A SALGADO, F CALZOLARI, G FOA TORRES, J MARTÍN, H LONDERO, C GALLETTI

0073 TRATAMIENTO INUSUAL DE UN ANEURISMA CEREBRAL INUSUAL. REPORTE DE UN CASO

L RASSI, MJ CABRERA, G FOA TORRES, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, ME IGLESIAS, C ROMERO, E ASINARI, AB GARCÍA GIL, F CALZOLARI, A SALGADO, V CAGLIERI, C GALLETTI

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO04

“Nutrición y Metabolismo I”

YACANTO A-B

0002 LA NUTRICIÓN ENTERAL REDUCE LA MORTALIDAD ENTRE LOS PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA QUE DESARROLLAN INSUFICIENCIA HEPÁTICA

K UGO, FJ GAMBINO, J ALVAREZ

0026 ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN TERAPIA INTENSIVA: 4 AÑOS DE REPORTE

VC NUNES VELLOSO, A SCHMIDT, E CANEDO, M DEHEZA

0049 ESTUDIO PILOTO DE CORRELACIÓN ENTRE GLÓBULOS BLANCOS Y VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

MA ESTRIN, GG CARQUEIJEDA ROMAN, V HAYETIAN, R ARIENTI, M MINGHETTI, S CHALCO, A PILIPEC, F SALDARINI

- 0058 REPORTE DE UN CASO DE PORFIRIA EN SANATORIO SAN ROQUE EN SALTA CAPITAL**
O GUANCA, G TORLETTI, C TORREGROSA
- 0075 UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN DE MOTILIDAD INTESTINAL POR ECOGRAFÍA PARA INICIAR LA NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ EN POSTOPERATORIO ABDOMINAL**
E MINOLDO, C ROMERO, S JARCHUM, ME IGLESIAS, JF CABRAL, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0220 SÍNDROME DE OGLIVIE Y DESTETE DIFICULTOSO**
MI RÍOS, MS RAÑA, J POLISZUK, F PEREZ PRIETO, MA BLASCO, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO05

"Obstetricia Crítica I - Trasplantes"

YACANTO A-B

- 0003 SÍNDROME DE GUILLAN BARRÉ Y EMBARAZO**
MA CARIDI, GONZ SAENZ, J FERREIROS
- 0015 FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR EN PACIENTE GESTANTE. REPORTE DE UN CASO**
M MONTANARO, M BARCELÓ, A MUSCARELLO, E GUZMÁN, N BUSTAMANTE, M PRETEL
- 0156 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
JP SUÁREZ, G BADAROTTI, S LAMOT, G KIRSZNER, M HERNANDEZ, B DE DIEGO
- 0199 MIOCARDIOPATÍA DILATADA PERIPARTO. REPORTE DE UN CASO**
C NAVEDA GAVILANES, P GUIMARAENS, MC MARTINEZ BARRETO, J ALVAREZ, P PRATESI
- 0238 A PROPÓSITO DE UN CASO: INSUFICIENCIA HEPÁTICA EN EL EMBARAZO**
M CARCAMO DIAZ, L AMICHETTI, M TOMAS, M COCCONI, A BALLANGIONE, H NICOLA, JA ODDINO, P CAMPI
- 0205 TRASPLANTE HEPÁTICO DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO**
C NAVEDA GAVILANES, P VIDAL ARTETA, J NUÑEZ, S COSENZA, P PRATESI, M SILVA, G PODESTÁ
- 0214 VARIABLES HEMOSTÁTICAS EN UN PACIENTE CON HEMOFILIA TIPO A SOMETIDO A TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO: PRIMER CASO REGISTRADO EN ARGENTINA**
S MINOLDO, H GUGLIELMONE, D MINOLDO, M ZARATE BAZAN, G JARCHUM

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO06

"Pediatría I"

YACANTO A-B

- 0086 ABSCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES POST-VARICELA EN UN LACTANTE**
L BOTTARO, AM VELEZ, JM MENZELLA, M CALDERÓN, DE ALLENDE, G FERNANDEZ GALVEZ
- 0193 MIOCARDIOPATÍA DILATADA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**
A WALSER, S BAÑOS, K GUIAMET, A INTAGLIATA, A JAUREGUY, C MARINO
- 0223 CIRUGÍA CORRECTORA TEMPRANA EN UN PACIENTE CON ATRESIA PULMONAR Y COMUNICACIÓN INTERVEN-TRICULAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO**
M CUENCIO, D KLINGER, B CHIOSTRI, A SIABA SERRATE, S TORRES, C KREUTZER, T IOLSTER, E SCHNITZLER
- 0247 SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO POR PSEUDOMONA AERUGINOSA EN 5 NIÑOS DE LA COMUNIDAD**
GL FAGALDE, GE CORREA, MS OLIVIERI, LS MARCOS
- 0248 USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN**

P GALLARDO, AS REARTE, GL FAGALDE, GE CORREA, MV ALBARRACIN, P BOTTA, J ESCUDERO, MS OLIVIERI, LS MARCOS

- 0249 ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL CONURBANO BONAERENSE**
M PENAZZI, E MARI, P PACHECO, R BURGOS PRATX, J LÓPEZ, B LATINI, L RÉVORA, E CAMACHO
- 0253 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO. RESUMEN DE ACTIVIDADES DEL AÑO 2008**
M PENAZZI, E MARI, P PACHECO, R SALAZAR, V ACEBEDO, A PENAYO

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO07

"Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM I"

YACANTO A-B

- 0025 CARACTERES DIFERENCIALES Y PREDICTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LA PERITONITIS GENERALIZADA DEL ADULTO MAYOR**
J BERRETA, D KOCIAK, F DE FEO, A BALDUCCI, M ORTIZ, A CORONEL, MP GÍMENEZ, E GÓNZALEZ FERNÁNDEZ, C BROTTTO, A BARRIOS, R RÍOS
- 0037 DÉFICIT DE BASE (DB) COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA EN POST OPERATORIO INMEDIATO Y LACTATO SÉRICO NORMAL**
RO FERNÁNDEZ, MB GRILLI, JC ARJONA, A BATISTTINI, G BARCHIESI, M RINAUDO, MV ORDOÑEZ, ML LUJÁN, WD VAZQUEZ
- 0063 PERITONITIS BACTERIANA. ACERCA DE UN CASO**
G CARDONATTI, E VAN DER WERTH, G MONTI, R LENDARO, M VOGELIN
- 0068 ACIDOSIS LÁCTICA TIPO B, UNA SEVERA COMPLICACIÓN METABÓLICA ASOCIADA A LINFOMAS, A PROPÓSITO DE DOS CASOS**
F CALZOLARI, C ROMERO, ME IGLESIAS, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, L RASSI, E ASINARI, A SALGADO, AB GARCÍA GIL, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0112 SEPSIS Y EMBOLISMO PARADÓJICO**
CA FONTANA, ND NEILA, DC MARINO, MJ PESOA, GL GALINDEZ, KA BOTANA, SD AVALOS, VA MICHEL
- 0150 FASCITIS NECROTIZANTE, DOS CASOS DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE, CON ALTA MORTALIDAD**
G MACARRON, L MORENO, A SILVESTRE, O RECUPERO, S BRANDIMARTI, D BERGNIA, P CASTELLANI, C GAVIOT

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO08

"Unidad Coronaria I"

YACANTO A-B

- 0008 INFUSIÓN DE INSULINA VERSUS INSULINA SUBCUTÁNEA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO**
MM GALLO
- 0011 PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA**
M BARCELÓ, M MONTANARO, A MUSCARELLO, E GUZMÁN, M MARTÍNEZ COLOMBRES, M PRETEL
- 0040 VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**
M CHERTCOFF, ML CAIVANO NEMET, FM BALLESTERO, MI RÍOS, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF, J UBALDINI
- 0076 FIBROSIS MEDIASTÍNICA ASOCIADA A FIBROSIS RETROPERITONEAL SIMULANDO SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: REPORTE DE UN CASO**
MJ LEDESMA, MS MARINSALDA, M BACIGALUPPI, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, ME IGLESIAS, C ROMERO, LE RASSI, AB GARCÍA GIL, E ASINARI, F CALZOLARI, A SALGADO, V CAGLIERI, C GALLETTI

- 0130 **MARCADORES CLÍNICOS Y HUMORALES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CLASE FUNCIONAL III/IV**
R CAPECE, J BORGO, S MOSCA, D MASEVICIUS
- 0136 **PLAQUETOPENIA SEVERA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON IIB/IIIA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO. REPORTE DE CASO**
HF AZCONA, J CÉLIA, I DESABATO, M RUIZ, J AGUIRRE HERRERA, S WASSERMANN, A BOCHATEY, A CARPIO, R RONZZETTI, S O' FARREL
- 0213 **ABLACION SEPTAL PERCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA**
ML CAIVANO NEMET, FM BALLESTERO, M SKARE, C SMITH, MA VELTRI, JA ALVAREZ, O MANUALE, J UBALDINI
- 0244 **EXPERIENCIA EN RECUPERACIÓN CARDIOVASCULAR EN UNA UTI POLIVALENTE. USHUAIA. FIN DEL MUNDO**
R FUMIS, F BERTOLETTI, H MORENO ZILLI, E SERRA, E DOTTI

18/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO09

“Misceláneas I”

YACANTO A-B

- 0046 **NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA EN TERAPIA INTENSIVA (SÍNDROME DE LYEEL). REPORTE DE 5 CASOS**
G MAMMOLITI, C NOGUERAS, E CUNTO, V CHEDIACK, P SAUL, O VILLAR, J SAN JUAN
- 0048 **PÉNFIGO GRAVE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, REPORTE DE 22 CASOS**
P SAÚL, C NOGUERAS, E CUNTO, V CHEDIACK, O VILLAR, J SAN JUAN
- 0066 **ESPECTROS DE LA NEUMATOSIS INTESTINAL: DE INTRASCENDENTE A GRAVE Y MORTAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS**
A SALGADO, M BACIGALUPPI, E MINOLDO, ME IGLESIAS, C ROMERO, MJ ARAMBURU, L RASSI, E ASINARI, AB GARCIA GIL, F CALZOLARI, V CAGLIERI, G GALLETTI
- 0069 **EXACTITUD DE LA ESTIMACIÓN DEL PESO Y ALTURA EN PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA**
P MASKIN, S ATTIE, M SETTEN, P RODRIGUEZ, I BONELLI, M STRYJEWski, R VALENTINI
- 0129 **ANÁLISIS FODA DE LAS ACTIVIDADES DEL CAPÍTULO BIOQUÍMICO DE SATI**
G MITTELMAN, S DER PARSEHIAN, M BIANCONI, A QUERALT, M PEREIRO, H CERVANTES, C ARTANA, C COLL, J MAGARIÑOS, C LATORRAGA, S CARNUCCIO
- 0140 **INTERPRETACIÓN DE CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN EL MONITOREO DE PARÁMETROS DE LABORATORIO**
M BLANCO, P PIORNO, M MENISES, P DOMEQC

19/10/2009 - 09:45 - 11:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO10

“Enfermería”

YACANTO A-B

- 0010 **VALIDACIÓN DE SISTEMA CERRADO DE REGLA DE AGUA PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL UTILIZANDO UN MODELO EXPERIMENTAL ANIMAL**
CM TORRE, JL DO PICO
- 0021 **EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS DE DECÚBITO EN PACIENTES CON REPOSO PROLONGADO EN NUESTRO SERVICIO**
FL PIOLA, ML ROMERO, GJ RIOS PICAZA, GA IMBELLONI, SB FRITZ, RG GAUTO, FET GONZALEZ, VO LOPEZ, MA OJEDA, RM GARCIA
- 0106 **INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE SALUD DE UNA COMPAÑÍA MINERA**
SA RIVADERO, GA SANZ
- 0117 **NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: EXPERIENCIA CLINICA EN SANATORIO INTEGRADO DE LA CIUDAD, CAÑADA DE GOMEZ, SANTA FE**

V CORTELL, C CASSINI, V MANSILLA

- 0252 **MAPEAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS DA UTI ADULTO DE UM HOSPITAL ESCOLA, REGIÃO DO ALTO TIETÊ, GRANDE SÃO PAULO, HOSPITAL DAS CLINICAS LUZIA DE PINHO MELLO UNIFESP**
FAM FRANÇA, LR ALDIGUERI, MVA PAZ
- 0276 **EVALUACIÓN DEL USO Y DIFICULTADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA LISTA DE CONTROL PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS A CATÉTERES DE HEMODIÁLISIS**
A RODRIGUEZ, N JUAREZ, R RIVAS VERA, A RIQUELME, E MAGNO, J VIVAS, M BAINI, C VALLEJOS, A VALVERDI, C CASABELLA GARCIA, D AGAZZI, D VASQUEZ, M CASANOVA, V APHALO, K ARANDA, P DESMERY
- 0286 **INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA ANTES Y DESPUÉS DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA**
N BENITEZ, LL ANDRAUS, C CHÁVEZ, L GUDIÑO
- 0305 **¿QUÉ SABE LA ENFERMERÍA QUE SE DESEMPEÑA EN CUIDADOS INTENSIVOS ACERCA DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y DE SUS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS?**
CW SORIA
- 0310 **PROBABILIDAD DE INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN TERAPIA INTENSIVA ESTUDIO COMPARATIVO 2008 2009**
MF QUNTEROS, E OLMOS

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO11

“Gestión y Costos”

YACANTO A-B

- 0100 **SISTEMA DE REGISTRO INFORMÁTICO EN UNA UCIP EN TIEMPO REAL Y SIN PAPELES EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 6 MESES**
K FIQUEPRÓN, L BUSSO, K CINQUEGRANI, AL FERNÁNDEZ, M DE LA ROSA, A PICCIRILLI
- 0187 **ANCIANOS EN UTI**
A MARINO, M BONO, R SANCHEZ, E ARISTA, C CANESSA, L GRIECO, A LUCERO, D VARELA, N TIRIBELLI
- 0241 **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SOPORTE NUTRICIONAL (SN) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO, ANTES Y DESPUÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO Y DE UN PROTOCOLO DE SN**
J SAGARDÍA, S JEREB, E MAGLIA, C APEZTEGUÍA, D PEZZOLA
- 0281 **SATISFACCIÓN LABORAL EN UN EQUIPO DE TERAPIA INTENSIVA EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA**
F TOLEDO, E MARTINEZ, G RISACHER, M FASANO, A ROMERO, D BARCA, J FRIZZA, S PEREZ BETI, D FAINSTEIN
- 0283 **NECESIDAD DE INTERNACIÓN DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN NIÑOS DERIVADOS POR SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA**
AD LÓPEZ
- 0304 **IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA EXTUBACIÓN NO PLANEADA EN UNA UNIDAD PEDIÁTRICA DE CUIDADOS CRÍTICOS: PRIMERA ETAPA DETERMINACIÓN DE SU INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS**
NA VIDAL, LM SALIGARI, MG SOKIRANSKY, R CUFRE, LC ALBANO
- 0306 **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA: IMPLEMENTACIÓN DE UN SET DE INDICADORES**
C LOUDET, G SÁENZ, AL GONZÁLEZ, C MARCHENA, L TUMINO, F LAMBERT, J MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC GARCÍA, R REINA, E ESTENSSORO
- 0308 **CALIDAD DE ATENCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA: ANÁLISIS DE ERRORES RELACIONADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL**
C MARCHENA, L TUMINO, C LOUDET, AL GONZÁLEZ, G SÁENZ, F LAMBERT, P MONTEFIORE, M BELDARRAIN, F GONZÁLEZ, R REINA, E ESTENSSORO

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO12

"Infecciones en UTI II"

YACANTO A-B

- 0072 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: PRESENTACIÓN DE UN CASO PARADIGMÁTICO**
E MINOLDO, MJ ARAMBURU, E ASINARI, ME IGLESIAS, L RASSI, C ROMERO, AB GARCIA GIL, F CALZOLARI, A SALGADO, V CAGLIERI, C GALLETI
- 0179 PARÁMETROS PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
V CHEDIACK, E CUNTO, A BOCASSI, C NOGUERAS, P SAUL, G MAMMOLITI, F LOPEZ, O VILLAR, J SAN JUAN
- 0189 LEPTOSPIROSIS EN TERAPIA INTENSIVA. SERIE DE CASOS**
C BOSCO, L CORSIGLIA, A EMER, A MANTI, K GARCIA MESSA, M RODRIGUEZ, P DEBASTIANI, M CHUBURU, C ROTH
- 0191 SCORE PRONÓSTICO EN PACIENTES VIH POSITIVOS INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
E CUNTO, C NOGUERAS, V CHEDIACK, G MAMMOLITI, P SAUL, O VILLAR, J SAN JUAN
- 0232 PALUDISMO IMPORTADO EN TERAPIA INTENSIVA**
M ROCHA ANZALDO, E LEISTAD, M KIRSCHBAUM, M ESTEBAN
- 0264 INFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO**
A PALAORO, A MARTINUZZI, J CHAPARRO, M ORSATTI, C FELLER, M LOMBARDI

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO13

"Nefrología Crítica"

YACANTO A-B

- 0125 SEGUIMIENTO CON ALCOHOL ESPIRADO EN LA ETILTERRAPIA**
A TEMBRÁS BELLO, V RACEDO, JM ORDOÑEZ, S ROLAND, R ANDRIANO, A PETRUCELLI, J AGÜERO
- 0128 FRACASO RENAL AGUDO EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA**
AK CORNEJO, DD CROSARA
- 0280 INCIDENCIA Y FACTORES PRONÓSTICOS DE EN PACIENTES QUE REQUIRIERON HEMODIÁLISIS AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA**
C FARQUHARSON, R KARATANASOPULOS, F ZALAZAR, E CARREIRA, C CORREIA DA SILVA, A ACOSTA
- 0334 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA**
M BONO, D VARELA, E ARISTA, C CANESSA, R SANCHEZ, N TIRIBELLI, A LUCERO, L GRIECO, A MARINO

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO14

"Neumonología Crítica II - Kinesiología"

YACANTO A-B

- 0233 PIMAX OBTENIDA CON LA OCLUSIÓN DE LA VÍA AÉREA MEDIANTE LA MANIOBRA DE MARINI EXTENDIDA A 40 SEGUNDOS**
M ESCOBAR, GE GIULIANO, ME URDAPILLETA, J LEBUS, G GADEA, GG MOREL VULLIEZ, EL DE VITO
- 0262 VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
N TIRIBELLI, D VARELA, P ESCALANTE, R SÁNCHEZ, M BONO, C CANESSA, E ARISTA, L GRIECO, A LUCERO, D QUARANTA, N FALCÓN PÉREZ, A MARINO
- 0269 ESTUDIO DE LA INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, ORIGEN Y CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO**

CO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL ACTUAL, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LOS PACIENTES CRÍTICOS

P DESMERY, D VAZQUEZ, D AGAZZI, C CASABELLA GARCIA, V APHALO, D INTILE, M CASANOVA, J SCAPELLATO, F ALVAREZ, V CANNATELLI

- 0298 DIFICULTAD RESPIRATORIA Y POLIMIOSITIS, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**
AS ROMERO, M FASANO, F TOLEDO, J FRIZZA, S PEREZ BETI, D FAINSTEIN, D BARCA, D MAURIZZI
- 0081 EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO**
JC FUNEZ, MC COCCIA, ML FAGGIANO, V GALENDE, MM LEDESMA, MA TORRES, DM ZERDÁN
- 0083 SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN HEMODINAMIA**
JL SOTO, NC SILLS, P BARBIERI, E SOLOAGA, H IRIAT, A LUEBS, E PIÑERO, J CHERTCOFF
- 0137 TERAPIA RESPIRATORIA EN NEONATOLOGÍA. EXPERIENCIA PERSONAL**
N MORETTO, XL FERREYRA

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO15

"Neurointensivismo II"

YACANTO A-B

- 0090 HIDROCEFALIA COMUNICANTE POR CARCINOMATOSIS MENÍNGEA**
W BENITEZ, R BARRIENTOS, E BISHELS, A OLIVA, P VILLEGAS, L ESPINOSA, R VACA NARVAJA, G ZABERT
- 0095 ENCEFALITIS HERPÉTICA EN ANCIANOS**
R BARRIENTOS, W BENITEZ, P VILLEGAS, E BISHELS, A OLIVA, L ESPINOSA, R VACA NARVAJA, C PLOGER, G ZABERT
- 0107 STROKE ISQUÉMICO TALÁMICO BILATERAL COMO CAUSA DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA**
M VINZIO, G DOMENICONI, C RUGILO, O YUNK
- 0111 SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE**
M CHIAROTTO, N ZULIANI, R CÓRDOBA, S SANTAGIULIANA, G IZZO, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, S ILUTOVICH
- 0135 ENCEFALITIS POR VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL. A PROPOSITO DE UN CASO**
S NICOLÁS, M PROCHASKO, C ANTUNEZ, M LÓPEZ, R CONTRERAS, G ROJAS, G GRANBERG, M BRITZ
- 0196 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO Y TROMBOSIS DEL ARCO AÓRTICO**
V MARQUEVICH, F UNGAR, D CHEJTMAN, G OLIVA, S COSENZA, P PRATESI
- 0197 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN PACIENTE LÚPICA CON ANTICOAGULANTES ORALES POR SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO**
FR OLIÉ, RK CASTAÑO, MD REYNOSO, NV LUNA, JC VERGOTTINI

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO16

"Nutrición y Metabolismo II"

YACANTO A-B

- 0016 HIPOMAGNESEMIA EN TERAPIA INTENSIVA. UN CASO CLÍNICO**
NJ BELLUSCI, T HUSULAK, R SANGALLI, W BARROS, C WOLHEIN
- 0226 RELACIÓN ENTRE EL VALOR DE LA ALBÚMINA, EL APACHE II Y EL PESO COMO FACTOR PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN LOS PACIENTES AL INGRESO Y AL ALTA EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS**
N MARTIN, P LUEJE, D CROSARA, A MANZUR, C CAZÚ, E MÁRQUEZ

- 0229 RELACIÓN ALBÚMINA SÉRICA Y MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS**
JA BRITO, JM LOPEZ DOUGLAS, AE VARGAS, CM LUCERO, A RIVERO
- 0272 TRIAGE NUTRICIONAL, ESTADO NUTRICIONAL Y SU RELACIÓN CON LA ESTADÍA Y SOBREVIVENCIA DE PACIENTES CRÍTICOS, UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO**
SP GUTIERREZ, RE PAIRUMANI, JA GUERRA
- 0278 PRESENTACIÓN DE CASO DE ASCITIS QUILOSA**
G GENOVESE, V OJEDA, F DANA, D PALACIOS
- 0303 COMPARACIÓN DE DOS OBJETIVOS DE CONTROL DE LA GLUCEMIA. GRADO DE CONTROL Y TASA DE HIPOGLUCEMIAS**
S ATTIE, P RODRIGUEZ, S VACA MOULIN, P MASKIN, I BONELLI, R VALENTINI

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO17

“Pediatria II - Neonatología”

YACANTO A-B

- 0255 BRONCOASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE UN CASO**
MF PODESTÁ, M RABINO, P SALDIAS, A BORDOGNA, N RAÚL, F WICHMAN, A SILVESTRE
- 0256 INFECCION SEVERA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS DE LA COMUNIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
M PENAZZI, E DE STEFANO, E MARI, P PACHECO, N PÉREZ ROMANO, E CAMACHO, B LATINI, L RÉVORA
- 0259 INTOXICACIONES AGUDAS QUE REQUIEREN INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
S LARDONE OLIVERA, M PENAZZI, E MARI, P PACHECO, M SÁNCHEZ, R ROHR, R SALAZAR, V ACEBEDO, A PENAYO
- 0261 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA (IH) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA “SORMARÍA LUDOVICA”**
P CASTELLANI, N TODARO, K FIQUEPRON, S BRANDIMARTI, R MERLINO, N RAMIREZ
- 0312 DIFICULTAD RESPIRATORIA DE CAUSA POCO HABITUAL EN EL LACTANTE**
V FULCO, C CHEDE, S CASTELLANO, A RUIZ CLAVIJO, R JAÉN
- 0331 NO ES LO QUE PARECE (PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ESCLEROSIS TUBEROSA)**
S BAÑOS, G MACARRON, L MORENO, G WALSER, A SILVESTRE, N PATINOK, O RECUPERO, D BERGNA
- 0333 ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**
L MORENO, S BAÑOS, G MACARRON, G MACARRON, N PATYNOK, A WALSER, A SILVESTRE, O RECUPERO, D BERGNA
- 0165 ATROFIA MUSCULAR ESPINAL DE COMIENZO NEONATAL. REPORTE DE UN CASO**
MF GALLETTI, ME MAS, MC CABASSI, R LÓPEZ, S BLANCO POOL, R BERGALLO

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO18

“Trauma y Emergencias”

YACANTO A-B

- 0059 PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL LUCIO MOLAS**
LR VIGLIOTTA, JM SANSON, R ROSAS, J PLA CARDENAS
- 0113 FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORAQUÍDEO POST-TRAUMÁTICA. CASUÍSTICA HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS DE CÓRDOBA 2008**
G MARTINELLI, CA ARANCIBIA
- 0115 HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS SHOCK ROOM 2007. ESTUDIO RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL DE CASUÍSTICA**
CA ARANCIBIA, NM CAPUTO, DF OROZCO

- 0183 USO DE LA TOMOGRAFÍA MULTICORTE COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO PARA LESIONES RENALES TRAUMÁTICAS. REPORTE DE 2 CASOS**
A MONSON, L AGUILAR, D PEREZ, E ARÉVALO, S LESYK, F ABRAMZÓN
- 0211 TÓRAX INESTABLE. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA MULTISLICE EN SU DIAGNÓSTICO PRECOZ. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS**
L AGUILAR, S LESYK, F ABRAMZÓN, D COUTO
- 0321 TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA, NUEVO ROL EN EMERGENCIA. REPORTE DE UN CASO**
V CAGLIERI, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, E BEPRE, ME IGLESIAS, M BACIGALUPI, MJ LEDESMA, AB GARCÍA GIL, C GALLETTI
- 0324 PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA DE CAUSA NO EVIDENTE EN UNA COLECISTECTOMÍA SIMPLE CON MASIVO HEMOPERITONEO, HEMORRAGIA INTRAHEPÁTICA Y SUBCAPSULAR CON BUENA RESPUESTA AL FACTOR VII ACTIVADO**
L LEON CEJAS, ML CABANA, L VIDAL, D VARGAS, O TEJERINA, P CLEMENTTI, L SILVA, J MERCADO, C CABEZAS, M DAUD, C PARUSINI, E MERCADAL
- 0325 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: UN JOVEN DEPORTISTA CON GOLPE DE CALOR E INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA ASOCIADA A FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE**
ML CABANA, L VIDAL, L LEON CEJAS, D VARGAS, S TORRES, O TEJERINA, C OVIEDO, L LUNA
- 0330 ROTURA TRAUMÁTICA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE SECUNDARIA A TRAUMA DE TÓRAX CERRADO Y SU ASOCIACIÓN A FALLA HEPÁTICA AGUDA**
G CARRIÓN, G FERNÁNDEZ, P ARTAZA, F VARELA, R LÓPEZ, A GARCÍA, J MATEOS, G RODRÍGUEZ M, M BERNADÓ, M PONCE, J SILGUERO, M CORNELIO

19/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO19

“Unidad Coronaria II”

YACANTO A-B

- 0254 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR SAMR DE LA COMUNIDAD EN VÁLVULA NATIVA**
L SILVA, M VELASQUEZ, G BUSTAMANTE LABARTA, P CLEMENTTI, G ELEIT, F VERON
- 0260 SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON SUPRA ST/AM EN EL PACIENTE JOVEN. VARIABLES CLÍNICAS PREVIAS AL INGRESO, PORCENTAJE DE FIBRINÓLISIS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA. ESTUDIO INTERINSTITUCIONAL DE LA REGIÓN SUDESTE DEL CONURBANO BONAERENSE**
LA FLORES, JF LOAYZA, S DE FRANCESCA, MA VALIÑO, L CORONEL, NE MOLINAS, NB DI GIORGIO, M MARCHETTI, G DRIUSSI
- 0289 SIGNIFICADO DE LOS DIFERENTES PATRONES DE COMPORTAMIENTO EVOLUTIVO DE LA ONDA T EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST**
MJ FOSCO, J BARREIRO, L GARCÍA, F ISOLA, M ITURRIA, D NOVARESSE, M ROMERO, J SCHOCHTER
- 0322 VALOR PREDICTIVO DEL “SCORE” TIMI Y OTROS PREDICTORES DE MORTALIDAD, A LARGO PLAZO (36 MESES), EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**
A RIVERO, G MOISES AZIZE
- 0329 ESTUDIO COMPARATIVO (ENOXAPARINA VS HEPARINA SODICA) PARA LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS**
GA IMBELLONI, OA DISANTO, H JUAREZ, AA GORODNER, C BENZONI, GJ RÍOS PICAZA
- 0336 ¿SE UTILIZA EL TRATAMIENTO ACONSEJADO EN BASE A LA EVIDENCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA POR DISFUNCION SISTOLICA?**
R CAPECE, B SANTORO, S MOSCA, J BORGO
- 0337 CÓMO ES LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD CORONARIA POR ARRITMIA VENTRICULAR COMPLEJA NO ASOCIADA A SÍNDROME CORONARIO AGUDO**
N MOGLIONI, O GUTIERREZ, A GIMENEZ, A GIMIGLIANO, R CAPECE

20/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO20**"Acreditación. Certificación. Scores. Organización"**

YACANTO A-B

- 0055** **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DEL HOSPITAL LUCIO MOLAS**
JM SANSON, LR VIGLIOTTA, R ROSAS, SF SAAVEDRA, JP CARDENAS
- 0138** **UTILIDAD DE UN ÁREA DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD**
G ROJAS, M PROCHASKO, G GRANBERG, M BRITZ, S NICOLAS, C ANTUNEZ, M LÓPEZ, R CONTRERAS, N RAIMONDI, H NUÑEZ
- 0198** **EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE**
OA DISANTO, GA IMBELLONI, A GORODNER, H JUAREZ, C BENZONI, GJ RIOS PICAZA
- 0250** **PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y EVOLUCIÓN A MUERTE ENCEFÁLICA. VALORACIÓN PRONÓSTICA DEL ICH SCORE**
RM ANCHORENA, ME ARZEL, EP CENTENO, H CABRERA, M AGARIE, A TARDITTI, G OTTOBONI, AA LOPEZ
- 0271** **RESULTADOS OBTENIDOS EN UN PERÍODO DE 3 AÑOS APLICANDO UNA ESTRATEGIA DE TRABAJO EN UNA UTI DE HOSPITAL MUNICIPAL**
J DOGLIA, V NOVARESE, M LOUGE, J CHUQUIPOMA DIAZ, M PONCE, M ALBERT, N CARRO

20/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO21**"Infecciones en UTI III"**

YACANTO A-B

- 0266** **TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO. REPORTE DE UN CASO**
C SALGUERO, L FUENTES, G AGUILERA, J BRAVO
- 0268** **PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO: ALARMA EN ARGENTINA, MUERTE SOSPECHADA POR VIRUS INFLUENZA A (H1N1), SEROLOGÍA CONFIRMA SÍNDROME PULMONAR POR HANTA VIRUS**
LR LUNA, ML CABANA, L VIDAL, L LEON CEJAS, D VARGAS, C CABEZAS
- 0284** **HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES**
M RODRIGUEZ GOÑI, L KUMAR, R ROTTE, J SANCHEZ, J DALDÍN, J SAGARDÍA, N CACACE LINARES
- 0291** **SÍNDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) POR VIRUS VARICELA ZOSTER**
E LEISTAD, M KIRSCHBAUM, J SAGARDÍA, D PIEZNY, F VILLAREJO, M LLORIA
- 0293** **TUBERCULOMA Y MENINGITIS TUBERCULOSA**
D URIBE, R BARRON POQUECHOQUE, F SALVATIERRA, R ROTTE, M ROCHA ANZALDO, J SANCHEZ, J SAGARDÍA, M BUSTAMANTE, F VILLAREJO
- 0294** **NEUMONÍA FATAL POR LEGIONELLA**
F SALVATIERRA, E LEISTAD, M FERNANDEZ, J SAGARDÍA, D PIEZNY, M LLORIA, F VILLAREJO
- 0319** **MENINGITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA**
J GUTIÉRREZ, L CHEGUIRIAN, R CASTRO, E ACUÑA

20/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO22**"Neurointensivismo III"**

YACANTO A-B

- 0194** **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO. TRATAMIENTO CON R TPA VS. EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA: NUESTRA EXPERIENCIA**

GA IMBELLONI, GJ RIOS PICAZA, A GORODNER, OA DISANTO, C BENZONI, H JUAREZ

- 0215** **DEBRIS AÓRTICO Y STROKE**
A DONA GUIBAS, FM BALLESTERO, EJ DESCOTTE, MI RÍOS, G DOVA, D MIÑARRO, MH PEREZ, J UBALDINI
- 0236** **TC MULTICORTE: UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL DIAGNÓSTICO DE MUERTE ENCEFÁLICA**
HJM ALVAREZ, AE PIACENZA, JA CIALZETA, JA OJEDA, JL RIERA STIVAL, A ZARZA, D ESCUDERO, J OTERO
- 0265** **SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER Y EMBARAZO**
R BERAZATEGUI, F MUÑOZ, L VARGAS, L OBREGÓN, G MONTERO
- 0292** **DETERIORO COGNITIVO SUBAGUDO**
M KIRSCHBAUM, M FERNANDEZ, R ROTTE, E LEISTAD, J SANCHEZ, N CACACE LINARES
- 0300** **STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO POR SOBREDOSIS DE ISONIAZIDA**
RL LUNA, EP AREVALO, CM COSTILLA, DH PEREZ, MA SAENZ VALIENTE, LA AGUILAR, GG DOMENICONI
- 0335** **RÁPIDO CRECIMIENTO Y SANGRADO DE OTRO ANEURISMA CEREBRAL LUEGO DE LA EMBOLIZACIÓN DEL ANEURISMA CULPABLE DE UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**
A FERNANDEZ PAZOS, G BADARIOTTI, A CECILIANO, JP SUÁREZ, M ESNAOLA, P BESASSO, B DE DIEGO

20/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO23**"Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM II"**

YACANTO A-B

- 0162** **MENINGITIS FULMINANTE POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO NO B**
F SALDARINI, R ARIENTI, MA ESTRIN, G CARQUEIJEDA, E PESAT
- 0178** **HEMOPTISIS MASIVA CON DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA RESUELTA CON TRATAMIENTO PERCUTÁNEO (EMBOIZACIÓN)**
I DESABATO, HF AZCONA, J CELIA, J AGUIRRE HERRERA, M RUIZ, S WASSERMANN, A CARPIO, A BOCHATEY, S O' FARREL
- 0218** **SÍNDROME DE DRESS CON COMPROMISO HEMODINÁMICO: REPORTE DE UN CASO**
FM BALLESTERO, A DONA GUIBA, ML CAIVANO NEMET, EJ DESCOTTE, G UBALDINI, M BLASCO, MA VELTRI
- 0221** **EOSINOPENIA COMO MARCADOR DE SEPSIS AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA**
S DIPENTE, A PEÑALOZA, MS GARCIA KEIM, P BRIZUELA, CE SALCEDO, A DAIN, JE LEIVA .
- 0224** **DISECCIÓN CERVICAL Y SEPSIS: REPORTE DE UN CASO**
EJ DESCOTTE, A CARRIZO, A DONA GUIBA, C NOZIERES, E SILVA, MH PEREZ, J UBALDINI
- 0243** **FALLA MÚLTIPLE DE ÓRGANOS SECUNDARIA A SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS? HEMOLÍTICO GRUPO A**
C QUISPE, M RISSO, W CORNISTEIN, G CUETO, M RAÑO, J POUYANNE, M D'ANDREA, M TEJERINA, O VIDAURRE, V AMAYA, N LOSCOCCO, S VIERA, A ATALLAH, M TORRES BODEN, A ARMANDO

20/10/2009 - 13:45 - 15:15

RECORRIDA DE PÓSTERES PO24**"Misceláneas II"**

YACANTO A-B

- 0145** **INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA Y NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA POR FENOBARBITAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**
G CARBALLO, P BIRRI, P ARAGON, L CRIADO
- 0154** **HEPATITIS TÓXICA AGUDA POR LAMOTRIGINA**
R CÓRDOBA, M CHIAROTTO, S SANTAGIULIANA, G IZZO, G ABALLAY, D NOVAL, S ILUTOVICH

- 0157 HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA CON SHOCK HIPOVOLÉMICO COMO DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTE LÚPICA. REPORTE DE UN CASO**
M BRIZUELA, E MANRIQUE, M MONLLAU GRIMA, P HUPPI, C AHUMADA, G CARUSO, E TOLEDO, G BRUNO, R DE LOS RÍOS, R COOCKE
- 0173 ACCIDENTE LONÓMICO (TATURANA)**
YL HAYDAR, RO BELLUSCI, MA MORALES, MC MARTINEZ
- 0240 REPORTE DE UN CASO DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE POR TOXICIDAD POR FÓSFURO DE ALUMINIO TRAS SU INGESTA ORAL**
V AMAYA, M RISSO, J POUYANNE, A ADUR, M D'ANDREA, M TEJERINA, O VIDAURRE, N LOSCOCCO, S VIERA, C QUISPE, G CUETO, M TORRES BODEN, A ARATA

0002 LA NUTRICION ENTERAL REDUCE LA MORTALIDAD ENTRE LOS PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA QUE DESARROLLAN INSUFICIENCIA HEPÁTICA

KUGO, FJ GAMBINO, J ALVAREZ
Hospital Militar Central, Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia de mortalidad entre los pacientes internados en Terapia Intensiva que desarrollan insuficiencia hepática. Demostrar la reducción de mortalidad entre aquellos pacientes con nutrición enteral e insuficiencia hepática. Materiales y métodos: Estudio transversal descriptivo de 700 pacientes adultos internados en Terapia Intensiva en 1 año. En cada paciente se tuvo en cuenta el diagnóstico de ingreso, insuficiencia hepática detectada por incremento de transaminasas y coagulopatía asociada durante la internación, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, provisión de nutrición enteral y evolución. Todos los datos fueron evaluados por regresión logística y un valor de p menor de 0.05 fue significativo. Resultados: 700 pacientes adultos fueron incluidos en este estudio internados en Terapia Intensiva de los cuales: Fallecieron 146 (23%). 361 pacientes cursaron con Insuficiencia hepática aguda detectada por más del doble de transaminasas y coagulopatía asociada (47%). De los 238 (34%) pacientes que ingresaron en el posoperatorio inmediato 96 cursaron con insuficiencia hepática y fallecieron 34. 122 (17%) pacientes requirieron Asistencia respiratoria mecánica sin presentar insuficiencia hepática. 262 (37%) pacientes con insuficiencia hepática requirieron asistencia respiratoria mecánica y 150 de ellos recibieron nutrición enteral. 538 pacientes recibieron nutrición enteral de los cuales 224 desarrollaron insuficiencia hepática durante la internación en UTI (77%). De los 331 pacientes con insuficiencia hepática 224 recibieron nutrición enteral y fallecieron 30. Entre los que no recibieron nutrición enteral 106 fallecieron. Conclusiones: La mortalidad entre los pacientes que desarrollan insuficiencia hepática durante la internación en terapia intensiva se incrementa en un 70% (OR 5, 77; p menor a 0.05) comparada con aquellos que no cursan con dicha comorbilidad. La mortalidad entre aquellos pacientes con insuficiencia hepática aguda que reciben nutrición enteral es del 13% y se reduce en un 64% (OR 5, p menor a 0.05)

0003 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE Y EMBARAZO

MA CARIDI¹, GONZ SAENZ², J FERREIROS¹

¹Centro Gallego de Ba As, Argentina. ²Centro Gallego de Bs As, Argentina.

Paciente de 23 años, cursando embarazo de 32 semanas, primera gesta, recibió antitetánica 30 días previos, sin otros antecedentes de relevancia. Comienza 12 días antes del ingreso con náuseas, vómitos y parestesias infrapatelares y peribucales, debilidad muscular que progresa a cuadriparesia, disartria y disfagia. Ingresó al hospital de Tandil evoluciona con aquicardia, taquipnea y mala mecánica respiratoria que requiere intubación y asistencia mecánica ventilatoria (ARM). Con diagnóstico presuntivo de síndrome de Guillain Barré se realizó punción lumbar que muestra disociación albúmino citológica. Recibe tratamiento con Inmunoglobulinas Lab: ingreso a Tandil eab (0.21) 7.36/46.8/77.6/26.1/0.4/94.6 Hto 31, Gl 10100. Ingresó el 04/05/2008 derivada de Hospital de Tandil (03/05 al 04/05) para realización de plasmaféresis. Ex físico: parálisis facial bilateral, cuadriplejía, ROT negativos, vigíl, TA 140/80 FC120 x min crepitantes base derecha. RxTx: neumonía de base derecha, inicia tratamiento con Cefepime. -07/05 EMG: compatible con poliganglioradiculoneuropatía con severo compromiso axonal y ondas f prolongadas -08/05 Cesárea sin complicaciones -10/05 Se inicia plasmaféresis 5 ciclos -20-05 traqueostomizada en ARM. Infectológico: persiste febril se rota a vancomicina, polimixina, y fluconazol. Sin foco evidente. Toxo -, vdrl -, chagas -, HVB -, HVC -, HIV. Se realizó legrado uterino. Egresó 23/06 a centro de rehabilitación alternando ARM + Tubo en T, tolerando dieta blanda

0004 EXPERIENCIA CON VENTILACION NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

NJ BELLUSCI¹, RG STUCKE², DA MANCEDO³

¹Sanatorio Camino-Neuma-Nexo Bioingeniería, Argentina. ²Neuma, Argentina. ³Nexo Bioingeniería, Argentina.

Objetivo: establecer un protocolo interno de VNI, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión sugeridos por la SATI, con planilla de monitoreo propia que incluye variables clínicas, gasométricas y ventilatorias. Material y método: se utiliza el método de recolección de datos basados en el protocolo de inclusión y exclusión de la SATI, tratando a pacientes con falla respiratoria aguda (FRA), incluyendo dentro de la FRA o falla hipercapnica aguda a pacientes con criterios de injuria pulmonar aguda, distres respiratorio del adulto, exacerbación aguda de enfermedades con obstrucción al flujo aéreo, síndrome de hipoventilación obesidad descompensada, y posoperatorio inmediato con FRA. La planilla incluye diagnóstico de ingreso, puntuación de severidad, monitoreo clínico, gasométrico y ventilatorio. Resultados: En un período de 6 meses se incluyeron en el protocolo de VNI 32 pacientes, 11 de sexo femenino y 20 masculinos. El porcentaje de éxito fue de 71%, donde se registraron 14 pacientes con EPOC reagudizado, 3 con neumonía, 2 con insuficiencia cardíaca, 1 con asma, 1 con polimiositis, 1 posquirúrgico. Dentro de los fracasos se registraron 1 neutropénico febril, 3 con fibrosis pulmonar, 4 con neumonía, 1 EPOC reagudizado. Conclusiones: si bien esta experiencia no permite obtener conclusiones estadísticamente significativas, se observó una disminución de la frecuencia de intubación orotraqueal. Además se pudo aplicar en forma sistemática el protocolo de VNI sin experiencia previa, utilizando una tabla de recolección de datos diseñada de acuerdo a los recursos del servicio de Terapia Intensiva, obteniéndose resultados similares a los comunicados por otros centros de referencia.

0005 INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA CON EL CATETER

MA PEREZ, FR RACCA VELASQUEZ, J VIGGIANO, G RODRIGUEZ, JP MONTECINOS
Clínica Independencia, Argentina.

Introducción. Los catéteres intravasculares centrales son frecuentemente usados en medicina crítica, sin embargo, su uso no está exento de complicaciones, las que además de aumentar la morbimortalidad de los pacientes incrementan la estadía hospitalaria y los costos. La bacteriemia relacionada con el catéter es una de las complicaciones más frecuentes y graves, reportándose una frecuencia de hasta el 30%. Objetivo: Determinar la incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter de acuerdo a la definición del Center for Disease Control and Prevention (CDC). Material y método. Se llevó a cabo un estudio prospectivo en el Servicio de Terapia Intensiva de la Clínica Independencia desde el 1º de Septiembre de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2008 donde se incluyeron los pacientes a los que se les colocó una o más vías centrales (161), habiéndose colocado en total 219. La edad promedio de los pacientes incluidos en el presente estudio fue de 54.43 años (desv. stand = 18.34); el Apache II promedio al ingreso fue de 18.17 (desv. stand = 8.66). Las vías de abordaje fueron 153 subclavias (69.86%) y 66 yugulares (30.14%). Los procedimientos fueron efectuados por médicos entrenados habiendo quedado la elección de la vía a criterio del operador. Los catéteres fueron retirados cuando no se necesitaba más su permanencia o ante la presencia de algún signo de infección local o sistémica. Para efectuar el procedimiento el operador usó ropa estéril (gorro, barbijo, camisolín y guantes) se efectuaron en la zona a colocar el acceso limpieza con iodopovidona en dos oportunidades con intervalo de 2 minutos cubriéndose la zona con amplios campos estériles, finalizado el procedimiento se efectuó limpieza con iodopovidona y se cubrió el lugar de punción con gasa seca de 1 cm2 siendo cubierto con apósito transparente de poliuretano impermeable y transpirable. Se efectuó cambio de la curación bajo estrictas normas de asepsia cada 24 horas o con menor intervalo de tiempo si se lo requería. Resultados: El total de días catéter fue de 1525 (subclavia=1102 y yugular interna 423) y la estadía promedio de los catéteres de 6.96 días. Se arribó al diagnóstico de bacteriemia asociado al catéter en 4 casos: (2.62 por cada 1000 día catéter): 3 en vía yugular y 1 subclavia siendo los gérmenes aislados Acinetobacter en dos casos, en uno S. aureus y en el otro Klebsiella sp. Conclusiones: En la serie estudiada la frecuencia de bacteriemia asociada al catéter es menor a la mediana establecida por el National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS).

0007 MAL AGUDO DE MONTAÑAS Y NIVELES DE ACIDO LÁCTICO: ADAPTACIÓN Y RENDIMIENTO EN MONTAÑISMO DE ALTURA

L SEOANE¹, R NERVI², F GORRAIZ RICO¹, M SEOANE³, M RODRIGUEZ¹

¹Hospital Universitario Austral, Argentina. ²Hospital Regional de Río Gallegos, Argentina. ³ANMAT, Argentina.

Introducción: La evaluación del Acido Láctico (AL) en sangre juega un papel muy importante como herramienta de diagnóstico y pronóstico del rendimiento deportivo. En el volcán Lulllaillaco (6739 m) determinamos la asociación entre los niveles de AL con el rendimiento muscular y el desarrollo de Mal Agudo de Montañas (MAM). **Materiales y métodos:** A 8 sujetos escaladores de alto rendimiento se les midió, durante su ascenso al volcán Lulllaillaco, el AL en sangre. Se completó con recolección de datos clínicos (TA, FC, FR), datos de O₂ (Saturación O₂ periférica), datos de agudeza visual (tabla de sensibilidad de contraste de Pelli Robson) y score clínico de MAM de Lake-Louis. **Resultados:** La SaO₂ media fue cayendo a medida que bajaba la presión atmosférica con el aumento de la altura, desde una media de 91% a los 3500 m hasta 65% a los 6400 m. A los 5000m un valor de AL ≥ 2 mmol/l determinó una sensibilidad y especificidad del 100% y 83,3% respectivamente para determinar mala evolución en los campamentos de altura (VPP 66,7%, VPN 100%, exactitud 87,5%). Se evidenció a 5000 m con el test de caminata, que un delta en FC ≥ 20 y un delta en SaO₂ ≥ 10 determinaron una sensibilidad y especificidad del 100% para evidenciar mala evolución en campamentos de mayor altura (VPP 100%, VPN 100%, exactitud 100%). Así mismo se comprobó que un score de Lake Louis ≥ 4 a los 5000 y 5500m determinaron una mala evolución para acentuar el MAM (sensibilidad, especificidad, VPP y VPN 100%). Respecto de los datos obtenidos de la agudeza visual, por la tabla de Pelli Robson, no demostramos valores dispares en el grupo, ni aún en los montañistas que debieron descender por MAM. **Conclusión:** La medición de diferentes parámetros clínicos y de laboratorio a escaladores de alto rendimiento en los campamentos bases podría predecir una mala evolución a mayores alturas y acentuación del MAM. A los 5000m un AL ≥ 2 mmol/l, un delta en SaO₂ > 10 en el test de caminata y un score de MAM de Lake Louis ≥ 4 predicen de forma significativa una mala evolución para ascensiones superiores.

0008 INFUSIÓN DE INSULINA VERSUS INSULINA SUBCUTÁNEA EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

MM GALLO

Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción: Mantener glucemias constantes, en un rango aceptable, en pacientes diabéticos que sufren un infarto de miocardio, ha sido considerado de gran importancia para reducir las complicaciones a corto y a largo plazo. **Objetivo:** Comparar dos métodos de administración de insulina corriente: la infusión endovenosa versus la administración subcutánea en bolo, como método más eficaz para lograr glucemias estables entre 70mg/dl y 126mg/dl, en pacientes diabéticos que sufrieron un infarto agudo de miocardio. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, realizado en el Sanatorio Allende. Se incluyeron pacientes diabéticos que ingresaron con menos de 24 horas de evolución de un infarto agudo de miocardio. Fueron sometidos a uno u otro método de corrección de la glucemia, según la elección del médico tratante. Las glucemias se controlaron a través del método glucométrico por punción de sangre capilar. El punto final primario fue el promedio de controles capilares seriados de glucemia fuera de rango por paciente en cada grupo. Se considero como rango aceptable valores entre 126mg/dl y 70mg/dl. Los puntos finales secundarios fueron: promedio de las glucemias medias y la incidencia de hipoglucemias en cada grupo. **Resultados:** Se estudiaron 11 pacientes 5 sometidos a infusión de insulina y 4 a insulina subcutánea. 2 pacientes fueron excluidos. Las características basales fueron similares en ambos grupos. El promedio de veces por paciente que la glucemia fluctuó fuera del rango aceptable fue de 8.8 en el grupo infusión y 4.5 veces en el grupo subcutáneo ($p \leq 0.05$). Para el grupo que recibió insulina en infusión el promedio de los controles de glucemias fue de 148mg/dl \pm 19.81 vs. 117.64mg/dl \pm 11.19. ($p \leq 0.05$) en el grupo de insulina subcutánea. El promedio de veces por paciente que la glucemia estuvo de-

bajo de 70mg/dl en el grupo infusión, fue de 1.2 veces, en el grupo bolo subcutáneo, fue de 0.75 veces ($p=0.29$). **Conclusión:** En los pacientes diabéticos que sufren un infarto agudo de miocardio la administración de Insulina Corriente en forma subcutánea logró un mejor control de las glucemias medias y una menor fluctuación de las mismas, en las primeras 48 horas posteriores al evento, comparado al grupo de Infusión.

0009 ANÁLISIS DEL USO DE OXIGENOTERAPIA EN INTER-NACION

M MANAGÓ¹, L BONACCORSI¹, A FORCHER², F TOMBOLINI², J RODRÍGUEZ OTERO²

¹Instituto Cardiovascular de Rosario, Argentina. ²Universidad Nacional de San Martín, Argentina.

Objetivos: La oxigenoterapia resulta indispensable en algunas situaciones para el mantenimiento de la homeostasis, nosotros queremos corroborar el cumplimiento de la indicación médica de oxigenoterapia, determinar si el flujo de oxígeno es correcto para la fracción inspirada de oxígeno indicada y poder estimar el costo de la terapia cuando no esta correctamente aplicada. **Materiales y Métodos:** Fueron realizadas 1094 observaciones de pacientes con indicación médica de oxigenoterapia sin necesidad de ventilación mecánica. Dichas observaciones fueron efectuadas dos veces al día (matutina y vespertina) entre los meses de mayo y octubre de 2008 en el Instituto Cardiovascular de Rosario. Los parámetros controlados fueron: Cumplimiento de la indicación, elemento utilizado para el suministro de oxígeno, flujo de oxígeno, fracción inspirada de oxígeno y saturación arterial de oxígeno. **Resultados:** Se halló que el 40.50 % no cumplía de manera permanente con la indicación médica de oxigenoterapia y que el 46.89% presentó un flujo de oxígeno mayor al necesario. Esta situación implica un gasto excesivo de 3445,92 m3 de oxígeno equivalente a un costo de \$ 9.648,58 en el mismo período. **Conclusion:** La aplicación de oxigenoterapia carece de un protocolo adecuado para el control y monitoreo de la misma provocando un mayor consumo de oxígeno en forma innecesaria.

0010 VALIDACIÓN DE SISTEMA CERRADO DE REGLA DE AGUA PARA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL UTILIZANDO UN MODELO EXPERIMENTAL ANIMAL

CM TORRE, JL DO PICO

Unidad de Cuidados Críticos - Hospital Municipal "Dr Emilio Ferreyra" Necochea, Argentina.

Objetivo: Validar sistema de medición de presión intraabdominal (PIA) intravesical con un sistema cerrado de regla de agua comparándola con sistema invasivo en modelo experimental animal (oveja). **Introducción:** La PIA es la presión generada dentro de la cavidad abdominal. Se define la hipertensión intraabdominal (HIA) como una PIA > 12 mmHg; y el síndrome compartimental abdominal (SCA) como una PIA > 20 mmHg con al menos una falla orgánica no presente antes, y es el resultado final de incrementos en la PIA no objetivados. **Técnica:** La técnica de medición intravesical implica la desconexión del catéter urinario y la instilación de solución salina normal en la vejiga, midiéndose la oscilación de la columna líquida en contacto con el aire ambiente, aumentando el riesgo de infección relacionada al catéter urinario y requiriendo de cuidados especiales para cada medida. La PIA debe medirse: en mmHg, en posición supina plana, a fin de espiración, con el cero en la línea media axilar, 30-60 segundos después de la instilación de 25 ml de solución salina y en ausencia de contracción de la musculatura abdominal. **Materiales y Métodos:** Se utilizó un sistema cerrado consistente en una regla de agua conectada a una llave de tres vías y ésta al tubo de evacuación de la sonda vesical, dando paso a la bolsa colectora y/o a la regla para poder efectuar las mediciones como alternativa al sistema abierto. Se utilizó un modelo experimental animal (oveja adulta), para validar este sistema de medición manual por sistema cerrado y se lo comparó con el sistema invasivo intraperitoneal. Al animal sedado y bajo AVM se le colocó un catéter vesical Foley n°16 conectado al sistema de la regla de agua. Se midió la PIA, obteniéndose una basal de 11 cmH₂O (8.1 mmHg), a continuación se colocó un trócar estándar en cavidad abdominal y se midió la PIA invasiva obteniéndose una basal de 8 mmHg. Luego

se provocó neumoperitoneo hasta alcanzar 15 mmHg con el sistema invasivo inicialmente y se continuó aumentando en alícuotas de 3 mmHg hasta PIA final de 27 mmHg. Cada vez se midió la PIA intravesical obteniéndose valores equivalentes. Factor de corrección 1mmHg=1.36cmH₂O.

PIA invasiva (mmHg)	PIA intravesical (cmH ₂ O)
8	10.8
11	15
14	19
17	23.1
20	27.2
23	31.3
27	>35

Conclusión: El método de la medición de la PIA intravesical con regla de agua demostró ser tan confiable como el método invasivo. Es un dispositivo sencillo, de fácil fabricación y de costo mínimo, que no rompe la barrera de esterilidad del sistema, lo que hace posible poder medir la PIA en todo paciente con sonda vesical minimizando el riesgo de infecciones.

0011 PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA

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

Introducción: La oclusión arterial aguda es una urgencia médica. Su etiología más frecuente es la cardioembolia, siendo muy infrecuente la embolización por tumores cardíacos. Más de la mitad de los émbolos grandes se localizan en las arterias femorales o poplíteas. Objetivo: Reportar un caso clínico de Isquemia Arterial Aguda secundaria a embolización debido a mixoma auricular. Material y Método: Mujer de 35 años con antecedentes de pérdida de peso, astenia y tabaquismo. Dolor y debilidad de miembro superior izquierdo previos. Ingresa a UTI con diagnóstico de isquemia arterial aguda de miembro inferior izquierdo. Examen físico: afebril, lúcida. Normotensa, fc 100 lpm, R1 R2 NF. Ausencia de pulsos en miembro inferior izquierdo (MII), con dolor, frialdad, livideces, impotencia funcional y trastornos de la sensibilidad. Apache II: 8. Doppler de MII: ausencia de flujo desde arteria femoral. Se realiza trombectomía extrayéndose trombos gelatinosos. Se inicia anticoagulación con heparina. Evolución inestable, pero con recuperación de pulsos femoral y poplíteo izquierdos, con isquemia limitada al pie. Se ausculta S5 mitral. Refiere alteraciones visuales. Se indica dobutamina, vasodilatadores y diuréticos. ETE: hipocinesia global, FE 44 %, IM leve, masa tumoral en aurícula izquierda polilobulada, móvil y con áreas ecolúcidas (fig 1). TAC cerebral: infartos lacunares múltiples. Retinoscopia: trombosis de arteria temporal superior de ojo izquierdo. A las 48 hs se realiza resección de mixoma auricular izquierdo (confirmado por anatomía patológica), complicado con isquemia de pie izquierdo debido a embolismo distal requiriente de trombectomía arterial de emergencia (fig 2). Evolución con ausencia de pulsos distales, livideces e impotencia funcional de dicho miembro, disfunción renal y CPK elevada. Se procede a la amputación supracondilea izquierda. Evolución con SDRA y necesidad de ARM (fig 3). Evolución favorablemente. Se traslada a sala común a ocho días de su ingreso. Discusión: La embolización por tumores cardíacos es infrecuente como causa de isquemia arterial aguda, predominando en miembros inferiores. La embolización a otros territorios es rara. El diagnóstico del tumor puede sospecharse por la auscultación de un soplo cardíaco, confirmarse por ecocardiografía y ser definitivo a través del análisis histológico de la pieza quirúrgica. La conducta no difiere con la isquemia trombótica, aunque en estos casos siempre es necesaria la embolectomía. El tratamiento definitivo debe hacerse precozmente debido al riesgo de embolización sistémica y complicaciones cardiovasculares. En nuestro caso se realizó excéresis quirúrgica precoz. Conclusiones: Se presenta un caso clínico de isquemia arterial aguda secundaria a embolización tumoral cardíaca con severo compromiso general y gravísimas consecuencias, discutiéndose aspectos epidemiológicos, fisiopatogénicos y de tratamiento.

0012 ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL, VENTILACIÓN MECÁNICA Y PERCOLACIÓN

R. SANTA CRUZ, R NERVI, R HEREDIA, G VIDAL BIANCHI, A ALVAREZ
Hospital Regional de Río Gallegos, Argentina.

La Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI) es una patología crónica cuya progresión e intercurencias requieren el uso de Ventilación Mecánica (VM). Los resultados por lo general son desfavorables debido a la gravedad de la enfermedad asociado a injuria pulmonar inducida por el ventilador (VILI), y percolación (rápido deterioro de la función pulmonar que podría ser gatillado por la VM). Objetivos: describir el curso clínico y la VM en 2 pacientes con EPI. Material y métodos. Paciente 1. 73 años, APACHE 22; diag presuntivo de EPI con neumonía aguda de la comunidad (NAC). VM quedando de acuerdo al modo 3 (ver mediciones). Evolución con shock refractario y muerte. Paciente 2. 68 años. APACHE 18, antes de Neumoconiosis. Ingresa por NAC. VM quedando con modo 2. Mala evolución, falla multiorgánica y muerte.

Resultados: OPTIMIZACIÓN DE LA VM Y MEDICIONES.

Paciente 1

- 1) VT (ml/Kg) 10 FR 14 (CV)
- 2) VT 6 FR 32 (CV)
- 3) VT 6 FR 32 PEEP 10 (CV)
- 4) VT 6 FR 32 PEEP 16 (CP)

Paciente 2

- 1) VT 8 FR 14 (CV)
- 2) VT 6 FR 34 (CV)
- 3) VT 6 FR 32 PEEP 5 (CV)

	PACIENTE 1			PACIENTE 2		
Presión Pico (cm de H2)	48	40	34	62	49	55
Presión estática (cm de H2O)	37	25	27	23	21	31
Volumen (ml)	660	395	400	395	680	410
FR	14	32	32	32	18	34
PEEP	0	0	10	16	0	0
Resist Insp	21	24	19		30	22
Compliance	19	15	14		17	19

Paciente 1

- 1) 7,20/67(pco2)/49/25/-4/79%
- 2) 7,21/44/67/26/-4/84%
- 3) 7,16/73/73/25/-5/89%
- 4) 7,14/76/89/25/-6/94%

Paciente 2

- 1) 7.24/64/106/27/-2/97%. Vd/Vt: 0.56
- 2) 7,27/47/121/21/-6/98%. Vd/Vt: 0,51
- 3) 7,31/46/208/22/-4/100%. Vd/Vt:0,50

Conclusiones: Las EPI bajo VM presentan baja compliance y alta resistencia pulmonar, y la aplicación de la misma estaría asociado a VILI y podría acentuar el proceso de percolación (unión entre la progresión de la enfermedad y el rápido deterioro en la función pulmonar) llevando a alta mortalidad. Conclusiones: 1) Realizar una valoración estricta para el ingreso del paciente bajo VM. 2) Utilizar bajos VT, altas FR y baja PEEP. 3) Intentar colocar PEEP para obtener mejoría en la oxigenación cuando hay un componente inflamatorio asociado, con valoración de la presión estática. Se presentan 2 casos clínicos que son la expresión del manejo de estos pacientes en concordancia con la bibliografía.

0015 FÍSTULA ARTERIOVENOSA PULMONAR EN PACIENTE GESTANTE. REPORTE DE UN CASO

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

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas pulmonares consisten en comunicaciones anormales entre arterias y venas. A pesar de ser inusuales deben ser consideradas como diagnóstico diferencial de otras patologías pulmonares frecuentes. Objetivo: Reportar un caso de paciente obstétrica con falla respiratoria y hemodinámica debido a patología pulmonar. Material y Método:

paciente de 30 años, primigesta de 27 semanas, antecedentes de tabaquismo, epistaxis a repetición y gingivorragia. Internación reciente debido a neumonía de la comunidad con derrame pleural izquierdo hemorrágico, tratada con antibióticos y dada de alta por mejoría clínica. Reingresa a las 48 hs con disnea de reposo, inestabilidad hemodinámica, anemia severa, requiere inotrópicos y transfusión de hemoderivados. Rx de tórax: derrame pleural izquierdo masivo (fig 1). Pleurocentesis: líquido hemorrágico. Se realiza angiografía pulmonar: malformación arteriovenosa pulmonar (MAVP) en el lóbulo inferior izquierdo de 3x4 cm (fig 2). Es derivada a UTI de esta institución. Al ingreso se encuentra subfebril, pálida, petequias en mucosa oral, labios y en miembros superiores (fig 3); lúcida, OTE; hipotensa, taquicárdica, ruidos cardíacos NF, PP +, disnea, taquipneica, hipoxémica, MV disminuido en hemitórax izquierdo, soplo pleurítico izquierdo. Abdomen gestante, LCF (-). APACHE II 12. Doppler fetal y ecografía: feto sin actividad cardíaca. Se realiza drenaje pleural izquierdo obteniéndose 900 ml de sangre. A las 24 hs se realiza cesárea. Laboratorio: fibrinógeno 280 mg/dl, Hto: 22 Hb: 7,5. TAC Tórax: hemotórax masivo izquierdo. A las 48 se realiza evacuación quirúrgica del mismo y segmentectomía lingular inferior exitosa (fig 4). Es dada de alta a los 9 días de su ingreso. Discusión: La etiología es desconocida. El 70 % se relaciona con la Telangiectasia Hemorrágica Hereditaria. El 36 % son múltiples y el 25 % bilaterales. El 80 % involucra pleura. Pueden ser asintomáticas o presentarse con un amplio espectro de síntomas. La epistaxis y la disnea son las causas más frecuentes de consulta. Pueden presentar hemotórax y hemoptisis potencialmente fatales, ocurriendo ésta última con mayor frecuencia en la segunda mitad del embarazo. Las telangiectasias cutáneas son frecuentes. La radiografía de tórax es anormal en la mayoría de los pacientes, la TAC presenta mayor sensibilidad y especificidad para detectarlas. La angiografía se requiere en la mayor parte de los casos para el diagnóstico definitivo. Las indicaciones de tratamiento incluyen el crecimiento progresivo, la embolización paradójica y la hipoxemia sintomática. Se recomienda tratar todas las > 2 cm y/o vaso aferente > 3 mm, con cirugía o tratamiento endovascular. Conclusiones: El presente caso muestra las dificultades diagnósticas en una paciente obstétrica que se presenta con insuficiencia respiratoria y signos clínicos y radiológicos de derrame pleural. Los antecedentes y la observación de alteraciones mucocutáneas guiaron los estudios complementarios permitiendo el diagnóstico y conducta terapéutica maternofetal.

0016 HIPOMAGNESEMIA EN TERAPIA INTENSIVA-UN CASO CLINICO

NJ BELLUSCI, T HUSULAK, R SANGALLI, W BARROS, C WOLHEIN
SANATORIO CAMINO, Argentina.

Objetivo: el magnesio desempeña un papel importante en muchos sistemas enzimáticos especialmente en las reacciones donde interviene el ATP, ya que estabiliza las cargas altamente negativas de los trifosfatos en este tipo de reacciones. Material y método: se analizó un caso clínico de un paciente de 28 años admitido en UTI, con diagnóstico de politraumatismo, traumatismo grave de craneo, traumatismo cerrado de tórax con contusión pulmonar, que requirió de ARM prolongada. El mismo al 18º día de internación presenta cuadro clínico compatible con hipomagnesemia (convulsiones-hiperreflexia-tetania, además de ílio paralítico) no atribuible a otra causa y corroborado por el laboratorio, motivo por el cual se procedió al tratamiento correctivo con magnesio por vía E:V, con lo cual se observó la desaparición de los síntomas. Resultados: la deficiencia del Mg se puede acompañar de niveles bajos en sangre, aunque con frecuencia puede existir disminución del Mg total a pesar de niveles plasmáticos normales. En nuestro caso clínico se trató de un paciente con internación prolongada en UTI, que a pesar de estar con nutrición enteral adecuado, presentó un cuadro clínico que generó la sospecha de hipomagnesemia lo cual fue corroborado con el laboratorio. Conclusión: si bien el trastorno del magnesio es poco frecuente, creemos que la hipomagnesemia es una entidad que debemos tenerla siempre presente en Terapia Intensiva, mas aun en pacientes críticos con internación prolongada, como es nuestro caso clínico.

0017 VALOR DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICO Y TRANSESOFAGICO EN LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES ISQUEMICOS. A PROPOSITO DE 4 CASOS

G TOMBOLINI¹, G MARTEARENA¹, A BEFANI BERNAL¹, S URBANO¹, L AVILA¹, S KLINZUK¹, J LUDUEÑA¹, F CRIADO¹, D ZAVATTI², M ARDUIN², R LINARES³

¹Hospital Naval Puerto Belgrano. Departamento de Medicina, Argentina. ²Hospital Naval Puerto Belgrano. División Cardiología, Argentina. ³Hospital Naval Puerto Belgrano. Servicio de Neurología, Argentina.

El uso sistematizado del Ecocardiograma con Doppler color así como el ecocardiograma transesofágico (ETE) en todo tipo de déficit neurológico focal agudo nos ha permitido la detección precoz de patologías que ameritaron conductas médicas y/o quirúrgicas inmediatas que de otra manera hubieran sido soslayadas en el exámen inicial. Presentamos 4 casos de patologías con presentación infrecuentes cuyo cuadro clínico inicial fué de déficit focal neurológico (ACV) de tipo isquémico por TAC. Caso 1: paciente de sexo masculino de 68 a que consulta por cuadro de afasia mixta y distensión abdominal. El Ecocardiograma transtorácico y el transesofágico mostraron masa tumoral de cayado aórtico. Caso 2: paciente de sexo femenino que se presenta inicialmente con cuadro compatible con HFBC izq. El Ecocardiograma transtorácico y el transesofágico mostraron masa pediculada adherida a valva anterior de la mitral. La cirugía demostró que se trataba de aneurisma de valva posterior de la mitral. Caso 3: paciente de sexo femenino que consulta por déficit focal cerebral. Ambos ecocardiogramas mostraron enfermedad mitral asociada a endocarditis infecciosa con 2 vegetaciones grandes y móviles. Hemocultivos positivos para streptococo agalactiae. Caso 4: paciente de sexo masculino en plan de reemplazo mitral por estenosis aórtica severa que consulta por HFBC izq. Ambos ecocardiogramas y hemocultivos confirman el diagnóstico de EI a enterococo. Discusión: el uso sistemático del ecocardiograma transtorácico y el ETE en el ACV no hemorrágico nos han permitido detectar patología cardioembólica responsable del déficit neurológico. Nuestro servicio los ha incorporado sistemáticamente al estudio del ACV isquémico, lo más precozmente posible.

0018 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE 120 ACCIDENTES CEREBROVASCULARES

E CONFINI¹, G TOMBOLINI¹, G MARTEARENA¹, S KLINZUK¹, P D'ANGELO¹, A BEFANI BERNAL¹, S URBANO¹, L AVILA¹, J PAZ TONSICH¹, J LUDUEÑA¹, F CRIADO¹, R LINARES², D ZAVATTI³, M ARDUIN³

¹Hospital Naval Puerto Belgrano. Departamento de Medicina, Argentina. ²Hospital Naval Puerto Belgrano. Servicio de Neurología, Argentina. ³Hospital Naval Puerto Belgrano. Servicio de Cardiología. Argentina, Argentina.

El ataque cerebral isquémico es un déficit neurológico de comienzo agudo, de localización central y de tipo focal. En el 99% de los casos la etiología es vascular, presentándose en su forma isquémica en el 80% de los casos y en su variante hemorrágica en el resto. El objetivo del presente trabajo analizar las principales variables epidemiológicas en un grupo de pacientes (120) asistidos por nuestro Servicio entre enero de 2007 y mayo de 2009. Material y método: análisis retrospectivo observacional de 120 ACV internados tanto en UTI como en Clínica Médica del HNPB durante el período enero 2007-mayo 2009 (16 meses). Se analizaron las variables poblacionales así como los siguientes antecedentes al ingreso: alcoholismo, tabaquismo, diabetes, Fibrilación auricular, IAM previo, Hipertensión arterial y ACV previo. Los datos fueron obtenidos de Historias clínicas previas o por interrogatorio directo o a familiares. Alcoholismo y tabaquismo se definieron según normas de la OMS. A todos los pacientes se les realizó una TAC sin contraste de ingreso. Resultados: En el período analizado se asistieron 120 ACV, de los cuales 75p (62%) fueron isquémicos y 55 p (38%) fueron hemorrágicos. AIT: 13p (14,7%). Sexo: 67p (56%) fueron hombres y 53 p (44%) fueron mujeres. La edad promedio global fué de 73 a (34a-92 a). Con respecto a las variables analizadas los hallazgos en

orden de frecuencia fueron los siguientes: Hta: 75,5% (90p); tabaquismo: 36% (43p); alcoholismo : 28% (33p); diabetes: 25% (30p); Fibrilación auricular: 23% (27p); ACV previo: 18,8% (23 p); IAM previo: 13% (16 p). Comentario: La relación entre stroke y FA, diabetes, el IAM previo y la HTA están claramente establecidos, no así, el tabaquismo y el alcoholismo, sin embargo nuestro grupo presentó 3 veces mas frecuencia de ambos factores (1,2) . En el estudio realizado en Copenague (1), sobre 1000p, no se pudo hallar una relación estrecha entre estos últimos y el ACV. Nuestra población no se apartó en sus características tanto del estudio danés, como del de Lausanne Stroke Registry (2)(3901p), sin embargo, nuestra población difiere en que dichos grupos presentaron una tasa de ACV hemorrágico del 10% ,en cambio, la nuestra tuvo una incidencia de SH de 38%. La edad de nuestra población no fué diferente de la de ambos estudios mencionados, si la tasa de HTA: 75,5% vs 49%. Los hallazgos sugieren comparar a nuestras poblaciones de pacientes con series nacionales muchas veces no disponibles o con el número adecuado de pacientes. Referencias: 1-Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Intracerebral hemorrhage versus infarction: Stroke severity, risk factors and prognosis. *Ann Neurol.* 1995;38:45-50. 2-Liu XF, van Melle G, Bogousslavsky J. Analysis of risk factors in 3901 patients with stroke. *Chin Med Sci.* 2005;20:35-39.

0019 EFECTO DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO EN ETAPAS CON PEEP DECREMENTAL EN PACIENTES CON SDRA

R SANTA CRUZ, A ALVAREZ

Hospital Regional de Río Gallegos, Argentina.

Las Maniobras de reclutamiento (MR) permiten la apertura de alveolos colapsados en pacientes con SDRA. El objetivo es la apertura de áreas colapsadas, y para prevenir el daño pulmonar (atelectrauma) se asocia altos niveles de PEEP, siendo estas maniobras tituladas a través de la oxigenación. Objetivos: evaluar los efectos de una MR asociado a PEEP decremental en pacientes con SDRA, con menores valores de PEEP que la MR original. Material y métodos. Estudio de propio individuo como control. Procedimiento (P) (previa sedación, parálisis y estabilidad hemodinámica): MR: Modo PCV:15 cm de agua, 10 ciclos/min. TI 3 seg (I:E 1:1), FIO2: 1, PEEP 25 cm de H2O hasta 35 (de a 5 cm de H2O, 2 minutos en cada nivel). Si el PAFI ha llegado al objetivo se pasa a descenso de la PEEP desde 25 cm de H2O hasta 16 cm de H2O (de a 2 cm de H2O), luego se desciende la FIO2 hasta llegar a 60%. Se consideró respuesta positiva cuando se produjo un ascenso en el PAFI > de 200 o mayor del 50% a las 6 horas. Resultados. Fueron evaluados 10 pacientes, el P se realizó en las 1eras 36 horas de VM.El promedio de edad fue de 31, APACHE:17, score de Murray: 2,75. La causa de SDRA fue pulmonar en 7. El PAFI basal promedio fue de 151. De los 10 pacientes 6 respondieron con una mejoría en el PAFI a las 6 hs de 159 (118%) con una P: 0,008. Compliance estática, TAM, PVC y FC no tuvieron variación significativa. 4 no respondieron, 2 no alcanzaron el objetivo y en 2 la MR tuvo que ser suspendida por hipotensión arterial. Ninguno presentó complicaciones mecánicas. Discusión: los elementos más sobresalientes de este P son: 1) El tipo de apertura pulmonar se produce de una manera lenta y progresiva, con presiones en la vía aérea no superiores a 50 cm de H2O. 2) La utilidad de la PEEP en forma decremental posterior a la MR para mantener el pulmón abierto. 3) El mantenimiento de la oxigenación objetivo durante 6 horas, en pacientes con SDRA ya sea pulmonar o extrapulmonar en las 1eras 48 horas. En 4 pacientes (40%) el P no fue efectivo. Como conclusión final creemos que hay pacientes con potencial de reclutamiento y otros en quienes las maniobras de apertura pulmonar no son efectivas, pero hasta el presente de acuerdo al contexto clínico siempre es conveniente efectuarlas.

0020 DIRECTIVAS ANTICIPADAS: ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA HABLAR DE NUESTRA PROPIA MUERTE?

M FERRERO, MI VILLALONGA

Área de Bioética. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Introducción. Una Directiva Anticipada (DA) es un "proceso por el cual un paciente, en consulta con un profesional de la salud, los miembros de su familia y otras personas de importancia, toma

una decisión acerca del futuro cuidado de su salud". Puede inferirse que una DA también "instruye al personal de atención médica para que no aplique ningún tratamiento de prolongación de la vida si la persona que lo firma se encuentra al borde de la muerte y es incapaz de tomar decisiones por sí misma" Objetivos. Determinar si haber estado internado en Terapia Intensiva (UTI) influye en la decisión de dejar Directivas Anticipadas. Establecer si está influenciada según edad y género. Reconocer criterios utilizados para decidir sobre DA. Determinar la percepción del paciente sobre la actitud del médico en UTI. Material y Método. Encuesta dirigida, en población general, de preguntas cerradas y abiertas, realizadas por Comités de Bioética de Córdoba, de mayo a julio de 2008. Análisis estadístico: chi 2 y Error Estándar de la Diferencia de Porcentaje. Se consideró significativo p < 0,05. Resultados. Se encuestaron 718 personas: Hombres (H) 281/ Mujeres (M) 437. Al inicio (I) de la entrevista el 28% expresó que había conversado sobre DA; al finalizar (F) el 61% tenía la decisión de dejar DA (p=0,01). Por género la decisión de DA, en los H (I 24% - F 51%) y M (I 31% -F 51%) se observó igual tendencia (p=0,01). Por grupo etáreo, los < 60 años (I 28% - F 62%); los > 60 años (I 29% - F 60%) fue igualmente significativo. 438 del total nunca habían estado en UTI, (S) y la decisión de DA al I-F fue 31% - 65%. En S 160 habían actuado como surrogantes (R), usaron criterios múltiples de decisión (73%). En la asociación de criterios la opinión del médico (OP) fue mayor de 2/3 del total. 43 R habían recibido DA verbales, 40% las respetó, el resto optó por la OP. 275 S, no R, si tuvieran que serlo elegirían: 32 % respetar la DA, 29% acataría la OP, 22% lo que preferiría para sí mismo. 280 del total de encuestados habían estado internados en UTI, (E); al I 24% habían conversado sobre DA, (S I vs. E I p=ns) Al F 54 % pensaban dejar DA. (S F vs. E F p=0,01) Al 50% de E los médicos le informaron qué procedimientos les iban a realizar. Al 23% le pidieron asentimiento y fueron respetados el 63% de ellos. Conclusiones. En la muestra analizada la edad y el género no revistió importancia en la decisión de dejar DA. La intervención de la encuesta influyó en la decisión del grupo S pero no tuvo injerencia en la decisión de dejar DA en el grupo E. Según la percepción de los pacientes, en UTI el modelo de relación médico-paciente paternalista sigue prevaleciendo, sostenido sobre todo por el médico. La posibilidad de que la población participe en la toma de decisiones al final de la vida parece todavía lejana, mientras no reciba una exhaustiva información, se realice en un marco de deliberación y se llegue a un consenso que conduzca al resultado final de un compromiso de respeto de las decisiones individuales.

0021 EVALUACION DE LOS CAMBIOS DE DECUBITO EN PACIENTES CON REPOSO PROLONGADO EN NUESTRO SERVICIO

FL PIOLA, ML ROMERO, GJ RIOS PICAZA, GA IMBELLONI, SB FRITZ, RG AUTO, FET GONZALEZ, VO LOPEZ, MA OJEDA, RM GARCIA

Sanatorio Materno Infantil S.R.L, Argentina.

Objetivo: El problema de la úlcera por presión, es el principal desafío en los cuidados básicos de enfermería, la que adquiere especial relevancia para brindar cuidados de calidad. Considerando los grandes avances de la ciencia de la salud, puede parecer que este problema ya debería estar resuelto, sin embargo no es así. Material y método: Se diseño un estudio descriptivo, prospectivo para evaluar la efectividad del cambio de decubito en los pacientes internados en nuestro servicio con posibilidad de desarrollar úlceras por presión, tomando en cuenta la valoración de riesgo según la escala de Norton que tenían los pacientes al ingreso. No se incluyeron a aquellos que presentaron escaras al momento del ingreso al servicio, a aquellos con menos de 10 días de internación y los que presentaban un Norton mayor de 14 puntos. Resultados: Estudio realizado entre enero y agosto de 2008, se analizaron 37 pacientes con una edad promedio de 68 años (entre 37 y 85 años), el diagnóstico mas frecuente sepsis severa 40.5% (15 pacientes), hubo un total de 673 días de internación con un promedio de 18 días/paciente. El puntaje de Norton promedio fue de 10 (mínimo 6, máximo 14). Presentaron úlcera por presión solo el 5,4% de los pacientes (dos), siendo las mismas de estadio II, localizadas en los talones y no requiriendo las mismas intervenciones instrumentales. Conclusiones: Por lo analizado se concluye que si bien hay un bajo porcen-

taje de úlceras por presión 5,4 % (en la literatura ronda el 10%), las mismas se presentan y enfermería todavía no ha hecho los esfuerzos necesarios para llevar a cabo los cambios de decúbito con la periodicidad necesaria.

0023 VALORACIÓN DE TOMOGRAFÍA DE TÓRAX DE PACIENTES CON DESTETE EXITOSO.

R SANTA CRUZ, L VEGA, MJ RONDINA, R NERVI
Hospital Regional de Río Gallegos, Argentina.

La Tomografía de Tórax (TT) es utilizada para el diagnóstico y valoración del pronóstico de enfermedades pulmonares no siendo de rutina en el destete (D) de la Ventilación Mecánica (VM). Objetivos: Valoración de la TT en pacientes con destete exitoso. Material y Métodos: análisis de TT en 8 pacientes durante las 24 hs posteriores al destete exitoso. Resultados: Informe de TT Masculino (M), 65 años, APACHE II 26. Diag: ACV-neumonía aspirativa. VM 7 días: Consolidación en lóbulo Inferior izquierdo (LII), broncograma aéreo (neumonía evolutiva). Atelectasias (A) en ambas bases pulmonares. Derrame pleural (DP) bilateral.

Femenino (F), 62 años, APACHE II 19. Diag: exacerbación asmática/neumonía aguda de la comunidad (NAC). VM 7 días: Consolidación en LII. Reducción volumétrica (RV) del pulmón izquierdo de aspecto atelectásico. A bibasales gravitacionales.

F 73 años, APACHE II 19, Diag: NAC. VM 8 días: Imágen en vidrio esmerilado en LSD. A basal homolateral. RV pulmón izquierdo. Consolidación y broncograma aéreo en base izquierda. (neumonía evolutiva). DP bilateral.

M 26 años, APACHE 17, Diag: NAC-SDRA VM 12 días: Imágenes en vidrio esmerilado bilateral y difusa. A redonda en LSD segmento posterior.

M 36 años, APACHE 10, Diag: neumonía por *Pneumocistis Carinii*-SDRA. VM 55 días: Consolidación en ambos campos con broncograma aéreo (neumonía evolutiva) asociado a infiltrado intersticio alveolar que afectan las regiones parahiliares. Espacios aéreos cavitados en LSD y vértice izquierdo.

M 60 años APACHE 12 Diag: Gran quemado con compromiso de la vía aérea. VM 10 días: Infiltrado en vidrio esmerilado en LSD limitado por la cisura mayor con consolidación y broncograma aéreo (neumonía evolutiva) Infiltrado intersticio alveolar de forma bilateral. DP bilateral.

M 55 años APACHE: 5 Diag: politraumatismo. VM 29 días: RV del pulmón izquierdo. A en base pulmonar izquierda. Neumonía evolutiva campo izquierdo. DP bilateral.

M 49 años APACHE: 5 Diag: Post Qx HSA aneurismática. VM 21 días: Imagen en vidrio esmerilado en ambos campos, consolidación en ambas bases. DP bilateral

Conclusiones: 1) El análisis mostró que los pacientes estudiados mostraron alteraciones tanto parenquimatosas como pleurales, evidenciables en la TT realizada posterior al D. 2) La valoración de una TT en esta etapa no nos permite decidir sobre el D de la VM y no puede considerarse como un elemento de predicción.

0024 DETECCIÓN PRECOZ, ABORDAJE Y PREDICTORES DE MORTALIDAD EN LA MEDISTINITIS POR PATOLOGÍA ESÓFAGO-GÁSTRICA

J BERRETA¹, D KOCIAC¹, D FERRO², A BALDUCCI¹, F DE FEO¹, R CORTI³, P FERNÁNDEZ MARTI², MV LAPLACETTE¹

¹Servicio de Terapia Intensiva. Hospital de Gastroenterología, Argentina. ²Servicio de Cirugía. Hospital de Gastroenterología, Argentina. ³Servicio de Clínica. Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Argentina.

Objetivos: identificar signos que permitan sospechar precozmente la existencia de mediastinitis (M) por patología esófago-gástrica, identificar predictores independientes de mortalidad hospitalaria (MH) y evaluar las tácticas quirúrgicas utilizadas en esta enfermedad. Métodos: Población: todos los pacientes (p) con M tratados en el entre 03/1998 y 02/2009. Variables analizadas: edad, sexo, score APACHE II (ScAll), duración de la internación, etiología de la mediastinitis, presencia de cáncer gástrico o esofágico (Ca), antecedentes patológicos, gérmenes infectantes, signos que se presentaron antes del diagnóstico radiológico o quirúrgico de M (de

alerta), tiempo desde la presentación de este signo a la cirugía (Q) y tipo de Q de emergencia. Se uso el t de student, chi2, test exacto de Fisher y multivariados. Resultados: se trató de 36P, 23 hombres y 13 mujeres con edad 55.7±12.3 años. Las etiologías fueron: 1) postoperatoria (PO) en 22 p (61.1%), 5 postgastrectomía total y 17 post Q esofágica, y 2) perforación esofágica instrumental o por cuerpo extraño (PEIC) en 14p (38.9%). De los signos presentes con anterioridad al diagnóstico quirúrgico y/o radiológico, la sepsis y el derrame pleural fueron significativamente más frecuentes en el grupo de mediastinitis PO (p< 0.0001 y p=0.0008 respectivamente) y entre ambos cubren el 100% de los casos; el dolor del tórax anterior, y el neumomediastino y/o enfisema subcutáneo, fueron más frecuentes en PEIC que en PO (p<0.0001 y p=0.0008 respectivamente), entre ambos cubren el 92.9% de los casos. La MH fue de 15p (41.7%). Correlacionaron con MH: la etiología PO p=0.0079, la presencia de Ca p=0.0057, el mayor ScAll (fallecidos: 15.9±6.5 vs sobrevivientes 11.3±3.6 p=0.0101), y realizar la Q de rescate luego de 24 hs de presentado el signo de alerta (p=0.0011); la Q con mejor resultado fue la combinación de debridamiento y drenaje mediastínico y pleural, esofagostomía con o sin esofagectomía, gastrostomía, y yeyunostoma; comparada con abordajes menos agresivos (MH: 12.5%vs51.8% p unilateral=0.0548). Es predictor independiente de MH realizar la Q luego de 24hs de manifestado alguno de los signos de alerta OR=11.7 (2.4-56.7). Conclusiones: Son signos de alerta para diagnóstico de mediastinitis por perforación instrumental o cuerpo extraño en esófago, el dolor en cara anterior de tórax, y el neumomediastino y/o enfisema subcutáneo. En el post operatorio de Q gastroesofágica, lo son la evolución inadecuada con sepsis y el derrame pleural séptico. Recomendamos: 1) dejar drenaje pleural izquierdo en el post operatorio de gastrectomía total y drenaje pleural bilateral en el post operatorio de esofagectomía sin toracotomía para ayudar a la detección precoz de dehiscencias y mediastinitis. 2) Operar a los pacientes dentro de las 24 hs de manifestados los mencionados signos de alerta si la sospecha es fundada. La cirugía de rescate que tuvo mejor resultado fue el esofagostoma con o sin esofagectomía, gastrostomía, yeyunostomía, drenaje pleural y mediastínico.

0025 CARACTERES DIFERENCIALES Y PREDICTORES INDEPENDIENTES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN LA PERITONITIS GENERALIZADA DEL ADULTO MAYOR

J BERRETA¹, D KOCIAC¹, F DE FEO¹, A BALDUCCI¹, M ORTIZ², A CORONEL¹, MP GÍMENEZ¹, E GÓNZALEZ FERNÁNDEZ¹, C BROTTO³, A BARRIOS³, R RÍOS²

¹Servicio de Terapia Intensiva. Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Argentina. ²Servicio de Emergencias. Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Argentina. ³Servicio de Bacteriología. Hospital de Gastroenterología Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Argentina.

Objetivo: evaluar diferencias de presentación y evolutivas en el adulto mayor (A>) con peritonitis secundaria generalizada (PSG) respecto al de menor edad (A<), e identificar predictores independientes (PI) de mortalidad hospitalaria (MH). Material y métodos: fueron evaluados todos los pacientes internados con PSG desde el 01/2002 hasta el 05/2009. Se separó a la población en dos grupos según edad: 1) A> con 65 años (a) o más, y 2) A< con menos de 65 a. Se compararon en ambos grupos: sexo, etiología de la PSG, Score APACHE II (All), antecedentes patológicos, estado nutricional, evolución con disfunción orgánica (hemodinámica, renal, respiratoria, hematológica, hepática y neurológica), número de órganos disfuncionantes, requerimiento de sostén de vida con Asistencia Respiratoria Mécanica y/o vasopresores-inotrópicos (RSVRH), infecciones hospitalarias y MH. A partir de todas estas variables se individualizaron los PI de MH en el grupo de A>. Diseño: cohortes. Métodos estadísticos: t de student, chi2, test exacto de Fisher, curva ROC y regresión logística binomial. Resultados: de un total de 272p, 41 fueron A> con edad 71.9±5.8 a, 23 hombres y 18 mujeres. Las 5 etiologías más frecuentes fueron: apendicular (A) 7p (17%), perforación de blastoma del tubo digestivo (PT) 7p (17%), dehiscencia de anastomosis del tubo digestivo baja 6p (15%), necrosis y perforación del tubo digestivo en post-operatorio: 5p (12%), perforación o necrosis no neoplásica de tubo digestivo: 5p (12%). Los caracteres

que diferenciaron la PSG en A> respecto de los A< fueron: 1) Menos etiología A (17%vs41% p=0.0037) y más por PT (17%vs5% p=0.0062) 2) Mayor ScAll (17.9±6.6vs11.9±6.6 p<0.0001) 3) Más antecedentes de HTA, cardiopatía, hepatopatía, neurológicos, EPOC y nefropatía, todos con significación estadística 4) Evolución con más disfunción hemodinámica (54%vs35% p=0.0215), renal (44%vs16% p<0.0001), respiratoria (51%vs29% p=0.0054), hematológica (32%vs16% p=0.0219) y neurológica (17%vs3% p=0.0017); 5) mayor RSVRH (58%vs37% p=0.0111), y 6) mayor MH (32%vs13% p=0.0019). Se vincularon con MH el antecedente neurológico p=0.0333, el All (fallecidos 24±6.3 vs sobrevivientes 15.4±4.6 p<0.0001), el número de órganos afectados durante la evolución (3.9±0.9 vs 1.4±1.7 p<0.0001), y RSVRH p=0.0002. Los PI de MH son: El All ≥17 OR=13.8 (1.3-150.2), la disfunción de 3 o más órganos OR=13.8(1.3-150.2), y RSVRH Sensibilidad=1 OR no aplicable. Conclusiones: En los adultos mayores con peritonitis secundaria generalizada la etiología apendicular es menos frecuente y la debida a perforación de blastomas del tubo digestivo es mas común que en los de menor edad. Las comorbilidades son mayores e ingresan mas graves. Cursan con más disfunciones orgánicas y requieren más medidas de soporte de vida. Su mortalidad hospitalaria es mayor que en adultos menores y jóvenes. Los predictores independientes de muerte hospitalaria son el Score APACHE II ≥ 17 al ingreso, la disfunción de 3 o más órganos, y la necesidad de utilizar soporte de vida con vasopresores y/o ARM.

0026 ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN TERAPIA INTENSIVA: 4 AÑOS DE REPORTE

VC NUNES VELLOSO, A SCHMIDT, E CANEDO, M DEHEZA
Hospital Rivadavia, Argentina.

Objetivo: Describir las características de los pacientes (P) que ingresaron a la UCI desde febrero 2004 a febrero 2008, agrupados de acuerdo a su índice de masa corporal (BMI) en cinco grupos, BAJO PESO < 20 kg/m²; NORMAL, (SUJETOS CONTROL), 20 a 25 kg/m²; SOBREPESO, 25 a 30 kg/m²; OBESO, 30 a 40 kg/m²; y OBESO MORBIDO, > 40 kg/m², analizando edad, sexo, APACHE II, motivo de ingreso (medico o quirúrgico), numero de medicaciones previas a la internación, estadía en la UTI, necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM), neumonía asociada a ventilador (NAV), insuficiencia renal aguda con requerimiento de diálisis, y mortalidad. Material y métodos: estudio llevado a cabo con la base de datos de la UCI del Hospital Bernardino Rivadavia, que cuenta con 10 camas y recibe pacientes medico-quirúrgicos tanto de urgencias como programadas. Se reportaron todos los pacientes ingresados de manera consecutiva a la UTI desde febrero de 2004 a febrero de 2008, con una estadía mayor de 24 hs. Se excluyeron los P menores de 20 años, dado que el crecimiento en estatura aun no ha finalizado. Si algún P ingreso mas de una vez, solo se tomo un registro. Resultados: por edad menor de 20 años, solo se consideraron 1332 P, 765 masculinos (57,4%) y 567 femeninos (42,6%). La edad promedio (± Desvío Estándar) de la población fue de 53 años ± 15,6, (Rango entre 20 y 99 años), el APACHE II fue de 18.1 ± 8,9, con una mortalidad estimada de 31.3 ± 25.3%. La estadía promedio fue de 9 ± 6 días. Los P ingresados a UCI se hallan mayoritariamente en el grupo de sobrepeso (grupo 3), con un BMI promedio de 28,6, seguidos por el grupo de peso saludable (grupo 2) con un BMI promedio de 23,2. Existió en todos los grupos mayor número de P de sexo masculino. El score de APACHE II no tuvo diferencias entre los cinco grupos. El grupo 1 tuvo los P mas añosos con un promedio de edad de 60,2 años seguido por el grupo 3 con 55,3 años promedio. Con respecto a la estadía promedio el grupo 1 tuvo la más prolongada con 11,5 días, seguido por el grupo 3 con 10, 8 días de internación promedio. Requiritieron ARM un total de 618 P (46%), 329 mujeres y 289 varones, presentando 694 episodios de ARM. Realizaron ventilación no invasiva (VNI) 68 pacientes (11%). Se registraron 31 (5%) casos de neumonía asociada a ventilador (4 episodios cada 1000 días de ARM). El número de medicamentos consumidos previos a la internación oscilo de 0 a 10, con un promedio de 5,6. De los 1332 P ingresados, un 33% (440 P) requirieron diálisis y un 12% (160 P) no resolvieron su insuficiencia renal, pasando a diálisis crónica. La mortalidad promedio fue de 19,8% (pacientes quirúrgicos: 12,2% y para pacientes médicos 27,6%). Finalmente la mortalidad esperada fue del 31,3% ± 25 sin embargo la mortalidad obtenida fue de 19,8%,

siendo la mortalidad mas elevada en los extremos del BMI el grupo 1 seguido del grupo 4. El índice de mortalidad Standard, que surge de dividir el porcentaje de muertes observadas por el porcentaje de muertes esperadas basadas en el APACHE II fue de 0.633 (95% intervalo de confianza [CI], 0.633 a 0.804).

0027 SHOCK SÉPTICO Y ARDS EN STRONGYLOIDIASIS DISMINUIDA

J GUYON, A CHENA, JL MARENGO, JM PINA, M SANCHEZ, G ZAKALIK
Servicio de Terapia Intensiva. Hospital L. Lagomaggiore. Mendoza., Argentina.

Introducción: La infección por Strongyloides Stercolaris (SS) es una patología infrecuente que se presenta con síntomas gastrointestinales y pulmonares inespecíficos. Los inmunocomprometidos desarrollan infecciones severas, con una mortalidad que alcanza el 80%. Las principales causas de muerte en este grupo son: sepsis, shock séptico, falla respiratoria aguda y neumonías, estos diagnósticos son motivo frecuente de ingreso a UTI. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y el diagnóstico definitivo se efectúa con la visualización directa del parásito. Objetivos: analizar características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una entidad infrecuente en UTI. Revisión y análisis de historia clínica. varón de 52 años con antecedente de alcoholismo y desnutrición que ingresa a Servicio de Clínica Médica por suboclusión intestinal, pérdida de peso y tos no productiva. Analítica al ingreso: Hto 42%, GB: 7.820/mm³ (50% neutrofilos, 23% linfocitos, 20% eosinófilos, 7% basófilos). Se realiza VEDA con toma de biopsia que informa: gastroduodenitis eritematocongestiva. Anatomía patológica: corión con marcado infiltrado de eosinófilos y trofozoitos vinculables a Entamoeba Histolítica. Con probable diagnóstico de amebiasis se inicia tratamiento con metronidazol y albendazol. Evolucionan tórpidamente con vómitos incoercibles, requiriendo alimentación parenteral por lo cual pasa a quirófano para videolaparoscopia, durante la cual se observa: engrosamiento de aspecto granular de intestino delgado en toda su extensión que se encuentra dilatado. Se toma biopsia de pared. Al 10º día posoperatorio presenta shock séptico de foco abdominal acompañado de rash difuso, evanescente, generalizado, no pruriginoso por lo que es reintervenido quirúrgicamente encontrándose deshincencia de sutura intestinal con peritonitis purulenta realizandose ileostomía en asa y lavado de cavidad. Pasa a UTI en el postoperatorio inmediato. Rx tórax de ingreso infiltrado intersticial bilateral, se toma muestra de aspirado traqueal que informa: presencia de larvas rabditoides de SS; las mismas también se aislaron en débito de SNG, de ileostomía, material remitido de quirófano y orina. Se comienza tratamiento con Ivermectina por ileostomía y por enemas. El paciente evoluciona favorablemente resolviendo fallas orgánicas y es dado de alta a los 80 días de su internación. Discusión: La infección diseminada hace referencia a la invasión de la larva filariforme a sitios fuera del tracto gastrointestinal o el pulmón. Esta forma de presentación tiene una alta mortalidad. Sin embargo, los exámenes coproparasitológicos negativos o la ausencia de eosinofilia no descartan el diagnóstico, sino al contrario, puede sugerir la forma diseminada. Conclusión: a pesar de la baja incidencia de esta patología, deberíamos sospechar una forma diseminada, ante cuadro de shock y el descenso en el recuento de eosinófilos.

0030 ATENCIÓN DE DOS (2) CASOS DE TETANOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE DE UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

MR ESPÓSITO, MD GIACCONE, LA GOMEZ, Z ROSETTI, R AGUIRRE, N CAPALBO, E SALCEDO, N MOINE, C MULIERI
I.G.A. Vte Lopez y Planes de Gra. Rodriguez, Argentina.

Caso 1: C. G., femenina de 68 años. Ingresó 08/00 por fractura-luxación expuesta de tobillo izquierdo. Toilette quirúrgica, férula de yeso y se internó en sala de traumatología, analgésicos, cefalotina, gentamicina. Se omitió la profilaxis antitetánica. 25º día: Ingresa a UTI por disfagia, trismus y fotofobia con diagnóstico de Tétanos Sub agudo. Se indica ARM, Traqueostomía, Sedoanalgesia, PAE. Nueva toilette quirúrgica, Penicilina G sódica, Gammaglobulina Humana 2.500 UI intramuscular y vacuna. Al 9 día en UTI se aísla E.

Aureus, sensible a vancomicina que se indica y se rota Penicilina a Metronidazol. Se constataron episodios de hiper e hipotensión, acompañados de cuadros de taquicardia-bradicardia, sudoración profusa y palidez cutánea, interpretándose como disautonomía neurovegetativa. Día 24º UTI: Se colocó tubo en T-T. 35º día en UTI alta al Servicio de Traumatología. Caso 2: D.R., masculino de 50 años, lesión contuso cortante el 08/01/09 en primer dedo del pie derecho. El 16/01/09 dificultad en la apertura bucal, contractura cerval; consulta a 2 hospitales con diagnóstico "problema odontológico y el 2 se deriva a ORL. El 20/01/09 consulta a hospital por Trismus y dolor cervical, ingresando a UTI con diagnóstico de Tétanos Sub agudo. Se indica ARM, traqueostomía, Sedoanalgesia, PAE y pancultivos. Se indica 6.000 UI gamma globulina humana IM y 1 dosis de Toxoide tetánico, toilette quirúrgica de la zona con desbridamiento y 500 UI Gamma globulina Humana local, Penicilina G sódica, Clindamicina. A 24 hs. de ingreso presenta episodios de opistotonos ante estímulos externos. Evolucionando con SDRA. El 6 día de internación, presenta Paro cardíaco, 15' de RCP, atribuido a disautonomía e hipoxemia severa por SDRA. Presenta hipertermia persistente; se pancultiva e indica Vancomicina, Colistin, Minociclina y continúa con Penicilina, ATB 14 días. Día 14 de internación desaparece cuadros de opistotonos. El día 26º, se coloca T-T. Glasgow 7/15 (M:3, V:1, O: 4). Se realiza RMN de cerebro que informa «Cambios de intensidad en ambos Globos Pálidos; Hiperintensos en T2 y Flair e isointensas en T1, no realce c/cte. Ev». Evaluado por Neurología se indica Baclofeno 1 comp. diario por espasticidad. Día 36 día en UTI: Pasa a C. Médica. Se intenta demostrar lo posible de la atención de pacientes de estas características en una terapia intensiva polivalente.

0031 ESTUDIO PROSPECTIVO: EVALUACIÓN DE UNA POSICIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE EXTUBACIÓN

D. VIOLI, C PEREYRA, L BENITO MORI, G SEGUI, E BARROZO, M LUGARO, G DIAZ, H CICHERO, D LOSIO, P SCHOON
H.I.G.A Prof Dr Luis Guemes-Haedo-Bs As, Argentina.

Objetivos: Comparar 2 posiciones al momento de la extubación con el propósito de disminuir la tasa de reintubación en nuestra unidad. Evaluar complicaciones de la posición y atribuidas a la reintubación. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, aleatorio, longitudinal, de intervención, en una Unidad de Cuidados Intensivos, médico-quirúrgico. El número de muestra calculado fue de 111 considerando error alfa 5% y poder del 80% para disminuir esta tasa del 24% (la habitual) al 18%. Criterios de inclusión: todo paciente bajo ARM más de 48 hs en condiciones de desconexión que toleraron una prueba de respiración espontánea de 30 o 120 minutos. Aleatorización a sobre cerrado al azar. Grupo control extubación en posición habitual realizada en el servicio. Grupo intervención: extubación en posición sentado con un ángulo mayor a 90º por un periodo no menor de 120 minutos. Resultados: Durante 17 meses (Febrero 2007-Julio 2008) ingresaron 761 pacientes de los cuales 312 permanecieron más de 48 hs en VM. De éstos, el 34% (106 pacientes) fallecieron sin iniciar weaning y el 15% (46 pacientes) fueron a traqueostomía electiva. En este periodo, fueron extubados 160 pacientes de los cuales 149 (93%) fueron en forma planeada y 11 pacientes (7%) no planeadas. Durante el periodo del protocolo, 16 pacientes (11%) cumplieron criterios de exclusión y 22 pacientes (15%) fueron casos perdidos. Finalmente un total de 111 ingresaron al protocolo, 57 pacientes (51%) en grupo control y 54 pacientes (49%) en grupo intervención. No se hallaron diferencias en cuanto a edad, Apache II de ingreso, días de ventilación mecánica y duración de destete entre ambos grupos. La tasa de reintubación global en este estudio fue del 18%, no encontrándose diferencias significativas entre los grupos estudiados: grupo control 19% (11 ptes) vs grupo intervención 17% (9 ptes). Se observó en el grupo de casos perdidos (fuera del protocolo) una tasa de reintubación de 23%. De los 20 pacientes reintubados, 4 pacientes desarrollaron neumonía, 3 control y 1 intervención. No se registraron complicaciones fatales derivadas de la posición, tampoco eventos como caídas, descompensaciones hemodinámicas, desconexiones de accesos venoso central, catéter arterial, catéter de presión intracraneal o sondas. Conclusiones: La posición evaluada no demostró ventajas en este protocolo para la extubación, sin embargo resultado ser segura y fácil de

implementar. La disminución de la tasa de reintubación histórica del 24% a 18% propuesta como objetivo, fue lograda. Creemos que esto se debió a la aplicación de un protocolo, normativa o simplemente un ordenamiento en el equipo de trabajo. Aunque no se puede considerar significativa la disminución de episodios de neumonía post-reintubación, la posición elegida debería ser tenida en cuenta en estudio posteriores, como medida para disminuir la broncoaspiración y en consecuencia unos de los mecanismos descriptos para la neumonía.

0035 SON IGUALES TODOS LOS (TE) TUBOS ENDOTRAQUEALES?, ESTUDIO COMPARATIVO

E RIOS¹, M LUGARO², G DIAZ², P GOMEZ², H SALA¹, C APEZTEGUIA¹

¹Hospital Posadas, Argentina. ²Sanatorio Las Lomas, Argentina.

Objetivo: Evaluar las características de los balones y la capacidad para sellar la vía aérea por distintas marcas de TE. Materiales y Métodos: En un modelo de tráquea artificial (25 mm diámetro interno), se evaluaron 8 marcas de TE (3 TE x marca) numero 8. El TE Kimberly Clark posee balón de "Poliuretano" ultradelgado, 2 marcas se observo que presentan balones de forma "ahusada" (Kel y AllPro). El resto de los TE presentan Balones de forma cilíndrica con diferentes "características". Los balones se inflaron hasta 30 cmH₂O y se colocó sobre el balón 10 ml de agua con azul de metileno. Se registro; tiempo al filtrado y tiempo al vaciado de los 10 ml. Se realizaron Curvas de volumen-presión a los balones.

Tubo (marca)	Kel	AllPro	MCM	Weall Lead	Alfa Dove	Rusch	Hi-Lo	Kimberly Clark	P
Tiempo a filtrado (minutos)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	720± 48	0.01
Tiempo a vaciado 10 ml (minutos)	0.2	0.2	7±2	8±2	6±2	22±2	26±2	5760± 870	0.01
Volumen a 30 cmH ₂ O (ml)	11±1	10±1	13±1	14±1	12±1	17±2	23±2	18±2	0.01

Conclusiones: Dos marcas no parecen reunir las características de TE con balones de alto volumen baja presión (No se recomiendan para uso en UCI). En el primer minuto todos presentan filtrado, excepto los TE Kimberly Clark, en el resto existe una relación directa entre la capacidad del balón y el tiempo para que se produzca el pasaje completo de 10 ml de líquido. En este modelo in vitro los TE evaluados se comportan de forma diferente y creemos que debería tenerse en cuenta el impacto de este hecho en la prevención de neumonías.

0036 CORRELACION DE RAZON SATUROMETRIA DE PULSO / FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO (SAFIO2) Y RAZON PRESION ARTERIAL DE OXIGENO / FRACCION INSPIRADA DE OXIGENO (PAFIO2) EN UNA POBLACION GENERAL DE PACIENTES CRITICOS

M RINAUDO, RO FERNÁNDEZ, MB GRILLI, A BATTISTINI, JC ARJONA, G BARCHIESI, MV ORDOÑEZ, ML LUJÁN, WD VAZQUEZ

Hospital Español de Mendoza, Argentina.

Objetivo: Evaluar la correlación entre los valores de la SAFiO₂ y la PAFiO₂ en una población general de pacientes críticos y su capacidad de discriminar pacientes con diagnóstico de ALI / SDRA. Material y métodos: Estudio prospectivo observacional, realizado en un servicio de Terapia Intensiva polivalente (UTI), entre agosto de 2007 y abril de 2008. Se incluyeron todos los pacientes ingresados, con estadía mayor de 48 hs, registrándose, datos demográficos, diagnóstico de ingreso, APACHE II, probabilidad de morir, estadía, necesidad de ARM, VNI u oxigenoterapia, PO₂ arterial, fracción inspirada de oxígeno, (FiO₂) en el momento de extracción de la muestra para gasometría y saturometría de pulso simultánea. A partir de estos datos fueron calculadas las relaciones SAFiO₂ PAFiO₂ para cada muestra obtenida. Fueron excluidas las muestras cuya SAFiO₂ era ≥ 97%. Se utilizó test de Pearson y regresión lineal para evaluar la relación entre las variables. Se trazaron curvas ROC para determinar el poder discriminativo de la SAFiO₂ con respecto a la presencia de ALI / SDRA. Se consideró significación estadística p ≤ 0,05. Resulto

tados: Ingresaron 166 pacientes, obteniéndose 574 muestras de gases en sangre y saturometría de pulso. El promedio de PAFiO_2 y SAFiO_2 fue de $234,2 \pm 81,8$ y $308,1 \pm 102,9$ respectivamente. El coeficiente de correlación de Pearson entre la SAFiO_2 y la PAFiO_2 fue de 0,840, $p = 0,0001$. Tomando como puntos de corte de $\text{PAFiO}_2 \leq 300$ para el diagnóstico de ALI y ≤ 200 para SDRA, se calcularon mediante ecuación de regresión lineal valores correspondientes de SAFiO_2 iguales a 377 y 272 respectivamente. El AUC de la curva ROC para todos los valores de SAFiO_2 con respecto a la presencia de ALI / SDRA fue de 0,926 ($\text{IC}_{95\%}$ 0,902 - 0,951). Conclusión: Encontramos una buena correlación entre los valores de PAFiO_2 y SAFiO_2 y un buen poder discriminativos de esta última para monitorear en forma no invasiva la presencia de algún grado de ALI / SDRA.

0037 DEFICIT DE BASE (DB) COMO INDICADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA EN POST OPERATORIO INMEDIATO Y LACTATO SERICO NORMAL

RO FERNÁNDEZ, MB GRILLI, JC ARJONA, A BATISTINI, G BARCHIESI, M RINAUDO, MV ORDOÑEZ, ML LUJÁN, WD VAZQUEZ
Hospital Español de Mendoza, Argentina.

Objetivo: Evaluar el comportamiento del déficit de base (DB) al ingreso a Terapia Intensiva (UTI), de pacientes en post operatorio inmediato, como indicador pronóstico en ausencia de hiperlactacidemia. Material y métodos: Estudio prospectivo observacional, llevado a cabo en una UTI polivalente, desde octubre del 2004 hasta abril de 2009. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en post operatorio inmediato, con una estadía igual o mayor a 24 horas. Para cada paciente se registraron, datos demográficos, diagnóstico post operatorio, tipo de cirugía, (urgente o programada), APACHE II, probabilidad de morir, puntaje SOFA al ingreso, uso de ARM y CVC, balance hídrico de las primeras 24 horas, estadía y evolución, (sobreviviente o fallecido). Se extrajeron además para cada paciente muestras de sangre, al ingreso para determinación de gases arteriales, ionograma y lactato. Posteriormente se analizaron los pacientes con $\text{DB} \leq (-2)$, dividiéndolos en dos grupos según el nivel de lactato sérico, Grupo A, lactato > 2 mEq/L y Grupo B, ≤ 2 mEq/L. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó U de Mann Whiney y se trazaron las curvas ROC para las variables DB y evolución "fallecido". Resultados: Durante el período estudiado ingresaron a UTI 527 pacientes en post operatorio inmediato, de los cuales 371 (70,3%) presentaron un $\text{DB} \leq (-2)$; de estos últimos 149 (40,1%) presentaron lactato sérico ≤ 2 mEq/L, (Grupo A) y 222 (59,9%) Grupo B, lactato > 2 mEq/L. Al comparar los pacientes según su evolución el DB en el grupo A fue de $-7,5 \pm 2,3$ en fallecidos vs $-5,5 \pm 2,3$ ($p = 0,004$). En el grupo B no se observó diferencia en cuanto a los valores de DB entre sobrevivientes y fallecidos. El grupo A presentó una mortalidad observada de 8,7% (13/149) vs 10,3% (23/222) en el grupo B; ($p = \text{NS}$). El DB medido al ingreso mostró mejor poder discriminativo entre sobrevivientes y fallecidos en el grupo A. $\text{AUC} = 0,745$ grupo A, vs 0,572 grupo B, $p < 0,01$. Conclusión: En post operatorio inmediato, el DB al ingreso a UTI, podría discriminar pacientes que aún con lactato normal presentan mayor riesgo de complicaciones y peor pronóstico.

0038 PAQUETES DE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA.

D DUARTE, D CURCIO, E PERRAULT, G FILIPPA, A MONTES, J BALBI, F PLANO, V ALONSO, R MALTEZ, P MONTES, H HERRERA
Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Rio Grande, Argentina.

Objetivo: Evaluar el impacto de un paquete de medidas sobre la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV). Materiales y metodos: Fueron incluidos todos los pacientes admitidos al Servicio de Terapia Intensiva (STI) polivalente que presentaron su primer episodio de NAV luego de 72 hs. de ventilación mecánica (VM), en el periodo comprendido entre abril de 2004 y Diciembre 2008. Para el diagnóstico de NAV se utilizó el Score Clínico de Infección Pulmonar (CIPS) evaluando diariamente: temperatura, recuento de

glóbulos blancos, características de la secreción bronquial, índice $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, radiografía de tórax y cultivo de aspirado traqueal (AT). El paquete de medidas implementadas incluyó: elevación de la cabecera de la cama a 45°, lavado bucal con biclidamina cada 6 hs, medición de la presión cuff cada 6 hs (valor admitido 25-35 mmHg), control de la glucemia cada 2 hs (valor admitido <150 mg/dl), nutrición adecuada y precoz (dentro de las primeras 24hs) parenteral y/o enteral (valor medido en calorías/24hs). Se compararon las tasas de NAV durante 2 periodos pre (Pp) y post (Ppo) implementación del paquete de medidas (abril 2004 a diciembre 2005 y abril 2006 a diciembre 2007 respectivamente). Una vez implementado, el grado de cumplimiento del paquete de medidas y los valores de los registros obtenidos fue evaluado diariamente por los médicos de planta del servicio. Se obtuvieron además las características demográficas de cada paciente, así como los valores de APACHE II a la admisión, SOFA score (Sepsis-related Organ Failure Assessment) a la admisión, días de estadía STI (ESTI) y mortalidad (M). El análisis estadístico se realizó utilizando la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% ($p < 0,05$). Resultados: Se registraron 175 episodios de NAV: 122 durante el Pp (19 NAV/1000 días de VM), y 53 durante el Ppo (11 NAV/1000 días de VM) $p < 0,001$. Los valores de las variables consideradas fueron los siguientes: para el Pp y el Ppo respectivamente : la media de edad del 59 +/-18 y 61 +/-18, la mediana de APACHE II 18 y 16, la mediana de SOFA 8 y 7, la media de días de estadía en STI 13.5 +/- 3 y 7.8 +/- 1.2 días $p < 0,005$, glucemia (mg/dl) 209 (145-254) y 135 (115-145) $p < 0,005$, nutrición (cal/ 24 hs) 900 (701-1025) y 1265 (870-1390), mortalidad 24% y 21% (NS) y el aislamiento fue mono-microbiano en el AT 59% y 66%: (bacilos Gram negativos- BGN-79% y 88% y Staphylococcus aureus meticilino-resistente 11% y 9%) Acinetobacter sp. y Pseudomonas aeruginosa fueron los BGN mas frecuentes en ambos periodos. Conclusion: En el grupo estudiado la aplicación de un paquete de medidas como son: la elevación de la cabecera de la cama, lavado bucal, medición de la presión cuff, control de la glucemia y una nutrición adecuada en las primeras 24 hs redujo la tasa de NAV.

0039 EFECTO DE LA PEEP Y DE LA LUBRICACION CON XILOCAINA EN EL FILTRADO PERIBALON DE TUBOS ENDOTRAQUEALES (TE)

F RIOS¹, P GOMEZ², H CICHERO², M LUGARO², H SALA¹, C APEZTEGUIA¹
¹Hospital Nacional Prof A Posadas, Argentina. ²Sanatorio Las Lomas, Argentina.

Objetivo: Evaluar la influencia de PEEP y de la lubricación de los balones de los TE con xilocaina en jalea al 2% (Xi) sobre el filtrado peri-balón. Materiales y métodos: En un modelo de tráquea artificial transparente (25 mm de diámetro interno), se Evaluaron 5 pares tubos endotraqueales Rusch® numero 8. Para cada serie se colocaron en paralelo dos TE conectados a 1 respirador (se ventilo el sistema en modo IPPV con iPAP 10 y PEEP de 5 cmH_2O) uno de los TE era lubricado con 5 ml de Xi y ambos balones inflados hasta obtener 30 cmH_2O . Una vez estabilizado el sistema sobre los balones de los TE se colocó 10 ml de agua con azul de metileno. Se registro tiempo al filtrado y tiempo para el pasaje completo de 10 ml. (tabla). Resultados: Durante 96 hs se mantuvo la IPPV y no se observo filtrado peri-balón. Luego se desconecto el respirador, los tiempos de filtrado se pueden observar en la tabla

	Tubos sin Xi	Tubos con Xi	P
Tiempo a filtrado inicial (minutos)	≤ 1	2250±420	0,001
Tiempo filtrado total (minutos)	22±2	5820±750	0,001
PEEP	∞ (no filtrado)	∞ (no filtrado)	

Conclusiones: En este modelo in vitro, la aplicación de PEEP evita el pasaje de líquidos peri-balón, una vez retirada la PEEP en los TE sin lubricación con Xi se visualiza el filtrado en segundos, la lubricación con Xi de los balones retrasó significativamente el filtrado de líquidos, debido al efecto mecánico de sellado que produce la jalea. Ambas medidas podrían ser útiles para reducir el pasaje de secreciones peri-balón de los TE.

0040 VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

M. CHERTCOFF, M.L. CAIVANO NEMET, FM BALLESTERO, MI RÍOS, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF, J UBALDINI
Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La persistencia de la vena cava superior izquierda es la anomalía congénita venosa torácica más frecuente, con una prevalencia de 0.3 a 0.5 %. Su incidencia es mayor en pacientes con anomalías cardíacas congénitas llegando al 5%. En el 80% de los casos coexiste con la vena cava superior derecha y resulta asintomática. Caso Clínico: CASO 1: Paciente de 46 años de edad, con antecedentes de cardiopatía congénita, intervenido quirúrgicamente en la infancia. Ingresó a cuidados intensivos por politraumatismo con traumatismo encefalocraneano leve. A los 15 días de internación se coloca vía venosa central subclavia izquierda. En la radiografía de tórax de control, se evidencia catéter central que desciende por borde izquierdo del mediastino, comprobándose presión venosa en el mismo. Se solicita ecocardiograma doppler color en el cual se evidencia catéter desembocando en el seno coronario de la aurícula izquierda. Durante la internación se efectuó Tomografía computada que confirmó la persistencia de la vena cava izquierda. CASO 2: Paciente de 70 años sin antecedentes de cardiopatía congénita, ingresa a terapia intensiva por bloqueo aurículo-ventricular completo, se le coloca por vía yugular posterior derecha catéter introductor y marcapaso transitorio, lográndose captura. En la radiografía de tórax, se evidencia electrodo catéter que cruza derecha a izquierda del mediastino superior y luego desciende por el borde izquierdo del mediastino. Se comprobó presiones venosas en introductor y la persistencia de la vena cava izquierda se confirmó en radioscopia y en un ecocardiograma. Conclusión: La persistencia de la vena cava superior izquierda es una anomalía congénita rara. El hallazgo habitualmente es incidental durante la colocación de un catéter venoso central, pudiendo llevar a la sospecha de una incorrecta posición del catéter al observar la radiografía de tórax. El diagnóstico se puede confirmar midiendo presiones, realizando un ecocardiograma o una tomografía computada de tórax.

0042 EL SID URINARIO ES EL PRINCIPAL DETERMINANTE DE LA HIPERCLOREMIA EN EL PERÍODO POSTOPERATORIO

FD MASEVICIUS, A RISSO VAZQUEZ, C ENRICO, MC PEIN, R GIANNONI, A DUBIN
Sanatorio Otamendi, Argentina.

Objetivo: la hipercloremia es un hallazgo frecuente en el período postoperatorio y es atribuida al uso de soluciones expansoras con concentraciones supra fisiológicas de cloro [SID bajo]. Nuestro objetivo fue evaluar los determinantes del cloro plasmático ($[Cl]_{pl}$) durante el primer día del postoperatorio. Nuestra hipótesis fue que el desarrollo de hipercloremia esta principalmente determinada por el SID urinario ($[SID]_{orina} = [Na^+]_{orina} + [K^+]_{orina} - [Cl]_{orina}$). Material y métodos: se estudiaron prospectivamente 73 pacientes posquirúrgicos ingresados a terapia intensiva durante un período de 6 meses (01/03 -01/09/2008). Al momento del ingreso (hora 0) y a la hora 24 se realizaron análisis de sangre arterial (gases, electrolitos, Hb, urea creatinina, albúmina, etc.) y de orina (ionograma urinario). A las 24 hs se contabilizaron los volúmenes y la composición electrolítica de los fluidos ingresados por vía parenteral así como también, de los egresos por orina y se realizaron los correspondientes balances de agua y electrolitos. Se seleccionaron los pacientes que presentaron una variación del $[Cl]_{pl} \geq 2$ meq/l en las primeras 24 hs luego de la admisión, y se conformaron dos grupos: a) grupo $\Delta[Cl]$ positivo (el $[Cl]_{pl}$ aumentó ≥ 2 meq/l) y b) grupo $\Delta[Cl]$ negativo (el $[Cl]_{pl}$ disminuyó ≥ 2 meq/l). Las variables ácido-base y electrolitos fueron analizados con el enfoque convencional y el de Stewart. Los grupos fueron comparados con test t para muestras no apareadas. Resultados: de los 73 pacientes ingresados, 33 tuvieron $\Delta[Cl]$ negativo y 24 $\Delta[Cl]$ positivo. Al ingreso (hora 0) no hubo diferencias en pH (7.32 \pm 0.05 vs. 7.34 \pm 0.07), $[HCO_3^-]$ (20 \pm 3 vs. 20 \pm 3 mmol/l), exceso de base ([EB]) (-5 \pm 2 vs. -5 \pm 3 mmol/l), strong ion difference plasmático ($[SID]_{pl}$) (31 \pm 4 vs. 31 \pm 4 mmol/l), y urinario ($[SID]_{orina}$) (34 \pm 41 vs 38 \pm 36. mmol/l). El grupo $\Delta[Cl]$ positivo tuvo menor $[Cl]_{pl}$ (105 \pm 4

vs. 110 \pm 4 mmol/l) y mayor [AG]^{pl} (21 \pm 4 vs. 16 \pm 3.4 mmol/l) y strong ion gap ([SIG]) (8 \pm 4 vs. 4 \pm 3 mmol/l) que el grupo $\Delta[Cl]$ negativo (p < 0.05). A las 24 hs no hubo diferencias en pH, [EB] y [SID] entre los grupos, pero, el grupo $\Delta[Cl]$ positivo tuvo mayor $[Cl]_{pl}$ (110 \pm 3 vs. 104 \pm 5 mmol/l) y menor [AG]_{pl} (14 \pm 4 vs. 19 \pm 6 mmol/l) y [SIG] (3 \pm 6 vs. 8 \pm 6 mmol/l) que el grupo $\Delta[Cl]$ negativo (p < 0.05). El volumen de los fluidos ingresados así como su composición electrolítica [SID] fue similar en los dos grupos (4904 \pm 1944 vs. 4932 \pm 1937 ml y 7 \pm 7 vs 7 \pm 6 mmol/l, respectivamente). El $[SID]_{orina}$ fue menor en el grupo $\Delta[Cl]$ negativo (13 \pm 21 vs 33 \pm 37 mmol/l, p < 0.05). Conclusión: a pesar de una terapia con fluidos similar, los pacientes que desarrollaron hipercloremia en el postoperatorio tuvieron un $[SID]_{orina}$ mas alto. Nuestros hallazgos sugieren que la capacidad para disminuir el $[SID]_{orina}$ es el principal mecanismo que previene la hipercloremia inducida por la infusión de soluciones salinas.

0043 CASO CLÍNICO: MUJER DE 29 AÑOS QUE CURSO INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA CON DIAGNÓSTICO DE BOTULISMO TIPO A

E. MANRIQUE, M BRIZUELA, M MONLLAU GRIMA, P HUPPI, S REQUENA, A MONTIVERO, G CORDOBA, G BRUNO, G CEPEDA, C AHUMADA
HOSPITAL TRANSITO CACERES DE ALLENDE, Argentina.

Objetivo: Reporte de un caso clínico de Botulismo Tipo A. Materiales y métodos: Paciente femenina de 29 años, sin antecedentes patológicos, 24 hs tras la ingesta de una lata de remolacha, comienza con diplopía, debilidad muscular generalizada e insuficiencia respiratoria aguda. Ingresó a la unidad de terapia intensiva (UTI) del Hospital Regional de Ushuaia y se la coloca en asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se realiza diagnóstico de Botulismo Tipo A y a las 48 hs se le realiza la antitoxina botulínica y traqueotomía precoz. Se la traslada a la UTI de nuestro nosocomio el día 5. Se presentó además con neumonía por broncoaspiración, íleo paralítico, oftalmoplejía intrínseca y extrínseca, midriasis bilateral fija, cuadriplejía flácida y arreflexia. Se panchulivo. Se comenzó con piperacilina-tazobactam y nutrición parenteral total. Resultados: En resumen, tuvo 5 meses y 11 días de internación en UTI, presentó 81 días de ARM y 58 días alterno Tubo en T y ARM; 63 días de nutrición parenteral y 94 días de nutrición enteral; nunca requirió de drogas vasopresoras; la recuperación neuromuscular fue de lenta progresión, con las funciones cerebrales superiores conservadas; y sonda vesical por 5 meses. Dentro de las complicaciones tuvo 4 neumonías asociadas a ventilador (por una enterobacteria, S. aureus metilino sensible, S. aureus metilino resistente y acinetobacter), 2 infecciones asociadas a catéter (Stafilococo coagulasa negativo y S. aureus), 4 infecciones urinarias (2 por Klebsiella, E. coli y Enterococo); una atelectasia lobar por tapón mucoso; íleo mecánico por fecaloma; y úlcera corneal por sequedad ocular. En sala permaneció 10 días. Al alta hospitalaria estaba con buena mecánica ventilatoria, sin traqueotomía, respirando aire ambiente, sin disfagia, buen tránsito intestinal, tenía todavía dificultad en la marcha, retención urinaria, disminución de la agudeza visual, sequedad bucal y ocular. Conclusión: Decidimos realizar el reporte de este caso porque el botulismo es una enfermedad de baja prevalencia y mortalidad, pero de lenta recuperación, por lo que necesita un riguroso cuidado y soporte de sus sistemas y aparatos. De esta manera debe tener un manejo interdisciplinario por la falta de experiencia de muchos médicos. Siendo el objetivo final la recuperación ad-integrum del paciente.

0044 EL HIDROXIETILALMIDÓN 130/0.4 ES SUPERIOR A LA SOLUCIÓN FISIOLÓGICA PARA LA RESUCITACIÓN DE LA MICROCIRCULACIÓN

A. DUBIN¹, MO POZO³, CA CASABELLA¹, G MURIAS³, F PÁLIZAS (H)³, MC MOSEINCO¹, VS KANOORE EDUL¹, C INCE⁴
¹Sanatorio Otamendi y Mioli, Argentina. ²Cátedra de Farmacología Aplicada, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. ³Clínica Bazterrica, Argentina. ⁴Translational Physiology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Países Bajos.

Objetivo: demostrar que el hidroxietilalmidón (HES) 130/0.4 logra una mejor resucitación de la microcirculación que la solución

fisiológica (SF), durante la terapia temprana dirigida por objetivos (EGDT) en pacientes sépticos. Material y método: pacientes con sepsis severa fueron asignados aleatoriamente a EGDT usando HES 130/0.4 (n = 9) o SF (n = 11). La microcirculación sublingual fue evaluada por videomicroscopía (SDF Imaging), 24 horas después del comienzo de la EGDT. Los datos, expresados como media ± DS, fueron analizados con test t y ANOVA. Resultados: al ingreso a la terapia intensiva, no hubo diferencias entre los grupos en el puntaje SOFA (HES 130/0.4 vs. SF) (8 ± 3 vs. 9 ± 4), presión arterial media (56 ± 13 vs. 54 ± 10 mm Hg), lactato (3.0 ± 1.1 vs. 3.8 ± 2.3 mmol/l) o saturación venosa central de O₂ (71 ± 11 vs. 69 ± 10%). Luego de 24 horas de EGDT, no surgieron diferencias en esos parámetros (7 ± 3 vs. 8 ± 4, 73 ± 8 vs. 70 ± 12 mm Hg, 2.1 ± 0.7 vs. 3.2 ± 3.2 mmol/l, y 70 ± 6 vs. 73 ± 14%, respectivamente). La densidad capilar sublingual fue similar en ambos grupos (21 ± 8 vs. 20 ± 3 vasos/mm²) pero el índice de flujo microvascular, el porcentaje de capilares perfundidos y la densidad capilar perfundida fueron mayores en el grupo HES 130/0.4 que en el grupo SF (2.5 ± 0.5 vs. 1.6 ± 0.7, p = 0.003, 84 ± 15 vs. 53 ± 26%, p = 0.004, y 19 ± 6 vs. 11 ± 5 vasos/mm², p = 0.004). El grupo SF tuvo mayor heterogeneidad microcirculatoria (índice de heterogeneidad del flujo 1.2 ± 0.4 vs. 2.2 ± 1.0, p = 0.02) y balance positivo de fluidos (2857 ± 1596 vs. 6606 ± 2669 ml/24 horas, p = 0.003) que el grupo HES 130/0.4. Conclusiones: la resucitación usando HES 130/0.4 tiene ventajas sobre la SF para mejorar la microcirculación sublingual. Estudios que incluyan un mayor número de pacientes son necesarios para confirmar estos hallazgos. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00799916. Subsidio PICT-2007-00912, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.

0046 NECROLISIS EPIDERMICA TÓXICA EN TERAPIA INTENSIVA (SINDROME DE LYELL). REPORTE DE 5 CASOS
G MAMMOLITI, C NOGUERAS, E CUNTO, V CHEDIACK, P SAUL, O VILLAR, J SAN JUAN
Hospital FJ Muñiz, Argentina.

Introducción: La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una reacción adversa cutánea a fármacos rara (incidencia de 0,4-1,2 casos por millón de pacientes tratados) pero potencialmente fatal (mortalidad de alrededor del 30%). Se caracteriza por rash maculopapular generalizado con despegamiento epidérmico del 30% o más, asemejándose a un gran quemado. Objetivos: Reportar las características clínico-evolutivas de NET en terapia intensiva. Material y métodos: Se revisaron en forma retrospectiva las historias clínicas de 5 pacientes internados en UTI entre los años 2004-2008. Resultados: Todos tuvieron fiebre, rash maculopapular generalizado, compromiso de mucosas y un despegamiento epidérmico de más del 30%. El motivo de ingreso a terapia intensiva fue el mejor manejo del medio interno debido a la importante superficie corporal afectada. En la tabla 1 se aprecian las características clínicas significativas.

Parámetro	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Edad (años)	46	18	21	37	31
Sexo	M	M	M	F	M
Comorbilidad	HIV +, tuberculosis	Tuberculosis	adicion a drogas inhalatoria	Tuberculosis multirresistente	HIV +
Probables fármacos responsables	Tuberculoestáticos de primera línea	Tuberculoestáticos de primera línea	Carbamocapina	Etarbutol-moxifloxacina-acido paraaminosalicilico-ertionamida	Ibuprofeno-ampicilina
Intervalo inicio del fármaco/aparición de rash (días)	5	21	15	24	2
Despegamiento epidérmico: porcentaje superficie corporal	40%	40%	50%	80%	70%
Sepsis	No	SI	SI	SI	SI
Hemocultivos	Negativos	Negativos	Klebsiella pneumoniae	Acinetobacter Candida	Pseudomonas aeruginosa
Infección cutánea	No	SI	NO	NO	SI
Tratamiento	Dexametasona	Dexametasona-gammaglobulina-linezolid	Dexametasona-gammaglobulina-ampicilina/sulbactam	Dexametasona-gammaglobulina-daptomicina-colistin-antotóxica B	Dexametasona-gammaglobulina-daptomicina-colistin
Obito (causa)	No	No	NO	SI (shock séptico)	SI(shock séptico)

Conclusiones: La NET es la reacción adversa cutánea a drogas mas grave. Se han implicado mas de 220 fármacos, siendo los mas frecuentes los derivados de las sulfas y drogas aromáticas antiépilépticas. La patogénesis de la NET no ha sido aún dilucidada pero parece implicar la activación de linfocitos T y la apoptosis de queratinocitos. El tratamiento consiste en suspensión de todos los

fármacos potencialmente implicados y un tratamiento agresivo de sostén. La utilidad de los corticoesteroides y ña gammaglobulina endovenosa es controvertida y existen evidencias a favor y en contra de su uso. La sepsis especialmente por staphylococcus aureus y bacilos gram negativos es una complicación frecuente y la principal causa de muerte por lo que se debe tener en cuenta siempre que ocurra deterioro clínico del paciente. El manejo clínico debe ser similar a un gran quemado por el extenso despegamiento epidérmico (> 0 = 30%) con internación precoz en terapia intensiva.

0047 UN NUEVO SISTEMA DE TRIAGE: SU VALIDACIÓN SOBRE UN GRUPO DE PACIENTES ADMITIDOS AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS POR ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL
A STRINNA, MJ DEMINGE, V VALENZUELA, C ZACARÍAS, A VARGAS, VB MANTILLA, C ROMERO, S GONZÁLEZ
Hospital Universitario, Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: La aplicación de un sistema de triage en el Departamento de Emergencias (DE) puede contribuir a la predicción del riesgo de complicaciones y del nivel de utilización de recursos. Objetivos: Validar un sistema de triage de 4 niveles como instrumento de predicción de riesgo y del nivel de requerimiento de recursos en pacientes (p) con aneurisma de aorta abdominal (AAA) sintomático. Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó los p admitidos al DE por AAA sintomático entre 01/00 y 06/05. Se asignó a cada p categoría de un nuevo Sistema de triage con 4 niveles. El punto final primario fue muerte y/o requerimiento de intervención [quirúrgica (TQ)-endoprótesis (EP)] y/o utilización de recursos avanzados (URA) dentro de las primeras 4 horas. Se consideró URA a la utilización de ≥2 de los siguientes: monitoreo cardiológico, inotrópicos, vasopresores, vasodilatadores, expansión, asistencia respiratoria, masajes cardiacos, desfibrilación. Los puntos finales secundarios fueron: cada uno de los componentes del primario por separado, y mortalidad y/o requerimiento de TQ-EP durante la internación. Las variables continuas se expresan por mediana [rango intercuartílico (RI)] y las categóricas por porcentaje e intervalo de confianza del 95% (IC 95). Las comparaciones de los puntos finales entre las categorías se realizaron mediante Prueba Exacta de Fisher. Se consideró significativa una p<0,05. Resultados: Se incluyeron 92 p (2 p excluidos por insuficiente información) de 73 (RI 68-78) años. El 91.2% (83 p) fue de sexo masculino. Las categorías de triage fueron: I: 60 p (65.9%); II: 8 p (8,8%), III: 4 pa (4,4%), y IV 19 p (20,9%). Los puntos finales se muestran en la Tabla:

Eventos / 4 hs	Muerte-TQ/EP-URA	I (n 60)	II (n 8)	III (n 4)	IV (n 19)	p
Muerte	5% (0-11.3)	48.5% (34.9-61.8)	37.5% (0-77.2)	25% (0-79.9)	10.5% (0-27)	0.02
TQ/EP	35% (22.1-47.1)	0 (0-6.3)	0 (0-12.5)	0 (0-2.6)	NS	
URA	41.7% (28.4-55)	37.5% (0-77.2)	25% (0-79.9)	0 (0-2.6)	<0.01	
Eventos / Internación	Muerte-TQ/EP	83.3% (73.1-93.6)	37.5% (0-77.3)	25% (0-79.9)	31.6% (8-56.1)	<0.01
	Muerte	26.7% (14.6-38.7)	25% (0-61.3)	0 (0-12.5)	0 (0-2.6)	0.03
	TQ/EP	75% (63.2-86.8)	12.5% (0-41.7)	25% (0-79.9)	31.6% (8-56.1)	<0.01

Conclusiones: En una población de p admitidos al DE por AAA, un nuevo sistema de triage predijo nivel de utilización de recursos y requerimiento de intervención dentro de las primeras 4 hs. Este sistema predijo además mortalidad y requerimiento de intervención durante la internación.

0048 PÉNFIGO GRAVE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS REPORTE DE 22 CASOS
P SAUL, C NOGUERAS, E CUNTO, V CHEDIACK, O VILLAR, J SAN JUAN
Hospital FJ Muñiz, Argentina.

Introducción: El pénfigo es una dermatosis ampollar infrecuente de origen autoinmune. La forma clínica más frecuente y grave es el pénfigo vulgar. La mortalidad previa al uso de corticoesteroides era del 70%. Actualmente la mortalidad continua siendo significativa especialmente en la forma vulgar mucocutánea (10-42%). Existen pocos datos acerca de las características clínicas y evolutivas del pénfigo grave que requiere terapia intensiva (TI). Objetivos: Reportar las características clínicas de los pacientes con penfigo grave que se internan en TI. Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de pacientes ingresados en nuestro Hospital entre los años 2003-2008. Se analizaron los pacientes que requirieron TI. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con especial énfasis en las

características clínicas, complicaciones y evolución de los pacientes. Resultados: Sobre 224 péñfigos ingresados en nuestro hospital, 22 pacientes (9,8%) requirieron TI. De los ingresados en TI 16 (73%) correspondieron a péñfigo vulgar y 6 a péñfigo foliáceo. La edad promedio fue de 64 años (rango 39-94 años), 12 pacientes tenían mas de 60 años, sexo masculino 59%. La estadía hospitalaria fue prolongada promedio 37 días (rango 4-106). El motivo de ingreso mas frecuente fue la sepsis en 16 pacientes (73%), el foco mas frecuente fue la neumonía (8 pacientes), 2 pacientes con celulitis, 4 pacientes sin foco claro. Todos los pacientes estaban en tratamiento con prednisona o dexametasona (dosis promedio 130 mg de prednisona rango 16-240 mg), 13 pacientes combinado con ciclofosfamida, 4 con azatioprina y 5 pacientes solo con prednisona. 12 pacientes requirieron ventilación mecánica, 4 ventilación no invasiva, 13 pacientes requirieron soporte vasopresor. 9 pacientes presentaron hemocultivos positivos, siendo el *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente el germen mas frecuente (5 pacientes). La mortalidad intra-TI fue de 54% (12 pacientes, 4 foliáceos, 8 vulgar) y la causa mas frecuente de muerte fue el shock séptico (10 pacientes). La mortalidad global sobre el total de péñfigos internados fue del 5,3% y al considerar solo los pacientes con péñfigo vulgar esta ascendió a 7%. Conclusiones: El péñfigo es una enfermedad ampollar potencialmente grave y que requiere con cierta frecuencia ingreso a TI. La causa mas frecuente de ingreso es la infecciosa y la causa mas frecuente de muerte es el shock séptico. El tratamiento con corticoesteroides sigue siendo el pilar del armamento terapéutico aunque existen reportes recientes con fármacos inmunomoduladores especialmente el Rituximab que muestran resultados prometedores en cuanto a eficacia y a seguridad con una disminución importante de las complicaciones infecciosas. Los pacientes con péñfigo grave deben ser ingresados en forma precoz en TI, ser manejados en forma similar a un gran quemado por la importante superficie corporal afectada e iniciar rápidamente tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro por la alta incidencia de procesos infecciosos, particularmente por gérmenes multirresistentes.

0049 ESTUDIO PILOTO DE CORRELACION ENTRE GLOBULOS BLANCOS Y VALORACION GLOBAL SUBJETIVA EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

MA ESTRIN, GG CARQUEIJEDA ROMAN, V HAYETIAN, R ARIENTI, M MINGHETTI, S CHALCO, A PILIPEC, F SالدARINI Hospital Donación Fco Santojanni, Departamento de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, Pilar 950, C.A.B.A, Argentina.

Objetivo: Los objetivos del presente estudio piloto, son efectuar un análisis de Asociación, entre la Valoración Nutricional Global Subjetiva y el valor de Glóbulos Blancos al ingreso del paciente a Terapia Intensiva, así como también efectuar una valoración nutricional del mismo a su ingreso por medio de la Valoración Nutricional Global Subjetiva. Material y Metodo: Se llevó a cabo un estudio piloto observacional, prospectivo, de pacientes de ambos sexos y cualquier edad, que ingresaron a nuestro servicio de Marzo a Octubre de 2008, a los que se les efectuó Valoración por medio de la Valoración Global Subjetiva de Detsky, clasificando a los pacientes en A: Bien nutrido, B: Desnutrición moderada o con riesgo, y C: Desnutrición severa, siendo los criterios de inclusión y exclusión los siguientes: Criterios de Inclusión: • Todo paciente ingresado al servicio, con Valoración Nutricional Global Subjetiva y conteo de Glóbulos Blancos al ingreso efectuados. Criterios de Exclusión: • Protocolo Incompleto. • Pacientes HIV positivos. • Tratados con Corticoides u otra droga inmunosupresora. • Pacientes con afecciones hematológicas que ocasionen leucopenia. Se utilizó el test de Correlación de Spearman entre las variables Valoración Nutricional Global Subjetiva y Glóbulos Blancos, utilizando el paquete estadístico Statistica 6.0 y se analizaron los resultados, los datos se expresan como media \pm desvío estándar. Se consideró significativa una probabilidad de error alfa menor de 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Ingresaron al estudio un total de 61 pacientes con las siguientes características: Masculino: 37 Femenino: 24

Variable:

Edad: Media: 59, DS: 17,67

Glóbulos Blancos: Media: 11.927/mm³, DS: 5.086,88

Apache II al ingreso: Media: 14, DS: 6,51

Grado de Valoración Nutricional Global Subjetiva observado:

Grado A: 24 (39,34%).

Grado B: 27 (44,26%).

Grado C: 8 (16,39%).

Correlación entre las variables Valoración Nutricional Global Subjetiva

y Glóbulos Blancos por medio del Test de Correlación de Spearman:

Variables analizadas:

VGS y Glóbulos Blancos: R: -0,534854, P: 0,000013 (S)

Conclusiones: En la muestra analizada, hemos encontrado una correlación negativa, entre las variables evaluadas (Valoración Global Subjetiva y Glóbulos Blancos al ingreso), que fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El perfil bioquímico nutricional es un medio que permite establecer un diagnóstico precoz de la desnutrición, apreciar su severidad, y detectar pacientes en alto riesgo. Dado que el marcador bioquímico ideal que sea un gold standard no existe, creímos útil evaluar el grado de asociación o predictibilidad entre el estado de nutrición, dado por la Valoración Global Subjetiva y marcadores cuantitativamente validados. En cuanto al estado nutricional al ingreso valorado por medio de la Valoración Nutricional Global Subjetiva predominó el grado A y B siendo el grado C, escaso (16,39%).

0050 CAPACITACION DEL BIOQUIMICO DE URGENCIAS. E LEARNING: UN DESAFIO

S DER PARSEHIAN¹, AM QUERALT¹, G MITTELMAN¹, M PEREIRO¹, M CASTRO¹, H CERVANTES¹, J MAGARIÑOS¹, M BIANCONI¹, J MERITANO², C ARTANA¹, N PISTILLO³, C LATORRAGA¹, C COLL¹, S CARNUCCIO¹

¹Capítulo Bioquímico SATI, Argentina. ²Comite de Neonatología Crítica, Argentina. ³SATI, Argentina.

Introducción: El uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) ha generado un cambio significativo en la educación del profesional de salud. La formación a distancia es un modelo de enseñanza en auge y desde hace tiempo se impulsa el e-learning como una herramienta útil y necesaria para la capacitación y actualización continuas. Objetivo: Implementación del e-learning como nueva metodología de capacitación del profesional bioquímico de urgencias. Material y Métodos: Se empleó el Entorno de Aprendizaje Dinámico Orientado a Objetos y Modular (Moodle) como sistema de administración de cursos. y el Adobe Connect (Breeze), provistos por el Departamento de Tecnología y Sistemas de SATI. Se aplicó un cronograma detallado de las tareas del curso. Se combinaron tareas docentes individuales como búsqueda bibliográfica, asesoramiento o tutorías y feedback continuo entre el profesor y cada alumno/a, resaltando la resolución de problemas planteados con otras colectivas: Participación en foros, evaluaciones compartidas y chats programados. Se usaron guías de orientación y recursos para la realización autónoma de las actividades (descripción del proceso paso a paso, y enlaces/documentos necesarios) para motivar y estimular la participación así como documentos de consulta sobre el contenido en distintos formatos (documento texto, diapositivas, animaciones, video clips). Duración del curso: 3 meses y medio (Se calculó una carga horaria semanal de 8hs/ alumno) Para la aprobación del curso se realizó una ponderación entre la participación activa del alumno en los foros, resolución de los casos clínicos, intervención en chats, y la evaluación final. El alumno que cumplió con todos los requisitos del curso, recibió el certificado de aprobación, avalado por el Departamento de Docencia de SATI. Resultados: Profesión de los participantes: Bioquímicos: 90,91%; Est de Bioquímica: 3,25%; Est de Medicina: 0,65%; Médicos: 5,19%. Total de Inscriptos: 154; Total de alumnos que rindieron la evaluación final: 86. Total de desaprobados: 7 Inscriptos por provincia: Buenos Aires 36,36%; Chubut 16,88%; Entre Ríos 2,60%; Formosa 1,30; Jujuy 1,95%; La Pampa 3,25%; La Rioja 1,95%; Mendoza 5,84%; Neuquén 1,30%; Rio Negro 3,90%; Salta 15,58%; San Luis 0,65%; Santa Cruz 0,65%; Santa Fe 3,25%; Tierra del Fuego 1,30; Tucumán 3,25%. Discusión: En esta primera experiencia en la metodología del e learning, Capítulo Bioquímico demostró su afianzamiento en la educación continua del profesional del área de urgencias. El próximo objetivo es que este proceso de enseñanza-aprendizaje aumente su eficacia en el tiempo, ofreciendo al alumno flexibilidad horaria facilitándole la planificación de su trabajo. Conclusiones: La convocatoria obtenida

en el curso "Trastornos hidroelectrolíticos en el adulto y el recién nacido" fue muy amplia y si bien no todos los inscriptos rindieron el examen la participación en los foros fue masiva, demostrando el interés de los profesionales bioquímicos por este tipo de enseñanza, ya que más del 60% de los inscriptos provenía del interior del país.

0052 EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE CON ENOXAPARINA REDUJO LA MORTALIDAD Y EL COMPROMISO ORGÁNICO EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE SEPSIS

N. PISTILLO, O FARIÑA, JC VOGEL, VC TASSI, G SUAREZ, AJ TORCHIA, M RIVAS, MA MARTI, A NUÑEZ
Hospital El Cruce, Argentina.

Introducción: La activación de la coagulación juega un rol importante en la sepsis severa, amplifica la inflamación, compromete la microcirculación, interviene en la producción del daño orgánico y favorece el desarrollo de eventos tromboticos. El objetivo de este estudio fue evaluar si la anticoagulación con enoxaparina reduce la mortalidad y el compromiso orgánico en un modelo experimental de sepsis. **Materiales y Métodos:** Se utilizaron 27 ratas *Wistar* (hembras) de 200g. Se indujo sepsis en 20 animales a partir de la administración intraperitoneal de una cepa enteropatógena de *E. Coli* (O45K1H10) en una concentración de 0.4 ml x 10⁹ UFC. La mitad de estos animales recibieron enoxaparina subcutánea (2 mg/Kg/día), durante 2 días (grupo: enoxaparina), el resto recibió solución fisiológica (grupo: placebo). Siete animales sanos sirvieron de control (grupo: normales). Se evaluó la mortalidad cada 6 hs durante 60 hs. Al finalizar este período, se extrajo sangre. Se analizaron los siguientes marcadores séricos de compromiso orgánico: amilasa, TGO, TGP, FAL, LDH, urea, creatinina y bilirrubina total. Se utilizó al dímero D (DD) como marcador del estado procoagulante. En un estudio histopatológico se estudió el daño en los órganos (lesión estructural) con una escala que consideró los siguientes puntos: edema, congestión, infiltración leucocitaria, hemorragia, necrosis y trombosis (calificación de 0-3 por cada punto). Se evaluó respectivamente: hígado, riñón, páncreas, intestino delgado, bazo, pulmón, corazón y cerebro. **Estadística:** Los datos de laboratorio se expresaron como media ±DS. La mortalidad se comparó con la prueba de *Logrank* y el análisis histopatológico y de laboratorio con *Wilcoxon*. Significativo p < 0.05. **Resultados:** Sobrevivieron todos los animales de los grupos enoxaparina y normales, mientras que en el grupo placebo lo hizo el 70% de las ratas (p= 0.04). Dentro de los animales sépticos que sobrevivieron, los que recibieron placebo tuvieron valores más altos de: creatinina, FAL, TGO y amilasa, que aquellas tratadas con enoxaparina (creatinina: 0.34 ±0,02 vs. 0.22 ±0.04 mg/dl, p= 0.03; FAL: 225 ±28 vs. 168 ±44 U/l, p= 0.03, TGO: 249 ±129 vs. 111 ±56 U/l, p= 0.03 y amilasa: 420 ±10 vs. 227 ±58 U/l, p= 0.005). El grupo placebo también mostró una actividad procoagulante superior al de enoxaparina (DD: 460 ±8 vs. 340 ±36 ng/dl, p= 0.01). El análisis histopatológico evidenció mayor compromiso inflamatorio en los animales del grupo placebo, tanto en extensión como en intensidad (0.9 ±0.7 vs. 0.6 ±0.5 puntos, p= 0.0003). La incidencia de hemorragia fue similar en ambos grupos (15%). No se observaron eventos macrotromboticos en los órganos estudiados. **Conclusiones:** En este modelo experimental de sepsis, la anticoagulación con enoxaparina se asoció con menor mortalidad, disminución del compromiso orgánico y del estado procoagulante.

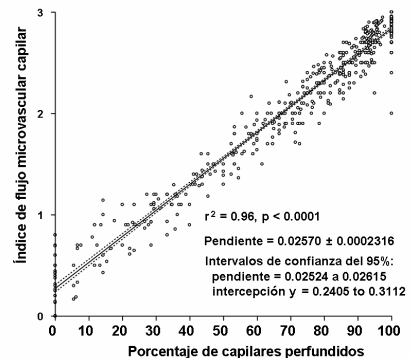
0054 EL ÍNDICE DE FLUJO MICROVASCULAR ES SIMILAR AL PORCENTAJE DE VASOS PERFUNDIDOS PARA CUANTIFICAR LA MICROCIRCULACIÓN

A. DUBIN¹, MO POZO³, G MURIAS³, VS KANOORE EDUL¹, C INCE⁴

¹Sanatorio Otamendi y Mioli, Argentina. ²Cátedra de Farmacología Aplicada, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. ³Clinica Bazterrica, Argentina. ⁴Translational Physiology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, Países Bajos.

Objetivo: la microcirculación puede ser evaluada usando el índice de flujo microvascular (MFI) o por el porcentaje de vasos perfundidos. Nuestra hipótesis fue que, en pacientes sépticos, am-

bos métodos evalúan la perfusión microvascular de forma similar. **Material y método:** 499 videos de 35 pacientes sépticos fueron analizados, de modo ciego y aleatorio, usando diferentes enfoques: 1) Un método semicuantitativo previamente validado que distingue ausencia de flujo (0), flujo intermitente (1), flujo lento (2), y flujo continuo (3). Se asignó un valor a cada vaso individual. El puntaje global (MFI), es el promedio de los valores individuales. 2) Porcentaje de capilares perfundidos. Ambos métodos se correlacionaron usando cuadrados mínimos. **Resultados:** el MFI capilar y el porcentaje de capilares perfundidos tuvieron una fuerte correlación con estrechos intervalos de confianza del 95%.



Conclusiones: ambos índices, el MFI y el porcentaje de capilares perfundidos, pueden cuantificar adecuadamente la microcirculación de los pacientes sépticos.

Subsidio PICT-2007-00912, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.

0055 CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DEL HOSPITAL LUCIO MOLAS

JM SANSON, LR VIGLIOTTA, R ROSAS, SF SAAVEDRA, J PLA CARDENAS
Hospital Lucio Molas, Argentina.

Introducción: Se trata de un hospital de referencia o derivación de los centros de salud del resto de la provincia, lo que genera una excesiva oferta de pacientes en relación a las camas disponibles de Terapia Intensiva, motivando la derivación de estos a centros privados o fuera de la provincia. La Unidad de Cuidados Intensivos Adultos es polivalente, tiene una disponibilidad de SEIS camas con respirador y monitoreo multiparametrico. **Objetivo:** Conocer las características epidemiológicas actuales de los pacientes ingresados a la unidad de cuidados críticos del Hospital Lucio Molas, de Santa Rosa La Pampa. Establecer cual es la incidencia de los diferentes tipos de pacientes, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), infecciones como neumonía asociada a ARM (NAV) y relacionadas a catéteres. **Material Y Metodo:** Se realiza un estudio descriptivo, confeccionando una base de datos en planilla de excel, considerando un periodo comprendido desde 01 de marzo de 2008 hasta 31 de Marzo de 2009. Se toman en cuenta las variables como n° pacientes, sexo, edad, APACHE II, ISS, TRISS, días de internación y mortalidad. Se identifica el diagnostico de ingreso y se los clasifica según su patología en clínicos, cardiológicos, politraumatizados y post-operatorios. Se establece la necesidad y días de ARM, neumonía asociada a respirador, requerimiento de catéter venoso central y sus complicaciones. **Desarrollo:** Ingresaron un total de 303 pacientes: hombres 65% (197), mujeres 35% (105), APACHE II 13 (8,47) (16,5% mortalidad esperada), ISS 21,6 (10,48), TRISS 18,3 (29,91), edad promedio 52 (19) años, días de internación 989 días de ARM, y una mortalidad 21.45% (65/303). De la clasificación de los pacientes según su patología resulta: Clínicos 36% (108), Politraumatizados 19% (57), Postoperatorios 20% (62), Cardiológicos 25% (76). **Requirieron ARM 39,27%(120) pacientes, necesitando 989 días de ARM, promedio 8,24 días ARM. Incidencia de NAV 17% (20), densidad de**

incidencia 20,22 c/1000 días de ARM. Se colocaron un total de 161 catéteres venosos centrales, 62% (100) subclavias (neumotorax=1), 29% (46) yugular anterior, 6% (10) yugular posterior, 3% (5) femorales. Días TOTALES de catéter 1077 (SC: 688, YA: 308, YP: 52, FE: 15), promedio 6,69 días por catéter. Se contaminaron 8 catéteres y se evidenciaron 7 sepsis por catéter (retro o punta c/hemocultivo +), con una densidad de incidencia 6.5 infecciones c/1000 días de catéter. Conclusion: El 40% requiere ARM. La incidencia de NAV es 17%, densidad de incidencia 20,22 NAV c/1000 días de ARM y 6,5 sepsis c/1000 días de catéter, siendo el más utilizado el catéter en vena subclavia. El gran desvío estándar observado en las diferentes variables expresa la gran variabilidad en la gravedad de los pacientes.

0057 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA (NAV) EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL DR LUCIO MOLAS. (LA PAMPA)

R ROSAS, JM SANSON, LR VIGLIOTTA, F PROMENCIO, J PLA CARDENAS
Hospital Lucio Molas, Argentina.

Introduccion: La NAV es una patología frecuente en los pacientes que requieren ARM, siendo un factor independiente de muerte. El tratamiento antibiótico inicial es empírico, debiéndose ajustar a la sensibilidad y resistencia de los gérmenes. Objetivo: Determinar la incidencia de Neumonía asociada a respirador. Analizar y comparar las variables de los que presentaron NAV con los que no. Establecer cuales son los gérmenes causales. Efectividad en la terapéutica antibiótica empírica inicial. Material y Metodos: Estudio prospectivo. Se considera el periodo desde 01-03-2008 al 31-03-2009, en los pacientes que requieren ARM. Se consideran variables como APACHE II, ISS, TRISS, días de internación, días de ARM, tipo de muestra (BAL o minibal), germen y se establece si la terapia empírica resulta exitosa según antibiograma. Se comparan las variables como APACHE II, días de ARM, días de internación y mortalidad entre los pacientes que presentaron NAV y los que no. Las variables ordinales se presentaron 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 $p < 0,05$. Resultado: En el periodo ingresaron 120 pacientes a ARM (39,27% del total de pacientes), 67,5% hombres, 32,5% mujeres, edad 52 años (ds 20), mortalidad observada 50,83%, 11,44(12) días de internación, APACHE II 19,5(7,7), ISS 30(18,2), TRISS 29,4%(34,3). Insumieron 989 días de ARM, 7,77 (10) días de ARM, tipo de muestra: BAL 75%, 25% minibal, obteniendo rescate en el 90% de los casos. Se registraron 20 eventos interpretados como NAV en 20 pacientes (50% politraumatizados), incidencia de NAV 16,66%, densidad de incidencia NAV 20,22 episodios c/1000 días de ARM. El 50% (n°10) se consideraron "tempranas", involucrando gérmenes como estafilococo aureus multisensible en el 60% de los casos, el resto E.coli y neumococo. El 50% (n°10) de los episodios se interpretaron como "tardías"; involucrando a gérmenes como: Pseudomona aeruginosa 60%, acinetobacter 40%, estafilococo aureus 33%. Polimicrobiana en el 30%. El tratamiento antibiótico empírico fue el adecuado según la sensibilidad y resistencia obtenidas en el cultivo bacteriológico en un 80% de los eventos. En "NAV tempranas" la efectividad fue 100%, "NAV tardías" 60%. Se comparan las variables, entre los pacientes que presentaron NAV y los que no; evidenciando una diferencia estadísticamente significativa en días de internación y días de ARM.

ARM	NAV	NO NAV	Test student o chi cuadrado
N	20	100	
APACHE	18,8	19,6	NS
DIAS INT	25,45	8,64	< 0,05
MORTALIDAD	8	53	NS
DIAS ARM	20,45	5,61	<0,05

Conclusion: La incidencia de NAV es similar a los datos publicados. Los pacientes que presentaron NAV requirieron más días de internación y ARM. Los gérmenes responsables fueron estafilococo aureus multisensible en NAV tempranas y pseudomona aeruginosa en NAV tardías

0058 REPORTE DE UN CASO DE PORFIRIA EN SANATORIO SAN ROQUE EN SALTA CAPITAL

O GUANCA, G TORLETTI, C TORREGROSA
Sanatorio San Roque, Argentina.

Objetivos: Reportar un caso de porfiria en salta, en enero y febrero del 2009. Materiales y metodos: Paciente de 34 años derivada de tartagal por presentar deterioro del sensorio progresivo hasta llegar a coma precedida de vomitos y dolor abdominal, habia ingresado a ese centro 4 días antes por el cuadro clinico mencionado. Al ingreso a nuestro centro se presenta somnolienta glasgow 11/15 (o2,v3,m6), deshidratada, ta 140/90, fc 110 por minuto, afebril, resto del examen normal. Laboratorio de control: Hematocrito = 51%, gb= 25.000, na= 104, k=3,2, se realiza diagnostico de encefalopatía metabólica por hiponatremia sintomática, con buena respuesta al tratamiento médico. A los 4 días presenta dolor abdominal intenso, tipo cólico, sin rha, sin respuesta a los analgésicos, es evaluada por cirugía, se realiza tac abdominal y pélvica sin evidencia de lesiones, como persiste el dolor abdominal y el ileo se decide realizar laparotomía exploradora sin hallazgo de causa del cuadro clínico. Concomitantemente persiste con hiponatremia asintomática a pesar del aporte permanente de sodio, poliurica, sodio urinario en 24hs=1128meq, evoluciona en forma favorable con tto sintomático y es dada de alta. Reingresa a los 4 días por debilidad generalizada, pérdida de fuerza muscular progresiva, anorexia y dolor abdominal intermitente, se solicita interconsulta con neurología, neumonología y hematología para descartar enfermedad neuromuscular y probable diagnóstico de porfiria. Presenta espirometría con resultados restrictivos, se inicia arm por agotamiento muscular y se realiza tto sintomático por probable de porfiria. Las porfirias son trastornos hereditarios de enzimas específicas que intervienen en la vía de la biosíntesis del hemo. Se clasifican como hepáticas o eritropoyéticas en función del lugar primario de sobreproducción y acumulación de las porfirinas y de sus precursores. Las manifestaciones principales de las porfirias hepáticas son las neurológicas como dolor abdominal neuropático, neuropatías y trastornos mentales. Los ataques se producen por infecciones y/ o cirugías, el dolor abdominal es el síntoma más frecuente además puede acompañarse de ileo paralítico. Aparecen también de forma característica náuseas, vomitos, taquicardia, debilidad muscular, pérdida sensitiva, disuria. La neuropatía periférica se debe a la degeneración axonal (más que a la desmielinizante) y afecta las neuronas motoras. Resultados: Se realizó dosaje de porfobilinógeno =1,3mg/24hs (vn 0,5-2,1mg/dl), uroporfirinas = 850 mg/24hs (vn 0-24mg/24hs) y actividad de la delta aminolevulinico dehidratasa eritrocitaria =63,3u/ml (vn 80-120u/ml eritrocitos), se deriva en avión sanitario a bs as.

Conclusiones: La baja prevalencia que suele tener esta enfermedad y el cuadro clínico a veces complejo y confuso dificultan la sospecha del diagnóstico, es frecuente el retraso en meses e incluso en años. Ante un cuadro clínico de dolor abdominal sin diagnóstico claro y una aparente enfermedad neuromuscular considerar entre los diagnósticos diferenciales porfiria.

0059 PACIENTES POLITRAUMATIZADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL LUCIO MOLAS

LR VIGLIOTTA, JM SANSON, R ROSAS, J PLA CARDENAS
Hospital Lucio Molas, Argentina.

Objetivo: evaluar las variables clínicas y pronósticas de los pacientes que ingresan por politraumatismo, y compararlas con la población general de terapia intensiva adultos (UTIA). Material y Metodo: Estudio prospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UTIA) desde marzo 2008 hasta marzo 2009. Para el análisis se tomó en cuenta si eran traumatizados o no y las siguientes variables: n° pacientes, edad, sexo, días de internación, APACHE II, incidencia ARM, días de ARM, incidencia y densidad de incidencia de NAV, sepsis por catéter y mortalidad. Las variables ordinales se presentaron 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:

	TRAUMATIZADOS	NO TRAUMATIZADOS	PRUEBA T / CHI CUADRADO
Nº PACIENTES	57	246	
HOMBRES	86%(49)	60%(148)	13,55
MUJERES	4%(8)	40%(97)	13,18
D. INTERNACION	10,07(11,77)	5,58(7,71)	0,01
MORTALIDAD	24,56%	20,73%	0,40
APACHE II	12,51(9,91)	13,26(8,03)	0,55
EDAD	33,34(15,14)	56,26(17,39)	<0,05
ARM			
% PACIENTES	59,64% (34/57)	34,55%(85/246)	12,22
DIAS ARM(DS)	9,47(10)	7(9)	0,24
INCIDENCIA NAV	29,41	11,76	5,41
NAV C/1000 DIAS ARM	33,78	16,26	
CATETERES			
Nº CATETERES	48	113	27,23
Nº CONTAMINACION	4	4	1,64
INC. INFECCION	6,25%(3/48)	3,53%(4/113)	0,6
DIAS DE CATETER	7,54(4,59)	6,33(4,54)	0,12
C/1000 DIAS CATETER	8,29	5,59	

Conclusion: Los pacientes traumatizados requieren más días de internación, presentan una densidad de incidencia mayor de infecciones asociadas a respirador y sepsis por catéter. En cuanto a la mortalidad entre ambos grupos, no se observó una diferencia estadísticamente significativa.

0061 ABORTO SEPTICO EN UTI. COMPARACION DE DOS PERIODOS

J. GUYON, M SANCHEZ, G ZAKALIK, RO FERNANDEZ, JL MARENGO, D RAGGIO, JM PINA, A CHENA
Hospital Luis Lagomaggiore, Argentina.

Objetivo: Comparar la morbi mortalidad de pacientes con aborto séptico en dos periodos de tiempo. Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional realizado en UTI polivalente. Fueron analizados los registros clínicos de pacientes ingresadas a UTI con diagnóstico de aborto séptico durante 2 periodos; el primero años 2000 – 2004 y el segundo años 2005 – 2008. Se registró para cada paciente, edad, n de gestas, partos y abortos previos, estadía en UTI, puntaje APACHE II y probabilidad de morir calculada con el mismo, falla de órgano, cantidad de fallas, tratamiento realizado, (legrado o histerectomía) necesidad de ARM y Hemodiálisis, presencia de sepsis severa o shock séptico y evolución en UTI, (sobreviviente o fallecida). Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvío estándar, (DS), las cualitativas como porcentajes. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó U de Mann – Whitney y para el de las cualitativas Chi cuadrado (2). Se consideró significativa p d” 0,05. Resultados: Se revisaron los registros clínicos de 64 pacientes, 39 correspondientes al primer período y 25 al segundo. La media de edad fue de 28,7 +- 7.1 años en el primer periodo y 30,56 +- 8.1 en el segundo periodo. La estadía promedio en UTI fue de 5,06 ± 5,6 días durante el primer periodo vs 7,9 ± 7,8 en el segundo (p= NS). El antecedente de gestas previas fue alto en ambos grupos (5.08 vs 4.56). El número de abortos previos fue menor a uno. El APACHE II de ingreso fue 14.6 en el primer periodo y 15.88 en el segundo. No se encontró diferencias en ninguno de los valores anteriores. El 96% de las pacientes incluidas en el segundo periodo presentó sepsis severa comparado con el 30.8% en el primer periodo (p< 0.05). El porcentaje de pacientes sin falla orgánica múltiple fue de 23% en el primer periodo vs 12% en el segundo (p = NS); siendo la hemodinámica la más frecuente seguida de la hematológica, respiratoria y renal, a pesar de no mostrar diferencias, durante el segundo periodo el porcentaje de pacientes con más de 2 fallos de órganos fue mayor, 52 vs 43,6%. El requerimiento de reemplazo renal fue del doble en el segundo periodo (24 vs 12,8% p NS). La mortalidad global alcanzó el 23% en el primer periodo vs 12% en el segundo periodo. No se registraron defunciones en las primeras 24 hs en el segundo periodo, mientras que en el primer periodo el porcentaje fue del 15%. Conclusiones: Las pacientes ingresadas a UTI por aborto séptico tuvieron alto número de embarazos previos. La media de edad fue superior a 25 años. A pesar de la mayor permanencia en UTI, falla de órganos y requerimiento de reemplazo renal en el segundo periodo, la mortalidad fue casi la mitad que en primero (12% vs 23%). La mortalidad precoz (menos de 24hs) fue significativamente menor en el segundo periodo.

0063 PERITONITIS BACTERIANA A CERCA DE UN CASO

G. CARDONATTI, E VAN DER WERTH, G MONTI, R LENDARO, M VOGELIN
Hospital Central de San Isidro, Argentina.

Introduccion: La peritonitis neumococcica, poco frecuente en adultos, afecta a individuos con cirrosis, síndrome nefrótico, trasplante de médula ósea, diálisis peritoneal, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico e infecciones del tracto genital femenino. Los microorganismos llegan a la cavidad peritoneal desde la luz intestinal a través de ganglios linfáticos y de la circulación esplácnica por un mecanismo de traslocación bacteriana, sin embargo para el neumococo que no es flora intestinal se propone la vía ascendente a través del tracto genital femenino o la vía hematogena desde un foco respiratorio. Caso clínico: paciente de 36 años. Antecedentes: 5 embarazos, 4 partos vaginales, 1 aborto, portadora de diu. Sin antecedentes patológicos. Consulta a la guardia por dolor abdominal de 24 horas de evolución al que agrega vómitos y diarrea. Examen clínico dentro de parámetros normales. Leucocitosis 21500 mm3. Diagnóstico presuntivo: Abdomen agudo. Se realiza laparotomía exploradora (drenaje de abundante líquido purulento y lavado de cavidad) y apendicectomía, sin objetivarse perforación de visera hueca. Inicia terapia con ciprofloxacina y metronidazol. Evolución en las siguientes 48 horas oligúrica, taquipneica, con hipoventilación base derecha, febril, acidosis metabólica, rha (-), drenajes con escaso débito serohemático. Pasa a cuidados intermedios. Resultado de bacteriología: Líquido abdominal (+) para estreptococo pneumoniae, se rota antibiótico ampicilina sulbactam-ciprofloxacina. Al cuadro descripto agrega tos con expectoración mucopurulenta y rx de torax con velamiento de la base derecha. Rápidamente evoluciona con insuficiencia respiratoria por lo que pasa a terapia intensiva con diagnóstico de sepsis severa. Examen ginecológico: Flujo inespecífico, se retira diu, con cultivo negativo para gérmenes. Continúa con igual esquema antibiótico con buena respuesta sin requerimiento de arm o soporte inotrópico. Dada de alta 13 días luego de su ingreso. Conclusion: La peritonitis bacteriana primaria se ha descrito más comúnmente en niñas menores de 10 años. Podemos definirla como aquella infección peritoneal de la cual se aísla un germen único del cultivo del material abdominal y no se reconoce causa intraperitoneal primaria responsable. El cuadro clínico es el de un paciente con dolor abdominal, fiebre, diarrea y vómitos, basándose el diagnóstico en el cultivo de líquido peritoneal y en la exclusión de causa intraabdominal. El tratamiento de estos pacientes y su pronóstico muchas veces fatal en la época preantibiótica, ha mejorado, y se puede efectuar cirugía de drenaje o “simple tratamiento médico con antibioterapia”.

0066 ESPECTROS DE LA NEUMATOSIS INTESTINAL: DE INTRASCENDENTE A GRAVE Y MORTAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

A. SALGADO, M BACIGALUPPI, E MINOLDO, ME IGLESIAS, C ROMERO, MJ ARAMBURU, L RASSI, E ASINARI, AB GARCIA GIL, F CALZOLARI, V CAGLIERI, C GALLETTI
Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Introducción: La neumatosis intestinal (NI) es la presencia de gas en el interior de la pared intestinal y eventualmente en el complejo venoso portomesentérico. La definición corresponde a un hallazgo radiológico y no a un diagnóstico etiológico. Puede presentarse en situaciones graves que comprometen la vida o en otras más benignas sin mayor trascendencia. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la confirmación mediante TC abdominal el método actual por excelencia. Se presentan dos casos que ejemplifican estas modalidades de manifestación. Material y Método: descripción de casos clínicos. Caso 1: Varón 75 años, antecedentes de hipertensión arterial, fibrosis pulmonar, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, insuficiencia cardíaca. Ingresa a terapia intensiva por hipertensión arterial durante hemodiálisis. Había presentado desde 48 horas previas dolor abdominal, diarrea sin sangre, moco ni pus. Afebril. Laboratorio sin leucocitosis y ACidos metabólica (pH: 7.30). Hemocultivos negativos. Examen dolor abdominal a la palpación profunda, sin defensa. TC abdominal compatible con neumatosis intestinal quística. Se decide tratamiento médico con antibiótico: piperacilina/tazobactam. Evolución favorablemente. TC de abdomen a las 72 hs con resolución de neumatosis. Se otorga alta. Sin recurrencia de episodios abdominales. Caso 2: Varón de 63 años, antecedentes: IAM, hipertensión arterial. Internado post gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico. Alta al quinto día. Reingresa a las 24 horas por vómitos, fiebre y dolor abdominal. Se

constata neumonía por broncoaspiración y cuadro de abdomen agudo. Leucocitosis de 16 mil y acidosis metabólica, con láctico de 4.5 mM/L. TC de abdomen con diagnóstico de neumatosis en duodeno aferente y aire sistema portal. Laparotomía exploradora, se liberan adherencias y se observan asas intestinales edematosas y distendidas pero sin signos de isquemia. Se observo gas en el asa duodenal con bridas. Evolucionó con SDRA y FMO; fallece al tercer día. Discusión: Las causas "benignas" de NI pueden ser pulmonares (asma, EPOC, PEEP), sistémicas (LES, esclerodermia), intestinales (Ileo, enfermedad inflamatoria intestinal, úlcera péptica,) iatrogénicas (endoscopia, enemas), medicaciones (corticoides, lactulosa, quimioterápicos) relacionada a trasplante de órganos o bien neumatosis primaria (idiopáticas 15% usualmente colónica, o neumatosis quística intestinal). Caso 1 Las causas graves se asocian a isquemia intestinal, vasculitis mesentérica, obstrucción intestinal (particularmente estrangulación por bridas).- Caso 2-, enterocolitis, trauma y trasplante de órganos (especialmente de médula ósea). Conclusión: Existen formas leves y graves con riesgo de vida de la NI. Las imágenes por TC son decisivas, no obstante pueden ser similares en ambos casos, por lo que la clínica y el laboratorio son necesarios para el diagnóstico y conducta terapéutica definitivos. La presencia de aire venoso hepático portal o portomesentérico hacen más firme el diagnóstico de formas graves con isquemia e infarto intestinal.

0067 NIVELES SANGUINEOS DE DIFENILHIDANTOINA EN PACIENTES CON ALIMENTACION ENTERAL EN BOLOS
AB GARCÍA GIL, A HORRISBERGER, C ROMERO, ME IGLESIAS, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, L RASSI, E ASINARI, A SALGADO, F CALZOLARI, V CAGLIERI, C GALLETI
 Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Objetivo: Conocer el nivel sanguíneo de difenilhidantoína (DFH) cuando la administración del fármaco se realiza de manera concomitante con alimentación enteral en bolos. Material y método: Pacientes en terapia intensiva que por su diagnóstico de base requirieron DFH y alimentación enteral. Se administró dosis de carga del fármaco de 18 mg/kg de peso, según lo establecido en la bibliografía (15-20 mg/kg). Todos los pacientes recibieron un mínimo de 48 hs del fármaco endovenoso (EV) previo a la rotación a vía enteral. El mantenimiento se efectuó con 100 mg EV c/ 6hs. Se dosó difenilhidantoína (DFHm) antes de rotar la vía de administración del fármaco (T0) de vía intravenosa a vía enteral, considerándose el valor óptimo deseado entre 10-20 mcg/ml. Por vía enteral (sonda nasogástrica o nasoentérica) se administró 4 cc (100 mg) c/ 6hs de DFH, discontinuándose la alimentación enteral 2hs antes y después. La administración de la fórmula alimenticia fue a través de bomba de infusión en 4 bolos de 2 hs cada uno. Las fórmulas de nutrición empleadas fueron poliméricas listas para usar. Se programó que la progresión alimentaria logre cumplir al tercer día la totalidad del requerimiento calórico calculado. A las 72 hs se realizó un nuevo dosaje (T3). Si el nivel era óptimo continuaba con fármaco por vía enteral, dosándose DFHm nuevamente al sexto día (T6). Si el valor era subóptimo se rotaba nuevamente a vía EV. Resultados: Se reclutó un total de 13 pacientes, 46,1% fueron femeninos. La edad promedio fue de 47 ± 16 años. El 54,8% se fue de alta sanatoria, el 30% falleció, y el 15% se encuentra internados en el momento actual. En los primeros pacientes se administró una dosis de carga de DFH de 18 mg/kg, encontrándose DFHm en rango subóptimo en la totalidad de dichos pacientes (< de 10 mcg/ml) por lo que los siguientes recibieron 20 mg/kg, hallándose el 83% de los mismos en rango terapéutico del fármaco. Encontrándose diferencia estadísticamente significativa (p=0,01). Dos pacientes no recibieron dosis de carga siendo sus niveles plasmáticos subóptimos. En los 13 pacientes se dosó en T0 un valor promedio de 9,5 ± 7,3 mcg/ml, 9 pacientes llegaron a dosaje de T3 con promedio de este último de 6,2 ± 7 mcg/ml observándose al rotarlo a la vía enteral un descenso del 28% del valor sérico previo (p=0,04); sólo 5 pacientes tuvieron dosaje T6, con valor promedio de 5,5 ± 2,3 mcg/ml, en 4 de ellos el dosaje de T6 ascendió. Una sola paciente estuvo excedida de rango y durante la realización del protocolo ninguno presentó convulsiones. Conclusión: En este estudio, teniendo en cuenta la limitación propia del número de la muestra, la administración enteral del fármaco en un protocolo de alimentación intermitente, que incluye suspensiones transitorias antes y después de dicha administra-

ción, produce una disminución estadísticamente significativa en el valor de DFHm, encontrándose los pacientes fuera de rango terapéutico. Secundariamente se comprobó que la dosis de carga intravenosa de 18 mg/kg fue insuficiente, hallándose valores óptimos con dosis de 20 mg/kg.

0068 ACIDOSIS LÁCTICA TIPO B, UNA SEVERA COMPLICACIÓN METABÓLICA ASOCIADA A LINFOMAS, A PROPOSITO DE DOS CASOS
F CALZOLARI, C ROMERO, ME IGLESIAS, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, L RASSI, E ASINARI, A SALGADO, AB GARCÍA GIL, V CAGLIERI, C GALLETI
 Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción. Objetivo: La acidosis láctica (AL) es la causa más común de acidosis metabólica en pacientes críticos. La AL tipo B es una rara complicación asociada a neoplasias hematológicas. En el presente estudio se reportan dos casos asociados a linfomas en los cuales se descartaron cualquier otra causa de AL. Presentación de casos: Caso 1: Varón 80 años ingresa con edema en miembro inferior izquierdo y adenopatías inguinales, axilares y laterocervical bilateral. Presentó trombosis venosa profunda por doppler y adenomegalias retroperitoneales por tomografía. Se realizó biopsia de adenopatía cervical y se comenzó con anticoagulación. Al día 10 de internación se constata ph. 7,29 con bicarbonato de 10 mEq/l Na 135 mEq/l, k 3,5 mEq/l, creatinina de 1,05 mg %, Ac. láctico de 4,5 mmol/l. Anatomía patológica: linfoma no Hodgkin de células grandes. Estadio III B. Comenzó terapia de reposición con tiamina endovenosa y quimioterapia. Al cuarto día de tratamiento con tiamina se observa mejoría de la gasometría, ph. 7,42, bicarbonato de 25 mEq/l, AC láctico 2,2 mmol/l. Fallece el día 22 por hemorragia digestiva. Caso 2: Mujer 74 años con leucemia linfocítica crónica. Linfoma no Hodgkin de células pequeñas. Ingresó por infección urinaria, fiebre, astenia y pérdida de peso. Se inició tratamiento empírico con Ampicilina Sulbactam. En el día 3 se observa taquipnea con una gasometría de: ph. 7,26, Pco2 26 mEq/l, Hco3 11 mEq/l y AC láctico de 6,2 mmol/l. Se interpreta como acidosis láctica tipo B. Se realizó tratamiento con tiamina endovenosa. Evolucionó sin respuesta, refractaria al tratamiento, el día 9 fallece.

Características del laboratorio en el pico máximo de ácido láctico.

	Pico ac lactico	Hco3	PH	Pco2	Creatinina	Glucemia	Got	Gpt
Caso 1	3.2	10	7.29	23	1,04	98	23	35
Caso 2	7.9	14	7.32	28	1,6	123	44	50

Discusión: La AL tipo B es una rara y a menudo letal complicación en el contexto de una neoplasia hematológica. El mecanismo por el cual se produce es desconocido. Se postula un aumento de la producción de lactato por una glicólisis aberrante debido a un desvío en la vía del piruvato a lactato por un déficit de tiamina y a una menor excreción de este por disfunción hepática y/o renal. La tiamina permitió revertir la AL en uno de los casos presentados. No se dosó en ninguno de ellos. Antes del trabajo de Friedenber han sido publicados 67 casos, a los que los autores suman 7 más, enfatizando que solo en estos y en 14 casos publicados después del 2001 los datos son más confiables. Conclusión: Los casos presentados ponen de manifiesto que en situaciones de enfermedad maligna hematológica, en especial linfomas, con acidosis láctica sin causa obvia, debe plantearse el diagnóstico de AL tipo B. En general implica un pronóstico desfavorable a pesar del tratamiento específico agresivo. La tiamina puede revertir la AL.

0069 EXACTITUD DE LA ESTIMACIÓN DEL PESO Y ALTURA EN PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA
P MASKIN, S ATTIE, M SETTEN, P RODRIGUEZ, I BONELLI, M STRYJEWski, R VALENTINI
 Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norbento Quirno", Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El conocimiento de la altura y del peso de los pacientes es esencial para múltiples determinaciones en Terapia Intensiva (UTI). Lamentablemente las mediciones exactas de altura y peso frecuentemente no están disponibles cuando ingresan los pa-

cientes. En nuestro medio, pocas UTIs cuentan con balanzas adecuadas para el peso de pacientes críticos. Por lo tanto, el peso y altura son frecuentemente estimados por el personal del Servicio. Objetivo: evaluar la exactitud de la estimación visual de peso y altura de los pacientes de nuestra UTI, por diferentes operadores, y determinar la magnitud del error de dichas determinaciones. Métodos: estudio prospectivo, realizado en una UTI medico-quirúrgica de 10 camas. Todos los pacientes fueron pesados al ingreso por un operador no ciego, utilizando una balanza para camillas (T3 metric); y medidos por un kinesiólogo, con una cinta métrica en decúbito supino. El peso ideal fue calculado según fórmula del peso predictivo del ARDSnet. Se solicitó a médicos de staff (MS), residentes de medicina interna (RMI), enfermeros (EN), kinesiólogos (KI), y nutricionistas (NU) que estimaran el peso actual, ideal y altura de los pacientes. Para evitar ajustes involuntarios las mediciones reales no fueron reveladas hasta el final del estudio. Los resultados se expresan como porcentaje promedio de error, en cada grupo de observadores. Se utilizó chi-cuadrado o ANOVA, según correspondiera (SPSS 13.0-Windows). Resultados: se incluyeron 42 pacientes (24 hombres). Se muestra porcentaje de error en peso actual e ideal, y en altura. Además se midió el porcentaje de profesionales cuya estimación de peso y de altura tuvo un error < al 20%, y al 5%, respectivamente.

Operador	% Error en Peso Actual	% profesionales con exactitud hasta 20%, en peso actual*	% Error en Peso Ideal	% profesionales con exactitud hasta 20%, en peso ideal#	% Error en Altura	% profesionales con exactitud hasta 5%, en altura"
MS	10.58±6.64	90.5 %	12.25±11.89	83.3 %	2.28±2.06	90.5 %
RMI	12.39±10.53	81 %	16.04±13.01	69 %	2.65±2.46	83.3 %
EN	10.80±9.22	83.3 %	15.33±15.34	92.9 %	2.82±2.88	81 %
KI	11.90±9.15	78.6 %	15.27±12.97	69 %	2.76±2.01	85.7 %
NU	11.09±7.14	90.3 %	14.04±13.17	67.7 %	2.20±1.89	90.3 %

No hubo diferencia significativa entre los grupos (*p 0.73; #p0.89; y "0.78 respectivamente).

Conclusión: En nuestro Servicio las estimaciones visuales de peso y altura en pacientes críticos son frecuentemente incorrectas. La inexactitud de estas determinaciones puede derivar en la incorrecta dosificación de medicaciones, aplicación de la ventilación mecánica, y cálculos de función renal y parámetros nutricionales.

0070 DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE ARTERIA CARÓTIDA. NUEVOS RECURSOS. PRESENTACION DE DOS CASOS
ME IGLESIAS, E MINOLDO, H LONDERO, L MARTINEZ RIERA, CROMERO, S JARCHUM, MJ ARAMBURU, L RASSI, AB GARCÍA GIL, E ASINARI, A SALGADO, F CALZOLARI, V CAGLIERI, C GALLETI
 Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Introducción. Objetivo: Las lesiones vasculares cerradas son cada vez más diagnosticadas y tratadas, debido a los nuevos recursos en imágenes y a la mayor predisposición en la sospecha clínica. La disección traumática de la arteria carótida (DTAC) es de diagnóstico difícil o tardío, debido a que se asocia frecuentemente con otras lesiones graves. La mortalidad es elevada, hasta del 40%. La frecuencia de daño neurológico permanente oscila entre un 60 y 80%. Es una importante causa de stroke en pacientes jóvenes. El objetivo de la presente comunicación es mostrar la aplicación de nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos en dos casos. Pacientes y Procedimientos: Caso 1: Mujer de 51 años derivada por TEC. Glasgow 10/15 y hemiparesia braquiocrural derecha. RM de cerebro: lesiones isquémicas corti-subcorticales frontoparietales bilaterales. En la angiografía RMN disección carotídea bilateral con estenosis significativa en el segmento cervical post bulbar de ambas arterias y pseudoaneurisma de arteria carótida interna izquierda (CII). Se comienza anticoagulación, logrando la reperusión de la arteria carótida interna derecha (CID). Por fluctuación en el estado de conciencia se realiza tratamiento endovascular de CII con colocación de stent de forma exitosa. Evoluciona favorablemente, persistiendo paresia leve braquiocrural derecha. Al año Escala de Rankin modificada (ERM) de 2. Velocidades normales en Doppler de vasos del cuello y angiografía RMN con imagen normal de la CII e imagen residual crónica sin obstrucción en CID (Fig. 1). Caso 2: Mujer de 19 años de edad, colisión en cuadríciclo, sin casco. Es trasladada desde ciudad del interior con Glasgow < de 8. En UTI se coloca en ventilación mecánica y luego se

realiza scan TC que incluyó angio de vasos del cuello (Fig.2) donde se objetiva disección carotídea derecha (CD) y traumatismo esplénico. Presenta shock hipovolémico. Se realiza esplenectomía, luego en hemodinamia se coloca stent CD dada la imposibilidad de anticoagulación por cirugía mayor reciente Evolución estable, en el post operatorio inmediato. A los 5 días es extubada. Al alta ERM de 1 y al mes de 0. Discusión y Conclusiones: La DTAC puede producir un doble lumen en la luz del vaso con obstrucción del mismo, formación de pseudoaneurisma y/o manifestaciones embolicas distales. Ante un alto índice de sospecha los estudios vasculares con RMN, TC y desde luego angiografía, permiten su diagnóstico. En casos seleccionados de DTAC, como los que se comunican, el recurso de la precoz revascularización con stent, restaura la integridad del lumen del vaso (ambos casos) pudiendo obliterar un pseudoaneurisma asociado (caso uno) y prevenir la ocurrencia de nuevos eventos isquémicos, sin necesidad de anticoagulación adicional, no existiendo por otra parte ningún estudio definitivo, que asegure la eficacia de este último tratamiento.

0071 TRATAMIENTO INUSUAL COMBINADO CON FIBRINOLISIS INTRAARTERIAL Y STENT EN DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CARÓTIDA. PRESENTACIÓN DE UN CASO
E ASINARI, ME IGLESIAS, V CAGLIERI, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, L RASSI, AB GARCÍA GIL, A SALGADO, F CALZOLARI, G FOA TORRES, J MARTÍN, H LONDERO, C GALLETI
 SANATORIO ALLENDE, CÓRDOBA, ARGENTINA

Introducción. Objetivos: el tratamiento médico usual de la disección espontánea de la arteria carótida (DEAC) y aún de la traumática, consiste en el uso de anticoagulantes (heparina seguida de warfarina) aunque ningún estudio randomizado definitivo ha comprobado su eficacia. Un tratamiento más agresivo puede estar indicado en pacientes seleccionados con progresión de sus síntomas y persistencia de la estenosis. El objetivo de la presente es mostrar esta alternativa con el uso combinado de fibrinólisis intraarterial (FIA) más colocación de stent. Paciente y Técnica: Paciente mujer de 64 años de edad. Antecedente patológico de Accidente Isquémico Transitorio (AIT) un año antes. Hipertensión arterial tratada y controlada. Concorre a Neurología, por previo episodio de AIT 24 hs antes, durante la consulta desarrolla hemiplejía facio-braquiocrural izquierda (FBCI) y disartria. Se realiza RNM: en difusión se observa una tenue hiperséñal que compromete el territorio superficial y profundo de la arteria cerebral media derecha, sugestivo de ACV isquémico de reciente evolución. En angiografía RNM: ausencia de flujo en la carótida interna intrapetrosa y sifón carotídeo del lado derecho, así como también desde segmento M2 de la arteria cerebral media homolateral. En hemodinamia, se constata disección de la arteria carótida interna derecha y trombosis del segmento M1 de la arteria cerebral media con pobre circulación colateral. Se habla con familiares y obtiene consentimiento. Procedimiento: Se avanzó con microcateter y microguía franqueando la trombosis completa de la carótida interna hasta llegar a la arteria silviana. Se fragmenta el coágulo que provocaba obstrucción e inyectan 24 mg de tPA en 45 minutos. Posteriormente se colocan stent en tándem, primero auto expandible 4,5 x 30 mm desde el segmento C4 del sifón carotídeo hasta la porción intrapetrosa y luego telescopado un stent auto expandible 5 x 40 mm hasta por arriba del bulbo carotídeo. Se recupera la luz de la arteria y el déficit en forma parcial. A los minutos vuelve a deteriorarse clínicamente, se realiza control angiográfico y se observa recoil del stent y nueva oclusión. Se vuelve a montar el sistema de microcateter y se coloca un tercer stent balón expandible 3,5 x 8 mm a nivel de la porción alta de la carótida interna e inicio de la intrapetrosa recuperando de manera satisfactoria la luz arterial. Duración total del procedimiento desde diagnóstico: 6 horas. Aspirina y clopidogrel se administraron de inmediato. Evolución Inmediata: continúa con hemiplejía FBCI, sin disartria. TC de control a las 12 horas sin sangrado con signos de infarto. Alta de UTI a las 48 horas. Evolución Mediata: Alta institucional a los 5 días con rehabilitación. Al mes muy buena evolución. Escala de Rankin modificada de 2. Conclusión: La combinación de FIA y stent es una alternativa para el tratamiento de la DEAC en casos seleccionados. En el caso presentado se mostró segura y sin complicaciones asociadas.

0072 PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: PRESENTACIÓN DE UN CASO PARADIGMÁTICO

E. MINOLDO, MJ ARAMBURU, E ASINARI, ME IGLESIAS, L RASSI, C ROMERO, AB GARCÍA GIL, F CALZOLARI, A SALGADO, V CAGLIERI, C GALLETTI
Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Introducción y Objetivo: La pielonefritis enfisematosa (PE) es una infección necrotizante del parénquima renal y áreas circundantes, que determina la presencia de gas en el parénquima renal, sistemas colectores o tejido perinéfrico. Ocurre casi exclusivamente en pacientes diabéticos. Es una entidad poco común y potencialmente mortal, de patogenia incierta. La *E. coli* es el patógeno más frecuente. Las manifestaciones iniciales pueden ser trombocitopenia, deterioro agudo de la función renal, cambios en la conciencia y shock. Puede ser necesaria la nefrectomía. El objetivo de esta comunicación es mostrar un caso ejemplificador. **Material y método:** Caso clínico. **Presentación:** sexo masculino, 57 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, panvascular e infecciones urinarias recurrentes, que 48 hs antes del ingreso presenta debilidad generalizada, taquipnea, astenia, vómitos y dolor lumbar izquierdo. Ingresó a UTI con diagnóstico de shock séptico (trombocitopenia, acidosis metabólica y alteración de la función renal) presuntamente por pielonefritis aguda. Se tomaron cultivos y se inició tratamiento empírico con piperacilina/tazobactam por antecedentes de urocultivos con aislamientos de gérmenes resistentes a ciprofloxacina. Evolucionó con requerimientos de noradrenalina. Se realizó ecografía abdominal que no mostró hallazgos significativos. El paciente persiste plaquetopénico con necesidad de soporte transfusional. Mala evolución clínica con deterioro neurológico. De hemocultivos se aisló *E. coli* sensible al antibiótico seleccionado y a imipenem. A las 72 hs se realiza TC de abdomen con contraste, donde se observan imágenes de densidad aérea en parénquima renal izquierdo con cambios inflamatorios de la grasa perirrenal compatibles con PE. Se decidió conducta quirúrgica, el procedimiento final resultó en nefrectomía por las características macroscópicas del órgano. Durante el posquirúrgico inmediato requirió ventilación mecánica. A las 48 hs de la cirugía repitió controles de fiebre. Se realizan hemocultivos y TC de abdomen (cambios seculares de la cirugía de nefrectomía). Se rota esquema antibiótico a imipenem. Buena evolución clínica, se discontinuaron inotrópicos. Alta del servicio al séptimo día con tratamiento antibiótico. **Discusión y Conclusiones:** La PE es una rara condición que ocurre usualmente en pacientes diabéticos. Es rápidamente progresiva con una mortalidad del 70 al 90% con tratamiento médico solamente. Resulta de una inflamación necrotizante por microorganismos productores de gas. Las características clínicas, como ejemplifica el caso, son indistinguibles de la pielonefritis aguda grave. Debe sospecharse siempre ante escasa respuesta al tratamiento antimicrobiano adecuado y confirmarse mediante TC, con o sin contraste. Es imprescindible el tratamiento quirúrgico (aunque se han comunicado procedimientos percutáneos) que puede incluir nefrectomía.

0073 TRATAMIENTO INUSUAL DE UN ANEURISMA CEREBRAL INUSUAL. REPORTE DE UN CASO

L. RASSI, MJ CABRERA, G FOA TORRES, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, ME IGLESIAS, C ROMERO, E ASINARI, AB GARCÍA GIL, F CALZOLARI, A SALGADO, V CAGLIERI, C GALLETTI
Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Introducción. Objetivo: Los aneurismas de la arteria cerebrosa posteroinferior (PICA) constituyen el 0,5 al 2%, siendo los de origen distal sólo el 0,3%. Son generalmente menores a los 12 mm. Los disecantes (AD) espontáneos son excepcionales y su verdadera incidencia es desconocida. Si la disección es entre la capa media y la adventicia puede producir Hemorragia Subaracnoidea (HSA). Se presenta un caso con sus características clínicas, imágenes y procedimiento terapéutico empleado, la oclusión del vaso. **Reporte del caso:** Varón de 28 años, músico, tabaquista y consumo de drogas ilícitas (CDI). Remitido por pérdida transitoria de conciencia, asociado a cefalea intensa y vómitos. Asistido en su ciudad de origen, se realizó Tomografía (TC) de cráneo: HSA a nivel de cisura interhemisférica anterior y sistema ventricular. Hunt y Hess (HH) de I - Fisher

IV. Al ingreso H-H 1, sin déficit motor ni sensitivo, con rigidez de nuca moderada. Se realiza angiografía cerebral que no objetiva claramente causa de HSA, sólo aparente defecto de llenado en PICA izquierda, e irregularidades difusas bilaterales de vasos distales en circulación anterior. Evolucionó con hidrocefalia obstructiva en TC, deterioro sensorial y cefalea intensa. Se coloca catéter de drenaje ventricular externo. En el día 8 una segunda angiografía evidencia aneurisma disecante de 3 mm a nivel de la PICA izquierda dominante, en el segmento post tonsilar. En el día 10 se realiza embolización endovascular con coils de desprendimiento controlado hasta ocluir completamente la luz arterial. Se excluye completamente la disección y se confirma llenado a contracorriente del territorio distal. Se indica anticoagulación con heparina sódica. Al día siguiente una TC mostró hemorragia intraparenquimatosa pequeña frontal derecha y cápsulo-tálamo-peduncular izquierda e intraventricular. Se retiró heparina. Evolución favorable, el día 23 se coloca válvula de derivación definitiva, presenta clínica cerebelosa en hemisferio derecho, dismetría e inestabilidad en la marcha con lateralización a la derecha. Ocho meses después, ha vuelto a cantar en público, marcha conservada, discreta alteración en el manejo de mano derecha referido como dificultad para tocar la guitarra. **Discusión. Conclusiones:** Los AD de la PICA son muy raros. Se han invocado numerosos factores predisponentes como displasia fibromuscular, poliquistosis renal, defectos congénitos y adquiridos de la pared vascular e hipertensión arterial, no habiéndose comprobado ninguno, lo mismo en relación con CDI que sí explicaría los defectos vasculares distales. El tratamiento endovascular con oclusión total del vaso es controvertido, no obstante el riesgo de resangrado es del 24 % con muy alta tasa de mortalidad, por lo que hay consenso en que deben ser abordados. Una opción es la oclusión del vaso tras comprobar en la angiografía una aceptable circulación de suplencia de la arteria cerebelosa anteroinferior. Es imprescindible un abordaje multidisciplinario por la complejidad en la toma de decisiones y en el manejo clínico.

0075 UTILIDAD DE LA EVALUACIÓN DE MOTILIDAD INTESTINAL POR ECOGRAFÍA PARA INICIAR LA NUTRICIÓN ENTERAL PRECOZ EN POSTOPERATORIO ABDOMINAL

E. MINOLDO, C ROMERO, S JARCHUM, ME IGLESIAS, JF CABRAL, V CAGLIERI, C GALLETTI
Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Introducción: La nutrición enteral se define como la administración de nutrientes en el tracto gastrointestinal, diferente del ingreso consciente a través de la vía oral. La nutrición enteral precoz (NEP) definida como aquella que se inicia durante las primeras 36 hs desde la cirugía, es un método de soporte nutricional con efectos benéficos. La manipulación del intestino durante la cirugía provoca íleo postoperatorio, pero la recuperación de la capacidad absorbente del intestino delgado ocurre pocas horas después del acto quirúrgico, lo que posibilitaría el uso de la vía digestiva con dietas enterales. Es por esto que la vía digestiva se puede emplear, en casos seleccionados, sin esperar la presencia de ruidos intestinales. **Hipótesis:** La ecografía abdominal puede detectar motilidad intestinal clínicamente no evidenciable, lo que permitiría un elemento objetivo para iniciar la nutrición enteral precoz. **Objetivo:** demostrar que la NEP puede iniciarse ante la presencia de motilidad intestinal detectada por ecografía, en ausencia de peristalsis auscultable. **Material y Método:** Se estudiaron pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, que cursaron el primer postoperatorio de cirugía abdominal en terapia intensiva, con peristalsis objetivada ecográficamente antes de las 48 hs, en ausencia de ruidos hidroaéreos (RHA). A todos de forma personal o indirecta a través de un familiar de primer grado se les hizo firmar un consentimiento informado. Se realizó una eco-grafía abdominal a las 24 y 36 hs de la intervención con el objetivo de comprobar la presencia de movimientos peristálticos que permitieran iniciar la alimentación enteral precoz. Los RHA se auscultaron tres veces por día. La NEP se inició inmediatamente después de demostrados los movimientos peristálticos por ecografía y en ausencia de RHA. Para poder enrolar a los pacientes, se obtuvo el consentimiento del cirujano tratante. Los pacientes podrán, en forma paralela estar recibiendo nutrición de tipo parenteral, con el objetivo de cubrir los requerimientos calóricos proteicos si fuera necesario, quedando esto

a criterio del médico tratante. Los datos fueron analizados por test de Fisher para valores nominales. Se utilizaron pruebas de sensibilidad y especificidad. Los valores de p menores de 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos. Los datos fueron analizados con el software EPIDAT versión 3.1, Arcus Quickstat Biomedical y Microsoft Excel. Resultados: Se enrolaron trece pacientes entre agosto del 2007 y octubre del 2008. Cuatro no fueron incluidos por decisión del médico de cabecera. De los restantes nueve, el 100% presentó movimientos peristálticos observados por ecografía antes de las 36 horas. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones asociadas a la NEP. Conclusión: La información disponible afirma que la NEP es beneficiosa. Con una muestra mayor podríamos confirmar que, la ecografía abdominal puede ser una adecuada herramienta para demostrar actividad intestinal e iniciar el soporte nutricional temprano.

0076 FIBROSIS MEDIASTÍNICA ASOCIADA A FIBROSIS RETROPERITONEAL SIMULANDO SÍNDROME AÓRTICO AGUDO: REPORTE DE UN CASO

MJ LEDESMA, MS MARINSALDA, M BACIGALUPPI, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, ME IGLESIAS, C ROMERO, LE RASSI, AB GARCIA GIL, E ASINARI, F CALZOLARI, A SALGADO, V CAGLIERI, C GALETTI
Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción: La fibrosis retroperitoneal idiopática (FRI) se presenta en 1/200.000 habitantes, con predominio en hombres, una edad media de 50 a 60 años, de etiología posiblemente inmunológica. Afecta preferentemente tejidos ubicados por debajo de la bifurcación aórtica, siendo muy frecuente el compromiso ureteral. Su asociación con fibrosis mediastínica (FM) implica una patología sistémica. Se presenta un caso de esta rara asociación que motiva diagnósticos diferenciales críticos particularmente síndromes aórticos agudos (SAA). Material y Métodos: Reporte de un caso. Caso Clínico: Paciente sexo masculino, 65 años de edad. Internado para una liberación mielomeningoradicular más artrodesis lumbar. Presentaba como antecedentes hipertensión arterial, dislipemia, FRI de 12 años de evolución, con nefrectomía izquierda por uronefrosis secundaria a la fibrosis. Durante el post quirúrgico inmediato internado en UTI, evolución con dolor precordial opresivo sin irradiación sin cambios en ECG. La Rx. de tórax mostraba ensanchamiento mediastinal. Se realizó una TC helicoidal que evidenció aumento del diámetro de aorta ascendente, con engrosamiento concéntrico de la pared, dilatación de la vena álgica y múltiples adenopatías. El ecocardiograma reveló hipertrofia del ventrículo izquierdo, calcificación aórtica, insuficiencia mitral leve y pequeño derrame pericárdico. Un aortograma mostró irregularidades a nivel del cayado y en la cinecoronariografía se observó obstrucciones no significativas de las arterias coronarias y obstrucción total de arteria subclavia izquierda. Se programó toracotomía exploradora con diagnóstico presuntivo de síndrome aórtico agudo (hematoma intramural). La macroscopía impresionó fibrosis. Anatomía patológica: tejido inflamatorio crónico asociado a intensa fibrosis. No se aisló ningún germen del material remitido. Discusión: La FM es una enfermedad rara y benigna incluida dentro del grupo de las fibrosis idiopáticas sistémicas, que afecta predominantemente a pacientes entre 30 y 60 años. La presentación depende de las estructuras comprometidas, pudiendo manifestarse como compresión aórtica, síndrome de la vena cava superior, cor pulmonar, por obstrucción de la arteria pulmonar, pericarditis con derrame pleural, obstrucción bronquial, esofágica o coronaria. Por este motivo puede simular o coexistir con diversos cuadros agudos propios de los SAA: hematoma intramural, disección, o ruptura contenida. La asociación de FM y FRI es rara, en una serie de 491 pacientes con FRI solo 3,3% presentaron FM. El tratamiento de la fibrosis multifocal incluye la búsqueda de infección o malignidad oculta, supresión de fármacos predisponentes o corticoterapia. Los glucocorticoides tienen una efectividad del 80%. En casos refractarios la inmunosupresión con acetato de medroxiprogesterona, progesterona y tamoxifeno pueden ser útiles. El tratamiento quirúrgico se reserva para los pacientes que no responden a los inmunosupresores. Diversas propuestas fueron expuestas al paciente quien no aceptó temporariamente ninguna de ellas.

0077 IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD PARA REDUCIR LAS INFECCIONES PREVALENTES IDENTIFICADAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DEL HOSPITAL NACIONAL PROF ALEJANDRO POSADAS. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN ANTES – DESPUÉS

F Loiacono, L Aguilar, C Apezteguia, F Rios, G Berenstein
Hospital Posadas, Argentina.

Objetivos: 1- Disminuir la frecuencia de Neumonía asociada a la Ventilación Mecánica (NAV) en los pacientes internados en la UCI que se encuentran en ARM. 2- Mejorar la seguridad en la atención de los pacientes. 3- Concientizar al personal de salud en el problema relacionado a las infecciones intrahospitalarias, promoviendo la adhesión a las medidas de prevención. 4- Evaluar los resultados en cuanto a la utilización de prácticas de seguridad luego de la implementación de medidas educativas. Material y métodos: Estudio de intervención con valoración antes y después, realizado en la UCI del Hospital Posadas, en un período de 10 meses. La UCI se compone de una Terapia Intensiva de 10 camas, y una Terapia Intermedia con 12 camas. Población de estudio: Pacientes mayores de 18 años ingresados en forma consecutiva por patología clínica y/o quirúrgica que estuvieron en VM por más de 48 horas. Excluidos: Pacientes internados menos de 48 horas y en los que no pudieron realizarse procedimientos para diagnóstico de NAV. Se incluyeron 118 pacientes en seis meses. Se recogieron datos desde el ingreso hasta 7 días posteriores al egreso de UCI. En internación prolongada la observación se realizó hasta los 30 días. El estudio se dividió en tres etapas, una 1ª etapa pre-intervención. Se incluyeron pacientes en tres meses. Se midió la incidencia de NAV y se evaluó la implementación o no de prácticas de seguridad que contribuyan a disminuir la incidencia de NAV. Una 2ª etapa (cuatro meses), donde se diseñó e implementó un programa educativo que promovió la implementación de medidas de prevención (higiene de manos, cabecera a 45º, higiene oral, presión del balón del tubo orotraqueal, aspiración del lago faríngeo), y una 3ª etapa de evaluación (post-intervención) de tres meses, donde posterior a la intervención educativa se incluyeron pacientes y se evaluaron las mismas variables de la primera etapa, obteniéndose resultados cuantitativos, en lo que respecta al cumplimiento de prácticas de seguridad y frecuencia de NAV. Método estadístico: Estadística descriptiva, medias o medianas y desvío estándar o percentiles y sus intervalos de confianza cuando correspondiera. Para la comparación de los grupos: test Student o Mann-Whitney según correspondiera su distribución, se aplicó Test de Fisher exacto o chi cuadrado para comparar proporciones y datos categóricos. Resultados: La implementación de prácticas de seguridad luego de la intervención educativa disminuyó la tasa de NAV en un 28%. El programa educativo permitió disminuir la frecuencia de NAV y una mayor adherencia del personal de salud al cumplimiento de prácticas de seguridad. La higiene de manos fue la medida de mayor impacto; incrementó su adherencia en un 40%. Conclusiones: Se demuestra la utilidad de la implementación de un programa educativo como herramienta para mejorar la calidad de atención de los pacientes. Su aceptación permitió incrementar la adherencia a la mejor aplicación de las medidas de seguridad promovidas, y disminuir la incidencia de infecciones nosocomiales prevalentes.

0079 CORRELACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE TRIAGE CON LOS HALLAZGOS EN IMÁGENES EN PACIENTES CON ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SINTOMÁTICO

MJ DEMINGE, F ROWIES, E MOGNI, R MENDOZA, M POLETTO, L SOTELO, L LEIVA, R ALMIRÓN, J SCARAFFIA, A STRINNA
Hospital Universitario - Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: Las categorías de Triage se han correlacionado con pronóstico y uso de recursos en el Departamento de Emergencias (DE). Sin embargo, no existen reportes acerca de su potencial asociación con hallazgos de métodos complementarios. Objetivos: Evaluar la asociación de las categorías de un nuevo sistema de Triage con los hallazgos de los estudios de imágenes en pacientes (p) admitidos al DE por aneurisma de aorta abdominal (AAA). Métodos:

Estudio de corte transversal que incluyó los p admitidos al DE por AAA sintomático entre 01/00 y 06/05. Se asignó a cada p categoría de un nuevo Sistema de triage con 4 niveles. Se evaluaron en los estudios de imágenes los siguientes hallazgos: diámetro antero-posterior (DAP), diámetro transverso (DT), longitud (L), signos de complicación (COMPL) (hematoma periaórtico y/o hematoma retroperitoneal y/o líquido libre), compromiso de arterias periféricas (MMII), compromiso de arterias renales (RENALES), extensión suprarrenal (SUPRA), y trombo mural (TROMBO). Las variables continuas se expresan por mediana [rango intercuartílico (RI)] y se comparan por análisis de varianza de Kruskal-Wallis. Las categóricas se expresan por porcentaje [intervalo de confianza del 95% (IC 95)] y se comparan mediante Prueba Exacta de Fisher. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Resultados: Se incluyeron 89 p (fueron excluidos 5 p por insuficiente información) de 73 (RI 68-78) años. El 91% (81 p) fue de sexo masculino. Las categorías de triage fueron: I: 58 p (65,2%), II 8 p (9%), III 4 p (4,5%), IV 18 p (20,2%). La asociación con los resultados de las imágenes se muestra en la Tabla:

	I (n 58)	II (n 8)	III (n 4)	IV (n 18)	P
DAP [cm]	75 (59-89)	59 (41,3-68,7)	54,5 (53,3-52,5)	59,3 (46,4-69,1)	<0,01*
DT [cm]	74 (57,5-88,8)	62 (41,3-74)	57,8 (49,1-63,8)	56,8 (45,7-69,1)	<0,01*
L [cm]	110 (91-128)	98,5 (77,4-111,3)	88 (88-88)	100 (59-110)	NS
COMPLIC [%]	46,6 (32,9-60,3)	37,5 (0-77,3)	0 (0-12,5)	5,6 (0-18,9)	<0,01†
RENALES [%]	12,1 (2,8-21,3)	12,5 (0-41,7)	0 (0-12,5)	5,6 (0-18,9)	NS
MMII [%]	20,7 (9,4-32)	50 (9,1-90,9)	0 (0-12,5)	16,7 (0-36,7)	NS
SUPRA [%]	20,7 (9,4-32)	12,5 (0-41,7)	0 (0-12,5)	5,6 (0-18,9)	NS
TROMBO [%]	53,4 (39,7-67,1)	62,5 (22,7-100)	100 (87,5-100)	38,9 (13,6-64,2)	NS

* Categoría I versus Categorías II/III/IV

† Categorías I/II versus Categorías III/IV

Conclusiones: En una población de p admitidos al DE por AAA, el Nivel I de Triage se asoció con mayores diámetros anteroposterior y transversos, y los Niveles I y II con una mayor frecuencia de signos de complicación en los estudios de imágenes.

0081 EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE MOVILIZACIÓN PRECOZ EN EL PACIENTE CRÍTICO

JC FUNEZ, MC COCCIA, ML FAGGIANO, V GALENDE, MM LEDESMA, MA TORRES, DM ZERDÁN
Hospital Córdoba, Argentina.

Objetivo: Establecer la relación existente al implementar un Protocolo de Movilización Precoz entre: Edad, Sexo, Diagnóstico, Glasgow, Escala de Asia, Condición, Días de Estadía en UTI, Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) y Días con AVM. Material y Método: Trabajo descriptivo, prospectivo realizado en los Servicios de Terapia Intensiva (UTI) y Unidad Coronaria (UCO) del Hospital Córdoba (Córdoba, Argentina), entre los meses de Enero y Mayo de 2009. Consistió en la aplicación de un Protocolo de Movilización Precoz en el paciente crítico, 2 veces por día. Método estadístico utilizado Test Exacto de Fisher. Resultados: Se incluyeron 53 pacientes (P) 29 hombres y 24 mujeres. Las variables Edad $p=0,08$, Sexo $p=0,72$, Condición $p=0,29$ y Días de estadía en UTI $p=0,52$ en relación al Protocolo (PC) no fue significativa. La relación entre PC y Diagnóstico presentó una $p=0,0001$. El 88% de los P con Cardiocirugías deambularon independientemente (DI), el 60% de los P con Neurocirugías y otras Cirugías presentaron Sedestación al Borde de la cama (BC). P con Alteraciones Clínicas el 45% Sedestación a 65° (B6) y 35% BC. Los P Quemados el 67% Bipedestación con Asistencia (BA). PC y Glasgow $p=0,0001$. P con escala (ES) óptima el 58% DI. P con ES leve el 67% BC, P con ES moderada 58% BC, P con ES grave 3 B6. Cambios en la escala de Glasgow $p=0,001$. 56 70% permaneció igual (=) o no mejoró (NM), deambulación con asistencia (DCA) o DI 100% = o NM. PC con AVM $P=0,002$ 47% de los P con AVM DI, sin AVM 44% BC. PC con días de AVM $p=0,002$. P con 1 o 2 días de AVM 68% DI, P con 3 y 8 días de AVM 33% DI y 33% B6, P entre 9 y 16 días de AVM 67% BC. PC y Escala de Asia $p=0,005$, P con ES óptima o leve 90% Sedestación a 45° (S4), P con ES óptima 53% BC, P con ES óptima o leve 100% BA, P con ES óptima 100% DCA o DI. Cambios en la ES de Asia $p=0,03$ 56 100% = o NM, BC 73% = o NM, DCA o DI 100% = NM. Conclusión: Las variables edad, sexo, condición, días en UTI, no guardan una relación directa con las etapas alcanzadas en la implementación del protocolo. Mientras que

la relación con las variables diagnóstico, escala de Glasgow, días con AVM, AVM y escala de Asia tienen una alta relación. A pesar del reconocimiento de las dificultades ocasionadas por las variables citadas a la implementación de un protocolo de movilización precoz, insistimos en la importancia que este reviste para favorecer la actividad de los pacientes críticos, y evitar así el deterioro físico o el retraso de su recuperación, adicionando un nuevo factor de riesgo causado por innecesarios y prolongados períodos en estricto reposo.

0082 SEGUNDO ESTUDIO INTERNACIONAL DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA

E MONTEVERDE, A FERNANDEZ, JA FARIAS

Capítulo de terapia Intensiva pediátrica SATI, Argentina.

Introducción: La ventilación mecánica (VM) es una práctica comúnmente empleada en las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs), la tasa de su utilización puede aumentar en el pico estacional de las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB). En los últimos diez años han aparecido estudios que muestran los beneficios de la implementación de estrategias para disminuir los riesgos relacionados con su uso. Objetivo: Describir la práctica diaria de VM en el pico de IRAB y sus desenlaces. Pacientes y métodos: Todos los pacientes admitidos consecutivamente durante un mes y que recibieron VM por más de 12 horas en 60 UCIP distribuidas por 13 países. Al ingreso a la UCIP se registraron: características demográficas, score de PIM II, causa de inicio de la VM, modo ventilatorio, gases en sangre, parámetros del respirador, balance de fluidos, patologías preexistentes y complicaciones. Los pacientes fueron seguidos durante 28 días en VM y hasta el alta hospitalaria. Resultados: Ingresaron a la UCIPs 2156 pacientes, de los cuales 1186 (55%) recibieron VM. La mediana (M) de edad de los paciente ventilados fue 27, rango intercuartil (RIQ): 2-25, el peso en Kg fue M: 7, RIQ: 4-12; el PIM II score M: 4.5, RIQ: 1.3-13.4 y del total 41 % fueron de sexo femenino. El 77% de los pacientes ingresaron por fracaso respiratorio agudo, en este grupo el 30% correspondía a bronquiolitis, el 24% a neumonía y el 13% a sepsis, solo el 4 % ingresaron con diagnóstico de SDRA y 7,6% para cuidados postoperatorios. La media de duración de la VM fue de $6,7 \pm 7,8$ días, y la media de los días requeridos para el retiro de la VM fue de $1,6 \pm 2,4$. La estadía media en UCIP y la hospitalaria fue de $14,2 \pm 10$ y de $21,7 \pm 17$ días respectivamente. La mortalidad observada al alta de la UCIP fue del 13% (IC 95 % 11-15), mientras que la hospitalaria fue del 14% (IC 95 12-16). El porcentaje de utilización de los modos ventilatorios en orden decreciente fue A/C PLV 41%, A/C VLV 20%, SIMV+PS 13%, NIV 8%, PSV 2% y VAFO 1,7%. Un total de 891 pacientes fueron sometidos a weaning, de ellos un 71% realizó una test de ventilación espontánea (TVE) y 29% reducción gradual de la VM (RGVM). La media de los días transcurridos hasta a la extubación en aquellos que se realizó TVE fue de $0,87 \pm 0,71$ que cuando fue comparada con la RGVM: $1,8 \pm 3,27$ fue significativamente menor $p=0,001$, mientras que la media de días de ventilación previo al weaning fue de $5,82 \pm 6,3$ vs $5,83 \pm 7,3$ para cada uno de los grupos respectivamente, $p=0,98$. Conclusión: 1) Uno de cada 2 niños que ingresan a UCIP durante el pico de IRAB reciben VM, siendo la causa más frecuente el FRA secundario a BQL. 2) El modo más frecuentemente utilizado para el soporte ventilatorio es la A/C-PLV. 3) El tiempo de ventilación mecánica es significativamente menor en los pacientes que se implementa el TVE 4) Con respecto a un estudio similar de nuestro grupo hubo un considerable aumento en el uso de VNI y la supervivencia de los pacientes pediátricos ventilados fue significativamente mayor.

0083 SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN HEMODINAMIA

AJL SOTO, NC SILLS, P BARBIERI, E SOLOAGA, H IRIAT, A LUEBS, E PIÑERO, J CHERTCOFF
Hospital Británico, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Paciente masculino de 62 años de edad, que ingresa UCI con diagnóstico de infarto agudo de miocardio no Q tipo ST de cara inferior, con antecedentes de diabético tipo II insulina requeriente, dislipidemia, accidente cerebrovascular, cursando 7 día de trasplante autólogo de médula ósea. Presenta desaturación con insufi-

ciencia respiratoria de tipo 2 por fallo de bomba y edema agudo de pulmon. PH: 7,38; PCO2: 48 mm hg.; PO2: 54 mm hg; Bicarbonato: 28 mEq/L EB: -5; saturación: 86 %; mala mecánica ventilatoria con respiración paradójica y taquipneico. Se decide soporte ventilatorio no invasivo, modo ST IPAP 14 CM H2O, EPAP 8 CM H2O, FR: 18 X m; FiO2: 60 %. Con esta forma de ventilar se lo lleva a hemodinámica, intervenido con angioplastia y colocación de dos (2) stent, durante el procedimiento recibió soporte de anestésicos, midasolan, fentanilo 5 gamas, luego 17 gamas, remifentanilo y propofol. El procedimiento duro 40 minutos, logrando buena reperfusión. Gases intra procedimientos PH: 7,40, PCO2: 41mm. hg.; PO2: 330 mm. Hg.; Bicarbonato: 30 mEq/L; EB: 7; saturación: 99%. Se retira la VNI disminución de la sedación con una mascarilla la 50 % FiO2, buena mecánica ventilatoria. Conclusión: Sería eficaz tener en cuenta ciertos pacientes con insuficiencia respiratoria para procedimiento que requieran intervenciones cortas. 1) La intubación oro traqueal es perjudicial con una alta tasa de mortalidad para pacientes post-transplante o inmunosuprimido. 2) La coordinación multidisciplinaria que involucra terapeuta, anestesiólogo y kinesiólogo con practica en método no invasivo. 3) Se sugiere mayor estudio y trabajo en equipo.

0084 ASPERGILOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

G. ASTESANA, R GORORDO IPIÑA, A RIVERO, C LUCERO, P LADA
 Clínica Privada Caraffa, Argentina.

Introducción: La aspergilosis es una infección frecuente en pacientes inmunodeprimidos invadiendo el tejido pulmonar en el 90% de los casos. Caso Clínico: Paciente de 69 años, de sexo masculino, con antecedentes de HTA, hiperplasia benigna de próstata y ACV isquémico. Que consulta por deposiciones diarreicas líquidas explosivas con dolor cólico que calma con las deposiciones, al ingreso se realizó radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos y ecografía abdominal observándose en pelvis retroperitoneal formación sólida heterogénea que compromete el psoas derecho de 200 x 178 mm. La TAC abdominal determinó imagen tumoral en retroperitoneo. Se realizó punción biopsia guiada por ecografía. La anatomía patológica demostró proceso inflamatorio crónico con áreas de necrosis y material micótico abundante, compatible con aspergillus y cultivos: positivos para aspergillus spp. Se realizó laparotomía extrayéndose un tumor de 3 kilos. El paciente recibió tratamiento con intracónazol endovenoso. Evoluciona con complicaciones presentando neumonía intrahospitalaria que lo llevó a requerir ventilación mecánica falleciendo cuatro días después. Conclusión: Se presenta este caso debido a que las infecciones por aspergilosis es frecuente en personas inmunocomprometidas y que su presentación habitual es en pulmón. Encontrándose en la bibliografía que las personas sanas podrían sufrir neumonitis agudas o sinusitis por aspergillus, no describiéndose a nivel abdominal. Es por eso la importancia de presentar este caso.

0086 ABSCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES POST-VARICELA EN UN LACTANTE

L. BOTTARO¹, AM VELEZ¹, JM MENZELLA¹, M CALDERÓN², DE ALLENDE¹, G FERNANDEZ GALVEZ¹
¹UTIP. POLICLINICO NEUQUEN, Argentina. ²NEUROCIRUGIA. POLICLINICO NEUQUEN, Argentina.

Objetivo: Presentación de caso clínico. Lactante con colección hemorrágica subdural espontánea que después de infección por varicela ingresa con shock séptico y abscesos cerebrales múltiples a neumococo. Caso Clínico: varón de 5 meses, masculino, eutrófico, alimentado con leche materna, vacunas completas. Un mes antes de la internación comenzó a estudiarse en Neurocirugía por aumento del perímetro cefálico con hallazgo ecográfico de fusión hemorrágica subdural derecha espontánea, confirmada luego con RMN cerebral. 15 días después de haber cursado varicela ingresó con irritabilidad, vómitos, fiebre y catarro de vías aéreas superiores. Se policultivó, con examen fisicoquímico de LCR normal. Ante acentuación de los síntomas y con signos ecográficos de hipertensión endocraneana se derivó desde su hospital de origen a nuestra Unidad. Ingresó con Glasgow 11/15. Se realizó TAC, observándose hematoma subdural con desplazamiento de la línea media que requi-

rió evacuación quirúrgica de urgencia y ARM. En la cirugía se extrajo líquido hemorrágico con características purulentas, que cultivó en 24 hs neumococo penicilino-sensible, desarrollando también el mismo germen en el LCR del hospital de origen. Con diagnóstico presuntivo de hematoma subdural abscedado se lo medicó en el post-quirúrgico con ceftriaxona. El paciente evolucionó desfavorablemente, desarrollando shock séptico que requirió altas dosis de adrenalina (1,5 ug/kg/min), falla multiorgánica (PELOD 24), coagulación intravascular diseminada y trombosis distal de las cuatro extremidades. Ante fiebre persistente luego de 7 días de antibióticos se extrajo LCR que continuó desarrollando neumococo. Una nueva TAC mostró múltiples abscesos cerebrales, que incluso comprometían tronco, no quirúrgicos. A pesar de su recuperación hemodinámica, el niño falleció de un paro cardíaco súbito 15 días después. Conclusión: Las sufusiones hemorrágicas subdurales en niños con enfermedades anergizantes pueden complicarse con infección bacteriana, en este caso a neumococo, produciendo shock séptico y abscesos cerebrales de evolución fatal.

0090 HIDROCEFALIA COMUNICANTE POR CARCINOMATOSIS MENÍNGEA

W. BENITEZ, R BARRIENTOS, E BISHELS, A OLIVA, P VILLEGAS, L ESPINOSA, R VACA NARVAJA, G ZABERT
 Clínica Pasteur, Argentina.

Objetivos: Presentación de un caso clínico de deterioro del sensorio por hidrocefalia, secundaria a carcinomatosis meníngica. Material y métodos: Paciente de sexo masculino, de 68 años de edad con antecedentes de Tabaquismo, Hemicolectomía derecha por AdenoCarcinoma de Colon moderadamente diferenciado con afectación de ganglios mesentéricos, Estadio 3, tratado con Quimioterapia 4 ciclos, Hipertensión arterial tratado con Enalapril e Hidroclorotiazida. Ingresó a UTI por Síndrome convulsivo tónico clónico, presenta posteriormente a este paresia fascio-braquial izquierda, Glasgow 14/15. Laboratorio de ingreso: Hto: 43%-Hb:12,8mg/dl-GB: 5200/ml (8/16/1 -) Plaquetas: 478000-Na: 116-K: 2,5-Urea: 0,28-Creatinina: 0,60 y LCR: PH: 7,8-Glu:0,16-LDH: 55-Proteínas: 0,10-células totales: 4. TAC de encéfalo: acentuación de las cisternas, cisuras silvianas e interhemisféricas y surcos corticales asociado a moderada ventriculomegalia difusa y simétrica, 4º ventrículo de 13 mm, visualización de astas temporales, 3º ventrículo 13mm diámetro frontal 25 mm. No edema periependimario. No presencia de procesos focales parenquimatosos. La introducción de contraste no modifica la características del estudio. Punción lumbar con presión de apertura de 25 cmH2O. Además, se constata Hiponatremia hipoosmolar secundaria a Tiazidas, por lo que se suspende y se repone hipertónicos, con mejoría de la natremia. Intercurre con Neumonía de la comunidad, cumpliendo tratamiento con Ampicilina-sulbactam mas claritromicina. Paciente evoluciona, vigil, respondiendo a ordenes simples, fuerza simétrica de 4 miembros con debilidad a predominio de músculos proximales; reflejos osteotendinosos conservados. A las 72 hs, presenta deterioro del estado de conciencia, se realiza nueva TAC de encéfalo: moderada y uniforme dilatación del sistema ventricular con prominencia del 3º ventrículo y asta temporales 16 mm. diámetro frontal 26 mm. Se realizan nuevas Punciones lumbar con fisico-químico normal, se envían muestras a cultivo y anatomía patológica. Se realiza RMN de encéfalo: dilatación del sistema ventricular supratentorial, hallazgos compatibles con Hidrocefalia comunicante crónica. Se recibe informe de anatomía patológica: con células neoplásicas. Ante la confirmación de meningitis carcinomatosa se indica dexametasona y acetazolamida, sin evidencia de cambios en el estado neurológico. Se realiza colocación de válvula de derivación ventricular, con mejoría del cuadro por lo que se otorga alta institucional. Conclusiones: Se requiere un alto índice de sospecha clínica para el diagnóstico de esta infrecuente enfermedad, con la demostración de signos neurológicos en distintos niveles y la obtención de células malignas en líquido cefalorraquídeo para su confirmación diagnóstica.

0094 ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS MODOS DE VENTILACIÓN NO INVASIVA PARA EL RETIRO DE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN POSTOPERATORIOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA. INFORME PRELIMINAR

MM MONTONATI¹, G MORENO¹, LM LANDRY¹, ME GALVAN², V BECERRA¹, M KRYNSKI¹, R MAGLIOLA¹

¹UCI 35, HOSPITAL GARRAHAN, Argentina. ²HOSPITAL GARRAHAN, Argentina.

Introducción: La VNI ha demostrado su utilidad en pacientes adultos con edema de pulmón y exacerbaciones de enfermedades crónicas. Si bien en pediatría su uso está ampliamente difundido, son pocos los estudios clínicos que evidencian su eficacia, y ninguno en el weaning de pacientes ventilados. **Objetivo:** comparar la eficacia del BiPAP vs. el CPAP como método de destete de ventilación mecánica (VM) en niños posquirúrgicos de cirugía cardíaca (CCV), en un estudio clínico prospectivo, comparativo, controlado y aleatorizado. Pacientes y métodos: se incluyeron todos los lactantes menores de 6 meses o de 10 Kg operados de CC, con > 48 horas y < 21 días de VM, con criterio de destete de VM. Se excluyeron aquellos con defecto residual, miopatías, daño cerebral, parálisis frénica, peso < 2.5Kg o falta de consentimiento. Se registraron edad, peso, diagnóstico, cirugía, RACHS, factores de riesgo como días de VM, estado nutricional, benzodiacepinas y/o hipertensión pulmonar. Se consideró éxito como la persistencia de extubación por más de 48 hs y fracaso la necesidad de reintubación dentro de ese período. Los resultados se reportan como media y DS o valor absoluto y porcentaje. Para la comparación de ambos grupos se utilizó el test de Chi2 o Wilcoxon según correspondiera. Se consideró significativa una p<0.05, en un análisis a dos colas. **Resultados:** Se incluyeron 49 pacientes, 23 en CPAP y 26 BPAP. Los grupos fueron comparables en edad, peso, tiempo de clampeo, estado nutricional, tiempo de VM y mortalidad. El 50% se encontraba en categoría de RACHS=3. El porcentaje de reintubación fue 26 %en CPAP vs 11.5% en BiPAP (p= 0.18). El tiempo de internación en UCI fue menor para el grupo BiPAP (29 vs. 37 días p 0.88), con mayor N de altas a domicilio (63 vs 37 p=0.2), como así también una menor estadía de los pacientes en la sala de internación (8.8 vs 6.6 p 0.64). No se observaron complicaciones con ningunas de las modalidades ventilatorias. La mortalidad fue del 6%, 1 paciente del grupo CPAP y 2 del grupo BiPAP y ninguna de ellas estuvo relacionada con la VNI. **Conclusiones:** En nuestros pacientes la VNI resultó un método seguro para el destete de la VM. Se observó una tendencia a mejores resultados en BiPAP comparados con CPAP, (éxito, estancia hospitalaria, alta domiciliaria,) si bien el estudio no tiene la potencia necesaria para arribar a diferencias estadísticamente significativas por el momento.

0095 ENCEFALITIS HERPÉTICA EN ANCIANOS

R BARRIENTOS, W BENITEZ, P VILLEGAS, E BISHEL, A OLIVA, L ESPINOSA, R VACA NARVAJA, C PLOGER, G ZABERT
Clínica Pasteur, Argentina.

Objetivos: Presentación de un caso clínico. **Material y métodos:** Paciente de sexo femenino de 80 años de edad con antecedentes de Hipertensión arterial (enalapril, hidroclorotiazida), Hipotiroidismo (Levotiroxina 100 ug), Enfermedad de Addison (hidrocortisona 50 mg). Se encontraba cursando en sala general cuadro de sepsis con foco urinario en tratamiento con ceftriaxona, que evoluciona con deterioro del sensorio, somnolencia con Glasgow de 13/15. Se evidencia Hiponatremia hipoosmolar, se repone déficit de sodio, sin mejoría del sensorio. Recibe dosis sustitutivas de stress de hidrocortisona y dosis habitual de Levotiroxina. Evoluciona con disminución del Glasgow a 8/15, se instrumenta la vía aérea y se realiza TAC de encefalo que evidencia ACV isquémico temporal izquierdo. Presenta convulsión tónico clónico parcial a nivel facial y miembro superior izquierdo que cede con diazepam, repite episodio en varias oportunidades por lo que se indica midazolam en infusión continua, cediendo episodios, se trata además con ácido valproico y difenilhidantoína. Durante la internación presenta registros febriles por lo que se decide pancultivo incluyendo LRC. Permanece sin sedación por 72 hs, sin respuesta neurológica manteniendo Glasgow de 3/15, por lo que se decide realizar Resonancia Magnética Nuclear de encefalo, donde se evidencia en modo Flair y T2 hiperintensidad corticosubcortical en ambos lobulos temporales que involucran hipocampo y parahipocampo compatible con Encefalitis herpética. Se solicita PCR en líquido cefalorraquídeo que resulta positivo para Herpes simple. Por lo que se inicia tratamiento con aciclovir. Intercurre posteriormente con Neumonía asociada a

ventilación mecánica con rescate de staphilococo meticilino resistente en minibal por lo que cumple tratamiento con vancomicina más rifampicina. Evoluciona con déficit neurológico persistente, traqueostomizada, en asistencia respiratoria mecánica, evoluciona con arresto circulatorio por arritmia grave, obita a los 30 días de internación. **Conclusiones:** debido a la baja prevalencia de la Encefalitis herpética en pacientes ancianos, y por su alta mortalidad y a que su tratamiento temprano modifica en forma substancial su pronóstico vital y funcional, se propone plantearse dicha entidad en pacientes con antedichas alteraciones neurológicas.

0096 USO DE VNI EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIOVASCULARES PEDIÁTRICOS. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL FRACASO

BL URETA², JR VILLALBA², G MORENO¹

¹Hospital de Pediatría JGarrahan, Argentina. ²Hospital de Pediatría, Argentina.

Objetivo: Describir el uso de VNI en pacientes internados en UCI cardiovascular pediátrica e identificar factores de riesgo que lleven al fracaso, definido como requerimiento de ARM a las 72 hs. **Diseño:** Estudio observacional analítico retrospectivo. **Material y Método:** Se estudiaron 340 niños internados en UCI 35 durante el período 2005-2008 con indicación de VNI por ICC, como rescate en el fallo post-extubación y como weaning de ARM, se registraron datos demográficos, período pre (PREQ) o postquirúrgico (POP), tipo de interfase, la presencia de atelectasias (ATL), paresia diafragmática (PD), hipertensión pulmonar (HTP), infecciones, defecto residual quirúrgico (DR), lesiones cutáneas (LC), disfunción cardíaca (DC), síndromes genéticos (SG), neumotórax (NTX) y obstrucción de VAS, tiempo de exposición a la VNI, fracaso de la VNI y mortalidad atribuible. Se utilizó fuente de datos primarios, las variables continuas fueron tratadas con Test de Student o Ranksum de acuerdo a su distribución, las variables categóricas con Chi2, se realizó análisis de regresión logística univariado (ARLU) con Wald Test y para el control simultáneo de confundidores, un análisis de regresión logística multivariado (ARLM). En todos los casos se tomo como punto de corte 0,05 para asociación estadísticamente significativa (AES). **Resultados:** Se estudiaron 182 niñas y 158 varones, edad mediana 4,2 meses (r 0,5-216), peso mediana 4,7 kilos (r 2-64), 20 en PREQ y 320 en POP, la indicación más frecuente: weaning en un 86,76%, la interfase más utilizada, la cánula nasal, 99,71%, lesiones cutáneas en 5,29%, el tiempo de VNI fue de 1 a 11 días, fracasó el 17,65% y no hubo mortalidad atribuible a la VNI. Demostraron AES, p<0,05 Wald Test en el ARLU el ser <6 meses, la presencia de ATL, HTP, infecciones, DC y otras complicaciones como NTX y obstVAS. Al ser ingresadas a un modelo de regresión logística multivariado, son identificadas como factores de riesgo de fracaso: edad<6 meses OR: 3,30 (IC95% 1,50-7,25); ATL OR: 2,89 (IC 95%1,19-7,04); DC, OR:11,65 (IC 95%4,77-28); el tener NTX y obstVAS OR: 13,46 (IC 95%5,08-35,67). Se constató robustez del modelo con test de Hosmer - Lemeshow p=0,77 y discriminación global con Curva Roc ABC=0,81, se realizó diagnóstico de outliers y potenciales influyentes no confirmando como tales. **Conclusiones:** la VNI es de uso habitual en nuestra UCI, la indicación más frecuente es la de weaning, la interfase de elección es la cánula nasal, teniendo muy bajas complicaciones relacionadas a la misma, con un fracaso de un 17%, sin muerte atribuible al método. Si bien el NTX y la obstVAS son poco frecuentes, demostraron tener una fuerte asociación a fracaso, así como la disfunción cardíaca. Los lactantes menores de seis meses que representan el 50% de nuestra población, tienen 3,30 veces más chance de fracasar que los mayores. Si bien faltan aún estudios controlados en pediatría, la consideramos una alternativa terapéutica útil y en expansión en este tipo de pacientes.

0097 ANÁLISIS DE LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA COMO PREDICTOR DE MUERTE HOSPITALARIA INMEDIATA Y MEDIATA EN EL ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL SINTOMÁTICO

MJ FOSCO¹, R MERBILHÁA¹, G PROCOPIO¹, L AGUIRRE¹, A PACHECO¹, H RAFFAELLI², F KLEIN³

¹Emergencias, Hospital Universitario, Fundación Favaloro, Argentina. ²Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario, Fun-

dación Favalaro, Argentina. ³Terapia Intensiva, Hospital Universitario, Fundación Favalaro, Argentina.

Introducción: El síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) es un establecido marcador de riesgo de muerte en múltiples patologías agudas. Su significado pronóstico en pacientes (p) admitidos al Departamento de Emergencias (DE) por aneurisma de aorta abdominal (AAA) sintomático es menos conocido. **Objetivos:** Evaluar el significado pronóstico del SRIS al ingreso al DE de p con AAA sintomático. **Métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte que incluyó a todos los p consecutivamente admitidos al DE entre enero/2000 y junio/2005 por AAA sintomático. Los puntos finales fueron: 1) muerte hospitalaria inmediata (d"24 horas) y 2) muerte hospitalaria mediata (>24 horas). Se definió SRIS por criterios clásicos. Las variables continuas se expresaron por su mediana [rango intercuartílico (RI)] y se compararon por prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon. Las categóricas se expresaron por porcentaje [intervalo de confianza del 95% (IC 95%)] y se compararon por prueba Exacta de Fisher. Se construyó un modelo multivariado de regresión logística escalonada hacia atrás para cada uno de los puntos finales, que incluyeron las siguientes variables: edad, sexo, presencia de SRIS y/o shock al ingreso al DE, y desarrollo de sepsis durante la internación. En ambos modelos se forzó como variable la necesidad de intervención quirúrgica o por endoprótesis. Se calculó el odd ratio (OR) (IC 95%) para los predictores independientes. Se consideró significativa una p<0,05. **Resultados:** Se incluyeron 93 pacientes, edad 73 (RI 68-78) años. El 91,4% (85 p) fue de sexo masculino. Presentaron SRIS al ingreso al DE 16 p (18%). La mortalidad hospitalaria fue de 20,4% (19 p): 13 p (14%) d"24 horas y 6 p (6,5%) >24 horas. Se observó asociación significativa entre SRIS y muerte inmediata o mediata:

	SRIS (+) (n 16 p)		SRIS (-) (n 77 p)		P
	%	IC 95%	%	IC 95%	
Muerte inmediata	43,8	16,3-71,7	6,8	0,4-13,3	<0,01
Muerte mediata	33,3	0-69,7	4,4	0-10	0,02

En los modelos multivariados emergieron como predictores de muerte inmediata SRIS [OR 9,9 (IC 95%; 1,5-63,8)] (p 0,02) y shock [OR 1,4 (IC 95%; 2,3-86)] (p<0,01) al ingreso al DE, y de muerte mediata, SRIS al ingreso al DE [OR 21,7 (IC 95%, 1,8-267,9)] (p 0,02) y desarrollo de sepsis durante la internación [OR 42,8 (IC 95%, 1,9-989,4)] (p 0,02). **Conclusiones:** El SRIS al ingreso al DE se asoció positivamente con mortalidad hospitalaria inmediata y mediata en p admitidos por AAA sintomático.

0098 MORTALIDAD EN UTIP: ¿ES DIFERENTE EN LOS FINES DE SEMANA?

AL FERNÁNDEZ, M DE LA ROSA, L BUSSO, K CINQUEGRANI, K FIQUEPRÓN, A PICCIRILLI
Hospital El Cruce de Florencio Varela, Argentina.

Background: En 2005 se presentó en el Congreso Mundial un trabajo realizado en una UCI de adultos donde se detectó diferencia de mortalidad dependiendo del día de ingreso. La idea es reproducir el trabajo pero en una UCIP. **Objetivos:** Evaluar si la mortalidad de los pacientes ingresados durante los días de semana laborales difiere de aquella de los pacientes ingresados el fin de semana en una UCIP. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Análisis de todos los pacientes desde 29/06/2008 al 31/3/2009 de SATI-Q v2.9.3 modificada. STATA IC 10 para el análisis estadístico de dichos datos. La tasa de mortalidad cruda y rápida (dentro de las 48hs del ingreso) se dicotomizó en días laborales (lun.a vier.) y fines de semana. Se realizó regresión logística uni y multivariada, siendo el outcome: "mortalidad <= 48hs del ingreso" y la variable de interés el "ingreso durante el fin de semana". A través de run charts y control charts se evaluó la variabilidad de la mortalidad cruda y rápida en cada uno de los meses del año y en cada trimestre. **Resultados:** 218 Pacientes: Fem: 32.57% - Ingresados en fin de semana: 26.15%. Estadía 8.14 (1-84) DS 9.69 - Edad (meses) 40.62 (1-177) D5 51.18 -Prob.PIM2 10.39 (0-99) D5 19.95 - Tiss 28: 20.79 (10-50) DS7.52

Características de los pacientes	Semana Media (DS)	Fin de semana Media (DS)	P
Estadía	7.63 (8.64)	9.59 (12.17)	0.18
Edad (meses)	45.33 (52.03)	27.31 (46.59)	0.02
Prob. PIM 2	9.8% (19.63)	11.97% (20.91)	0.48
Tiss 28	20.50 (7.63)	21.63 (7.17)	0.33

La tasa de mortalidad global fue 11.47%. La tasa de mortalidad rápida global: 4.13%; Para aquellos ingresados los fines de semana: 3.51% y para los ingresados durante los días laborales: 4.35%, no encontrándose diferencia est. significativa (p = 0.07). La gravedad de los pacientes está significativamente asociada con la probabilidad de morir dentro de las 48hs del ingreso (p:0.00). En el run chart se observa aumento en la tasa de mortalidad global y rápida en el día Domingo. El control chart no evidencia que existe un punto fuera de control en ese día. Los dos pacientes fallecidos a las 48 horas de ingreso del día domingo tienen como diag. de ingreso Coqueluche. **Discusión:** El aumento de mortalidad global y rápida los días domingos nos obligó a evaluar cuál era el motivo. No hubo diferencias entre la cantidad de enfermeros por paciente, y el staff de enfermería es uniforme para ambos días del fin de semana. En cuanto al staff médico, no se hallaron factores que evidencien diferencias de destrezas, formación o atención. Se revisaron las patologías de los pacientes fallecidos, concluyéndose que la diferencia correspondía a dos pacientes con Coqueluche, por lo que se atribuye a la patología y su particular evolución el hallazgo de las diferencias no significativas estadísticamente en la mortalidad.

0099 ESTUDIO OBSERVACIONAL DE COHORTE PROSPECTIVO SOBRE SEPSIS EN PROCEDIMIENTOS Y MANIOBRAS INVASIVAS EN UTI

RE ALVAREZ
Hospital San Roque UTI 2 - Córdoba, Argentina.

Objetivos: Mediante este trabajo intentamos identificar cuáles son los procedimientos invasivos que desde el punto de vista infectológico inciden en mayor medida sobre la morbimortalidad en los pacientes internados en el servicio. **Material y métodos:** Se realizó un trabajo observacional de cohorte prospectivo en la terapia 2 del Nuevo Hospital San Roque durante el período comprendido entre el 01 de enero de 2006 al 30 de junio del mismo año. **Resultados:** Durante este estudio se incluyeron 522 pacientes y se realizaron 664 procedimientos Invasivos a razón de 1,27 procedimiento/paciente. Los días/uso de Tubo traqueal se distribuyeron de la siguiente manera: El 23% lo usaron hasta 72 h., el 58% entre 4 y 10 días, el 9 % lo usaron entre 11 y 20 días y el 10% más de 20 días. Los días/uso de catéter de la siguiente manera: El 7% usaron hasta 72 h., el 61% entre 4 y 10 días, el 18% entre 11 y 20 días y el 14% más de 20 días. Los días/uso de sonda vesical de la siguiente manera: El 8% lo usaron hasta 72 h., el 58% usaron entre 4 y 10 días, el 18% entre 11 y 20 días y el 16% más de 20 días. De 78 pacientes que requirieron ARM en Terapia Intensiva, 42(53,8%) pacientes desarrollaron neumonía asociada y a 8(19%) pacientes se les identificó germen causal de dicha infección (Por aspiración endotraqueal con catéter protegido) (); 6 desarrollaron Estafilococo Aureus y 2 Pseudomona Aeruginosa (Grafico 11) y 34(81%) no desarrollaron. De 337 pacientes a los que se les colocó sonda vesical a su ingreso a Terapia Intensiva, a 303 (90%) pacientes no se les aisló germen, a 34 (10% de tasa de infección) si presentaron urocultivo positivo; 22 pacientes desarrollaron Acinetobacter y 12 pacientes Pseudomona Aeruginosa Los pacientes con sospecha de ITU post colocación de SV 219, los tratados empíricamente fueron 185 (84,5%)y los tratados con antibiograma 34(15,5%). ITU por SV: Acinetobacter 22 (10%) y Pseudomona Aeruginosa 12 (6%). De 249 pacientes a quienes se les insertó catéter venoso central luego de su ingreso a Terapia Intensiva a 245 (98%) 4 (2%) se les identificó germen causal (Técnica de Maki) de los cuales 3 pacientes desarrollaron Estafilococo Aureus, 1 paciente Acinetobacter. Los pacientes post colocación de CVC tratados empíricamente fueron 23 (85%) y los tratados con antibiograma 4(15%). (Tabla 2), (Grafico 9) Se aclara que el tratamiento empírico fue frente a sospecha y no se les pudo confirmar con el hallazgo bacteriológico.Sepsis por CVC: Estafilococo Aureus 3 (11%) y Acinetobacter 1 (4%). **Conclusión** La sepsis por procedimientos

tos invasivos en terapia está influida por diversos factores, la mayoría de ellos tangibles de corregir para disminuir su morbilidad siempre y cuando conozcamos las fallas que tenemos en cada servicio, ya sea por falta de protocolos de colocación, mantenimiento y/o control de días uso de los mismos o por déficit en la asepsia de los que trabajamos en el servicio. Esto se lograría con un programa de educación continua al personal de enfermería y médicos en cuanto al manejo de los procedimientos invasivos en UTI.

0100 SISTEMA DE REGISTRO INFORMÁTICO EN UNA UCIP EN TIEMPO REAL Y SIN PAPELES - EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 6 MESES

K FIQUEPRÓN, L BUSSO, K CINQUEGRANI, AL FERNÁNDEZ, M DE LA ROSA, A PICCIRILLI
Hospital El Cruce de Florencio Varela, Argentina.

Objetivo: Describir la implementación de un sistema de registro informático en una UCIP. El registro se lleva adelante directamente en la PC, sin el llenado previo de ningún formulario en papel. **Introducción:** En Marzo 2008 se inauguró el Hospital El Cruce de Florencio Varela. Hospital Público Polivalente. 130 camas. Hospital de alta complejidad (UCIP, UCO, hospital de día, y cirugía) en red, cerrado a la comunidad, centralizando la alta complejidad de 6 hospitales. El 28/06/2008 se inaugura la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). En Feb. 2009, por pedido de las autoridades de la UCIP y gracias al apoyo institucional y político de la Dirección Médica, se incluye un informático como parte del Equipo. **Material y Métodos:** Análisis descriptivo de los registros de todos los pacientes ingresados del 29/06/2008 hasta el 31/12/2008 en una UCIP de 16 camas. Se categorizan a los pacientes por Patologías de Ingreso en: Cardiológico, Causa Externa, Neurológico, Posquirúrgico y Respiratorio. Los datos se expresan en promedios con desv. estándar. 1 PC en la Secretaría con el Software SATI-Q Pediátrico (modificado) – MS Access 2003 – Gráficos: MS Excel 2003. **Resultados:** 155 Pacientes.

Patología Ingreso	N	%	Prob.PIM2 (DS)	Edad (DS)	Estadía (DS)
Cardiológico	4	3	50.9 (39.2)	3.6 (4.9)	8.8 (8.65)
Causa Externa	38	25	13.8 (29.7)	5 (4.1)	5.1 (3.78)
Neurológico	13	8	16.6 (25.6)	3.4 (4.6)	4.6 (5.50)
Postquirúrgico	3	2	6.8 (11.1)	8.8 (7.3)	11.7 (10.79)
Respiratorio	97	63	8.8 (15.8)	2.1 (3.7)	9.4 (11.7)

Discusión: El registro en tiempo real de la información nos permite un monitoreo continuo de la situación, la programación estacional de sobrecargas de trabajo, consumo de material, monitoreo de los picos de infección intrahospitalaria, comparación de las variables de mortalidad y detección de errores y problemas. El conocimiento de las patologías prevalentes, su variación estacional, las diferentes cargas de trabajo que generan, los promedios de días de estadía por patología, el promedio de Pim, etc. nos provee información valiosa para la gestión proyectiva del Servicio, permitiendo trabajar en forma planificada y prospectiva, no sólo a través del monitoreo de la situación clínica particular del paciente sino del conocimiento racional del grupo de patologías que asistimos. **Conclusión:** Es posible implementar un sistema de registro electrónico médico dentro de una UCIP (sin la necesidad del uso de papeles para la recolección previa de los datos) en un tiempo relativamente corto y sin la necesidad de grandes inversiones de costos. La decisión política es un factor determinante para llevar a cabo esta realidad. El uso continuo del sistema durante los primeros 6 meses demostró ser de gran valor para la toma de decisiones, la gestión y el control de la calidad dentro de la Unidad.

0101 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA SIN BRONCSCOPIO, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE TIERRA DEL FUEGO

D DUARTE, N RAIMONDI, E PERRAULT, G FILIPPA, J BALBI, F PLANO, A MONTES, R MALTEZ, V ALONSO, P MONTES, H HERRERA

Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Rio Grande, Argentina.

Objetivo: Comunicar nuestra experiencia del procedimiento de traqueotomía percutánea (TP) sin guía broncoscópica en el Ser-

vicio de Terapia Intensiva (STI). **Material y Metodos:** Se analizó el periodo comprendido entre el año 2005 al 2009. Se realizó un estudio descriptivo. El procedimiento fue realizado por el médico intensivista, a la cabecera del paciente en el STI, bajo sedoanalgesia endovenosa y anestesia local. Se relevaron las siguientes variables de monitoreo durante el procedimiento: electrocardiograma (ECG), Saturometría de O₂ de pulso (SatO₂), nivel de CO₂ end tidal (ETCO₂), presión arterial no invasiva (PANI), y control post procedimiento con Rx de Tórax. Se utilizaron las siguientes técnicas de TP: la técnica de Ciaglia con set de dilatación única de TP de Cook Critical Care (Blue Rhino) y la técnica de Grigs con set de TP (Portex). Se registro el tiempo de duración del procedimiento. Se evaluaron las complicaciones durante el procedimiento y hasta el alta hospitalaria, además se analizaron las características demográficas. **Resultados:** Se realizaron 65 procedimientos, 45 con técnica de Ciaglia y 20 con técnica de Grigs. La distribución por patología de los pacientes fue: patología del sistema nervioso central 69%, neuromuscular de 5% y respiratoria 26%. La media de edad fue 42 +/- 7 años. Fueron hombres 65%. Se realizó traqueotomía temprana (antes de los 3 días) en el 25% de los casos y antes de los 10 días al 85%. Como complicaciones observamos sangrado leve 1,5% durante el procedimiento. Enfisema subcutáneo 1,5% y autodecanulación 3% durante su estadía en el STI e infección del ostoma 1,5% en sala general. La mortalidad directa al procedimiento fue 0% y del 9.2% relacionada a su patología de base. La decanulación entre los pacientes que sobrevivieron se realizó en un 89,2% con un promedio de 12 días +/- 4. En ningún paciente se realizó el procedimiento con guía broncoscópica. El tiempo promedio del procedimiento con ambas técnicas fue de 8 minutos.

COMPLICACIONES:

Sangrado leve	1.5% (1pte.)
Enfisema Subcutáneo	1.5%(1pte.)
Autodecanulación	3%(2 ptes.)
Infección	1.5% (1pte.)

CONCLUSION: La TP es un procedimiento rápido y sencillo, realizado al borde de la cama del paciente con una baja incidencia de complicaciones efectuada por médicos intensivistas entrenados y en nuestra muestra no fue indispensable el control endoscópico.

0102 INFECCIONES OPORTUNISTAS EN UTI. MUCORMICOSIS

J GUYON, JM PINA, G ZAKALIK, M SANCHEZ, A CHENA, JL MARENGO, E RIVAROLA
HOSPITAL L. LAGOMAGGIORE, Argentina.

Introducción: La mucormicosis es una infección oportunista grave, de curso agudo y frecuentemente mortal. Causada por hongos del orden de los mucorales. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico. Paciente varón de 40 años, con antecedente de alcoholismo, que ingresa por guardia, con dolor abdominal y sospecha de abdomen agudo quirúrgico. En mal estado general, desnutrido, en shock séptico y fallo multiorgánico (neurológico, hematológico, hepático y renal). Al examen físico se observan ictericia cutánea mucosa, placas extensas de aspecto equimótico, con lesiones ampollares, en región dorsal y trocántera derecha. Se conecta a ARM, se comienza reanimación con fluidos y drogas vasoactivas, se realiza monitoreo hemodinámico invasivo registrando parámetros de shock distributivo y se inicia ATB empírico (amikacina/ceftriaxona/metronidazol/vancomicina) previa toma de muestra para cultivo de sangre, orina, LCR y líquido peritoneal obtenido por punción. RX Tórax normal. Al ingreso: GB: 19.800/mm³, Hto: 23%, plaquetas: 71.400/mm³, creatinina 42,7 mg/L, uremia: 0,7 g/L, Na: 129,6 mEq/L, K: 2,9 mEq/L, GOT aumentada 8 veces, sin aumento de GPT, TP: 47%, TTPK: 57,4 seg. EAB: acidosis metabólica descompensada. Serología: viral hepática A, B, Y C negativos, HIV: negativo. Ecografía abdominal: sin hallazgos de relevancia. (hepatomegalia leve y con aumento de la ecogenicidad por esteatosis. El paciente continúa con mala evolución sin mejoría de fallas orgánicas. A las 48 hs se recibe resultado de HC+ para germen cubierto. Al 7mo día de internación se evidencia lesión necrótica en el ángulo interno de ojo derecho. 24 horas más tarde aparece proptosis y extensión de la lesión al puente nasal derecho, con aumento del volumen en región malar derecha. Ante la sospecha de mucormicosis se efectúa interconsulta a neurocirugía, dermatología y ORL. La rinoscopia anterior mostró abundantes costras en fosa nasal derecha, se toma muestra para cultivo. El estu-

dio en fresco informo la presencia de hifas anchas no tabicadas con ramificaciones a 90º compatibles con mucormicosis. Se inicia tratamiento con anfotericina B. Postergando el debridamiento quirúrgico debido a la mala condición clínica del paciente. Se realiza TAC de cerebro y macizo facial: tumefacción y edema de partes blandas y región nasal izquierda, pansinusitis, nivel hidroaéreo en ambos senos maxilares. Con compromiso de senos etmoidales y esfenoidales. Adelgazamiento de la pared interna bilateral de los senos maxilares con aparente erosión ósea. Sin afectación del parénquima cerebral. El paciente continúa con mala evolución, con progresión de la lesión a paladar blando y posteriormente a hemicara izquierda. Sin mejoría de fallos orgánicos, Con mayores requerimientos de drogas vasoactivas. En el día 11 de evolución el paciente fallece por presentar FV sin respuesta a maniobras de resucitación. Conclusión: La mucormicosis es una infección fúngica infrecuente potencialmente letal en los seres humanos. El diagnóstico y el tratamiento precoz son fundamentales para conseguir salvarle la vida al paciente.

0103 PROYECTO SATI-Q PEDIÁTRICO: MIDRIENDO CALIDAD EN LAS UCIPS. ARGENTINAS

F LAFFAYE², L SALIGARI¹, ME RATTO³, L ALBANO¹, I KO⁴, J FARIAS⁴, N BOADA⁵, A SIABA SERRATE⁵, S TORRES⁵, G MACARRON³, D ALLENDE², N RAUL⁷, K FIQUEPRON⁸, M DE LA ROSA⁸, M ITHARTE⁹, PF GALLARDO¹⁰

¹Hospital Nacional Prof. A Posadas, Argentina. ²Hospital Regional Castro Rendon, Argentina. ³Hospital Provincial de Niños Sor María Ludovica, Argentina. ⁴Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina. ⁵Hospital Universitario Austral, Argentina. ⁶Hospital Nacional de Pediatría Juan Garrahan, Argentina. ⁷Hospital Italiano De La Plata, Argentina. ⁸Hospital El Cruce de Florencio Varela, Argentina. ⁹Hospital Materno Infantil San Roque, Argentina. ¹⁰Hospital Del Niño Jesús De Tucumán, Argentina.

Background: El registro de información prospectiva dentro de la Unidad es muy importante para asegurar y medir la calidad de atención del paciente. Nosostros en Argentina estamos encaminados en esta tarea a través del proyecto SATI-Q para Unidades Pediátricas, el cual permite contar con información muy valiosa, tanto en materia científica como de investigación, pudiéndose comparar los registros alcanzados por cada unidad de Terapia Intensiva, contra los estándares a nivel Nacional e Internacional. Objetivos: Mostrar los resultados del soft SATI-Q Pediátrico de las unidades que participan voluntariamente. Material y Métodos: Estudio multicéntrico descriptivo observacional. SATI-Q Pediátrico versión 2.9.3 Difusión, entregas de soft y entrenamiento para su uso. Recolección de datos en forma anual. Análisis con MS Access 2000 del set de datos correspondientes a todos los pacientes internados en el período 01/012008-31/12/2008 en todas las terapias participantes del proyecto. Resultados: Participaron 11 UCI's - Pacientes: 2037 - Mortalidad 260 (12.76%) - Riesgo de Mortalidad (PIM2) 8.76% - Episodios con escaras 97 (4,76%) - Pacientes con ARM y VNI 95 (4,66%) - Pacientes con ARM y VI 861 (42,27%) - Episodios con neumonía asociada a ARM 134 (15,56%) - Pacientes con cateter 763 (37,46%) - Episodios con infecciones asociadas a cateter 39 (5,11%) - Pacientes con sonda foley 1180 (57,93%) - Episodios con infección urinaria asoc. a sonda vesical 49 (4,15%) - Episodios con deslizamientos no prog. de la cama 2 (0,10%) Reingresos 46 (2,26%) - Pacientes del Sexo Femenino 847 (41,58%). Incidencia de Neumonía Asociada a ARM (y VI) c/1000 días =15,10 .Incidencia de Infección por Cateter c/1000 días =4,39, Incidencia de Infección Urinaria c/1000 días = 6,56.

	Modo	Mediana	Min	Max	Promedio	DS
PIM2	4,88 (1,00 %)	4,01 (1,78 %)	7,96 (0,03 %)	50,50 (100,00 %)	-3,54 (8,76 %)	2,71 (18,01 %)
TISS28	21	21	5	59	22,22	8,22
Edad	2	26	1	192	53,78	57,01

Conclusión: Permite la obtención de informes estadísticos. No predispone necesariamente un cambio en el sistema de trabajo de cada Unidad, sino que es una herramienta para la estandarización

de la información. Se logró armar una base nacional de datos de pacientes en terapia intensiva pediátrica en la Argentina. El Soft demostró ser una herramienta útil como base de datos para realizar quality benchmarking entre las terapias pedátricas de Argentina.

0105 CANDIDA ALBICANS VS CANDIDA NO ALBICANS EN LA UTI

S CASTRO, C SANTOS, M MORANTE, M ALMUZARA, A TUDURI, P CASTRO, O CRISTALDI, P BOSCHINI HIGA Eva Perón. Ex Castex. San Martín. Bs. As., Argentina.

Objetivo: Comunicar prevalencia de especies de candida en inf. de sangre, urinarias, asociadas a sonda y en otros materiales. Método: Prospectivo y retrospectivo. UTI Hospital Castex 2004-2008. Se revisaron mot. de ingreso, estadía, uso de ARM y sonda vesical, fact. predisponentes, sexo, edad, ATB previo, especie de candida en hemocultivos (HC), urocultivos (UC), punta de catéteres y liq. abdominales, tratamientos. Resultados: 49 ptes con candida en UC: 22 mujeres y 27 hombres, mediana (M) de edad 62 (r 15-87).M días de internación 27 (r 3-126). Fallecidos 26. APACHE de ingreso 23 (r 3-40), SAPS 47 (r 13-82). ARM 93% . M de días de ARM hasta rescate: 12 (r 1-72), M de días de sonda vesical al rescate 13.5 (r 1-72). Mot. de ing. principales: neurológicos 20, Ins. respiratoria 9 , POP de abdomen/ urológico 7. Fact. predis: DBT 6, ca de vejiga, RTU, vej. neurogénica, sondado crónico 1 pte c/u. Rescates: c albicans 14, c no albicans 18, ambas 5 , c tropicalis 8, tropicalis/glabrata 1, tropicalis / no albicans 1, c glabrata 2. Recibieron Anfo B 23 ptes, fluconazol 9, ambas 4, sin tratamiento 13. Con candidemia hubo 27 ptes: 7 mujeres (25.9%) y 20 hombres (74%). La M de días de int. fue 36 (r 2-106) y de edad 56 (r 16-80).Fallecieron 15 (55.5%).APACHE de ingreso 22 (r 12-34) SAPS 43 (r 19-76). ARM 21 ptes, con M de ARM al rescate de 10 días. Sonda vesical tuvieron 23, con M de 11 días. Mot. de ingr. principal : neurológicos 8, Ins. respiratoria 7, POP de abdomen/ urológicos 7. Fact predis: APT 10, DBT 2 , cáncer/enf. hematol 3, diálisis 5, pancreatitis 2. Rescates: c albicans 5, c no albicans 10, c tropicalis 4, c parapsilosis 5, c tropicalis/ parapsilosis, c krusei, c glabrata 1 cada una. Recibieron Anfo B 55.5%, Anfo B+ fluconazol 29.6%, no recibieron tratamiento por rescate post-mortem 14.8%. ATB más usados previo al rescate: imipenem 13 ptes, vancomicina 11, colistin 12, piperacilina/tazobactam y ciprofloxacina en 7, AMS 8. En candidemia asociada a catéter: c albicans y no albicans 3 ptes cada una (37.5%), c parapsilosis 2 (25%).Fallecieron 2 (25%).Líquidos abdominales c albicans 10, c no albicans, ambas candidas y c tropicalis 1 pte cada una. Fallecen 8 (72.7%).Punta de catéter aislada: c albicans 4 ptes, c no albicans , c guillermondi , c glabrata 1 pte cada una. Conclusiones: En la ITU asociada a sonda, los pacientes tuvieron edad avanzada, prolongada internación en UTI y criterios de severidad por APACHE y SAPS. El germen predominante fue c. no albicans (18/49) y en segundo lugar c. albicans, siendo empleada en la mayoría Anfo B. (23/49). En candidemias tuvimos larga internación en UTI, criterios de severidad por APACHE y SAPS y alta tasa de uso de ARM y sonda vesical. En los rescates predominó c. no albicans (37%), c. albicans y parapsilosis en igual porcentaje (18.5%) y en 3º lugar, c tropicalis (14.8%). La mayoría recibió Anfo B (55%) y ambas drogas en 30%.En sepsis por catéter tuvimos idéntico rescate de c. albicans-no albicans con 37.5% y en 25 % hallazgo de c. parapsilosis.

0106 INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE SALUD DE UNA COMPAÑÍA MINERA

SA RIVADERO, GA SANZ COMPAÑÍA MINERA. CIUDAD DE JACHAL, SAN JUAN, Argentina.

Objetivo: determinar la incidencia y tipos de patologías atendidas en un Servicio de Salud de una compañía minera. Material y Metodo: se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los tipos de patologías que se atendieron consecutivamente desde el 14-03-2007 al 14-03-2009, es decir durante un periodo de 2 años. Resultados: sobre un total de 12178 atenciones realizadas en operarios de ambos sexos. Se registraron las siguientes patologías en un orden de mayor a menor incidencia.

ATENCIONES MEDICAS	N de OPERARIOS	%
C.V.A.S	2658	21,83
DISPEPSIA	2012	16.52
S.O.M.A.	1699	13.95
SINDROME GRIPAL	1223	10.04
ODONTALGIA	1068	8.77
CONTROL CLINICO	995	8.17
CEFALEAS	762	6.26
ALERGIAS	700	5.75
CONJUNTIVITIS	322	2.64
H.T.A.	145	1.19
C.V.A.I.	131	1.07
TRAUMATISMOS	115	0.94
HERIDAS CORTANTES	105	0.86
RENALES	104	0.85
OTITIS	101	0.83
S.F.I.D.	23	0.19
QUEMADURAS DE 1 GRADO	15	0.14
TOTAL	12178	100%

Conclusion: del análisis y tabulación de los datos obtenidos se puede observar una importante cantidad de operarios atendidos con patologías de vía aérea superior, le siguen las dispepsias, trastornos del sistema osteo mio articular, síndromes gripales, odontalgias, controles clínicos, cefaleas, alergias, conjuntivitis, H.T.A, patologías de vía aérea inferior, traumatismos, renales, otitis, S.F.I.D, y por último quemaduras de 1 grado.

0107 STROKE ISQUEMICO TALAMICO BILATERAL COMO CAUSA DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

M VINZIO, G DOMENICONI, C RUGILO, O YUNK
Sanatorio de la Trinidad San Isidro, Argentina.

Objetivo: Describir y comentar un caso de stroke talámico bilateral. Caso Clínico: Ingresó a nuestro servicio un paciente de 81 años de edad que presenta cefalea, visión borrosa y posteriormente deterioro del nivel de conciencia. Requiere intubación orotraqueal, ventilación mecánica y monitorización. Se constata una pupila izquierda de 6 mm. sin respuesta a la luz, parálisis del III par y paresia motora del brazo derecho. Se observan hiporreflexia generalizada y una llamativa variación en el nivel de atención y respuesta al llamado. TAC inicial no muestra lesiones agudas. No puede realizarse RNM debido a que el paciente posee un marcapasos no compatible. EEG no evidencia actividad comicial. La punción lumbar no muestra leucocitos ni hemáties con glucorraquia normal. Doppler de vasos de cuello sin lesiones significativas. Al quinto día se realiza una TAC de encéfalo donde se observa lesión a nivel mesencefálico izquierdo en porción más medial y otra hipo densa en ambos núcleos talámicos. Con los hallazgos clínicos y tomográficos sospechamos un cuadro compatible con compromiso de la arteria de Percherón. Conclusión: Las características clínicas y los hallazgos tomográficos definen este caso de lesión isquémica compatible con una rara variación llamada "la arteria de Percherón", se la conoce así debido a que fue quien estudio en profundidad su origen, sus variantes y su territorio.

Matheus M. G., Castillo, M. Imaging of acute bilateral paramedian thalamic and mesencephalic infarcts. Am. J Neuroradiol. 2003. 24:2005-2008

0111 SINDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE

M CHIAROTTO, N ZULIANI, R CÓRDOBA, S SANTAGIULIANA, G IZZO, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, S ILUTOVICH
Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Vasoconstricción Cerebral Reversible (RCVS) se caracteriza por vasoespasmo multifocal reversible. Se presenta como cefalea intensa, pulsátil de inicio súbito con o sin déficit neurológico focal, es más frecuente en mujeres jóvenes y se ha reportado asociada a patologías tales como puerperio, embarazo, uso de bromocriptina, transfusiones, hipercalcemia, hematoma subdural, vasoespasmo posterior a endarterectomía carotídea.

El examen de LCR, TAC y RMN son normales en la mayoría de los pacientes, con angiografías patológicas (estenosis o dilatación). Objetivos: describir un caso de vasoespasmo de etiología no aneurismática. Resumen: Paciente femenina, de 40 años, con antecedente de microadenoma hipofisario en tratamiento discontinuo con cabergolina que consulta por cefalea intensa, pulsátil asociada a náuseas, vómitos y paresia braquial y crural derecha leve. Al ingreso se realizaron TAC, RMN y PL sin hallazgos patológicos. Angiografía que informó vasoespasmo difuso de territorio cerebral anterior, medio y posterior, con resultado negativo para imagen aneurismática. Se realizó tratamiento con triple H, nimodipina, difenilhidantoína. Se planteó como objetivo TAM 90 mmHg. El día 4 de tratamiento presentó desaparición completa del foco motor. El seguimiento se efectuó con ecografía doppler transcraneano y se constató Índice de Lindegaard menor a 3 el día 4 de tratamiento. Continuó tratamiento con nimodipina, se externó el día 10. Discusión: la patología descrita es de presentación infrecuente y existen pocos casos reportados en la literatura. De acuerdo a la sintomatología deben descartarse otras patologías (hemorragia subaracnoidea, disección arterial, aneurisma primaria del sistema nervioso). Existen casos que evolucionaron con secuelas e inclusive la muerte. La paciente presentó similares características a los casos presentados en la bibliografía, y se realizó tratamiento con triple H, aunque la literatura describe otros dos tratamientos (tratamiento expectante, corticoides). No existen reportes en cuanto al seguimiento de la patología a corto y largo plazo; en este caso el seguimiento con doppler permitió un tiempo reducido de tratamiento con vasopresores. Conclusión: describimos un caso de RCVS con buena respuesta al tratamiento instaurado, destacamos la utilidad del doppler transcraneano para el seguimiento y como guía del tratamiento.

0112 SEPSIS Y EMBOLISMO PARADOJICO

CA FONTANA, ND NEILA, DC MARINO, MJ PESOA, GL GALINDEZ, KA BOTANA, SD AVALOS, VA MICHEL
Hospital Alejandro Korn Melchor Romero La Plata, Argentina.

El síndrome de embolismo paradójico (SEP) es un cuadro de embolización arterial por el paso de un trombo desde el sistema venoso o desde las cavidades derechas a la circulación arterial a través de un cortocircuito derecho-izquierdo. Este paso sólo es posible si existe un gradiente de presión que produzca este cortocircuito. El objetivo de este trabajo, es presentar un caso de embolismo séptico múltiple asociado a la presencia de foramen oval permeable y aportar nuevos datos a la incidencia del embolismo paradójico. Caso: Paciente femenina de 16 años de edad que había consultado al servicio de emergencias por disnea y fiebre que se interpretó como neumonía y fue tratada de manera ambulatoria con antibióticos. Una semana después ingresó a la UCI cursando un cuadro de sepsis con foco en partes blandas de cuello y fauces, acompañado de lesiones compatibles con embolias sépticas digitales en los pies. Se tomaron hemocultivos que fueron positivos 3/3 para SAMR. Ante la sospecha de endocarditis infecciosa se realizó un ecocardiograma transtorácico evidenciándose hipertensión pulmonar y la presencia de foramen oval permeable. En el interrogatorio manifestó que tuvo una lesión abscedada en la mano y un "piercing" en su oreja que se infectó y evolucionó sin tratamiento. Tuvo mala evolución clínica con fallo respiratorio, requirió asistencia ventilatoria mecánica. Se realizó tomografía axial computada donde se hallaron imágenes hipodensas en riñón, hígado, bazo y la presencia de infiltrados bilaterales en tórax. En el ETE se observó una vegetación de 11 x 8 mm en la válvula tricúspide y se confirmó el foramen oval permeable. Discusión: Presentamos a una paciente que tuvo embolismo séptico múltiple con el rescate de SAMR en sangre con probable puerta de entrada en piel. Se encontró un foramen oval permeable y embolias sépticas en territorios arteriales asociado a hipertensión pulmonar y endocarditis de válvula derecha con alta sospecha de haber tenido embolismo paradójico. Otros autores hacen el diagnóstico de embolismo paradójico con los siguientes criterios: a) Embolismo arterial sistémico, en ausencia de fibrilación auricular, de una fuente embolígena situada en las cavidades cardíacas izquierdas o en un lecho arterial proximal; b) Cortocircuito derecha-izquierda a cual-

quier nivel; y c) Trombosis venosa y/o embolismo pulmonar. Fisiopatológicamente la existencia de hipertensión pulmonar que posibilitó la apertura del foramen es causada por tromboembolismo pulmonar en mas del 65% de los casos. La embolización arterial puede ser múltiple hasta en un 40% de los casos. En nuestro caso no se pudo realizar el diagnóstico de TEP y la embolia fue múltiple: esplénica, hepática, renal y arterial distal. El SEP es poco diagnosticado y su verdadera incidencia no se conoce, puede aparecer a cualquier edad, aunque generalmente afecta a pacientes jóvenes. El SEP es mas frecuente de lo que se creía, hay que descartar focos emboligenos cardíacos y extracardíacos y tratarlo precozmente porque puede ser mortal.

0113 FISTULA DE LÍQUIDO CEFALORAQUIDEO POST-TRAUMÁTICA. CASUÍSTICA HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS DE CÓRDOBA 2008

G MARTINELLI, CA ARANCIBIA

Hospital Municipal de Urgencias, Argentina.

Objetivos: Describir el manejo diagnóstico y terapéutico de las fistulas de líquido raquídeo post-trauma craneo facial. Material y Metodo: Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal en el hospital de urgencias de Córdoba año 2008. Se seleccionaron 27 pacientes internados, se determinaron síntomas asociados, estudios complementarios, tratamiento, complicaciones y evolución. Posteriormente al alta fueron citados y seguidos por consultorio externo con control clínico e imaginológico hasta 3 meses después. Resultados: De los pacientes, 23 (85.18) fueron hombres y 4 (14.82) mujeres el 81.48 se encontraba en las edades comprendidas entre los 16 y 40 años. Los síntomas más frecuentes fueron cefaleas (88.8%), anosmia y vértigos (59.25%). Los métodos diagnósticos más efectivos fueron la inspección visual (100%) y la tomografía computada de cerebro simple (92.59%). El tratamiento médico (elevación de la cabeza a 30°, medidas para disminuir la producción de líquido cefalorraquídeo con acetazolamida 250mg c/8 hs vía oral, y restricción de líquidos), fue efectivo en el 92.59% de los casos, y en el 7.41% restante fue necesario el drenaje lumbar. No se realizo antibioticoprofilaxis. Conclusiones: Las manifestaciones clínicas encontradas con mayor frecuencia fueron las cefaleas, anosmia y vértigos. Los métodos diagnósticos más efectivos fueron la inspección visual y la tomografía de cerebro simple. El tratamiento médico fue efectivo el (92.59%) de los casos, solo el (7.41%) requirió drenaje espinal. no se indicó antibioticoprofilaxis. no hubo casos de meningitis, hubo un fallecimiento relacionado con la gravedad de las lesiones encefálicas, el seguimiento clínico y tomografica a 3 meses fue en todos los pacientes favorable.

0115 HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS-SHOCK ROOM 2007. ESTUDIO RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL DE CASUÍSTICA

CA ARANCIBIA, NM CAPUTO, DF OROZCO

Hospital de Urgencias de Córdoba, Argentina.

Objetivo: ingreso shock room 2007; causas, distribución por décadas, tiempo estadía, derivación, ablaciones. Material y método: estudio retrospectivo, descriptivo de casuística, pacientes ingresados durante 2007. Datos obtenidos archivo central. Resultados: total pacientes 725, 588 (81.10%) hombres, 137 (18.90%) mujeres, edades entre 11 y 80 años. Hubo 34 categorías diagnósticas, 4 más frecuentes: politraumatismo 157 (21.65%); hombres 141 (89.90), mujeres 16 (10.20%); traumatismo de cráneo 132 (18.20%); hombres 111(84.09%), mujeres 21 (15.93%); heridas arma de fuego 60 (8.27%); hombres 54 (90%), mujeres 6 (10%); síndrome coronario agudo 49 (6.75%); hombres 42 (85.71%), mujeres 7 (14.29%). Distribución por décadas: 21-30 años 169 (28.74%) hombres y 27 (19.30%) mujeres, entre 11 a 40 años 327 (85.60%) hombres y 55 (14.40%) mujeres. Mortalidad: 14.48% (105), 81 (77.14%) hombres, 24 (22.86%) mujeres. Causas más frecuentes: politraumatismo 32 (39.47%), muerte súbita 23(21.90%), traumatismo de cráneo 14 (13.33%). Primeras 2 horas mortalidad 81.90%, primeras 24 horas 92.39%. El 21.93% (159) de los pacientes estuvieron menos de 2 horas, 88.83% menos de 24 horas y 11.17% más de 24 horas. Derivación: clínicas privadas 65 (10.48%), hospital publico 17 (2.74%), al domicilio 22 (3.54%) el 83.24% quedaron en el hospital. Ablaciones:

dos pacientes. Conclusiones: En 2007 se atendieron 60.469 pacientes, internados 3.218, en shock room 725. Causas más frecuentes: politraumatismo, traumatismo de cráneo, heridos arma de fuego y síndrome coronario agudo. Causas más frecuentes de muerte: politraumatismo, muerte súbita y traumatismo de cráneo, 88.03% de los óbitos. 65.08% tenían entre 11 y 40 años. Primeras 12 horas 81.90% de óbitos, solo el 21.93% de los pacientes estuvieron menos de 2 horas en el shock room . Derivados otra institución 16.76%. Mortalidad total 14.48%. Hubo 2 ablaciones

0116 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS

M BERNADÓ, V DOS SANTOS, M GÓMEZ, S ZANELLO, M CORNELIO, M TÁRTARA, M GIMÉNEZ, J TEVES HIGA "Oscar Alende", Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La craneotomía descompresiva (CD) consiste en la remoción de una parte de la calota craneana asociada a la apertura de la duramadre y constituye una terapéutica razonable de segunda línea para el control de la hipertensión endocraneana (HTE) en el traumatismo craneoencefálico (TCE). Objetivos: Analizar en una serie de casos sometidos a CD las características de la población, la mortalidad, la eficacia en el control de la HTE, las complicaciones relacionadas al procedimiento y el estado neurológico al alta. Material y método: Análisis retrospectivo de una serie de pacientes que presentaron TCE y fueron sometidos a CD ingresados a una UTI general entre los años 2002-2007. Los resultados se presentan como media y desvío estándar o porcentaje. Las comparaciones se efectuaron con test exacto de Fisher. Resultados: Se incluyeron 41 pacientes, 2 mujeres (4.9%) y 39 varones (95.1%), con una edad media de 33 años (DS 14). De acuerdo al SCG, al ingreso presentaban TEC grave 24 pacientes (58.5%), TEC moderado 12 (29.3%) y TEC leve 5 (12.2%). Según la clasificación tomográfica de Marshall (M) tenían: M II: 2 pacientes (4.9%), M III: 12 (29.3), M IV: 1 (2.4%), M V: 26 (63.4%). El tiempo desde el ingreso a la CD fue de 1.3 días (DS 0.58). La mortalidad fue al alta de UTI 48.8% y al alta hospitalaria de 53.7%. no hubo diferencias en la mortalidad si el TEC fue grave (50%) o leve-moderado (47.1%). Luego de la CD 19 pacientes (46.3%) desarrollaron HTE [sobrevivientes (S) vs. no sobrevivientes (NS): 36.4 % vs. 63.2%], recibieron terapia osmótica 27 pacientes (65.9%) [S vs. NS: 33.3% vs. 66.7%], y 12 pacientes (29%) requirieron barbitúricos [S vs. NS 33.3% vs. 66.7%]. Las complicaciones relacionadas con CD fueron: fistula de LCR por la herida quirúrgica en 4 pacientes (9.8%) y meningitis en 8 (19.5%) de los cuales 6 (75%) fallecieron. El Glasgow al alta de UTI (n 21) fue de 12.3 (DS 2.8). al alta del hospital 17 pacientes presentaron GOS 4-5 (buen resultado neurológico) y 2 GOS 2-3 (mal resultado neurológico). Conclusiones: *La CD fue un tratamiento eficaz para controlar la HTE en el 53.7% de los pacientes. *Luego de la CD la persistencia de HTE y la necesidad de tratamiento osmótico o barbitúricos se correlacionaron con mayor mortalidad. *La CD se asocio con una tasa alta de meningitis postquirúrgica (19.5%). *La mortalidad de la serie fue alta (48.8%). *La mayoría de los pacientes que sobrevivieron evolucionaron con adecuada respuesta neurológica (n 17: GOS 4-5).

0117 NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA: EXPERIENCIA CLÍNICA EN SANATORIO INTEGRADO DE LA CIUDAD, CAÑADA DE GOMEZ, SANTA FE

V CORTELL, C CASSINI, V MANSILLA

Sanatorio Integrado de la Ciudad, Argentina.

Objetivo: describir las características clínicas de un paciente diagnosticado de necrosis epidérmica tóxica (NET). Material y método: estudio transversal y descriptivo en Sanatorio Integrado de la Ciudad desde el 27 de marzo 2009 al 04 de abril 2009. Se reviso la historia clínica del caso hospitalizado recogiendo la información sobre drogas responsables aplicadas, tratamiento y resultado final. Resultados: Se estudio un paciente en curso de post operatorio inmediato de cadera izquierda y necrosis epidérmica tóxica en desarrollo. Los farmacos asociados fueron analgesicos, como diclofenac y morfina, y antibioticos; cefalotina, vancomicina, amikacina. Se nota inicio de la enfermedad en miembro superior izquierdo, coincidente con mastectomía izquierda, siguiendo en mucosa oral y genital. El tratamiento de elección se baso en cuida-

dos del gran quemado, y de manera tardía, con corticoides hasta el deceso del paciente. Conclusion: La necrolisis epidérmica tóxica, en este caso, fue causada principalmente por la depresión del sistema inmunológico del paciente y la aplicación tardía del tratamiento.

0119 ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB A PROPOSITO DE UN CASO

GJ RIOS PICAZA, NCA SANCHEZ, M CEDROLLA, LC MACIEL, PMDP ARRIBILLAGA

Servicio de Terapia Intermedia Hospital Julio C. Perrando - Chaco, Argentina.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con diagnóstico de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), diagnosticada y atendida en nuestro hospital. Material y método: revisión de historia clínica. Comentario: Paciente de sexo femenino 62 años, sin antecedentes patológicos, presenta de tres meses de evolución sensación de inestabilidad en la marcha, mareos, constante, progresivo, sin vómitos ni acufenos, con anteropulsión evolucionando a imposibilidad de ambulación. Al Ingreso: Confusa, hipoproxésica, amnesia anterograda y de trabajo, llanto fácil, moria, Ceguera cortical, Postrada en cama por hipertensión "en caño de plomo" generalizada, Posición distónica en manos, Reflejos +++ en MMSS, Hoffmann bilateral, Disartria, disdiadococinesia, dismetría ambos miembros superiores, anteropulsión, Mioclonías en ambas manos, Diagnósticos Síndromáticos: Sínd. Demencial rápidamente progresivo, Sínd. Atáxico bilateral central, Ceguera Cortical, Mioclonas, Sínd. Piramidal, Sínd. Extrapiramidal, Exámenes complementarios: EEG desorganizado de base, VDRL, HIV, VHB, VHA, FAN, Anti DNA, antiperoxidasa, todos negativos. THS, T4 Vit B12, y cobre normales. L.C.R: incoloro, límpido. 0.12 proteínas, 0,68 glucorraquia 10 elementos. PROTEINA 14-3-3 POSITIVA EN L.C.R. Durante su internación es trasladada al servicio de terapia intermedia por presentar insuficiencia respiratoria, neumonía aspirativa, requiriendo VNI por 48 hs, con buena evolución otorgándose el alta con cuidados domiciliario. Diagnóstico: Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica probable variante atáxica. Discusión: La ECJ pertenece al grupo de las encefalopatías espongiiformes transmisibles que afecta a los seres humanos. Las formas humanas de la enfermedad incluye la ECJ, kuru, insomnio fatal familiar, síndrome de Gerstmann-Straussler-Scheinker y la nueva variante de la ECJ. Es una encefalopatía invariablemente mortal, anualmente mata en el mundo a una persona por cada millón de habitantes, suele desarrollarse entre la quinta y sexta década de la vida, aunque hay formas más precoces. Ha sido clasificada en esporádica, familiar e iatrogénica. La esporádica es la más frecuente 90% de los casos, la forma familiar 10% y la iatrogénica, que se relaciona a la acción contaminante de tejidos (trasplante de córnea u otros) menos de 1%. La expresión clínica puede ser variada en el comienzo generando dificultades diagnósticas, sin embargo, esta encefalopatía siempre converge hacia un cuadro demencial subagudo, acompañado de síntomas motores (piramidales, cerebelosos, extrapiramidales) y visuales, así como de mioclonías. Diagnóstico: además de los aspectos clínicos, el EEG suele presentar una actividad espicular pseudoperiódica característica; la RNM, que con técnicas de difusión, puede mostrar hiperintensidades en los núcleos estriados y en áreas de la corteza. El LCR suele ser normal, presenta aumento de la proteína 14-3-3, como de la metaloproteínasa MMP-9. Conclusión: Hemos descrito el primer caso diagnosticado de ECJ, en nuestro hospital, y desconocemos si hay otro caso en un paciente de nuestra provincia.

0125 SEGUIMIENTO CON ALCOHOL ESPIRADO EN LA ETILTERAPIA

A TEMBRÁS BELLO, V RACEDO, JM ORDOÑEZ, S ROLAND, R ANDRIANO, A PETRUCCELLI, J AGÜERO
Clínica Delta, Argentina.

Objetivo: La meta de la etilterapia, por intoxicación con metanol o etilenglicol, es alcanzar valores de alcoholemia de 1 a 1,25 grs/litro; En muchos centros de atención, resulta muy dificultoso su dosaje, debiendo tomarse la muestra en frasco lacrado y ser enviada a centros específicos, demorando el resultado y dificultando el seguimiento del tratamiento. El objetivo buscado es Compa-

rar la medición de alcohol espirado vs medición en sangre periférica a fin de evaluar la efectividad del primero, para monitoreo de la etilterapia al pie de la cama del paciente. Material y Métodos: Se compararon las mediciones de etanol en sangre y en aire espirados en 2 pacientes que ingresaron al servicio cursando intoxicación accidental por etilenglicol. Se trató de 2 pacientes masculinos de 39 y 44 años que ingresaron con severa acidosis metabólica y fallo renal, sumado al antecedente de haber manipulado etilenglicol en su trabajo. Con el fin de inhibir el metabolismo del etilenglicol, se bloquea en forma selectiva la ADH mediante el tratamiento con etilterapia por vía enteral (dosis carga de etanol 0,75 mg/ kg y mantenimiento de 0,5 mg/ kg), confirmando el diagnóstico por medición en sangre del tóxico. Los dosajes de alcohol en sangre se realizaron en el laboratorio del Hospital Posadas. Para la medición de etanol en aire espirado se utilizó Etilometro marca Intoximeters Mod. FST Nro. 034073 Estos aparatos dosan etanol en aire espirado y calculan la concentración en sangre (relación sangre/aire 2100/1). Resultados: A continuación se describen las mediciones obtenidas.

	En sangre	Aire espirado
1ª Medición		
Paciente 1	1,30 g/l	1,30 g/l
Paciente 2	1,40 g/l	1,35 g/l
2ª Medición		
Paciente 1	1,10 g/l	1,05 g/l
Paciente 2	1,08 g/l	1,10 g/l

Los sucesivos seguimientos fueron con alcoholimetría, debiendo suspender dicho tratamiento antes de las 72 horas debido a intolerancia digestiva en uno de los pacientes y a hemorragia digestiva en el otro. Ambos pacientes evolucionaron bien, no desarrollaron fallo cardíaco ni respiratorio, y resolvieron completamente su insuficiencia renal aguda. Conclusiones: En nuestra experiencia, el dosaje con alcoholímetros digitales, los cuales son de fácil lectura y están a disposición de cualquier centro pequeño a través de la Comisaría local o Municipio, es un método, económico, confiable, y en tiempo Real para el seguimiento de pacientes que reciben Etilterapia. De esta manera proponemos la medición de etanol en aire espirado como método de monitoreo del tratamiento con alcohol etílico en aquellos pacientes intoxicados con Etilenglicol o Metanol.

0126 EL FRASCO HUMIDIFICADOR COMO SISTEMA DE HUMIDIFICACION DEL GAS INSPIRADO, EN PACIENTES CON VIA AEREA ARTIFICIAL, NO CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES. EVALUACION Y COMPARACION DE TRES SISTEMAS DE HUMIDIFICACION

NG ROUX¹, V FELD¹, E GOGNIAT¹, D VILLALBA¹, G PLOTNIKOW¹, N RIBERO VAIRO¹, M SARTORE¹, M BOSSO¹, C QUIROGA¹, N EWDOKIMOFF¹, V LEIVA¹, M SCRIGNA¹, J SCAPELLATO², D INTILE², F PLANELLS¹, D NOVAL¹, P BUÑIRIGO¹, R JOFRÉ¹, E DÍAZ NIELSEN¹

¹Clínica Basilea, Argentina. ²Sanatorio Anchorena, Argentina.

Objetivos: Demostrar que el frasco humidificador (FH) como sistema de humidificación del gas inspirado no alcanza, en pacientes con vía aérea artificial, los valores mínimos de humedad relativa (HR), humedad absoluta (HA) y temperatura del gas (T^g) recomendados por la literatura. Secundariamente comparar entre sí el rendimiento del FH y dos sistemas activos de humidificación (SAH). Materiales y métodos: Estudio de laboratorio. Se armaron tres circuitos de humidificación para pacientes con vía aérea artificial y desvinculados de la ventilación mecánica. Se ensambló un circuito abierto con un SAH sin circuito calefaccionado, otro circuito con un FH y un tercer circuito con un SAH con circuito calefaccionado. En distintos sitios del circuito se midió la HR y la T^g del gas y se calculó la HA. Se obtuvieron en total 8505 mediciones y se realizaron 2010 cálculos entre enero/noviembre de 2008. Las variables principales de estudio fueron la T^g del agua, la HR, la T^g y la HA del gas entregado. Las mediciones se realizaron a diferentes NIVELES de intensidad de los equipos activos y con flujos de 20 a 60 lpm. Con el FH se midió a diferentes volúmenes de agua destilada y con flujos de 1 a 15 lpm. Análisis estadístico Test ANOVA para mediciones repetidas

con análisis de residuos. Valor significativo $p < 0,05$. Resultados: Los valores se expresan en media y SD. El FH no alcanzó los valores mínimos recomendados en la literatura de HR 100%, HA 30 mg/l y T° 31°C. El SAH sin circuito calefaccionado alcanzó los valores recomendados en el NIVEL III y con flujos de 20 a 60 lpm, y en el NIVEL II con flujos de 20 y 30 lpm. El SAH con circuito calefaccionado logró los valores sugeridos en los NIVELES II y III con flujos de 20 a 60 lpm. Ninguno de los dos sistemas activos alcanzó con el NIVEL I y flujos de 20 a 60 lpm los valores mínimos recomendados. Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$ Global) para flujo, T° y tipo de humidificador. En el modelo ANOVA se observa significación estadística ($p < 0,001$) del término interacción de flujo y tipo de humidificador en cada nivel de T° . Para el FH la HA promedio fue de 12.62mg/l ($\pm 2,54$). Para el SAH sin circuito calefaccionado la HA promedio en los diferentes niveles fue: NIVEL I 17,36mg/l ($\pm 3,91$), NIVEL II 29,41mg/l ($\pm 3,38$) y NIVEL III 35.05mg/l ($\pm 2,58$). Finalmente para el SAH con circuito calefaccionado la HA en los diferentes niveles fue: NIVEL I 22,42mg/l ($\pm 3,42$), NIVEL II 31,73mg/l ($\pm 2,99$) y NIVEL III 33.53mg/l ($\pm 2,17$). Conclusiones: El presente estudio demostró que el FH en pacientes con vía aérea artificial no acondiciona el gas entregado de acuerdo a lo recomendado. El mejor rendimiento se obtuvo con 300 ml y flujo de 1 lpm: T° 23,92 ($\pm 0,69$), HR 74,02% ($\pm 6,53$) y HA 16,02mg/l ($\pm 1,86$), estos valores apenas superan el 50% de lo mínimo sugerido en la literatura. Los dos SAH con y en circuito calefaccionado lograron acondicionar el gas de manera adecuada. De lo observado en el modelo ANOVA se desprende que existen otros factores involucrados en mantener la HA y que la significación varía en cada tipo de humidificador a cada nivel de flujo.

0128 FRACASO RENAL AGUDO EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

AK CORNEJO, DD CROSARA
Hospital Rawson, Argentina.

Objetivo: Se efectuó un estudio descriptivo y prospectivo para valorar la IRA en pacientes ingresados en el STI para determinar la prevalencia, el tipo de población, la injuria, el requerimiento de diálisis y la morbimortalidad teniendo en cuenta diversos escores publicados. Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes ingresados en el Servicio de Terapia multidisciplinar, desde diciembre de 2007 a noviembre 2008 (326). Los criterios de inclusión fueron, la presencia de una creatinina $>$ de 1.6 mg/dl al ingreso, o al incremento de un 30% sobre su valor basa con protocolo previamente establecido. Resultados: La insuficiencia renal aguda (IRA) ocurrió en 10% de los pacientes ingresados (326) en la Terapia Intensiva. Treinta y cuatro pacientes con fracaso renal agudo fueron incluidos prospectivamente durante un período de 12 meses. La edad media fue de $50 \pm 15,06$ años y el 68% eran varones. Apache promedio 20. SOFA promedio 7 Mediante análisis univariado se asociaron significativamente con la mortalidad ($p < 0,05$): la procedencia hospitalaria del paciente, el diagnóstico de ingreso, las etiologías de la IRA, la necesidad de diálisis. No se encontró asociación con la sépsis y el fracaso multiorgánico. (OR: $<$ 1). Conclusión: En los pacientes críticos con insuficiencia renal aguda que requieren diálisis la mortalidad de la IRA asociada a DOM es significativamente mayor aquellos pacientes con IRA y que no está asociada a DOM. La comparación de los distintos escores que valoran la IRA arrojan similitudes siendo más simple la utilización del RIFLE.

0129 ANÁLISIS FODA DE LAS ACTIVIDADES DEL CAPÍTULO BIOQUÍMICO DE SATI

G MITTELMAN, S DER PARSEHIAN, M BIANCONI, A QUERALT, M PEREIRO, H CERVANTES, C ARTANA, C COLL, J MAGARIÑOS, C LATORRAGA, S CARNUCCIO
Capítulo Bioquímico SATI, Argentina.

Introducción: A partir de la propuesta de la comisión directiva de SATI (2003) se convocó a profesionales bioquímicos que se desempeñaban en instituciones de referencia para cuidados críticos a conformar un grupo de trabajo dentro de esta sociedad. Así se

organizó una comisión directiva con representantes de diferentes subcomisiones: bibliografía, normatización, eventos, informática y encuestas. El objetivo de la agrupación fue nuclear a todos los bioquímicos que se desempeñan en el área de urgencias, aunar criterios y optimizar la inserción de dichos profesionales en el equipo de salud. Objetivo: Demostrar mediante el análisis FODA la trayectoria de Capítulo Bioquímico (CB) desde su creación hasta fines del año 2008. Metodología: El análisis FODA permite realizar una evaluación diagnóstica interna y externa, en este caso de la organización CB, a partir de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, proporcionando la información necesaria para implementar acciones y medidas correctivas y generar mejores proyectos. En el proceso de análisis tuvimos en cuenta los factores económicos, sociales y culturales que representan las influencias del ámbito externo y que inciden sobre el quehacer interno, ya que pueden favorecer o poner en riesgo el cumplimiento de la misión de CB. La previsión de esas oportunidades y amenazas posibilita la construcción anticipada de escenarios que nos permitan reorientar el rumbo. Resultados

Fortalezas	Debilidades
Recursos humanos capacitados y motivados. Misión y objetivos definidos. Planificación y control adecuados. Convocatoria masiva de profesionales del interior del país así como de Buenos Aires. La inscripción a CB sigue en ascenso.	Falta de tiempo. Falta de incentivos económicos
Oportunidades	Amenazas
Área no considerada como una especialidad dentro de la bioquímica. Reconocimiento por parte de colegas y de los médicos. Invitaciones a eventos en todo el país. Reconocimiento del bioquímico del área de urgencias y emergencias. Jerarquización de la profesión a través de la capacitación continua.	Inestabilidad económica del país que repercute negativamente en la organización de eventos científicos. Problemas con obtención de becas de estudio. Oferta excesiva por parte de otras instituciones sobre la temática de la urgencia, que disminuye el caudal de concurrencia a los eventos organizados.

Conclusiones: Nuestra principal fortaleza es ser el mayor nucleamiento bioquímico del área de emergencias, con un padrón actualizado de más de 800 bioquímicos de toda la República Argentina y Latinoamérica. La emergentología requiere emitir resultados rápidos y confiables, por lo que la capacitación continua es indispensable para el desarrollo de la especialidad. La creación de CB y sus numerosas actividades, sirvieron de base para que otras instituciones científicas incorporaran a las urgencias en su currícula. Si bien por las dificultades económicas se redujo la participación en las actividades propuestas, nunca disminuyó la comunicación, sobre todo con los bioquímicos del interior.

0130 MARCADORES CLINICOS Y HUMORALES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CLASE FUNCIONAL III/IV

R CAPECE, J BORGIO, S MOSCA, D MASEVICIUS
HIGA Evita Lanus - Terapia Intensiva, Argentina.

Objetivos: Observar en pacientes (pac) con miocardiopatía dilatada (MD) e insuficiencia cardiaca (IC) clase funcional III/IV la existencia de variables clínicas y humorales que se comporten como predictores de riesgo para mortalidad. Material y método: Se incorporaron en forma consecutiva 84 pac con MD e IC de más de un año de antigüedad en el diagnóstico, internados en la unidad coronaria por descompensación cardiaca. Se dividieron los pac en dos grupos, grupo no muertos (GV) y el grupo de aquellos que fallecieron (GM). A los fines del estudio se compararon; Número de reinternaciones, comorbilidades, cumplimiento del tratamiento higiénico-dietético, adhesión al tratamiento farmacológico, tratamiento farmacológico al ingreso (drogas), y las variables bioquímicas; natrema, leucocitos, glucemia, creatinina y bilirrubina. Para el análisis estadístico se empleo test de proporciones del programa Statistix corregida por prueba de Fisher's, prueba de Chi cuadrado y test de Student. Resultados: todos los pac tenían índice cardiotorácico $>$ 0.5 y deterioro moderado a severo de la función ventricular por ecocardiograma en más del 80% en ambos grupos. En la distribución por sexo predominó el masculino GV 83.3% GM 70.8% (p ns), edad GV 61.3 ± 11.0 años y GM 63.9 ± 11.3 (p ns), no hubo diferencias estadísticas significativas en relación al tratamiento previo con espironolactona, beta bloqueantes, inhibidores de enzima convertidora, digital y aspirina. El resto de las variables analizadas en tabla 1. Tabla 1:

VARIABLES ESTUDIADAS	GV	GM	P
Reinternaciones/promedio	2.6	3.5	0.04
No cumplimiento dieta	5-8.3%	1- 4.1%	ns
No cumplimiento trat.farmacológico	33-55%	8-33.3%	ns
Comorbilidades	16-26.6%	10-41.6%	ns
Evolución natural de enfermedad	6-10%	5-20.8%	ns
Trat previo con furosemida	32-53.3%	19-79.1%	0.05
Natremia	132.9±9.08	135.1±6.7	ns
Glucemia	143.3±72.6	159.9±86.6	ns
Leucocitos	8798±2965	11336±6840	0.01
Creatinina	1.2±0.6	2±0.8	0.03
Bilirrubina	1.46±1	1.68±0.8	ns

Conclusión: En los grupos observados destacan como variables relacionadas con la mortalidad el número de reinternaciones previas, la existencia de tratamiento previo con furosemida, la leucocitosis y los mayores niveles de creatinina.

0135 ENCEFALITIS POR VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL (A PROPOSITO DE UN CASO)

S. NICOLÁS, M PROCHASKO, C ANTUNEZ, M LÓPEZ, R CONTRERAS, G ROJAS, G GRANBERG, M BRITZ
Hospital Alta Complejidad "Pte J.D. Perón" Formosa, Argentina.

Introducción: La encefalitis de West Nile, es producida por un flavivirus, transmitida al hombre por mosquitos que se han contagiado al alimentarse de aves infectadas. La relación de infecciones asintomáticas con sintomáticas es de 1:140 a 1:320 con mortalidad entre 5 al 11%. Resumen de historia clínica: paciente masculino de 44 años, oriundo del interior de Formosa, antecedentes de traumatismo raquímedular en octubre del 2.006 con recuperación sin secuelas. 72 hs previas a la consulta presento fiebre, odinofagia, mialgia, medicado con amoxicilina persistiendo febril, agregando somnolencia que alternaba con excitación psicomotriz derivado a nuestro nosocomio el 09/02/07 ingresa con Glasgow de 12/15, con desorientación temporoespacial, plejía de hemicuerpo derecho y rigidez de nuca, hemodinámica mente estable, taquicárdico, subfebril, ventilando espontáneamente, restó del examen físico normal, laboratorio al ingreso : leucocitosis, función renal y hepática conservada, medio interno normal, RX de tórax y ECG normal, TAC de cerebro normal LCR: cristal de roca-hipoglicorraquia-hiperproteorraquia- 1 leucocito/mm³; gram (-) se diagnostica encefalitis bacteriana vs viral, se inicio aciclovir y ceftriaxona a la espera de cultivos, evolucionando a las 48 hs en coma, ingresando a UTI con Glasgow de 3/15 se realiza intubación orotraqueal y conexión a ARM, hemodinámicamente estable, se recibe cultivos bacterianos negativos, serologías para HIV(-) VDRL no reactiva, medio interno normal, se repite TAC de cerebro normal, una nueva PL mostró LCR cristal de roca con presión de 20 cmH₂O, con glucorraquia y proteinorraquia normal, 5 leucocitos, cultivo bacteriano (-), serologías para Herpes simplex I/II IgM/IgG en suero (+) IgG en LCR (-), PCR no reactiva, CMV (-), presento estatus epiléptico, requiriendo tratamiento con tiopental, dado el diagnóstico de encefalitis se decide investigar virus del Dengue debido a que en la provincia existía en ese momento circulación viral del mismo, el UMELISA (screening) en suero resultado IgM (+) para Dengue y el MAC-ELISA (confirmatorio) resultado (-), el screening (+) del virus del Dengue sugiere posible presencia de otros Flavivirus, por lo que el suero y LCR fueron derivados al Instituto Nacional de Enfermedades Virales INEVH "Dr. Julio Maiztegui" donde se confirmo el diagnóstico de encefalitis por virus del nilo occidental. El paciente tras 51 días de internación en UTI, presento neumonía asociada a la ventilación e infección urinaria relacionada al catéter, evolucionó favorablemente, lucido, sin repetir convulsiones, con cuadríparexia es dado de alta con seguimiento y rehabilitación Kinesica ambulatoria evoluciono sin secuelas. Conclusiones: la infección por el virus del oeste del Nilo produce un espectro amplio de manifestaciones clínicas que van desde síntomas inespecíficos hasta cuadríplejía flácida con meningoencefalitis, por lo que es primordial educar a la gente, para mantenerse alerta ante las aves enfermas o muertas sin causa aparente y de las personas mayores con encefalitis o síndromes de parálisis flácida aguda.

0136 PLAQUETOPENIA SEVERA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON IIB/IIIA EN SÍNDROME CORONARIO AGUDO – REPORTE DE CASO

HF AZCONA, J CÉLIA, I DESABATO, M RUIZ, J AGUIRRE HERRERA, S WASSERMANN, A BOCHATEY, A CARPIO, R RONZZETTI, S O´ FARREL
Sanatorio A.E.S.M. - Comodoro Rivadavia - Chubut., Argentina.

Introducción: La trombocitopenia inducida por drogas es un fenómeno que causa una significativa morbilidad y mortalidad en los pacientes. Los profesionales deberían reconocer las manifestaciones de dicha complicación, diferenciarlas de otras causas e iniciar un rápido tratamiento para su resolución inmediata. Los fármacos que mas frecuentemente se hallan implicado son las ticlopidinas, heparinas no fraccionadas, inhibidores de las glicoproteinas IIb/IIIa, agonista H2 y antibióticos. Resumen: Paciente de sexo masculino de 61 años de edad, sin antecedente previos de enfermedad, que ingresa a UTI por SCA con supradesnivel ST cara anterolateral, en shock cardiogénico de mas de 1 hora de evolución. A su ingreso a la institución es evaluado por Hemodinamista quien decide realizar PTCA 1º con stent a DA, con tratamiento coadyuvante inhibidores de la glicoproteina IIb/IIIa, dosis de bolo e infusión, lograndose la reperfusión coronaria con estabilización hemodinámica y sece del dolor. A las 24 hs de evolución comienza con plaquetopenia (20.000), con recuento al ingreso normal (270.000), y hematomas en diferentes partes del tronco y extremidades, sin sangrado mayores. Durante su evolución requiere de transfusiones con concentrado de plaquetas, total 8 unidades, evoluciona luego favorablemente y pasa a sala general al 4º día de internación. Conclusión: Las publicaciones mundiales por estas complicaciones son escasas con este tipo de drogas, existiendo hasta el momento solo 4 reportes publicados. Se conoce las características antiagregantes de la misma y su rápido efecto, por lo que se debe tener presente al inicio del tratamiento. Por dicho motivo publicamos este caso.

0137 TERAPIA RESPIRATORIA EN NEONATOLOGIA. EXPERIENCIA PERSONAL

N. MORETTO, XL FERREYRA
Clínica Privada del Sol, Argentina.

Introducción: el aparato respiratorio del niño pequeño, está sobre todo constituido por conductos bronquiales, con poca alveolización, dando como consecuencia una mayor tendencia a la obstrucción. Al nacer en el embarazo a término, el número de alvéolos es entre los 30-50 millones, es decir el 20% de los adultos. Por lo tanto, nuestra intervención en esta etapa de la vida ayuda a prevenir la cronicidad pulmonar. Objetivos: evaluar la terapia kinesica respiratoria hasta el alta kinesica. Determinando: Incidencia de atelectasias y tiempo de resolución. Cambios en la SaO₂, pre y post maniobras. Tiempo de atención kinesica durante la internación. Complicaciones ocasionadas por la técnica. Material: sesenta y un pacientes (R/NPT; R/N a término) que ingresaron al Servicio de Neonatología de la Clínica del Sol, ciudad de Córdoba, con secreciones bronquiales sin importar la patología de ambos sexos y menores de 30 días de edad sin necesidad de oxígeno ni medicación, sin malformaciones ni patología oncológica, durante el período comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2007. Método: terapia kinesica respiratoria en neonatología. Diseño: Estudio de tipo descriptivo prospectivo de corte transversal. Análisis estadístico: test T para muestras apareadas, valor significativo p: <0,05. Resultados: los pacientes tuvieron una estadia hospitalaria de 11,95 ± 14,14 días (r: 2-71) al alta kinesica. El peso fue de 2416,67 ± 797,08 gr. Los valores de saturación de oxígeno pre vs post terapia fueron 95,27 ± 2,043 (r: 89-99,33) vs 96,01 ± 2,122 (r: 84-98,66); p: 0,007. La FIO₂ no mostró cambios estadísticamente significativos (0,99 ± 2,58 vs 0,70 ± 1,74; p: 0,305). Del total de pacientes tratados: 33 (54,1%) estuvieron en ventilación mandataria intermitente (IMV), 4 (6,56%) con CPAP nasal y 13 (21,31%) CPAPn + IMV. La incidencia de atelectasia en la muestra fue de 11 pacientes (18,03%) con una resolución de 1 ± 1,1 días (r: 0-4). Las complicaciones durante las maniobras fueron: bolseo 9 (14,7%), Apneas 24 (39,3%), Bradicardias 8 (13,1%) y Broncoespasmo 2 (3,3%), no hubo fracturas ni fisuras costales. Conclusiones: consideramos que la terapia

respiratoria kinésica es una técnica viable en niños RNT y RNPT. No hubo complicaciones post tratamiento. Todos los pacientes recibieron alta kinésica.

0138 UTILIDAD DE UN ÁREA DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

G ROJAS, M PROCHASKO, G GRANBERG, M BRITZ, S NICOLAS, C ANTUNEZ, M LÓPEZ, R CONTRERAS, N RAIMONDI, H NUÑEZ Hospital Alta Complejidad "Pte J.D.Perón" Formosa, Argentina.

Objetivos: Describir los logros alcanzados con la implementación de un área de recuperación postoperatoria (ARPOP), ubicada contigua al quirófano, contemplando los siguientes objetivos: 1) Optimizar la calidad de atención del paciente POP. 2) Evitar la suspensión de cirugías programadas. 3) Reducir el uso de camas de UTI en el postoperatorio. 4) Asistir pacientes en la recuperación de cirugías de emergencia. Material y Metodos: Previo a la cirugía se evaluó los antecedentes a través del estado físico (ASA) y el riesgo quirúrgico en relación al tipo de procedimiento, determinando un sistema de puntuación que permitió agrupar según la eventual necesidad de cama en UTI en el postoperatorio. Los pacientes ingresados al área correspondieron a cirugías programadas, y no programadas de urgencias o aquellos que presentaron complicaciones durante los procedimientos. Los datos registrados fueron sexo, edad, tipo de cirugía, riesgo, necesidad de ventilación mecánica, destino final, horas de estadía en ARPOP, complicaciones, mortalidad, y suspensión de cirugías programadas. No se incluyen pacientes de Cirugía Cardiovascular, ya que por normas de la institución, los mismos realizan su recuperación postoperatoria en la Unidad Coronaria, al igual que los trasplantes de órganos, que cuentan con su propio equipo de recuperación en la UTI. Resultados: En el período comprendido entre 16/03/09 y el 20/05/09, se asistieron 171 pacientes. 69 (40,36%) hombres y 102 (59,64%) mujeres. La edad promedio fue de 47,9 años (rango entre 9 y 90). Las cirugías programadas fueron 165 (96,49%) y no programadas 6 (3,51%). Riesgo quirúrgico: Alto: 6 pac. (3,50%), Moderado: 36 pac (21,05%) y Bajo: 129 pac (75,45%). El destino final fue el siguiente: 169 pac (98,83%) Sala General, 2 pac (1,17%) UTI. Análisis de riesgo quirúrgico y destino: Riesgo Alto (6 pac.), 6 (100%) a Sala General. Riesgo Moderado (36 pac.), 34 (94,44%) a Sala General, 2 (5,36%) a UTI. Riesgo Bajo (129 pac.), 129 (100%) a Sala General. Ningún paciente requirió ventilación mecánica. La estadía promedio fue de 1,5 horas (30 minutos a 7 horas). Complicaciones: Se presentaron 71 complicaciones en 61 pac. (1,1 complicaciones por paciente). Shock Hipovolémico (3), Hipotensión arterial (13), HTA (10), Hipotermia (28), Arritmias cardíacas (1), Hipokalemia (5), Excitación psicomotriz (1). No se registraron óbitos en el ARPOP, ni se suspendieron cirugías programadas. Conclusiones: Optimización de la calidad asistencial. La creación del ARPOP contribuyó a la atención de los pacientes con necesidades especiales conjuntamente con anestesia y cirugía, identificando y tratando tempranamente las complicaciones. Además, la asistencia postoperatoria en un área "limpia" y la derivación a Sala General evitó al paciente el stress traumático y el riesgo de una eventual internación en UTI. Suspensión de cirugías: Durante el período no se han suspendido operaciones, permitiendo atender las necesidades de la población de Formosa y alrededores. La creación de un ARPOP mostraría una tendencia benéfica tanto para la atención del paciente de riesgo elevado como para optimizar el funcionamiento del Hospital.

0139 NEGATIVA A LA DONACION: ESTRATEGIAS UTILES

JA OJEDA, AE PIACENZA, JA CIALZETA, HJM ALVAREZ, JI RIERA STIVAL, GL GUTIERREZ CUCAICOR (Centro Unico de Ablacion e Implantes de Corrientes), Argentina.

Objetivos: Analizar las estrategias que permitieron reducir la negativa a la donación (ND) y aumentar la procuración de órganos en la provincia de Corrientes en los últimos años. Material y Metodos: Periodos: Años 2006, 2007 y 2008. Variables analizadas: Se dividieron en tres momentos diferentes del operativo: Pre-entrevista: Implementación programa Glasgow 7 (pG7); Estrategias de detección; Seguimiento y mantenimiento; Diagnóstico familiar pre-entrevista; Acercamiento familiar a través de la comunicación de malas

noticias; Aspectos legales; Interpretación de la actitud familiar frente al médico. Entrevista: Comunicación de la muerte encefálica; Relación de ayuda e interpretación de las emociones; Diagnostico familiar post ME; Planificación de estrategias de solicitud; Aspectos positivos de la ley del donante presunto; Manejo de los tiempos; Solución temprana de los aspectos legales y administrativos. Post-entrevista: Acompañamiento y participación de la familia en el proceso de Donación; Solución de los tramites administrativos; Distribución temprana de los órganos y tejidos viables; Entrega del cadáver. Rol del medico: En todos los casos las estrategias fueron llevadas adelante por dos o mas Coordinadores Hospitalarios capacitados en la dirección, el control y la planificación de un operativo de donacion. Analisis de la muestra En cada uno de los períodos se analizaron: pacientes que ingresaron al pG7 (n pG7), los que evolucionaron al alta medica (n ALTA), al paro cardiorrespiratorio (n PCR) y a la ME. Se analizó además en cada período el porcentaje de ND y el total de donantes por millón de habitantes (DPMH). Resultados:

	n pG7	nALTAS	nPCR	nME	%ND	DPMH
2006	124	31%	36%	33%	41%	24,2
2007	156	34%	36%	30%	38%	25,9
2008	101	28%	14%	58%	25%	34,5

Conclusión: La implementación y el conocimiento de estas variables permitieron disminuir considerablemente la NEGATIVA A LA DONACION y obtener la tasa de donantes por millón de habitantes más alta de la Argentina.

0140 INTERPRETACIÓN DE CAMBIOS SIGNIFICATIVOS EN EL MONITOREO DE PARÁMETROS DE LABORATORIO

M BLANCO, P PIORNO, M MENISES, P DOMECCO Hospital Alemán, Argentina.

Objetivo: Conocer la magnitud del valor de referencia para el cambio (RCV) de parámetros de laboratorio que se utilizan habitualmente en las unidades de cuidados intensivos. Para una objetiva evaluación del monitoreo de pruebas de laboratorio se necesita conocer si la diferencia entre 2 resultados consecutivos se debe a cambios en el estado del paciente o a la variabilidad analítica y/o biológica. El RCV⁽¹⁾ es una herramienta que permite cumplir con este fin y se define como la diferencia entre dos resultados sucesivos de un paciente que se juzga como significativa (límite por encima del cual se asume que la condición del paciente ha variado). Material y Metodos: El RCV se calcula a partir de la variabilidad analítica (CV) y variabilidad biológica (VB) mediante la siguiente fórmula: $RCV : 1.96 \times 2^{1/2} \times (VB^2 + CV^2)^{1/2}$. La variabilidad biológica (VB)⁽²⁾ se define como la fluctuación fisiológica aleatoria alrededor de un punto de ajuste homeostático con 2 componentes: la intraindividual (que se utiliza para el monitoreo clínico de un paciente) y la interindividual. Se calcula a partir de los resultados seriados de personas adultas libres de enfermedad de acuerdo con el protocolo de Fraser y Harris. ⁽³⁾ La variabilidad analítica (CV) se obtiene a partir de la imprecisión registrada en el control de calidad interno. Utilizamos el CV promedio de nuestro laboratorio obtenido en el año 2008. El RCV se expresó en forma porcentual y en forma absoluta para distintos niveles de decisión clínica de los siguientes parámetros: hematocrito, sodio, potasio, calcio iónico, ácido láctico y creatinina. Resultados:

Parámetros	VB %	CV %	RCV %	Niveles de decisión	RCV (valor absoluto)
Hematocrito %	2.8	1.06	8.3	25 35 45	2 3 4
Sodio (mEq/l)	0.7	0.7	2.7	120 135 150	3 4 4
Potasio (mEq/l)	4.8	1.9	14	4 2.5 6	0.6 0.4 0.8
Calcio iónico (mmol/l)	1.7	1.6	6.5	1.2 0.8 1.4	0.08 0.05 0.09
Acido láctico (mmol/l)	27.2	2	76	2.2 5 9	1.7 4 7
Creatinina (mg/dl)	5.3	2	16	1 1.5	0.16 0.24

Conclusiones: El RCV, como herramienta para la evaluación del monitoreo de pruebas de laboratorio, permite una interpretación objetiva y contribuye al proceso de decisión clínica. Está directamente afectado por la variabilidad analítica que depende de los sistemas de medición y metodologías utilizadas. Cada laboratorio debe comunicar al plantel médico el RCV de los parámetros que considere necesarios. Referencias: (1)- Ricos C, et al. The reference change value: a proposal to interpret laboratory reports in serial testing based on biological variation. *Scan J Clin Lab Invest* 2004; 64: 165-84 (2)- <http://www.Westgard.com/biodatabase1.htm>. (3)- Biological Variation: From Principles to Practice. Callum G. Fraser. Washington, DC: AACC Press, 2001

0142 MORTALIDAD DE OCTOGENARIOS CON Y SIN VENTILACION MECANICA

PA ANGELORO¹, M HALAC²

¹SANATORIO ADVENTISTA DEL PLATA, Argentina. ²SAGRA-DA FAMILIA, Argentina.

Introducción: La población de octogenarios ha demostrado características intrínsecas que ameritan un análisis individualizado. La contextualización de las circunstancias que rodean una internación –desde los antecedentes, pasando por el diagnóstico de ingreso incluyendo los scores pronósticos- podría arrojar un mayor conocimiento. Objetivos: Comparar la mortalidad en pacientes (p) ≥ 80 años que ingresan a UTI de acuerdo a si fueron ventilados o no. Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional, que incluyó p octogenarios ingresados en una unidad intensiva médico-quirúrgica de adultos desde el 11-jun-2002 al 30-ago-2007, con seguimiento hasta los seis meses posteriores al egreso Sanatorial. Se registraron en la base SATI Q modificada: score de gravedad (Apache II), diagnóstico de ingreso a UTI (AVM), días de AVM, mortalidad y limitación del soporte vital según pautas de abstención o retiro del soporte vital en pacientes críticos. En ambos grupos, se compararon diagnóstico de ingreso. Resultados: Se identificaron 318 episodios (249 p) (sexo masculino= 134) que tenían las siguientes características:

Diagnostico de ingreso a UTI	Con AVM (n=47)	Sin AVM (n= 191)	p
Sepsis	3 (6,4%)	3 (1,5%)	0.0932
Neurología	2 (4,2%)	24 (12,6%)	0.1217
Cardiología	10 (21,3%)	108 (56,4%)	<0.001
Respiratorio	16 (34%)	26 (13,6%)	0.0018
Post quirúrgico	13(27,6%)	18 (9,4%)	0.0019
Digestivo	3 (6,4%)	5 (2,6%)	0.3619
Renal	0	7 (3,7%)	0.3504

A los seis meses se efectuó el seguimiento de 238 p (95,7%). Los resultados fueron los siguientes:

	Con AVM	Sin AVM	p
Apache II Mediana (Q1, Q3)	26 (19, 3%)	14 (10, 19%)	< 0.001
Días de AVM Mediana (Q1, Q3)	2 días (1, 6)		
Muerte al seguimiento	32 (68,1%)	74(38,7%)	0.0003
Limitación terapéutica en fallecidos	20 (62,5%)	22 (29,7%)	<0.001

Conclusiones: En esta población de pacientes octogenarios, la causa de internación presentó matices diferenciados entre aquellos con requerimiento de AVM con relación a los no ventilados. La evolución además fue significativamente peor en los p con AVM con mayor limitación terapéutica y con aproximadamente el doble de mortalidad a 6 meses.

0143 TRATAMIENTO DE LA HIPERLACTACIDEMIA POSTOPERATORIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN TRABAJO CLÍNICO RANDOMIZADO

NE VITTAL¹, IC ROMERO², F PÁLIZAS (H)², V CARDENAS², V CANNATELLI¹, F LIPOVETSKY¹, MV ARROSAGARAY², FA

MOS², M CASANOVA², D VILLANI ULLA², F RODRIGUEZ LUCCI², L CANTARELLI WATERLOOD¹, F FRUCHTENICHT¹, A CAPUTTO¹, G LONEGRO¹

¹Clinica Santa Isabel, Argentina. ²Clinica Bazterrica, Argentina.

Introducción: La hiperlactacidemia postoperatoria habitualmente desencadena un tratamiento, siendo la expansión de volumen uno de los más utilizados. Objetivo: Evaluar el efecto de un protocolo de expansión intravascular de volumen en la evolución de los niveles de ácido láctico en pacientes operados recientemente, con hiperlactacidemia y hemodinámicamente estables. Materiales y Métodos: Luego de que el paciente o su familiar más cercano firmaron el consentimiento informado se randomizaron mediante sobres cerrados numerados al azar pacientes en postoperatorio que cumplieran con los siguientes criterios: ingreso a UTI en el postoperatorio inmediato, hemodinámicamente estables, con dosaje de ácido láctico (AL) de sangre arterial en el primer control de laboratorio mayor a 3,0 mmol/l. Se usaron los siguientes criterios de estabilidad hemodinámica: Tensión arterial media mayor a 65 mmHg, frecuencia cardíaca menor a 90 l/min., diuresis mayor a 0,5 ml/Kg/hr, exceso de base mayor a -7. Se excluyeron pacientes con insuficiencia hepática, insuficiencia renal crónica en diálisis y antecedentes de deterioro moderado o severo de la función ventricular. El tratamiento asignado fue el siguiente: para el grupo "Control" ("C") se realizaron cuidados y controles habituales y se administró un plan de hidratación (PH) endovenosa de 30-35 mL/Kg en 24 hs con 75 a 150 mEq/L de Cl Na. En el grupo "Activo" ("A") se realizaron los mismos cuidados y el mismo PH, más una expansión de cristaloides de 20 ml/Kg en no más de 60 minutos. Se realizaron análisis a la llegada a UTI, a las 6 hs y a las 12 hs. Se midió AL, estado ácido base (EAB) arterial, en caso de contar con catéter venoso central se midió EAB venoso y saturación venosa central por cooximetría, ionograma y albúmina. Se registraron signos vitales y balance hídrico de 24 hs. Para la comparación de variables continuas se usó el test de suma de rangos de Wilcoxon o el test t de acuerdo a la distribución de las variables. Resultados: Se randomizaron 14 pacientes en el grupo "C" y 10 pacientes en el grupo "A". La población fue homogénea entre los dos grupos con un APACHE II de 7,71 y de 5,55 respectivamente (p=0.317). La resucitación y el comportamiento hemodinámico en el quirófano tampoco difirieron entre ambos grupos. El grupo "C" recibió en promedio 1491.42 ml y el grupo "A" recibió 3472 ml, p<0.0001. No se observó diferencia entre el lactato a las 6 y 12 hs entre ambos grupos (p=0.48), descendiendo en forma similar en ambos grupos. Conclusiones: En este grupo de pacientes la expansión intravascular con cristaloides no modificó la evolución de la hiperlactacidemia, observándose el mismo descenso en ambos grupos

0145 INSUFICIENCIA HEPATICA AGUDA Y NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA POR FENOBARBITAL: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

G CARBALLO, P BIRRI, P ARAGON, L CRIADO

Hospital San Roque UTI II, Argentina.

Objetivo: Reportar un caso clínico de Insuficiencia Hepática (IH) severa asociada a Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) por consumo de Fenobarbital (FB) como agente anticonvulsivo. Materiales y Métodos: Paciente (pte) de 17 años, sexo masculino con antecedentes de Epilepsia, tratada con carbamazepina, luego oxcarbamazepina y por recurrencia de crisis comiciales se cambia a FB 100 mg cada 12 hs. Luego de 2 meses de tratamiento con FB ingresa a UTI con diagnóstico de Hepatitis Aguda de probable origen medicamentoso. Al ingreso pte febril (39 °C), tos con expectoración purulenta, artralgias, mialgias, eritema generalizado pruriginoso, ictericia generalizada, edema palpebral bilateral, poliadenomegalias, hepatomegalia dolorosa. Laboratorio: Glóbulos blancos 10.000/mm³, albúmina 2,4 g/dl, APP 31%, BT 12 mg/dl, BD 10mg/dl, TGO 1.613 U/L, TGP 2.598 U/L, FAL 380 U/L, GGT 597 U/L. Ecografía Abdominal: líquido libre interasas. Escala de Child y Pugh "C". Se comienza a disminuir la dosis de FB hasta suspenderlo al cuarto día de su ingreso, iniciando tratamiento con levitiracetan, sin presentar crisis convulsivas. Evolucionación con eritrodermia generalizada con hiperpigmentación y descamación céfalocaudal, con Signo de Nikolsky +, soporoso, con edema duro en miembros con lesiones

petequiales, mucositis urogenital, oral, ocular y faringea, diarrea, derrame pleural bilateral, ascitis moderada, neumonía intrahospitalaria. Cultivos de secreción uretral, uro y hemocultivo negativos, aumento progresivo de transaminasas hepáticas y de BT hasta 24 mg/dl a predominio de BD, disminución del APP hasta 25% y albúmina hasta 1,7 gr/dl. Serología negativa para HIV, VHA, VHB, VHC, CMV y VEB. Laboratorio inmunológico negativo para Hepatitis Autoinmune y vasculitis. La terapéutica se basó en reposición hidroelectrolítica, nutrición parenteral total, vitamina K, protección gástrica, profilaxis antitrombótica, tratamiento antibiótico, protección ocular y control estricto del nivel de conciencia. Se inició terapéutica con metilprednisolona 0.1 mg/kg/día en infusión continua y luego meprednisona por vía oral 4 mg/día, baños diarios con clorhexidina al 0.05% y cambio diario de sábanas estériles. La biopsia de Piel y TCS informa Eritema Multiforme. Resultados: el pte presentó buena evolución, siendo dado de alta a los 20 días de su ingreso, con un desprendimiento epidérmico generalizado y reepitelización basal, y franca mejoría de su función hepática. Conclusión: La NET por FB se presenta en menos del 1% de los pacientes, con un 30% de mortalidad, con la sepsis como principal causa. Sus complicaciones son: hipotermia, desequilibrio hidroelectrolítico, sobreinfección cutánea, bronconeumonías, mucositis bacterianas, insuficiencia renal e infecciones del tracto urinario. La Hepatitis Aguda por FB es de excepcional presentación y la IH secundaria, extremadamente rara. La IH Child y Pugh C posee una sobrevida al año de solo un 45%. Resulta, entonces, de vital importancia considerar a las reacciones adversas como posibles etiologías de patologías severas.

0147 ESTRATEGIA PARA INCORPORAR UNA NUEVA DETERMINACION BIOQUIMICA EN LA URGENCIA: TROPONINA I CUANTITATIVA

M. BIANCONI, M. DICROCE

Hospital San Juan de Dios. La Plata, Argentina.

Introducción: La Troponina I cuantitativa (TIC) es un marcador de necrosis miocárdica que marcó un hito en el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos (SCA). Si bien su importancia y eficacia en dicho diagnóstico están ampliamente comprobadas, publicadas y difundidas, su implementación en nuestro hospital no resultó sencilla. Objetivos: General: Lograr la correcta incorporación del marcador cardíaco TIC a la práctica diaria, en el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos. Específicos: Demostrar la confiabilidad de la metodología empleada. Evidenciar las ventajas del nuevo parámetro sobre los utilizados tradicionalmente. Abrir un ámbito de discusión y acercamiento entre el laboratorio con los servicios médicos para fomentar el trabajo multidisciplinario. Analizar las posibles causas que dificultan la incorporación de nuevas metodologías. Materiales y métodos: Se analizaron y cruzaron los resultados de aquellas muestras a las que se les solicitó simultáneamente la determinación de CK total (CK t) y TIC, durante 8 meses y medio. Se evaluaron coincidencias y discrepancias entre ambas. Se revisaron las historias clínicas (H.C) de los casos discrepantes con el fin de establecer la correlación: pruebas bioquímicas - diagnóstico definitivo del paciente. Posteriormente se presentaron los resultados en un ateneo multidisciplinario donde se analizaron los datos obtenidos, se debatieron las razones que dificultaban la incorporación del marcador a la rutina diaria, se establecieron pautas superadoras. Resultados: Sobre 207 muestras estudiadas se observaron: 77% Coincidencias: entre los valores de CK t y TIC, resultando ambas patológicas o ambas normales. 23% Discrepancias: 67% TIC (>0.01)+CK t (<VR) y 33% CK t (>VR)+TIC (<0.01)). El análisis de las H.C, arrojó una muy aceptable correlación entre valores de laboratorio y estudios de alta complejidad realizados como la cinecoronariografía, observando la mayor sensibilidad y especificidad de la TIC frente a la CK t. Los resultados se presentaron en ateneo interdisciplinario. Se atribuyó a malas experiencias previas de los médicos en otras instituciones que realizaban Troponinas cualitativas, como la principal causa de la desconfianza médica. Se acordó un mayor y mejor uso del marcador a futuro. Conclusiones: El laboratorio necesitó demostrar ante la incorporación de un nuevo marcador bioquímico, la confiabilidad de la metodología empleada, la buena correlación clínica y las ventajas con respecto a los marcadores tradicionales, para lograr su correcta inserción a la práctica diaria. Esto implicó un

esfuerzo desde el laboratorio que fue necesario y beneficioso ya que permitió: abrir un canal de diálogo y acercamiento entre el laboratorio y los médicos actuantes, validar clínicamente la confiabilidad de los resultados emitidos, reafirmar la credibilidad del servicio bioquímico y fomentar el trabajo multidisciplinario.

0150 FASCITIS NECROTIZANTE, DOS CASOS DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE, CON ALTA MORTALIDAD

G. MACARRON¹, L. MORENO¹, A. SILVESTRE¹, O. RECUPERO², S. BRANDIMARTI², D. BERGNA², P. CASTELLANI¹, C. GAVIOT¹

¹Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata/Hospital El Cruce, F. Varela, Argentina. ²Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Argentina.

Paciente 1: 14 años, sexo masculino, sin antecedentes personales de importancia. Comienza el 26/12 mientras nadaba, con dolor desgarrante en la región lateral derecha del tórax. Dos días después presenta 2 picos febriles, vómitos y comienza con dolor en dicha región. El 30/12 ingresa a sala en regular estado general, febril, taquicárdico y pálido, con mucho dolor en región lateral del tórax; su cuadro clínico empeora; ingresa el 31/10 a terapia intensiva en estado crítico, taquicárdico, taquipneico e hipotenso, se intuba e inicia ARM, se expande en reiteradas oportunidades, requiere vasopresores e inotropicos a altas dosis, con el transcurrir del día empeora la lesión del tórax, con flictenas; se la interpreta como shock séptico, sospecha de fascitis necrotizante, se medica con penicilina, clindamicina y vancomicina. Se interconsulta con servicio de cirugía, no toman conductas. Empeora con shock refractario al tratamiento, el 2/1 se realiza fasciotomía extensa, por la tarde presenta paro cardíaco y óbito. Se recibe directo de lesión positivo para *Streptococo* grupo A. Paciente 2: 8 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes de importancia. Comienza el 10/1 al salir de la pileta con traumatismo banal en tobillo, por la noche comienza con vómitos y fiebre. El 12/1 continúa febril, se interna en sala, con edema en tobillo y marcado dolor en dicha región. Ingresar por la tarde a terapia intensiva taquicárdico, taquipneico e hipotenso, con el tobillo muy aumentado de tamaño y pulsos débiles. Se interpreta como shock séptico, con sospecha de fascitis necrotizante. Se inicia ARM, requiere drogas vasoactivas, se medica con vancomicina, clindamicina y amikacina. El día siguiente es evaluado por traumatología e ingresa a quirófano donde se realiza fasciotomía de pierna derecha. El 14/1 empeora el estado general con compromiso de muslo, ingresa nuevamente a quirófano para nueva fasciotomía, por la tarde presenta paro cardíaco y óbito. Se aisló en hemocultivos *Streptococo* grupo A. Fascitis Necrotizante por *Streptococo* grupo A, suele desarrollarse sobre un traumatismo previo, con mucho dolor desproporcionado a la lesión cutánea. El diagnóstico es clínico. La fasciotomía precoz y agresiva, mas los antibióticos de forma temprana (penicilina, clindamicina y vancomicina) es el tratamiento de elección. Conclusiones: La Fascitis Necrotizante es una patología poco frecuente, con alta mortalidad (45-70%), en donde el diagnóstico temprano y el tratamiento precoz combinado (quirúrgico y antibiótico) y agresivo, es la única esperanza para estos pacientes.

0154 HEPATITIS TOXICA AGUDA POR LAMOTRIGINA

R. CORDOBA, M. CHIAROTTO, S. SANTAGIULIANA, G. IZZO, G. ABALLAY, D. NOVAL, S. ILUTOVICH

Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

Introducción: Lamotrigina es un fármaco anticonvulsivante utilizado para el tratamiento de convulsiones refractarias y otras patologías como el trastorno bipolar y el síndrome depresivo. Hepatitis aguda tóxica e Insuficiencia Hepática son complicaciones excepcionales relacionadas a su uso, con reporte de muerte en la mitad de los casos publicados. Objetivo: Descripción de un caso de Hepatitis tóxica aguda secundaria al consumo de Lamotrigina. Material y método: Revisión de Historia Clínica. Resumen: Paciente de sexo femenino de 58 años de edad con antecedentes de síndrome depresivo, en tratamiento con venlafaxina 50 mg/d y clonazepam 2 mg/d, ingresó a guardia general por dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos y un registro febril de 40 grados 48 horas previas al ingreso. Refirió el agregado de lamotrigina en dosis creciente hasta 150 mg/d en últimos 30 días. Laboratorio de ingreso: TGP: 8.508 UI/l, TGO: 10.597 UI/l, bilirrubina total: 2,2 mg%, bilirrubina direc-

ta: 2 mg%, creatinina: 3 mg%. TP: 26%, RIN: 2.8. Presentó serología positiva IgG para VHA, y negativas para VHB, VHC, VEB, CMV y HIV sin aislamiento bacteriológico en los cultivos. AntiDNA, anticuerpo anti-mitocondrial, ANA y antiLKM fueron negativos. Se realizó: ecografía abdominal que observó aumento de la ecogenicidad hepática como único hallazgo patológico; TAC de tórax, abdomen y pelvis sin particularidades. Doppler espleno-portal normal. Se suspendió la ingesta de psicofármacos en el momento de la admisión y se realizó tratamiento de sostén. Evolucionó favorablemente sin signos de encefalopatía con mejoría de todos los parámetros de laboratorio. Egresó de UTI al séptimo día de internación. Se otorgó el alta nosocomial al noveno día con TGO: 59 U/l, TGP: 513 U/l, TP: 97% y creatinina 1.2 mg%. Discusión: La Hepatotoxicidad por lamotrigina (Score de Naranjo 4) es un evento adverso infrecuente que puede causar la muerte por Hepatitis fulminante. Los factores de riesgo del caso descrito así como la presentación, tienen una estrecha similitud con los escasos reportes; la relación existente entre el tiempo de ingesta, el inicio de los síntomas, la curva enzimática y la evolución de la paciente permitieron arribar al diagnóstico. En relación a la literatura previa, este caso clínico destaca como datos significativos el nivel elevado de transaminasas y el compromiso de la función renal con buena evolución y mejoría de todas sus disfunciones. Conclusión: Se describe un caso de hepatitis tóxica aguda grave. Lamotrigina es una droga de uso creciente, potencialmente causante de Hepatitis tóxica aguda grave y debe ser tenido en consideración entre los diagnósticos diferenciales de esta entidad clínica.

0156 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES OBSTÉTRICAS INGRESADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

JP SUÁREZ, G BADARIOTTI, S LAMOT, G KIRSZNER, M HERNANDEZ, B DE DIEGO
Sanatorio Mater Dei, Argentina.

Objetivo: Revisar la población de pacientes obstétricas y puérperas internadas en la unidad de cuidados críticos, diagnósticos de admisión, mortalidad, APACHEII, requerimiento de soporte inotrópico y respiratorio. Material y métodos: estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas de pacientes obstétricas y puerperas internadas entre enero de 2007 y marzo de 2009. Resultados: Se internaron 49 pacientes con 5901 partos en el período estudiados (8,3/1000). Representando un 3,35% del ingreso de pacientes a Terapia Intensiva en el período. El 95,5% presentaban seguimiento obstétrico previo. La edad media fue de 33,8 ± 5,2 años. El 52% de las pacientes eran primíparas. El 12,7% de las pacientes presentaban embarazo múltiple. El 73,5% de los ingresos fue previo al parto. El 81,5% de los ingresos fueron por causas obstétricas. De este grupo 46% presentaron hemorragias en el parto o puerperio, 41% HTA o preeclampsia-eclampsia y 13% otras causas obstétricas. El APACHEII promedio fue de 5,63 ± 4,6. 2 pacientes recibieron inotrópicos, 5 pacientes requirieron ARM (1,4 días de promedio) y 1 paciente ventilación no invasiva. No se registro mortalidad materna durante el período. En el análisis por subgrupos se encontró que las pacientes con diagnóstico de HTA-preeclampsia-eclampsia presentaban una menor edad que el resto (mediana 31,5 años p 0,004) y mayor porcentaje de primíparas (71% vs 45% del resto de la muestra). Conclusiones: La mortalidad y severidad de las series de pacientes obstétricas internadas en terapia intensiva varían según distintos reportes. En nuestro caso la baja incidencia de complicaciones graves, mortalidad y score de APACHEII creemos que se debe a un alto seguimiento obstétrico durante el embarazo y la facilidad del acceso al sistema de salud.

0157 HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA CON SHOCK HIPOVOLÉMICO COMO DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTE LÚPICA. REPORTE DE UN CASO

M BRIZUELA, E MANRIQUE, M MONLLAU GRIMA, P HUPPI, C AHUMADA, G CARUSO, E TOLEDO, G BRUNO, R DE LOS RÍOS, R COOKE
Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Argentina.

Introducción: La hematoquezia aguda en pacientes lúpicos es de rara presentación, constituyendo esta situación clínica un ver-

dadero desafío diagnóstico para el equipo médico actuante. Objetivo: Reportar caso de Hemorragia Digestiva Baja Masiva como 1 brote de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en paciente lúpica, su algoritmo diagnóstico y la instauración de un tratamiento médico eficaz. Material y Método: Paciente femenina de 39 años con antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de 16 años de evolución con Nefropatía Lúpica Clase II bajo tratamiento con Prednisona a bajas dosis. Cursaba su 7 día de internación en Sala Común con diagnóstico de Polineuropatía Sensitivo-Motora en estudio. Presenta en forma aguda dolor abdominal tipo cólico difuso a predominio de fosa iliaca derecha con defensa y peritonismo localizados, asociado a deposiciones sanguinolentas abundantes con coágulos y rápida evolución a shock, por lo que es trasladada a UTI. Ingresó somnolienta, T.A.S: 70mmHg, F.C:120x', afebril, hematoquezia persistente y pérdida estimada de volemia de 30%. Se instaura reanimación con fluidos EV (Cristaloides), infusión de vasopresores, transfusión de GRs. Sondaje nasogástrico: débito biliar. Laboratorio: Hto 19%, Hb 6,5gr/dl, Creatinina 0,4 mgr/dl. Coagulograma normal. Acidosis Metabólica. Examen en fresco de materia fecal: sin gérmenes y recuento de PMN negativo. ECO Abdominal: líquido libre intraabdominal e interasas, Ciego: pared engrosada 10 mm. Por persistencia de sangrado masivo (no exanguinante) se realizó de urgencia Angiografía Digestiva: sin signos de sangrado activo, ni lesiones parietales en Intestino delgado y Colon. Se solicitó Inmunología, serología CMV, Hemocultivos. Con la alta sospecha de Colitis Hemorrágica Lúpica por Vasculitis Intestinal vs. Brote Fulminante de EII se inició pulsos de Metilprednisolona, expectándose Laparotomía exploradora. Resultados: Evolución favorable, disminución de sangrado y estabilidad hemodinámica. Se descartó actividad de LES. p-ANCA, c-ANCA, IgG/IgM Anticardiolipinas, CMV y Hemocultivos negativos. Rectosigmoidoscopia 4 día: mucosa friable, múltiples erosiones hemorrágicas difusas, imagen de seudopólipos. Histopatología (biopsias colónicas): Inflamación crónica inespecífica de actividad moderada a severa. Diagnóstico: Colitis Ulcerosa Idiopática (CUI) Brote Fulminante. Continúo tratamiento con Prednisona 1 mg/Kg/día VO, asociada a Mesalazina 3 gr/día VO. Sin complicaciones, alta a los 10 días del episodio agudo. Conclusión: Consideramos que este caso de una paciente lúpica con hematoquezia masiva en el cual los métodos de imágenes fueron inconclusos o no factibles de realizar durante el episodio agudo, la sospecha clínica de Brote Fulminante de EII razonablemente formulada fue determinante para un tratamiento médico precoz y eficaz. Posteriormente el estudio endoscópico permitió confirmar la sospecha.

0159 PRONOSTICO DE PACIENTES CRITICOS INFECTADOS POR ACINETOBACTER BAUMANNII

E ARISTA, C CANESSA, M BONO, R SANCHEZ, D VARELA, P ESCALANTE, N TIRIBELLI, L GRIECO, A LUCERO, P LADELFA, N FALCON PEREZ, A MARINO
Hospital Churrucua-Visca, Argentina.

Objetivo: Analizar las variables clínicas y el pronóstico de pacientes internados en la unidad de terapia intensiva (UTI) que presentan infecciones por Acinetobacter baumannii (IAB) en comparación con los pacientes infectados por otros gérmenes (IOG). Material y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados al servicio de UTI de nuestro Hospital desde 01/09/06 hasta el 30/04/09 que presentaron diagnóstico de infección con especial interés las que tuvieron aislamiento de Acinetobacter baumannii. Se tomo en cuenta: incidencia, antecedentes patológicos, edad, sexo, Apache II, SAPS, días de ARM, traqueotomía, reintubación, estadía en UTI, requerimiento de trasfusión de glóbulos rojos (GR), vasopresores, fallo renal agudo y mortalidad; además de severidad de la infección; foco primario de la infección; tipo de admisión: Quirúrgica-Clinica y resistencia antibiótica del Acinetobacter baumannii. 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: Se incluyeron 488 pacientes (32.8% del total de ingresos), de los cuales 95 (19.5%) presentaron IAB y el 80.5 IOG. La severidad de infección fue: Sepsis 10.8%; Sepsis severa 20%; Shock séptico 40% y DOM 29,2%. El Foco primario: 47.8% pulmón, tracto urinario 22.2%, abdomen 10.5%. El

tipo de admisión fue quirúrgica en el 27.4% y clínica en el 72.6%. Resistencia antibiótica del *Acinetobacter baumannii*: Piperacilina-Tazobactam 91.7%; Imipenem 86.7%; Meropenem 88.6%; Cefepime 87.5%; Gentamicina 41.3%, Amikacina 66.4%; Ampicilina-Sulbactam 98%.

Infecciones	Con <i>Acinetobacter</i>	Sin <i>Acinetobacter</i>	p	Sin Infecciones
N	95	393		999
Sexo	F:33 (34.7 %)	F:176 (44.8 %)		F:496 (49.6 %)
Antecedentes	Tabaquista 59.1% Enclismo 15.9% Stroke 18.2%	20.8% 4.2% 4.2	0.007 0.008 0.002	
Edad	59.5 (17.1)	64.7 (17.2)	0.00	61.4 (18.6)
Apache II	20.1 (8.8)	19.1 (9.6)	0.35	13.8 (9.6)
Saps II	44.2 (19.5)	44.5 (21.4)	0.9	32.2 (21.4)
SOFA	11.3 (3.8)	10.7 (4.4)	0.3	
Estadías en UTI	<i>Méda (DE)</i> <i>Méda (n & sntiles)</i>	19 (14.6) 15.5 (10-24)	8.1 (9.1) 5 (3-11)	3.6 (5.3) 2 (1-4)
ARM	<i>Requerimiento</i> <i>Estadía Méda (DE)</i> <i>Méda (n & sntiles)</i>	92.6% 11.1 (12) 8 (5-14)	71.5% 6.7 (7.5) 5 (2-8)	35.5% 3.5 (3.2) 2 (1-1)
Traqueotomía		36.4%	17.4%	0.00
Reintubación		22.7%	13.5%	0.05
Días de Weaning	<i>Méda (DE)</i> <i>Méda (n & sntiles)</i>	1.9 (3.5) 1 (1-2)	1.5 (2.3) 1 (1-1)	1.2 (0.7) 1 (1-1)
Vasopresores	<i>Tasa</i> <i>Días</i>	68.4% 6.8 (5.9)	47.8% 4.6 (3.6)	18.7% 3.3 (3.3)
Transfusiones de GR	<i>Tasa</i> <i>Unidades</i>	29.5% 4.5 (4.1)	30% 4.7 (5.3)	0.98 0.73
Fallo Renal Agudo	<i>Tasa</i> <i>Dialisis</i>	43.1% 46.3%	30.2% 24.3%	0.02 0.01
Mortalidad		45.3%	31.8%	0.01

Conclusion: Los pacientes IAB son pacientes mas jóvenes y con scores de gravedad similares. Tienen mayor requerimiento y estadía en ARM; mayor estadía en UTI, requerimiento de traqueotomía y vasopresores; mas incidencia de fallo renal agudo y mayor mortalidad. Los *Acinetobacter baumannii* presentan una alta resistencia antibiótica.

0162 MENINGITIS FULMINANTE POR HAEMOPHILUS INFLUENZA TIPO NO B

F SALDARINI, R ARIENTI, MA ESTRIN, G CARQUEIJEDA, E PESAT
Hospital Donación Francisco Santojanni, Argentina.

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

0163 BACTERIEMIA EN PACIENTES CRITICOS

L GRIECO, A LUCERO, R SANCHEZ, M BONO, P LADELFA, P ESCALANTE, E ARISTA, C CANESSA, N TIRIBELLI, N FALCON PEREZ, A MARINO, D VARELA
Hospital Churruca, Argentina.

Objetivo: Evaluar los efectos de la bacteriemia en el pronóstico de pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) que presentan infecciones. Material y Metodos: Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes internados en la UTI de nuestro Hospital desde 01/09/06 hasta el 30/04/09 que presentaron infección documentada, con especial énfasis en aquellos que presentaron bacteriemia. Se tomo en cuenta: incidencia y densidad de incidencia de bacteriemia, edad, sexo, Apache II, SAPS II, días de ARM, traqueostomía, reintubación, estadía en UTI, requerimiento de trasfusión de glóbulos rojos (GR), vasopresores, fallo renal agudo y mortalidad; además de severidad de la infección, foco primario de la infección y aislamiento de gérmenes; tipo de admisión: Quirúrgica-Clinica; tipo de bacteriemia: primaria, secundaria, polimicrobiana. 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: Se incluyeron 488 pacientes (32.8% del total de ingresos), de los cuales 104 presentaron bacteriemias (118 episodios), la cual se presento al 8.2 (7.8) días de internación, presento una incidencia de 6.9% con una densidad de incidencia de 13.8 episodios cada 1000 días de internación. El tipo de admisión fue quirúrgica en el 16.3% y clínica en el 83.7% de los casos El 80.5% de la bacteriemias fueron secundarias (Neumonía nosocomial 37.8%, Infección del tracto urinario 27.7%, infección intrabdominal 8.1%) y el 19.5% primaria; el 4.2% fue polimicrobiana. El modo de presentación fue: sepsis 17.5%; sepsis severa 15%; shock séptico 26.2%; DOM 31.3%. Los gérmenes mas frecuentemente aislados fueron: *Staphylococcus aureus* 23.7%, *Staphylococcus epidermidis* 11.9%, *Klebsiella pneumoniae* 11%, *Enterococo faecalis* 8.5%, *Escherichia coli* 5.9%, entre otros.

Infecciones	Con Bacteriemia	Sin Bacteriemia	p
N	104	384	
Sexo	F:44.2 %	F: 41.7 %	
Edad	64.4 (16.6)	63.4 (17.4)	0.6
Apache II	21.2 (8.6)	18.5 (9.4)	0.008
Saps II	46.2 (19.2)	43.6 (21.2)	0.25
SOFA	11.3 (4)	10.7 (4.4)	0.2
Estadías en UTI	<i>Méda (DE)</i> <i>Méda (n & sntiles)</i>	14.7 (13.7) 10 (4-22.2)	9 (10.1) 6 (3-12)
Días de ARM	<i>Requerimiento</i> <i>Méda (DE)</i> <i>Méda (n & sntiles)</i>	82.7% 8.9 (8.8) 7 (3-11)	73.7% 7.6 (9.3) 5 (2-9)
Traqueotomía		23.3 %	2.1 %
Reintubación		12.8 %	16.6 %
Días de Weaning	<i>Méda (DE)</i> <i>Méda (n & sntiles)</i>	1.2 (0.6) 1 (1-1)	1.7 (3.1) 1 (1-1)
Vasopresores	<i>Tasa</i> <i>Días</i>	55.8% 5.2 (4.1)	47.9% 5.1 (4.5)
Transfusión de GR	<i>Tasa</i> <i>Unidades</i>	35.6% 4.1 (5.9)	27.1% 4.8 (4.)
Fallo Renal Agudo		33.6 %	30.7 %
Mortalidad		43.3 %	31.2 %

Conclusion: Los pacientes que presentan bacteriemia tienen similar edad y SAPS II, con un Apache II superior a los pacientes infectados sin bacteriemia. Presentan además una mayor requerimientos de ARM, estadía en UTI y mortalidad.

0165 ATROFIA MUSCULAR ESPINAL DE COMIENZO NEONATAL. REPORTE DE UN CASO

MF GALLETTI, ME MAS, MC CABASSI, R LÓPEZ, S BLANCO POOL, R BERGALLO
Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción. Objetivo. La atrofia muscular espinal (AME) engloba un conjunto de enfermedades heterogéneas desde el punto de vista clínico y genético, cuya lesión anatomopatológica radica en una degeneración y muerte de las neuronas motoras del asta anterior de la medula espinal. Según la edad de aparición y grave-

dad clínica, se distinguen tres tipos: tipo I (enfermedad de Werdnig-Hoffmann), es la forma más precoz y grave; tipo II, forma intermedia; tipo III (enfermedad de Kugelberg-Welander), forma más tardía y menos grave. Se presenta un caso de comienzo neonatal. Caso Clínico. Nace RNT/AEG, masculino, padres no consanguíneos, embarazo controlado no complicado, refiere la madre disminución de los movimientos fetales desde la semana 37. Monitoreo LCF presentes. Nace por cesárea por falta de progreso de trabajo de parto. Nace en paro respiratorio. Requiere ventilación con presión positiva, recupera color, FC, ante escaso esfuerzo respiratorio se decide intubación. Presenta marcada hipotonía generalizada, ROT abolidos, hipoactividad, artrogriposis. Facie inexpressiva, con fasciculaciones linguales. Tórax en campana. Buena oxigenación y ventilación con bajos parámetros ARM. No se logra extubación por falta de respiraciones espontáneas. Vigil, conectado, apertura ocular espontánea. Requiere traqueotomía y alimentación enteral por SNG. A los 15 días se sospecha AME, se confirma por genética molecular. Fallece a los 2 meses de vida. Discusión. La AME es una enfermedad autosómica recesiva letal, cuya incidencia es de 1/ 10000 recién nacidos (RN), con una frecuencia de portadores de 1/50. La enfermedad de Werdnig-Hoffmann se caracteriza por su aparición temprana en los primeros 6 meses de vida, con marcada hipotonía y debilidad muscular, y suelen fallecer en el primer año de vida, por lo general por insuficiencia respiratoria. Cuando comienza dentro de los 3 días de vida se denomina neonatal precoz. Según ECEMC1 la frecuencia encontrada para AME neonatal es de 0,32/100.000 RN vivos. El diagnóstico de la enfermedad de Werdnig-Hoffmann es fundamentalmente clínico y se apoya en los exámenes complementarios (electromiografía, biopsia), aunque estas pruebas pueden ser de difícil interpretación en el recién nacido. Por ello la importancia del diagnóstico genético. Se han localizado dos genes en el brazo largo del cromosoma 5 (5q13.1): un gen determinante de la enfermedad, SMN (Survival Motor Neuron) y el gen NAIP (Neuronal Apoptosis Inhibitory protein) que probablemente actúe modificando en fenotipo. El estudio de las proteínas del gen causante de la atrofia, el SMN1, y de la muerte neuronal fetal demuestra que la AME es consecuencia de una apoptosis exagerada debido a mutaciones en el gen que codifica a SMN1. (1. J. González de Dios, M.L. y col. Importancia diagnóstica de los signos de hipocinesia fetal en la atrofia muscular espinal de presentación neonatal. An Esp Pediatr 2002; 56: 233-240.)

0167 IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA FOMENTAR EL USO DE PRÁCTICAS DE SEGURIDAD QUE PERMITAN REDUCIR LA FRECUENCIA DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS. ESTUDIO DE INTERVENCIÓN ANTES-DESPUÉS

F. LOJA CONO, L. AGUILAR, C. APEZTEGUIA, F. RIOS, G. BERENSTEIN
Hospital Posadas, Argentina.

Objetivos: 1- Disminuir la frecuencia de Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ) en el postoperatorio de los pacientes ingresados en la UCI por causa quirúrgica. 2- Mejorar la seguridad en la atención de los pacientes. 3- Concientizar al personal de salud en el problema relacionado a las infecciones intrahospitalarias. 4- Evaluar las tasas de uso de las prácticas de seguridad luego de la implementación de medidas educativas. Material y métodos: Estudio de intervención con valoración previa y posterior a la implementación de un programa educativo. Ambito de estudio: UCI de Adultos del Hospital Posadas, en desde el 15 de mayo de 2008 al 15 de mayo de 2009. La UCI se compone de una Terapia Intensiva (10 camas), y una Terapia Intermedia (12 camas). Población de estudio: Pacientes mayores de 18 años ingresados en forma consecutiva por patología quirúrgica que permanecieran en la unidad por más de 48 horas. Se excluyeron los pacientes quirúrgicos internados menos de 48 horas y pacientes no quirúrgicos. En seis meses fueron incluidos 124 pacientes. Datos recogidos desde el ingreso hasta los 7 días posteriores al egreso de UCI. En pacientes con internación prolongada la observación se realizó hasta los 30 días. El estudio se dividió en tres etapas, una 1ª etapa observacional: en tres meses se incluyeron pacientes y se midió la incidencia basal de ISQ. Se evaluó la implementación de prácticas de seguridad en el período

intraoperatorio y postoperatorio. Una 2ª etapa, de cuatro meses de duración, donde se implementó un programa educativo que promovió la implementación de medidas de prevención (higiene de manos, curación de herida quirúrgica, profilaxis antibiótica, tiempo quirúrgico, normotermia perioperatoria, equipo quirúrgico y control de glucemia) y una 3ª etapa de evaluación o de post-intervención de tres meses de duración, de inclusión de pacientes y evaluación de las mismas variables de la primera etapa, obteniéndose resultados cuantitativos, en lo que respecta al cumplimiento de prácticas de seguridad y frecuencia de ISQ. Método estadístico. Estadística descriptiva, medias o medianas y desvío estándar o percentiles y sus respectivos intervalos de confianza cuando correspondiera. Para comparar grupos, los datos cuantitativos se analizaron mediante test Student o Mann-Whitney según correspondiera su distribución, se aplicó Test de Fisher exacto o chi cuadrado para comparar proporciones y datos categóricos. Resultados: La implementación de prácticas de seguridad luego de la intervención educativa disminuyó la tasa de ISQ en un 11%. La intervención educativa permitió disminuir la frecuencia de aparición de ISQ y una tendencia a la mayor adherencia de las prácticas de seguridad. La higiene de manos, la curación de herida quirúrgica y la administración de profilaxis antibiótica fueron las variables que presentaron resultados estadísticamente significativos. (P=0,01). Conclusiones: La implementación de un programa educativo permitió mejorar la calidad de atención de los pacientes e incrementó la adherencia a la mejor aplicación de las medidas de seguridad promovidas.

0168 TRANSFUSIONES DE GLOBULOS ROJOS E INFECCIONES EN PACIENTES CRITICOS

R. SANCHEZ, M. BONO, E. ARISTA, C. CANESSA, L. GRIECO, A. LUCERO, D. VARELA, N. TIRIBELLI, P. ESCALANTE, P. LADELFA, A. MARINO, N. FALCON PEREZ
Hospital Churrucá, Argentina.

Objetivo: Analizar la relación existente y pronóstico de los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva (UTI) que requieren transfusión de glóbulos rojos (GR) y presentan infecciones. Material y Métodos: Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes que se internaron en UTI de nuestro Hospital desde 01/09/06 hasta el 30/04/09 con especial interés en aquellos que se transfundieron glóbulos rojos y que presentaron infección documentada. Se tomo en cuenta: incidencia, edad, sexo, Apache II, SAPS II, días de ARM, traqueostomía, reintubación, estadía en UTI, vasopresores, fallo renal agudo y mortalidad; además del foco primario de la infección y aislamiento de gérmenes. 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: Se internaron un total de 1487 pacientes, de los cuales 339 (22.8%) requirieron trasfusión de 4.8 U (5.1) GR. La incidencia de infección en los pacientes transfundidos con GR fue de 41.9% y de los pacientes no transfundidos 30.1% con una $p < 0.05$. Los focos primarios de la infección más frecuentes fueron pulmonar 34 %, tracto urinario 23.1% y abdomen 22.2%. Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron: Acinetobacter baumannii 16.6%; Klebsiella pneumoniae 14.3%; pseudomonas 12.3%; Candida 11%; Stafilococo aureus 7.8%; Stafilococo epidermidis 7.6%.

		Transfundidos con GR - Infectados	No transfundidos con GR - Infectados	p
n		142	346	
Sexo		F: 43 %	F: 42.2 %	
Edad		60 (17.2)	65.1 (17.1)	0.00
Apache II		20.4 (9.4)	18.7 (9.4)	0.07
Saps II		45.7 (20.8)	43.7 (21.1)	0.34
SOFA		11.8 (4.1)	10.3 (4.4)	0.00
Estadías en UTI	Mediana (DE)	15.7 (13.9)	7.9 (9)	0.00
	Mediana (cuartiles)	13 (6-25)	5 (3-11)	
Días de ARM	Requerimiento	87.3 %	70.8 %	0.00
	Mediana (DE)	9.6 (10.1)	6.9 (8.5)	0.00
	Mediana (cuartiles)	8 (4-12)	5 (2-8)	
Traqueostomía		28.2 %	18.8 %	0.00
Reintubación		23.4 %	11.8 %	0.001
Días de Weaning	Mediana (DE)	1.4 (1)	1.7 (3.3)	0.28
	Mediana (cuartiles)	1 (1-1.2)	1 (1-1)	
Vasopresores	Tasa	69.7 %	46.5 %	0.00
	Días	6.2 (5.3)	4.3 (3.5)	0.00
Fallo Renal Agudo	Tasa	40.8 %	30 %	0.02
	Días	44.8 %	21.2 %	0.003
Mortalidad		47.2 %	28.6 %	0.00

Conclusion: Los pacientes transfundidos con GR que presentan infecciones presentan similares scores de gravedad que aquellos infectados que no se transfundieron GR. Tienen mayor requerimientos y estadía en ARM, mayor estadía en UTI, requerimientos de vasopresores, incidencia de fallo renal agudo y como consecuencia mayor mortalidad.

0170 INCIDENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA A CATER VENOSO CENTRAL Y GERMESES PREVALENTES

C GARAYALDE, P GASTALDI, N PIETO, D MIQUELARENA, G FERNADEZ CID, J CUIULI
Hospital Enrique Tornu, Argentina.

Introducción: Los catéteres intravasculares resultan indispensables en la práctica médica de hoy en día, particularmente en las unidades de cuidado intensivo (UCI). Aun cuando dichos catéteres proveen el acceso vascular necesario, su utilización pone al paciente en situación de riesgo de complicaciones infecciosas. .Objetivos: Evaluar la incidencia de sepsis asociada a catéter en UCI del Hospital Enrique Tornu, identificar los agentes etiológicos, discriminado entre los distintos sitios de punción. Materiales y métodos: El presente es un estudio descriptivo de incidencia prospectivo realizado en el periodo comprendido entre el 31/08/09 al 30/04/09 incluyéndose a los pacientes a los cuales se le colocó un CVC de corta duración en dicho servicio quedando excluido del mismo los que ingresaron con un CVC ya inserto y los que se cambiaron por cuerda de piano. Se incluyeron un total de 348 catéteres de los cuales 82 correspondieron a acceso venosos yugular posterior derecha (YPD), 52 a yugular posterior izquierda (YPI), 63 a subclavia derecha (SD), 106 a subclavia izquierda (SI), 2 a yugular anterior derecha (YAD), 1 a yugular anterior izquierda (YAI), 7 a femoral derecha (FD), 6 a femoral izquierda (FI) y 1 en el confluente derecho (CYD), todos insertos por punción percutánea. Resultados: De los 348 catéteres solo 17 presentaron hallazgos bacteriológicos que confirmaron la bacteriemia asociada a catéter (BRC) representado un 4.86% del total analizado y un valor de 5.86 episodios/1000 días catéter, con una media de permanencia 8.4 días y en 21 casos se verificó la colonización. De los pacientes con BRC 2 presentaban catéteres en la vena SD (3.17%), 5 en la vena SI (4.72%), 6 en la YPD (7.32%) y los 4 restantes en la YPI (5.77%). Los gérmenes rescatados fueron SAMR (7), SAMS (1), Klebsiella (3), Proteus (1), Candida (1), Enterobacter (2), Acinetobacte (1), Pseudomona (1). De los colonizados 5 corresponden al acceso YPD (6.10%), 8 al YPI (15.38%), 4 a la SD (6.35%), 1 a la FD (14.29%) y 1 a la FI (16.67%). Los gérmenes aislados fueron Enterobacter (1), Acinetobacter (3), Candida (4), Proteus (4), Klebsiella (3), SAMS (1), SAMR (2), Enterococo (2), la combinación Stafilococo coagulasa negativa y Enterobacter (1). Comentarios: La incidencia de sepsis asociada a catéter es acorde a reportado en el informe ENVIN 2008 y el consenso en infecciones por catéter 2003 (4.3% Vs 4.86%) y (4-6 Vs 5.86 episodios/1000 días catéter) respectivamente. En cuanto al agente etiológico, llama la atención los escasos rescates de cocos GRAM positivo comparado con lo publicado en el informe ENVIN 2008 (65.47% Vs 50%) a expensas de el aumento de rescates de bacilos GRAM negativos (27.58% Vs 50%) respetándose la incidencia de infecciones fúngicas (6.05% Vs 5.88%). Se observó mayor incidencia de BRC en los pacientes con accesos yugulares posteriores que los subclavios sin reportarse casos en los pacientes con vías femorales, en cuanto a las colonizaciones, la diferencia antes mencionada se mantiene verificándose también una alta incidencia de colonizaciones en los accesos femorales.

0171 PRONOSTICO DE LA NEUMONIA ASOCIADA AL RESPIRADOR

A LUCERO, L GRIECO, P LADELFA, E ARISTA, C CANESSA, N TIRIBELLI, D VARELA, M BONO, R SANCHEZ, A MARINO, P ESCALANTE
Hospital Churrucá, Argentina.

Objetivo: Analizar las característica clínicas y pronóstico de los pacientes que presentan neumonía asociada al respirador (NAV), internados en terapia intensiva. Material y Metodos: Se incluyeron de manera consecutiva todos los pacientes que se internaron en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de nuestro Hospital desde 01/09/06 hasta el 30/04/09 que requirieron asistencia respiratoria mecá-

nica (ARM). Para el diagnostico se tuvo en cuenta el score de CPIS y aspirado traqueal o lavado broncoalveolar cuantitativo. Se tomaron en cuenta: edad, sexo, Apache II, SAPS II, días de ARM, días de Weaning, estadía en UTI, requerimiento de traqueostomía, 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 antibióticoterapia empírica 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 724 pacientes, de los cuales 96/724 (13.3%) presentaron NAV, con una densidad de incidencia (DI) de 21 episodios cada 1000 días de ARM. El diagnóstico se realizó a los 9.2 (6.9) días, con un CPIS de 6.2 (1.3). El 17.7% quirúrgicos y el 82.3% clínicos. El 29.5% fue temprana y el 70.5% tardía. El antibiótico empírico fue adecuado en el 75% e inadecuado el 25%. La mortalidad del 50% y 57.1% respectivamente. Gérmenes aislados: Acinetobacter baumannii 55.1%, Pseudomonas aeruginosa 28.5%, Staphylococcus aureus 14.2%, Klebsiella pneumoniae 13.2%. El 25% presentó bacteriemia, con una mortalidad de 58.3% (sin bacteriemia 50%; p> 0.05).

	NAV	No NAV	p
n	96	628	
Sexo	M: 36.5 %	M: 40.6 %	0.5
Edad	62 (17.1)	64.6 (17.3)	0.17
Apache II	21.3 (8.5)	21 (9.3)	0.76
Saps II	46.2 (18.5)	49.5 (20.5)	0.13
Estadías en UTI	Mediana (IQR) 19.1 (12.8) Mediana (cuartiles) 17 (12-24)	7.9 (9.6) 5 (3-9)	0.00
Días de ARM	Mediana (IQR) 12.9 (12.3) Mediana (cuartiles) 10 (7-14)	4.9 (5.8) 3 (2-6)	0.00
Traqueotomía	36.5%	11.6%	0.00
Reintubación	25%	9.7%	0.00
Días de Weaning	Mediana (IQR) 2.2 (3.9) Mediana (cuartiles) 1 (1-2)	1.28 (1.59) 1 (1-1)	0.00
Vasopresores	Tasa 67.7 % Días 7.5 (5.8)	45.2 % 4.1 (3.7)	0.02 0.00
Transfusiones de Glóbulos Rojos	Tasa 39.6 % Unidades 6.2 (7.1)	26.6 % 4.1 (3.6)	0.01 0.00
Fallo Renal Agudo	40.6 %	26.1 %	0.005
Mortalidad	52.1 %	38.7 %	0.01

Conclusion: Los pacientes con NAV tienen edad y scores de gravedad similar, pero con mayor estadía en UTI y ARM, mayor requerimiento de reintubación, traqueostomía, transfusión de GR, vasopresores; tiempo de weaning de ARM, fallo renal agudo y mortalidad.

0172 EFICACIA DE LA CLÍNICA Y DE LAS IMÁGENES PARA EL DIAGNÓSTICO DE ROTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

L LAGUIRRE¹, G PROCOPIO¹, R MERBILHÁA¹, E MARTÍNEZ¹, F KLEIN², E DULBECCO³, MJ FOSCO¹

¹Emergencias, Hospital Universitario, Fundación Favaloro, Argentina. ²Terapia Intensiva, Hospital Universitario, Fundación Favaloro, Argentina. ³Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario, Fundación Favaloro, Argentina.

Introducción: Los pacientes (p) portadores de aneurisma de aorta abdominal (AAA) pueden presentar dolor por rotura (libre o contenida), expansión, compresión de estructuras vecinas, inflamación, o etiología no vascular. La rápida detección de la primera permite acortar tiempos hasta el tratamiento quirúrgico (TQ). Objetivos: Establecer la combinación de variables obtenidas de las clínica o de imágenes más eficaz para diagnosticar AAA roto (AAA-R) en p admitidos al Departamento de Emergencias (DE) por AAA sintomático. Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó los p admitidos al DE por AAA y síntomas (dolor abdominal y/o lumbar) entre 01/00 y 06/05. El punto final fue AAA-R, definido por: 1) ha-

llazgo quirúrgico de hematoma periaórtico y/o hematoma retroperitoneal y/o sangre libre en cavidad, o 2) muerte antes de TQ. Las variables continuas se expresaron por su mediana [rango intercuartílico (RI)] y se compararon por prueba de Suma de Rangos de Wilcoxon. Las variables categóricas se expresaron por su porcentaje [intervalo de confianza del 95% (IC 95%)] y se compararon por 2 con corrección de Yates o Exacta de Fisher. Las variables con diferencia significativa fueron incluidas en un modelo de regresión logística escalonada hacia atrás para establecer predictores independientes de AAA-R, con cálculo de odd ratio (OR) e IC 95% para cada uno de ellos. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Finalmente se calculó sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN), y coeficientes de probabilidad positivo (LR+) y negativo (LR-) (con los respectivos IC 95%) de la combinación de variables independientes para el diagnóstico de AAA-R. Resultados: Durante el periodo fueron admitidos 93 p con AAA y síntomas, 3 p fueron excluidos por haber recibido una endoprótesis. Los 90 p del estudio tuvieron edad 73 (RI 68-78) años, siendo el 91,1% (82 p) de sexo masculino. Recibieron TQ 50 p (55,6%), de los cuales 25 p (50%) tuvieron hallazgos quirúrgicos compatibles con AAA-R. Murieron antes de recibir TQ 8 p (8,9%). Por lo tanto, a 33 p (36,7%) se asignó diagnóstico de AAA-R. En el análisis multivariado emergieron como marcadores independientes de AAA-R: signos periféricos de mala perfusión [coeficiente 3,6; OR 37,3 (IC 95% 7-197,6); $p < 0,01$] y evidencias de líquido libre en cavidad en estudio de imágenes [coeficiente 3,5; OR 34,5 (IC 95%, 3,7-322,8); $p < 0,01$]. El desempeño diagnóstico de la combinación de ambas variables fue: S 75,8% (IC 95%, 57,4-88,3), E 94,7% (IC 95%, 84,5-98,6), VPP 89,3% (IC 95%, 70,6-97,2), VPN 87,1% (IC 95%, 75,6-93,9), LR+ 14,4 (IC 95%, 4,7-44), LR- 0,3 (IC 95%, 0,1-0,3). Mediante esta combinación fue posible asignar un diagnóstico acertado al 85,3% de los p. Conclusiones: La combinación de dos hallazgos simples en el DE (mala perfusión periférica y líquido libre en cavidad abdominal detectado mediante imágenes) permitió asignar un diagnóstico certero de rotura a la mayoría de p con AAA y síntomas.

0173 ACCIDENTE LONÓMICO (TATURANA)

YL HAYDAR, RO BELLUSCI, MA MORALES, MC MARTINEZ
Unidad de Terapia Intensiva, Sanatorio Posadas, Misiones, Argentina.

Introducción: El contacto con las espinas de la fase larval de orugas conocidas científicamente como Lonómia oblicua son las que ocasionan los accidentes, que en un periodo variable de hasta 72 hs se instalan trastornos de coagulación, hemorragias en piel, mucosas y fallo multiorgánico. Objetivo: Presentar un caso clínico poco frecuente pero de alta morbimortalidad y como un diagnóstico diferencial mas a plantear en trastornos de la coagulación. Material y Método: Paciente de 70 años sexo masculino, antecedentes de HTA, profesión tabacalero. Internado en UTI por SRIS y DMO, 24 hs después de haber comenzado con lumbalgia y oliguria. Ingresó desorientado, con ventilación espontánea, taquipneico, disneico, saturación de 88% respirando aire ambiente, mejora con la administración de O₂ al 40%, hemodinamicamente TA 80/40 mmhg que corrige con expansión de soluciones cristaloides, FC 120 lpm, subfebril, oligúrico, hematuria. Laboratorio: Hto: 43%; GB: 34.500/mm³; Glu: 96 mg%; Uremia: 67 mg%; Cr: 2,79 gr/dl; Na: 139 mEq/L; K: 4,9 mEq/L; GOT: 96 U; GPT: 60 U; Bil Tot: 1,76 mg; pH: 7,52; PCO₂: 33,9; PO₂: 54,5; HCO₃: 22; EB: -5,9; Sat: 88%. Se realiza diuréticos del asa con diuresis de 250 ml en 24 hs, se pancultiva, evoluciona con gingivorragia y alteración del coagulograma, KPTT: 60"; TP: < 10%; RIN: 5,02; Rto Pla.: 96.000/mm³; se realiza ecografía y TAC abdominal a las 48 hs del ingreso por probable foco infeccioso intraabdominal, ambos no constataron colección pero sí alteración de la estructura renal, se transfunden 7 U de PFC, mas protomplex, continuando a las 72 hs con gingivorragia, sangrado en sitios de punción y dolor abdominal, Hto: 22% se transfunden 3 u de PGR mas 3 U de PFC, momento en que familiares refieren que el paciente tubo contacto con orugas durante horarios de trabajo, se asume como accidente lonómico y se inicia infusión de Acido Aminocaproico en dosis de 30 mg/Kg ataque, continuando con 15 mg/ Kg cada 4 hs hasta constatar corrección del coagulograma; no se infundió antiveneno por carecer del mismo en el medio, Uremia:

260 mg%, Cr: 5,2 gr% , se inicia luego de la colocación de catéter doble lumen hemodialisis. Al 4 día se realiza eco doppler renal que informa ausencia bilateral del flujo sanguíneo renal. A los 10 días pasa a sala general continuando hemodialisis crónica. Conclusión: En base al cuadro clínico los accidentes se clasifican en leves; moderados y graves según la magnitud del sangrado y el compromiso hemodinámico y de órganos nuestro caso fue grave dado la presencia de DMO y alteración de la coagulación. El tratamiento se basa en la infusión de suero antilonómico, para los casos moderados y graves o al no disponer del mismo utilizar inhibidores de la fibrinólisis durante 2 a 3 días o mientras persista el tiempo de coagulación alterado que fue lo utilizado en nuestro caso. No se recomienda la utilización de plasma fresco por que puede acentuar la coagulopatía por consumo.

0176 INFLUENCIA GENÉTICA EN LA EVOLUCIÓN A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA NEUMONIA AGUDA COMUNITARIA A NEUMOCOCO (NACN)

P_CARDINAL¹, A CABRERA², G RIEPPI³, W PEDREIRA⁴, T CAMOU⁵, G GARCIA⁵, T BAZET³, R PONTET³, R PALACIO², P ECHEVARRIA¹, C BENTANCOR⁶, G AIELLO⁶, M BENGOCHEA²
¹Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay. ²Instituto nacional de donación y trasplantes, Uruguay. ³Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Uruguay. ⁴Centro Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, Uruguay. ⁵Servicio de Laboratorios del MSP, Uruguay. ⁶Hospital Maciel, Uruguay.

Introducción: La NAC constituye una importante causa de morbi-mortalidad. La interacción entre germen, tratamiento y huésped es lo que determina el fenotipo evolutivo. Estandarizar los dos primeros factores permite resaltar la influencia del huésped y de su estructura genética. Hipótesis: Existen factores genéticos que inciden en la evolución a la ventilación mecánica (VM) en la NACN. Objetivo: Estudiar la influencia de algunos polimorfismos de nucleótido único (SNP) en la necesidad de VM en pacientes con NACN. Diseño: Prospectivo, de cohorte, multicéntrico. Lugar: Hosp. Clínicas, Hosp. Militar, Hosp. Maciel, CASMU, Serv. Lab. Salud Pública Población: Pacientes inmunocompetentes que cursen NACN (hemocultivos y/o antigenuria +) y cuya edad sea ≥ 15 a ≤ 75 años. C. Exclusión: negativa al consentimiento informado, esplenectomizado funcional o quirúrgico. Comorbilidad severa (DM con macroangiopatía, EPOC III/IV, ICC III/IV, cirrosis). Material y métodos: A partir de ADN genómico obtenido de sangre periférica y extraído mediante la técnica "salting out" se realizó la amplificación mediante PCR-SSP de acuerdo a protocolo del fabricante, PEL FREEZ, Invitrogen para los SNP TNF α -308G>A y -238G>A; IL6-174G>A y IL10-1082G>A, -819C>T y -592 G>A. El producto amplificado se evidenció en gel de agarosa. Se comparó mediante análisis univariado las características clínicas, analíticas y genotípicas (SNP antes mencionados y el haplotipo ATA de la IL10 constituido por -1082A/-819T/-592A) de los pacientes que requirieron VM respecto a los que no. Variables con una significación inferior a 0,2 fueron incluidas en el modelo multivariado. Todas las p fueron de dos "colas" con un nivel de significación 0,05. Resultados: Entre el 1/1/08 y el 31/12/08 se identificaron 170 NAC, neumococcos 75. Con criterio de ingreso 46 pacientes (bacteriémicos 34) de los cuales 16 (34,8%) requirieron VM y 4 (8,7%) fallecieron. No se evidenció diferencia en las comorbilidades entre VM y no VM. El grupo VM vs no VM presente en emergencia: frecuencia respiratoria (FR) 30 vs 23 rpm, p: 0,00 y cardiaca 113 vs 94 lpm, p: 0,00, SIRS 2,63 vs 2,0; p: 0,04, CURB-65 2,00 vs 1,24; p: 0,03 y exceso base (BE) -6,1 vs -2,4, p: 0,09. En emergencia o durante la estadía hospitalaria presentaron shock séptico 43,8 vs 10,9%, p: 0,01 respectivamente. La proporción de alelos polimórficos (en homo o heterocigosis) en los pacientes que requirieron VM vs los que no fue: IL6-174 31,3 vs 46,7% p:0,31; TNF α -308 6,3 vs 26,7% p:0,13; TNF α -238 18,8 vs 16,7% p:1,00; IL10-1082 93,8 vs 100% p:0,35; IL10-819 37,5 vs 70% p:0,03; IL10-592 31,3 vs 63,3% p:0,03 y del haplotipo IL10ATA 25,0 vs 63,3% p:0,01. Análisis multivariado para necesidad VM: haplotipo IL10ATA p: 0,05; TNF α -308 p:0,14; FR 0,09; CURB-65 p: 0,39; BE p:0,09. Conclusión: En la presente serie el haplotipo ATA de la IL-10 es un factor protector para la VM en la NACN.

0177 CORTICOIDES EN NEUMONÍA ORGANIZATIVA (COP)

R LIGARDA, F FERNANDEZ, E GILARDI, F FERREIRO, C VIOTTI, L URANGA, S ZIDARICH
Hospital Italiano de Cordoba, Argentina.

Objetivo: Presentación de un caso clínico de evolución favorable en relación a la terapéutica instituida. Introducción: Las enfermedades difusas del parénquima pulmonar constituyen un grupo de afecciones de etiología variada y curso y pronóstico muy diferente. El BOOP (Bronquiolitis obliterante asociada a neumonía organizativa); en su nomenclatura actual COP-neumonía organizativa; es una entidad definida anatómo-patológicamente por brotes de tejido de granulación con colágeno laxo conteniendo fibroblastos en los bronquiolos respiratorios y conductos alveolares que se extienden distalmente a los alvéolos. Caso clínico: Mujer de 32 años secundigesta nulípara, aborto previo espontáneo, sin otro app, cursando 40 semanas de embarazo. Ingresó a UTI en postquirúrgico inmediato de histerectomía por acretismo placentario en shock hipovolémico, CID y ARM. Desarrolla lesión pulmonar asociada a hemoderivados (TRALI). Evolución: Evolución tórpida, NAV, ARM prolongado (traqueostomía precoz). Fallo en el destete. Imágenes tomográficas pulmonares de vidrio esmerilado de distribución difusa a los 35 días de ARM. Se realiza FBC con biopsia que informa patrón compatible con BOOP. Se instaura corticoterapia (0.75 mg/Kg prednisona), buena evolución respiratoria con destete a los 10 días de iniciado el tratamiento. Control tomográfico con mejoría de imágenes patológicas. Conclusiones: La corticoterapia en pacientes con distres respiratoria es un tema controversial. Evidencia actual sostiene el beneficio del uso de corticoides en SDRA precoz en dosis bajas. En nuestro caso hubo clara evidencia del beneficio de corticoides en un pulmón secular de distres respiratorio que desarrolló COP. Es importante la sospecha clínica ante cuadros de supuestas afecciones que no mejoran con los tratamientos convencionales.

0178 HEMOPTISIS MASIVA CON DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA RESUELTA CON TRATAMIENTO PERCUTANEO (EMBOLIZACIÓN)

DESABATO, HF AZCONA, J CELIA, J AGUIRRE HERRERA, M RUIZ, S WASSERMANN, A CARPIO, A BOCHATEY, S O´ FARREL
Sanatorio A.E.S.M. - Comodoro Rivadavia - Chubut, Argentina.

Introducción: La hemoptisis leve a moderada es un síntoma frecuente en diferentes afecciones respiratorias, que por lo general se resuelve con el tratamiento de la etiología subyacente. La hemoptisis masiva tiene una menor incidencia, con una mayor morbimortalidad, la adecuada valoración clínica que oriente a un tratamiento rápido y eficaz es de vital importancia pronóstica. Resumen de historia clínica: Paciente de sexo masculino de 21 años de edad, que ingresa a UTI de nuestra institución derivado por presentar cinco episodios de hemoptisis abundante en las últimas seis horas, con descompensación hemodinámica (TA: 70/45 mmHg, FC: 130 x´, FR: 28 ciclos x´), con un Hto 20% de ingreso. En la institución de origen le habían realizado una broncoscopia, donde por la magnitud del sangrado no se pudo realizar diagnóstico etiológico. Se inicia resucitación con coloides y cristaloides e interconsulta de urgencia con el servicio de hemodinamia, quien realiza angiografía digital evidenciando la presencia de una arteria bronquial izquierda hipertrófica, tortuosa, de características estructurales alteradas, con signos directos de sangrado activo, motivo por lo que se procede a la embolización del vaso con colocación de tres coils. Con el tratamiento instaurado se detuvo el sangrado inmediatamente, a las 48 hs pasa a sala general, quedando en la evolución alejada libre de síntomas (siete meses). Conclusión: La correcta valoración clínica de una hemoptisis masiva y un tratamiento precoz, son de vital importancia para reducir la morbimortalidad de esta patología, por este motivo decidimos reportar este caso

0179 PARÁMETROS PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

V CHEDIACK, E CUNTO, A BOCASSI, C NOGUERAS, P SAUL, G MAMMOLITI, F LOPEZ, O VILLAR, J SAN JUAN
Hospital F J Muñoz, Argentina.

Introducción: La incidencia de Tuberculosis (TBC), que requiere manejo en cuidados intensivos, no se conoce con exactitud. El factor más importante para mejorar la supervivencia es el alto índice de sospecha clínica. Se describe alta mortalidad en unidad de cuidados intensivos (UCI), especialmente si requiere ventilación mecánica (60%). Objetivo: Evaluar factores pronósticos relacionados a mortalidad en pacientes con TBC ingresados a UCI. Materiales y métodos: Se realizó estudio de cohorte en 199 pacientes ingresados en UCI, entre 2003-2008, con diagnóstico de TBC confirmada por baciloscopia y/o cultivo. Para el análisis estadístico se usó el SPSS 15.0 para Windows (p<0.05 estadísticamente significativo). Resultados: Edad promedio: 39 años (rango 16-84), el 75% menores de 50. Asociación significativa (p=0.02) entre mortalidad y mayores de 50 años. Diagnósticos de ingreso más frecuentes: insuficiencia respiratoria 33%, neumonía 19%, meningococcal 15% y hemoptisis 8%. 71% padecía comorbilidades: VIH/SIDA 32%, adicciones 27% y diabetes-EPOC 13%. Comorbilidad y mortalidad asociación significativa (p= 0.029). 45% presentó APACHE II > o = a 15 puntos. Se relacionó score y mortalidad, asociación significativa con 15 ó más (p<0.01). Radiografía de tórax: compromiso bilateral 78% y 22% unilateral; cavernas 40% y compromiso pleural 7%. Asociación significativa (p=0.011) entre mortalidad y compromiso bilateral. Baciloscopia positiva 84%, cultivo positivo 94%; sensibilidad a drogas de 1 línea: 71%, multirresistente: 20%, resistente a 1 droga de 1 línea: 7%, resistente a 2 drogas no rifampicina e isoniazida 2%. Asociación no significativa (p=0.82) entre sensibilidad y mortalidad. El 45% tuvo complicaciones: respiratorias (neumotórax, insuficiencia respiratoria, hemoptisis y atelectasia) 18%; sepsis severa y shock séptico 12%; hepatotoxicidad 11% y neurológicas 2%. Tratamiento: drogas de 1 línea 70%, de 2 línea 10% y tratamiento combinado 18%. El 68% requirió apoyo respiratorio: ventilación mecánica 39%, ventilación no invasiva 3% y máscara facial 26%. Se encontró asociación significativa (p<0.001) entre mortalidad y ventilación mecánica. Se obtuvo PaFi en 183 pacientes: 57% tenía PaFi < de 200. Mortalidad del 42%. Causas de muerte: 63% disfunción múltiple de órganos y shock séptico; 25% insuficiencia respiratoria y 11% hipertensión endocraneana. Conclusión: La TBC en UCI, se presenta en pacientes de mediana edad, que ingresan por insuficiencia respiratoria y neumonía grave de la comunidad, destacándose la importancia del compromiso meníngeo. Existe asociación significativa entre mortalidad y comorbilidades, compromiso radiológico multilobar, APACHE II > o igual a 15 puntos y ventilación mecánica. En nuestro medio la multi-resistencia o resistencia a una droga es importante, por lo que consideramos el uso de drogas subsidiarias junto a las de primera línea en pacientes graves, especialmente con abandono o mala adherencia al tratamiento. La mortalidad es elevada por shock séptico y disfunción multiorgánica.

0181 CONTROL DE INFECCIONES EN UTI: IMPACTO LUEGO DE INTERVENCIONES

W CORNISTEIN¹, M RISSO¹, G CUETO², M TORRES BODEN², A ARATA², A ATALLAH², A CARUSO², CG RODRIGUEZ²

¹Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina.

²Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina, Argentina.

Objetivo: Comparar las tasas de infección asociadas a dispositivos y la mortalidad durante tres períodos consecutivos luego de diferentes intervenciones. Material y métodos: Lugar: Hospital de Agudos con 10 camas de UTI médico quirúrgica. Períodos 1) Nov 2005/2006; 2) Nov 2006/2007; 3) Nov 2007/2008. Infecciones asociadas a dispositivos: Neumonía asociada a respirador (NAR);- Bacteriemia asociada a catéter (BAC);- Infección urinaria asociada a sonda vesical (ITU). Intervenciones: En el primer período se ajustaron los tratamientos a la documentación microbiológica y en el segundo período se mejoraron las medidas de prevención de NAR e ITU. Datos: registro diario de la cantidad de: sondas vesicales; CVC; respiradores en uso; pacientes totales; pacientes expuestos (P); número de ingresos. En reunión multidisciplinaria se determinaban los episodios (E) de infección según definiciones del NHSN. Tasas: (Epicontrol) BAC /1000 días CVC; ITU/ 1000 días sonda vesical; NAR/ 1000 días ARM. Se compararon dichas tasas entre sí y con las publicadas por el NHSN CDC 2008. (NHSN). Se comparó la mortalidad, APACHE y estadía en los tres períodos. Resultados globales: • 05/08:1) BAC: E:35;

P:1194; NHSN:1.5‰. 2) ITU-SV:E:81; P: 993;NHSN ; 3) NAR:98;P: 607; NHSN: 2.3‰

	Tasa%/días de exposición			Tasa acumulada
	05/06	06/07	07/08	%
BAC	3.74 / 2675	4.63 / 2589	6.01 / 2382	4.72
ITU	12.7 / 2677	9.8 / 2339	10.01 / 2367	11.19
NAR	28.57 / 1575	20.63 / 1454	17.58 / 1365	22.67
Mortalidad(%)	23.2	22.4	26.6	24.07
APACHE II	15.2	15.31	14.98	15.12
Estadía	6.1	5.73	6.4	6.06

Se observó una disminución de las tasas luego del primer período cuando se optimizaron los tratamientos ATM, excepto en BAC. Durante el segundo período, luego de la intervención, se destacó la disminución de NAR e ITU-SV con ligero aumento de BAC. La mortalidad fue alta y se detectó un aumento en el último período, en paralelo con el aumento de las tasas y la estadía. Conclusiones: Con la optimización de los tratamientos ATB y las medidas de control se logró disminuir las tasas de NAR que se acompañaron inicialmente con reducción en la mortalidad y estadía. Sin embargo en la última etapa, revirtió la tendencia de ITU-SV a disminuir y en BAC las medidas no fueron efectivas. Ello se acompaña de un aumento de mortalidad y estadía. Comentario: Si bien el compromiso respiratorio gravita en la mortalidad y estadía hospitalaria, en nuestro caso la BAC y la ITU-SV tuvieron mayor impacto en la morbilidad de nuestros pacientes. No podemos dejar de atribuir estos resultados a los déficit de provisión de insumos vividos en el último período.

0183 USO DE LA TOMOGRAFÍA MULTICORTE COMO METODO DIAGNÓSTICO PARA LESIONES RENALES TRAUMÁTICAS. REPORTE DE 2 CASOS

A MONSON, L AGUILAR, D PEREZ, E ARÉVALO, S LESYK, F ABRAMZÓN

Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. F. Abete, Argentina.

Objetivos: Describir dos casos de trauma donde la utilización en la primera hora de atención de la tomografía multicorte reveló lesiones renales ocultas. Materiales y Métodos: Los pacientes con traumatismo abdominal ingresados al shock room del Hospital de Trauma y Emergencias, fueron evaluados dentro de la primera hora del episodio traumático con un tomógrafo multicorte de 64 hileras de detectores (Aquilion, Toshiba Medical, Japón). Se obtuvieron imágenes de 0,5mm de espesor con 0,5mm de intervalo de reconstrucción. Factor Pitch (0,828), rotación de tubo en 0,5seg, con inyección de contraste yodado EV. no iónico en todos los casos. Se correlacionó con imágenes realizadas previamente en el shock room. Resultados: Caso 1: paciente con trauma penetrante por arma blanca en flanco derecho, hemodinámicamente estable y sin síntomas asociados. Se realiza ecografía FAST que no informa particularidades. Se realiza tomografía multicorte donde se observa lesión en polo renal inferior con sangrado activo que requirió reparación quirúrgica en forma urgente. Caso 2: paciente con trauma cerrado de abdomen por colisión vehicular frontal, en asiento de conductor sin airbag, y sin cinturón de seguridad; sin signos externos de lesión, hemodinámicamente estable, con ecografía FAST negativa. Se solicita tomografía multicorte donde se observa lesión del polo superior renal izquierdo, con sangrado activo. Debió ser intervenido de urgencia para realizar la hemostasia. En ambos casos se pudo preservar el órgano. Conclusion: Cuando la cinemática del trauma hace sospechar lesiones renales, la realización de una tomografía multicorte permite diagnosticar lesiones ocultas, no evidenciables mediante los métodos y criterios habituales.

0184 IMPLICANCIA DEL POLIMORFISMO INSERCIÓN/DELECCIÓN DEL GEN DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA Y PREDISPOSICIÓN A SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO

P CRUCES¹, B ERRANZ², A PUGA², A DONOSO¹, F DIAZ¹, C CARVAJAL², G REPETTO²

¹Hospital Padre Hurtado, Chile. ²Universidad del Desarrollo, Chile.

Introducción: La enzima convertidora de angiotensina (ECA) participa en la patogénesis del síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA). El polimorfismo inserción/delección (I/D) de una secuencia de 287 pares de bases (pb) en el intrón 16 del gen de la

ECA está asociada con la actividad de esta enzima, donde el alelo D induce una mayor actividad, pudiendo aumentar la propensión a desarrollar un SDRA en pacientes adultos con noxas predominantemente extrapulmonares. Objetivo: Determinar si la presencia del alelo D del gen de la ECA aumenta el riesgo de desarrollar un SDRA en niños con una noxa pulmonar. Método: Aprobación por Comité de bioética local, bajo consentimiento informado. Estudio de corte transversal. Casos: pacientes con SDRA (Infiltrados pulmonares, PaO₂/FIO₂ <200, sin hipertensión auricular izquierda). Controles: noxa pulmonar sin SDRA. Criterios exclusión: cardiopatía congénita, uso previo de inhibidor de la ECA, VM crónica. Tras recolección de muestras, se amplificó el fragmento que contiene el intrón 16 del gen de la ECA mediante reacción de polimerasa en cadena. Posteriormente los alelos fueron discriminados por electroforesis. Estadígrafos: Chi-cuadrado. Consideramos significativo un p < 0.05. Resultados: Se reclutaron 39 casos y 44 controles. Edad 27 ± 30 m, 61% hombres. La frecuencia de los alelos I y D son 39.7 y 60.3%. Los genotipos II, DI y DD presentaron una frecuencia de: 36.2, 48.2 y 15.6% respectivamente (equilibrio de Hardy-Weinberg). Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia del alelo D en el grupo SDRA con el grupo control (p=0.026). Discusión: Nuestros datos sugieren un potencial rol del sistema renina angiotensina en la patogénesis del SDRA en pediatría, implicando a factores genéticos en la predisposición a desarrollar esta complicación. Este polimorfismo pareciera incrementar el riesgo de evolucionar con un SDRA, independiente del origen étnico, grupo etario u origen de la noxa pulmonar. Financiamiento: Concurso Interno 2008. Universidad del Desarrollo.

0187 ANCIANOS EN UTI

A MARINO, M BONO, R SANCHEZ, E ARISTA, C CANESSA, L GRIECO, A LUCERO, D VARELA, N TIRIBELLI

Hospital Churrucá, 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 31/04/2009. Se registraron datos demográficos, scores de gravedad, motivo de ingreso, estadía en UTI, mortalidad, vasopresores, insuficiencia renal aguda (IRA) 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 1475 pacientes con las siguientes características:

	>65	<65	p
n	48%	52%	0.04
Edad	76.3 (7.2)	61.4 (18.1)	0.00
Mujeres	47.3%	37%	0.00
APACHE II	18.3 (9.3)	15.3 (9.6)	0.00
SAPS II	43.4 (20.3)	35.6 (21.4)	0.00
Estadía en UTI	6.2 (8.5)	5.8 (8.4)	0.39
Uso de vasopresores	37.2%	25.9%	0.00
IRA	29%	13.6%	0.00
Necesidad de transfusiones	22.4%	25.9%	0.13
Mortalidad	28%	15.7%	0.00
	Quirúrgicos	Médicos	p
n	284/710 (40%)	426/710 (60%)	0.00
Edad	76.2 (7.4)	76.4 (7)	NS
Mujeres	44.7%	49%	NS
APACHE II	14.9 (8.3)	20.6 (9.3)	0.00
SAPS II	36.1 (18.7)	48 (19.8)	0.00
Estadía en UTI	4.1 (6.7)	7.6 (9.3)	0.00
Mortalidad	17.9%	34%	0.00

		>65	<65	p	
Antecedentes	DBT	n	23.8%	18.8%	NS
		Mortalidad	30%	19%	NS
	HTA	n	(50)	39.4%	<0.005
		Mortalidad	24.8%	19%	NS
	Ent. Cardiovascular	n	20.8%	6.3%	<0.00
		Mortalidad	27.8%	28%	NS
	TBO	n	31.5%	33%	NS
		Mortalidad	(30.1%)	23.3%	NS
	Ent. Neoplásica	n	36%	28%	<0.05
		Mortalidad	30%	21.15%	NS
	Sin antecedentes	n	13.7%	27%	<0.00
		Mortalidad	21%	11%	<0.00

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. Los scores de gravedad así como también la estadía en UTI y mortalidad fue mayor en los pacientes > 65 años que ingresaron por motivos médicos. Los antecedentes personales no fueron un factor pronóstico en los pacientes > de 65 años.

0188 TRAQUEOTOMIA EN TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE. SERIE DE CASOS DE TRAQUEOTOMÍA QUIRÚRGICA
CG CAMPAGNE, AM QUISPE LAIME, GR PIÑERO
 Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Argentina.

Objetivo: Analizar la prevalencia de traqueotomía (T) en pacientes con ventilación mecánica (VM), complicaciones relacionadas al procedimiento y evolución al alta y a 30 días en el servicio de Terapia Intensiva Polivalente (TIP) del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero". Material y método: Estudio retrospectivo, revisión de historias clínicas de pacientes internados en TIP asistidos con VM que experimentaron traqueotomía en un período de 4 años. Se utilizó estadística no paramétrica, las variables continuas se expresan en medias y sus correspondientes desvíos estándar, las variables cualitativas se expresan en porcentajes. Se consideró significativo una $p < 0.05$. Resultados: Desde noviembre de 2004 a noviembre de 2008, fueron internados en TIP 2050 pacientes, 506 (24,6%) requirieron ventilación mecánica (VM) por más de 48 horas. Se realizó traqueotomía a 123 pacientes (7,96%): la media de edad fue 56 años (18 a 92 años); 70% fueron masculinos. La media de Apache II fue 17 (3 a 33). Las categorías de pacientes más frecuentes fueron: neurológicos 52 (42,3%), respiratorios 23 (18,75%), quirúrgicos 22 (17,9%), sepsis 19 (15,4%), otros 7 (5,7%). La totalidad de las traqueotomías se realizaron en forma quirúrgica. La media de duración de VM previo a traqueotomía fue de 9 días (SD 3,8). La media de día de indicación de T por el equipo tratante fue 8 días (SD 3,6). La media de días totales de VM fue 15 (SD 9,18). Las complicaciones generales fueron del 54%, la causa más frecuente neumonía asociada a VM 59 (48%). Las complicaciones relacionadas al procedimiento T, se las diferenció en tempranas 6 (4,9%): 4 hemorragia (3,3%), 2 ulcera por decúbito (1,6%), y tardías: 1 parálisis de cuerda vocal (0,8%). Dos pacientes presentaron infección del sitio de traqueotomía. Se evaluó la hemorragia con variación de la hemoglobina en gramos a las 24 horas de la T, se agrupó en menor 1, 1 a 2, y mayor 2 (82,2%, 14,6%, y 3,3%). De los 123 pacientes fueron dados de alta a sala 90 (73,2%), fallecieron en TIP 33 (26,8%). A los 30 días de alta de TIP fallecieron otros 33 (26,8). La media de estadía en TIP fue 17,8 (SD 9,54). Conclusión: Nosotros tuvimos una baja prevalencia de complicaciones tempranas, similar a otras series, sin muertes asociadas al procedimiento. El timing para la T se ajusta a la publicaciones que proponen T precoz hasta el día 10, y en el subgrupo neurológico se realizó T en día 7. La mortalidad en TIP y a los 30 días es similar a otras series. Los valores de corte de hemoglobina, permitieron evaluar la complicación hemorrágica no evidente, observamos en nuestra población hasta un 17,9% con valores mayor a 1 gramo.

0189 LEPTOSPIROSIS EN TERAPIA INTENSIVA. SERIE DE CASOS
C BOSCO, L CORSIGLIA, A EMER, A MANTI, K GARCIA MESSA, M RODRIGUEZ, P DEBASTIANI, M CHUBURU, C ROTH
 Servicio de Terapia Intensiva, H.I.E.A y C. San Juan de Dios. La Plata, Argentina.

Introducción: la leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial que causa un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La mortalidad está asociada a ictericia grave, fallo renal oligúrico y hemorragias. Las manifestaciones pulmonares son frecuentemente leves. El compromiso pulmonar severo se ha reportado recientemente con incidencia creciente, asociado a mayor mortalidad. Objetivos: describir las características clínicas, epidemiológicas y evolución de una serie de casos de leptospirosis grave en UTI. Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente historias clínicas de

16 pacientes admitidos en UTI durante el período comprendido entre 20/09/2000 y 06/01/2009 con diagnóstico confirmado de leptospirosis por IGM + por test de MAT. Se registraron datos epidemiológicos y fallas orgánicas. Resultados: edad media de 31 años (17-69), todos de sexo masculino, todos con epidemiología +, APACHE 18 (7-25), falla respiratoria definida como necesidad de ARM 14/16, hemoptisis 12/16, ventilación prono 4/16, PEEP de 11 (5-18), PAFI 66 (38-244), rx tórax patológica 15/16, shock con necesidad de vasopresores 11/16, falla renal (definido como creatinina > 2 mg/dl o hemodiálisis) 7/16, diálisis 2/16, ictericia (definida como BT > 2 mg/dl) 8/16, plaquetopenia < 70000/mm³ 3/16, días en UTI 11,5 (3-27), todos recibieron ATB, mortalidad 6/16(37,5%). Conclusiones: Según la literatura las formas de presentación son: leves anictéricas que resuelven espontáneamente en el 90%; formas ictericas del 5-10%; formas pulmonares cuya frecuencia de presentación oscila del 20 al 70%, con formas benignas (las más comunes) y formas severas con una mortalidad del 30 al 60%. Los factores asociados a mayor mortalidad descriptos son: shock con necesidad de inotrópicos (mortalidad del 70%), oliguria < 400 ml/día (mortalidad del 18%) que asciende al 55% si se asocia a fallo respiratorio, falla respiratoria aislada (mortalidad del 24%), que aumenta en relación al n° de cuadrantes afectados en la rx tórax, ascendiendo al 86% cuando se encontraba afección de los 4 cuadrantes y trombocitopenia < 70000 /mm³. En nuestra serie se observó: 7 pacientes con infiltrados en 4 cuadrantes, 4 fallecieron; 7 pacientes presentaron falla renal, 3 fallecieron; 1 paciente presentaba falla renal aislada sin falla respiratoria el cual sobrevivió; el shock se presentó en 11 pacientes, 6 fallecieron; plaquetopenia < 70000/mm³ en 3 pacientes, 2 fallecieron; la asociación de falla respiratoria y renal se observó en 5 pacientes, 3 fallecieron. Observando que en comparación con la literatura la falla respiratoria fue la más frecuente y cuando se asoció con falla renal la mortalidad aumento. La mayoría de los pacientes ingresaron con el diagnóstico de NAC grave con insuficiencia respiratoria y hemoptisis. Leptospirosis debería considerarse como diagnóstico diferencial en NAC grave basado inicialmente en datos epidemiológicos y clínicos, dado que su confirmación es habitualmente tardía.

0191 SCORE PRONÓSTICO EN PACIENTES VIH POSITIVOS INGRESADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
E CUNTO, C NOGUERAS, V CHEDIACK, G MAMMOLITI, P SAUL, O VILLAR, J SAN JUAN
 Hospital FJ Muñiz, Argentina.

Introducción: El 5-12% de pacientes VIH positivos (VIH+) que ingresan al hospital requieren terapia intensiva. Previo al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) la mortalidad en unidad de cuidados intensivos (UCI) era elevada (> 70%) que desalentaba su admisión. Con el uso de TARGA se vió una disminución de la mortalidad. No se conocen factores predictores de mortalidad en estos pacientes, conocerlos permitiría establecer quienes de ellos se beneficiarían con el manejo en UCI. Objetivo: Evaluar utilidad de un score pronóstico en pacientes VIH+ al ingreso a UCI. Materiales y Métodos: Estudio de cohorte en 248 pacientes VIH+ ingresados en UCI, entre 2006-2009. Se confeccionó una ficha, con 12 variables nominales dicotómicas: Pérdida de peso > 10% en 6 meses previos, albúmina < 2,6 o Karmofsky < 50; APACHE II > 13 puntos; ventilación mecánica (VM) al ingreso; enfermedad marcadora como causa de ingreso; SIDA al ingreso; diagnóstico de SIDA > de 1 año; valor de CD4; TARGA > 0 = a 3 meses; insuficiencia respiratoria; disfunción neurológica; insuficiencia hepática moderada/grave y sepsis severa y shock séptico. La suma de las variables, arrojó un número entero, que posibilitó el score. En el análisis estadístico se usó el SPSS 15.0 para Windows ($p < 0,05$ estadísticamente significativo). Resultados: El 82% presentó desnutrición, de ellos 57% falleció ($p < 0,01$). El 76% tenía Apache II \geq a 13 puntos, de ellos el 64% falleció ($p < 0,01$). 36% requirió VM al ingreso, mortalidad 84% ($p < 0,01$). La mortalidad de pacientes con CD4 < a 100 células/mm³ fue 60% ($p < 0,01$). Diagnóstico de SIDA previo la mortalidad fue 56% ($p < 0,01$). Diagnóstico de SIDA > a un año, falleció 54% ($p = 0,14$). El 22% tenía TARGA estable > 0 = 3 meses previos al ingreso: mortalidad 49% ($p = 0,69$). Con sepsis severa o shock séptico, falleció el 74% ($p = 0,01$). Con score > 0 = 9 la mortalidad fue 84% y 16% con < de 6 puntos ($p < 0,01$). La mortalidad global fue del 52%. Conclusión:

El score pronóstico podría ser útil para determinar el riesgo de muerte de los pacientes HIV + que ingresan en UCI: la presencia de 9 o más puntos marca un alto riesgo de muerte en pacientes HIV + que requieren UTI. Es necesario considerar múltiples factores para determinar el ingreso de pacientes VIH + a UCI. En nuestro estudio fue significativo la desnutrición, sepsis severa y shock séptico, APACHE II > 0 = a 13 puntos, ventilación mecánica al ingreso, recuento de CD4, diagnóstico previo de SIDA y score > 0 = a 9 puntos

0193 MIOCARDIOPATÍA DILATADA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

A WALSER, S BAÑOS, K GUIAMET, A INTAGLIATA, A JAUREGUY, C MARINO
Hospital de Alta complejidad en Red El Cruce, Argentina.

Objetivos: comunicar la presentación de una patología poco frecuente que habitualmente se presenta simulando cuadros más comunes, con poca respuesta al tratamiento instaurado y que requiere un pronto diagnóstico diferencial para su adecuado manejo y mejores resultados. Material y métodos: se reporta el caso de un paciente masculino de 1 mes de vida derivado a nuestra unidad con diagnóstico presuntivo de sepsis. Ingresó en mal estado general, con signos clínicos de shock, soplo sistólico en punta, precordio activo y hepatomegalia. Regular entrada de aire bilateral y rales subcrepitantes diseminados. Laboratorio: Leucocitos: 23800/mm³, Hto 27%, Hb 8 g/dl, creatinina 1.3 mg/dl, ácido láctico 15 mmol/L. pH 7.06, pCO₂ 25, pO₂ 201, HCO₃ 7.3. CPK 2406 U/L; MB 289.9 (12%). TGO 96, TGP 50. KPTT 93, TP 25, Concentración de protrombina 25%. Los diagnósticos presuntivos fueron: Sepsis a punto de partida respiratorio; shock cardiogénico a descartar cardiopatía congénita, metabólica o intoxicación folclórica. Estudios solicitados Cultivos: negativos, Salicilemia, saliciluria y salicilorraquia negativas. Ecocardiograma: severa dilatación de cavidades izquierdas, FA 20%, miocardiopatía dilatada, sin cardiopatía estructural. Se reinterpreta como shock cardiogénico secundario a miocardiopatía dilatada. Tratamiento: ARM, correcciones, expansiones, inotrópicos, inodilatadores y diálisis peritoneal por oligoanuria. Estudios para descartar etiología: Dosaje de hormonas tiroideas: normales. Serologías para virus: Cosackie, Echovirus, Ebstein Barr, CMV, Varicela, HIV, Hepatitis A y B, Rubéola, Herpes y Parvovirus (todas las IG-M no reactivas), serología Mycoplasma negativa, Serología Chagas, Toxoplasmosis (negativas) Homocisteína normal, se solicita perfil reumatológico: Anticuerpos anti Ro, Anti La, Anti Sm, Anti RNP, Anti-Scl-70, Anti Jo; antiDNA Negativos. ANA; AMA y ASMA negativos. Dosaje de IG: IG A, IG G e IG M disminuidas, C3 y C4 dentro de límites normales. Dosaje de Carnitina: por debajo del límite normal. Evolución: Paro cardíaco que requiere RCP avanzado (durante 1er hora de ingreso) y a los 7 días de internación presenta convulsión focal (MSD) se inicia anticonvulsivantes y se solicita TAC de cerebro: Lesión hemorrágica en región anterior del asta frontal izquierda. Imagen que podría corresponder a Trombosis del seno longitudinal posterior. Con diagnóstico presuntivo de Trombosis de seno venoso se inició tratamiento con Heparina de Bajo Peso Molecular, previa consulta con Hematología. Extubación a los 10 días. Pase a Pediatría luego de 20 días en UCIP. Alta hospitalaria a los 2 meses de internación. Discusión la miocardiopatía dilatada es una disfunción de la célula miocárdica. Se caracteriza por agrandamiento del ventrículo izquierdo y/o ventrículo derecho con hipocontractilidad de sus paredes, traduciendo en signos y síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva. Representa una vía final común a la que se llega por varios mecanismos: citotóxicos, metabólicos, inmunológicos, familiares e infecciosos.

0194 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO. TRATAMIENTO CON R-TPA VS. EVOLUCIÓN ESPONTÁNEA: NUESTRA EXPERIENCIA

GA IMBELLONI, GJ RIOS PICAZA, A GORODNER, OA DISANTO, C BENZONI, H JUAREZ
SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA - SANATORIO FRANGIOLI DE SALUD 2000 S.R.L - RESISTENCIA - CHACO, Argentina.

Introducción: En los últimos años se produjeron importantes avances en la comprensión de la fisiopatología cerebrovascular lo que llevó al desarrollo de eficaces estrategias en el tratamiento, el

cual es considerado una prioridad. Las opciones terapéuticas aumentaron haciéndose principal hincapié en la prevención y en el tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACVI) siendo la utilización de trombolíticos la única terapia específica eficaz en la reducción de la discapacidad asociada con un accidente cerebrovascular. Objetivos: Evaluar el tratamiento del ACVI comparando la utilización de r-tPA vs. evolución espontánea del mismo, comparando la evolución clínica, complicaciones hemorrágicas y la mortalidad que presentaron los pacientes. Material y métodos: Se analizaron las historias clínicas de aquellos pacientes que ingresaron en el período comprendido desde el 16/05/2007 hasta el 30/03/2009 que presentaron diagnóstico de ACVI según consenso. Se realiza tratamiento con r-tPA a aquellos que se encuentran dentro de las primeras 3 hs de iniciado el evento neurológico realizándose el seguimiento clínico con la escala del NIHSS, índice de Barthel; y se realizó el seguimiento a aquellos pacientes que no ingresaron en el tiempo de la ventana terapéutica. Se evaluaron también otras variables epidemiológicas APACHE II y edad. Resultados: Ingresaron 39 pacientes (ptes) a 21 ellos se les realizó tratamiento con r-tPA (G I), a 18 de ellos se le realizó el seguimiento (G II), en el G I el tratamiento fue instaurado en una media de 2,55 hs.; el 66% (14 ptes) presentó una mejoría significativa del índice de Barthel y la escala del NIHSS, en el G II el 38% (7 ptes) (p < 0.05); el índice de hemorragia intracerebral en G I fue de 9,5% (2 ptes), en el G II no presentó esta complicación, la mortalidad en el G I de 9,5% y en el G II de 11,1% no teniendo una diferencia significativa en ambos grupos. El APACHE II en el G I fue de 21 +/- 8, en el G II de 18 +/- 8 en ambos grupos, la edad en el G I fue de 65 +/- 8, en el G II de 66 +/- 8. Conclusiones: Aquellos pacientes que recibieron tratamiento con r-tPA como opción terapéutica para el tratamiento del ataque cerebral isquémico presentaron una mejoría clínica significativa con respecto al grupo que tuvo una evolución espontánea quienes además presentaron mayor incidencia de hemorragia intracerebral. La mortalidad fue similar en ambos grupos. En base a nuestra casuística, recomendamos el empleo de esta medida terapéutica para el tratamiento de los pacientes con ACVI.

0196 ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO Y TROMBOSIS DEL ARCO AORTICO

V MARQUEVICH, F UNGAR, D CHEJTMAN, G OLIVA, S COSENZA, P PRATESI
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Objetivo: Presentamos el caso de una paciente con accidente cerebrovascular (ACV) isquémico y evidencia de trombosis del arco aortico. Nuestro objetivo es destacar el uso de ecocardiografía transesofágica como herramienta fundamental para el diagnóstico etiológico en pacientes con ACV isquémico. Introducción: Paciente de sexo femenino de 51 años que ingresa derivada de otro centro por ACV isquémico con Glasgow de 11/15 con desviación conjugada a la izquierda, afasia mixta y hemiplejía derecha. Se realizó TC de cerebro que evidenció isquemia en hemisferio cerebral izquierdo. Presentó progresión de deterioro neurológico con requerimientos de intubación orotraqueal y conexión a asistencia ventilatoria mecánica. Se colocó catéter de PIC con presión de apertura de 4. Se realizó ecocardiograma transtorácico que fue normal. Ecodoppler de vasos de cuello en donde se constató en carótida común izquierda placa fibrolipídica con estenosis 50-70%. Se realizó RMN cerebro que evidenció infarto en territorio silviano izquierdo, con colapso parcial del ventrículo lateral izquierdo y angiografía por RMN de vasos de cuello con ausencia de flujo en arteria vertebral izquierda, estenosis en arteria carótida común izquierda y de vasos intracraneales la cual constató ausencia de flujo a nivel distal de M1 izquierdo. Evolucionó al segundo día con hipertensión endocraneana refractaria con TC de cerebro en donde se constata progresión de focos de isquemia evidenciándose áreas hipodensas en hemisferio cerebeloso derecho y lóbulo occipital con desviación de la línea media. Se realizó ecocardiograma transesofágico en el que se constató placa ulcerada, trombosada con trombo fresco y móvil de gran tamaño en cayado aórtico con probable disección. Se realizó craneotomía descompresiva. Al sexto día se solicitó RMN de cerebro en donde se constata área hiperintensa en T1 en núcleo lenticular y caudado compatible con transformación hemorrágica. Se retrasa inicio de anticoagulación. Se retira catéter de PIC. Se ini-

cio anticoagulacion con heparina de bajo peso molecular realizándose al día 20 nueva imagen sin cambios. Se realizo ecocardiograma transesofagico de control en donde se constato trombo aórtico en resolución. Se derivó a centro de tercer nivel. Conclusiones: Presentamos un caso poco habitual de trombosis en cayado aórtico con ACV isquemico secundario destacando la necesidad del uso de la eco cardiografía transesofagica.

0197 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN PACIENTE LÚPICA CON ANTI COAGULANTES ORALES POR SÍNDROME ANTI FOSFOLÍPIDICO

FR_OLÍÉ, RK CASTAÑO, MD REYNOSO, NV LUNA, JC VERGOTTINI
UTI. HNC. FCM. UNC, Argentina.

Introducción: La necesidad de estudios o laboratorio especializado para el diagnóstico de distintas patologías, a menudo se ve retrasado u obstaculizado por el sistema de salud, como así también la realidad socioeconómica que nos afecta; ello hace que debamos aumentar esfuerzos en el razonamiento clínico y tratamiento clínico de las distintas patologías. Objetivos: Comunicar un caso de Hemorragia Subaracnoidea (HSA) secundario a vasculitis. Material y Metdos: paciente de sexo femenino, 27 años de edad con antecedentes de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Síndrome Antifosfolípido (SAF) bajo tratamiento con anticoagulantes orales (ACO), Mielitis transversa, vejiga neurogénica, que ingresa a UTI con diagnóstico de HSA. Paciente que consulta por, cefalea frontal irradiada a región occipital. Glasgow 15/15, intensidad 10/10, acompañada de nauseas y vomito alimenticio, que no cede con analgésicos comunes, se le realiza TAC de cerebro s/contraste muestra hemorragia aguda en territorio silviano izquierdo con puntuación Hunt y Hess II Y Fisher II. Laboratorio: RIN: 3,96 APP: 16% KPTT: 47". Se nos plantearon diferentes diagnósticos diferenciales. Teniendo en cuenta la presentación clínica, localización, edad y sexo surgió el primer diagnóstico a descartar, fue: a) HSA de causa aneurismática, b) Trastorno hemostático secundario (sus antecedentes, de SAF con valores hemostáticos prolongados y LES) para lo cual se decidió realizar infusión de plasma fresco congelado (PFC), el cual se complicó con Edema Agudo de Pulmón secundario a anticuerpos presentes en el plasma donante, y que requirió en ese momento de ARM por 72 hs. c) Otro diagnóstico diferencial realizado fue el de Vasculitis, para lo cual se realizo serología para valorar reagudización lúpica, y empíricamente se comenzó con pulsos de metilprednisolona. La Angioresonancia de Cerebro, informó vaso espasmo de arteria silviana izquierda más imagen dudosa sugerente de saco aneurismático, lo que justifico a posteriori la realización de una, Angiografía por sustracción digital de vasos cerebrales, la cual descartó lesión aneurismática. La administración de metilprednisolona produjo una mejoría clínica neurológico importante, 4 días reagudización de su cefalea. Se rotó a ciclofosfamida con buena respuesta clínica a la misma. Conclusion: Una buena semiología clínica acompañada de una actitud diagnóstica rápida, aunque costosa, que permitiera instaurar una terapéutica precoz y adecuada, disminuiría el tiempo de estadía y la morbimortalidad en este tipo de paciente presentado.

0198 EVALUACION DE LOS CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE

QA DISANTO, GA IMBELLONI, A GORODNER, H JUAREZ, C BENZONI, GJ RIOS PICAZA
Servicio de Terapia Intensiva - Sanatorio Frangioli de Salud 2000 S.R.L.- Chaco, Argentina.

Introducción: La pancreatitis aguda grave (PAG) es un desorden cuya frecuencia se ha incrementado, debido a un aumento en la incidencia de factores etiopatogenicos, también por un mejor diagnóstico. Sin embargo sigue siendo una enfermedad con un pronostico pobre, con pocos tratamientos efectivos, que se reconoce la importancia de un diagnóstico y valoración precoz que permita diferenciar que permita diferenciar las formas leves de las graves. Objetivos: Correlacionar diversos parámetros pronostico con la evolución clínica y la mortalidad a fin de determinar los métodos mas adecuados para valorar en forma predictiva la pancreatitis aguda.

Material y métodos: Se evaluaron retrospectivamente 26 pacientes con diagnostico de PAG (mas de 2 criterios de Ranson) ingresados en Terapia Intensiva entre enero de 2004 y mayo de 2008, a todos se les realizo TC de abdomen al ingreso y los resultados se clasificaron en base a la de Balthazar. Se correlacionaron los Criterios de Ranson vs. APACHE II vs. TC abdominal y cada uno con la evolución clínica y la mortalidad. Para el análisis se utilizo curvas de correlación y el test t de Student. Resultados: Se observo mala correlación entre Ranson vs. TC (p<0.5), Ranson vs. APACHE II (p<0.6), APACHE II vs. TC (p<0.6), al igual que el APACHE II con el curso clínico. Se observo regular correlación entre la TC vs. curso clínico (p<0.05). Mortalidad global del 24%, P con 3 criterios de Ranson 14%, 4 criterios 20%, 5 o mas del 37%. Todos los pacientes fallecido tuvieron TC grados D o E de Balthazar, una mortalidad del 39%, todos los pacientes con mas de 5 criterios de Ranson y TC grado E fallecieron. Conclusiones: La presencia de 5 o mas criterios de Ranson se correlaciono con la mortalidad, la TC fue mas sensible en relación al curso clínico y la mortalidad (p<0.05). La evaluación combinada Ranson/TC permite una mejor valoración pronostica.

0199 MIOCARDIOPATIA DILATADA PERIPARTO. REPORTE DE UN CASO

C_NAVEDA GAVILANES, P GUIMARAENS, MC MARTINEZ BARRETO, J ALVAREZ, P PRATESI
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: La miocardiopatía dilatada periparto (MCDPP) es una patología grave e infrecuente en terapia intensiva. Las etiologías posibles comprenden el origen infeccioso, autoinmunitario e idiopático. El diagnóstico requiere la exclusión de otras causas de insuficiencia cardíaca y la demostración de dilatación y disfunción global del ventrículo izquierdo. El pronóstico está directamente relacionado con la recuperación de la función ventricular. Objetivo: Reporte de un caso. Resultado: Paciente de 16 años de edad que presenta siete días posteriores al parto disnea progresiva, tos seca y fiebre. Es evaluada previamente en otro centro, interpretándose el cuadro como neumonía iniciando tratamiento con antibióticos. Debido a la progresión de la signo sintomatología, es derivada a nuestro nosocomio. Al ingreso se constata neumonía grave asociada a signos de fallo cardíaco retrógrado y anterógrado. Evolucionó posteriormente con shock. Se realizó ecocardiograma doppler color que mostró dilatación moderada del VI, diámetro diastólico 69mm, diámetro sistólico 65mm, hipokinesia global generalizada y disfunción severa del VI. Fey 15%. IM moderada, dilatación moderada de aurícula izquierda, hipertensión pulmonar con PSAP 36 mmHg. Se coloca catéter en arteria pulmonar que muestra bajo volumen minuto con resistencias perifericas bajas. Por presentar bajo volumen minuto refractario a inotrópicos se coloca balón de contrapulsación intraaórtico y se planifica derivación a centro de trasplante cardíaco para su evaluación. Previo a su derivación presenta paro cardio respiratorio. Conclusiones: Al tratarse de una entidad infrecuente que requiere la exclusión de otras causas de insuficiencia cardíaca, se puede producir un retraso en establecer el diagnóstico, encontrándose la patología en un estado avanzado con gran riesgo de mortalidad. En esta población la sospecha precoz al inicio de los síntomas permite realizar el diagnostico y con ello el tratamiento adecuado.

0202 INFLUENCIA DEL VOLUMEN TIDAL SOBRE MONITOREO FUNCIONAL DE PRECARGA DERIVADO DEL ANÁLISIS DE CONTORNO DEL PULSO ARTERIAL DURANTE CONDICIONES DE COMPLIANCE PULMONAR NORMAL Y REDUCIDA

P_CRUCES¹, F DIAZ¹, A DONOSO¹, C CARVAJAL², T SALOMON³, MF TORRES³, B ERRANZ²
¹Hospital Padre Hurtado, Chile. ²Universidad del Desarrollo, Chile. ³Clinica Alemana de Santiago, Chile.

Introducción: La monitorización hemodinámica funcional (MHF) ofrece ventajas y un mayor sustento fisiológico a la predicción de respuesta a volumen que las medidas presurométricas. Se desconoce con precisión la influencia del volumen corriente (VT) y de las características elásticas del parénquima pulmonar sobre su determinación. Objetivo: Describir el efecto del VT aplicado en la variación de presión de pulso (DPP) y la variación del volumen sis-

tólico (SVV) bajo condiciones de compliance pulmonar (CP) normal y reducida. Método: 42 cerdos de $4,8 \pm 0,35$ kg anestesiados, ventilados y análisis de contorno de pulso con catéter PICCO. SDRa fue inducido con instilación traqueal de Tween 20. Se registró la DPP y SVV con VT bajo (6 ml/kg) y luego VT alto (12 ml/kg) con CP normal y posterior a la inducción de SDRa. Datos en medias \pm DS y medias e intercuartiles según la distribución normal de las variables. Estadígrafos: ANOVA y paired t-test para mediciones consecutivas. Correlación de Pearson entre ambas variables en las distintas condiciones y con indicadores manométricos y volumétricos de precarga. Significativo un $p < 0,05$. Resultados: Mediciones basales se realizaron con CP $1,6 \pm 0,66$ ml/cmH₂O/kg y las posteriores a inducción de SDRa con $0,97 \pm 0,26$ ml/cmH₂O/kg ($p < 0,001$). En condiciones basales, DPP fue 9% (6,5-12) y 11% (7-14) con VT bajo y alto respectivamente, y SVV fue 8%(5-12) y 8%(5-13), sin diferencia significativa. Posterior al SDRa, con un VT bajo, DPP fue 8% (5-13) y SVV 8% (5-12), y aumentaron significativamente con VT alto a 11%(8-17,3, $p = 0,001$) y 12,5% (8,75-15,3, $p = 0,024$), respectivamente. La correlación entre DPP y SVV fue buena en condiciones basales, $r = 0,7$ y $r = 0,68$ con VT alto y bajo respectivamente. Post-SDRa esta correlación se mantiene sólo con un VT limitado ($r = 0,75$) siendo moderada con un VT alto ($r = 0,48$). No hubo correlación con los marcadores presurométricos. Discusión: MHF está sujeta a la influencia del VT ante alteración de la CP. Esto refleja probablemente alteraciones cíclicas en inspiración de la precarga y de la postcarga. De este modo debemos tomar en consideración el VT y la CP al momento de decidir administración de fluidos en base a estas mediciones. Financiamiento por Proyecto Fondecyt 11075041

0205 TRASPLANTE HEPÁTICO DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

C NAVEDA GAVILANES, P VIDAL ARTETA, J NUÑEZ, S COSENZA, P PRATESI, M SILVA, G PODESTA
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: En la literatura se han reportado 14 casos de trasplante hepático en pacientes embarazadas. Tan sólo en 4 de ellos se logró la supervivencia del binomio madre-hijo. Objetivo: Reporte de caso. Resultados: Presentamos el caso de una mujer de 32 años de edad, secundigesta, que cursando su semana 21 de embarazo, presento Fallo Hepático Fulminante de etiología indeterminada, no ligada al embarazo. Se decidió realizar trasplante hepático con donante cadavérico. Presentó como complicación en post operatorio hemoperitoneo que requirió laparotomía con lavado de cavidad y control de sangrado. Encontrándose en la semana 27 de gestación presento síndrome hipertensivo (pre eclampsia severa) motivo por el cual se decidió la interrupción del mismo. Evolucionando posteriormente sin complicaciones, siendo ambas egresadas de la institución. Conclusiones: El trasplante hepático en el embarazo es una patología infrecuente. Los resultados publicados en la literatura para el binomio madre-hijo son desalentadores. La continuación del embarazo y la realización del trasplante representan un gran desafío debido a la elevada morbi mortalidad materno fetal.

0206 VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE

P TAFFAREL, F JORRO BARÓN, B LATTINI, J SASBÓN
Htal J. P. Garrahan, Argentina.

Introducción: La ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO), es un modo de asistencia respiratoria mecánica utilizada desde 1979 en el manejo de la insuficiencia respiratoria refractaria. Esta técnica de ventilación permite presiones medias (PAW) en la vía aérea más altas, con menores presiones picos y menor variación de volumen, disminuyendo el daño pulmonar. Se utilizan volúmenes corrientes bajos y frecuencia suprafisiológica, además de contar con fase espiratoria activa. Objetivo: Describir los datos demográficos y las causas de insuficiencia respiratoria grave de los pacientes que requirieron VAFO. Describir y analizar la relación entre indicadores de oxigenación, días de VMC previo a la VAFO, entre las poblaciones sobrevivientes y fallecidas. Material y Métodos: Se analizaron Historias Clínicas (HC) de pacientes que requirieron VAFO

en las Unidades de Cuidados Críticos Polivalentes del Hospital Garrahan desde el 01/01/2008 al 31/12/2008. Se utilizó el oscilador SENSOR MEDICS 3100 A. Se revisó edad, diagnóstico de base, PIM II (índice de mortalidad pediátrica), causa del SDRa (síndrome de dificultad respiratoria aguda), PELOD (Pediatric Logistic Organ Dysfunction), PAW, índice de oxigenación (IO), Score de Murray y PAFI (PaO₂/FiO₂) al ingreso a VAFO; ventilación mecánica convencional (VMC) previa al ingreso a VAFO y duración de VAFO (días), PAW de salida de VAFO y óbito. Los datos se analizaron con STATA9; variables expresadas en medias y desvíos estándar, o mediana y rango. Se utilizó el test de Student, considerando estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Resultados: Se analizaron 25 ingresos a VAFO en 24 pacientes (26 pacientes ingresaron a VAFO, 2 HC no fueron encontradas, 1 paciente requirió VAFO en 2 oportunidades). La causa de ingreso a VAFO en todos los niños fue hipoxemia refractaria, 2 presentaban escape aéreo. 7 niños ingresaron por SDRa 2^a (4 falla multiorgánica y 3 shock séptico). 10 pacientes (41.6%) presentaban comorbilidad. Mediana de edad 15 meses (1-156), PIM II (al ingreso a UCI) $19,9\% \pm 23,9$; PELOD (al ingreso a VAFO) $17,4\% \pm 26,5$; PAW $21,5$ cm H₂O $\pm 4,7$; IO $24,6 \pm 13,9$; PAFI $102,6 \pm 41,7$; Score de Murray $3 \pm 0,6$; VMC (previo a VAFO) 11,8 días $\pm 20,6$; VAFO 8,2 días $\pm 9,2$; PAW de salida (n=8) 20,4 cm H₂O $\pm 3,4$; mortalidad 66,6% (n=16). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre fallecidos y sobrevivientes en la edad, PIM II, PELOD, PAW, PAFI, Score de Murray, VMC previo a VAFO; y días de VAFO. Se encontró una diferencia aunque no estadísticamente significativa entre el IO (19,9 vs 27,2) y la duración de la VMC (6,2 vs 14,9 días) entre los grupos de pacientes vivos y muertos. Conclusiones: La mortalidad se encontró en el límite superior de la descrita por la bibliografía, una posible respuesta podría ser la alta comorbilidad de los pacientes analizados. Si bien el IO de ingreso a VAFO fue elevado, éste era similar al descrito en otras publicaciones. Un menor IO y un ingreso más rápido a VAFO podrían mejorar la evolución.

0209 REINGRESOS A TERAPIA INTENSIVA, ESTUDIO DE 3 AÑOS EN UNA TERAPIA INTENSIVA MONOVALENTE

AS ROMERO, P BOSCHERO, V HEREDIA, D BARCA, F TOLEDO, J FRIZZA, S PEREZ BETI, S LASDICA, D FAINSTEIN
Hospital Privado del Sur, Argentina.

Objetivos: La readmisión a Terapia Intensiva incrementa en forma significativa la mortalidad, así como también prolonga la estadía hospitalaria y los costos. Nuestros objetivos son: determinar el porcentaje de pacientes readmitidos a Terapia Intensiva durante la misma hospitalización, identificar los factores de riesgo, predictores de readmisión a Terapia Intensiva, causas de reingreso y cuantificar la tasa de mortalidad. Material y Método: Incluimos a pacientes admitidos a una Unidad de Cuidados Críticos monovalente, de 7 camas, que fueron dados de alta a Sala general y posteriormente readmitidos a UTI (Unidad de Terapia Intensiva) durante la misma hospitalización; desde el mes de Setiembre del 2005 a Setiembre del 2008. Los pacientes excluidos fueron aquellos que fallecieron durante su primer ingreso a Terapia Intensiva. Los datos fueron recolectados en forma retrospectiva, usando el programa SATI Q y luego analizados a través del programa SPSS (Statistics Package for Social Sciences). La información incluía motivo de ingreso, reingreso, edad y sexo de los pacientes readmitidos, así como también score APACHE II, TISS, además del día de la semana que reingresaba y la condición de egreso de Terapia Intensiva. Resultados: Durante el período del estudio fueron readmitidos a U.T.I. el 4,05% de un total de 1.283 pacientes dados de alta a Sala General. La media de la edad de los pacientes reingresados fue de 62 años, el 55,2% pacientes eran de sexo masculino. La mortalidad de estos pacientes fue 3 veces superior que la de aquellos pacientes no readmitidos a Terapia. El 50% de las readmisiones a U.T.I. se debieron a insuficiencia respiratoria y complicaciones quirúrgicas (25% respectivamente). La media de la puntuación del score APACHE II de ingreso y reingreso fue de 13 y 15 puntos (con un incremento en la mortalidad del 15% al 25%, comparativamente), mientras que la media del TISS de egreso de los pacientes que después fueron reingresados fue de 18 puntos. Conclusión: La tasa de readmisión en nuestra Terapia Intensiva concuerda con los resultados hallados en otros estudios de similares características, del mismo modo las causas más frecuentes de reingreso fueron los problemas respiratorios y las complicaciones qui-

rúrgicas. Los pacientes readmitidos presentaron una mortalidad que fue 3 veces mayor que la de los pacientes que no reingresaron. Además, los pacientes con mayor riesgo de reingreso fueron los neuroquirúrgicos, y los días más frecuentes de readmisión a Terapia Intensiva fueron los días sábados y domingos. REFERENCIAS. 1- Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs: A systematic review of risk factors and outcomes. CHEST 2000; 492-502. 2- E. Boudesteijn, S. Arbous. Predictors of intensive care unit readmission within 48 hours after discharge. Critical Care 2007, 11 (Suppl 2):P475. 3- Kaben, Correa. Readmission to a surgical intensive care unit: incidence, outcomes, and risk factors. Critical Care 2008; 12 R123.

0210 MANIOBRAS DE RECLUTAMIENTO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO

M. CUENCIO, A SIABA SERRATE, S TORRES, T IOLSTER, E SCHNITZLER
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Objetivo: Describir el uso de maniobras de reclutamiento en un paciente pediátrico con Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA). Materiales y Métodos: Observacional de un paciente. Unidad de Cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitario Austral. Niña de cinco años de edad, con encefalopatía y miopatía en estudios con SDRA severo. Inicialmente presenta buena respuesta a la ventilación mecánica con mejoría de la oxigenación. A las 48hs queda con Asistencia Ventilatoria Mecánica (AVM) asistido controlado (A/C) Ventilación controlada por Presión (VCP): presión inspiratoria máxima (PIM): 33, presión al final de la espiración(PEEP): 15, Frecuencia respiratoria: 18, tiempo inspiratorio (Ti): 0.57, Fracción inspirada de oxígeno (FiO₂): 0.40%, Volumen Tidal (VT): 9ml/kg, presión de meseta(PP): 30 cm de H₂O, diferencia de Presión (Delta P) 18. Debido a que continua PAFI estable, se disminuye la PEEP a 12cm de H₂O. 24 hs mas tarde presenta deterioro de la oxigenación. Sospechando desreclutamiento, se incrementa la PEEP 5 puntos (a 17 cm H₂O) persistiendo hipoxemica. Se intentaron otras estrategias incluyendo cambios de modalidad ventilatoria y disminución de la PEEP por debajo de 10 cm H₂O. A pesar de las estrategias implementadas, la paciente persistía hipoxemica requiriendo FiO₂ 100% (PAFI 105). La radiografía de tórax mostró un infiltrado bibasal de poca magnitud, no aclarando la etiología de la hipoxemia refractaria, ante lo cual se decidió realizar Tomografía axial computada de Tórax. Los cortes iniciales mostraron colapso bibasal por lo que se decidió optimizar la precarga y realizar maniobras de reclutamiento. Maniobra de reclutamiento: ventilación controlada por presión (PCV) con Delta de Presión de 9 cm de H₂O y PEEP que se incremento de 7en7cm H₂O. El Delta de presión mantuvo un volumen corriente mínimo durante toda la maniobra. Cada nuevo nivel de PEEP se mantuvo durante 120 segundos. La maniobra finalizo cuando se alcanzo una PEEP de 39 cmH₂O, una presión máxima inspiratoria de 48 cmH₂O delta Presion 9 cmH₂O, VT: 3 ml/kg. El ultimo nivel se mantuvo durante 120 segundos y el descenso de la PEEP se realizo en un solo paso, hasta el valor de PEEP en el cual habíamos notado mejoría en la oxigenación. El reclutamiento se mantuvo con PEEP: 25cmH₂O PIM: 34 cm H₂O VT: 6ml/kg. Resultados: Con la maniobra de reclutamiento la paciente presento una mejoría de la oxigenación PAFI inicial: 105, PAFI post maniobra 320. Además se pudo observar reclutamiento del pulmón mediante tomografía computada, cambiando en el pulmón izquierdo de -21 Unidades Hounsfield (UH) a -760 UH y en el pulmón derecho de -42 UH a -752 UH. Conclusiones: Las maniobras de reclutamiento, lograron revertir la hipoxemia en nuestro paciente. Se utilizaron maniobras de alta presión (PEEP + PIM) con Delta P constante. Post reclutamiento altos niveles de PEEP fueron empleados para prevenir el desreclutamiento. La maniobra no presento efectos adversos. Serian necesarios mas estudios en pediatria para evaluar los beneficios y efectos adversos.

0211 TORAX INESTABLE. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFIA MULTISLICE EN SU DIAGNOSTICO PRECOZ. PRESENTACION DE TRES CASOS

L. AGUILAR, S LESYK, F ABRAMZON, D COUTO
Hospital de Trauma y Emergencias. Dr. Federico Abete, Argentina.

Objetivo: Describir la utilidad de la tomografía multislice (TCMS) en el examen precoz de pacientes con sospecha de trauma torácico y tórax inestable. Materiales y Metodos: Tres pacientes con trauma grave de tórax ingresados al shock room del Hospital de Trauma y Emergencias, fueron evaluados en la primer hora de evaluación con un tomógrafo multicorte de 64 hileras de detectores (Aquilion, Toshiba Medical, Japón). Se obtuvieron imágenes de 0,5mm de espesor con 0,5mm de intervalo de reconstrucción. Rotación de tubo en 0,5seg, con inyección de contraste iodado EV. no iónico en dos casos. Se correlaciono con imágenes radiográficas realizadas previamente en el shock room. Resultados: Caso1: paciente con trauma cerrado toracoabdominal por colisión vehicular frontal; sin signos externos de lesión Rx de ingreso con trazos de fracturas costales derechas, derrame pleural derecho y áreas de ocupación del espacio aéreo bilaterales. Se realiza TCMS donde se observan múltiples fracturas costales derechas, voluminoso derrame en espacio pleural derecho (hemotórax), que produce atelectasia pasiva y desviación de estructuras mediastinales. Caso 2: Paciente con trauma cerrado por agresión de terceros, ingresa inconsciente con aliento etílico, con buena mecánica respiratoria. Rx ingreso enfisema subcutáneo derecho, trazos fracturarios costales derechos, radioopacidad difusa pulmonar derecha. Se solicita TCMS donde se observa enfisema subcutáneo, múltiples fracturas de arcos costales derechos, neumotórax laminar derecho, neumomediastino, contusión pulmonar bilateral. Paciente 3: Paciente con politraumatismo por colisión de motocicleta que conducía. RX ingreso múltiples fracturas costales izquierdas, enfisema subcutáneo izquierdo y radiopacidad difusa en hemitorax izquierdo. Se solicita TCMS donde se observa fracturas de arcos costales izquierdo, neumotórax izquierdo, neumomediastino, contusión pulmonar bilateral. Conclusión: Cuando coexisten fracturas costales múltiples en varias costillas consecutivas se produce una inestabilidad de la pared con movimiento paradójico y alteración de la mecánica respiratoria, con la consiguiente hipoxia. Clínicamente puede resultar dificultoso detectado en primera instancia por la hipoventilación reactiva al dolor, y por los movimientos del tórax. Concluimos que la TCMS es un estudio imagenológico rápido y que aporta mucha información del parénquima pulmonar, estructuras mediastinales, partes blandas (enfisema cutáneo), y caja torácica, pudiéndose realizar reconstrucciones multiplanares y tridimensionales.

0212 IMPACTO EN LA MORTALIDAD Y ESTADIA EN UCI DE LA CAMPAÑA SOBREVIVIENDO A LAS SEPSIS

C. NAVEDA GAVILANES, V MARQUEVICH, P GUIMARAENS, P VIDAL ARTETA, JC ESCARDO, D CZERWONKO, D BERNARDEZ, L SEOANE, S COSENZA, S BARATTA, P PRATESI
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introduccion: El objetivo principal de la Campaña Sobreviviendo a la Sepsis (CSS) es reducir la mortalidad asociada a Sepsis Severa/Shock Séptico (SS/SHs) y en forma secundaria disminuir la estadía hospitalaria y los costos. Numerosas publicaciones han reportado que la adherencia a las intervenciones de la CSS tienen impacto en la supervivencia de los pacientes (p). Objetivo: Cuantificar el impacto sobre la mortalidad y la estadía en los pacientes que ingresaron a la CSS vs los controles históricos en la etapa pre-CSS. Metodo: Análisis retrospectivo de los registros médicos previos y posteriores a la implementación de la CSS durante el periodo 1/2003-3/2008. Resultados: Ingresaron en el periodo pre-CSS 160p (84 SS y 76 SHs). Posterior a la implementación de la CSS (1/2007-1/2009) ingresaron 83p (35 SS y 48 SHs). La mortalidad global fue 26.9% vs 17.55% en las etapas pre y post CSS respectivamente (p 0.08). La mortalidad del SHs fue 35% vs 18.5% en las etapas pre y post CSS respectivamente (p 0.006). La estadía promedio en UCI en las etapas pre y post CSS fue 12.7 vs 10.8 días (p 0.38). Los scores de gravedad Apache II y SOFA no mostraron diferencias entre ambas etapas. El porcentaje de adherencia a los bundles fue la siguiente: Bundle de resucitación: 45.9%. Bundle de tratamiento: 46.5%. Conclusiones: A partir de la implementación de la CSS observamos una tendencia a la disminución en la mortalidad global y en la estadía promedio. La falta de significancia estadística creemos se relaciona con el pequeño tamaño de la muestra. Evidenciamos una reducción estadísticamente significativa en la mortalidad del Shock séptico con la implementación de la CSS.

0213 ABLACIÓN SEPTAL PERCUTÁNEA EN EL TRATAMIENTO DE LA MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA

ML CAIVANO NEMET, FM BALLESTERO, M SKARE, C SMITH, MA VELTRI, JA ALVAREZ, O MANUALE, J UBALDINI
Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La ablación percutánea septal es un reconocido tratamiento para la miocardiopatía hipertrofica obstructiva (MCPHO). La alcoholización proximal de la rama septal de la arteria descendente anterior produce un infarto en el septum hipertrofiado, liberando de la obstrucción al tracto de salida del ventriculo izquierdo. **Caso Clínico:** Mujer, 79 años, antecedentes de dislipemia, tabaquismo, HTA, arritmia ventricular frecuente en tratamiento con diltiazem (no tolera beta bloqueantes debido a hiperreactividad bronquial). MCPHO diagnosticada hace 6 años con gradientes subaórticos en los últimos años entre 56-106 mmHg. Ingres a UTI post paro respiratorio secundario a edema agudo de pulmón con requerimientos de intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Se coloca catéter de Swan Ganz en arteria pulmonar obteniéndose parámetros de shock cardiogénico. Se realiza ecocardiograma doppler transtorácico (ETT) donde puede observarse hipertrofia del ventriculo izquierdo (VI) con gradiente subaórtico de 64 mmHg con obstrucción al tracto de salida del VI, prolapso mitral de la valva posterior y rotura de cuerda tendinosa de 2º orden que genera insuficiencia mitral severa (IMS). Inicia tratamiento con diversas drogas inotrópicas noradrenalina, dobutamina, fenilefrina sin modificaciones significativas en las mediciones hemodinámicas. Debido a la inestabilidad hemodinámica de la paciente que impide la resolución quirúrgica del cuadro con el recambio valvular correspondiente, se decide realizar ablación percutánea por alcoholización de la 2º arteria septal provocando un infarto septal. Se realiza ETT post procedimiento que evidencia mejoría en el gradiente disminuyendo a 25mmHg. Se acompaña de una mejoría en las resistencias periféricas, gasto cardíaco e índice cardíaco. A las 24 horas se refleja un empeoramiento hemodinámico y ecocardiográfico debido probablemente al edema producido en la zona alcoholizada y a la propia progresión de la patología. Se coloca balón de contrapulsación aórtica y marcapaso transitorio corroborando mediante ETE una disminución del gradiente subaórtico de 120 a 90 mmHg con marcapaseo a 100 latidos por min y un mayor descenso a 70 mmHg con balón de contrapulsación. Superada la inflamación aguda post procedimiento, se retira balón de contrapulsación y marcapaso transitorio y se disminuye la concentración de inotrópicos; a los 7 días se realiza nuevo ETT que evidencia descenso del gradiente a 31mmHg. La paciente intercorre con neumonía asociada a ventilación la mecánica. Fallece a los 15 días. **Conclusión:** En nuestro caso se pudo comprobar, que cuando no hay posibilidad de realizar tratamiento quirúrgico, la necrosis del septum interventricular mediante alcoholización percutánea en agudo es una opción a tener en cuenta para mejorar la hemodinamia en un paciente con MCPHO e IMS, a través de la disminución del gradiente y del reflujo, teniendo en cuenta el período inflamatorio provocado post procedimiento, que puede ocasionar un empeoramiento transitorio antes de producirse la mejoría.

0214 VARIABLES HEMOSTATICAS EN UN PACIENTE CON HEMOFILIA TIPO A SOMETIDO A TRANSPLANTE ORTOTOPICO DE HIGADO: PRIMER CASO REGISTRADO EN ARGENTINA

S MINOLDO¹, H GUGLIELMONE², D MINOLDO¹, M ZARATE BAZAN¹, G JARCHUM²

¹Servicio de Medicina Transfusional Sanatorio Allende, Argentina. ²Servicio de Hematología, Sanatorio Allende, Argentina.

Objetivo: la hemofilia tipo A (HA) es una enfermedad hemorrágica hereditaria ligada al cromosoma X que se caracteriza por una deficiencia del factor VIII, proteína esencial para lograr una hemostasia efectiva. El tratamiento de elección, ante eventos de hemorragias, es la administración de concentrados de factor VIII. La mayoría de los pacientes expuestos a este hemoderivado a principio de la década del 80 se infectaron con el virus de la hepatitis C (VHC). Las complicaciones de la infección crónica con este virus in-

cluyen enfermedad hepática terminal y/o hepatocarcinoma que son las indicaciones más comunes para el transplante ortotópico de hígado (TOH). Aquí, nosotros reportamos las variables hemostáticas observadas en el primer caso descrito en Argentina de TOH en un paciente con HA y hepatocarcinoma que fue tratado durante la cirugía con factor VIIa recombinante debido a que previo a este procedimiento se le detectó un inhibidor anti-factor VIII. **Material y método:** el paciente es un hombre de 46 años con HA leve (23 % de factor VIII) que raramente fue expuesto a concentrados de factor VIII y a quién se le diagnosticó en el 2007, cirrosis por VHC, várices esofágicas tipo B y hepatocarcinoma de 5 cm. Tres meses después, presenta dolor súbito en epigastrio y por TAC se observa que el tamaño tumoral se incrementó a mas de 9 cm. con signos de hemorragia por lo que se decide una embolización selectiva. Para ese procedimiento, se realizó terapia sustitutiva con concentrados de factor VIII. Dos días después se detectan anticuerpos anti-factor VIII (1.8 UB) y al mes siguiente fue sometido a TOH. Antes, durante y después de la cirugía fue tratado con factor VIIa recombinante (90 ug/Kg cada 3 horas) debido a la persistencia del inhibidor (1.2 UB). Las variables hemostáticas globales (tiempo de Quick, KPTT, recuento de plaquetas y fibrinógeno) y específicas (factores II, V y factor VIII y de von Willebrand funcional y antigénico) fueron monitoreados continuamente, empleando técnicas estándares. **Resultados:** antes del TOH las pruebas hemostáticas presentaron leves alteraciones y valores patológicos de KPTT (46") y de factor VIII (15%). Previo a la cirugía se administró factor VIIa recombinante lográndose la normalización del tiempo de Quick y de KPTT que se mantuvieron hasta la finalización de la cirugía. Los niveles de factor V (70%) y de factor VIII funcional y antigénico (76 y 83%, respectivamente) revelaron que a las 24 hs del implante, el órgano transplantado recuperó su capacidad de síntesis. Esta se mantuvo durante todo el período de seguimiento (3 meses) consiguiéndose valores de factor V y VIII superiores al 120%. **Conclusiones:** este es el primer caso registrado en Argentina de TOH en un paciente con HA y bajo título de inhibidor tratado con factor VIIa recombinante. Los niveles de factor VIII se incrementaron notablemente 24 hs post-cirugía al igual que el factor V. La administración de factor VIIa recombinante disminuyó notablemente el requerimiento transfusional durante la cirugía lo que indica la efectividad hemostática de este producto.

0215 DEBRIS AÓRTICO Y STROKE

A DONA GUIBAS, FM BALLESTERO, EJ DESCOTTE, MI RÍOS, G DOVA, D MIÑARRO, MH PEREZ, J UBALDINI

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El debris aórtico (DA) se considera una fuente de elevado potencial embólico, y es un predictor independiente para el accidente cerebrovascular (ACV). Su prevalencia es muy variable en función de la población estudiada, pero va del 4 al 40%. La incidencia es mayor en pacientes ancianos y con enfermedad coronaria. No sólo se asocia a ACV o AIT previo, sino que pronostican nuevos eventos embólicos. Las embolias al hemisferio izquierdo y a la circulación periférica son más frecuentes que al hemisferio derecho, porque al localizarse la gran mayoría a de las placas en el cayado y aorta descendente proximal, el tronco arterial braquiocefálico, más proximal, suele no afectarse. **Caso Clínico:** Mujer, 40 años de edad, antecedentes de tabaquista, ingesta de anticonceptivos orales, desde hace 12 años. Consulta a otro centro por presentar hemiparesia fascio-braquial derecha y afasia de expresión, de 6 minutos de duración, se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro sin contraste, sin lesiones agudas. Por persistir con la afasia, se deriva a nuestra institución. Al ingreso presenta hipoestesia de hemisferio derecho, se realiza TAC de cerebro sin lesiones agudas, resonancia nuclear magnética de cerebro (RNM), con gadolinio, lesión hiperintensa en T2 y FLAIR en región fronto-temporo insular izquierda que realza con contraste, asociada a lesión frontobasal parasagital homónima, compatible con infarto silviano izquierdo subagudo. AngioRNM de vasos de cuello y vertebral sin particularidades. Presenta movimientos anormales de miembro inferior derecho, electroencefalograma (EEG) prolongado espigas y ondas lentas agudas en región centro temporal izquierda. Inicia tratamiento con difenilhidantoína. Presenta súbitamente a las 24 horas de internación, hemiplejía fascio-braquio-crural derecha, de 30 minutos de dura-

ción, con reversión ad integrum, TAC de cerebro sin contraste, sin lesiones agudas. RNM de cerebro sin cambios respecta a previa. EEG lentificación difusa centro temporal izquierda. Ecocardiograma doppler transesofágico (ETE) imagen pediculada y móvil en porción distal de cayado aórtico de 20 x 4 mm. Se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y antiagregación plaquetaria. Se realiza AngioTAC de aorta torácica, sin evidencias de trombos en su interior. ETE control a las 48 horas: imagen hipoecogénica adherida a pared ventral de aorta de 5 mm de espesor, compatible con trombo mural, sin imagen móvil. Tras 16 días de internación, sin foco neurológico, se decide egreso hospitalario. Evaluada hematología se descarta trombofilia. ETE control sin patología aórtica a los ocho meses, por lo que se decide suspender la anticoagulación. Conclusión: El debris aórtico es una patología infrecuente como causa de ACV, siendo el ETE, el estudio gold estándar, para su diagnóstico. Como tratamiento, se encuentra coincidencia en la literatura; anticoagulación inicial con heparina de bajo peso molecular, realizando ETE controles, y ante el fracaso de dicha terapéutica, estaría indicada la tromboendarterectomía.

0217 RELACIÓN ENTRE PaO2/FIO2 Y SaO2/FIO2 EN INJURIA PULMONAR

MS GARCIA-KEIM, AH PEÑALOZA, S DIPENTE, A DAIN, P BRIZUELA, CE SALCEDO, L LUCINI, JE LEIVA
Hospital Militar Regional Cordoba, Argentina.

Objetivos: Principal: Determinar correlación entre PaO2/FIO2 y SaO2/FIO2 como marcador de injuria pulmonar Secundario: Establecer la importancia de este indicador en el manejo de esta patología. Material y Metodos: Estudio correlacional prospectivo de casos clínicos desde enero de 2007 a mayo 2009 en la Unidad de terapia Intensiva (UTI) del Hospital Militar Regional Córdoba. Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a UTI o que durante su estadía evolucionaron con algún grado de injuria pulmonar de causa infecciosa o no. Se realiza registro de oximetría arterial y oximetría de pulso, para el cálculo de los índices PaO2/FIO2 y SaO2/FIO2. Se utilizaron medidas de posición generales y parámetros de correlación (Test T, índice de Pearson, R2, análisis de varianza Anova y estimación lineal de regresión de la recta) La hipótesis nula a rechazar fue que no existiera relación entre los parámetros PaO2/FIO2 y SaO2/FIO2. Se trabajó con una p<0,05. Resultados: Del total 52 pacientes, 34 (65,4 %) tenían PaO2/FIO2 < 200, 11 (21,1%) PaO2/FIO2 entre 200 y 300, y el resto 7 (13,5%) presentaban una PaO2/FIO2 > 300. La media de PaO2/FIO2 en nuestra muestra fue 219 y el desvío estándar 87,8. La media de SaO2/FIO2 es de 195 y su desvío estándar 131,3. El análisis de Test t para muestras apareadas: p.0.35 y test correlación 80 %. El análisis de regresión simple a dos colas 0,035. El ajuste correlación positiva R 0.64. La medida de correlación, el coeficiente de Pearson, fue 1 lo que indica una relación lineal positiva perfecta. Conclusiones: Todos los resultados fueron estadísticamente significativos. En el grupo general se comprobó una correlación perfecta, con una estimación lineal positiva a menor PaO2/FIO2 menor SaO2/FIO2, por estos resultados podemos inferir la PaO2/FIO2 a partir de la SaO2/FIO2. Destacamos la relevancia de la relación SaO2/FIO2 como un marcador no invasivo de hipoxia y su correlación con PaO2/FIO2 que permite detectar cambios precoces en el índice oximétrico y adecuar el tratamiento según este. Se planificara la continuidad de este estudio para correlacionar los puntos de corte del índice SaO2/FIO2 para equipar a PaO2/FIO2 en nuestra población.

0218 SÍNDROME DE DRESS CON COMPROMISO HEMODINÁMICO: REPORTE DE UN CASO

FM BALLESTERO, A DONA GUIBA, ML CAIVANO NEMET, EJ DESCOTTE, G UBALDINI, M BLASCO, MA VELTRI
Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Británico de Buenos Aires., Argentina.

Introducción: El síndrome de DRESS (Reacción a Drogas con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos) es una reacción severa idiosincrática a drogas, potencialmente fatal, que se manifiesta con rash cutáneo, edema facial, fiebre, eosinofilia y compromiso sistémico caracterizado por adenomegalias y compromiso hepático (principal

causa de muerte, en el 10-30% de los casos), nefritis intersticial, neumonitis o carditis. Aparece entre 1 a 8 semanas luego de la exposición a un fármaco que contenga en su estructura química un grupo aromático. Fisiopatológicamente, las drogas implicadas son metabolizadas por el citocromo p450 generando metabolitos arena óxidos capaces de unirse a las células desencadenando la apoptosis o una respuesta inmune secundaria tipo hipersensibilidad. Caso Clínico: Mujer, 61 años, antecedentes de reemplazo de válvula aórtica mecánica secundaria a estenosis aórtica severa, anticoagulada con dicumáricos, hipertensión arterial, dislipemia, accidente cerebro vascular GOS 5, por lo cual se encuentra antiagregada. Síndrome depresivo en tratamiento con lamotrigina 100 mg/ día desde hace un año, con aumento de la dosis un mes previo a la internación. Consulta a la guardia externa por presentar deterioro del sensorio y fiebre de 48 horas de evolución. Ingresa febril (40 C), confusa, bradipsíquica, hipotensa con requerimientos de noradrenalina. Al examen físico: rash eritematoso, pruriginoso, céfalo-caudal, edema facial, interpretándose como shock séptico a foco occulto, se realiza hemocultivo, urocultivo, tomografía axial computarizada (TAC) de cerebro, sin evidencias de lesiones agudas, se revierte anticoagulación, punción lumbar con líquido inocente. Se decide iniciar tratamiento antibiótico con ceftriaxona, ampicilina, vancomicina y aciclovir, cubriendo probable meningococcal meningitis. Presenta en el laboratorio: 24.000 glóbulos blancos, eosinófilos 6%, TGO 750, TGP 1000, LDH 6947. Evolucionó con progresión de rash hacia extremidades, respetando región palmar y plantar, aumento de prurito, sin respuesta a los antihistamínicos. Se solicita interconsulta con dermatología, se inicia tratamiento con corticoides. Se realiza biopsia de piel, anatomía patológica: compatible con farmacodermia. Se suspende tratamiento antibiótico. Cultivos negativos. A las 72 horas de internación, presenta mejoría de la sintomatología y de los parámetros de laboratorio. Conclusión: El síndrome de DRESS es una entidad poco frecuente grave y potencialmente mortal caracterizada por manifestaciones cutáneas acompañada de compromiso sistémico multiorgánico que comprometen al paciente. Es de importancia identificar rápidamente la causa ya que el tratamiento precoz con corticoides y la suspensión del fármaco causante ayudarán al pronóstico y la resolución de este fenómeno.

0219 VALOR PREDICTIVO POSITIVO DEL SCORE CPIS (CLÍNICA PULMONARY INFECTION SCORE) MODIFICADO PARA EL DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

AL NISNIK, MP LOZADA, GA BERNARDI, AL SANCHEZ, MM TACCHINI
Hospital Nuestra Señora de la Misericordia, Córdoba, Argentina.

Objetivo: Demostrar que el uso diario del score CPIS modificado (CPIS modificado = CPIS que excluye datos de cultivo) puede predecir la aparición de neumonía asociada a ventilación (NAV). Material y Método: Estudio prospectivo analítico, realizado en una unidad de terapia intensiva polivalente, desarrollado desde Septiembre de 2008 hasta Mayo de 2009. Fueron analizados 47 pacientes adultos en asistencia respiratoria mecánica (ARM), de los cuales se incluyeron 37; 14 mujeres (37,83%) y 23 hombres (62,16%). Resultado: En el periodo de estudio se realizó diagnóstico de NAVM con evidencia clínica-bacteriológica en 15/37 pacientes (40,54%), de ellos 6 (40%) fueron tempranas y 9 (60%) tardías, utilizando como corte ARM e" a 5 días. Al calcular diariamente el score CPIS modificado a partir del momento en que los pacientes requirieron de ARM, se observó que un valor de corte ≥ 4 puntos posee, VPP de 36%, VPN 25%, Sensibilidad 80%, Especificidad 4,5%; ≥ 5 puntos VPP de 54%, VPN 75%, Sensibilidad 73%, Especificidad 54%; ≥ 6 puntos VPP de 60%, VPN 72%, Sensibilidad 60%, Especificidad 72%, quedando en evidencia que a menor valor de CPIS modificado mayor sensibilidad y menor especificidad, invirtiéndose la relación con un valor de corte superior. Al diagnóstico de NAVM se analizó el score CPIS modificado con valor ≥ 6 puntos, el mismo presentó una Sensibilidad 53,3%, Especificidad 100%, VPP 100%, VPN 75%, lo cual coincide con la bibliografía publicada (Pugin et al.). Conclusión: Estos resultados sugieren que la realización diaria del score CPIS modificado no tiene utilidad como predictor de la aparición de NAVM en ninguno de los valores de corte propuestos.

0220 SÍNDROME DE OGILVIE Y DESTETE DIFICULTOSO

MIRÍOS, MS RAÑA, J POLISZUK, F PEREZ PRIETO, MA BLASCO, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de Ogilvie, es un cuadro de pseudoobstrucción colónica caracterizada por la dilatación aguda del ciego y colon derecho, en ausencia de lesión anatómica que obstruya el tránsito intestinal. De patogenia desconocida, se observa en pacientes críticos en el 95% de los casos asociado a: trauma, infecciones severas, insuficiencia cardíaca, patología toco-ginecológicas, cuadros neurológicos y disturbios electrolíticos severos. La primera manifestación es la distensión abdominal acompañada de diarrea. En la radiografía de abdomen se evidencia dilatación colónica desde el ciego al ángulo esplénico. Con riesgo de perforación y/o isquemia cuando el diámetro cecal es mayor a 12 cm. **Caso Clínico:** Paciente de sexo masculino, de 73 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad y síndrome de apneas del sueño. Ingresó al servicio de terapia intensiva con diagnóstico de Shock séptico a foco respiratorio, con requerimientos de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y posterior traqueostomía. Completa tratamiento antibiótico. Al iniciar el weaning, el cual resulta dificultoso, el paciente intercorre con diarrea persistente y distensión abdominal. Completa tratamiento antibiótico completo con metronidazol y vancomicina vía oral, cubriendo probable megacolon tóxico por Clostridium difficile en paciente con tratamiento antibiótico previo. Sin mejoría de la sintomatología, se decide descartar causa mecánica. Se solicita videocolonoscopia, en la cual se constata dilatación colónica sin causa evidente. **Anatomía Patológica:** tejido inflamatorio. Habiéndose descartado cualquier otra causa, metabólica, farmacológica, isquémica y mecánica. Se piensa en Síndrome de Ogilvie. Se realiza radiografía de abdomen que evidencia dilatación colónica de ciego y colon derecho. Se suspende dieta vía enteral, se inicia nutrición parenteral y se coloca sonda rectal para descompresión colónica, con mejoría del cuadro. Al reiniciarse dieta enteral recurre nuevamente. Se reestablece nuevamente el tratamiento, con descompresión endoscópica, con resolución parcial. Paciente persiste pese al tratamiento efectivo, con distensión abdominal, impidiendo el destete de la ventilación mecánica y finalmente fallece luego de 156 días de ARM. **Conclusión:** El síndrome de Ogilvie es una entidad pocas veces diagnosticada, que se relaciona frecuentemente con pacientes en estado crítico. La ARM prolongada raramente ha sido descrita como causa del mismo y en nuestro paciente su presencia dificultó el weaning produciendo un aumento de la presión intraabdominal, con ascenso diafragmático y modificación de las presiones intratorácicas. El diagnóstico y tratamiento precoz permiten mejorar el pronóstico.

0221 EOSINOPENIA COMO MARCADOR DE SEPSIS AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

S DIPENTE, A PEÑALOZA, MS GARCIA KEIM, P BRIZUELA, CE SALCEDO, A DAIN, JE LEIVA.

Hospital Militar Regional Cordoba, Argentina.

Objetivos: 1. General: Analizar el comportamiento de la eosinopenia en pacientes sépticos y no sépticos. 2. Particular Establecer la distribución de la eosinopenia en población de sépticos y no sépticos con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) en terapia intensiva: valor predictivo positivo y negativo, sensibilidad y especificidad **Material y Metodos:** Trabajo prospectivo realizado en terapia intensiva del Hospital Militar Regional Córdoba en el periodo de 01/10/08 al 01/05/09. Los pacientes fueron clasificados en: grupo con SIRS de causa no infecciosa y grupo con sepsis, utilizando las definiciones de sepsis propuestas por consenso del American College of Chest Physicians Society of Critical Care Medicine. Se tomó como eosinopenia un valor absoluto de corte inferior a 50/mm³. Se trabajó con un intervalo de confianza del 95%. (p<.05). Se realizó una tabla de contingencia según sistema Bayesiano, de doble entrada, considerando dos factores principales, pacientes con sepsis y pacientes con SRIS de causa no infecciosa, y el otro factor fue la presencia o ausencia de menos de 50 eosinófilos/mm³. **Resultados:** Del total (40), 28 pacientes, (62,5%), cumplían parámetros de sepsis, 12 pacientes (37,5%) fueron no sépticos. De la evaluación de estos

datos se obtuvieron los siguientes resultados: de los 28 pacientes sépticos, el 72% de ellos presentaban eosinófilos menos de 50/mm³ y en el grupo de pacientes considerados no sépticos (12), el factor evaluado se encontró en el 66,6%. La sensibilidad y la especificidad, de la eosinopenia relacionada a sepsis fue: 72% y 33% respectivamente. La prevalencia de exposición en pacientes sépticos fue del 72%, mientras que en el otro grupo fue de 66%, siendo su razón de prevalencias 1,08 (0,32-5,12) (p=0,72). La razón de probabilidades positivo fue de 1,07 y la negativa de 0,85. Cuando se consideraron datos estadísticos descriptivos, la población se evaluó con chi cuadrado, para comportamientos de medias, obteniéndose un resultado no significativo. Por el comportamiento de la población se utilizaron datos no paramétricos, como test de Wilcoxon, que tampoco fue significativo. **Conclusiones:** La eosinopenia no puede utilizarse en nuestro medio como marcador precoz de sepsis, la eosinopenia mostró una baja sensibilidad y especificidad cuando se lo utiliza en asociación a sepsis. Existe una relación positiva entre eosinopenia y sepsis, pero la razón de prevalencia de exposición y no exposición podría explicar en nuestra población que los resultados encontrados no justifican la utilización del dato "eosinopenia" como predictor precoz de sepsis. Se deberán analizar grupos poblacionales diferentes y evaluar el comportamiento de la eosinopenia en grupos de paciente sin infección, pudiendo el dato ser positivo como marcador precoz de inflamación sistémica no así para diferenciar infectados de los no infectados.

0222 PRESCRIPCIÓN ELECTRONICA DE FARMACOS EN UCI: MEJORA CONTINUA, MONITORIZACIÓN E IMPACTO EN LOS RESULTADOS

A FAJRELDINES, S COSENZA, P PRATESI, M PELLIZZARI
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: Una de las intervenciones más efectivas para prevenir el error de medicación (EM) es el uso de OMEC (Órdenes Médicas Entradas por Computación). El Hospital Universitario Austral (HUA) desarrolló OMEC en el año 2000. **Objetivos:** Medir el porcentaje de error en la prescripción electrónica de terapia intensiva antes y después de las medidas correctivas implementadas en todas las fases. Describir el contenido de las medidas correctivas empleadas en la mejora. **Material y Metodo:** Estudio de cohorte retrospectivo pre y post intervención sobre la prescripción y validación electrónica de fármacos en una terapia intensiva adultos. Se realizaron 4 mediciones Etapa diagnóstica, año 2005, 3 meses Primera Fase, año 2006, 5 meses Segunda Fase, año 2007, 5 meses Tercera Fase, año 2008, 5 meses Resultados: Los resultados arrojaron los siguientes porcentajes de error en la prescripción y en la validación electrónica: Medición diagnóstica: 11.31 y 9.12% respectivamente Primera medición: 2,25 y 1,1% respectivamente Segunda medición: 1.02 y 0.95% respectivamente Tercera medición: 0.97 y 0.81% respectivamente. Sobre la medición diagnóstica se aplicó un análisis estadístico, de modo de visualizar los factores asociados al error, los resultados fueron significativos en relación a status del medico residente y presencia de farmacéutico entrenado. No mostrando significancia estadística respecto de prescripciones nocturnas o de fin de semana. A su vez existe una diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de error entre el periodo diagnóstico y las fases de medición luego de realizarse la implementación de las medidas. **Conclusión:** La capacitación de los usuarios y las medidas implementadas en el sistema informático han mostrado ser efectivas en la disminución del error de prescripción y validación electrónica. Debemos continuar realizando esfuerzos dirigidos a reducir el riesgo de error, mejorando así nuestra calidad y cuidado de los pacientes.

0223 CIRUGÍA CORRECTORA TEMPRANA EN UN PACIENTE CON ATRESIA PULMONAR Y COMUNICACIÓN INTER-VENTRICULAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

M CUENCIO, D KLINGER, B CHIOSTRI, A SIABA SERRATE, S TORRES, C KREUTZER, T IOLSTER, E SCHNITZLER
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: La atresia pulmonar con comunicación inter-ventricular es una cardiopatía congénita cianótica severa de difícil abordaje debido a su gran variabilidad en la perfusión de los seg-

mentos pulmonares. Representa el 1.4% de todas las cardiopatías. **Objetivo:** Describir un caso de cirugía correctora temprana en un paciente con Atresia Pulmonar, Comunicación interventricular y Ductus Arterioso Persistente. **Materiales y Métodos:** Observacional de un paciente. Unidad de Cuidados intensivos pediátricos del Hospital Universitario Austral. **Caso Clínico:** Paciente recién nacida de término, peso adecuado para la edad gestacional, 40 semanas, 2.9 kg de peso. Ingres a nuestra institución con 12 hs. de vida derivada por cianosis + dificultad respiratoria + soplo mesocárdico. Ecocardiograma informa: Atresia pulmonar. CIV perimembranosa grande subaórtica con leve desalineamiento del SIV. Ramas pulmonares confluentes. Ductus permeable. Se coloca Prostaglandinas (PgE1). A las 48 hs. del ingreso presenta episodio de desaturación (65%) y se decide intubación electiva. La Ecocardiografía confirma disminución del tamaño del ductus. Se realiza cirugía correctora. Tronco de Art. Pulmonar 6 mm de diam. Ductus 4 mm. Cierre de Ductus. Ventriculotomía. Cierre de CIV. Resección infundibular. Parche transanular con hemivalva. Presión en VD: 65% sistémica. Esternón abierto y contenido. Al 3 día post quirúrgico, el paciente permanece estable, y se decide cierre de tórax, con buena tolerancia al procedimiento. El informe de Ecocardiografía revela: Disfunción VD + insuf. mitral + insuf. tricusp. Hipertensión pulmonar moderada. Se coloca OXIDO NITRICO(O.N) con buena respuesta inicial a 20ppm (sat pre O.N: 80%, post ON: 99%). Se coloca levosimendan para optimizar función del VD y Nitroglicerina (NTG) 2-3 gammas/kg/min. En el 8 día posquirúrgico, y 4 día postquirúrgico de cierre de Tórax, se realizó descenso progresivo de O.N, suspendiéndose. Entre el día 8 y 10 posquirúrgico, se disminuyen dosis de catecolaminas y NTG hasta suspender. No obstante continúa con milrinona, digoxina, y furosemida. El 10 día postquirúrgico (6 de cierre de Tórax), se logra extubación a CPAP. A las 48 hs de extubado, se colocó canula nasal con soporte de O2, buena evolución posterior. **Conclusiones:** La cirugía correctora temprana en pacientes con diagnóstico de Atresia Pulmonar con Comunicación interventricular y Ductus Arterioso Persistente puede ser una buena opción de tratamiento, estableciendo así una circulación normal, mejorando la oxigenación temprana de los tejidos, disminuyendo el flujo y la presión de la circulación colateral si existiese, evitándose la morbimortalidad de las cirugías paliativas. De esta manera, se logra disminuir precozmente la presión en Ventrículo Derecho, mejorando así su compliance, y la función del ventrículo izquierdo, disminuyendo la incidencia de arritmias.

0224 DISECCIÓN CERVICAL Y SEPSIS: REPORTE DE UN CASO
EJ DESCOTTE, A CARRIZO, A DONA GUIBA, C NOZIERES, E SILVA, MH PEREZ, J UBALDINI
 Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La disección espontánea de las arterias cervicales se describe como la mayor causa de stroke en pacientes adultos jóvenes. Al día de la fecha la fisiopatogenia de dichos eventos no están comprendidos en forma completa aunque sí se asocia a factores ambientales desencadenantes tales anomalías estructurales congénitas de las mismas, procesos infecciosos y trauma entre otros. **Caso Clínico:** Mujer de 42 años, con historia de retinitis pigmentaria y antecedentes heredo-familiares de muerte súbita. 30 días previos a su internación sufre extracción dentaria. Ingres a otro centro por Neumonía adquirida de la comunidad, cumple tratamiento antibiótico con levofloxacina. Tras su egreso hospitalario presentó disnea progresiva hasta clase funcional IV, anasarca, fiebre persistente e insuficiencia respiratoria. Fue admitida nuevamente en Cuidados Intensivos. Ingresa lúcida, ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio, edemas 3/6 en miembros inferiores, hipoventilación bibasal, rales crepitantes en base izquierda. Tomografía computada (Tc) y Ecopleura con diagnóstico de Neumonía bilateral asociada a cuidados de la salud. Punción pleural: parámetros de trasudado. Electrocardiograma: Ritmo sinusal 90/min, trastornos de la repolarización ventricular en 12 derivaciones y QTc: 0,54 seg. Doppler Cardíaco: Moderada dilatación de Aurícula izquierda. Hipocinesia global a predominio apical, medio septal anterior y medio anterior. Derrame pericárdico leve posterior. FSVI deterioro moderado FEY 35% IM moderado, IT Leve PSAP 49 mm Hg, disfunción

diastólica moderada, PFDVI aumentada. Evolucion a episodio de arritmia ventricular polimorfa que requiere reanimación cardiopulmonar (RCP), Reversión Mecánica de la Arritmia. Posteriormente presenta déficit motor del hemicuerpo derecho, desviación de la mirada hacia la izquierda y afasia mixta. Angiografía Digital de Urgencia: disección con oclusión de carótida interna izquierda y disección de vertebral homolateral, colocación de stents en la Arteria Vertebral izquierda, trombo en segmento A1 de Arteria Cerebral Anterior Izquierda, se administra rTPA intra-arterial 25 mg con resolución parcial de la trombosis. Tc control con sangrado post procedimiento en territorio silviano izquierdo. Debido a la persistencia de arritmia ventricular aun con Qtc normal, se coloca cardio-desfibrilador implantable. **Conclusión:** En cuadros sépticos la activación excesiva de citoquinas y proteasas, podría llegar a inducir la degradación de la matriz extracelular debilitando así la pared vascular. Por este mecanismo el síndrome inflamatorio sistémico puede favorecer la formación de disecciones vasculares múltiples en vasos del cuello. A este mecanismo pueden asociarse otros como por ejemplo trauma en la región cervical que podría ser la causa desencadenante de este fenómeno.

0225 VALOR PREDICTIVO DEL LACTATO EN EL DIAGNOSTICO DE MENINGITIS POSTQUIRURGICA
C CAZÚ, E MÁRQUEZ, A MANZUR, P LUEJE, D CROSARA
 Hospital Público Descentralizado Dr. G. Rawson, San Juan, Argentina.

Objetivo: Determinar la incidencia de infección en procedimientos neuroquirúrgicos en pacientes (ps) que requieren ingreso al Servicio de Terapia Intensiva de Adultos (STIA) de nuestro hospital y evaluar la utilidad en nuestro medio de la determinación de niveles de lactato (Lac) en líquido cefalorraquídeo (LCR) como método diagnóstico precoz de infección de SNC de origen nosocomial. **Métodos:** Estudio prospectivo descriptivo desarrollado en un STIA de 8 camas con aproximadamente 400 egresos anuales, desde mayo 2008 a mayo 2009. Se realizó punción lumbar (PL), dentro de las primeras 24 hs del postoperatorio (POP), a todos los ps con intervención neuroquirúrgica que ingresaron al STIA. Se recogieron datos clínicos y de laboratorio en una ficha diseñada ad hoc. Se definió meningitis postquirúrgica (MP) como Lac mayor de 4nmol/l e hipoglucoorraquia menor al 50% de la glucemia, con o sin aislamiento de microorganismos o solo aislamiento de microorganismos en el cultivo de LCR. La variable independiente fue el diagnóstico de MP. Los datos se analizaron en SPSS 13. Resultados: Ingresaron al STIA 29 ps en POP de neurocirugía (craniectomía descompresiva, evacuación de hematomas extraaxiales, etc). La medición de Lac en el POP inmediato mostró una media de 3,46 (IC95%: 2,83 - 4,08). En 6 casos (20,7%) el Lac en LCR fue >4nmol/l y en 12 (41,4%) se detectó hipoglucoorraquia. Cuatro pacientes presentaban ambos parámetros. El Lac inicialmente elevado no se asoció al desarrollo de microorganismos en LCR (p=0,52). Se detectaron 10 casos de MP, 4 con aislamiento de microorganismo; los 6 restantes recibieron tratamiento con mejoría de los parámetros bioquímicos del LCR. La incidencia de MP fue de 34,5% (IC95%: 15,5 - 53,5). La media de días al diagnóstico de la meningitis fue de 6,7 y 11,2 días en los pacientes con Lac en LCR inicialmente alto y normal respectivamente (p=0,02). El riesgo de desarrollar MP con Lac inicialmente aumentado fue de 18 (IC95%: 1,6 - 191) veces mayor comparado con Lac inicial normal. **Conclusiones:** La MP es una patología de alta incidencia en nuestro STIA. El Lac en LCR, resulta útil para el diagnóstico precoz y valores inicialmente elevados parecen implicar mayor riesgo de desarrollar meningitis. Si bien en este estudio el intervalo de confianza resta potencia estadística al riesgo hallado, esto se debe al escaso número de eventos. A pesar de estas limitaciones se pueden sacar 2 conclusiones: por un lado que la realización de la PL dentro de las primeras 24 hs permite realizar un diagnóstico mas seguro al valorar las determinaciones de Lac en el seguimiento de los pacientes y si arrojan valores iniciales elevados, alertaría sobre la mayor posibilidad de desarrollar MP. Por otro lado uno puede inferir que por la elevada incidencia hallada de MP en los pacientes sometidos en nuestro medio a procedimientos neuroquirúrgicos obliga a tenerla en cuenta como uno de los principales focos de infección.

0226 RELACION ENTRE EL VALOR DE LA ALBUMINA, EL APACHE II Y EL PESO COMO FACTOR PRONOSTICO DE MORTALIDAD EN LOS PACIENTES AL INGRESO Y AL ALTA EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

N MARTIN, P LUEJE, D CROSARA, A MANZUR, C CAZÚ, E MÁRQUEZ

Hospital Público Descentralizado Dr. G. Rawson, San Juan, Argentina.

Objetivo: Estudiar la relación entre el valor cuantitativo de la albúmina, el APACHE II y el peso al ingreso y al alta como valor pronóstico (Px) de nuestros pacientes (p) críticos. Material y Método: Estudio retrospectivo desde Noviembre 2008 a Abril 2009, en un Servicio de Terapia Intensiva Adultos (STIA) polivalente con 8 camas y un promedio de 400 egresos anuales. Los datos registrados fueron: motivo de ingreso, edad, sexo, peso, albuminemia (Alb), APACHE II, mortalidad (M) y alta del STIA. La Alb se determinó por autoanálizador Cobas 6000 Roche del Laboratorio de Urgencia. El peso se determinó por impresión clínica. Se dividieron los p en dos grupos, en el Grupo 1 (G1) se analizó el valor promedio de albuminemia (VPA), el valor promedio de APACHE II (VPAII), el valor promedio del peso (VPP) en los p fallecidos y al momento del alta del STIA. En el Grupo 2 (G2) se analizó el VPA y el VPP en los p fallecidos y al momento del alta del STIA. Los datos se analizaron en Excel. Resultados: Se evaluaron un total de 64p de los cuales el 41% fue por Politraumatismo, 14% Patología Quirúrgica General, 14% Patología Neurológica, 11% Misceláneas (insuficiencia renal aguda, linfoma intestinal, etc.), 8% Sepsis, 8% Patología Obstétrica Crítica y 5% Patología Respiratoria. Edad media de 40.39 años, 32.81% sexo femenino (sf) y 67.19% sexo masculino (sm). En G1 se enrolaron 19p, 12sm y 7sf, siendo la M del 21% (4ps) con un VPA de 2.55 gr/dl (DS0.69), VPAII 18.25 (DS3.84), VPP 83.75 Kg (DS8.37), y el alta del STIA del 79% (15p) con un VPA 2.66 gr/dl, VPAII 13.20 (DS4.59), VPP 77 Kg (DS12.51). En el G2 se enrolaron 45p, 30sm y 15sf, siendo la M del 26.66% (12p), con un VPA 2.13 (DS 0.73), VPP 77.92 Kg, (DS15.88), y el alta del STIA del 73.34% (33p), con un VPA 2.65 gr/dl (DS0.77), VPP 74.48 Kg (DS13.58). En el G1 la M se asocia a un VPAII más elevado que el observado al momento del alta del STIA, no hay diferencias en cuanto al VPA y si se observa diferencia en cuanto al VPP, que fue más alto en los que fallecieron. En el G2 la M se asocia a un VPA menor que al alta del STIA, observando al igual que en el G1 que el VPP fue mayor que al alta del STIA. Conclusiones: En el G1 observamos que el VPAII se asocia con mayor M como ocurre habitualmente en la práctica médica con el Score APACHE II. El VPA no puede asociarse a mayor M comparándolo con el VPA observado al momento del alta del STIA. En cuanto al VPP creemos no puede tomarse como valor Px debido a que su determinación es poco fidedigna, no obstante podemos inferir que el VPP no asegura un mejor estado nutricional representado por un VPA más bajo que el observado al momento del alta, con un VPP menor y una diferencia no significativa en el VPA. En el G2 el VPA fue significativamente menor que al momento del alta por lo que en esta población analizada el VPA refleja un mayor riesgo de M. En cuanto al limitado VPP, al igual que en el G1, coincide con un VPA menor que al momento del alta, por lo tanto, se puede inferir que no indica un mejor estado nutricional e indirectamente se asocia con mayor M.

0228 MENINGITIS POR ACINETOBACTER MULTIRESISTENTE EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS

E MÁRQUEZ, C CAZÚ, A MANZUR, P LUEJE, D CROSARA

Hospital Público Descentralizado Dr. G. Rawson, San Juan, Argentina.

Objetivo: Describir la incidencia de meningitis por *Acinetobacter* sp. multiresistente en el Servicio de Terapia Intensiva de Adultos (STIA) y la respuesta al tratamiento antibiótico con colistin endovenoso e intratecal. Material y método: Estudio prospectivo observacional desde mayo 2008 a mayo 2009, en un STIA polivalente con 8 camas, un promedio de 400 egresos anuales y 41% de los motivos de ingreso es politraumatismo. Los datos fueron obtenidos de todos los pacientes ingresados por patología postneuroquirúrgica, trauma de cráneo o maxilofacial, a quienes se les realizó por proto-

colo del STIA punción lumbar al ingreso y en el contexto de sospecha de infección durante su internación. Se realizaron 30 punciones lumbares, diagnosticándose 11 casos de meningitis nosocomial, definida como aumento del Ácido láctico >4 nmol/l e hipoglucorraquia menor al 50% de la glucemia, con o sin aislamiento de germen. Del total de las meningitis diagnosticadas en sólo 5 se aisló germen, todos ellos *Acinetobacter* sp. multiresistente. Los casos se detectaron coincidiendo con una situación epidemiológica de brote. Resultados: La meningitis por *Acinetobacter* sp. multiresistente, representó el 45,45% del total. Todos los pacientes fueron de sexo masculino, la edad promedio fue de 30 años (rango 20 a 44). Cuatro de los pacientes tenían antecedentes de neurocirugía y uno Trauma de Cráneo grave con fractura de senos paranasales y fistula de LCR. Este último caso presentó bacteriemia secundaria. Todos recibieron tratamiento antibiótico dirigido con colistin endovenoso 300 mg/día e intratecal 10 mg/día. Cuatro pacientes completaron 21 días de tratamiento, presentando respuesta favorable. Tres fueron dados de alta hospitalaria, uno falleció a los 90 días y el otro paciente falleció durante el tratamiento. Los cultivos de LCR se negativizaron en un promedio de 48hs luego de iniciado el tratamiento. El retraso en el inicio del tratamiento adecuado fue de 72hs en los pacientes que sobrevivieron y de 96 hs en los que fallecieron. Conclusiones: Las infecciones del sistema nervioso central por *Acinetobacter* sp. multiresistente, representa una patología de baja incidencia, aún en períodos de brote epidemiológico. Implica una alta estancia hospitalaria y mayor morbilidad. En nuestro Servicio observamos una elevada incidencia de meningitis por *Acinetobacter* sp. multiresistente, representando una infección de difícil tratamiento debido a las escasas opciones terapéuticas. En nuestra serie de casos los resultados del tratamiento fueron satisfactorios, tanto por la evolución clínica como por la ausencia de reacciones adversas al antibiótico. Si bien se valora escaso número de casos para extraer conclusiones, el retraso en el inicio del antibiótico adecuado puede influir en la evolución de estos pacientes. No se puede establecer el grado de secuela neurológica ocasionada por la infección *per se*, debido a que los pacientes presentaban lesiones neurológicas severas producto de su patología de base.

0229 RELACION ALBUMINA SERICA Y MORTALIDAD EN PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS

JÁ BRITO, JM LOPEZ DOUGLAS, AE VARGAS, CM LUCERO, A RIVERO

Clinica Privada Caraffa, Argentina.

Objetivo: El objetivo principal de este estudio fue determinar los niveles de albúmina serica y relacionarlos a la edad y mortalidad en nuestra población. Se ha tomado el nivel de albúmina serica como marcador indirecto del estado proteico visceral y del funcionamiento orgánico. Planteando como hipótesis que su disminución se relaciona a un mayor riesgo de mortalidad por la disfunción orgánica; teniendo como hipótesis alterna que la evolución de los pacientes fuera independiente de los niveles de albúmina serica y estuviera relacionada con su patología de base. Material y método: Este estudio se realizó de manera prospectiva tomando como muestra 52 pacientes ancianos (mayores a 60 años) de ambos sexos (29 hombres y 23 mujeres) con hipoalbuminemia e internados en la Clínica Privada Caraffa de la ciudad de Córdoba Argentina. Se tomaron muestras de sangre venosa en ayunas, considerando como valores normales de albúmina serica de 3,5 a 5,5 gramos/decilitros (gr/dl). Se excluyeron a los pacientes a quienes antes del estudio se les había administrado albúmina o nutrientes por vía parenteral, o a quienes se les hubiesen realizado transfusiones sanguíneas o de plasma. Análisis estadístico: Se analizó mediante chi square con tabla de R x C, la mortalidad de los pacientes con albúmina serica de 2 a 2,4 gr/dl, de 2,5 a 3 gr/dl y 3,1 a 3,4 gr/dl, dando como resultado una P de 0,7 (no significativa). Al comparar los pacientes con albúmina serica menores a 3 gr/dl y pacientes con albúmina serica entre 3,1 y 3,4 gr/dl la P es de 0,09 por lo tanto también no significativa. Resultados: De 52 pacientes estudiados con hipoalbuminemia, 29 (56%) fueron del sexo masculino y 23 (44%) fueron del sexo femenino. Del total de estos pacientes, 27 (52%) fallecieron. Con niveles de albúmina de 2-2,4gr/dl fallecieron 6 (66%); entre 2,5-3gr/dl fallecieron 14 (56%) y entre 3,1 a 3,4 gr/dl, 7 (39%). En el primer grupo la mortalidad fue mayor en el sexo femenino (75%); en el segundo grupo, la mortalidad predominó en el sexo masculino

(57%) y en el tercero también predominaron los hombres (40%). Conclusiones: Luego de analizar los resultados obtenidos, podemos determinar que en nuestra muestra la hipoalbuminemia no es significativa como predictor independiente de mortalidad; no correlaciona correlándose los niveles de hipoalbuminemia con la evolución clínica.

0232 PALUDISMO IMPORTADO EN TERAPIA INTENSIVA.

M. ROCHA ANZALDO, E LEISTAD, M KIRCHSBAUM, M ESTEBAN
Hospital Posadas, Argentina.

Objetivo: Presentar un caso infrecuente, paludismo por Plasmodium Falciparum Terapia Intensiva. Material y Método: Reporte de caso. Resultado: Paciente de 25 años de edad sin antecedentes clínicos de relevancia, refiere haber viajado recientemente a Mozambique (África) en abril de 2009, recibiendo previamente la vacuna contra la fiebre amarilla sin cumplir profilaxis para paludismo; que consulta a la guardia de emergencias el 2 de abril por cuadro de 48 horas de evolución de fiebre, dolor abdominal, vómitos, malestar general, y mareos; se constata a su ingreso hipotensión arterial, fiebre, y por laboratorio: falla renal, plaquetopenia, hiperbilirrubinemia predominio indirecta, por lo que se interna en UTI. Requiere soporte vasopresor por 24 horas. Se realizaron al ingreso hemocultivos y se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona y clindamicina. Se envió muestra de gota gruesa y frotis de sangre periférica al Instituto Malbran, recibiendo como resultado parasitemia mayor al 5%, por lo que se inicia tratamiento con cloquina en un principio, rotándose luego a mefloquina, por la alta prevalencia de resistencia a cloroquina del Plasmodium Falciparum en África. Posteriormente evolucionó con mejoría de los parámetros de laboratorio, afebril, con buena respuesta al tratamiento antipalúdico, recibiendo nueva muestra con parasitemia negativa. Se le otorga el alta el 13 de abril de 2009. Conclusiones: Las infecciones palúdicas en la República Argentina son producidas por el Plasmodium Vivax, especie de mayor distribución geográfica en el mundo, responsable de una enfermedad no letal, a diferencia de la producida por el Plasmodium Falciparum. Se debe resaltar la importancia de los antecedentes epidemiológicos que llevaron a la sospecha de la enfermedad y al rápido inicio del tratamiento.

0233 PIMAX OBTENIDA CON LA OCLUSIÓN DE LA VÍA AÉREA MEDIANTE LA MANIOBRA DE MARINI EXTENDIDA A 40 SEGUNDOS

M. ESCOBAR, GE GIULIANO, ME URDAPILLETA, J LEBUS, G GADEA, GG MOREL VULLIEZ, EL DE VITO
Centro del Parque, Argentina.

Introducción: La maniobra de Marini (Chest 1992) ha permitido estandarizar la cuantificación de la Pimax en pacientes no colaboradores mediante la oclusión de la vía aérea durante 20 segundos. Hasta nuestro conocimiento no se dispone de información respecto de valores de Pimax durante oclusiones mayores de 20 segundos. El objetivo fue cuantificar la Pimax durante oclusión de la vía aérea extendida a 40 segundos. Material y Método: Se estudiaron 12 pacientes con traqueostomía, 5 con ARM a largo plazo (9/12 no colaboradores). Edad 57 (22-85), 7 varones. Se determinaron flujo y presión en la tráquea respiración por respiración (FluxMed GR, MBMED SA), Fr, SatO2, Fc, TA. Las señales de flujo y presión fueron grabadas y posteriormente analizadas (AcqKnowledge, Biopac). Resultados: Pimax 20 seg: 31.75 ± 14.84, Pimax 40 seg: 51.17 ± 20.91 (p<0.0001). Pimax 20 seg en lo que tenían < 25 cmH2O (n 3): 11.7 ± 1.5, Pimax 40 seg: 24.0 ± 8.5 (p< 0.124, 2/3 pacientes alcanzaron Pimax 40 > 25 cmH2O). Discusión: 1) La extensión de la oclusión a 40 segundos aumentó significativamente los valores de Pimax, 2) No hubo efectos colaterales indeseables, 3) Esta extensión debería ser considerada en pacientes con Pimax-20 seg < 25 cmH2O que podrían ser identificados como candidatos a intentar maniobras de desvinculación de ARM, 4) En pacientes con Pimax-20 seg >25 cmH2O se podrían obtener valores más reales de Pimax.

0235 EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ANA RODRIGUEZ CALVO¹, MF JEREZ¹, P BOTTA¹, SL MARCOS¹, M D'URSO²

¹Hospital del Niño Jesús - Tucumán, Argentina. ²Catedra Bioestadística - UNT, Argentina.

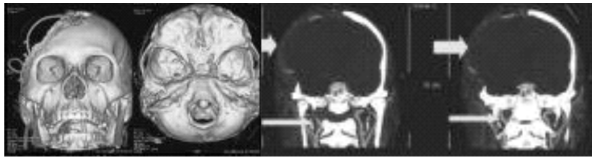
Objetivos: -Determinar las características epidemiológicas de los pacientes traumatizados que requieren cuidados intensivos. -Conocer la mortalidad de trauma pediátrico. Material y Métodos: El estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en el servicio de Cuidados Críticos del Hospital del Niño Jesús de Tucumán desde el 1 de Septiembre de 2007 al 15 de Mayo de 2009. En el mismo se analizaron las historias clínicas de los pacientes entre 0 y 16 años que ingresaron al servicio de cuidados críticos con diagnóstico de trauma. Las variables utilizadas fueron, edad, sexo, lugar, tipo y mecanismo de trauma, asistencia prehospitalaria, Glasgow, ITP, PIM, compromiso orgánico, días de estadía, alimentación, complicaciones y muerte. Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Las asociaciones se realizaron mediante el test chi cuadrado, con nivel de significancia del 5% y se procesaron mediante el sistema estadístico ARCUS Quickstat Biomedical. Resultados: Se incluyeron en el estudio 62 pacientes con diagnóstico de trauma. El promedio de edad fue de 7,2 años. El 68% fue de sexo masculino. El lugar de trauma más frecuente fue el hogar. En su mayoría no recibieron asistencia prehospitalaria. El mecanismo de mayor prevalencia fue la caída de altura en un 29%. El 65% fue de tipo romo. El 73% presentó trauma craneoencefálico (TEC). La lesión torácica más observada fue la contusión pulmonar. El trauma abdominal cerrado fue el más frecuente. El 84% recibió alimentación enteral. La mayoría se alimentó dentro de las primeras 24 hs. El 52% presentó complicaciones, siendo la principal la neumonía asociada a ventilación, seguida por sepsis y neumonía aspirativa. El promedio de días de estadía fue de 11, 3. La mortalidad fue del 10% de los cuales el 33% fueron donantes. El 16% presentó discapacidad al alta. La asociación de mortalidad con las variables edad, mecanismo de trauma, tipo de trauma, Score de Glasgow, tipo de TEC, Score de PIM, días de estadía y atención prehospitalaria, no fue significativa. No encontramos evidencia suficiente para asegurar que la mortalidad por trauma se encuentra en relación con el ITP (p=0,82). Se observó que el 50% de los pacientes que tuvieron 4 o más órganos comprometidos fallecieron. Existe evidencia para asegurar que la mortalidad está significativamente asociada al número de órganos comprometidos (p=0,017). La asociación entre presencia de complicaciones y días de estadía fue significativa (p=0,0006). Conclusión: Dada la importancia de esta patología y al no contar con datos previos, este trabajo nos permitió conocer diferentes aspectos epidemiológicos de la población con diagnóstico de trauma que llega a nuestro servicio. Consideramos necesario el desarrollo de un registro unificado que permita adecuar recursos, y optimizar los protocolos terapéuticos.

0236 TC MULTICORTE: UNA NUEVA HERRAMIENTA EN EL DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFALICA

HJM ALVAREZ¹, AE PIACENZA¹, JA CIALZETA¹, JA OJEDA¹, JL RIERA STIVAL¹, A ZARZA², D ESCUDERO³, J OTERO³
¹Cucaicor (Centro Unico de Ablación E Implante de La Provincia de Corrientes), Argentina. ²Instituto de Cardiología de Corrientes, Argentina. ³Hospital Universitario Central de Asturias, España.

Objetivo: Comunicar el primer caso en Argentina de diagnóstico de muerte encefálica (ME) a través de la valoración de la perfusión cerebral y la angiografía cerebral mediante Tomografía computarizada (TC) multicorte. Método: Se analizó un paciente con patología neurológica grave que ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos y evolucionó a ME por criterios clínicos. Debido a que previamente se le suministró barbitúricos y se realizó craniectomía descompresiva como tratamiento del Síndrome de Hipertensión Endocraneana, la confirmación del diagnóstico de ME por métodos instrumentales convencionales (EEG y DTC) no era posible. Basados en la experiencia internacional, se realizó un estudio de perfusión cerebral, seguido de angiografía de troncos supraaórticos y arterias cerebrales, con adquisición de imágenes mediante cortes de 0,5 mm. desde el nacimiento de la raíz aórtica hasta el vertex, mediante TC multicorte de 64 detectores (General Electric LightSpeed VCT Select). Resultados: En ningún corte se detectó flujo sanguíneo cerebral. La

angioTC, a través de arterias carótidas internas y arterias vertebrales, mostró ausencia completa de circulación intracraneal, visualizándose circulación solamente en ramas de las arterias carótidas externas. Conclusiones: Estos hallazgos demuestran que el estudio de perfusión cerebral y la angiografía cerebral mediante TC multicorte, es una técnica rápida, mínimamente invasiva, de creciente disponibilidad, que demuestra la ausencia de flujo sanguíneo cerebral a través de los cuatro troncos vasculares, permitiendo realizar el diagnóstico de ME con gran seguridad. Su uso tiene especial interés en pacientes con dificultad diagnóstica por los métodos instrumentales convencionales.



0237 34,5 DONANTES POR MILLÓN: ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL INCREMENTO DE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES

AE PIACENZA, JA CIALZETA, JA OJEDA, HJ ALVAREZ, JL RIERA STIVAL, G GUTIERREZ

CUCAICOR (Centro Único Coordinador de Ablación e Implantes de Corrientes), Argentina.

Objetivo: Analizar los factores que se asociaron al incremento del número de donantes por millón de habitantes (DPMH) en los últimos 7 años en la Provincia de Corrientes. Material y Metodo: Se consideraron 3 periodos de tiempo: Período 1: 2002-2003 (Previo al Programa Federal de Procuración (PPF), Período 2: 2004-2005 (Vigencia del PPF), Período 3: 2006-2007-2008 (aplicación de la Ley 26.066). Se evaluó en cada período el impacto de la aplicación en la Provincia de: Programas Nacionales: Coordinador Hospitalario de Trasplantes, Subprograma Glasgow 7(G7), EDHEP, Programa Donación y Familia, Estrategias Locales: Procurar en toda la Provincia, Rol Central de las UTI, mejor infraestructura de mantenimiento cada-vérico, instalar el tema en la sociedad, revertir la Negativa a la Donación, desarrollo de Programas de Trasplante, Ley 26.066 (Donante Presunto) sobre: la detección (G7), evolución a muerte encefálica (ME), negativa a la donación (ND) y DPMH. Análisis Estadístico: test de t (ANOVA-Kruskal Wallis) Significativo: $p < 0.05$. RESULTADOS:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
G7			107	118	124	156	101
ME	11	16	36	21	42	48	59
ND %	67	60	50	45	41	38	25
DPMH	3,2	6,2	17,5	11,2	24,2	25,9	34,5

Total de donantes: 122. Promedio DPMH/año P1: $4,7 \pm 2$ vs P2: $14,3 \pm 3$ ($p < 0.01$). P2: $14,3 \pm 3$ vs P3: $28,3$ ($p < 0.01$). En el año 2008 Corrientes alcanzó la más alta Tasa de DPMH de la Argentina ($34,5$ DPMH), similar a las observadas en España, país líder en donantes en el mundo. Conclusiones: Hubo un progresivo incremento en el número de DPMH en los 3 periodos considerados. El incremento observado en el período 2 respecto al 1 fue atribuido a la implementación del PPF, los subprogramas y las estrategias locales. El incremento observado en el período 3 fue el más significativo y se lo atribuyó al impacto de la aplicación de la ley de Donante Presunto.

0238 A PROPÓSITO DE UN CASO: INSUFICIENCIA HEPÁTICA EN EL EMBARAZO

M CARCAMO DIAZ, L AMICHETTI, M TOMAS, M COCCONI, A BALLANGIONE, H NICOLA, JA ODDINO, P CAMPI
Sanatorio de la Mujer, Argentina.

Paciente mujer, 31 años, Gesta 2 Parto 0, Aborto 1. Ingresa el 26/03/09 a nuestro servicio para cursar postoperatorio inmediato de cesárea. La paciente cursaba edad gestacional de 36 semanas 5.

Es traída a la consulta por sus familiares por presentar contracciones y vómitos biliosos de 24hs de evolución. Al ingreso se constata ictericia generalizada, monitoreo fetal con disminución de la variabilidad y desaceleraciones variables graves. Tacto vaginal con 2cm de dilatación, 60% borrado. Se realiza ruptura artificial de membrana constatándose líquido meconial. Se decide cesárea por bienestar fetal alterado. 28/03/09: Paciente con distensión abdominal, sin sangrado exterior evidente. Ecografía abdominal con aumento de ecogenidad hepática. Se realiza aspiración manual intracavidad uterina. Se constata caída abrupta del hematocrito. Lab: glice:49, TP: 29, Tasa 33%, KPTT:49, fibri:80, Hto:15, Pla:85000. TAC de abdomen con contraste: evidencia hematoma de pared abdominal y líquido en cavidad. Se transfunden 4 Unidades de GR, 6 Unidades de crioprecipitados, 7 Unidades de plaquetas, 3 U Plasma fresco congelado, Factor VIIa 6 mg. Ingresa a quirófano para evacuación de hematomas. Se deja abdomen abierto y contenido. 30/03/09: Se realiza cierre abdominal luego de exploración quirúrgica. 31/03/09: Se extuba. Se indica tratamiento piperacilina-tazobactam por foco respiratorio basal derecho. 01/04/09: Excitación psicomotriz. TAC de cráneo sin contraste sin particularidades. Lab: TP:20, Pla:34.000, fibrinógeno:140, BilT: 13.7, D:9.4, TGO:74, TGP: 48. 03/04/09: Persiste con deterioro del sensorio. Glasgow: 12/15. Se solicita evaluación a servicio de trasplante hepático, Diagnóstico presuntivo: Insuficiencia hepática subaguda asociada a hígado graso del embarazo.

0240 REPORTE DE UN CASO DE DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE POR TOXICIDAD POR FOSFURO DE ALUMINIO TRAS SU INGESTA ORAL

V AMAYA, M RISSO, J POUYANNE, A ADUR, M D' ANDREA, M TEJERINA, O VIDAURRE, N LOSCOCCO, S VIERA, C QUISPE, G CUETO, M TORRES BODEN, A ARATA
HGA Dr Cosme Argerich, Argentina.

Objetivo: presentar un caso de disfunción orgánica múltiple por intoxicación con fosfuro de aluminio tras su ingesta oral en forma intencional. El Fosfuro de Aluminio (AIP) es un rodenticida barato y accesible y es muy utilizado por nuestros agricultores, éste al entrar en contacto con la humedad libera un gas (fosfina) que es altamente tóxico. Se presenta en tabletas de 0,6 a 3 gramos. Su principal vía de entrada al organismo es la oral, siendo su máxima absorción por vía respiratoria. La DL50 para un adulto es de 20 mg/kg. La ingestión de pastillas de AIP resulta en detección de fosfina hidrolizada en el hígado y formación de fosfina gaseosa, lo cual facilita la absorción respiratoria. La fosfina hidrolizada presenta toxicidad directa sobre corazón, pulmón, hígado y corteza adrenal, genera radicales libres de oxígeno, inhibición de la fosforilación oxidativa e incremento de la permeabilidad capilar. Las complicaciones más frecuentes constituyen arritmias ventriculares severas e hipomagnesemia. Reportamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 16 años que ingresa a guardia por presentar somnolencia. Refiere haber ingerido voluntariamente un veneno hace 24 horas por lo que había consultado en otro centro donde se le realizaron maniobras de descontaminación y se dio el alta. En la guardia evoluciona hemodinámicamente inestable, con encefalopatía grado 3 y epigastralgia. Se coloca acceso venoso central con PVC de 25cmH20. Se inicia apoyo inotrópico. Se deriva a UTI donde se decide IOT y conexión a ARM (PAFI 216). ECG: Infradesnivel de ST en cara inferolateral. CPK1235 y LDH 8545. Eco cardiograma (ingreso): VI no dilatado con hipoquinesia global, deterioro leve de la función sistólica. Cavidades derechas con moderada disfunción sistólica. IT leve. PSAP 36 mmHg Venas cava inferior y suprahepáticas dilatadas. Se confirma ingesta de AIP por hallazgo del envase por parte de familiares (aproximadamente 1.5 gr) Resto de exámenes toxicológicos negativos. Evoluciona con oligoanuria y acidosis metabólica con requerimiento de terapia de reemplazo renal continua, hepatomegalia, ictericia y hematuria. En nuevo ecocardiograma (48 hs) se informa hipoquinesia global con depresión severa de la función sistólica, cavidades derechas normales. Al 5º día de UTI se suspende hemofiltración continua con buena respuesta y presenta mejoría de coagulograma y hepatograma. En ecocardiograma control se evidencian cavidades izquierdas y derechas de dimensiones normales con función sistólica conservada y válvulas sin alteraciones. Se retira apoyo inotrópico. Se extuba el 12º día de internación

con buena tolerancia. Pasa a sala de clínica y posteriormente es externada. Conclusión: La intoxicación por fosforo de aluminio puede llegar a ser letal sin un soporte adecuado y precoz por lo que el uso del mismo así como su disponibilidad deberían ser restringidos. En nuestro caso el cuadro característico se acompaña de falla hepática fulminante, constituyéndose en el primer reporte en la bibliografía.

0241 EVALUACION DE LA CALIDAD DEL SOPORTE NUTRICIONAL (SN) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PUBLICO, ANTES Y DESPUES DE LA IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA EDUCATIVO Y DE UN PROTOCOLO DE SN

J SAGARDÍA, S JEREB, E MAGLIA, C APEZTEGUÍA, D PEZZOLA
Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción: La deficiencia en el SN durante la internación puede ser debida a falta de conocimientos del equipo de salud acerca del diagnóstico, tratamiento y las consecuencias de los trastornos nutricionales y/o a su infravaloración acerca de la importancia del SN como parte integral del tratamiento. Objetivos: Determinar si la implementación de un protocolo de SN posterior a un programa de educación dirigida a médicos y enfermeros incrementa el uso correcto de la nutrición enteral (NE) y promueve la alimentación temprana en los pacientes internados en áreas de cuidados críticos. Métodos: Estudio prospectivo basado en la evaluación de pacientes críticamente enfermos antes y después de la capacitación del personal y de la introducción de un protocolo de trabajo de SN. Las variables dependientes evaluadas fueron: las indicaciones médicas (total de calorías, volumen y velocidad de infusión indicadas) y registros de enfermería (total de calorías, volumen, velocidad de infusión recibidas y causas de suspensión o disminución de infusión). Los datos de los pacientes fueron recolectados de las historias clínicas. Se discriminó días de semana y fines de semana. Se analizaron los primeros 30 días de la internación o hasta el alta. Resultados: Pre-intervención: En 58 pacientes (65,16%) se inició la nutrición dentro de las 36 horas del ingreso. La mediana de tiempo de retraso fue de 2 días (1-4). Post-intervención: 48 pacientes (77,4%) iniciaron la NE precozmente. La mediana de tiempo de retraso fue de 3 días (1-3). Se dividieron los días de nutrición de los dos períodos en 3 grupos de acuerdo a la proporción del volumen administrado respecto del volumen indicado: Grupo 1: =80%, Grupo 2: <80% y =60%, Grupo 3: < 60%. Hubo un aumento significativo del número de días con =80% (P<0,00001). La proporción de NE administrada en el periodo post-intervención también fue significativamente mayor (p< 0,003). No hubo diferencias significativas cuando se analizaron los días con menos del 80% de lo administrado entre días de semana versus fines de semana (p=0,082). Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que la implementación de protocolos sencillos de manejo del SN sumada a la implementación de una intervención educativa y de concientización del equipo de salud logró incrementar el cumplimiento de las indicaciones y aumentó la proporción de NE administrada. Becas "Ramon Carrillo-Arturo Oñativia". Convocatoria 2008.

0243 FALLA MÚLTIPLE DE ÓRGANOS SECUNDARIA A SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO POR STREPTOCOCCUS? HEMOLÍTICO GRUPO A

C QUIJSPE, M RISSO, W CORNISTEIN, G CUETO, M RAÑO, J POUYANNE, M D'ANDREA, M TEJERINA, O VIDAURRE, V AMAYA, N LOSCOCCO, S VIERA, A ATALLAH, M TORRES BODEN, A ARMANDO
HGA Dr Cosme Argerich, Argentina.

El síndrome de shock tóxico (SST) constituye la expresión fulminante de un espectro de enfermedades producidas por toxinas. Objetivo: Presentar un caso de falla múltiple de órganos (FMO) secundario a síndrome de shock tóxico por Streptococcus pyogenes en paciente con pelviperitonitis purulenta. Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 49 años, con antecedentes de metrorragia por miomatosis uterina, que ingresa al servicio de ginecología de nuestro hospital derivada de otro centro por presentar abdomen agudo. Se realiza punción bajo guía ecográfica obteniéndose 20 cc de líquido purulento, por lo que se decide laparotomía de urgencia. Ingres a la unidad de terapia intensiva (UTI) en postoperatorio

inmediato. Se informa en parte quirúrgico pelviperitonitis purulenta, sin hallazgo de lesiones a la exploración quirúrgica, realizándose lavado de cavidad con toma de muestra para cultivo. A la especuloscopia cuello macroscópicamente sano, con escaso flujo moniliásico. Se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona (CFX) y metronidazol (MNZ). La paciente evoluciona hemodinámicamente inestable, con requerimiento de apoyo vasopresor a altas dosis (noradrenalina >1 µg/kg/min), SDRA, coagulopatía, acidosis metabólica, oliguria y fracaso renal agudo (FRA), por lo que se inicia hemodiafiltración venovenosa continua, con mejoría de la acidosis y disminución de noradrenalina. A las 48 hs se recibe hemocultivo 2/2 y líquido abdominal positivos para Streptococcus Pyogenes (Sp) Se suspende MNZ y se inicia Clindamicina e Inmunoglobulina. La paciente presenta mejoría de sus disfunciones, continuando con FRA y requerimiento de diálisis intermitente. Es extubada al 7º día de internación. Tras una estadía de 35 días en UTI por interurrencias infecciosas intranosocomiales, la paciente pasa a la unidad de cuidados intermedios desvinculada de ARM, hemodinámicamente estable, sin terapia de reemplazo renal, con polineuropatía del paciente crítico. Discusión: El SST se caracteriza por un cuadro clínico de presentación aguda y compromiso sistémico secundario a la capacidad de exotoxinas bacterianas de Sp y Staphylococcus de actuar como superantígenos. Estos producen ciclos repetitivos de estimulación celular que resultan en una liberación de citoquinas en avalancha (TNF, IL 1β, IL6 y principalmente NFκB) causando daño tisular, coagulación intravascular diseminada y disfunción orgánica. En general se asocia a enfermedades supurativas (impétigo, fascitis necrotizante, miositis, laringitis, escarlatina) y raramente a peritonitis. Se estima una mortalidad cercana al 80% que ha logrado disminuirse mediante diagnóstico temprano, control quirúrgico del foco y tratamiento antibiótico adecuado y precoz, sumada la administración de inmunoglobulina G intravenosa. Conclusiones: Presentar a la peritonitis primaria como posible origen de SST por Sp. Siendo esta entidad un desafío diagnóstico que presenta mayor mortalidad que la meningococcemia, no genera el mismo nivel de alarma entre la población médica, consideramos que es fundamental su sospecha diagnóstica.

0244 EXPERIENCIA EN RECUPERACION CARDIOVASCULAR EN UNA UTI POLIVALENTE. USHUAIA. FIN DEL MUNDO

R FUMIS, F BERTOLETTI, H MORENO ZILLI, E SERRA, E DOTTI
Santario San Jorge, Argentina.

Objetivo: Describir la experiencia en recuperación cardiovascular en una UTI polivalente. Tipo de procedimientos realizados, complicaciones, tiempo de estadía en UTI e institucional y resultados. Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, realizado en la Clínica San Jorge de la ciudad de Ushuaia, provincia de Tierra del Fuego, centro de referencia y derivación provincial de cirugía cardiovascular tanto revascularización, recambio valvular, procedimientos combinados e híbridos. Periodo 04/04/2005 al 01/05/2009. Durante este periodo se realizaron 70 procedimientos. Recuperación cardiovascular coordinada por especialista en Terapia Intensiva con colaboración de residentes de 3º año de Clínica Médica. La información utilizada se obtuvo desde los registros de historia clínica informatizada institucional y base de datos S.A.T.I.Q. Resultados: Se realizaron un total de 70 procedimientos cardiovasculares que requirieron recuperación cardiovascular en sala de UTI. Estadía promedio 3.05 días, mortalidad 2.94%, y tasa de complicaciones del 32.35%. Conclusión: Los resultados obtenidos en nuestro centro son similares a otros centros de igual complejidad del resto del país.

0247 SEPSIS Y SHOCK SEPTICO POR PSEUDOMONA AERUGINOSA EN 5 NIÑOS DE LA COMUNIDAD

GL FAGALDE, GE CORREA, MS OLIVIERI, LS MARCOS
Hospital del Niño Jesus de Tucuman, Argentina.

Introducción: La Pseudomona Aeruginosa es un Bacilo Aerobio Gram (-), cosmopolita con predilección por el medio húmedo. La humedad es un factor crítico en los reservorios hospitalarios como equipos de ARM, soluciones de limpieza, desinfectantes etc. Las infecciones fuera del ámbito hospitalario son raras y se asocian

con algún grado de alteración de las barreras fisiológicas, disfunción de mecanismos inmunes específicos como neutropenia, hipogamaglobulinemia, déficit de complemento o SIDA. Objetivo: Presentar una serie de 5 niños provenientes de la comunidad con Shock Séptico por Pseudomona Aeruginosa. Resultados: Desde el 1 de enero de 2008 hasta 1 de mayo de 2009 ingresaron al servicio 5 pacientes con diagnóstico de sepsis y shock séptico por pseudomona aeruginosa, provenientes de la comunidad. El 80% fueron de sexo masculino, la media de edad fue de 16, 4 meses con un rango de 4 a 29 meses. La media de la evolución de la enfermedad previa fue de 3,6 días con un mínimo de 2 y máximo de 7. Los glóbulos blancos tuvieron una mediana de 1900 con un rango de 1400 a 19500. La ERS media fue de 38,6mm con un rango de 18 a 58 mm. De todos los pacientes, 3 presentaban como antecedente una infección por virus herpes dignosticada por su pediatra. En solo 2 niños se pudo realizar dosajes inmunológicos, siendo estos normales para la edad. La mortalidad fue del 100%, de los cuales el 60 % fallece antes de las 24 horas de ingreso. Comentario: La sepsis a Pseudomona aeruginosa en niños de la comunidad es poco frecuente, En la bibliografía existen reportes aislados, que no muestran factores predisponentes en inmunocompetentes. El tratamiento antibiótico empírico en sepsis de la comunidad, no incluye antiseudomonias. Creemos importante tener presente como etiología probable a Pseudomona Aeruginosa en niños provenientes de la comunidad y con Diagnóstico de Shock Séptico.

0248 USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE SAN MIGUEL DE TUCUMÁN

P. GALLARDO, AS REARTE, GL FAGALDE, GE CORREA, MV ALBARRACIN, P BOTTA, J ESCUDERO, MS OLIVIERI, LS MARCOS
Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina.

Introducción: La insuficiencia respiratoria aguda constituye una de las indicaciones más frecuente de la asistencia respiratoria mecánica convencional, esta modalidad de soporte vital tiene riesgos que derivan de su uso y pueden llevar a retrasar y prolongar el tiempo de internación en la unidad de cuidados críticos. En este contexto la Ventilación No Invasiva (VNI), comienza a ganar su lugar como modalidad de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos pediátricos. La VNI tiene indicaciones y contraindicaciones específicas, una adecuada elección del paciente, interfase, modo ventilatorio y monitorización son condiciones fundamentales para el éxito y aplicada correctamente ha demostrado en distintos trabajos su eficacia. Objetivos: Evaluar la implementación de VNI en una UCIP de San Miguel de Tucumán. Materiales y Metodos: Se incluyeron todos los pacientes internados en la UCIP en los cuales se utilizó VNI desde el 1/1/08 hasta el 31/5/09. Resultados: Se utilizó VNI en 40 pacientes registrándose 48 episodios. El 54% fueron de sexo femenino, con una media de edad de 16,8 meses y un error estándar de 4,4. La media del score de PIM2 al ingreso fue de 12,1 con un error estándar de 2,6. En todos los pacientes se utilizó el modo VNI del respirador neumovent graph, con la modalidad de BIPAP. Las interfaces utilizadas fueron cánula nasal en el 90% de los pacientes, en el resto se utilizó máscara nasal y naso bucal. El motivo de ingreso a VNI fue: Destete de ARM (54 %), Bronquiolitis (11%), Neumonía (17%), Enfermedad Neuromuscular (6%), otras (12%). La duración media de VNI fue de 3,7 días con un error estándar de 0,44 y un rango de 3 horas a 14 días. El 10% (n=5) presentó como complicación lesiones en piel, un paciente tuvo neumotórax y 3 atelectasias. La tasa de éxito fue del 57%, los fracasos no se relacionaron con la enfermedad de base ni con el motivo de ingreso a VNI. El 15% de los pacientes que requirieron en algún momento VNI fallecieron. Conclusiones: En nuestra unidad la VNI se comenzó a utilizar hace 16 meses como forma de destete de ARM, agregándose luego como modalidad terapéutica para evitar el ingreso a ARM. Los resultados muestran una mayor tasa de fracasos si se compara con la bibliografía consultada creemos que esto es debido a la inexperience del servicio en el manejo de esta técnica.

0249 ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL CONURBANO BONAERENSE

M. PENAZZI, E MARI, P PACHECO, R BURGOS PRATX, J LÓPEZ, B LATINI, L RÉVORA, E CAMACHO
Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina.

Introducción: La enfermedad invasiva por neumococo causa principal de enfermedad bacteriana invasiva en niños constituye un importante problema debido a su elevada gravedad y a los crecientes reportes de resistencia antimicrobiana. Objetivos: Evaluar prevalencia, características y evolución clínica de la población afectada por enfermedad invasiva por neumococo que requirió internación en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de un Hospital del conurbano bonaerense. Materiales y Metodos: Estudio retrospectivo, descriptivo por revisión de historias clínicas de pacientes entre 1 mes y 18 años internados en nuestra UCIP entre el 1 de enero del 2007 y el 31 de mayo del 2009. Resultados: Ingresaron 16 pacientes (de 616). Prevalencia: 2.6%. El 68.7% menores de 2 años (1 a 168 meses), 75% varones. El 31.2 tenían factores premórbidos. Diagnósticos: meningitis 68.7%, shock séptico 12.5%, otros: supuración pleuropulmonar, peritonitis. Clínica de menos de 48 horas de evolución en el 62.5% de los pacientes. El 81.2% requirió ARM. Evolución global tórpida. Mortalidad: 56.2%, (66.6% por meningitis). El 77.7% de los fallecidos lo hizo o desarrolló midriasis parálisis en las primeras 12 horas de su ingreso. El 43% de los que vivieron tuvo secuelas neurológicas. Solo el 25% de los sobrevivientes no tuvieron secuelas. Conclusiones: Hasta la creación de vacunas más accesibles y completas, en la enfermedad invasiva neumocócica las medidas deben estar dirigidas al reconocimiento temprano de la enfermedad (alarma familiar, facilitar el acceso a la consulta, alta sospecha diagnóstica) y en el tratamiento antimicrobiano agresivo.

0250 PACIENTES CON HEMORRAGIA INTRACRANEAL Y EVOLUCIÓN A MUERTE ENCEFÁLICA. VALORACIÓN PRONÓSTICA DEL ICH SCORE

RM ANCHORENA¹, ME ARZEL¹, EP CENTENO¹, H CABRERA¹, M AGARIE¹, A TARDITTI², G OTTOBONI¹, AA LOPEZ¹
¹HZGA Simplemente Evita, Argentina. ²Secretaría de Emergencias de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El ICH Score es un score de gravedad descrito por J.C. Hemphill en el año 1995 para determinar mediante una simple escala la gravedad de las hemorragias utilizando criterios predictivos que puedan ser evaluados con precisión y rapidez en el momento de su presentación, principalmente por parte de personal no entrenado en el manejo de estos pacientes ni en la lectura de neuro-imágenes. El ICH Score es una escala de 0 a 6 puntos que predice la mortalidad a 30 días. Estudia 5 variables: Edad; GCS; Sangrado ventricular; Localización; Volumen de la hemorragia. En el ICH se encontraron los siguientes resultados: ICH 0: mortalidad 0% ICH 1: 13% ICH 2: 26% ICH 3: 72% ICH 4: 97% ICH 5: 100%. Objetivos: Analizar si el ICH Score es buen predictor de evolución a ME. Determinar relación entre el volumen de la hemorragia intracerebral y el tiempo de evolución a muerte encefálica. Materiales y Métodos: Trabajo observacional retrospectivo de pacientes internados en el Servicio de UTI del HZGA Simplemente Evita durante los años 2006-7-8 que evolucionaron a ME. Realización del ICH Score a todos los pacientes con HIC que evolucionaron a ME. Se estudiaron 56 ME que representan el 15,8% de los fallecidos en la UCI. Resultados: 1) Etiología de ME: Hemorragia intracerebral: 23 (41,1%) HSA: 12 (21,4%) ACV Isquémico: 8 (14,3%) TCE: 7 (12,5%) Anoxia cerebral: 4 (7,1%) Hematoma Subdural Espontáneo (HSDE): 2 (3,6%). 2) ICH score: El valor del ICH Score osciló entre 2 y 5 puntos, encontrándose en la mayoría de los pacientes que evolucionan a ME un ICH \geq 3. En nuestra serie encontramos un bajo porcentaje de pacientes que con < 3 puntos evolucionaron a ME. 3) Tiempo de evolución a ME: < 24 horas: 8 pacientes (34,7%) 24-48 horas: 8 (34,7%) 48-72 horas: 2 (8,6%) 72-96 horas: 2 (8,6%) > 96 horas: 3 (13%) 4) Volumen del hematoma: La mayoría de los pacientes (60%) tuvieron un hematoma >60 cc. No encontramos relación entre el tiempo de evolución a ME y el volumen del hematoma. Conclusión: En este trabajo

jo hemos analizado la causa más frecuente de lesión neurológica que evoluciona hacia la ME. El ICH Score, ha sido validado como buen predictor de mortalidad a 30 días en HIC. Cuando un paciente de estas características llega a un servicio de urgencias se debe definir si la lesión es de tratamiento neuroquirúrgico o médico. Una simple escala puede facilitar la interpretación del cuadro y ayudar en la toma de decisiones clínicas. Muchos de los hospitales de Buenos Aires no cuentan con servicio de neurocirugía pese a disponer de camas en unidades críticas; definir si el paciente debe ser derivado al centro neuroquirúrgico de referencia para el tratamiento oportuno es de carácter vital, también es importante conocer que el tipo de lesión es de características mortales; realizar su ingreso en una unidad de cuidados intensivos tendría como objetivo esperar su evolución a ME y poder optimizar la detección de un potencial donante de órganos.

0252 MAPEAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS DA UTI ADULTO DE UM HOSPITAL ESCOLA, REGIÃO DO ALTO TIETÊ, GRANDE SÃO PAULO, HOSPITAL DAS CLINICAS LUZIA DE PINHO MELLO-UNIFESP
FAM FRANÇA, LR ALDIGUERI, MVA PAZ
 Hospital das Clinicas Luzia de Pinho Mello, Brasil.

Objetivo: Descrever como foi realizado o mapeamento dos riscos assistenciais da UTI Adulto de uma instituição de saúde, no ano de 2009, com o intuito de conhecer os riscos e traçar estratégias para prevenção e controle dos mesmos. Método: Estudo descritivo do método usado para a confecção da planilha de mapeamento de riscos assistenciais da UTI. A planilha de mapeamento foi feita em Excel, com categorizações numéricas e por cores para identificação da severidade e probabilidade de ocorrência dos riscos. A UTI foi visitada pela equipe de Gerenciamento de Risco, em parceria com a equipe local, com o intuito de evidenciar os riscos intrínsecos. A categorização dos riscos foi construída com o objetivo de indicar quais são as prioridades de atenção quando o risco ao paciente for eminente. Categorização: Cor vermelha (score 8 a 10), prioridade zero de atenção; Cor laranja (score 6 a 7), prioridade um de atenção; Cor amarela (score 4 a 5), prioridade dois de atenção; Cor verde (score 2 a 3), prioridade três de atenção. Resultados: Previamente foi feita orientação para compreensão do mapa de riscos para todos os colaboradores da unidade. A planilha de mapeamento de riscos foi disponibilizada em local de fácil visualização para todos. A partir da identificação dos riscos de prioridade zero da UTI esses se tornaram de notificação compulsória, como evento sentinela, se ocorrerem, para que possam ser monitorados, em busca de sua causa raiz para verificação de falha no processo e implantação de medidas de prevenção e controle dos mesmos. Ressaltamos que o mapa é uma ferramenta flexível e que deve ser renovado sempre que necessário, ou quando um novo risco for identificado. Conclusões: O mapeamento de riscos assistenciais institucional trouxe uma nova visão, mais ampla sobre os riscos assistenciais de cada unidade da instituição, especialmente da UTI Adulto. Uma visão sob o prisma de potenciais riscos, que possibilitaram o planejamento precoce de medidas preventivas e de controle dos mesmos. Como dito anteriormente o mapa é uma ferramenta flexível que deve ser revista e readaptada sempre que necessário.

0253 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL MUNICIPAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO. RESUMEN DE ACTIVIDADES DEL AÑO 2008
M PENAZZI, E MARI, P PACHECO, R SALAZAR, V ACEBEDO, A PENAYO
 Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina.

Introducción: Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) han logrado desde su creación una mejoría innegable en el pronóstico de los niños críticos. Nuestra UCIP inició sus actividades el 20 de noviembre del 2006 en respuesta a un incremento en la demanda y complejidad de los pacientes del Hospital del Niño de San Justo (HNSJ). Objetivos: Conocer las características de la población que requirió ingreso a la UCIP del HNSJ en el año 2008. Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo realizado por obtención de datos recolectados a diario de pacientes entre 1 mes y

18 años ingresados a la UCIP del HNSJ en el año 2008. Resultados: Ingresaron 273 niños. El 55.3% varones. Mediana de edad: 18.5 meses. Giro cama: 39.5. Porcentaje de ocupación: 77%. Mediana de permanencia: 3.5 días. Motivos de internación: Respiratorio: 39.2%, neurológico: 11.7%, traumatismos: 11.4%. Procedencia: Guardia: 35.5%, hospitales fuera del Partido de La Matanza: 25.3%. Asistencia respiratoria mecánica (ARM): 136 pacientes (50%). Tasa de fracasos de extubación: 10.5%. Tasa de neumonía asociada a ARM: 7.7%. Mediana de días en ARM: 4.1 días. Mortalidad: Fallecieron 19 pacientes. Tasa de mortalidad: 7.49%; tasa de mortalidad esperada (PIM2): 9.74%. RME según PIM2: 0.77. Causa de fallecimiento: 42% sepsis. Conclusiones: Se cumplió la etapa inicial de puesta en marcha de una UCIP compleja en un Hospital Pediátrico. Los indicadores generales son aceptables y tienen que ver con la idiosincrasia regional. Probablemente se modifiquen acorde con los cambios en el resto del Hospital.

0254 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR SAMR DE LA COMUNIDAD EN VALVULA NATIVA
L SILVA, M VELASQUEZ, G BUSTAMANTE LABARTA, P CLEMENTTI, G ELEITI, F VERON
 Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Argentina.

Introducción: La endocarditis sobre válvula nativa (EVN) es más frecuente en varones (2 de cada 3) que en mujeres y la mayoría tienen más de 45 años, 5-36% afecta válvula aórtica aislada. El 60-80% de pacientes con EVN, tienen una lesión cardíaca predisponente detectable. La mayoría se adquieren en la comunidad, y el estreptococo viridans, causa el 40-60% de las EVN. La incidencia de EVN estafilocócica ha aumentado y es responsable del 15-35% de los casos, el 80-90% se deben a S. aureus coagulasa positivo, sensible a la meticilina. El Staphylococcus aureus es el agente causal de muchos casos de EVN aguda, de curso frecuentemente fulminante, con formación de abscesos múltiples metastásicos y destrucción rápida de las válvulas lesionadas. Caso Clínico: Paciente de 29 años, sin antecedentes patológico, consulta por fiebre, astenia, edema y dolor en miembro inferior derecho de 10 a 15 días de evolución. Laboratorio de ingreso: GB 20.100/ mm3 (84% neutrófilos), Hto 33%, urea 29 mg/dl, TGO 51 U/l, glu 99 mg/dl, Elisa HIV negativo. Niega uso de drogas EV, deportes de contacto, residencia en comunidad cerrada. A su ingreso se constata frecuentemente fulminante, en miembro inferior derecho, se realiza by pass femoro-femoral con prótesis de PTFE, con diagnóstico intraoperatorio de aneurisma micótico de la arteria femoral común. Se realiza posteriormente ecocardiograma transtorácico donde se evidencia vegetación en válvula aórtica con insuficiencia mitral, función sistólica conservada, cavidades de tamaño normal. Inicia tratamiento con Vancomicina + Rifampicina + Gentamicina, completa 6 semanas de vancomicina + rifampicina y 2 semanas de gentamicina con buena evolución, siempre afebril, intercorre con un episodio de falla cardíaca que remite con tratamiento sintomático. Cultivo de aneurisma micótico: Staphylococcus aureus. Antibiograma: Sensible: vancomicina, gentamicina, rifampicina, clindamicina, TMS, ciprofloxacina. Resistente: oxacilina, eritromicina. Hemocultivos x 2: negativos. Posterior reingreso por insuficiencia cardíaca descompensada, se realiza ecocardiograma con dilatación de cuatro cavidades fracción de eyección 62%, insuficiencia aórtica severa, estenosis aórtica leve, insuficiencia tricuspídea severa, insuficiencia mitral moderada. Mejora con tratamiento sintomático. A los 30 días se realiza reemplazo valvular aórtico sin complicaciones. Buena evolución. Conclusión: presentamos el caso por ser un paciente joven, sin valvulopatía demostrada con EVN con un germen poco habitual proveniente de la comunidad, sin factores de riesgo

0255 BRONCOASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE UN CASO
MF PODESTÁ, M RABINO, P SALDÍAS, A BORDOGNA, N RAÚL, F WICHMAN, A SILVESTRE
 Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, Argentina.

Objetivos: comunicar la presentación de un caso de aspiración de cuerpo extraño en un paciente pediátrico. Material y métodos: reporte de un caso. Paciente de 2 años de vida, derivada del Hospital de Solano, donde ingreso por cuadro de dificultad respira-

toria, en paciente con antecedentes de BOR. Requiere intubación endotraqueal por empeoramiento del cuadro clínico solicitándose su derivación. A su ingreso en nuestra unidad se constata paciente en estado crítico, bradicardia, cianosis generalizada, insaturación de O₂, con requerimiento de altas presiones para lograr expansión torácica unilateral, con enfisema subcutáneo generalizado desde cuello hasta ambas fosas ilíacas. Se sospecha Neumotórax hipertensivo por lo que se drena con catéter sobre aguja N 14 en 2do espacio intercostal línea medio clavicular izquierdo, requiere reanimación básica y avanzada, se confirma diagnóstico de sospecha con Rx de tórax, colocándose tubo de drenaje pleural bajo agua en 4to espacio intercostal línea medio axilar izquierdo. Se interroga a los padres que relatan que la niña se ahogó con un poroto el día anterior y desde entonces presentó tos y dificultad respiratoria. Se solicita endoscopia respiratoria de urgencia. En espera del endoscopista requirió boleo manual ya que con el respirador PIM máxima 70 cm H₂O no se lograba excursión torácica. Endoscopia: corona laringea edematizada, traquea congestiva, edematizada sangrante, se observa cuerpo extraño en bronquio fuente derecho que se extrae con fórceps en varias partes. Evolución: La niña permaneció estable clínica y hemodinámicamente, ARM 3 días, inotropicos 24 hs y ATB x 10 días, con cultivos negativos. Alta sin secuelas neurológicas evidentes. Conclusiones: la aspiración de cuerpo extraño es un evento de presentación aguda que pone en riesgo la vida; muchas veces el antecedente pasa inadvertido o es minimizado por los padres por lo que requiere un alto índice de sospecha y un interrogatorio dirigido, la participación de un endoscopista pediátrico como integrante del staff fue fundamental en la evolución de esta paciente.

0256 INFECCION SEVERA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS DE LA COMUNIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

M. PENAZZI, E DE STEFANO, E MARI, P PACHECO, N PÉREZ ROMANO, E CAMACHO, B LATINI, L RÉVORA
Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina.

Introducción: Staphylococcus Aureus (SA) es un causante frecuente de infecciones que incluyen desde piel y partes blandas hasta cuadros de sepsis severa. Estos junto con la aparición y progresivo aumento de cepas resistentes (SAMR) incluso en la comunidad continúan siendo un significativo problema clínico. Objetivos: Describir características de la población infectada por SA que ingresó a la UCIP de nuestro Hospital. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes entre 1 mes y 18 años ingresados a la UCIP de nuestro Hospital entre enero 2007 y febrero 2009 con infección por SA. Resultados: Ingresaron a UCIP en ese período 9 pacientes con infección por SA de un total de 532. Prevalencia: 1.69%. Siete varones. Mediana de edad: 24 meses, rango: 3 meses a 13 años. El 66.6% presentó SAMR. Motivos de ingreso: 44.4% shock, 22.2% dificultad respiratoria, 22.2% post quirúrgico. Foco infeccioso: 44.4% supuración pleuropulmonar, 33.3% miositis. Complicaciones: 77.7% shock séptico, 44% distress respiratorio agudo, 44% neumonía necrotizante, 66.6% fallo multiorgánico. El 55.5% requirió ARM. El 77.7% requirió algún tipo de cirugía. Falleció un paciente (11.1%) por shock séptico 2º a artritis de hombro. Conclusiones: Nuestra serie refleja la tendencia al aumento en la prevalencia del SAMR de la comunidad como causante de infección severa. Se destaca la importancia de la sospecha diagnóstica y el tratamiento antibiótico y eventualmente quirúrgico precoz y agresivo. A considerar la revisión del esquema antibiótico empírico inicial para este tipo de casos.

0259 INTOXICACIONES AGUDAS QUE REQUIEREN INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

S. LARDONE OLIVERA, M PENAZZI, E MARI, P PACHECO, M SÁNCHEZ, R ROHR, R SALAZAR, V ACEBEDO, A PENAYO
Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina.

Introducción: Las intoxicaciones agudas en pediatría constituyen una causa frecuente de internación hospitalaria y de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UICP) con reportes que oscilan entre 3 al 8% de las internaciones totales de la UCIP.

Generalmente ingresan por deterioro del sensorio y/o para monitoreo. Objetivos: Identificar la prevalencia de intoxicaciones agudas entre las internaciones a UCIP de nuestro Hospital y las características de esta población. Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado por revisión de historias clínicas de pacientes entre 1 mes y 18 años internados por intoxicación aguda en UCIP de nuestro Hospital entre noviembre 2006 y octubre 2008. Resultados: De 500 pacientes, 20 ingresaron por intoxicaciones. Prevalencia: 4%. Mediana de edad: 2,5 años. Rango: 3 meses a 17 años. Principal motivo de ingreso: alteración del nivel de conciencia (65%). Principal tóxico: 60% psicofármacos (33% carbamazepina) y 15% organofosforados. La mayoría (60%) ocurrió en el hogar. El 35% requirió ARM en general por menos de 24 horas. Mediana de permanencia en UCIP: 24 horas. Rango: 1 a 7 días. Sin fallecimientos. Conclusiones: prevalencia y mortalidad similar a la publicada. El grupo más afectado fue el de los menores de 6 años, relacionado con predominio de la ingestión accidental. Considerando la naturaleza accidental y hogareña de la mayoría de los casos deberían revalorarse las medidas actuales de prevención y concientización sobre intoxicaciones agudas.

0260 SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON SUPRA ST/IAM EN EL PACIENTE JOVEN. VARIABLES CLÍNICAS PREVIAS AL INGRESO, PORCENTAJE DE FIBRINOLISIS Y MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA. ESTUDIO INTERINSTITUCIONAL DE LA REGIÓN SUDESTE DEL CONURBANO BONAERENSE

LA FLORES¹, JF LOAYZA², MA VALIÑO⁴, S DE FRANCESCA⁵, L CORONEL⁶, NE MOLINAS⁷, NB DI GIORGIO⁸, M MARCHETTI⁹, G DRIUSSI⁹

¹Sala de Docencia e Investigación Hospital Iriarte de Quilmes, Argentina. ²Servicio de Terapia Intensiva, Htal Evita Pueblo de Berazategui, Argentina. ³Servicio de Terapia Intensiva. Htal Iriarte de Quilmes, Argentina. ⁴Servicio Terapia Intensiva, Htal Wilde, Avellaneda, Argentina. ⁵Servicio Terapia Intensiva, Sanatorio Maria Mater, Florencio Varela, Argentina. ⁶Servicio de Terapia Intensiva, Htal Iriarte de Quilme., Argentina. ⁷Servicio de Terapia Intensiva, Htal Iriarte de Quilmes, Argentina. ⁸Servicio de Terapia Intensiva. Sanatorio Maria Mater. Florencio Varela, Argentina.

Introducción: En SCA-IAM en los menores de 45 años es infrecuente, pero conlleva importantes repercusiones psicológicas y socioeconómicas. Objetivos: Analizar las características demográficas, antecedentes y factores de riesgo coronarios, porcentaje de uso de fibrinolíticos y mortalidad intrahospitalaria en los pacientes menores de 45 años con IAM (Grupo A) en comparación con el resto población (Grupo B). Material y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva 360 p con diagnóstico de SCA c/ST-IAM, de los cuales 50 p presentaban edad 45 años; ingresados en forma consecutiva a las UTI de los centros citados, durante el 1 de enero de 2005 al 31 diciembre 2008. Estudio Observacional, analítico, longitudinal. Las variables discretas se expresan en porcentajes. Las variables continuas como medias y DS. Para las variables discretas prueba exacta de Fisher y X² Yates. Para las continuas T de Student. Se utilizó p <0,05 como significancia estadística (S). Resultados: Solamente se describen las diferencias con significación estadística. De 360 p, un 14% tenía menos de 45 años. Datos demográficos: Grupo A: edad 41 ± 2,9; Mujeres 12%. Grupo B: edad 58 ± 9,8; Mujeres 23%. Factores de riesgo: Tabaquismo: Grupo A: 85%; Grupo B: 49%. Dislipidemia: Grupo A: 45%; Grupo B: 30%. Hipertensión Arterial: Grupo A: 20,5%; Grupo B: 54,6%. Diabetes: Grupo A: 13%; Grupo B: 25%. Antecedentes Coronarios: IAM previo: Grupo A: 2%; Grupo B: 19%. Angina previa: Grupo A: 2%; Grupo B: 20%. La mediana del tiempo entre el inicio del dolor y la llegada al hospital fue de 130 minutos en Grupo A y de 180 minutos en el Grupo B. Utilización de Fibrinolítico: Grupo A: 72%; Grupo B: 63%. Mortalidad: Grupo A: 8%; Grupo B: 9,2%. Conclusiones: Los pacientes menores de 45 años con SCA c/ST-IAM presentan menor proporción de mujeres, más tabaquismo e hipercolesterolemia, menos HTA y DBT y AC, llegan antes al hospital, reciben más fibrinolíticos y presentan menor mortalidad, respecto del resto de la población.

0261 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN HOSPITALARIA (IH) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA "SOR MARÍA LUDOVICA"

P CASTELLANI, N TODARO, K FIQUEPRON, S BRANDIMARTI, R MERLINO, N RAMIREZ
Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica", Argentina.

Introducción: la vigilancia de infección hospitalaria en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias (ENPIHA-VIHTA) desde el año 2005, generó una modalidad de trabajo interdisciplinario que fomentó la comunicación para la instauración de dicha tarea. Objetivo: obtener la incidencia de infección hospitalaria relacionada a asistencia respiratoria mecánica (ARM), catéter urinario y catéter venoso central y no relacionados a estos últimos, desde el 01 de enero de 2005 hasta el 31/12/2008. Material y Métodos: se registraron los datos diarios de ingreso y egreso de los pacientes, la utilización de los procedimientos en cada uno de ellos y se discutió multidisciplinariamente cada episodio infeccioso. Los datos se expresan en números absolutos, porcentajes y Tasas según año y procedimiento. Resultados: Año 2005 hubo 473 pacientes en riesgo, con 4526 pacientes/día (P/D), 2735 días/ARM con un índice de utilización de procedimiento(IUP) de 60.4%; 2303 días de catéter urinario (D/CU) con un IUP de 50.8% y 1035 días de catéter venoso central (CVC) con un IUP de 22.8%. Hubo 87 IH, con una Tasa de IH de 19.2 0/00, 45 episodios de neumonía asociada a ARM (NAR) con una tasa de 16.4 0/00, 15 infecciones urinarias (IU) relacionadas a catéteres urinarios con una tasa de 6.5 0/00 y 7 infecciones asociadas a CVC, con una tasa de 6.7 0/00. Infecciones no relacionadas a procedimientos 20, cuya tasa fue de 4.4 0/00. Año 2006: hubo 432 pacientes en riesgo, 4622 P/D: 2970/días de ARM, con un IUP de 64.8%, 2586 D/CU, con un IUP de 56.8%, 1865 días/CVC, con un IUP de 39.5%. Hubo 88 IH con una tasa de 19.03 0/00, 39 NAR, con una tasa de 13.1 0/00, 22 IU asociadas a sonda vesical, con una Tasa de 8.5 0/00 y 8 infecciones asociadas a CVC, con una tasa de 4.2 0/00. No relacionadas a procedimientos 19, cuya tasa fue de 4.1 0/00. Año 2007: 498 pacientes en riesgo, 5758 P/D: 3699días de ARM, con un IUP de 64,24%, 2692 D/CU, con un IUP 46,75%, 1455 días/CVC con un IUP de 25,27% .Hubo 103 IH con una Tasa de 17,09 ‰, 36 NAR, cuya tasa 9,46‰, 22 IU asociadas a sonda, cuya tasa 8,15‰, y 8 infecciones asociadas a CVC con una tasa de 5,50 ‰. No relacionadas a procedimientos 37 cuya tasa 6,42‰ Año 2008: 415 pacientes en riesgo, 5443 P/D: 3314 días de ARM, con IUP 60,89%, 2301 D/CU, con IUP 42,27%, 1314 días/CVC con IUP 24,14%, Hubo 100 IH con una tasa de 18,37‰,50 NAR cuya tasa 14,79‰, 21 IU asociadas a sonda vesical con tasa 9,13‰, 13 infecciones asociadas a CVC con tasa de 9,89‰. No relacionadas a procedimientos 16 con una tasa de 2,9‰ Conclusiones: NAR es la primer causa de IH, seguida por la IU. La tasa de IH disminuyó en NAR y en CVC entre 2005 y 2007 con un aumento notable en las infecciones asociadas a CVC en 2008. Este monitoreo permitió evaluar las causas y cambiar estrategias para mejorar la calidad.

0262 VENTILACIÓN MECÁNICA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

N TIRIBELLI, D VARELA, P ESCALANTE, R SÁNCHEZ, M BONO, C CANESSA, E ARISTA, L GRIECO, A LUCERO, D QUARANTA, N FALCÓN PÉREZ, A MARINO
Hospital Churruca 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 registraron prospectivamente los pacientes que ingresaron a UTI y requirieron VM por más de 24 hs desde 01/08/06 hasta 30/04/09: datos demográficos, scores de gravedad (APACHE II, SAPS II), motivo de VM (Coma), Insuficiencia Respiratoria Aguda -IRA-: post operatorio, neumonía, EAP, sepsis, trauma, SDRA, aspiración, 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 ≥ 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 1487 pacientes, requirieron VM 709 (47%), 410 hombres y 299 mujeres, con 738 episodios de VM. Edad media (DS) 65.2 (16.4). APACHE II 20.7 (8.6), SAPS II 49.1 (19.5). Causas de VM: Coma (n=207, 28%), Post operatorio (n=143, 19%), Neumonía (n=106, 14%), EAP (n=19, 3%), sepsis (n=71, 10%), trauma (n=14, 2%), SDRA (n=45, 6%), aspiración (n=15, 2%), PCR (n=16, 2%), EPOC (n=53, 7%), neuromuscular (n=3, 0.4%), otras causas (n=44, 6%). Duración de la VM 4.8 días (4). Estadía en UTI 10 días (9.9). Mortalidad 43% (310/709). Complicaciones: neumonía asociada al ventilador (NAV) 77 casos (10% de incidencia, 17 episodios c/1000 DVM), barotrauma 2%, autoextubación 1%. Se reintubaron 78 pacientes en 429 extubaciones programadas (18%). Se traqueostomizaron (TQT) 105 pacientes (15%). El 3% de los episodios fue de VM prolongada (21/738)

	Ptes. Médicos	Ptes. Quirúrgicos	p	PaO2/FiO2 < 200	PaO2/FiO2 ≥ 200	p
n	560	149	-	249	424	-
Edad	65.4 (15.6)	68 (18.7)	NS	64.9 (15.9)	65.2 (17.3)	NS
APACHE II	21.3 (8.6)	17 (8.2)	<0.05	21.5 (8.2)	20.3 (8.4)	NS
SAPS II	50.1 (19.8)	46 (18.4)	<0.05	50.7 (18.9)	48.1 (19.5)	NS
Mortalidad	47% (265/560)	30% (45/149)	<0.05	49% (123/249)	32% (137/424)	<0.05
Días VM	5.2 (4.2)	2 (3.1)	<0.05	4.9 (4.1)	4.7 (3)	NS
Días UTI	10.3 (9.7)	5 (10.7)	<0.05	10.2 (11.1)	9.9 (9.7)	NS
NAV	12% (71/573)	4% (6/165)	<0.05	10.8% (27/249)	12% (64/424)	NS
TQT	17% (96/560)	6% (9/ 149)	<0.05	11% (27/249)	19% (81/424)	<0.05

Conclusiones: Los pacientes con patología médica tienen scores de gravedad más altos, más días de VM y de UTI, mayor mortalidad, mayor incidencia de NAV y de TQT que los quirúrgicos. Los pacientes con PaO2/FiO2 < 200 tienen mayor mortalidad y más incidencia de TQT.

0264 INFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

A PALAORO, A MARTINUZZI, J CHAPARRO, M ORSATTI, C FELLER, M LOMBARDI
H.I.G.A Dr. Rodolfo Rossi, Argentina.

Introducción: El Strongyloides Stercoralis (SS) es un nematodo intestinal de distribución mundial, siendo América latina área endémica. En el síndrome de infección diseminada por SS el número de parásitos es muy grande, y las larvas son detectadas en regiones extra intestinales. La utilización de terapia inmunosupresora y el síndrome de Inmunodeficiencia adquirida son los principales factores de riesgo para el desarrollo de parasitosis diseminada, presentando en éstos pacientes una mortalidad del 70-80%. Aquí se presenta un caso clínico de un paciente que desarrolla durante la internación un síndrome de infección diseminada por SS. Caso clínico: Paciente de 56 años de edad, que consulta a la guardia de este hospital, por presentar dolor abdominal difuso, fiebre nocturna, y síndrome de repercusión general. Al examen físico: Paciente adelgazado, deshidratado, abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda, con hepatomegalia. De ocupación albañil. Oriundo de la Ciudad de La Plata. A las 48 hs de internación presenta descompensación hemodinámica e insuficiencia respiratoria, ingresa a UTI. Al ingreso, paciente en shock hipovolémico por hemorragia digestiva alta, se inicia AVM y expansión con volumen, lográndose la estabilización. Se realiza VEDA: gastropatía erosiva sin sitios de sangrado agudo, se toma biopsia de mucosa duodenal. A las 36 hs de ingreso a UTI persiste con inestabilidad hemodinámica requiriendo vasopresores, se coloca un cateter de Swan Ganz, evidenciándose patrón vasopléjico y cuadro compatible con SDRA. Presenta leucopenia, hipotermia, se interpreta como shock séptico sin foco aclarado. Se realizan policultivos y se inicia tratamiento empirico con piperacilina/tazobactam más vancomicina. Desarrolla lesiones maculares no palpables, vitro presión negativa, de probable origen vascular y se realiza biopsia cutánea. Presenta fallo renal, se inicia hemodiálisis. Se interpreta como Vasculitis Sistémica; se instaura tratamiento con metilprednisolona e inmunoglobulina. Desarrolla meningitis aséptica. Se solicitan muestras serológicas para descartar patología autoinmune o inmunodeficiencia. Se recibe resultado de bacteriología: minibal negativo, hemocultivos 3/3 positivos y urocultivo para Klebsiella sp. Anatomopatología de la biopsia cutánea: vasculitis inflamatoria, observándose parásitos compatibles con SS. Se suspende tratamiento con corticoides, se comienza con al-

bendazol. A los 7 días de ingreso, presenta paro cardíaco, se constata óbito. Se realiza necropsia parcial evidenciándose en ella infección sistémica por SS. Se recibe resultado post-mortem serología positiva para VIH. Conclusión: Si bien es frecuente la presencia de SS en zonas tropicales, y subtropicales se ha documentado su morbilidad en ecosistemas más templados similares al de nuestra provincia, si a esto le sumamos un aumento de la incidencia de patologías inmunodepresoras podemos decir que es importante siempre tener presente esta enfermedad ya que el subdiagnóstico y la falla terapéutica se traducen en malos resultados en la evolución de los pacientes.

0265 SINDROME DE RENDU OSLER WEBER Y EMBARAZO
R. BERAZATEGUI, F MUÑOZ, L VARGAS, L OBREGÓN, G MONTERO
 Policlínico Neuquen, Argentina.

Introducción: La enfermedad o síndrome de Rendu Osler Weber o teleangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) es una entidad clínica de rara aparición (1-5/8000), autosómica dominante, caracterizada por teleangiectasias y malformaciones arterio venosas en diferentes órganos. El diagnóstico de certeza se realiza por citogenética caracterizando la mutación de dos genes ENG (HHT1) y ACVRL1. La presentación clínica varía desde manifestaciones cutáneo-mucosas aisladas o asociadas a hemorragias como consecuencia de la ruptura de la MAV que pueden localizarse en vía aérea, pulmón, aparato digestivo, sistema nervioso central. Cuando se asocia al embarazo aumentaría el riesgo de ruptura de la MAV. El tratamiento de la malformación durante el embarazo es controvertido debido a que la mayoría de las opciones terapéuticas implican un riesgo para la madre y para el feto. Consecuentemente es controvertido si se aconseja a paciente con diagnóstico de HHT interrumpir su embarazo, evaluar la posibilidad de concepción o tratar la MAV. **Caso Clínico:** Paciente de 28 años, sin antecedentes personales patológicos, cursando 25 semanas de gestación, ingresa por presentar cefalea intensa y plejía de reciente comienzo en miembro superior izquierdo, paresia faciocrural izquierda. Se constata cifras elevadas de Tensión arterial y signos de hipertensión endocraneana, mejora con analgésicos y antiedematosos cerebrales. Se realiza RNM de cráneo, que muestra malformación arterio-venosa, en región talámica derecha, con signos de sangrado perilesional. Ante las controversias encontradas en la bibliografía entre tratar la MAV y la conducta conservadora, se discute el caso y se decide, en común acuerdo con la paciente y su marido, continuar con el embarazo y tratar la MAV luego de la cesárea. **Objetivo:** Presentar un caso poco frecuente y que al ser diagnosticado durante el embarazo, el tratamiento implica cuestiones éticas y de alto riesgo para la paciente y el feto. **Conclusiones:** Este caso demuestra que en casos seleccionados, mujeres con diagnóstico de HHT, cursando embarazo viable, el manejo conservador puede tener buen desenlace, teniendo en cuenta lo controvertido del tema y que no hay bibliografía que respalde la decisión de tratar la MAV. Concluyendo que el diagnóstico de HHT por si solo no es razón para interrumpir el curso de embarazo o contraindicar el mismo.

0266 TROMBOSIS DEL SENO CAVERNOSO REPORTE DE UN CASO
C. SALGUERO, L FUENTES, G AGUILERA, J BRAVO
 Hospital Enrique V Barros, Argentina.

Pte masculino de 47 años consulta por edema bpalpebral, quemosis bilateral e inyección conjuntival, fiebre y vómito de 72 horas de evolución, durante la consulta presenta hemiparesia izquierda; inicia tratamiento con cefalotina; se realiza TAC de cerebro, internándose en clínica médica, donde se hace PL, obteniendo líquido con más de 7000 células a predominio de PMN, glucosa 46mg/dl, proteínas 340 mg/dl, en el directo cocos GRAM (+), comienza tratamiento con ceftriaxona. A las 9 horas del ingreso presenta coma, por lo cual pasa a UTI, se conecta a ARM, se pancultiva y comienza tratamiento de sostén. Al examen físico presentaba forúnculo en región interiliar, ptosis con edema periorbitario bilateral a predominio derecho. Paciente con mala evolución, hiperpírexia, inestabilidad hemodinámica, sin respuesta al tratamiento, luego de 9 horas en UTI fallece. A los días se recibe informe de los cultivos con desarrollo de estafilococo aureus meticilino sensible en

el LCR y estafilococo aureus meticilino resistente en el hemocultivos. La trombosis del seno carveno (TSC), es una patología de diagnóstico infrecuente, aunque con elevada morbimortalidad (30% con tratamiento adecuado), siendo los procesos centro faciales y de senos paranasales el origen más frecuente de dicha patología. El cuadro típico consta de infección del tercio medio facial o sinusitis, afectación del estado general, fiebre, alteración de agudeza visual, dolor y edema periorbitario, pudiendo evolucionar hacia la alteración del estado de conciencia, quemosis, proptosis, oftalmoplejía y estado séptico. **Objetivos:** Poder demostrar que esta patología aunque es poco frecuente, su aparición es devastadora y muchas veces mortal. Enfatizar que los procesos infecciosos de la cara sobre todo del centro facial, incluyendo los senos paranasales no deben ser menospreciados, como así tampoco los menos frecuentes como las infecciones del oído medio y las de origen odontológico. Es de importancia poder distinguir la signo-sintomatología que se presenta cuando se produce la diseminación hematológica del inoculo: quemosis, edema periorbitario y proptosis, como signos de mayor consistencia de trombosis del seno cavernoso. **Materiales y Metodos:** El material en estudio es el caso problema y la característica es observacional. **Resultados:** Con la presentación de este caso problema demostramos que el mismo no escapa a la incidencia de alta morbi-mortalidad descripta ya que como es frecuente se minimizó la signo-sintomatología retardando el tratamiento específico **Conclusiones:** Patologías como éstas nos llevan a reevaluar los hallazgos semiológicos del paciente, ya que el diagnóstico en ésta como en otras enfermedades es básicamente clínico. El pronóstico de esta enfermedad se basa en el tiempo de demora en su diagnóstico y en los antecedentes previos de infección que retrasen el inicio del tratamiento antibiótico así como también otro tipo de comorbilidades asociadas a la trombosis séptica del seno cavernoso.

0268 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO: ALARMA EN ARGENTINA, MUERTE SOSPECHADA POR VIRUS INFLUENZA A (H1N1), SEROLOGIA CONFIRMA SINDROME PULMONAR POR HANTA VIRUS
LR LUNA, ML CABANA, L VIDAL, L LEON CEJAS, D VARGAS, C CABEZAS
 Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy, Argentina.

Introducción: La Influenza A (H1N1) es la infección por un nuevo virus de influenza que causa enfermedad en humanos. Se detecto por primera vez en México y luego en Estados Unidos y Canadá, se trasmite de persona a persona y se desconoce que tan grave podrá ser este virus en la población general. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) notifico a la fecha 125 muertes en 24 países de America (Tabla 1). Presentamos un caso clínico de Síndrome de Distres Respiratorio Agudo (SDRA) de etiología en estudio, que generó alarma nacional al sospechase (H1N1). **Caso Clínico:** Un joven de 28 años, sin antecedentes patológicos, profesión: chofer de larga distancia con viajes recientes a Buenos Aires y Mendoza. Presenta cuadro de cinco días de evolución de instalación brusca con fiebre superior a 38 grados, malestar general, mialgias, rinorrea, disnea progresiva y tos seca. Consultó en dos oportunidades, medicado sintomáticamente. Ingreso a UTI 30/05/09 con severo compromiso, Ta 90/60 mmHg, FC 120 por minuto, FR 40 por minuto, cianosis generalizada, soporoso, hipoventilación global con escasos rales finos, sin otros datos relevantes. Laboratorio: Hto 51%, GB 17000 mm3, plaquetas 100000 mm3, urea 45 mg/dl, LDH 780 UI/l, ASAT y ALAT aumentadas, PH: 7,30, CO2 34 mmHg, O2 47 mmHg, HCO3 16, EB -9. (FIO2 100%). (1) Radiografía de tórax con infiltrados intersticio-alveolares difusos (2). Se conecta a ARM estrategia pulmonar protectora, soporte vasoactivo y antibiocioterapia de amplio espectro. **Diagnostico:** SDRA de etiología en estudio, sospecha de Infección Respiratoria Aguda por Influenza A (IRAG). Se solicitaron serologías, cultivos de sangre y minibal (3). Evolucion: shock refractario, hipoxemia e hipercapnia. Fallece a las tres horas del ingreso. Post Mortem a las 48 horas se reciben serologías: HIV (-), Dengue (-), Influenza H1N1 (-), Hantavirus (+IgM), hemocultivos y minibal (-). **Conclusión:** Durante las últimas semanas el país se ha concentrado en el nuevo virus y el número de contagios entre los argentinos generando pánico en las escuelas e Instituciones de salud, se desconoce si ciertos grupos de personas presentan mayor riesgo de sufrir complicaciones graves. Si bien en este

caso no pudo dilucidarse aún cual fue el mecanismo de contagio, el Síndrome Pulmonar por Hantavirus debe sospecharse en aquellos pacientes que debutan con infiltrados pulmonares bilaterales e hipoxemia refractaria.(4)

0269 ESTUDIO DE LA INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO, ORIGEN Y CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN UN HOSPITAL ACTUAL, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LOS PACIENTES CRÍTICOS

P. DESMERY, D VAZQUEZ, D AGAZZI, C CASABELLA GARCIA, V APHALO, D INTILE, M CASANOVA, J SCAPELLATO, F ALVAREZ, V CANNATELLI
Sanatorio Anchorena, Argentina.

Introducción: El tromboembolismo (TEP) pulmonar es reconocido como una complicación de pacientes internados, pero ciertas modificaciones en el proceso de atención pueden producir cambios en los factores de riesgo reconocidos habitualmente. Objetivo: Estudio de la incidencia, factores de riesgo, origen de pacientes y curso clínico de pacientes con diagnóstico de TEP en un hospital actual, con especial énfasis en los pacientes críticos. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo por revisión de Historias clínicas de pacientes en los que un procedimiento definitivo (AngioTC, centellograma V/Q ó arteriografía) para diagnóstico de TEP fue realizado. Se recabaron datos demográficos, antecedentes, factores de riesgo, lugar y servicio en el que el diagnóstico fue efectuado, variables fisiológicas, tratamiento y situación vital al egreso hospitalario. Las variables continuas se describen como media y DS o mediana y percentiles según corresponda. Las variables categóricas se compararon con chi2. Se utilizó el paquete estadístico STATA. Resultados: En un periodo de 12 meses se efectuaron estudio definitivo en 91 pacientes, 26 (28,6%), fueron diagnósticos de TEP, en 16 (69%) fue el principal diagnóstico de la admisión. El diagnóstico se efectuó en la sala general en 13 pacientes, en la guardia: 8, en TI: 3 y otros 2. La edad fue de 57,5 ± 12 años y 13 pacientes fueron mujeres. La distribución de los antecedentes del score de Wells (neoplasia, TVP/TEP previo, inmovilidad o cirugía, hemoptisis y signos de TVP) fue la siguiente: no presentaron 9, tuvieron uno: 14 y dos en 4 pacientes. Se considera que existió retraso en el diagnóstico de TEP en siete pacientes: cinco ambulatorios (diagnósticos erróneos de: NAC, reagudización de EPOC, cólico renal, derrame pleural y lesiones nodulares en pulmón y en dos internados). Dieciocho pacientes requirieron cuidados críticos (12 en TI y 6 en coronaria), los restantes permanecieron en sala general. Los pacientes en cuidados críticos (n=18) tuvieron un SAPS de 29±12 (mortalidad esperada 10,5) y fueron tratados 2 con trombolíticos, 14 con HBPM y dos requirieron colocación de filtro de VCI por contraindicación de anti coagulación. Dos pacientes fallecieron durante la estadía en el hospital. Un hallazgo relevante de este estudio es que la mayoría de los pacientes con TEP confirmado provienen del medio ambulatorio 16 de 26 (69%), al compararlo con los pacientes con angio-TC negativa 23 de 66 (34%) (p=0,069). El 2,48% de los pacientes admitidos en TI provenientes de la guardia tienen TEP, mientras que representan 0,3 % de las admisiones hospitalarias desde la guardia. Conclusión: Es posible que el uso extensivo de profilaxis antitrombótica en conjunto con el uso de Dimerod y angio TC produzcan un cambio en la distribución de los pacientes con TEP estableciendo una predominancia de pacientes ambulatorios. Casi un tercio de los pacientes con diagnóstico final de TEP son admitidos con diagnósticos erróneos.

0270 RESULTADOS DE ESTRATEGIAS UTILIZADAS NA PREVENÇÃO DO INDICE DE PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECANICA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL

MVA PAZ, KH RODRIGUES, SA NISHIKAWA, RL COSTA, FAM FRANÇA
Hospital das Clínicas Luzia de Pinho Mello, Brasil.

Objetivos: Verificar se as estratégias utilizadas de prevenção para Pneumonia Associada a Ventilação (PAV) diminuiu a densidade de incidência de infecção do trato respiratório na Unidade de Tera-

pia Intensiva Adulto (UTI), já que a PAV é a principal causa de óbito entre as infecções hospitalares, excedendo a taxa de mortalidade por infecções em cateter central, sepse grave e infecções respiratórias em pacientes não intubados. Métodos: Estudo retrospectivo, descritivo, observacional e comparativo, realizado nos períodos de janeiro a maio de 2008 e janeiro a maio de 2009, onde foi implantado estratégias para prevenção de PAV, através de uma ficha de coleta de dados, onde os principais itens são: cabeceira elevada de 30 a 45 °, despertar diário da sedação, pressão do cuff, uso de sonda ororental, sendo os dados preenchidos pela equipe de enfermagem e fisioterapia em três períodos manhã, tarde e noite diariamente. A medida foi feita através da simples observância e conferencia dos itens contidos na ficha. Resultados: Foi observado que nos períodos de janeiro a maio de 2008 onde não havia estratégias multiprofissionais estabelecida para a prevenção da PAV, a densidade de infecção do trato respiratório relacionado a ventilação na Unidade de Terapia Intensiva Adulto foi de 32,32 e após a implantação do protocolo multiprofissional no período de janeiro a maio de 2009 a densidade foi de 15,42. Conclusão: Existe uma preocupação em particular para se prevenir a PAV, pois prolonga o tempo de ventilação mecânica, o tempo de permanência na UTI, e o tempo de internação no hospital. Por isso a importância de utilizar estratégias multidisciplinares para a prevenção e redução de PAV, onde podemos comparar que a adesão do protocolo instituído reduziu significativamente a densidade de incidência de PAV. As razões do sucesso são provavelmente decorrentes de uma abordagem multiprofissional para a aplicação consistente dos cuidados.

0271 RESULTADOS OBTENIDOS EN UN PERIODO DE 3 AÑOS APLICANDO UNA ESTRATEGIA DE TRABAJO EN UNA UTI DE HOSPITAL MUNICIPAL

JA DOGLIA, V NOVARESE, M LOUGE, J CHUQUIPOMA DIAZ, M PONCE, M ALBERT, N CARRO
HOSPITAL DE MAR DE AJO PARTIDO DE LA COSTA, Argentina.

Introducción y Propósito: La UTI del Hospital de Mar de Ajo es una unidad de mediana complejidad, polivalente, que cuenta con 5 camas. A partir del año 2006 se implementa una estrategia de trabajo con enfoque integral, cuyo propósito fue optimizar el funcionamiento de la unidad. Durante los 2 primeros años se midió la mortalidad, tasas de utilización de procedimientos invasivos, número de infecciones registradas, tasa de infecciones asociadas a procedimientos invasivos (Vigilancia Epidemiológica). En el último año se evaluaron otras variables para establecer en forma mas precisa las características epidemiológicas de la unidad. Objetivo: Demostrar la eficacia de un plan de trabajo basado en: a) Elaboración e implementación de protocolos de diagnóstico y tratamiento de las patologías prevalentes b) Educación y capacitación del personal de enfermería c) incorporación de tecnología médica, optimización de los insumos. Materiales y Metodos: Se realizo un análisis retrospectivo de los pacientes ingresados a UTI durante el periodo abril 2006-abril 2007, con datos obtenidos de la oficina de estadística. Desde enero 2008 los datos se obtienen de bases propias de UTI. Resultados: la mortalidad global en el año 2005 fue de: 38,7%; 2006: 28,57; 2007: 26,99%; 2008-17, 4%. Desde el año 2008 se comienza a medir el Score de APACHE II del paciente al ingreso y a las 48 horas, cuyo resultado fue: 9,3% y 3,4% respectivamente. El promedio de días de estada 2,93. El porcentaje de derivaciones a otra institución: 21, 6%. La patología prevalente fue cardiovascular, seguida de enfermedades respiratorias. Conclusiones: A partir de la aplicación de una estrategia de trabajo organizado basada en la elaboración de protocolos y capacitación del personal, se evidencia una disminución en la mortalidad de los pacientes internados en la unidad. En los años sucesivos se continuará con el registro sistemático de datos con el objetivo de mejorar resultados y poder compararnos con otras Unidades de similar complejidad.

0272 TRIAGE NUTRICIONAL, ESTADO NUTRICIONAL Y SU RELACION CON LA ESTADIA Y SOBREVIDA DE PACIENTES CRITICOS, UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

SP GUTIERREZ¹, RE PAIRUMANI², JA GUERRA²
¹Hospital Obrero N°1, Bolivia. ²Instituto de Gastroenterología Boliviano Japonés - La Paz, Bolivia.

Objetivo: 1. Realizar un triage del riesgo de desnutrición de los pacientes internados en una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de enseñanza polivalente. 2. Establecer el estado nutricional de los pacientes internados en UTI a través de la utilización de la Evaluación Subjetiva Global (ESG). **Material y Método:** Diseño. Estudio observacional prospectivo. Lugar. Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Obrero N°1, La Paz, Bolivia. **Sujetos.** Pacientes críticamente enfermos internados en UTI entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2005, con una permanencia igual o mayor a 24 h. **Muestreo.** Intencionado, no probabilística **Método.** Se realizó un Triage nutricional para establecer el riesgo de desnutrición del paciente utilizando un formulario previamente validado. Si el paciente era catalogado en riesgo de desnutrición se calificó el puntaje de la ESG categorizando al paciente en eutrófico, moderadamente desnutrido y severamente desnutrido. Los datos finales fueron procesados mediante estadística descriptiva e inferencial (riesgo relativo, Chi cuadrado, T de Student, ANOVA, test exacto de Fisher). Se utilizaron los programas Epi Info 3.2.2, Epidat 3.0, Stats y Microsoft Excel 2000. **Resultados:** Ingresaron al estudio 235 pacientes, 52,7% varones, mediana de edad 64 años (Rango 79 años), promedio del puntaje de APACHE II al ingreso fue 19,1 +/- 9,3. 93 pacientes se encontraban en riesgo de desnutrición (39,6%). Se comparó en estos dos grupos: edad, sexo, puntaje de APACHE II al ingreso, estadía en UTI y mortalidad, no encontrándose diferencia estadística en estas variables; el puntaje de APACHE II a las 48 horas del ingreso fue más alto en los pacientes identificados como en riesgo nutricional. En este mismo grupo la proporción de pacientes sin soporte nutricional fue mayor en comparación con el grupo sin riesgo nutricional (32 vs. 15%). Se identificaron como factores de riesgo para desnutrición al sexo masculino (Riesgo Relativo (RR) 1,42 (0,84 – 2,41) y cursar una patología de urgencia ya sea médica o quirúrgica. Los pacientes identificados como en riesgo de desnutrición fueron sometidos a ESG con un puntaje promedio de 9,8 +/- 3,45. Se clasificó a los pacientes de acuerdo al puntaje obtenido en la ESG encontrándose que 95,7% estaba desnutrido; la mayoría de ellos con una desnutrición moderada (52,7%). Los pacientes con desnutrición severa presentaron mayor mortalidad. No hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la estadía en UTI (6 días) y el número de días de ayuno (3 días). **Conclusiones:** 4 de cada 10 pacientes que ingresan a UTI se encuentran en riesgo de desnutrición. Los pacientes identificados como en riesgo nutricional en su gran mayoría cursan un moderado a severo cuadro de desnutrición, mensurado a través de la Evaluación subjetiva global. El riesgo nutricional no influye en la estadía en UTI. El riesgo nutricional, un puntaje mayor de 10 puntos en la evaluación subjetiva global (que denota un estado de desnutrición severa), se han identificado como factor de riesgo de muerte.

0273 EVALUACIÓN DE LA SOBREVIDA Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA POR UNA ENFERMEDAD CRÍTICA: SEGUIMIENTO A 3 MESES DEL EGRESO HOSPITALARIO

M. BUSICO, N. IRASTORZA, D. INTILE, J. SCAPELLATO, D. VASQUEZ, D. AGAZZI, M. CASANOVA, C. CASABELLA GARCIA, G. PLOTNIKOWL, A. LEOZ, P. D'ANNUNZIO, P. DESMERY
Sanatorio Anchorena, Argentina.

Introducción: Creciente interés ha cobrado el efecto que la ventilación mecánica (VM) tiene en la sobrevida alejada y en la calidad de vida de los pacientes críticos. Los estudios que muestran este efecto en Argentina son limitados. **Objetivo:** Evaluar el la situación vital, calidad de vida y funcionalidad de pacientes que recibieron más de 48 h de VM por un evento crítico. **Material y método:** Estudio de cohorte de una muestra de pacientes sometidos a VM entre el 1 de septiembre 2008 y 30 de abril de 2009, basado en la evaluación prospectiva de pacientes ventilados, revisión de la historia clínica y entrevista telefónica. La evaluación de calidad de vida se efectuó por medio del EUROQOL y el nivel de capacidad física por el score de Barthel, considerándose 95 o 100 como funcionalidad buena. Se evaluaron variables demográficas, SAPSII y variables relacionadas con la VM. El status vital se obtuvo durante la entrevista telefónica, la cual se efectuó en forma directa al paciente o a un conviviente. Las variables continuas se reportan como media y DS ó mediana y percentilos. Las variables ordinales se tratan con test no

paramétricos. Supervivencia por Kaplan-Meyer. Se realizó análisis de regresión para evaluar la asociación entre variables relacionadas con la enfermedad aguda y la evaluación alejada de calidad de vida y capacidad. Se utilizó el paquete estadístico SPSS. **Resultados:** Se incluyeron 76 pacientes, la edad fue de 65 ± 14,4 años, 37 mujeres, SAPSII: 40,6 ± 14,5, mediana de duración de VM 4 días, mediana de egreso del hospital fue de 14, y fallecieron en el hospital 27 (35,5%). De los 49 pacientes vivos 10 fueron derivados a centros de rehabilitación y 39 retornaron a sus domicilios. Fue posible contactar a 41 pacientes, cuatro de los cuales fallecieron luego del egreso hospitalario y en 37 se efectuó la entrevista. Del total de pacientes ingresados en la cohorte al inicio de la VM, con una mediana de seguimiento de 85 días la sobrevida global se encuentra por sobre la mediana (54,3%). La calidad de vida medida por EAV del EUROQOL fue de 70 (q25: 45; q75: 80). La mediana del score de Barthel fue de 90 (q25: 45; q75: 80) y 15 de 35 (43%) tuvieron score de 100. Al introducirse en el modelo para determinar los factores asociados con buena funcionalidad, ni la edad, el SAPSII o la duración de la VM son significativas. Cuando se les preguntó a los pacientes si estarían dispuestos a pasar por todo lo que pasaron para estar como están actualmente la totalidad contesto que sí. **Conclusión:** La mortalidad hospitalaria de esta cohorte fue de 35%. Durante los tres meses de seguimiento cuatro de cada 10 pacientes se encontraban con buena funcionalidad y en una EAV la calidad de vida fue de 70/100. Hubo cuatro óbitos en este período. Ninguna de las variables asociadas a la enfermedad crítica tiene poder predictivo.

0276 EVALUACIÓN DEL USO Y DIFICULTADES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA LISTA DE CONTROL PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS A CATÉTERES DE HEMODIÁLISIS

A. RODRIGUEZ, N. JUAREZ, R. RIVAS VERA, A. RIQUELME, E. MAGNO, J. VIVAS, M. BAINI, C. VALLEJOS, A. VALVERDI, C. CASABELLA GARCIA, D. AGAZZI, D. VASQUEZ, M. CASANOVA, V. APHALO, K. ARANDA, P. DESMERY
Sanatorio Anchorena, Argentina.

Objetivo: Establecer si el uso de un listado de medidas para la colocación de los catéteres para hemodiálisis son efectivo en la disminución de las Bacteriemias Asociadas a Catéteres **Introducción:** Es sabido que existen varios listados donde se protocoliza la implementación del uso de medidas para la colocación de catéteres centrales, y de la negación de los Médicos y Enfermeros en la utilización de los mismos. Según Wenzel R et al (NEJM 2008) las infecciones relacionadas a catéteres se originan en los contaminantes de las manos del operador y en la piel de los pacientes. Con base en esto hemos desarrollado un listado de procedimiento para la colocación de catéteres unificando los criterios e integrando un equipo de profesionales calificados que utilicen cuidados basados en la evidencia y conductas que lleven a un camino de seguridad y confort para el paciente. **Metodología:** En la unidad de Cuidados Intensivos del Sanatorio Anchorena, se implementó un listado de control (check-list) para la prevención de las infecciones relacionadas a la colocación de catéteres de hemodiálisis. Se realizó una revisión de la historia clínica y se utilizó la base de datos de bacteriología para obtener la información clínicamente relevante. Este listado de medida comprendía en la implantación de unas series de procedimientos para disminuir las infecciones asociadas a catéteres. A saber: • Preparación del paciente: Colocar al paciente en trendelenburg. Si se encuentra en ARM bajar la PEEP a lo menor posible. Selección del acceso. Descontaminación de la piel con clorhexidina al 2% • Preparación del operador Lavado de mano previo Técnica aséptica completa • Cuidados pos-colocación Se consideró bacteriemia relacionada a cateter (BRC) al aislamiento de mismo germen en hemocultivo y punta de cateter. **Resultados:** Se Evaluaron 24 catéteres, en 12 de los cuales se utilizó la lista control obteniendo los siguientes resultados: Retiros no electivos: 3 Cultivo de punta de cateter: 1 de 3 positivo. BRC: ninguna En los 12 cateters sin lista de control: Retiros no electivos: 2 Cultivo de punta de cateter: 1 de 2 positivos BRC: una. Los principales inconvenientes encontrados en el uso del listado de control fueron: • Las enfermeras veían que la implementación de su uso era un aumento de trabajo al ya existente. • No querían ser una herramienta de control hacia los médicos para no comprometer su relación con los mismos. • Los médicos no aceptaban ser con-

trolados y corregidos, según las medidas del listado, por el personal de enfermería. Conclusión: El número de catéteres evaluados es insuficiente para determinar la eficacia de la Lista Control. Se considera que en un estudio posterior con mayor número de catéteres permitiría evaluar su utilidad. Finalmente es necesario implementar medidas de educación en médicos y enfermeras para incrementar su aceptación.

0278 PRESENTACION DE CASO DE ASCITIS QUILOSA

G GENOVESE, V OJEDA, F DANA, D PALACIOS
Hospital Durand, Argentina.

Objetivo: 1. Reportar un caso de ascitis quilosa en el postoperatorio 2. Destacar opciones terapéuticas. Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 49 años, ingresa a UTI en el postoperatorio inmediato de nefrectomía secundaria a shock hipovolémico por ruptura de tumor renal. Evolución con SDRA y hemólisis intravascular secundaria a transfusión incompatible. Se inicia alimentación enteral presentando a las 72 hs por los drenajes débito similar a la misma. Ante la sospecha de perforación intestinal se realizan Rx y TAC de abdomen con contraste donde no se evidencian fugas. El análisis del líquido de los drenajes es compatible con líquido linfático. Con el diagnóstico de ascitis quilosa se inicia nutrición parenteral por 10 días, continuando luego con alimentación enteral con ácidos grasos de cadena mediana. Se retiran los drenajes por no presentar débito, se realiza seguimiento con ecografía abdominal, pasa a sala de cirugía general siendo luego dada de alta. Resultados: La ascitis quilosa se caracteriza por la presencia de linfa en la cavidad abdominal. La linfa es una sustancia lechosa, blanco-amarillenta, inodora con las siguientes características: densidad > 1012, pH alcalino, grasas totales de 4 a 40 g/l, triglicéridos > 200 mg/dL, proteínas > 30 g/l, glucosa < 100 mg/dL, LDH 110-200 U/l, celularidad de predominio linfocítico, estéril. Son 3 los mecanismos fisiopatológicos: 1) la obstrucción de los conductos linfáticos por linfomas, metástasis, fibrosis o ruptura de los vasos linfáticos de manera traumática (trauma cerrado o quirúrgico) 2) congénito 3) dilatación retroperitoneal de vasos linfáticos (megalinfáticos) secundario a pericarditis constrictiva, insuficiencia cardíaca y cirrosis. Para el diagnóstico se utiliza la paracentesis, ecografía y TAC abdominal donde se puede evidenciar líquido libre en cavidad, y estudios de medicina nuclear. El pronóstico depende de la causa, en los casos agudos (post-traumático/quirúrgico) suele ser favorable, con mortalidad menor al 4%; aunque en los casos crónicos la mortalidad llega al 40%. El tratamiento se basa en identificar y tratar la causa desencadenante, soporte nutricional y cirugía. El tratamiento conservador consta de un conjunto de medidas escalonadas por 1-2 semanas después de las cuales la cirugía sigue indicándose como procedimiento de elección. Soporte nutricional con dietas con ácidos grasos de cadena mediana ya que estos se absorben directamente por la circulación venosa portal o nutrición parenteral que corrige además el déficit nutricional y metabólico. En 2-6 semanas se logra curar el 60-100% de los casos. Somatostatina: favorece el cierre de la fístula. La respuesta se observa a las 24-72 hs con disminución del débito por los drenajes. Conclusiones: La ascitis quilosa postquirúrgica es una complicación aguda, poco frecuente; su diagnóstico temprano permite realizar tratamiento conservador con buenos resultados.

0280 INCIDENCIA Y FACTORES PRONOSTICOS DE EN PACIENTES QUE REQUIRIERON HEMODIÁLISIS AGUDA EN TERAPIA INTENSIVA

C FARQUHARSON¹, R KARATANASOPULOZ², F ZALAZAR³, E CARRERA⁴, C CORREIA DA SILVA⁴, A ACOSTA⁵

¹Hospital J. R. Vidal. Corrientes, Argentina. ²Hospital J. R. Vidal. Servicio de Terapia Intensiva, Argentina. ³Hospital J.R. Vidal. Corrientes. Servicio de Terapia Intensiva, Argentina. ⁴Hospital J. R. Vidal. Servicio de Terapia Intensiva, Argentina, Argentina. ⁵Hospital J. R. Vidal. Servicio de Terapia Intensiva. Corrientes, Argentina.

Introducción: Alrededor del 5 al 25% de los pacientes que ingresan a las unidades de cuidados intensivos presentan insuficiencia renal aguda (IRA), de los cuales un porcentaje similar requiere tratamiento sustitutivo de la función renal. El pronóstico depende de múltiples factores tales como: la edad, días de interna-

ción, Score APACHE II al ingreso, causas, numero de fallos y otros. El objetivo de nuestro trabajo fue el de revisar las características de la población estudiada y comparar los datos al alta u óbito de los pacientes estudiados. Materiales y métodos: Se incluyeron los pacientes con diagnóstico de IRA que ingresaron a nuestro servicio entre enero 2003 - diciembre 2005 y que requirieron hemodiálisis. Se considero IRA a la caída persistente y abrupta por más de 24 horas del filtrado glomerular (<0.5ml/hora) o una creatinina >2mg%. Se recolectaron de las historias clínicas: requerimiento de diálisis, edad, días de internación, score A.P.A.C.H.E. II, signos vitales, Glasgow, etiología, numero de fallos orgánicos(FMO), relación PO2/FIO2, laboratorio de ingreso, requerimiento de transfusión. Se compararon los datos al alta u óbito de los pacientes. Resultados: Del total de pacientes ingresados en ese periodo: 667 pacientes, 91 tuvieron diagnóstico de IRA y 14 de ellos requirieron hemodiálisis. Los valores promedio de estos pacientes fueron: edad 46 años, 6,5 días de internación, APACHE II:19 puntos, T.A 113/75 mmHg, frecuencia cardíaca: 107 por min., frecuencia respiratoria: 30 por min. Glasgow 13, FMO 2 fallos, PAFI 310, pastas de GR:3, Hto 20% gluc.70mg%, urea 160mg%, creatinina 6mg%, bilirrubina 1.9mg%, albúmina 2.3mg%, G.Blanco 9600mm³, Na 140 meq/l, K 4.7 meq/l, COH3 12.5 meq/l. 12 pacientes tenían diagnóstico de sepsis y en total fallecieron 6. De acuerdo a la evolución se observó que FMO > 0 = 3, la PAFI menor a 150 y K mayor a 5 meq/l se asociaron con el óbito. Conclusiones: La incidencia de IRA fue del 13% y la necesidad de realizar hemodiálisis 15%. La presencia de 3 o más fallos orgánicos, sepsis, hiperpotasemia y SDRA se asociaron con mala evolución de los pacientes.

0281 SATISFACCIÓN LABORAL EN UN EQUIPO DE TERAPIA INTENSIVA EN LA CIUDAD DE BAHIA BLANCA

F TOLEDO, E MARTINEZ, G RISACHER, M FASANO, A ROMERO, D BARCA, J FRIZZA, S PEREZ BETI, D FAINSTEIN
Hospital Privado del Sur, Bahía Blanca, Argentina.

Objetivos: La satisfacción laboral es un indicador de la calidad de la atención médica y se ha equiparado en importancia a la disposición de tecnología o al grado de preparación de los profesionales. Mantener niveles elevados de satisfacción laboral se traduce en mejoras de los procesos y trabajo en equipo. Decidimos realizar este trabajo con el fin de definir el grado de satisfacción laboral de los profesionales y planificar estrategias de mejoras. Materiales y métodos: Se realizó un trabajo prospectivo, observacional, aplicando la encuesta S20/23 a todos los profesionales médicos y enfermeros del Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Privado del Sur, en la ciudad de Bahía Blanca durante el mes de mayo del 2009. La encuesta S20/23 es una encuesta autoadministrada, de validez y confiabilidad demostrada, que permite obtener una medida de la satisfacción global, considerando los factores de Herzberg. Resultados: Se recolectaron 20 encuestas (8 médicos y 12 enfermeros) que arrojaron los siguientes resultados: 85 % insatisfechos con el salario, 45% insatisfechos con la supervisión y 55% insatisfechos en la forma en que se negocian aspectos laborales y cumplimiento de las leyes laborales. Los aspectos relacionados a la motivación individual y al trabajo en si mismo fueron en general satisfactorios. Conclusión: Creemos que es importante destacar que la mayoría de los encuestados están satisfechos con el trabajo (factor motivacional) y el ambiente (factor extrínseco) en el que lo desarrollan. Los aspectos insatisfactorios son factores extrínsecos (principalmente el salario) y que revela la necesidad de plantear estrategias para mejorarlos. Bibliografía: 1. Herzberg F., Mausner B., Snyderman B.B.: The motivation to work (2 ed.). Nueva York: Jhon Wiley & Sons; 1959. 2. Faragher, E Cass, M y Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupant Environmental Medical*, 20, 105-112. 3. Marucco Mariana, Gil Monte, Pedro. Satisfacción laboral en pediatras del conurbano bonaerense, Región Sur. *Revista Chilena de Pediatría* 2007; 78 (5): 489-493. 4. Melia JL, Peiro JM: La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el cuestionario de satisfacción S20/23. *Psicologemas* 1989; 3:59-74. 5. García Ramos Martina, Lujan Lopez M.Elena, Satisfacción laboral del personal de salud. *Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2007; 15(2): 63-72. 6. Briseno Carlos y otros. Satisfacción Laboral en el personal de enfermería del sector público. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva. Artículo Especial* n 30. vol 5 n 4, abril 2005.

0283 NECESIDAD DE INTERNACIÓN DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD EN NIÑOS DERIVADOS POR SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

AD LOPEZ

Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Argentina.

Objetivo General: Determinar si los niños derivados por SDR al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, durante el año 2006 requirieron internación de mediana y alta complejidad. Cuales fueron las etiologías más frecuentes. Tipo de Estudio: retrospectivo descriptivo. Fuentes de información y técnica de recolección de datos: Para la recolección de los datos, se analizaron las historias clínicas de los niños derivados al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad por síndrome de dificultad respiratoria durante el año 2006. Universo y muestra: Se tomó como universo 327 historias clínicas de niños derivados al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad durante el año 2006, elegidas al azar. De éstas, se seleccionaron todas las que tuvieran el síndrome de dificultad respiratoria como motivo de derivación. Con esto se conformó una muestra de 46 historias clínicas. De los 46 pacientes derivados por síndrome de dificultad respiratoria, sólo 11 requirieron internación de mediana y alta complejidad. La bronquiolitis sin especificar fue la etiología más frecuente, seguida de la bronquiolitis por VRS. La neumonía bacteriana aguda se encuentra entre las tres primeras causas de SDR. Del total de pacientes derivados, sólo 11, el 23% requirieron internación de mediana y alta complejidad, requirieron un total de 118 días de UCI, 161 días de internación en unidades de alta complejidad, con un total de 518 días de internación, con una moda de 33 y un promedio de 47 días de internación. Conclusiones: Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) representan un problema prioritario de salud a escala mundial, ya que durante los meses de invierno constituyen una de las principales causas de consulta e internación. Ocasionalmente tienen una evolución grave y pueden provocar la muerte o dejar secuelas broncopulmonar es permanente. Las funciones básicas de la atención primaria son resolver un porcentaje elevado de los problemas de salud de las personas y derivar adecuadamente al nivel siguiente los problemas no resueltos, evitando así la ineficiente utilización de los recursos, la sobrecarga de los profesionales y el espacio físico. Aumentando los costos que deberían utilizarse para un reducido número de casos que requieren un centro de máxima complejidad. (6) Los resultados muestran que la derivación de los pacientes fue oportuna en el 23% de los casos, mostrando que existen fallas en la coordinación de los distintos centros. Las causas que explicarían estos resultados podrían ser: Falta de equipamiento y recursos de diagnóstico y tratamiento. Falta de recurso humano capacitado para la atención de salud en el primer nivel. Falta de datos epidemiológicos necesarios para guiar el gerenciamiento y las acciones del recurso humano en la atención primaria. Reducción indiscriminada de los gastos. Necesidad de actualización tecnológica en sistemas de comunicación. Subutilización del primer nivel de atención por desconocimiento o desconfianza por parte de los usuarios. Autoderivación o presión por parte de los usuarios para derivar.

0284 HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES

M RODRÍGUEZ GOÑI, L KUMAR, R ROTTE, J SANCHEZ, J DALDÍN, J SAGARDÍA, N CACACE LINARES
Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Objetivo: Describir un caso fatal de Síndrome de hiperinfección por Strongyloides stercoralis. Método: Reporte de caso. Resultado: Paciente femenina de 36 años, con antecedentes de pénfigo foliáceo tratado con glucocorticoides y azatioprina, hipotiroidismo, obesidad y síndrome de Cushing. Consulta por cuadro de 15 días de evolución caracterizado por dolor abdominal, vómitos biliosos, astenia y somnolencia. Al ingreso al servicio de emergencias se encontraba estuporosa e hipotensa; presentando en el laboratorio acidosis metabólica con anión GAP aumentado, hiponatremia severa con LEC disminuido, hipocalcemia y función renal normal. Recibe reposición aguda de sodio y calcio. Se toman hemocultivos (HC) e inicia tratamiento con cefalotina-ciprofloxacina IV. Evoluciona con episodio de taquipnea, taquicardia, broncoespasmo y dificultad respiratoria que se interpreta inicialmente como

edema agudo de pulmón. Ingres a terapia intermedia requiriendo ventilación no invasiva. Evolución tórpida presentando fiebre, leucocitosis en ascenso, hipoxemia, oliguria e íleo. Frotis de sangre periférica: 82% segmentados con granulaciones tóxicas. HIV: negativo. Rx de tórax: opacidades parcheadas bilaterales. Requiere ventilación mecánica invasiva. Se toma muestra de aspirado traqueal (AT) y HC. Al examen directo de Aspirado Traqueal: larvas de Strongyloides stercoralis, HC 2/2 Pseudomona Aeruginosa. Se rotan antibióticos a piperacilina-tazobactam e ivermectina. Presenta en la evolución shock séptico, severo SDRAM con hipoxemia refractaria (incluso a la ventilación en decúbito prono) e insuficiencia renal aguda. Fallece. Conclusiones: La infección subclínica con este nematodo puede persistir por décadas a través de un ciclo de autoinfección. Cuando el paciente con infección latente por S. stercoralis recibe drogas inmunodepresoras puede evolucionar con un severo síndrome de hiperinfección que compromete la vida y que con frecuencia se asocia a sepsis por GRAM negativos secundaria a traslocación bacteriana intestinal. La presencia de larvas filariformes visibles en el tracto respiratorio es una manifestación de infección diseminada. Antes de iniciar tratamiento inmunodepresor se debe descartar la presencia de Strongyloides Stercoralis mediante estudio coproparasitológico, aspiración de líquido duodenal y/o serología.

0285 EVALUACIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN DE ACUERDO AL SITIO DE INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

C BALASINI, R REINA, G SÁENZ, G VIDAL, P MONTEFIORE, C GARCÍA, F GONZALEZ, H CANALE, E ESTENSSORO
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

Objetivo: Evaluar el riesgo de infección de los catéteres venosos centrales (CVC) de acuerdo al sitio de inserción: subclavia, yugular interna, o femoral. Diseño: Estudio observacional retrospectivo. Métodos: Pacientes ingresados en una Terapia Intensiva (UTI) médica/quirúrgica de un Hospital afiliado a la Universidad que requirieron CVC, desde el 01/01/2000 hasta el 12/31/2007. Los datos epidemiológicos fueron recolectados de una base prospectiva. Se evaluó colonización y bacteriemias por CVC (BAC) en los diferentes sitios de inserción utilizando los criterios del CDC. Las comparaciones fueron realizadas con el test de Chi², y se realizó un análisis de sobrevida con BAC como medición de outcome ajustado al tiempo de uso del catéter. Una p < .05 fue considerada significativa. Resultados: 2217 CVC fueron insertados en 660 pacientes y se observaron 15.887 días de CVC. La edad de los pacientes fue de 42±16 años, APACHE II 19±7, SOFA 6±6, McCabe 1.4±0.8, admisiones médicas 37%, posoperatorios 35% y trauma 28%. La mortalidad fue del 36%. La tasa de BAC y colonización fue de 6.6/1000 días catéter (4.5%) y 14.6/1000 días catéter (9.9%), respectivamente. La incidencia de BAC en la yugular interna no fue diferente de la subclavia (HR 2.28:95% CI .95-5.5;p=0.066); La incidencia de BAC en femoral fue significativamente más frecuente que en la subclavia (HR 3.3: 95% CI 1.38-7.82;p=0.007). No se evidenció diferencias entre femoral y yugular (p=0.06). La colonización fue mayor en la yugular interna (HR 2.5: 95% CI 1.45- 4.30;p=0.001) y femoral (HR 1.8: 95% CI 1.06-3.14;p=0.03) comparado con la subclavia. No se encontró diferencias en la colonización entre femoral y yugular (p=0.37).

	BGN=64%			Coocs=31%			Candida=7%
	Acineto	Pseud	Kleb	S.aureus	SCN	Enteroc	
Subclavia (6)	1(17%)	0	0	0	1(17%)	1(17%)	0
Yugular Int (35)	8(23%)	6(17%)	4(11%)	4(11%)	6(17%)	2(6%)	3(9%)
Femoral (58)	9(16%)	10(17%)	10(17%)	4(7%)	8(14%)	6(10%)	4(7%)
Todas (99)	18	16%	14%	8%	15%	9%	7%

Conclusiones: BGN fue la causa más frecuente de BAC, contrario a lo descrito en la literatura. La subclavia fue el sitio de menor colonización. No hubo diferencia en la incidencia de BAC entre yugular interna y subclavia, pero fue significativamente mayor la incidencia en la femoral cuando se lo compara con subclavia. La incidencia de BAC entre yugular y femoral no fue significativa

0286 INFECCIONES EN TERAPIA INTENSIVA ANTES Y DESPUES DEL PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIONES HOSPITALARIAS DE ARGENTINA

N BENITEZ, LL ANDRAUS, C CHÁVEZ, L GUDIÑO

Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Jose Bernardo Iturraspe, San Francisco, Córdoba, Argentina.

Objetivo General: Demostrar las tasa de infecciones en el servicio de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital José Bernardo Iturraspe en dos semestres en el periodo 2008. **Objetivo Especifico:** Estudio de la incidencia de infecciones asociadas a procedimientos invasivos (colocación de catéter central, sonda vesical y neumonías asociada a respirador NAR) en UTI. **Resumen:** El programa VIHDA consiste en obtener información estandarizada de los distintos hospitales que participen en el mismo a fin de contribuir la disminución de la morbimortalidad por infecciones hospitalarias, mejorando la calidad de la atención médica y minimizar costos. Las infecciones relacionadas con catéter central (CC) se producen por una compleja interacción de factores inherentes al huésped los microorganismos y los catéteres. La utilización de sondas vesicales (SV) constituye el más importante reservorio de la flora multirresistente intrahospitalaria. La patogénesis de la NAR se asocia a dos procesos importantes la colonización bacteriana del tracto aerodigestivo y la aspiración de secreciones contaminadas en la vía aérea inferior. **Material y Metodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el periodo de 2008 dividido en los dos semestres para demostrar la tasa de infecciones en procedimientos invasivos en terapia intensiva aplicando en el ultimo semestre la vigilancia epidemiológica del programa VIHDA. Se tomará como población a todos los pacientes ingresados en el año 2008 a la unidad de terapia intensiva y como muestra a todos los pacientes que han sido invadidos con procedimientos como colocación de CC, SV y pacientes ventilados con ARM. La técnica de recolección de datos estadísticos ha sido a través de la revisión de cada historia clínica de pacientes ingresados, libro de actas de ingreso de pacientes registrado por enfermería **Resultados:** Ingresaron en el primer semestre de 2008, 141 pacientes de los cuales 85 (60.28%), fueron invadidos con SV; 51 (36.17%) con CC, 44 (31.20%) pacientes con ARM. Del primer grupo se detectó 6 pacientes infectados; del segundo grupo 6y del tercer grupo 10. En el segundo semestre y bajo la vigilancia del programa VIHDA ingresaron un total de 120 pacientes de los cuales 68 (56.66%) se les colocó SV, con 3 pacientes infectados; 64(53.33%) pacientes con CC con 4 y 37 (30.83%) pacientes con ARM con 4.

	1ºSEMESTRE			2ºSEMESTRE		
	SV	CC	NAR	SV	CC	NAR
TASAS GLOBAL	4.25%	4.25%	7.09%	2.5%	3.33%	3.33%
ESPECIFICA	13.63%	11.76%	11.76%	4.41%	6.25%	10.81%

Conclusión: En el período vigilado por el programa VIHDA del año 2008 se observa una considerable disminución de las infecciones asociadas a estas tres variables. **Recomendaciones generales:** educación del personal de salud, continuar con el programa de vigilancia epidemiológica.

0288 TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA CON TECNICA DE GRIGGS (EXPERIENCIA EN 100 PACIENTES)

N CARRIZO, I TORALES, A MORANO, M GONZÁLEZ, R AVILA, C CASTARATARO

Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Provincial José María Cullen, Santa Fe, Argentina.

Objetivo: Describir los resultados obtenidos en los primeros 100 pacientes sometidos a traqueostomía percutánea (TPC) con técnica de Griggs en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (unidad de trauma nivel III). **Materiales y Método:** Sobre la base de publicaciones que evidencian ventajas operativas y mayor costo efectividad en favor de técnicas percutáneas de traqueostomía, el servicio de UTI creo un team de médicos con experiencia en técnica de Griggs, para realizar todas las traqueostomías necesarias con este método, salvo que el paciente presentara contraindicaciones absolutas. En un lapso de 14 meses (desde el 10/2007 al 12/2008) se realizaron 100 TPC con técnica de Griggs en pacientes cuyas características eran: Edad promedio 40.1, APACHE II promedio 17.01, 82 masculinos y 18 femeninos. Los principales motivos de ingreso a UTI fueron: 42 ptes. Traumatismo de cráneo (TEC) grave o moderado, 30 de ellos con politraumatismos, 5 ptes. politraumatismos graves sin TEC, 16 ptes. shock séptico y sepsis severa, 11 ptes. ACV, 5 ptes. neumonía aguda severa de la comunidad. En cuanto a los motivos de ingreso a asistencia respiratoria mecánica (ARM): 62 por coma, 26 por insuficiencia respiratoria y 12 por shock. El 43% de las TPC se realizaron dentro de los 7 días de ARM y el 57% luego del día 7 de ARM. 28% de los ptes. presentaban alguna contraindicación relativa para esta técnica (23 dificultad anatómica, 3 insuficiencia respi-

ratoria severa y 2 coagulopatías). **Resultados:** Mortalidad de la población en UTI: 28%. Infección periestoma: 10 ptes. (8 cuyos motivo de ARM era coma y 2 por insuficiencia respiratoria), Complicaciones inmediatas según la clasificación de Dulgerov (serias ninguna, 5 intermedias por desaturación y 12 menores, principalmente por dificultad severa en la canulación). Complicaciones intermedias: 1 fistula traqueo-innominada, 2 fistulas traqueo-esofágicas y 2 eventos de sangrado severo periestoma. Complicaciones tardías diagnosticadas por laringotraqueoscopia (realizada en 35 de los 67 que sobrevivieron): 10 estenosis traqueales mayor al 50% , 3 parálisis de cuerdas vocales y 2 fistulas traqueo-esofágicas tardías. Promedio de días en UTI en TPC precoz fue de 21 días y de 23.6 días en TPC luego del séptimo día. **Conclusiones:** Destacamos la importancia de nuestra serie debido a la escasa publicación de trabajos con TPC con técnica de Griggs en este tipo de población. Resaltar la ausencia de complicaciones serias inmediatas. La mortalidad del 27% en comparación a la población general en ese lapso de tiempo, que fue del 34,5%. La incidencia de celulitis periestoma (10%) fue mayor que las publicadas con otras técnicas de TPC, encontrando un mayor porcentaje en aquellos pacientes que requirieron ARM por estado de coma. Destacamos una mayor incidencia de estenosis traqueal significativa en nuestra serie en comparación con otras publicaciones, pero con poblaciones diferentes.

0289 SIGNIFICADO DE LOS DIFERENTES PATRONES DE COMPORTAMIENTO EVOLUTIVO DE LA ONDA T EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL ST

MJ FOSCO, J BARREIRO, L GARCÍA, F ISOLA, M ITURRIA, D NOVARESSE, M ROMERO, J SCHOCHTER

Unidad Coronaria, Hospital Zonal General de Agudos “Héroes de Malvinas”; Merlo, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Establecer variables asociadas con los diferentes formas de evolución de la onda T en el IAM con elevación del ST. Evaluar el significado pronóstico de los diferentes patrones evolutivos de la onda T. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo, que incluyó a todos los pacientes (p) internados por IAM con elevación del ST entre ene/04 y dic/06. Los p fueron divididos en 3 grupos de acuerdo a la evolución de la onda T ocurrida 12-36 horas después del ingreso: Grupo I (T persistentemente positiva), Grupo II (T negativa en >=2 derivaciones contiguas involucradas en la elevación del ST), Grupo III (T negativa en >= derivaciones contiguas no involucradas en la elevación del ST). El punto final primario fue muerte. Los puntos finales secundarios fueron: 1) angina post-IAM, 2) re-IAM, 3) desarrollo de insuficiencia cardiaca (IC) o empeoramiento de IC inicial. Las variables continuas se expresaron por su mediana [rango intercuartílico (RI)] y se compararon por análisis de varianza de Kruskal Wallis. Las variables categóricas se expresaron por su porcentaje (intervalo de confianza del 95%) y se compararon por Prueba Exacta de Fisher. Las variables significativas fueron incluidas en un análisis de regresión lineal múltiple escalonada hacia atrás para determinar variables asociadas independientemente con cada una de los Grupos. **Resultados:** El estudio incluyó 81 p de 61 (RI 52-70) años. El 75,3% (61 p) fue de sexo masculino. Los p se distribuyeron de la manera siguiente: 32 p (39,5%) en el Grupo I, 19 p (23,5%) en el Grupo II, y 30 p (37%) en el Grupo III. Las variables asociadas con los diferentes patrones de onda T se muestran en la Tabla I.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	P
AAS previa	3,1% (0-10,7)	31,6% (8-55,1)	20% (4-36)	0,01
IAM previo	0	36,8% (12,5-61,1)	20% (4-36)	<0,01
Fibrinolíticos	84,4% (70,2-98,5)	42,1% (17,3-66,9)	50% (30,4-70)	<0,01

En el análisis multivariado, el tratamiento con fibrinolíticos emergió como única variable independientemente asociada en forma negativa con la inversión de la onda T (coeficiente -0,6; p<0,01). La comparación de los puntos finales se muestra en la Tabla II.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	P
Muerte	9,4% (0-21)	15,8% (0-34,8)	3,3% (0-11,4)	NS
APIAM	9,4% (0-21)	5,3% (0-17,9)	6,7% (0-17,3)	NS
Re-IAM	3,1% (0-10,7)	10,5% (0-27)	3,3% (0-11,4)	NS
IC	21,9% (6-37,8)	42,1% (17,3-66,9)	13,3% (0-27,2)	NS

Conclusiones: El tratamiento con líticos se asoció en forma negativa con la inversión de la onda T. No hubo diferencia en el pronóstico hospitalario entre los diferentes Grupos de p según el patrón evolutivo de la onda T.

0291 SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) POR VIRUS VARICELA ZOSTER

E LEISTAD, M KIRSCHBAUM, J SAGARDÍA, D PIEZNY, F VILLAREJO, M LLORIA
Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Objetivo: Describir un caso poco frecuente de neumonía y SDRA. Método: Reporte de caso. Resultado: Paciente de 28 años de edad con antecedente de tabaquismo y embarazo de 23 semanas de gestación que ingresa a terapia intensiva por insuficiencia respiratoria hipoxémica. Los síntomas respiratorios habían comenzado 12 días previos a la consulta cuando presentaba lesiones cutáneas compatibles con varicela. Al ingreso a terapia se encontraba en período costroso. Rx de tórax: infiltrado intersticioalveolar bilateral. EAB con máscara reservorio: 7,41-27-219-16,4-6,5-99,7%. PAFI 219. HIV negativo. Resto del laboratorio sin particularidades. Hemocultivos, aspirado traqueal y urocultivo sin aislamiento bacteriológico. Requiere asistencia respiratoria mecánica y vasopresores. Evolucionando con SDRA sin respuesta a las maniobras de reclutamiento (compliance estática 25 ml/ cmH₂O). EAB (0,65): 7,30-42-93-20-5,9-95,9%. PAFI: 155. TAC de tórax: imagen de condensación en cuatro cuadrantes con compromiso intersticial y derrame pleural bilateral. El cuadro se interpreta como neumonitis viral por varicela y SDRA. Cumplió 14 días de tratamiento con aciclovir. Buena evolución materna y fetal. Alta hospitalaria. Conclusiones: La varicela es una enfermedad que en los países desarrollados afecta generalmente a niños, ocurriendo en adultos en menos del 5% de los casos. La neumonía varicelosa es la complicación más frecuente y grave en adultos. Su clínica puede oscilar entre formas poco sintomáticas o llegar a comprometer la vida por fracaso respiratorio (injurias pulmonar-SDRA), con una tasa de mortalidad de hasta un 50%. El patrón radiológico más común es una neumonitis nodular o intersticial. El embarazo se asocia con alta mortalidad materno-fetal. Se considera, al igual que el hábito de fumar, factor de riesgo para sufrir neumonía por varicela. Entre la 5ª y 24ª semanas de gestación puede ocurrir el Síndrome de varicela congénito. Si la madre desarrolla la enfermedad 5 días antes o 2 días después del parto existe riesgo de varicela neonatal diseminada que puede comprometer la vida del recién nacido. El tratamiento de la neumonía es aciclovir endovenoso (5-10 mg/kg/8 horas) junto con medidas de soporte cardiorrespiratorio en los casos graves.

0292 DETERIORO COGNITIVO SUBAGUDO

M KIRSCHBAUM, M FERNANDEZ, R ROTTE, E LEISTAD, J SANCHEZ, N CACACE LINARES
Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Objetivo: Diagnóstico de encefalopatía de Hashimoto. Un caso infrecuente. Método: Reporte de un caso. Resultado: Paciente de 24 años de edad de sexo femenino, sin antecedentes previos, que ingresa por cuadro de un mes de evolución caracterizado por episodios compatibles con convulsiones tónico clónicas generalizadas con recuperación ad integrum, evolucionando con deterioro cognitivo progresivo y motor que la lleva a la postración. Al examen físico se encontraba estuporosa con movimientos estereotipados en boca, lengua y mano derecha, emitiendo sonidos guturales, hipertonia en cuatro miembros, desconectada del medio, sin reacción ante estímulos dolorosos. Por lo que ingresa a Terapia Intensiva, evolucionando con mayor deterioro del estado de conciencia requiriendo ventilación mecánica de manera prolongada por lo que requiere traqueostomía. Continúa con cuadro convulsivo a pesar de tratamiento con Difenilhidantoína, por lo que se agrega Carbamazepina y Acido valproico. EEG muestra trazado desorganizado. Se solicita TAC de encéfalo con y sin contraste y RMN con gadolinio, sin hallazgos patológicos, PCR de LCR y cultivos sin aislamiento. Citología de LCR negativa. Se recibe resultados de Antiglobulina de 7.4 y ATPO de 16.7, con sospecha diagnóstica de Encefalitis de Hashimoto se inicia tratamiento con Dexametasona. Se toma muestra para proteína 14-3-3 para descartar Encefalitis de Creutzfeldt-Jakob, siendo

su resultado positivo. Luego de un mes de tratamiento evoluciona con mejoría del sensorio, vigíl, colaboradora, movilizándose cuatro miembros espontáneamente, desorientada en tiempo y espacio. Con weaning y decanulación exitosa. Se realiza nuevo EEG que se informa con frecuencias dentro del rango beta difuso, con frecuencias de 4-5 Hz en áreas posteriores de baja-mediana amplitud, sin actividad paroxística, desestimándose el diagnóstico de ECJ dada la mejoría clínica de la paciente. Luego de 45 días se decide su pase a sala general donde continúa con mejoría progresiva, sin recuperación ad integrum al momento del alta hospitalaria. Conclusión: La encefalitis de Hashimoto es poco frecuente y si bien esta descrita desde 1966, continúa siendo una enfermedad de difícil diagnóstico. Por lo cual el tratamiento suele iniciarse tardíamente. Su pronóstico no es siempre favorable, asociándose en un 25-30% a un deterioro cognitivo residual.

0293 TUBERCULOMA Y MENINGITIS TUBERCULOSA

D URIBE, R BARRON POQUECHOQUE, F SALVATIERRA, R ROTTE, M ROCHA ANZALDO, J SANCHEZ, J SAGARDÍA, M BUSTAMANTE, F VILLAREJO
Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Método: reporte de caso. Resultado: Paciente de 21 años de edad oriundo de Bolivia, residencia en Buenos Aires 6 meses previos a la internación que ingresa con cuadro de 15 días de evolución caracterizado por cefalea holocraneana, inestabilidad en la marcha, disartria y fiebre. Al ingreso GCS 10/15 (O: 2; M: 5; V: 3), pupilas isocóricas reactivas y rigidez de nuca. Resto del examen físico sin particularidades. RNM de encéfalo: hidrocefalia obstructiva. Dos lesiones con reforzamiento en anillo a nivel de cerebelo -hemisferio izquierdo- y en región temporal derecha. RX Tórax sin infiltrados patológicos. Requiere ARM. Laboratorio: LCR: Gluc. 29mg/dl; Proteínas 115 mg/dl; Ac. Láctico 7.6 mmol/L; ET: 3730cel/mm³; Leucocitos 10/mm³ hematíes 3720/mm³. EAB 7.32/37/166/18.4/-6.9/99.3; ionograma 140/3.9/111, Ac. Láctico 1.2 mmol/L, HTO: 37%, PQT: 450.000, GB12.100, GLUC: 161, UR: 0.42; CR: 0.7; BT: 0.8; BD: 0.2; TGO: 24; TGP: 41. Se realizan serológicas para: HIV (-) hepatitis B y C (-), toxoplasmosis (-), PCR Virus (-) (HSV, VZV, EV, CMV, EBV); serológica para cisticercosis ELISA (+) en suero y en LCR (-); cultivos: hemocultivo (-), Bactec (+), esputo con ZN (+), LCR cultivo (+) para BAAR. Se interpreta el cuadro como meningoencefalitis tuberculosa. Inicia tratamiento con Isoniazida 300 mg/día; Rifampicina 600 mg/día; Etambutol 1200 mg/día; Pirazinamida 1500 mg/día + Dexametasona 8mg c/6hrs ev. Intercurre con hepatotoxicidad por lo que se rota rifampicina por Amikacina TGO: 172, TGP: 277, FAL: 436, BT: 05 Requiere colocación de Derivación Ventricular Externa por manifestaciones de hipertensión endocraneana (HTE) Recambio de catéter a la semana por persistir con signos de HTE. Se toma muestra de LCR constatando: LCR F/Q Gluc: 19mg/dl; Proteínas: 233mg/dl; ac láctico: 6.5 mmol/L ET: 120; Leucocitos: 20/mm³; Hematíes 100/mm³. Cultivo negativo. Inicia antibióticos de amplio espectro. Mala evolución. 32 días posteriores al ingreso se constata GCS 3/15 y anisocoria. TAC de Encéfalo evidencia edema cerebral con cisternas peritroncales comprimidas e hipodensidad de todo el tronco encefálico. Se realiza EEG máxima amplitud: mínima actividad cerebral y artificios. Fallece. Conclusión: La meningoencefalitis tuberculosa es la forma más grave de tuberculosis extrapulmonar. Su mortalidad es muy elevada, alcanzando hasta el 30-50%, pero el diagnóstico precoz de estos pacientes puede aumentar la supervivencia si se instaura un tratamiento eficaz. La evidencia de tuberculosis pulmonar se encuentra en muy pocos pacientes. La tinción de Ziehl-Neelsen sólo detecta bacilos en el 50% de los pacientes. En la actualidad, las modernas herramientas diagnósticas como la PCR permiten establecer el diagnóstico de tuberculosis mucho antes que los clásicos métodos de ELISA o cultivo de Löwenstein. En nuestro medio, las características de las imágenes y el análisis del LCR orientan al diagnóstico. Las lesiones vasculares isquémicas han sido reportadas, con mayor compromiso de la circulación anterior que del sistema vertebrobasilar.

0294 NEUMONÍA FATAL POR LEGIONELLA

F SALVATIERRA, E LEISTAD, M FERNANDEZ, J SAGARDÍA, D PIEZNY, M LLORIA, F VILLAREJO
Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

Objetivo: Los factores de riesgo para NAC por Legionella están relacionados con exposición, mayor edad y compromiso de la inmunidad celular. Representa el 0,5-6% de todos los casos de neumonía que requieren internación. **Método:** reporte de caso. **Resultado:** Paciente masculino de 48 años con diagnóstico de LES en el 2002. Tratamiento irregular con AINES y meprednisona. Consulta por cuadro de 3 días de evolución de tos con expectoración hemoptoica, disnea progresiva a CF IV, fiebre y deterioro del estado general. Ingres a guardia con mala dinámica ventilatoria por lo que requiere intubación orotraqueal y conexión a ARM. Ingres a UTI. Laboratorio: HTO: 41%, GB: 7400, Urea 0,8, Creat 1,7. EAB (1): 7,41/32/70/19,6/-3,1/93,8%. Rx de tórax: infiltrado alveolar difuso que compromete todo el pulmón derecho. Se realiza hemocultivos, aspirado traqueal, urocultivo. Inicia tratamiento con ampicilina-sulbactam-claritromicina. Resultado de los cultivos negativos. Mala evolución. Se realiza BAL, durante el procedimiento presenta desaturación, hipertensión arterial e injuria subepicárdica. Se realiza determinación de antígeno urinario para neumococo y Legionella, con resultado positivo para este último germen. Evoluciona con shock, hipoxemia severa y difícil ventilación. Fallece. **Conclusión:** la búsqueda de Legionella es apropiada en pacientes con NAC severa que requiere internación en UTI, en huéspedes inmunocomprometidos y falla de respuesta a tratamiento con beta lactámicos. Es importante incorporar en la evaluación de las NAC todos los métodos diagnósticos disponibles incluyendo los test de detección de antígenos en orina y la terapéutica combinada de beta lactámicos y macrólidos tal como lo recomiendan las guías nacionales e internacionales. El antígeno urinario es solo diagnóstico para Legionella pneumophila tipo 1, que es la especie y serotipo más frecuente, con elevada sensibilidad y especificidad.

0295 CONCORDANCIA DE LA EVALUACION DE MARCADORES CLINICOS DE RIESGO CARDIACO PREOPERATORIO Y LA PERFUSION TALIO-DIPIRIDAMOL PARA EVALUAR EL RIESGO CARDIACO EN CIRUGIA DE ALTO RIESGO NO CARDIACAS Y LA INCIDENCIA DE INFARTO PERIOPERATORIO

MA ISA, B VILLALBA, J PAGANI, E CONCI, F ZELAYA, W QUIROGA, M BLANCO, J SALA
Instituto Modelo de Cardiología. Cordoba, Argentina.

Introducción: La isquemia perioperatoria es el principal predictor de morbilidad y mortalidad en cirugías de alto riesgo no cardíacas como las vasculares. **Objetivos:** Analizar la tasa de isquemia perioperatoria en cirugías de aneurisma de aorta abdominal y la evaluación prequirúrgica tomando el score clínico de 5 puntos de K. Eagle(KE) y la perfusión miocárdica con talio dipiridamol. **Material y métodos:** Se analizaron 88 pacientes que fueron a cirugía de aneurisma de aorta abdominal(AAA)Se realizó la valoración prequirúrgica de riesgo cardiovascular usando el score de 5 puntos de (K:E)A casi todos se le realizó perfusión miocárdica con talio dipiridamol. **Estadística:** Test exacto de Fisher con p 0.05. **Resultados:** Se analizaron 88 p quienes fueron a cirugía de AAA, 92% fueron hombres con edad promedio de 70 años. En cuanto a los marcadores clínicos de riesgo se usó el score de (KE), los puntajes fueron 0 (bajo riesgo) 33p(38%), 1 (moderado riesgo) 38p (44%), 2(alto riesgo) 15p (17%). En 62p (70%) se realizó perfusión con talio-dipiridamol de los cuales 31 (50%) fueron positivos para isquemia siendo de alto riesgo 12p (19%) a estos pacientes se le realizó cinecoronariografía de los cuales 5p (4%) se les realizó angioplastia coronaria y a 3p (4%) cirugía coronaria. En el posoperatorio 4 p (4%) presentaron infarto perioperatorio. Se compararon los resultados con los trabajos de KE. Para lo cual se dividieron los pacientes en tres grupos: 1) bajo riesgo sin estudio funcional, no tuvieron eventos en nuestro grupo y en el de KE hubo un 3,1% la p: no significativa, 2) moderado riesgo y talio positivo: sin eventos en nuestro grupo y en el de KE 3.2% p: NS 3) Moderado a alto riesgo y talio positivo 4% de eventos en nuestro grupo y 29% en el KE p: 0.007 **OR:** 2.5. **Conclusiones:** La enfermedad aterosclerótica coronaria es común en pacientes con enfermedad vascular periférica, por lo cual el IAM perioperatorio es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en las cirugías de AAA.Los marcadores clínicos de riesgo cardiaco son útiles para estratificar la utilización de test no invasivos en nuestro caso el talio-dipiridamol y posteriormente deci-

dir estudios invasivos y estrategias terapéuticas. Esto unido al correcto manejo clínico intra y posoperatorio reduciría la incidencia de dicho evento cardiaco. En nuestro trabajo usando estas estrategias se logró tener una incidencia de IAM perioperatorio menor a la descrita en la literatura mundial.

0298 DIFICULTAD RESPIRATORIA Y POLIMIOSITIS, PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO

AS ROMERO, M FASANO, F TOLEDO, J FRIZZA, S PEREZ BETI, D FAINSTEIN, D BARCA, D MAURIZZI
Hospital Privado del Sur, Argentina.

Objetivos: La polimiositis es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la afectación muscular proximal simétrica, que en algunos casos puede acompañarse de trastornos en la motilidad gastrointestinal y enfermedad intersticial pulmonar, empeorando el pronóstico. Nuestro objetivo es presentar el caso clínico de una paciente que ingresa con cuadro de dificultad respiratoria severa, acompañado de mialgias a nivel de cintura escapular y pélvica, que evoluciona favorablemente con la administración de corticoides a altas dosis. **Materiales y Metodos:** Mujer de 59 años de edad que presenta disnea progresiva de un mes de evolución acompañada de mialgias a predominio proximal que recibió tratamiento antibiótico sin mejoría. Ingres a Terapia Intensiva con dificultad respiratoria severa y CPK de 1835 mU/ml, se efectúa TAC de tórax donde se visualiza consolidación bilateral con broncograma aéreo y áreas con patrón en vidrio esmerilado, por sospecha de polimiositis se realiza interconsulta con reumatología, se solicita laboratorio, biopsia muscular del deltoides y luego se inicia tratamiento con metilprednisolona 1 g /día (3 dosis) y ciclofosfamida 1g. La paciente continúa con dificultad respiratoria por lo que requiere ARM, evoluciona con hipotensión refractaria y se inicia tratamiento con inotrópicos. Posteriormente al tercer pulso de corticoides se evidencia mejoría clínica, se logra estabilidad hemodinámica y se realiza destete. **Resultados:** La emergencia del caso hizo necesaria la administración de altas dosis de metilprednisolona, con lo cual se logró una mejoría notable en el cuadro clínico y disminución progresiva de la CPK. El estudio anatomopatológico del músculo deltoides fue compatible con polimiositis. La paciente fue dada de alta a Sala General tras 21 días de internación en Terapia intensiva, continuando con tratamiento con corticoides por vía oral. **Conclusion:** La sospecha precoz de polimiositis en una paciente joven que ingresa por dificultad respiratoria, además del manejo interdisciplinario entre terapeutas, infectólogo y reumatólogo permitieron la instauración temprana del tratamiento adecuado, determinando así la buena evolución del cuadro. **Referencias:** 1- Evaluación of the patients with muscle weakness. Aaron Saguil, Madigal Army Medical Center, Tacoma, Washington. American Family Physician , Vol. 71, Abril 2005.

0299 MORTALIDAD ATRIBUIBLE A LA BACTERIEMIA POR CAÉTÉR

C BALASINI, R REINA, E VALGOLIO, P MONTEFIORE, M BELDARRAÍN, B VARELA, C GARCÍA, AL GONZÁLEZ, C MARCHENA, L TUMINO, F LAMBERT, H CANALES, E ESTENSSORO
Hospital San Martín de La Plata., Argentina.

Métodos: Pacientes >15 años admitidos en una UTI, desde el 1/1/00 al 31/ 12/07. Los pacientes que presentaron BAC fueron definidos como casos, y se realizó un "matching" para cada caso, se incorporaron dos pacientes sin BAC, denominados controles (Heyland et al, AJRCCM, 1999). Las variables analizadas fueron: edad (±10), género, APACHE II (±4), SOFA (±3), McCabe score, diagnóstico al ingreso (médico, quirúrgico de urgencia, quirúrgico electivo, y trauma), y que el día de estadía de los controles sea igual al día de diagnóstico de BAC de los casos. Se evaluaron la mortalidad, los días de ventilación mecánica (VM) y de estadía en UTI. Los datos se presentan como media DS, mediana (mdn) [IQ 0.25-0.75], y porcentajes, según su naturaleza. Las comparaciones se efectuaron con tests t, Wilcoxon o X2. Se consideró significativa una p <0.05. La mortalidad atribuible fue estimada por la siguiente fórmula: Mortalidad cruda de los casos – Mortalidad cruda de los Controles / Mortalidad cruda de los controles, reportada como un incremento del riesgo relativo (RRI) de la mortalidad. **Resultados:** Se diagnosticaron

ron 74 BAC (4.65/1000 días catéter). En dos casos no se pudo encontrar controles y en un caso solo se encontró un control, por corresponder a internaciones muy prolongadas. Las características de los grupos fueron similares: 36% correspondió a trauma, 30% a patología clínica, 22% cirugía de urgencia y 11% cirugía programada. La mortalidad cruda fue mayor en el grupo de BAC, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa. La mortalidad atribuible absoluta fue de 9.5%. El RRI a BAC fue del 33%. La estadía en UTI los días de VM fueron más prolongados en los casos (ver tabla 1).

	Casos (n=72)	Controles (n=142)	p
Edad (media DS)	46±14	45±15	0.40
APACHE II (media DS)	19±6	19±6	0.64
Riesgo de APACHE II (%)	31±7	30±6	0.68
Género masculino (%)	56	58	0.58
SOFA (media DS)	7.2±3	6.7±2.7	0.29
Mc Cabe (media DS)	1.3±0.7	1.4±0.7	0.73
Mortalidad (%)	27 (37.5)	40 (28)	0.16
Días de UTI mdn [.25-.75]	44.5[16-45]	28[16-45]	0.0005
Días de VM mdn [.25-.75]	41.1±32	27.7±20	0.004

Conclusiones: Nosotros observamos que la BAC aumenta el riesgo de muerte en un 33%, incrementando también los días de VM y la estadía en UTI. El estudio de la morbilidad y la mortalidad por BAC son medidas estratégicas para conocer el impacto de la BAC en la población de pacientes críticos, e implementar medidas destinadas a la prevención de las mismas.

0300 STATUS EPILEPTICO REFRACTARIO POR SOBREDOSIS DE ISONIAZIDA

RL LUNA, EP AREVALO, CM COSTILLA, DH PEREZ, MA SAENZ VALIENTE, LA AGUILAR, GG DOMENICONI

Hospital de trauma y Emergencias Dr Federico Abete - Pablo Nogues, Argentina.

La isoniazida (INH) es una de las drogas utilizadas en el tratamiento y la profilaxis de la infección por "mycobacterium tuberculosis". La intoxicación aguda es poco frecuente y puede ocasionar crisis convulsivas recurrentes, acidosis metabólica y muerte. El tratamiento se basa en la administración de piridoxina intravenosa tan pronto como se establezca la sospecha de intoxicación. Paciente de 28 años, masculino, que consulta por haber consumido 40 comprimidos de INH (160 mg/kg) con fines suicidas 5 hs antes de la consulta. Al momento del ingreso presentaba excitación psicomotriz. Evoluciona con alteración progresiva en el estado de conciencia y crisis convulsiva tónico clónico generalizadas. Se inicia tratamiento con diazepam, difenilhidantoína y fenobarbital sin lograr el cese de las crisis, se escala a terapia de segunda línea con midazolam, medidas de soporte vital y de eliminación de la droga Laboratorio GB 25000 Glucemia 254 mg/dL pH 7.13 pCO₂ 39 CO₃H 13.5, anion Gap aumentado (25mEq/L teórico 10) lactato 14,1mEq/L. TAC encéfalo sin cte ingreso y 24 hs sin lesiones. Recibió dosis inicial de piridoxina intravenosa 12g, persistiendo con actividad comicial EEG, se repite dosis de VitB6 (320 mg/kg) y se suspende DFH. Al segundo día de UTI se suprime la actividad epileptica en el EEG. A las 48 horas fiebre e infiltrado pulmonar en lóbulo inferior derecho, NAV temprana (sin aislamiento de germen) con buena respuesta al tratamiento ATB empírico (ampicilina-sulbactam). Se extuba al 7 día y es externado a los 12 días del ingreso, sin secuelas neurológicas. Discusión. La INH produce síntomas neurológicos desde dosis de 1500 mg y cantidades mayores a 150 mg/kg han sido reportadas como fatales. Los síntomas incluyen confusión, delirio, ataxia, coma y depresión respiratoria, estado de mal epileptico, acidosis metabólica severa, hiperglucemia, cetoacidosis y ocasionalmente hiperpirexia. La VitB6 es un cofactor necesario para la síntesis de ácido gamma amino butírico (GABA) a nivel del sistema nervioso central, la INH se combina inactivándola lo cual ocasiona depleción de GABA e incremento en la susceptibilidad a la actividad epileptica. La neu-rotoxicidad de la INH es específicamente contrarrestada por la VitB6, si se conoce la dosis consumida debe restituirse gramo a gramo; si es desconocida debe iniciarse el tratamiento con 5g durante 10 minutos hasta la supresión de las convulsiones y la reversión del coma. Se han reportado dosis única de 357 mg/kg sin eventos adversos por la piridoxina. La INH inhibe de manera competi-

tiva el metabolismo hepático de la DFH lo que ocasionando arritmias ventriculares y disminución en el efecto antimicrobiano. Conclusión. La relevancia del caso en discusión radica en la importancia de reconocer a la INH como causa del SER y las diferencias en el manejo inicial en emergencias y UTI que pueden influir en el pronóstico neurológico a largo plazo. Vasu T. INH Induced SE: Response to Pyridoxine. Indian J Chest Dis 2006 48(3)205. Romero J. Isoniazide Overdose: recognition and management. Am Fam Physician 1998; 57: 749

0301 ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS CON MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES ADMITIDOS POR SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON DESCOMPENSACIÓN HEMODINÁMICA

MJ FOŠCO, J BARREIRO, L GARCÍA, F ISOLA, M ITURRIA, D NOVARESE, M ROMERO, J SCHOCHTER

Unidad Coronaria, Hospital Zonal General de Agudos "Héroes de Malvinas"; Merlo, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La presencia de insuficiencia cardíaca (IC) descompensada al ingreso es un marcador de riesgo aumentado en pacientes (p) con síndrome coronario agudo (SCA). La determinación de factores capaces de predecir muerte intrahospitalaria (MIH) dentro de este grupo de p puede contribuir a categorizar de manera más ajustada el pronóstico de estos p. Objetivos: Determinar en p con SCA e IC descompensada variables capaces de predecir muerte hospitalaria. Métodos. Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a todos los p consecutivamente internados por SCA con clínicos y/o radiológicos de IC al ingreso entre ene/04 y dic/06. El punto final fue muerte hospitalaria. Las variables continuas se expresaron por su mediana y rango intercuartílico (RI) y las categóricas por su porcentaje e intervalo de confianza del 95% (IC 95). Los parámetros fueron comparados entre ambos grupos mediante la prueba de suma de rangos de Wilcoxon para las variables continuas, y la prueba exacta de Fisher para las categóricas. Aquellos que presentaron una diferencia significativa, fueron incluidos en un análisis multivariado de regresión logística escalonado hacia atrás, con cálculo de odd ratio (OR) e IC 95. En el modelo multivariado fueron forzadas las intervenciones farmacológicas con probada eficacia en la IC [AAS, betabloqueantes e inhibidores de la enzima de conversión (IECA)]. Se consideró significativa una p < 0.05. Resultados. Se incluyeron 59 p, edad 68 años (RI 59-78) años, sexo masculino 74,6% (44 p). El diagnóstico final fue angina inestable (AI) en 22% (13 p) e infarto agudo de miocardio (IAM) en 78% (46 p) - tipo no ST 27,1% (16 p) y tipo ST 50,8% (30 p) -. Murieron 8 p (13,6%). Las variables al ingreso que demostraron diferencias significativas entre pacientes muertos y sobrevivientes fueron: diabetes 62,5% (IC 95, 22,7-100) (5 p) contra 15,7% (IC 95, 4,7-26,6) (8 p) (p 0,0096), presión arterial (PA) sistólica 110 mmHg (RI 91,5-127) contra 130 mmHg (RI 118-140) (p 0,0097), PA diastólica 57,5 mmHg (54,3-69,5) contra 77 mmHg (70 - 83) (p 0,0052), signos de IC derecha 50% (IC 95, 9,1-90,9) (4 p) contra 9,8% (IC 95, 0,6-18,9) (5 p) (p 0,0142), y glucemia 202,5 mg/dl (145,3-283,3) contra 134 mg/dl (101-168) (p 0,0067). Al ser incluidas en el análisis multivariado (forzando tratamiento con AAS, betabloqueantes e IECA), IC derecha emergió como único marcador independiente de riesgo al ingreso con OR 12 (IC 95, 1-144) (p 0,04). Conclusiones. En p con SCA y descompensación hemodinámica, los signos de IC derecha al ingreso se asociaron con riesgo aumentado de muerte en el hospital.

0302 INFECCIONES EN UTI: MODIFICACIONES TEMPORALES DE LOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS

W CORNISTEIN, M RISSO, A ATALLAH, G CUETO, M TORRES BODEN, A ARATA, A CARUSO, C RODRIGUEZ

Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina.

Objetivo: comparar los microorganismos causales de infecciones y su sensibilidad durante tres períodos de un programa de control de infecciones en UTI. Materiales y métodos: Lugar: Terapia Intensiva de adultos médico quirúrgica de un Hospital General de Agudos con 10 camas. Períodos: 1) Nov 2005/2006 2) Nov 2006/2007 3) Nov 2007/2008. Datos: Se registraron gérmenes causales y sensibilidad antimicrobiana según la definición del NHNS: Neumonía asociada a respirador (NAR). Bacteriemia relacionada a catéter (BAC). Infección urinaria relacionada a sonda vesical (ITU-SV). Resultados: Total de Pacientes con infección: 1194; Mortalidad: 24.07%; APACHE II: 15.12; Estadía: 6.06

NAR		
05/06 N=71	06/07 N=43	07/08 N= 33
Stafilo aureus: 28,17%	Stafilo Aureus: 25,28%	Acinetobau: 39,39%
MeticSens: 63%	MeticSens: 40%	Carbapenem S: 15%
Acinetobau: 8,3%	Acinetobau: 23,26%	Stafilo Aureus: 18,1%
Resistentes: 100%	Carbapenem S: 20%	MeticSens: 33%
Pseudomona: 14,8%	Pseudomona: 18,6%	Pseudomona: 14,8%
Cefalospor 3ª Sens: 50%	Cefalospor 3ª Sens: 50%	Cefalospor 3ª Sens: 50%
K pneumoniae: 11,27%	K pneumoniae: 4,65%	Providencia: 6,06%
Blee: 70%	Blee: 50%	Cefalospor 3ª S: 100%

ITU-SV		
05/06 N=40	06/07 N=26	07/08 N=31
Klebsiella: 20%	Klebsiella: 15,38%	Pseudomona: 25,8%
Blee: 75%	Blee: 100%	Cefalospor 4ª S: 85%
E.Coli: 15%	E.Coli: 5,38%	Klebsiella: 22,5%
Cefalospor 3ª S: 100%	Cefalospor 3ª S: 100%	Blee: 67%
Pseudomona: 7,5%	Candida Trop: 1 5,38%	Acinetobau: 16,13%
Cefalospor 4ª S: 50%		Cefalospor S: 33%
Enterobacter C: 7,5%	E. Fecalis: 11,54%	E.Coli: 9,68%
Multisensible: 100%	AMS S: 100%	Cefalospor 3ª S: 66%
Acinetobau: 7,5%	Candida albicans: 11,54%	Providencia: 6,45%
Cefalospor S: 33%		Cefalospor 3ª S: 0%
		Candida albicans: 6,45%

BAC		
05/06 N= 13	06/07=12	07/08 N= 15
Stafilo CoagN: 35,7%	Acinetobau: 33,3%	Stafilo Aureus: 26,67%
Metic R: 70%	Carbapenem S: 25%	MeticR: 75%
Klebsiella: 15,38%	Stafilo Aureus: 25%	Klebsiella: 20%
Blee: 100%	Metic R: 70%	Blee: 50%
Serratia: 15,38%	Klebsiella: 16,6%	Serratia: 13,3%
PiperTazo S: 100%	Blee: 50%	PipTaz/ Cefa 3ª S: 100%
Stafilo Aureus: 7,69%	Serratia: 8,33%	Pseudomona: 13,3%
Metic R: 100%	PiperTazo S: 100%	Cefalospor 3ª S: 100%

Conclusión: La sensibilidad ATB y los gérmenes causales se modificaron en los diferentes periodos. Conocer esta información es fundamental para optimizar los tratamientos empíricos iniciales ajustados a estos cambios que impactan en los resultados.

0303 COMPARACION DE DOS OBJETIVOS DE CONTROL DE LA GLUCEMIA. GRADO DE CONTROL Y TASA DE HIPOGLUCEMIAS

S ATTIE, P RODRIGUEZ, S VACA MOULIN, P MASKIN, I BONELLI, R VALENTINI
CEMIC (CENTRO DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACIONES CLINICAS), ARGENTINA.

Objetivo: Comparar el grado de control de la glucemia y la tasa de hipoglucemias con un objetivo de normoglucemia (80-110 mg/dl) vs un objetivo menos estricto (110-140 mg/dl) en pacientes (pt) críticos bajo ventilación mecánica (VM). Material y Método: estudio prospectivo con inclusión consecutiva en 2 grupos. Grupo 1 (G1): control estricto de glucemia (80-110 mg/dl) en pt con VM dentro de las 72 hs del ingreso y con duración prevista > a 3 días (8/2007a 3/2008) Se excluyó embarazo, DBT descompensada y limitación terapéutica; se indicó insulínización endovenosa continua (IEC) luego de > 2 registros > a 120 mg/dl, con controles de sangre capilar por glucometer cada 2 a 4 hs. Grupo 2 (G2) objetivo de glucemia 110 a 140 mg/dl, incluyendo los pt de 12/08 a 4/09, iniciando IEC con glucemia en dos registros > a 140 mg/dl. Se registraron datos basales: edad, sexo, APACHE II, glucemia de ingreso, peso estimado, motivo de admisión y comorbilidades. En el seguimiento: glucemias, dosis de insulina, vía de insulínización, SOFA, hipoglucemias (<60 y <40 mg/dl), días en UTI, días de antibióticos (ATB), días de VM y mortalidad al egreso de UTI. Resultados: Se expresaron los valores en % o medianas y percentiles 25-75. Se incluyeron 35 pt; G1 (n=20): varones 55%, edad 63 (56-76), Dx médico 60 %; Apache 16 (10-19), glucemia ingreso 116 (89-150) mg/dl, días de UTI 14 (11-22), días de ATB 12 (9-21), días VM 11 (5-21), mortalidad 25%. G2 (n=15): edad 73 (32-82), varones 93%, Dx médico 53%, Apache 23 (22-33)*1, glucemia ingreso 121 (101-174) mg/dl, días de UTI 43 (14-67)*, días de ATB 38 (12-57)*, días VM 27 (12-56)*, mortalidad 26,7%. En tabla 1 se expresan datos de control de la glucemia de los primeros 14 días en UTI o hasta extubación, con 1936 mediciones en el G1 y 1353 en G2. Tabla 1:

	Grupo 1 (n=1936)	Grupo 2 (n=1353)
Glucemia mg/dl	111 (98-128)	112 (100-132)
Logro objetivo*1	49,5%	80,7%
IEC (días)*	40,7%	28,9%
Dosis IEC/día	87 U (24-243)	55 U (29-92)
SOFA	5 (3-6)	6 (3-7)
< 60 mg/dl*	1,7%	0,6%
< 40 mg/dl	0,2%	0,1%

* p < 0,05; *1 p < 0,001

De los episodios de hipoglucemia solo el 45% en el G1 y el 40% en el G2 fueron en contexto de IEC, ninguno se asoció a complicaciones secundarias. Conclusión: Un objetivo de control menos estricto de la glucemia logró el mismo nivel de glucemia, con mayor logro del objetivo propuesto, menor requerimiento de IEC y una menor tasa de hipoglucemias, a pesar de tratarse de una población (G2) más grave al ingreso.

0304 IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LA EXTUBACIÓN NO PLANEADA EN UNA UNIDAD PEDIÁTRICA DE CUIDADOS CRÍTICOS: PRIMERA ETAPA DETERMINACION DE SU INCIDENCIA Y FACTORES RELACIONADOS

NA VIDAL, LM SALIGARI, MG SOKIRANSKY, R CUFRE, LC ALBANO
Hospital Posadas, Argentina.

Objetivos: Determinar la incidencia de la extubación no planeada en nuestra unidad. Describir las causas relacionadas al evento adverso. Material y métodos: La Extubación No Planeada (ENP), es un evento adverso serio prevenible de la ventilación mecánica (VM). Es causa de déficit de calidad de los cuidados ofrecidos. En nuestra unidad pediátrica de cuidados intensivos (UCIP) la ENP/Total de pacientes ingresados fue mayor a la media nacional (SATI Q pediátrico) La incidencia pediátrica publicada es 6 a 18,7% de pacientes intubados y la tasa estandarizada de 0.6 a 2.9 por 100 días de intubación. Se planifico una estrategia para disminuir la ENP que incluía en una primera etapa la mejora del registro de ENP, la determinación de su incidencia y descripción de factores relacionados a la misma. En esta primera etapa se registraron pacientes ingresados a UCIP del 1/01/09 al 31/05/09 intubados mas de 12 horas para VM, edad 1-180 meses. Se excluyeron los que ingresaban con traqueotomía El punto de corte fue hasta extubación o realización de traqueotomía. Se registraron datos demográficos, duración de VM, y evento ENP. Se calculo el porcentaje de pacientes con ENP sobre número total pacientes ventilados y la tasa estandarizada de ENP de Little. (Numero total de eventos de ENP x 100)/Numero de días de pacientes intubados). Las variables categóricas fueron expresadas en números y porcentajes. El software estadístico utilizado fue SPSS para Windows. Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 158 pacientes, con VM 80 (50%) Edad en meses promedio 47, mediana 22 rango 1-180. Días de VM Total 803, Promedio 10, mediana 5, rango 1- 65. Evento ENP Se registraron 13 eventos en 12 pacientes (15%) de pacientes ventilados. Incidencia estandarizada de ENP 1,61 por 100 días de uso de VM. Factores Relacionados: N (%). Tipo Deliberada 7 (54). Accidental 6 (46). Días Feriados 6 (46). Hábiles 7 (54). Horario Nocturno 7(54). Diurno 6 (46). Detección del Evento Enfermería 8 (62). Médico 5 (38). Score de Ramsay 1 4 (31). 2 a 4 5 (38). 5 a 6 4 (31). Posición Supina 13 (100). Ubicación de Enfermería Sala 10 (77). Fuera 3 (23). Relación enfermera /paciente 1:2 5 (38). 1:3 5 (38). 1:4 3 (23). Nivel de Instrucción Profesional 6 (46). Universitaria 6 (46). Licenciada 1 (8). Soporte Ventilatorio Completo 8 (62). Weaning 5 (38). Fijación TET 7 (54). Sujeción 4 (31). Secreciones 3 (23). ENP en Procedimiento 3 (23). Reintubación 7 (53). Motivo :Hipoxia:6 ,obstrucción vía aérea superior:1. Conclusión: La incidencia de ENP coincide con la bibliografía y es susceptible de ser reducida. Las causas relacionadas con ENP fueron variadas y coinciden con las descriptas en la bibliografía El numero de eventos registrados no permite realizar el análisis estadístico de los datos. Se justifica la implementación de las etapas siguientes de la estrategia de mejora continua de la calidad que incluyen, educación continua, aplicación de protocolos de fijación del tubo endotraqueal, de sedación, de discontinuación de la VM, y adecuación del recurso humano. En una segunda etapa se planifica medir el resultado de la aplicación de la estrategia.

0305 ¿QUÉ SABE LA ENFERMERÍA QUE SE DESEMPEÑA EN CUIDADOS INTENSIVOS ACERCA DE VENTILACIÓN MECÁNICA Y DE SUS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS?

CW LIC. SORIA
Sanatorio Güemes, Argentina.

Objetivo: Delimitar el nivel de conocimiento de los enfermeros de ICU acerca de la ventilación mecánica y cuidados específicos. Material y método: Se utiliza un protocolo de 32 preguntas de tipo

cerradas, de elección múltiple, y de V o F, que se refieren a aspectos sociodemográficos, fisiológicos, y de acciones específicas; es de carácter anónimo y voluntario, con el objeto de recabar información para organizar programas de capacitación en Servicios. Es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, y multicéntrico. Resultados: El análisis de los datos se volcó en una planilla tipo Excel para su procesamiento, por lo que la variable de "conocimiento" medida en este protocolo, arrojó los siguientes resultados. El 59% corresponde al personal de sexo femenino, el 41% al sexo masculino, que trabajan en UCI. Le edad promedio de los enf. Es de 37,7 años; con una antigüedad en la profesión de 11,92 años, y en UCI de 7,77 años. En nivel de formación, el 39,3% se corresponde con Terciarios, 25% de Licenciados, 17% universitarios, el resto, auxiliares. El 54% conoce los efectos del surfactante sobre los pulmones, mientras que el 62,5% reconoce el concepto de volumen corriente; y el resto del porcentaje lo confunde con volumen minuto. Un bajo porcentaje del 37,5% conoce la presión de insuflado del manguito del TET, en contraposición al de los efectos que puede producir el sobreinsuflado, que es del 75%. El 83% de los enfermeros conoce lo que es un barotrauma. El 95% tiene conocimientos de los principios básicos de bioseguridad. El 98% de los enfermeros reconoce la utilización de técnica aséptica del ostoma de la traqueostomía. El 75% reconoce que la higiene bucal es un factor de riesgo para la neumonía por broncoaspiración. Conclusiones: En los últimos años han aumentado notablemente las publicaciones bibliográficas, trabajos y dictados de cursos sobre ventilación mecánica para los enfermeros, centrando en los conocimientos y habilidades técnicas requeridas para la atención de estos pacientes, relevando la importancia de los cuidados; sin embargo no es infrecuente en la práctica observar sistemas de humidificación deficientes, obstrucción de tubos endotraqueales, lesiones en la mucosa bucal o manejo inapropiado de los circuitos y el sistema de alarmas. Probablemente son varios los factores que se conjugan impidiendo una correcta capacitación, la falta de incentivo en los servicios, la dificultad para asistir a los cursos, la sobrecarga laboral en la atención directa y la ausencia de educación continua en las instituciones. El nivel de conocimiento del personal que trabaja en Cuidados Intensivos reflejó ser "bueno", de acuerdo a la escala de puntuación para el presente trabajo. Por último, la información relevada puede ser de utilidad para repensar un programa de capacitación en servicio tendiente a mejorar la calidad de los "cuidados" de enfermería.

0306 EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN TERAPIA INTENSIVA: IMPLEMENTACION DE UN SET DE INDICADORES

C LOUDET, G SÁENZ, AL GONZÁLEZ, C MARCHENA, L TUMINO, F LAMBERT, J MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC GARCÍA, R REINA, E ESTENSSORO
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: Un sistema de monitoreo mide y evalúa periódicamente aspectos relevantes de la asistencia por medio el uso de indicadores (I) de calidad. Los I son instrumentos de medida que indican la presencia e intensidad de un evento. El valor deseado de cumplimiento se denomina "estándar de referencia", contra el cual deben compararse los valores obtenidos para detectar desviaciones y situaciones de mejora potencial. Objetivo: Implementar un set de indicadores considerados relevantes en nuestra UCI. Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo efectuado en una UCI en un hospital escuela. En 141 pacientes consecutivos (07/06/08-13/05/09), se seleccionaron y cuantificaron 6 indicadores con probables desviaciones, de los 108 "Indicadores de calidad en el enfermo crítico" (SEMICYUC), y 2 referidos al Soporte Nutricional. Luego fueron comparados con estándares de referencia con el fin de detectar problemas asociados a la calidad de procesos y resultados de la atención del paciente crítico. Resultados:

Indicador	Fórmula	Valor de Referencia	Valor observado
De Procesos			
Prevención de la TVP	Nº pac. con profilaxis TVP/Nº pac. ingresados x 100	90%	71%
Profilaxis de la hemorragia digestiva	Nº pac. en VM> 48hs con profilaxis de HD /Nº pac. ingresados con VM>48hs x 100	95%	94%
Retiro accidental de vías centrales (VC)	Nº VC retiradas accidentalmente/ Nº días VC x 1000	6 VC x 1000	11 VC por 1000
Retiro accidental de sondas finas para NE	Nº sondas retiradas accidentalmente/ Nº días NE x 100		17 sondas x 100 días NE
Eficacia de administración de NE	ml NE recibidos/ ml NE indicados x 100	60-80%	75%
Control de presión del manguito TET	Nº controles en rango(17-22mmHg) / Nº controles totales x 100	95%	24%
De Resultado			
SMR	Mortalidad observada/Mortalidad esperada SAPS2	0,9-1,1	0,92
Reingresos no programados	Nº pac. reingresados no programados/ Nº altas x 100	4%	5%

Conclusiones: Los Indicadores de Resultado se encontraron dentro de los valores de referencia. Se detectaron problemas en algunos Indicadores de Proceso. En esta primera etapa de evaluación, se identificaron prioridades para el inicio de un ciclo de mejora continua de calidad.

0307 INTERNACIÓN DOMICILIARIA PEDIATRICA: DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA RECIENTE

MI PEREYRA, G SHEEHAN, G FORCINITI, E LAFFAIRE
En Casa Internación Domiciliaria, Argentina.

Objetivo: Describir una experiencia reciente en internación domiciliaria pediátrica (IDP) señalando los distintos grupos que utilizan esta modalidad de atención. Material y métodos: Se incorporaron al estudio todos los pacientes ingresados a IDP en nuestra institución, entre el 1/1/2008 y el 1/5/2009. Fueron atendidos por profesionales de nuestro equipo y en algunos casos también por profesionales externos. La coordinación de la atención estuvo a cargo de la institución. Los datos se expresan como mediana y rango intercuartílico. Se excluyeron los pacientes que solo requirieron administración de medicación. La comparación de variables se llevo a cabo por método de Mann Whitney. Resultados: Ingresaron 113 pacientes. La mediana de edad fue de 12 meses (RIQ 5-52). Los diagnósticos están descriptos en la tabla 1. La duración de la IDP fue de 25 días (mediana) con RIQ 7-105 días. Quince pacientes (14%) tuvieron traqueostomía. Seis (5%) fallecieron, 70 (62%) fueron dados de alta y 36 (33%) continúan en IDP.

Grupo diagnóstico	n (113)	%
Enf genéticas y metabólicas	9	8
Enf. neurológicas	24	21
Enf. Oncológicas	5	4
Apneas/prematurez	10	9
Enf. respiratoria aguda	44	39
Enf respiratoria cronica	10	9
Otras enfermedades	11	10

Al separar los pacientes en los grupos de enfermedades crónicas y condiciones agudas se observa: No hay diferencias con respecto a la edad al ingreso (Crónico Mediana 14 días, Agudos 12 días). La duración de la internación mostró diferencias: Grupo Crónico med 87 días, grupo Agudo med 9 días p<0.001. Los pacientes fallecidos (6), aquellos con traqueostomía (15) y los que sufrieron alguna internación institucional (14) pertenecían al grupo de pacientes crónicos. Los 14 pacientes se internaron un total de 34 veces. La internación promedio duró nueve días. Así, existieron 34,46 días de internación institucional por cada 1000 días de IDP. Conclusión: Se han delimitado dos grupos de pacientes que requieren IDP. 1) Patologías agudas: la IDP está destinada a acortar los tiempos de internación 2) Enfermedades crónicas, la IDP no funciona solo como reemplazo de la internación sino como un modelo de atención centrado en el hogar. Estos casos se asocian a mortalidad, e internaciones institucionales. La existencia de poblaciones diferentes tiene consecuencias médicas y también organizativas que deben tomarse en cuenta para una gestión eficiente y eficaz de esta modalidad de atención.

0308 CALIDAD DE ATENCION EN TERAPIA INTENSIVA: ANALISIS DE ERRORES RELACIONADOS A LA IMPLEMENTACION DE NUTRICION ENTERAL

C MARCHENA, L TUMINO, C LOUDET, AL GONZÁLEZ, G SÁENZ, F LAMBERT, P MONTEFIORE, M BELDARRAIN, F GONZÁLEZ, R REINA, E ESTENSSORO
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: La detección y análisis de problemas relacionados a la calidad de atención en Terapia Intensiva resulta prioritario. En nuestra Unidad fueron detectados y medidos con indicadores de proceso 2 problemas relacionados a la Nutrición Enteral (NE): las suspensiones de la NE, reflejadas en una baja relación entre la NE recibida vs la indicada, y la llamativa utilización de sondas finas/paciente como acceso para recibir la NE. Objetivos: 1) Analizar las causas que llevan a las suspensiones de la NE en pacientes críticos.

2) Analizar las causas de recambio de sondas finas para la administración de NE. Métodos: Diseño: Estudio descriptivo, prospectivo. Lugar: UCI médico-quirúrgica en un hospital escuela. Pacientes: Los ingresados consecutivamente durante el período de estudio con requerimiento de NE > 24hs. Período de estudio: 19/09/08 al 17/04/09. Indicadores de proceso utilizados: 1) Eficacia de administración de NE (EfNE) = NE administrada/NE indicada x 100. 2) Tasa de utilización de sondas finas (TSF) = N° sondas finas/días totales de NE por sonda fina x 100. Se consideró suspensión de NE a cualquier interrupción no programada durante al menos el 50% de la indicación diaria o cuando la EfNE fue ≤ 50% en un día. Se consideraron causas de suspensión médicas y no médicas. Las causas de recambio de sondas finas fueron: 1-Mala fijación/extracción por el paciente. 2-extracción accidental por enfermería/médico. 3- Extracción durante estudios Rx. 4-Desplazamiento 5-Oclusión. Análisis estadístico: Los datos se presentan como media ±DS, mediana y percentilos [25-75] o porcentajes según su naturaleza. El análisis de los problemas prioritarios se efectuó con el test de Pareto. Datos analizados con programa STATA 9.0. Resultados: 34 pacientes con 752 días de NE. Características: Edad 38 ± 16 años, APACHEII 16 ± 6, SOFA24: 7±3, días UCI 19 [8-44], días VM 10 [7-26]. Mortalidad 19%. Se registraron 192 suspensiones en total; cada paciente sufrió por lo menos 1 suspensión. 88 suspensiones (46%) fueron por causas médicas: 27% vómitos, 26% alto residuo, 15% shock, 14% ciugia, 14% estudios diagnósticos, 3% diarrea, 1% distensión. 104 suspensiones (54%) ocurrieron por causas no médicas: 75% espera para control Rx de sonda, 15% error en la indicación, 2% falta transitoria de insumos y 8% indeterminadas. La EfNE fue del 75%. Se utilizaron 17 sondas/100 días NE para 609 días de NE. Las causas de recambio fueron: 63% Mala fijación/extracción por paciente, 14% desplazamiento, 10% oclusión, 7% extracción por enfermería/médicos, 5% extracción durante estudios Rx. Conclusiones: • Las suspensiones de la NE fueron muy frecuentes, pero en 46% de los casos fueron debidas a causas médicas. • No obstante la Eficacia de administración de NE estuvo dentro de límites aceptables. • El gran número de suspensiones por causas no médicas y la alta utilización de sondas finas generan una oportunidad para la aplicación de un ciclo de mejora continua en el proceso de NE.

0309 APLICACIÓN DE UN CICLO DE MEJORA CONTINUA DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ESTUDIO DE SERIES DE TIEMPO

L. TUMINO, AL GONZÁLEZ, C MARCHENA, C LOUDET, G SAÉNZ, J MONTEFIORE, M RAMÍREZ, F BALDERRAMA, L GALEANO, F LAMBERT, B VARELA, G VIDAL
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

Introducción: En nuestra UCI se identificó un problema en la recolección de orina de 24hs (U24hs) para las mediciones de nitrógeno ureico (NTU) y clearance de creatinina (Cl Creat), constatándose mediante un indicador errores en la U24hs en el 79% de las muestras. Objetivos: 1. Reducir en un 50% la tasa de errores en la recolección de orina de 24hs para las mediciones de NTU y Cl de creatinina en la UCI del Hospital San Martín de La Plata en un período de 10 meses. 2. Mantener la mejora en el tiempo. Métodos:Diseño: Series de Tiempo. Lugar: UCI médico quirúrgica en un hospital escuela. Muestreo: Recolecciones de U24hs para medición de NTU y Cl Creat. Personal involucrado: médico, enfermería y de limpieza. Períodos de Estudio: P1 (basal): Del 1/02/07 al 1/04/07. Período de Intervención: Del 1/05/07 al 01/01/08. P2 (Post-intervención): Del 1/02/08 al 1/04/08. P3 (Monitoreo): Del 1/01/09 al 15/03/09. Análisis e implementación de ciclo de mejora continua: Medición basal, post-intervención y monitoreo posterior con un Indicador de proces. Eficacia en recolección de U24hs (Ef U24)= U24hs observada/ U24hs registrada en hoja de enfermería x 100. Se definió error en muestras cuando Ef U24hs fue <90% o >100% considerándose pérdida de muestra con Ef U24hs< 90% y mezcla de muestra con Ef U24hs> 100%. Herramientas utilizadas para el ciclo de mejora: Tormenta de ideas y Matriz de prioridades. Análisis estadístico: Con programa STATA 9.0. Run chart y control chart con programa SPC macro. Resultados: Se evaluaron 280 muestras durante 8, 8 y 11 semanas respectivamente en P1, P2 y P3. (82 muestras consecutivas en P1 y P2 y 116 en P3). Los % de errores en las muestras fueron: P1: 79% (* p< 0,01 comparado con p2 y p3).P2: 35%. P3: 45%. Al considerar los

errores como pérdida de muestra (Ef U24hs < 90%). P1: 59% (* p< 0,01 comparado con p2 y p3). P2: 23%. P3: 34%. Al considerar los errores como mezcla de muestra (Ef U24hs > 100%): P1: 21%. P2: 12% p= 0.14. P3: 11%. Conclusiones: • Se logró una reducción significativa en la ocurrencia de errores en la recolección de U24hs para medición de NTU y Cl Creat post-intervención con ciclo de mejora continua de calidad, lográndose el objetivo planteado. • Esta mejora fue conservada al año de implementado el ciclo de mejora si bien existe una tendencia en el tiempo hacia los valores basales. • La conformación de un equipo multidisciplinario fue esencial como motivación para lograr el objetivo planteado.

0310 PROBABILIDAD DE INCIDENCIA DE ULCERAS POR PRESION EN TERAPIA INTENSIVA - ESTUDIO COMPARATIVO 2008 - 2009

MF QUNTEROS, E OLMOS

Hospital San Roque - Córdoba, Argentina.

Las úlceras por presión son el resultado de la destrucción cutánea y por consiguiente necrosis del tejido subyacente, producidas por diversos factores como: humedad, desnutrición, obesidad, presencia de enfermedades subyacentes, temperatura corporal elevada, infección y circulación periférica deficiente. Es un indicador importante de la calidad de atención que se les brinda a los pacientes hospitalizados. Objetivo: Describir la experiencia en la unidad de terapia intensiva (UTI), relacionando la probabilidad de riesgo de incidencia de úlceras por presión (UPP), con las nuevas acciones del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), comparado a estudio previo año 2008. Material y Métodos: Se realizó un diseño de investigación prospectivo, descriptivo, observacional y transversal en pacientes internados en UTI desde 01 de Febrero al 30 de Abril de 2009. El análisis estadístico utilizado es la varianza ANOVA, determinando la media, la desviación estándar, el rango y el nivel de probabilidad para las edades, con un valor de p < 0,03. Criterios de inclusión: pacientes que al ingreso a UTI no presentan UPP. Criterios de exclusión: pacientes que al ingreso a UTI presentan UPP de cualquier grado. Instrumento: tabla de valoración de riesgo de UPP NOVA5, se evalúa en base al nivel de conciencia, incontinencia, movilidad, nutrición y actividad, etapificada en cuatro grados de riesgo, (0=sin riesgo, 1-4=riesgo bajo, 5-8=riesgo medio, 9-15=riesgo alto). Asociada a nuevas acciones del PAE, relación enfermera-paciente, eliminar el contacto del plástico del pañal a la piel y colchones de alta densidad. Resultados: La población estudiada en este trabajo corresponde a 197 pacientes ingresados al Servicio de UTI, 7 pacientes con UPP, siendo 2 de sexo femenino y 5 de sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue de 52,79 años, con un rango de 71 años. La Tasa de Incidencia Acumulada correspondiente a la muestra es de 3,53%. El grupo etario de mayor riesgo corresponde entre los 50 y 60 años. El grupo patológico que predomina en la muestra es de, neurocirugía 3 pacientes = 43%, cirugía general 4 pacientes = 57%, del total de las UPP. Las UPP predominantes son las de grado III, 5 del total de 7 correspondiendo al 71,5% de las mismas y su localización mas frecuente en los talones, siendo en el sexo masculino 4 y femenino. Conclusiones: Describir una experiencia innovadora, con nuevos desafíos en lo referente a brindar una mejor calidad en el proceso de atención al paciente en forma integral, como es reflejo de las mismas las UPP, podemos mostrar los resultados altamente significativos en el estudio comparativo 2008 - 2009, modificando solo 3 variables del PAE, cambiar la relación enfermera paciente de 4,5:1 a 3:1, eliminar el contacto del plástico del pañal a la piel y la provisión de colchones de alta densidad. Considerar un paciente de riesgo, mayor edad, y tiempo de estancia de los pacientes en el hospital, están asociados a la aparición de UPP. La tasa de incidencia acumulada de UPP fue de 32,46% en 2008 y del 3,53% en 2009.

0312 DIFICULTAD RESPIRATORIA DE CAUSA POCO HABITUAL EN EL LACTANTE

V. FULCO, C CHEDE, S CASTELLANO, A RUIZ CLAVIJO, R JAÉN
Hospital de Clínicas, UBA, Argentina.

Introducción: Todo niño sufre algún trastorno respiratorio bajo casi siempre leve y autolimitado como en las bronquiolitis. En un porcentaje menor las afecciones toman carácter repetitivo como

en el asma. Pocos niños padecen enfermedades respiratorias crónicas del tipo de la fibrosis quística o aquellas que por afectación de la bomba muscular desencadenan trastorno pulmonar bajo como en el caso de las patologías neuromusculares. En este último grupo debemos tener en cuenta que la disminución de la fuerza y el rendimiento muscular que afecta a cualquier grupo de músculos incluidos los respiratorios genera una disfunción respiratoria que es la principal causa de morbimortalidad. Entre este último grupo está la enfermedad de Steinert o Distrofia Miotónica que se hereda en forma dominante pero con expresividad variable, con alteración en el cromosoma 19q13. La principal manifestación clínica es la miotonía, dificultad o retardo en la relajación del músculo luego de su contracción y en el adulto entre otras cosas se acompaña de bajo coeficiente intelectual. En el niño por el contrario suele pasar inadvertido, orientan al diagnóstico la hipotonía generalizada, las facies miotónicas y posteriormente el retardo mental. En la forma congénita existe una profunda hipotonía generalizada, debilidad facial encontrándose ausente la miotonía clínica y electromiográfica. Es frecuente el pie equino varo bilateral, trastornos deglutorios y respiratorios potencialmente fatal. El diagnóstico lo da el examen materno que invariablemente presenta signos de la enfermedad y lo confirma el estudio molecular. Objetivo: Presentar un caso clínico con dificultad respiratoria de causa poco frecuente en lactantes. Caso clínico: varón de cuatro meses, RNPT-PAEG, con antecedentes de sepsis neonatal y ARM por 37 días. Ingresó ventilado por insuficiencia respiratoria y shock séptico secundario a neumonía sin rescate bacteriológico. Antecedentes de crisis miotónicas en madre y tías materna. Evolucionó favorablemente, siendo imposible su extubación. Al examen clínico el niño evidenciaba marcada hipotonía generalizada, retardo neuromadurativo y rasgos fenotípicos característicos de enfermedad neuromuscular. Dado el cuadro clínico y los antecedentes familiares se solicitó estudio molecular del niño y de su madre confirmando Enfermedad de Steinert en ambos. Conclusión: Presentamos este caso a fin de alertar sobre patologías que implican la bomba muscular y que finalmente complican al parénquima pulmonar, y remarcar la relevancia del interrogatorio.

0313 ¿EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES DE LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES, LA HORA DEL DÍA Y LA CANTIDAD DE HORAS TRABAJADAS EN ESE DÍA?: UN ESTUDIO PROSPECTIVO

M. STEINHAUS, I PREVIGLIANO, D CERASO

Hospital General de Agudos J. A. Fernández, CABA, Argentina.

Objetivo: Evaluar si existe una relación entre la incidencia de complicaciones de colocación de catéteres venosos centrales (CVC), la hora del día en que fue hecho el procedimiento y la cantidad de horas trabajadas hasta el momento de la colocación. Material y método: Diseño del estudio: Prospectivo, de observación. Protocolo aprobado por el CODEI. Lugar: Unidad de Terapia Intensiva de hospital afiliado a varias universidades. Intervenciones: ninguna Datos: Día de colocación de CVC, hora del día, horas trabajadas durante ese día, complicaciones agrupadas en menores, mayores y totales, entrenamiento del operador (grupo 1: < 50 CVC, grupo 2: entre 51 y 200 CVC y grupo 3: > 201 CVC). Análisis estadístico: Test de Student con dos colas, histograma de frecuencia, correlación de Pearson, regresión lineal y chi cuadrado, de acuerdo a cada tipo de variable continua o discreta. Resultados: Desde el 1/06/08 hasta el 31/10/08 se intentaron colocar 284 CVC (118 grupo 1, 28 grupo 2, 138 grupo 3) en 232 pacientes. Complicaciones totales 78 en 58 CVC (20%), menores: 72 (39 punciones arteriales, 16 CVC mal colocados, 16 hematomas menores, 2 complicaciones infectológicas, 1 punción de conducto torácico), mayores: 6 (3 neumotórax, 2 neumotórax hipertensivos y 1 muerte secundaria al mismo). La hora del día promedio fue 14±5 y la hora de trabajo promedio fue de 8±7 con una mediana de 6. No hubo diferencias entre el horario del día en que colocaron las vías y la aparición de complicaciones los diferentes grupos (15 hs vs 14 hs Student p 0,07), como así tampoco en las horas trabajadas (8 hs. p 0,64). Tampoco hubo diferencias entre las horas del día y las trabajadas para los distintos grupos

(grupo 1:14hs, grupo 2:15hs y grupo 3:14hs). El test de correlación de Pearson mostró ausencia de correlación entre horas trabajadas y horas del día con complicaciones (0,004) al igual que la correlación lineal (r^2 0,009, r^2 ajustado 0,005). El histograma de frecuencia muestra que el 77% de los procedimientos se realizó entre las 11 y las 16 hs, y el 97% entre las 11 y las 21hs, con una distribución no normal. La incidencia de complicaciones en el grupo de operadores de grupo 1 fue > en los procedimientos que no fueron supervisados (61,5%) que en los que fueron (26,8%)($p < 0,05$) (OR=0,23 - IC=0,95). Los CVC que fueron colocados por el primer operador tuvieron una < incidencia de complicaciones (20,2% vs. 35,4%)(OR=2,16, CI 0,95 - $p=0,02$). Los operadores con mayor experiencia (grado 3) tienen una tasa de CVC colocados al primer intento mayor que los operadores con menor experiencia (grupo 1) (96,4% vs. 66,1% OR=13,64 y $p < 0,000001$). Conclusiones: Nuestros resultados muestran que, contrariamente a lo que se afirma en libros de texto y conferencias de expertos, no existe relación entre la hora del día y la hora de trabajo del día y la aparición de complicaciones.

0314 DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN ÍNDICE PARA VALORAR LA EFICACIA DE LA ACTIVIDAD DE LA COORDINACIÓN HOSPITALARIA DE TRASPLANTE

I. PREVIGLIANO, DV CABEZAS, R IBAR, M TORRES

Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI), Argentina.

Objetivo: Desarrollo y validación de un índice para valorar la eficacia de la actividad de la coordinación hospitalaria de trasplante, en el marco de la evaluación externa del Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante (PFOT). Material y método: Diseño: prospectivo, de cohorte. Se desarrolló un índice, llamado de concordancia (IC), cuyo numerador fueron las muertes denunciadas por el coordinador hospitalario y su denominador los pacientes muertos con diagnóstico de patología neurológica al ingreso. Para analizar el IC se dividió a la muestra de acuerdo a la concordancia en 5 grupos: G1 IC>75%, G2: IC 50% a 74%, G3 IC 25% a 49%, G4 < 24% y G5 sin datos para construir el IC. Los datos recogidos fueron: Camas de Unidad de Cuidados Críticos (UCC), con posibilidad de asistencia respiratoria mecánica; total de internados y de fallecidos, diagnósticos de ingreso, total de fallecidos en la institución; total de paciente ingresados al protocolo y su evolución, Alta (A), paro cardíaco (PC) o muerte encefálica (ME). Se efectuó un análisis de acuerdo al grupo con indicadores tradicionales: pérdidas por causas relacionadas al mantenimiento (P), negativa (N), donante real (DR), eficacia (Ef) (DR/ME), conversión (Con) (DR/PD) y DR por cama de UCC (DR/CUCC). Análisis estadístico: Chi cuadrado, calculando el valor de p y la tasa de probabilidad (Odds Ratio) Resultados: Datos de 558 pacientes en 59 UCC, A 193 (35%), PC 204 (37%) y ME 161 (29%). Del total de ME, 48 (30%) DR, 27 (17%) presentaron contraindicaciones absolutas a la donación, hubo 20 (12%) P y 66 (41%) N. Ef del 30% y Con 36%. El IC promedio fue del 72%, con una Mediana de 64% (rango 100%-18%). En la tabla 1 se muestran los hallazgos según IC. Al relacionarse con los indicadores habituales se observó que la probabilidad de diagnosticar ME es 2 veces mayor en el G1 ($p < 0,01$). Se observó una asociación positiva entre el número de DR según el IC con un OR de 2,36 ($p < 0,01$). No hubo diferencias en la Negativa a la donación, salvo con el G5, debido probablemente a subregistro. Al relacionarse las pérdidas durante el mantenimiento también la diferencia fue significativa ($p < 0,02$) entre al G1 y el resto de los grupos. Con respecto DR/C si se aplica a todos los grupos el valor del G1, se podría obtener un aumento de los DR del 125%. Conclusiones: El IC permitió discriminar que en los Hospitales en los cuales es > 75%, la posibilidad de diagnóstico de ME y de DR es mayor ($p < 0,01$), con una tasa de probabilidad de diagnóstico mayor a 2 veces. Aplicando el índice DR/CUCC de los hospitales con IC > 75% al resto se hubiera logrado un aumento del 125% de los donantes reales. Esto pone de manifiesto la necesidad de "hospitalizar" la procuración, incorporando el diagnóstico de ME a la práctica habitual de la UTI de acuerdo a lo establecido en el CoBaTrICE.

Tabla 1 - Principales indicadores de acuerdo al índice de concordancia

Grupo	Instituciones	ME	PC	DR	N	DR/CUCC
1	17	69	87	23	52%	0,5
2	16	54	70	11	51%	0,25
3	8	15	15	5	53%	0,28
4	5	3	1	1	50%	0,08
5	7	19	31	7	31%	0,16

0315 DIABETES INSÍPIDA EN LA MUERTE BAJO CRITERIOS NEUROLÓGICOS: INCIDENCIA, FACTORES DE PREDICCIÓN Y CONDICIONES ASOCIADAS

P.BAUDRACCO¹, S.FIORETTI¹, MA.CAPUTTO¹, I.PREVIGLIANO², DV.CABEZAS², A.ANTIK², MC.BACQUÉ²

¹Residencia en Procuración y Trasplante de Órganos Programa Buenos Aires Trasplante, Argentina. ²Programa Buenos Aires Trasplante, Argentina.

Introducción: La incidencia de diabetes insípida (DI) en cadáveres bajo criterios neurológicos varía entre el 41% y el 78% en adultos y entre el 38% y 98% en niños de acuerdo a los pocos trabajos publicados. Objetivo: Evaluar la incidencia, factores de predicción y condiciones asociadas a la DI en una numerosa serie de muertos encefálicos (ME). Material y método: Diseño de estudio: análisis de base de datos prospectiva. Lugar: Organismo representante jurisdiccional del INCUCAI. Datos: causa de ME, localización de la lesión, DI definida como diuresis superior a 5 ml/kg/h por tres horas con densidad urinaria < 1005, drogas vasoactivas (DVA), temperatura, presión arterial media (PAM), gasometría arterial, natremia, glucemia, osmolaridad plasmática (OP). Búsqueda bibliográfica: PubMed. Análisis estadístico: Test de Student de dos colas para variables continuas, Test de Chi Cuadrado para variables discretas. Resultados: Entre el 1/01/06 y el 30/06/07 se recibieron 333 comunicaciones de ME de las cuales 264 eran mayores de 18 años. Se observó DI en el 22,78% (72 pacientes) de los casos. No hubo diferencias significativas con los cadáveres que no presentaron DI respecto a: sexo (p 0,47), dosis de dopamina (11,9 µ/kg/min vs 12,3µ/kg/min p 0,8), dosis de noradrenalina (0,28 µ/kg/min vs 0,4 µ/kg/min p 0,17), PAM (89 mmHg vs 86 mmHg p 0,33), temperatura (36° vs 35°9 p0,5), Na (154 mEq/l vs 153 mEq/l p0,92), OP (326 vs 325 p0,9), Pa/FiO2 (283 vs 262 p0,34), pH (7,33 vs 7,35 p0,24), glucemia (206 mg% vs 201 mg% p0,87), urea (40 mg% vs 41 mg% p0,86). Tampoco hubo diferencias en cuanto a lesiones infratentoriales (p 0,25), lesiones supratentoriales (p0,17) y edema difuso (p 0,55), en 165 tomografías encefálicas. De igual manera se comportó la etiología, sin diferencias en cuanto a presencia de hematoma intracerebral, traumatismo de cráneo, isquemia, encefalopatía hipóxico anóxica y hemorragia subaracnoidea. Los cadáveres con DI tenían menor edad que los que no la presentaron (44a vs 49a, p 0,02). La búsqueda bibliográfica sólo rescató 64 estudios, de los cuales sólo 7 revisaban la incidencia. De éstos 5 referían población adulta y 2 a la pediátrica. El artículo con mayor número de casos tenía 59. Conclusiones: La incidencia de DI (22,78%) en esta importante serie de casos es inferior a la publicada. La edad de los cadáveres fue significativamente menor en el grupo DI. No se encontraron diferencias en cuanto a sexo, etiología, localización de la lesión, dosis de DV ni en los parámetros de laboratorio. Llamativamente no hubo diferencias en Na plasmático, dato que revele probablemente un adecuado control de esta variable antes de iniciar el mantenimiento cadavérico.

0316 INCIDENCIA Y CAUSAS DE MORTALIDAD EN 59 UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

DV.CABEZAS, I.PREVIGLIANO, R.IBAR, M.TORRES
Instituto Nacional Centro Único Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI), Argentina.

Objetivo: Mostrar la incidencia y causas de mortalidad en 59 UTI de la República Argentina. Material y método: Diseño: Estudio prospectivo, de observación. Como parte de la Auditoría del Pro-

grama Federal de Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante (PFOT) se solicitó a los coordinadores hospitalarios la lista de los pacientes fallecidos en la UTI. Los mismos fueron clasificados en patología ginecológica y obstétrica (GIN OBS), hemorragia digestiva alta (HDA), Enfermedades hematológicas, incluyendo onco hematológicas (HEM), enfermedades neoplásicas (NEO), complicaciones posoperatorias (PO), quemados (QUEM), enfermedad renal, incluyendo insuficiencia renal aguda y crónica (REN), shock hipovolémico, sin especificar la causa (SHIP), traumatismo encefalocraneano (TEC), trauma, excluyendo TEC (TR), patología cardiovascular (CV), desagregada en CV clínica (CVC) y quirúrgica (CVQ), patología endócrina y metabólica (ENDMET) desagregada en diabetes (DBT), insuficiencia hepática (INHE) y pancreatitis (P), patología neurológica (NEU) desagregada en ataque cerebral (ACV), encefalopatía hipóxico anóxica (ANO) y otros (NEUO), enfermedad respiratoria (RESP) desagregada en EPOC, insuficiencia respiratoria (IR) y neumonía (NEU), sepsis y otras infecciones (SEP) desagregada en shock séptico (SS), y otras patologías (OT). Se dividieron las UTI de acuerdo a su complejidad en IA (neurocirugía activa), IAP (idem pediátrica), IB (neurocirugía pasiva), IBP (idem pediátrica) y II (sin neurocirugía), de acuerdo al PFOT. Resultados: Se recibieron 1650 diagnósticos de muerte durante el segundo trimestre de 2008. Ver tablas 1 y 2. En la tabla 3 se analiza la mortalidad y las causas neurológicas según la complejidad de la UTI. Mortalidad promedio fue del 30% (mediana 27%) rango 72%-6%. Histograma de frecuencias: distribución gaussiana. Separando las colas de la campana y las UTI IAP y IBP, la mortalidad de las UTI sube al 32% (mediana 30%) rango 63%-19%. Conclusiones: Mortalidad de las UTI de adultos: 32%, pediátricas: 11%. Principal causa de muerte: NEU es la neurológica (33%), luego RESP (18%), y SEP (24%). Consideramos que estos datos pueden ser útiles para comparar con los de una UTI individual, a los fines de evaluar la efectividad de la misma.

Tabla 1- Causas de mortalidad:

Código	Frecuencia	Porcentaje
NEU	399	24,2%
RESP	301	18,2%
SEP	227	13,8%
PO	157	9,5%
TEC	143	8,7%
CAR	121	7,3%
TR	71	4,3%
ENDOC.MET	51	3,1%
NEO	30	1,8%
OT	29	1,8%
REN	29	1,8%
QUEM	24	1,5%
HDA	22	1,3%
HEM	20	1,2%
SHIP	13	0,8%
GIN OBS	13	0,8%
Total	1650	100,0%

Tabla 2- Causas de mortalidad desagregadas:

Código	Frecuencia	Porcentaje
NEU		
ACV	242	60,7%
ANO	66	16,5%
NEUO	90	22,6%
RESP		
EPOC	33	10,6%
IR	146	48,5%
N	123	40,9%
SEP		
SS	187	82,4%
ENDMET		
DBT	16	31,4%
H	14	27,5%
P	16	31,4%
Otros	5	9,8%

Tabla 3- Mortalidad según las diferentes complejidades de las UTI:

Categoría	Nº de Unidades	Mortalidad Porcentual
1A	31	31%
1A P	4	11%
1B	19	26%
1B P	2	24%
2	3	26%
Total	59	30%

0317 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON INDOMETACINA DE LA HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL REFRACTARIA DE DIFERENTES ETIOLOGÍAS

I PREVIGLIANO¹, FM TAMAGNONE²¹Hospital General de Agudos J. A. Fernández, CABA, Argentina. ²Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, CABA, Argentina.

Objetivo: Mostrar los resultados del tratamiento con Indometacina (I) de la hipertensión intracranial refractaria (HIR) de diferentes etiologías. **Material y método:** Diseño: estudio prospectivo, de intervención. **Intervenciones:** I en dosis de carga de 50 mg y mantenimiento entre 11 y 30 mg/h. **Criterios de inclusión:** HIR definida como: 1) Presión Intracranial (PIC) entre 20-29 mmHg durante 30 minutos, 2) PIC entre 30-39 mmHg durante al menos 15 minutos, 3) PIC superior a 40 mmHg durante más de un minuto luego de medidas de primera o segunda línea. **Datos:** Sexo, edad, diagnóstico clínico y tomográfico, coma barbitúrico (CB), craniectomía descompresiva (CD), PIC pre y post I, Presión de Perfusión Cerebral (PPC) pre y post I, duración de la infusión de I, patrón de Doppler Transcraneano (DTC), Escala de Glasgow de Recuperación (GOS) a los 6 meses, causa de muerte. **Análisis estadístico:** Test de la T de Student, Chi cuadrado, se tomó un valor de $p < 0,05$ como significación. Se incluyeron 28 pacientes, 19 de sexo masculino, con una edad promedio de 33 ± 14 . Traumatismo Encefalocraneano 22 (3 leves), Hemorragia Subaracnoidea 5, Hematoma Intracerebral 1. CB 21, CD 13, sin CB ni CD 7 ($p < 0,04$ para GOS 1). En la tabla 1 se detallan los hallazgos principales y en la tabla 2 las diferencias entre vivos y muertos. GOS 1: 8 (5 muerte encefálica (ME), GOS 2: 1, GOS 3: 2, GOS 4: 5, GOS 5: 12. DTC: hiperemia (H) o vasoespasmo (VE) tuvieron menor mortalidad que velocidades disminuidas ($p < 0,02$ OR 9 (1.05-99) RR 4,64 (1.13-19.78). Respuesta a I: ninguna 3 (3 ME), disminución a valor no normal 7 (2 ME), a valor normal 18 (0 ME) ($p < 0,01$ RR 6 (2.70-13.36). **Conclusiones:** El tratamiento con I redujo la PIC y aumentó la PPC en el 89% de los pacientes. Los no respondedores tuvieron una mortalidad del 100%. Los GOS 1 presentaron mayor PIC pre y pos I y menor PPC pos I que los GOS 2-5. La presencia de un DTC con H o VE se asoció a menor mortalidad, acorde al mecanismo de acción de la droga.

	Pre Indometacina	Post indometacina	Valor de p
PIC	38,14±5,32	23,32±9,12	0,0007
PPC	58,11±9,14	75,32±10,13	0,0009
	GOS 1	GOS 2 - 5	Valor de p
PIC pre	41,5±6,11	36,8±4,44	0,03
PIC pos	30,75±10,91	20,35±6,45	0,004
PPC pre	52,75±5,11	60,25±9,60	0,05
PPC pos	66,00±8,81	79,05±8,12	0,0008
Días I	1,88±0,83	4,80±2,04	0,0006
Edad	30,75±13,20	34,00±16,86	0,62

0318 UTILIDAD DEL DOPPLER TRANSCRANEANO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE HIPOPERFUSIÓN CEREBRAL EN PACIENTES COMATOSOS ANTES DE LA REALIZACIÓN DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

FM TAMAGNONE¹, E MARTINEZ², SD BLEJMAN², J RUBIANES¹, I PREVIGLIANO³¹Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento, CABA, Argentina. ²Sanatorio Colegiales, CABA, Argentina. ³Hospital General de Agudos J. A. Fernández, CABA, Argentina.

Objetivo: Evaluar la utilidad del Doppler transcraneano (DTC) para la identificación de hipoperfusión cerebral en pacientes comatosos antes de la realización de imágenes diagnósticas. **Evaluar la respuesta al aumento de la Presión Arterial Media (PAM) con expansión e inotrópicos sobre las velocidades diastólicas (VD). Material y método:** Diseño de estudio: Se realizó un estudio prospectivo, de observación e intervención. **Intervenciones:** DTC; en presencia de VD menor a 20 cm/seg e Índice de Pulsatilidad (IP) > 1,4 se aumentó la PAM >110 mmHg con expansión (2l de solución salina 0.9%) + noradrenalina. **Criterios de inclusión:** Coma antes de la realización de estudios de diagnóstico por imágenes, sin drogas depresoras. **Criterios de exclusión:** Indicación quirúrgica de urgencia o signos de enclavamiento. **Datos:** Edad, sexo, diagnóstico, Escala de Coma Glasgow (GCS) al ingreso, muerte o alta de UTI, PAM pre y post tratamiento, expansión, inotrópicos, VD pre y post, IP pre y post, cálculo de presión intracranial (PIC) mediante la fórmula de Bellner pre y post, patrón de paro circulatorio cerebral. Se escogió la VD por ser la que marca la perfusión cerebral y el IP por ser un marcador de la resistencia vascular cerebral. Se consideró respondedores a VD >20 cm/seg. **Análisis estadístico:** Test de Student, cálculo de valor de predicción positivo (VPP), negativo (VPN), sensibilidad (S), especificidad (E) y likelihood ratio positivo (LR+). Significación $p < 0.05$. **Resultados:** Desde el 1/01/07 al 31/12/08 28 pacientes. Se excluyeron 9 con DTC normal. **Análisis 19:** hematoma intracerebral (HIC) 6 pacientes, trauma de cráneo (TEC) 5, meningitis 3, accidente cerebrovascular (ACV) isquémico 1, hemorragia subaracnoidea (HSA) 1 Tumor 1, Hidrocefalia aguda 1 y Encefalopatía hepática 1. Ver tabla 1. Todas las diferencias entre valores pre y post tratamiento fueron significativas ($p < 0.0001$). No hubo diferencias en las VD de respondedores. Flujo reverberante, pico sistólico o VD <20 cm/seg asociados a muerte encefálica en el 100%, S0,43 E0,92 VPP0,92 VPN 0,43 LR+ 6.06. DTC normal se asoció con una mortalidad del 0% S0,96 E0,59 VPP0,67 VPN0,95 LR+ 2.37. **Conclusiones:** El DTC permite identificar los estados de hipoperfusión cerebral e iniciar un tratamiento acorde. El aumento de la PAM en presencia de PAM normales permitió mejorar la hipoperfusión en el 68%, con una sobrevida del 47%.

Tabla 1- Hallazgos principales

Variable	Valor	Desvío estándar
Sexo masculino	12 (63%)	
Edad	51 años	± 20 años
GCS	4	3 - 8 (rango)
Noradrenalina	0,2 µ/kg/min	± 0,08 µ/kg/min
PAM pre	84	± 16
PAM post	121	± 9
IP pre	2,26	± 0,52
IP post	1,28	± 0,47
VD pre	13	± 7
VD post	33	± 18
PIC Bellner pre	23	± 6
PIC Bellner post	13	± 5
Respondedores	13 (68%)	

0319 MENINGITIS POR PSEUDOMONA AERUGINOSA

J GUTIÉRREZ, L CHEGUIRIAN, R CASTRO, E ACUÑA

Unidad de Terapia Intensiva Sanatorio Cruz Azul, Villa María, Córdoba, Argentina.

Pseudomonas aeruginosa constituye uno de los principales patógenos nosocomiales. Se caracteriza por exhibir resistencia intrínseca a una variedad de drogas no relacionadas: quinolonas, TMP-SMX, tetraciclinas, cloranfenicol, macrólidos y b lactámicos (aminopenicilinas, cefalosporinas de 1º, 2º y 3º generación) y combinación de éstos con inhibidores de b lactamasas. Además puede adquirir fácilmente resistencia a la mayoría de las drogas de utilización clínica. **Caso clínico:** Paciente varón de 23 años de edad que ingresa por cuadro de convulsiones y fiebre. Con antecedente TEC grave, con hemorragia subaracnoidea (HSA) 11 meses atrás. **Examen físico:** Vigil, excitación psicomotriz, pupilas isocóricas intermedias hiporeactivas. Signo de Kerning (+), Brudzinski (+). Se realizó punción lumbar, TAC de cerebro que no mostró LOE. Se comenzó tratamiento con ceftriaxona 2g /12h y dexametasona 8mg/8h. El

laboratorio mostró: Hb: 14mg/dl, plaquetas: 242.000/ mm³, leucocitos 29.600/mm³, glucosa: 187mg/dl, ionograma, urea y creatinina dentro de los parámetros normales. LCR de aspecto turbio: glucorraquia 87mg/dl, proteinorraquia 57mg/dl, y 101 leucocitos/mm³. Se sembró en agar chocolate y caldo infusión cerebro corazón (BHI). Estos medios se incubaron a 35° C con 5-10% de CO₂. A las 24h hubo desarrollo en los medios sembrados. Coloración de Gram: bacilos Gram (-), que posteriormente se identificó como *Pseudomonas aeruginosa*. Sensible a: ceftacídima, amikacina, ciprofloxacina y meropenem. Se rota el esquema antibiótico a meropenem. A las 48h se realiza una segunda punción lumbar que muestra en la coloración de Gram escasos bacilos Gram (-) sin poder recuperarlos del cultivo. El paciente encontrándose lúcido refiere presentar secreción nasal continua de líquido que el mismo describe como salado, por lo que se realiza TAC de cerebro de corte coronal en busca de fístula de LCR que no se pudo comprobar. Tras 14 días de tratamiento antibiótico con meropenem el paciente es externado sin secuelas. La meningitis por *Pseudomonas aeruginosa* es una infección poco frecuente pero muy grave, altamente mortal (40-50%) y con alto riesgo de secuelas. Ocurre principalmente en pacientes con traumatismo craneal y/o neurocirugía, y en menor medida en pacientes inmunodeprimidos, ancianos y neonatos. La inoculación directa y la extensión por contigüidad son las principales vías de infección del SNC. El tratamiento de elección es ceftacídima o meropenem solos o combinados con aminoglucósidos. Este es el primer caso documentado de meningitis por *Pseudomonas aeruginosa* en nuestra institución, que además de ser extremadamente inusual su hallazgo, es importante destacar que el paciente obtuvo una mejoría notable a las 24h de instaurado el tratamiento antimicrobiano empírico (ceftriaxona) el cual no es activo contra este microorganismo. Una de las razones podría ser la disminución de bombas de eflujo ya que se ha visto mutantes de *Pseudomonas aeruginosa* que no expresan ciertas bombas, que las CIMES a varias drogas entre ellas ceftriaxona disminuye entre 2-64 veces.

0321 TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA, NUEVO ROL EN EMERGENCIA. REPORTE DE UN CASO

V CAGLIERI, E MINOLDO, MJ ARAMBURU, E BEPRE, ME IGLESIAS, M BACIGALUPI, MJ LEDESMA, AB GARCÍA GIL, C GALLETTI
 Unidad de Terapia Intensiva, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

Introducción - Objetivo: Desde que la traqueotomía percutánea (TP) fue reintroducida en 1985 por Ciaglia, se ha generado un gran interés respecto a las indicaciones y al uso óptimo de la técnica. Hasta hace poco la TP se consideró electiva, siendo la vía quirúrgica de preferencia cuando el riesgo de pérdida de la vía aérea es inminente. Sin embargo recientemente se han reportado series de pocos casos de TP en situaciones de emergencia. Se muestra un caso en el que la TP con técnica de Griggs permitió un rápido y seguro manejo de la vía aérea, imposible de realizar por un método no invasivo. Paciente y procedimiento: Paciente 24 años de edad, sexo masculino. Colisión frontal en la vía pública moto vs camioneta, sin casco, como consecuencia del mismo presenta trauma severo de maxilo facial y tejidos blandos de cara. Ingres a UTI, derivado desde otro centro, con ventilación espontánea, saturando 92-94% con aire ambiente. Respira por una nariz permeable y con dificultad. Imposibilidad anatómica de asentar equipo máscara bolsa y; de asegurar vía aérea a través de intubación oro gástrica o naso gástrica, o cualquier otro acceso a través de la boca. Se decide realizar TP de emergencia, con técnica de Griggs (sin protección previa de vía aérea), con stand by de cirujano de cabeza y cuello. La TP se realizó previa sedación con propofol, sin extensión del cuello, en un tiempo de 3 minutos durante el cual la SpO₂ más baja fue de 88 % por menos de 1 minuto. Se realizó TAC que mostraba obstrucción casi completa a nivel hipofaríngeo. No existían lesiones óseas de columna cervical ni de vasos del cuello. Se objetivan las siguientes lesiones: hematoma del piso de la boca, fractura de maxilar inferior a nivel de la sínfisis, con desplazamiento y pérdida de los 4 incisivos inferiores. Traumatismo nasal con esfacelo de la piel de 2/3 inferiores de la nariz, con exposición del cartilago alar derecho, herida contuso cortante a nivel la frente profunda, con sangrado arterial activo. Lesión en la línea media de la lengua (2/3 anteriores) que se

extiende hasta los músculos del piso de la boca y del labio inferior, quedando expuesta la fractura maxilar. En cirugía se realiza reducción y fijación de la fractura maxilar inferior y reconstrucción facial. Discusión y conclusión: Hasta el presente se han publicado series no mayores de 10 pacientes en los que la TP fue realizada en situaciones de emergencia (traumas, quemaduras, ingesta de cáusticos) todos con el método de Griggs, que permite un acceso rápido, no se ejerce extrema fuerza sobre la pared anterior de la tráquea y evita la extensión cervical. En todas las comunicaciones se mostró confiable y sin complicaciones advirtiéndose que es necesaria la experiencia previa del operador. En este caso fue segura, permitiendo un abordaje rápido y simple de la vía aérea, salvando la vida y facilitando un inmediato manejo diagnóstico y quirúrgico.

0322 VALOR PREDICTIVO DEL "SCORE" TIMI Y OTROS PREDICTORES DE MORTALIDAD, A LARGO PLAZO (36 MESES), EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO

A RIVERO, G MOISES AZIZE
 Clínica Privada Caraffa, Argentina.

Objetivos primarios: 1. Determinar si el score TIMI para SCA resultó de utilidad para predecir mortalidad a largo plazo (36 meses) en pacientes internados en nuestra institución por SCA durante el año 2005. 2. Determinar qué otros "marcadores de riesgo" evaluados durante la internación de pacientes con SCA en nuestra institución durante el año 2005, resultaron como principales predictores de mortalidad a largo plazo (36 meses). Objetivos secundarios: 1. Determinar cuál fue la estrategia de tratamiento (Tratamiento médico, ATC o Cirugía de revascularización), a largo plazo, más utilizada en nuestra institución. 2. Determinar cuál de las estrategias de manejo tuvo, a largo plazo, mejores resultados en cuanto a mortalidad total, ajustando el riesgo inicial según el score TIMI. 3. Determinar si hubo, o no, correlación entre el valor del score TIMI y la estrategia de manejo elegida. Análisis estadístico: El contraste de edad entre grupos independientes se realizó con Test de Student asumiendo varianzas homogéneas. El de proporciones con prueba de Chi cuadrado por defecto, y en caso de violación a su premisa acerca de la frecuencia de celdas con valor esperado pequeño, se substituyó por Test Exacto de Fisher. Resultados:

Tasas de mortalidad a 3 años (análisis "univariado")

Según el Score TIMI:

? TIMI = 4 36,4% (RR 2,33)
 ? TIMI < 4 15,6%

Según la Edad:

? Edad > 65 años. 34,2% (RR 2,31)
 ? Edad < 65 años 14,8%

Según el tipo de SCA:

? STEMI 38,9% (RR 1,83)
 ? Angina inestable 24,2%
 ? NSTEMI 14,3%

Predictores independientes de mortalidad a 3 años (test multivariado)

Score TIMI = 4 HR 2,33 - IC95%: 2,02-2,64 - P 0,02
 Movilización del Segmento ST HR 2,25 - IC95%: 2,02-2,48 - P 0,04
 Diabetes Mellitus HR 2,23 - IC95%: 1,92-2,54 - P 0,02
 Edad > 65 años HR 1,88 - IC95%: 1,64-2,12 - P 0,04
 Lesión severa en arteria D.A. HR 1,72 - IC95%: 1,59-1,85 - P 0,05

Conclusiones: 1. El score TIMI para SCA resultó de utilidad para predecir mortalidad a largo plazo (36 meses) en pacientes internados en nuestra institución por SCA durante el año 2005 y fue el principal predictor independiente de mortalidad en nuestro estudio. 2. Los otros "marcadores de riesgo", evaluados durante la internación de pacientes con SCA en nuestra institución durante el año 2005, que resultaron como principales predictores independientes de mortalidad a largo plazo (36 meses) fueron: a. Movilización del Segmento ST. b. Diabetes Mellitas. c. Edad > 65 años. d. Lesión severa de arteria D.A. 3. La estrategia de tratamiento (Tratamiento médico, ATC o Cirugía de revascularización), a largo plazo, más utilizada en nuestra institución fue Tratamiento Médico. 4. Ajustando el riesgo inicial según el score TIMI, no hubo diferencias significativas de mortalidad a largo plazo entre las distintas estrategias terapéuticas utilizadas para el manejo de estos pacientes, aunque hubo una tendencia a menor mortalidad en el grupo ATC (Angioplastia Coronaria).

0323 IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO BASADO EN DOPAMINA/ADRENALINA Y METAS DE PERFUSION PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON SEPSIS SEVERA Y SHOCK SEPTICO

RE PAIRUMANI

Hospital Obrero N° 1, La Paz, Bolivia.

Objetivos: Describir los resultados de la implementación del protocolo: Objetivos de Reanimación Rápida y Oportuna (OBRERO) y su relación con la mortalidad en pacientes con sepsis severa y shock séptico. Conocer la eficacia del uso protocolizado de dopamina/adrenalina. Determinar la utilidad del déficit de bases (BE) y saturación venosa central (SvcO2) intermitente, como metas de perfusión. **Materiales y método:** Serie de casos prospectiva comparada con controles históricos, realizado en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Obrero N° 1, La Paz - Bolivia. Grupos de Estudio: Grupo Obrero: pacientes en quienes se aplicó el protocolo los meses febrero y marzo de 2008. Grupo Control corte histórica de pacientes internados dos meses previos. Desarrollo del Protocolo Obrero: Se realizó: monitorización básica, vía venosa central; parámetros de perfusión: BE, SvcO2. El tratamiento buscó PAM > a 65 mmHg y optimización de precarga. Objetivos de buena perfusión: normalización del BE, SvcO2 > 70%. Si persistía la hipotensión se inició vasoactivos basados en dopamina y adrenalina. Las variables fueron analizadas con la prueba t y x2, se calculó además el Odds Ratio, test exacto de Fisher y número necesario para tratar. Resultados: Se estudiaron 77 pacientes, 34 sépticos (44.2%); 14 del grupo Obrero y 20 el grupo Control. Media de edad 56,8 años, APACHE II fue similar en ambos grupos (26.1 ± 7.3 y 26.9 ± 7.4), así como el puntaje SOFA de ingreso y máximo (9.9 ± 4.2 y 11.2 ± 4.3). El volumen de cristaloides fue mayor en el grupo Obrero a las 6 horas (3193 ml ± 1718 vs 2003 ml ± 1416 p=0.04). La PAM mejoró a las 6 horas en el grupo OBRERO (70.5 vs 61.8, p = 0.04). Todos requirieron dopamina. La adrenalina fue usada más en el grupo Obrero. La perfusión mejoró en el grupo Obrero: BE (-8,6 ± 4 vs -16,5 ± 7 p=0,018) y SvcO2 (72.5 ± 9.7 vs 62.8 ± 10.1, p=0.007). La mortalidad fue de 33 pacientes (42.9%): 16 (80%) en el grupo control y 4 (28.6%) en grupo Obrero (OR 10, IC 95%, p= 0.003), NNT de 1.92. No hubo diferencia en la estancia. Conclusiones: Nuestro protocolo promueve el uso de adrenalina como manejo inicial y no como droga de rescate final. El alcanzar metas de buena perfusión como la mejora del BE es una meta alcanzable y una opción al lactato. La SvcO2 intermitente en etapas iniciales de la enfermedad nos sirvió como parámetro de perfusión, su mejora se correlacionó con menor mortalidad. El estudio muestra que la implementación del protocolo OBRERO basado en la evidencia consigue una mejora en la calidad asistencial. (Annane D, et al. Norepinephrine plus dobutamine versus epinephrine alone for management of septic shock: a randomised trial. Lancet 2007; 370:676-84) (Castro R, Hernández G: An evidence-based resuscitation algorithm applied from the emergency room to the ICU improves survival of severe septic shock. Minerva Anestesiol 2008; Vol. 74, 2 - 8)

0324 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO: COMPLICACION HEMORRAGICA DE CAUSA NO EVIDENTE EN UNA COLECISTECTOMIA SIMPLE CON MASIVO HEMOPERITONEO, HEMORRAGIA INTRAHEPÁTICA Y SUBCAPSULAR CON BUENA RESPUESTA AL FACTOR VII ACTIVADO

L LEON CEJAS¹, ML CABANA¹, L VIDAL¹, D VARGAS¹, O TEJERINA¹, P CLEMENTTI², L SILVA¹, J MERCADO¹, C CABEZAS¹, M DAUD¹, C PARUSINI¹, E MERCADAL¹

Hospital Pablo Soria, Argentina. ²Sanatorio Ntra. Sra. Rosario, Argentina.

Introducción: El sangrado perioperatorio puede deberse a causas quirúrgicas de índole local (L) o a un defecto sistémico (S) en la hemostasia. Ambos expresan débito hemático mayor de lo esperado por el drenaje quirúrgico y cambios hemodinámicos. En el defecto S pueden sangrar otros sitios: mucosas, piel, punciones, sondas. Las causas L obedecen por lo general a vasos mal ligados o en causas S se incluye CID, Sepsis, Fibrinólisis, defecto congénito o adquirido no detectado de la coagulación, o casos inducidos por la cirugía de base. Se presenta el caso de una pte. sana operada de vesícula biliar

programada y sin ant. hemorragiparos y sin sangrado intraoperatorio que requieran gestos hemostáticos adicionales, que desarrolla masivo hemoperitoneo y hemorragia hepática no traumática. Presentación del caso: Mujer de 34 años, sana, 3 partos normales, ingresó al Servicio de Cirugía 03/11/08 por colecistitis aguda por litiasis vesicular. Hto 37%, plaquetas 339000 mm³, APP 90% Sangría 4' y KPTT 31". Se realizó colecistectomía simple convencional programada 06/11/08. Vuelve a Sala Cirugía. Anemia aguda a 30 minutos, ecografía bedside: hemoperitoneo, hematoma subcapsular e intrahepático. Relaparotomía, no se encontraron desgarros ni lesiones vinculadas a la cirugía, había coágulos intrahepáticos en segmentos V, VI y VII, masivo hemoperitoneo. Se efectúa drenaje de cavidad con 3 packing, abdomen contenido. Admisión a UTI en shock Hto: 21%, plaquetas 208.000 mm³, APP 75%, KPTT 27seg, pH: 7.32, EB -16 Ac. Láctico 2,1 mg/dl ALAT: 606, ASAT: 196. ARM, Drogas VP. Protección de hipotermia. Politransfusión. Único sitio de sangrado. A las 9 horas de la 2da. cirugía, nueva exploración por sangrado sostenido, ampliación packing y AA y C. Sigue sangrado ritmo 280cc/h y equipo Quirúrgico solo acepta controlar en 48 hs. Se usó FVIIa s/ protocolo con cese del sangrado a < 35cc hora. No más transfusiones con total 64 HD, cierre de cavidad a los 3 días Un día de ARM y drogas VP. Evolución: Derrame pleural derecho y fiebre a los pocos días. Punción Diagnóstica y avenamiento pleural simple Hematoma en sitio punción. Mismo día punción percutánea guiada por Ecografía del hematoma residual hepático. Ambas punciones y herida quirúrgica: Cultivo (+) E. Aureus MR Hemocultivos (-) Al otro día y en un mismo acto videotoracoscopia con toilette pleural y drenaje hematoma residual infectado asistido por video-laparoscopia. Colonizada con Enterococo VR. Ecocardiogramas s/p Recibe vancomicina 20 ds. Alta el 23/12/08 total 50 días Int. Dosaje de Fact. V, VII, VIII, IX, X, XI y XIII; Fibrinógeno, antígeno de Von Willebrand, Inhib. lúpico, antic. antiFLip y antiCL, B2 glicoproteína, prot. C y prot. S, anti-trombina III. Factor V de Leiden y Mut gen de la protrombina, tpo. lisis del coagulo de euglobinas Normales. **COMENTARIOS:** Nunca se aclaró la causa del sangrado, de inicio la sospecha fue lesión inadvertida. El factor VIIa frenó un sangrado incontenible con shock hipovolémico Destacamos la utilidad de contar con este tratamiento adicional que complementó al quirúrgico.

0325 PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICO UN JOVEN DEPORTISTA CON GOLPE DE CALOR E INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA ASOCIADA A FALLA ORGANICA MULTIPLE

ML CABANA, L VIDAL, L LEON CEJAS, D VARGAS, S TORRES, O TEJERINA, C OVIEDO, L LUNA

Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy, Argentina.

Introducción: la injuria térmica hace referencia al aumento de la T central por encima del punto de corte del Hipotálamo como consecuencia de la superación de los mecanismos de disipación de calor del organismo El golpe de calor es la última etapa del continuum de la hipertermia, que va desde stress por calor, agotamiento por calor y golpe de calor con FOM y muerte. Presentamos un caso clínico de poca frecuencia que reunió todos los componentes descriptos en la literatura. Caso clínico: varón de 26 años de edad, sano, deportista, que por relato de terceros se conoce la cinemática del trauma asociado a una carrera de motos Fue a mediodía, con temperaturas externas de 35 °C, y enfundado en un traje impermeable, con posible ingesta de sustancias estimulantes y poco acceso al agua. Comienza con desorientación tempororo-espacial, pérdida de conciencia y convulsiones. Se constatan T corporal mayor a 40. Extracción complicada por inaccesibilidad del sitio y demora al centro de Trauma. Ingresar con rigidez muscular, deshidratación severa, nistagmus vertical, y convulsiones TAC: edema cerebral difuso sin lesiones ocupantes espacio. EEG: sin paroxismos epilépticos, PL normal. Laboratorio: 17.000 blancos, cay 10%, 108 mg/dl glucemia, 50mg/dl urea Na+ 155mE/l, CPK: 3848 U/l, ASAT: 270 U/l, ALAT 112 U/l Se instauran medidas sostén vital ARM, drogas vasoactivas, enfriamiento externo y con soluciones EV, protección renal frente a rabdomiólisis. APACHE 20, SOFA 17. A las 48 más ictericia, hipoglucemia sostenida, ASAT: 8627 U/l, ALAT: 7498 U/L, CPK: 21.202 U/l, APP: 10%, Plaquetas 24.000, creatinina 2,7mg/dl, K+5,9 mEq/l. Factor VII 14%, fibrinógeno 120 mg/dl, Bilirrub D: 24mg/dl BTotal 29mg/dl, Factor V: 20% Doppler TC con HTE. Neurología Negativa PIC por Alt. coagu-

lación. Soporte con HDiálisis. Presenta IPA /SDRA Falla de 5 parénquimas: Hepático y coagulación, I. renal, IResp, falla HD, SNC. Tras 14 días ARM y 12 sesiones HD, pasa a piso el día 16 con recuperación parcial de la diuresis persistencia de la ictericia, ATB amplio espectro por Infección asoc VM con Procalcitonina 11. Soporte enteral. Alta a la semana Se controla por CExterno: 2 meses de ictericia y transaminasas en progresivo descenso Perd.peso de 16 Kg. Comentario: Hay escasa bibliografía del caso expuesto y poca experiencia en terapias intensivas según las publicaciones encontradas Por la Insuficiencia hepática-hipoglucemias, ictericia creciente, necrosis hepática, edema cerebral, trast. coag. y Hemor. digestiva-consultas a Centros Referenciales de Transplante Hepático La mortalidad es muy alta cuando tiene este cuadro clínico El paciente reunía las condiciones habitualmente descriptas de un extraordinario esfuerzo físico con aumento de la producción de calor, asociación de altas temperaturas ambientales, restricción en los mecanismos de disipación del calor corporal, poco acceso a la ingesta de líquidos y presunción de ingesta de sustancias psicoestimulantes que podrían haber alterado el termostato hipotalámico. Habitualmente se consideran causas mixtas.

0326 TRATAMIENTO CON OCTEOTRIDE ASOCIADO AL ENDOSCÓPICO EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFAGICAS. ¿QUE VENTAJA APORTA? J BERRETA¹, D KOCIAK¹, F DE FEO¹, A BALDUCCI¹, MV LAPLACETTE¹, MF VAZQUEZ¹, M DIAZ GUERRERO¹, G ROMEIRO²

¹Terapia Intensiva. Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Argentina. ²Hepatología. Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

El tratamiento endoscópico ha sido el mayor aporte a la terapia de la hemorragia digestiva varicial. Ulteriormente se ensayaron drogas como tratamiento alternativo o asociado a la endoscopia con variadas ventajas a favor del tratamiento combinado. Objetivo: identificar ventajas y limitaciones del tratamiento endoscópico y del tratamiento combinado (endoscópico y octreotide). Material y métodos: Se evaluaron todos los ingresos por hemorragia digestiva alta varicial entre 3-2002 y 11-2008 en diseño de cohortes. Se separaron 2 grupos según su tratamiento: 1) pacientes tratados solo endoscópicamente (esclerosis, ligadura o combinación de ambos) y 2) pacientes tratados con el procedimiento endoscópico combinado con octreotide (bolo de 50 mcg endovenoso previo al tratamiento endoscópico, seguido luego de infusión continua de 50 mcg/h por 72 hs). Se analizaron las características de los 2 grupos según edad, sexo, etiología de la hepatopatía crónica, clase de Child, presencia de sangrado activo al momento de la endoscopia diagnóstica-terapéutica, y score APACHE II de ingreso para establecer posibles diferencias entre grupos. Luego se evaluaron los resultados de la terapia endoscópica versus la combinada según los siguientes resultados: éxito hemostático inicial, resangrado, y mortalidad hospitalaria. Métodos estadísticos: t de Student, Chi cuadrado y test exacto de Fisher. Resultados: Se trató de 185 ingresos de los que 9 fueron excluidos por haber recibido balón como tratamiento de inicio. De los 176 restantes, 134 recibieron tratamiento endoscópico y 42 tratamiento endoscópico combinado con octreotide. Los grupos no tuvieron diferencias significativas en características de base (tabla 1).

tratamiento	Edad	Sexo	Etiología	Child A	Child B	Child C	Sangrado activo	Sc All
Endoscopia	n=134	51.6±	11.2	109?	26	?	Alcohólica	73
Otras	61	22	72	41	48	13.8±	6	
Endoscopia + octreotide	n=42	51.1±	11.9	35	?	8	?	Alcohólica
Otras	22	6	26	9	17	12.5±	4.3	

Tabla 1: características de las dos poblaciones. Sin diferencias de significación estadística. Sc All: score APACHE II El éxito hemostático inicial, incidencia de resangrado y mortalidad hospitalaria en los tratados con endoscopia sola fue de 85%, 24% y 16%, y en los que recibieron tratamiento combinado fue de 90%, 7% y 7% respectivamente (Tabla 2), con diferencia estadísticamente significativa solo para resangrado p=0.0152

tratamiento Éxito hemostático inicial Resangrado Mortalidad Endoscópico exclusivo 114

(85%) 32

(24%) 21

(16%)

Combinado: endoscópico+ octeotride 38

(90%) 3

(7%) 3

(7%)

Tabla 2: resultados de ambas modalidades terapéuticas. Resangrado p=0.0152.

Conclusiones: el agregado de octeotride 50 mcg en bolo previo al tratamiento endoscópico, seguido de infusión continua de 50 mcg/hora durante 72 hs, disminuye la incidencia de resangrado sin afectar significativamente el éxito hemostático inicial ni la mortalidad hospitalaria.

0329 ESTUDIO COMPARATIVO (ENOXAPARINA VS HEPARINA SODICA) PARA LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN PACIENTES CRÍTICA-MENTE ENFERMOS

GA IMBELLONI, OA DISANTO, H JUAREZ, AA GORODNER, C BENZONI, GJ RIOS PICAZA

Sanatorio Frangioli de Salud 2000 SRL, Argentina.

Introducción: Bajo el nombre de enfermedad tromboembólica venosa (ETV) se agrupan la trombosis venosa profunda (TVP), su complicación más grave, el embolismo pulmonar (EP) y, por último, el síndrome post-trombótico (SPT), estando estas relacionadas íntimamente. Por lo cual la eficacia y seguridad de la trombo profilaxis es importante en los pacientes con enfermedades médicas agudas graves que pueden estar en riesgo de sufrir estas complicaciones. Método: Estudio comparativo donde se evaluó 102 pacientes internados en Terapia Intensiva desde el 01/05/09 hasta el 01/07/09. Criterios de inclusión: mayor de 45 años, internación superior a los 5 días, y que no pudieran ser movilizados por tres días por lo menos, índice de masa corporal (hombres >= 30; mujeres >= 28.5). El resultado primario fue el tromboembolismo venoso entre los días 1 y 14, que se la define como trombosis venosa profundo detectadas por ecografía doppler entre los días 6 y 14. La duración del seguimiento a tres meses. Resultados: Se evaluó el resultado primario en 79 pacientes; se los dividió en Grupo I (G I), a los que se les administro 40 mg de enoxaparina subcutánea; al Grupo II (G II) se administro 20 mg de enoxaparina subcutánea y el Grupo III (G III) heparina sodica; el G I tuvo una incidencia del 6.4% (2 de 31 pacientes), G III 18% (4 de 22 pacientes), el G II 19.2% (5 de 26 pacientes), una incidencia significativa entre el G I con respecto a los incluidos en G II y III con una p<0.001. El G I continuó con el efecto beneficioso de los 40 mg de enoxaparina subcutánea a los 3 meses. La mortalidad fue similar en los 3 grupos, GI 16.1%, G II 19.2%, G III 20%. Conclusiones: Concluimos que, si bien la muestra es muy pequeña, el tratamiento profiláctico con 40 mg de enoxaparina sería el mas adecuado para disminuir el riesgo de tromboembolismo venoso. Se necesitan mas estudios para confirmar.

0330 ROTURA TRAUMÁTICA DE VÁLVULA TRICÚSPIDE SECUNDARIA A TRAUMA DE TÓRAX CERRADO Y SU ASOCIACIÓN A FALLA HEPÁTICA AGUDA

G CARRIÓN, G FERNÁNDEZ, P ARTAZA, F VARELA, R LÓPEZ, A GARCÍA, J MATEOS, G RODRÍGUEZ M, M BERNADÓ, M PONCE, J SILGUERO, M CORNELIO

Clínica Pueyrredón, Mar del Plata, Argentina.

Introducción: Las lesiones valvulares cardíacas traumáticas son infrecuentes, especialmente las que involucran a la válvula tricúspide, tanto en traumatismos cerrados como abiertos, teniendo una incidencia menor al 1%.(1). Objetivo: describir nuestra experiencia frente a un cuadro de presentación poco frecuente. Descripción del caso: Paciente de 25 años asmático, sufre accidente motociclístico con impacto frontal. Al ingreso se constata TEC, SCG 15/15. TAC: contusión cerebral frontal izq. de 10 mm. TAC de M. Facial con múltiples fracturas. Trauma de tórax cerrado con fractura de 1 costilla izq, sin otras lesiones. Fractura de cadera y pierna izq en 1/3 medio. APACHE II = 1 (ISS=29 TSR=7.84) 4º día Rx Tórax: infiltrados con

redistribución de flujo con silueta cardíaca normal, se ausculta soplo sistodiastólico 4/ 6 en 4 focos a predominio tricuspídeo. Ecocardiograma: VI no hipertrófico ni dilatado, buena FSVI sin trastornos segmentarios. Séptum IV íntegro con abombamiento hacia VI en diástole, VD en límite máx de normalidad con buena FS, Falta de coaptación de valva posterior, rotura de cuerda tendinosa de 2º orden de valva tricúspide más insuficiencia tricuspídea severa. HTP leve. 6º día: derrame pleural, se coloca tubo de drenaje, se obtienen 700ml serohemático 10º día leucocitosis y persistencia de derrame pleural. Se recoloca tubo pleural+ Ceftazidima+ vancomicina por síndrome febril. Se recupera SAMR. Por insuficiencia cardíaca derecha se inicia tratamiento para la misma. Al día 19º Se realiza toracoscopia por empiema tabicado probablemente como consecuencia de contaminación post toracocentesis. Coagulograma alterado previo al procedimiento: TP 22" 36 % KPTT 31". Hto 21 se corrige con PFC. POP inmediato evoluciona con ictericia generalizada bilirrubina 170mg TP:38´ [18%] se interpretó como fallo hepático, Requiere ARM. IRA anúrica, fallo hematológico, Hiperlactacidemia (155 Vr: 20). Shock séptico con alto requerimiento de inotrópicos, APACHE II = 15 SOFA = 15. Luego de sesiones de diálisis, evoluciona lenta y favorablemente. Alta de UTI a los 48 días. Comentario: La disfunción hepática en la sepsis es frecuente, al inicio de esta se debe a una disfunción orgánica vascular, (2), esta lesión se relaciona, en un porcentaje elevado, con una obstrucción al flujo a nivel portal asociada a disfunción cardíaca derecha; no siendo solo responsable la isquemia producida por hipotensión o reducción del flujo en la sepsis. Consideramos que este cuadro genera una gran congestión hepática aguda, que predispone seriamente al sufrimiento del parénquima, que -asociado a los demás factores- adquiere especial relevancia en la génesis de la falla hepática, por lo que es de vital importancia el control del manejo de los líquidos para mitigar la disfunción cardíaca derecha. 1) Rotura de válvula tricúspide con insuficiencia masiva secundaria a traumatismo torácico cerrado. Caso clínico Rev Méd Chile 2008; 136: 1034-1038. (2) Seeto RK, Fenn B, Rockey DC. Ischemic hepatitis: clinical presentation and pathogenesis. Am J Med 2000; 109(2):109-113. PM: 10967151.

0331 NO ES LO QUE PARECE (PRESENTACIÓN DE UN CASO DE ESCLEROSIS TUBEROSA)

S BAÑOS, G MACARRON, L MORENO, G WALSER, A SILVESTRE, N PATINOK, O RECUPERO, D BERGNA
Hospital Sor María Ludovica La Plata, Argentina.

Paciente de 7 meses de edad de sexo femenino que ingresa a la sala de infectología por presentar fiebre y púrpura en piel, se interpreta el cuadro como shock séptico, sospecha de meningococemia. No presenta antecedentes de importancia, tiene vacunación completa. Al ingreso se encuentra taquicárdico, taquipneico, hipotenso. Se decide su ingreso a terapia intensiva, se ventila, se expande en reiteradas oportunidades, requiere apoyo vasopresor e inotrópico (noradrenalina, milrinona y adrenalina); permaneció ventilada 19 días; cumplió varios esquemas antibióticos (ceftriaxona, gentamicina, piperacilina, vancomicina, meropenem). El 10/7 se realiza ecocardiograma observándose imágenes compatibles con vegetaciones en ambos ventrículos, debido a que presento hemocultivos positivos para estafilococo coagulasa negativo, se interpreta el cuadro como endocarditis infecciosa. El 11/7 presento convulsión focal en miembro superior derecho, con hemiparesia facio-braquio-crural derecha, se realiza tomografía computada de encéfalo en donde se observa imagen compatible con isquemia en región de arteria cerebral media derecha, presenta nódulos subependimarios calcificados que son subjetivos de esclerosis tuberosa. Se realiza electroencefalograma en donde se observa asimetría de ritmos corticales con incremento de la actividad lenta y actividad sigma solo en hemisferio derecho, se sospecha malformación cortical. El 9/8 se realiza cirugía cardiovascular para resección de vegetación, se envían muestras para anatomía patológica, cuyo informe es rabiomoma cardíaco. Por tal motivo se realizan interconsultas a los servicios de dermatología, neurología, oncología quienes concluyen en el diagnóstico de esclerosis tuberosa. La esclerosis tuberosa es una enfermedad neurocutánea con herencia autosómica dominante, afecta a 1 de cada 15000 recién nacidos vivos. El diagnóstico se basa en el cumplimiento de una serie de criterios (dos mayores, o uno mayor y dos menores). Mayores:

angiofibromas faciales, fibromas ungueales, maculas hipomelanóticas, nevus de tejido conectivo, hamartomas retinianos, tubérculo cortical, nódulo subependimario, astrocitoma subependimario, rabiomoma cardíaco, linfangiomatosis, angiomiolipoma renal. Menores: esmalte dental piqueteado, pólipos rectales, quistes óseos, fibromas gingivales, hamartoma no renal, mancha acróica retiniana, maculas hipocromicas, quistes renales múltiples. Conclusiones: En terapia intensiva el diagnóstico y tratamiento sindromático debe ser la regla inicial, sin embargo no debe dejarse de investigar otra etiología según los hallazgos clínicos y métodos complementarios.

0333 ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

L MORENO, S BAÑOS, G MACARRON, G MACARRON, N PATYNOK, A WALSER, A SILVESTRE, O RECUPERO, D BERGNA
Hospital de Niños " Sor María Ludovica" La Plata, Argentina.

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizando las historias clínicas y los estudios por imágenes de pacientes ingresados con diagnóstico de ACV al Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital de Niños Sor María Ludovica de La Plata durante el periodo 2006-2008. El objetivo fue realizar una descripción epidemiológica de pacientes con Accidente Cerebrovascular (ACV) Y evaluar la posibilidad de síntomas y signos iniciales al cuadro de ACV para hacer un diagnóstico precoz y tomar una conducta terapéutica adecuada y temprana. Se analizaron 23 historias clínicas, de los cuales 13 pacientes fallecieron. Tres pacientes presentaron ACV isquémico de los cuales dos fallecieron (asociados a Síndrome de HiperIgE, y Púrpura trombótica trombocitopenica), 20 fueron hemorrágicos (9 Malformaciones arterio-venosas, 3 asociados a SMI, 1 Hemorragia subaracnoidea, 1 asociado a PTI, y 6 desconocidos) de los cuales 11 fallecieron. Escala de Glasgow promedio para los 13 fallecidos 7,2/15; para los 10 sobrevivientes 10,6/15. Los pacientes con ACV Isquémico vivos presentaron un escala de Glasgow promedio de 12/15, los fallecidos 11/15. Los pacientes con ACV Hemorrágico vivos un promedio de 10,4/15, los muertos 6/15. Dentro de los ACV Hemorrágicos las MAV que sobrevivieron (4) tuvieron un promedio de 8,2/15. Los fallecidos (5) 7,6/15. Según Score PIM 2 de mortalidad, presentaron un promedio global de 41,8%, los sobrevivientes 33,7%, y los fallecidos 49,9%. Los pacientes con ACV hemorrágicos vivos, 36,9%; los muertos 54,1%. Se analizaron los síntomas prodrómicos por orden de frecuencia donde se observó la presencia de cefalea en 10 pacientes (42,5%), alteración del sensorio en 10 (42,5%), dolor abdominal y vómitos en 7(35%) convulsiones en 6 (30%). En nuestro estudio pudimos observar que la causa más frecuente de ACV fue la hemorragia siendo la etiología más prevalente de este grupo las MAV; en estos la escala Glasgow fue un factor pronóstico decisivo para su sobrevivencia. Los síntomas y signos de presentación de nuestros pacientes son los descriptos en la bibliografía, y podemos concluir que ante un paciente con alteración del sensorio de presentación súbita, cefalea, afebril deberíamos descartar un ACV.

0334 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN TERAPIA INTENSIVA

M BONO, D VARELA, E ARISTA, C CANESSA, R SANCHEZ, N TIRIBELLI, A LUCERO, L GRIECO, A MARINO
Hospital Churrucá, Argentina.

Objetivo: Comparar las características clínicas y evolución de los pacientes mayores y menores de 65 años que presentaron diagnóstico de IRA 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 UTI entre el 01/09/2006 al 31/04/2009, y en especial los pacientes que presentaron insuficiencia renal aguda, según los criterios de RIFLE, agrupándolos en mayores y menores de 65 años. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estancia en UTI, valores de Urea y Creatinina, día del comienzo de IRA y necesidad de tratamiento dialítico según criterios clásicos de diálisis (Hiperkalemia, sobrecarga de volumen, acidosis metabólica severa, síntomas uremicos), se utilizó Hemofiltración, hemodiálisis lenta, y hemodiafiltración veno-venosa continua según indicación del Servicio de

Nefrología. 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 1475 pacientes, de los cuales el 48% (710/1475) eran mayores de 65 años y de estos presentaron IRA el 29% (207/710). 503/710 pacientes no presentaron IRA con una mortalidad de 18,6%. El 52% de los pacientes analizados eran menores de 65 años (765/1475) y presentaron IRA 13,60% (104/765). 662/765 no presentaron IRA, con una mortalidad de 11,6%. De los pacientes que presentaron IRA el 67,2% el motivo de ingreso a UTI fue médico y el 32,8% quirúrgico ($p < 0,05$). A continuación se detallan las características de los pacientes con IRA. Tablas:

	> de 65 años	< de 65 años	p
n	29 % (207/710)	13,6 % (104/765)	< 0,05
Mujeres	46 % (95/207)	30 % (31/104)	< 0,05
Edad	76,9 (7,2)	52,7 (9,7)	< 0,05
Antecedentes	DBT	23,8 %	18,7 %
	HTA	50 %	39 %
	Enf CV	20,8 %	6,3 %
	Tabaquismo	31,5 %	33 %
A PACHE II	22,4 (8,9)	20,4 (8,5)	< 0,05
SAPS II	51,2 (20,1)	44,2 (21,1)	< 0,05
Estadía en UTI	9,3 (11)	9,2 (10,5)	NS
Mortalidad	49,7 % (103/207)	41,3 (43/104)	NS
Urea	124,9 (80,7)	121 (89,6)	NS
Creatinina	6,3 (25,7)	6,1 (28,6)	NS
Días de comienzo de la IRA	2,1 (2,4)	2,6 (3,4)	NS
Necesidad de Diálisis	16 % (33/207)	26 % (27/104)	NS
Mortalidad de Diálizos	63,6 % (21/33)	63 % (17/27)	NS

	IRA > de 65			IRA < de 65		
	Quirúrgicos	Médicos	p	Quirúrgicos	Médicos	p
n	31 % (65/207)	69% (142/207)	< 0,05	25,6% (37/104)	64,4% (67/104)	< 0,05
Mujeres	38,3% (25/65)	49,2% (70/142)	NS	32,4% (12/37)	28,3% (19/67)	NS
Edad	76,7(8)	76,9 (7)	NS	50,8 (9,5)	53,6 (9,7)	NS
Apache	20 (9)	23,8 (8,7)	< 0,05	17 (7,3)	22,3 (8,6)	NS
SAPS	46 (19,4)	33,5 (20)	< 0,05	42,4 (20,8)	45,2 (21,3)	NS
Estadía en UTI	7,6 (11)	10,1 (10,8)	NS	8 (9,9)	9,8 (10,8)	NS
Día de Comienzo de la IRA	1,6 (1,3)	3,3 (2,8)	< 0,05	2,8 (3,3)	2,4 (3,5)	NS
Urea Max.	120,5 (90)	126 (76)	NS	99 (73,7)	132 (95)	NS
Creatinina Max.	2,5 (1,3)	7,8 (3,3)	< 0,05	2,7 (1,4)	7,8 (3,5)	< 0,05
Mortalidad	47,7% (31/65)	50,7% (72/142)	NS	24,3% (9/37)	50,7% (34/67)	< 0,05
Diálisis	requerida	17,8% (29/142)	NS	16,2% (6/37)	31,4% (21/67)	NS
	distal	87,5 % (7/8)	36% (14/23)	NS	30% (3/6)	66% (14/21)

Conclusiones: La IRA es más frecuente en el sexo masculino y mayores de 65 años, así como también en los pacientes que ingresaron a UTI por motivos médicos. Los pacientes con IRA mayores de 65 años presentan scores de gravedad más altos, similar estadía en UTI, y mortalidad que los menores de 65 años. Podrían considerarse los antecedentes como DBT, HTA y enfermedad cardiovascular, más frecuentes en mayores de 65 años como posibles predisponentes de IRA. Los menores de 65 años que ingresaron por motivos médicos tuvieron mayor mortalidad.

0335 RÁPIDO CRECIMIENTO Y SANGRADO DE OTRO ANEURISMA CEREBRAL LUEGO DE LA EMBOLIZACIÓN DEL ANEURISMA CULPABLE DE UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

A FERNANDEZ PAZOS, G BADARIOTTI, A CECILIANO, JP SUÁREZ, M ENSAOLA, P BESASSO, B DE DIEGO
Sanatorio Mater Dei, Argentina.

El sangrado de los aneurismas cerebrales es una enfermedad de alta morbimortalidad que se acompaña de complicaciones múltiples. Presentamos el caso de una paciente que fue desarrollando eventos adversos graves asociadas a la hemorragia subaracnoidea y con un segundo sangrado aneurismático cerebral de origen poco frecuente. Paciente mujer de 36 años que ingresó por cuadro de cefalea de instalación súbita seguida de síncope. Hunt y Hess II y Fisher tomográfico: IV. En angiografía digital se observó un aneurisma carotídeo izquierdo paraclinoideo de 5 mm (de cuello amplio) complicado, y distalmente, en la arteria carótida 2 aneurismas de

menor tamaño hipofisario superior (de 3 mm de diámetro máximo) y coroideo anterior (de 2 mm); acompañado de displasia segmentaria en la carótida izquierda y ambas en vertebrales cervicales. En agudo, se realizó embolización con coils del aneurisma paraclinoideo en forma satisfactoria. Evolucionó inmediatamente con edema agudo de pulmón y disfunción ventricular izquierda severa sin cambios electrocardiográficos ni elevación de troponina T. Requirió asistencia ventilatoria mecánica por 7 días e inotrópicos revirtiendo la insuficiencia cardíaca totalmente. Se le indicó nimodipina y pravastatina. Recibió drenaje ventricular externo por hidrocefalia aguda que fue recambiado en 4 oportunidades. Ya extubada, presentó vasoespasmo severo por doppler transcraniano manifestada por cefalea y confusión que respondió con terapia de triple H. En el 17mo día de internación, presentó hipertensión endocraneana aguda por sangrado intraparenquimatoso frontal izquierdo con volcado en ventrículos laterales. Se realizó nueva angiografía que demostró una severa dilatación del aneurisma hipofisario superior que medía 9 mm (primera angiografía de 3 mm) y vasoespasmo severo proximal al mismo. El aneurisma embolizado estaba correctamente tratado. El equipo de neurocirugía vascular decidió el abordaje directo para clipado y evacuación del hematoma fronto-basal, pero fue imposible su clipado; realizándose un empaquetamiento quirúrgico con evacuación del hematoma. A las 72 horas se decide realizar un procedimiento endovascular para implantar un stent autoexpandible cerebral de 4 mm por 20 mm que cubrió los tres aneurismas (segmento displásico carotídeo), previa angioplastia mecánica por el calibre que presentaba la arteria carótida supraclinoidea. Además se colocaron coils, a través del stent, en el aneurisma hipofisario. La paciente evolucionó favorablemente sin foco neurológico con vasoespasmo leve pero requiriendo drenaje ventricular externo por hidrocefalia persistente. Se presenta el caso por la rápida expansión del aneurisma que ocasionó el segundo sangrado, que creemos secundaria a la enfermedad displásica de las arterias de la paciente, asociadas al tratamiento de Triple H y con una posible disección. La resolución del cuadro fue sumamente compleja pero finalmente exitosa.

0336 ¿SE UTILIZA EL TRATAMIENTO ACONSEJADO EN BASE A LA EVIDENCIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA POR DISFUNCION SISTOLICA?

R CAPECE, B SANTORO, S MOSCA, J BORGO
Hospital Interzonal de Agudos Evita de Lanús, Argentina.

Objetivos: Valorar si en pacientes (pac) con insuficiencia cardíaca (IC) por disfunción sistólica, clase funcional III/IV, (NYHA) internados en la Unidad Coronaria recibían previamente a su ingreso tratamiento farmacológico basado en la evidencia publicada. Material y método: Estudio prospectivo, observacional, donde se incluyeron pac con IC portadores de miocardiopatía dilatada CF III/IV con relación cardiorácica > 0.5 en la Rx de torax y con deterioro de la función ventricular (FV) por ecocardiograma, quedando conformados 2 grupos; los de diagnóstico de IC al ingreso o grupo control (GC) y aquellos con diagnóstico de antigüedad mayor a 1 año, denominado grupo tratamiento (GT). Se analizaron la edad, la distribución por sexo, la función ventricular, la mortalidad y el tratamiento farmacológico al ingreso en la unidad coronaria y al egreso del hospital. Para el análisis estadístico se empleó test de proporciones del programa Statistix corregido por la prueba de Fisher's. Resultados: La edad fue 55,2±11,2 años GC y 60,3±11,3 años GT (p NS), predominancia del sexo masculino (65% GC y 79,7% GT). Todos presentaron cardiomegalia en la Rx de torax, deterioro moderado a severo de la FV (90%) GC y (83,3%) GT- (p NS), y la mortalidad fue de 4 pac en GC (20%) y de 24 pac en GT (28,5%) (p NS). La comparación de los tratamientos en tabla 1.

Drogas	Furosemida	Espironolactona	Inh.ECA	B.Bloq	Digital	Aspirina
GC Ingreso N: 22	1 (4.5%)	0 (0%)	2 (9.09%)	1 (4.5%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)
GC Egreso N: 16	16 (100%)	13 (81.2%)	14 (87.5%)	14 (87.5%)	7 (43.7%)	14 (87.5%)
GT Ingreso N: 84	51(60.7%)	27(32.1%)	49(58.3%)	21(25%)	23(27.3%)	19(22.6%)
GT Egreso N: 60	55(91.6%)	53(88.3%)	55(91.6%)	28(46.6%)	29(48.3%)	39(65%)
P	0.00001	0.00001	0.00001	0.01	0.01	0.00001

Conclusión: El tratamiento farmacológico de los pacientes ambulatorios con IC es subóptimo según la evidencia, y es posible mejorar su utilización. Los resultados presentados demuestran que debe insistirse en forma permanente en las acciones de educación continua y control.

0337 COMO ES LA EVOLUCION DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD CORONARIA POR ARRITMIA VENTRICULAR COMPLEJA NO ASOCIADA A SINDROME CORONARIO AGUDO

N MOGLIONI, O GUTIERREZ, A GIMENEZ, A GIMIGLIANO, R CAPECE

Hospital Interzonal de Agudos Evita de Lanús, Argentina.

Objetivo: conocer la evolución de los pacientes (pac) portadores de arritmia ventricular compleja ingresados en unidad coronaria de un hospital público. Material y método: estudio descriptivo, prospectivo, analítico, en el que se incorporaron en forma consecutiva pac con diagnóstico de taquicardias ventriculares sostenidas (TVS) y no sostenidas (TVNS) y/o fibrilación ventricular (FV) no asociadas a síndrome coronario agudo en el período 2003/2008. Los análisis estadísticos se realizaron por el test de proporciones del programa Statistix y la significación estadística corregida por el test de Fisher's. Resultados: se internaron 32 pac con edad promedio de 62.03±12.07 años, 75% de sexo masculino, 24 (75%) con diagnóstico de miocardiopatía dilatada, 19 (59.3%) con deterioro moderado a severo de la función ventricular y 10 pac (31.2%) recibieron un cardiódesfibrilador implantable (CD). se conformaron dos

grupos, sin indicación de desfibrilador implantable (NoCD) y con indicación (SiCD). La comparación entre los grupos no mostró diferencias significativas en los factores de riesgo vascular; hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, tabaquismo, ni en el antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El grupo NoCD n:22 pac vs el grupo SiCD n:10 pac, no mostró diferencias significativas en las siguientes variables; Sexo masculino 16-72.7% vs 8-80%, en la edad/años 62.03±12.0 vs 59.7±10.1, en la arritmia al ingreso TVS/FV 11-50% vs 7-70% en los trastornos de conducción previos 19-86.3% vs 7-70%, en los nuevos trastornos de conducción 11-50% vs 6-60%, en el deterioro de la función ventricular (moderado a severo) 13-59% vs 6-60%, en el diagnóstico etiológico de miocardiopatía dilatada 17-77.2% vs 7-70%, en el tratamiento farmacológico previo 9-41% vs 5-50%, en el uso de amiodarona en la UCO 14-63.6% vs 8-80%. Las variables que mostraron diferencias estadísticas significativas fueron del grupo NoCD vs grupo SiCD; la indicación de amiodarona previa 3-13.6% vs 5-50% (p0.02), en la indicación de tratamiento farmacológico en general 14-63.6% vs 2-20% (p0.05), la cardioversión eléctrica como tratamiento al ingreso 8-36.3% vs 8-80% (p 0.05), la indicación de cinecoronariografía 6-27.2% vs 8-80% (p 0.01) y en la realización de estudios electrofisiológicos 2-9% vs 5-50% (p 0.03). Conclusión: se implanta un CD al 30% de los pacientes ingresados por arritmias graves, la decisión en el 50% de los casos es clínica, estar tratado con amiodarona previamente identifica un grupo de mayor riesgo, la mayoría de los que requieren CVE al ingreso termina con implante de CD y la estadía hospitalaria se hace extremadamente prolongada en un grupo de tan alto riesgo de muerte súbita.

A

Aballay G; 154
Abramzon F; 183, 211
Acebedo V; 253, 259
Acosta A; 280
Acuña E; 319
Adur A; 240
Agarie M; 250
Agazzi D; 269, 273, 276
Agüero J; 125
Aguilar L; 77, 167, 183, 211
Aguilar LA; 300
Aguilera G; 266
Aguirre L; 97, 172
Aguirre R; 30
Aguirre Herrera J; 136, 178
Ahumada C; 43, 157
Aiello G; 176
Albano L; 103
Albano LC; 304
Albarracín MV; 248
Albert M; 271
Aldigueri LR; 252
Allende D; 103
Allende DE; 86
Almirón R; 79
Almuzara M; 105
Alonso V; 38, 101
Alvarez A; 12, 19
Alvarez F; 269
Alvarez HJ; 237
Alvarez HJM; 139, 236
Alvarez J; 2, 199
Alvarez JA; 213
Alvarez RE; 99
Amaya V; 240, 243
Amichetti L; 238
Anchorena RM; 250
Andraus LL; 286
Andriano R; 125
Angeloro PA; 142
Antik A; 315
Antunez C; 135, 138
Apezteguia C; 35, 39, 77, 167, 241
Aphalo V; 269, 276
Aragon P; 145
Aramburu MJ; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 76, 321
Arancibia CA; 113, 115
Aranda K; 276
Arata A; 181, 240, 302
Arduin M; 17, 18
Arévalo E; 183
Arévalo EP; 300
Arienti R; 49, 162, 174
Arista E; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 262, 334
Arjona JC; 36, 37
Armando A; 243
Arribillaga PMDP; 119
Arrosagaray MV; 143
Artana C; 50, 129
Artaza P; 121, 330
Arzel ME; 250
Asinari E; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 76
Astesana G; 84
Atallah A; 181, 243, 302
Attie S; 69, 303
Avalos SD; 112
Avila L; 17, 18
Avila R; 288
Azcona HF; 136, 178

B

Bacigalupi M; 321
Bacigaluppi M; 66, 76

Bacqué MC; 315
Badariotti G; 156, 164, 335
Baini M; 276
Balasini C; 285, 299
Balbi J; 38, 101
Balderrain M; 299, 308
Balderrama F; 309
Balducci A; 22, 24, 25, 326
Ballangione A; 238
Ballesterio FM; 40, 213, 215, 218
Baños S; 153, 186, 193, 230, 331, 333
Baratta S; 212
Barbieri P; 83
Barca D; 209, 281, 298
Barceló M; 11, 15
Barchiesi G; 36, 37
Barreiro J; 289, 301
Barrientos R; 90, 95
Barrios A; 25
Barron Poquechoque R; 293
Barros W; 16
Barrozo E; 31
Batistini A; 37
Battistini A; 36
Baudracco P; 315
Bazet T; 176
Becerra V; 94
Befani Bernal A; 17, 18
Bellusci NJ; 4, 16
Bellusci RO; 173
Bengochea M; 176
Benitez N; 286
Benitez W; 90, 95
Benito Mori L; 31
Bentancor C; 176
Benzoni C; 194, 198, 201, 329
Bepre E; 321
Berazategui R; 265
Berenstein G; 77, 167
Bergallo R; 165
Bergna D; 150, 153, 186, 230, 331, 333
Bernadó M; 116, 121, 330
Bernardez D; 212
Bernardi GA; 219
Berreta J; 22, 24, 25, 326
Berté M; 111
Bertoletti F; 244
Besasso P; 164, 335
Bianconi M; 50, 129, 147
Birri P; 145
Bishels E; 90, 95
Blanco M; 140, 295
Blanco Pool S; 165
Blasco M; 218
Blasco MA; 220
Blejman SD; 318
Boada N; 103
Bocassi A; 179
Bochatay A; 136, 178
Bonaccorsi L; 9
Bonelli I; 69, 303
Bono M; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 262, 334
Bordogna A; 255
Borgo J; 130, 336
Boschero P; 209
Boschini P; 105
Bosco C; 189
Bosso M; 126
Botana KA; 112
Botta P; 235, 248
Bottaro L; 86
Brandimarti S; 150, 261
Bravo J; 266
Britez M; 135, 138
Brito JA; 229
Brizuela M; 43, 157

Brizuela P; 217, 221
Brotto C; 25
Bruno G; 43, 157
Buñirigo P; 126
Burgos Pratz R; 249
Busico M; 273
Busso L; 98, 100
Bustamante M; 293
Bustamante N; 15
Bustamante Labarta G; 2

C

Cabana ML; 51, 89, 268, 324, 325
Cabassi MC; 165
Cabezas C; 89, 268, 324
Cabezas DV; 314, 315, 316
Cabral JF; 75
Cabrera A; 176
Cabrera H; 250
Cabrera MJ; 73
Cacace Linares N; 284, 292
Caglieri V; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 321
Caivano Nemet ML; 40, 213, 218
Calderón M; 86
Calzolari F; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 76
Camacho E; 249, 256
Camou T; 176
Campagne CG; 188
Campi P; 238
Canale H; 285
Canales H; 299
Canedo E; 26
Canessa C; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 262, 334
Cannatelli V; 143, 269
Cantarelli Waterlood L; 143
Capalbo N; 30
Capece R; 127, 130, 131, 336, 337
Caputo NM; 115
Caputto A; 143
Caputto MA; 315
Carballo G; 145
Carcamo Diaz M; 238
Cardenas V; 143
Cardinal P; 176
Cardonatti G; 63
Caridi MA; 3
Carnuccio S; 50, 129
Carpio A; 136, 178
Carqueijeda G; 162, 174
Carqueijeda Roman GG; 49
Carrera E; 280
Carrión G; 121, 330
Carrizo A; 224
Carrizo N; 288
Carro N; 271
Caruso A; 181, 302
Caruso G; 157
Carvajal C; 184, 202
Casabella CA; 44
Casabella Garcia C; 269, 273, 276
Casanova M; 143, 269, 273, 276
Cassini C; 117
Castaño RK; 197
Castarataro C; 288
Castellani P; 150, 261
Castellano S; 312
Castro M; 50
Castro P; 105
Castro R; 319
Castro S; 105
Cazú C; 225, 226, 228
Ceciliano A; 164, 335
Cedrolla M; 119
Celia J; 178

Célia J; 136
 Centeno EP; 250
 Cepeda G; 43
 Ceraso D; 313
 Cervantes H; 50, 129
 Chalco S; 49
 Chaparro J; 264
 Chávez C; 286
 Chede C; 312
 Chediack V; 46, 48, 179, 191
 Cheguirian L; 319
 Chejtman D; 196
 Chena A; 27, 61, 102
 Chertcoff FJ; 40, 220
 Chertcoff J; 83
 Chertcoff M; 40
 Chiachara D; 174
 Chiarotto M; 111, 154
 Chiostrri B; 223
 Chuburu M; 189
 Chuquipoma Diaz J; 271
 Cialzeta JA; 139, 236, 237
 Cichero H; 31, 39
 Cinquegrani K; 98, 100
 Clementti P; 89, 254, 324
 Coccia MC; 81
 Cocconi M; 238
 Coll C; 50, 129
 Conci E; 295
 Confini E; 18
 Contreras R; 135, 138
 Cooke R; 157
 Cordoba G; 43
 Córdoba R; 111, 154
 Cornejo AK; 128
 Cornelio M; 116, 121, 330
 Cornistein W; 181, 243, 302
 Coronel A; 25
 Coronel L; 260
 Correa GE; 247, 248
 Correia Da Silva C; 280
 Corsiglia L; 189
 Cortell V; 117
 Corti R; 24
 Cosenza S; 196, 205, 212, 222, 239
 Costa RL; 270
 Costilla CM; 300
 Couto D; 211
 Criado F; 17, 18
 Criado L; 145
 Cristaldi O; 105
 Crosara D; 225, 226, 228
 Crosara DD; 128
 Cruces P; 184, 202
 Cuencio M; 210, 223
 Cueto G; 181, 240, 243, 302
 Cufre R; 304
 Cuiuli J; 170
 Cunto E; 46, 48, 179, 191
 Curcio D; 38
 Czerwonko D; 212

D

Dain A; 217, 221
 Daldin J; 284
 Dana F; 278
 D'Andrea M; 240, 243
 D'Angelo P; 18
 D'Annunzio P; 273
 Daud M; 89, 324
 De Diego B; 156, 164, 335
 De Feo F; 22, 24, 25, 326
 De Francesca S; 260
 De la Rosa M; 98, 100, 103
 De Los Ríos R; 157
 De Stefano E; 256

De Vito EL; 233
 Debastiani P; 189
 Deheza M; 26
 Deminge MJ; 47, 79
 Der Parsehian S; 50, 129
 Desabato I; 136, 178
 Descotte EJ; 215, 218, 224
 Desmery P; 269, 273, 276
 Di Giorgio NB; 260
 Diaz F; 184, 202
 Diaz G; 31, 35
 Diaz Guerrero M; 326
 Díaz Guerrero M; 22
 Díaz Nielsen E; 126
 Dicroce M; 147
 Dipente S; 217, 221
 Disanto OA; 194, 198, 201, 329
 do Pico JL; 10
 Doglia J; 271
 Domecq P; 140
 Domeniconi G; 107
 Domeniconi GG; 300
 Dona Guiba A; 218, 224
 Dona Guibas A; 215
 Donoso A; 184, 202
 Dos Santos V; 116
 Dotti E; 244
 Dova G; 215
 Driussi G; 260
 Duarte D; 38, 101
 Dubin A; 42, 44, 54
 Dulbecco E; 172
 D'Urso M; 235

E

Echevarria P; 176
 Eleit G; 254
 Emer A; 189
 Enrico C; 42
 Erranz B; 184, 202
 Escalante P; 159, 163, 168, 171, 262
 Escardo JC; 212, 239
 Escobar M; 233
 Escudero D; 236
 Escudero J; 248
 Esnaola M; 164, 335
 Espinosa L; 90, 95
 Espósito MR; 30
 Esteban M; 232
 Estenssoro E; 285, 299, 306, 308
 Estrin MA; 49, 162, 174
 Ewdokimoff N; 126

F

Fagalde GL; 247, 248
 Faggiano ML; 81
 Fainstein D; 209, 281, 298
 Fajreldines A; 222
 Falcon Perez N; 159, 163, 168, 262
 Farias J; 103
 Farias JA; 82
 Fariña O; 52
 Farquharson C; 280
 Fasano M; 281, 298
 Feld V; 126
 Feller C; 264
 Fernandez Cid G; 170
 Fernandez A; 82
 Fernandez F; 177
 Fernandez G; 121
 Fernandez M; 292, 294
 Fernandez RO; 61
 Fernández AL; 98, 100
 Fernández G; 330
 Fernández RO; 36, 37

Fernandez Galvez G; 86
 Fernández Marti P; 24
 Fernandez Pazos A; 164, 335
 Ferreiro F; 177
 Ferreiros J; 3
 Ferrero M; 20
 Ferreyra XL; 137
 Ferro D; 24
 Filippa G; 38, 101
 Fioretti S; 315
 Fiquepron K; 103, 261
 Fiqueprón K; 98, 100
 Flores LA; 260
 Foa Torres G; 71, 73
 Fontana CA; 112
 Forcher A; 9
 Forciniti G; 307
 Fosco MJ; 97, 172, 289, 301
 França FAM; 252, 270
 Fritz SB; 21
 Frizza J; 209, 281, 298
 Fruchtenicht F; 143
 Fuentes L; 266
 Fulco V; 312
 Fumis R; 244
 Funez JC; 81

G

Gadea G; 233
 Galeano L; 309
 Galende V; 81
 Galetti C; 76
 Galindez GL; 112
 Gallardo P; 248
 Gallardo PF; 103
 Galletti C; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 321
 Galletti MF; 165
 Gallo MM; 8
 Galvan ME; 94
 Gambino FJ; 2
 Garayalde C; 170
 Garcia A; 121
 Garcia G; 176
 Garcia RM; 21
 García A; 330
 García C; 285, 299
 García L; 289, 301
 García MC; 306
 García Gil AB; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 76, 321
 Garcia Keim MS; 217, 221
 Garcia Messa K; 189
 Gastaldi P; 170
 Gauto RG; 21
 Gaviot C; 150
 Genovese G; 278
 Giaccone MD; 30
 Giannoni R; 42
 Gilardi E; 177
 Gimenez A; 131, 337
 Giménez M; 116
 Gímenez MP; 25
 Gimigliano A; 131, 337
 Giuliano GE; 233
 Gogniat E; 126
 Gomez LA; 30
 Gomez P; 35, 39
 Gómez M; 116
 Gonzalez F; 285
 Gonzalez FET; 21
 González AL; 299, 306, 308, 309
 González F; 308
 González M; 288
 González S; 47
 González Fernández E; 25
 Gorodner A; 194, 198, 201, 329
 Gorordo Ipiña R; 84

Gorraiz Rico F; 7
 Granberg G; 135, 138
 Grieco L; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 262, 334
 Grilli MB; 36, 37
 Guanca O; 58
 Gudiño L; 286
 Guerra JA; 272
 Guglielmo H; 214
 Guimet K; 193
 Guimaraens P; 199, 212
 Gutierrez G; 237
 Gutierrez GL; 139
 Gutierrez O; 131, 337
 Gutierrez SP; 272
 Gutiérrez J; 319
 Guyon J; 27, 61, 102
 Guzmán E; 11, 15

H

Halac M; 142
 Haydar YL; 173
 Hayetian V; 49
 Heredia R; 12
 Heredia V; 209
 Hernandez M; 156
 Herrera H; 38, 101
 Horrisberger A; 67
 Huppi P; 43, 157
 Husulak T; 16

I

Ibar R; 314, 316
 Iglesias ME; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 321
 Ilutovich S; 111, 154
 Imbelloni GA; 21, 194, 198, 201, 329
 Ince C; 44, 54
 Intagliata A; 193
 Intile D; 126, 269, 273
 Iolster T; 210, 223
 Irastorza N; 273
 Iriat H; 83
 Isa MA; 295
 Isola F; 289, 301
 Ituarte M; 103
 Iturria M; 289, 301
 Izzo G; 111, 154

J

Jaén R; 312
 Jarchum G; 214
 Jarchum S; 70, 75
 Jauregui A; 193
 Jereb S; 241
 Jerez MF; 235
 Jofré R; 126
 Jorro Barón F; 206
 Juarez H; 194, 198, 201, 329
 Juarez N; 276

K

Kanoore Edul VS; 44, 54
 Karatanasopuloz R; 280
 Kirschbaum M; 291, 292, 232
 Kirschner G; 156
 Klein F; 97, 172
 Klinger D; 223
 Klinzok S; 17, 18
 Ko I; 103
 Kociak D; 22, 24, 25, 326
 Kreutzer C; 223
 Krynski M; 94
 Kumar L; 284

L

Lada P; 84
 Ladelfa P; 159, 163, 168, 171
 Laffaire E; 307
 Laffaye F; 103
 Lambert F; 299, 306, 308, 309
 Lamot S; 156
 Landry LM; 94
 Laplacette MV; 22, 24, 326
 Lardone Olivera S; 259
 Lasdica S; 209
 Latini B; 249, 256
 Latorruga C; 50, 129
 Lattini B; 206
 Lebus J; 233
 Ledesma MJ; 76, 321
 Ledesma MM; 81
 Leistad E; 232, 291, 292, 294
 Leiva JE; 217
 Leiva L; 79
 Leiva V; 126
 Leiva JE; 221
 Lendaro R; 63
 Leon Cejas L; 51, 89, 268, 324, 325
 Leoz A; 273
 Lesyk S; 183, 211
 Ligarda R; 177
 Linares R; 17, 18
 Lipovetsky F; 143
 Lloria M; 291, 294
 Loayza JF; 260
 Loiacono F; 77, 167
 Lombardi M; 264
 Londero H; 70, 71
 Lonegro G; 143
 Lopez AA; 250
 Lopez AD; 283
 Lopez F; 179
 Lopez R; 121
 Lopez VO; 21
 López J; 249
 López M; 135, 138
 López R; 165, 330
 Lopez Douglas JM; 229
 Loscocco N; 240, 243
 Losio D; 31
 Loudet C; 306, 308, 309
 Louge M; 271
 Lozada MP; 219
 Lucero A; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 262, 334
 Lucero C; 84
 Lucero CM; 229
 Lucini L; 217
 Ludueña J; 17, 18
 Luebs A; 83
 Lueje P; 225, 226, 228
 Lugaro M; 31, 35, 39
 Luján ML; 36, 37
 Luna L; 51, 325
 Luna LR; 268
 Luna NV; 197
 Luna RL; 300

M

Macarron G; 103, 150, 153, 186, 230, 331, 333
 Maciel LC; 119
 Magariños J; 50, 129
 Maglia E; 241
 Magliola R; 94
 Magno E; 276
 Maltez R; 38, 101
 Mammoliti G; 46, 179, 191
 Managó M; 9
 Mancedo DA; 4
 Manrique E; 43, 157
 Mansilla V; 117

Manti A; 189
 Mantilla VB; 47
 Manuale O; 213
 Manzur A; 225, 226, 228
 Marchena C; 299, 306, 308, 309
 Marchetti M; 260
 Marcos LS; 247, 248
 Marcos SL; 235
 Marengo JL; 27, 61, 102
 Mari E; 249, 253, 256, 259
 Marino A; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 262, 334
 Marino C; 193
 Marino DC; 112
 Marinsalda MS; 76
 Markevich V; 196, 212
 Márquez E; 225, 226, 228
 Martearena G; 17, 18
 Marti MA; 52
 Martin N; 226
 Martin J; 71
 Martinelli G; 113
 Martinez E; 281, 318
 Martinez MC; 173
 Martínez E; 172
 Martinez Barreto MC; 199
 Martínez Colombres M; 11
 Martínez Riera L; 70
 Martinuzzi A; 264
 Mas ME; 165
 Masevicius D; 130
 Masevicius FD; 42
 Maskin P; 69, 303
 Mateos J; 121, 330
 Maurizzi D; 298
 Mendoza R; 79
 Meneses M; 140
 Menzella JM; 86
 Merbilháa R; 97, 172
 Mercadal E; 89, 324
 Mercado J; 89, 324
 Meritano J; 50
 Merlino R; 261
 Michel VA; 112
 Minghetti M; 49
 Minoldo D; 214
 Minoldo E; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 321
 Minoldo S; 214
 Miñarro D; 215
 Miquelarena D; 170
 Mittelman G; 50, 129
 Mogliani N; 127, 131, 337
 Mogni E; 79
 Moine N; 30
 Moises Azize G; 104, 322
 Molinas NE; 260
 Monllau Grima M; 43, 157
 Monson A; 183
 Montanaro M; 11, 15
 Montecinos JP; 5
 Montefiore J; 306, 309
 Montefiore P; 285, 299, 308
 Montero G; 265
 Montes A; 38, 101
 Montes P; 38, 101
 Monteverde E; 82
 Monti G; 63
 Montivero A; 43
 Montonati MM; 94
 Morales MA; 173
 Morano A; 288
 Morante M; 105
 Morel Vulliez GG; 233
 Moreno G; 94, 96
 Moreno L; 150, 153, 186, 230, 331, 333
 Moreno Zilli H; 244
 Moretto N; 137
 Mos FA; 143
 Mosca S; 130, 336

Moseinco MC; 44
 Mulieri C; 30
 Muñoz F; 265
 Murias G; 44, 54
 Muscarello A; 11, 15

N

Naveda Gavilanes C; 199, 205, 212, 239
 Neila ND; 112
 Nervi R; 7, 12, 23
 Nicola H; 238
 Nicolás S; 135, 138
 Nishikawa SA; 270
 Nisnik AL; 219
 Nogueras C; 46, 48, 179, 191
 Noval D; 126, 154
 Novarese V; 271
 Novaresse D; 289, 301
 Nozieres C; 224
 Nunes Velloso VC; 26
 Nuñez A; 52
 Nuñez H; 138
 Nuñez J; 205

O

O´Farrel S; 136, 178
 Obregón L; 265
 Oddino JA; 238
 Ojeda JA; 139, 236, 237
 Ojeda MA; 21
 Ojeda V; 278
 Olié FR; 197
 Oliva A; 90, 95
 Oliva G; 196
 Olivieri MS; 247, 248
 Olmos E; 310
 Ordoñez JM; 125
 Ordoñez MV; 36, 37
 Orozco DF; 115
 Orsatti M; 264
 Ortiz M; 25
 Otero J; 236
 Ottoboni G; 250
 Oviedo C; 51, 325

P

Pacheco A; 97
 Pacheco P; 249, 253, 256, 259
 Pagani J; 295
 Pairumani R; 275
 Pairumani RE; 272, 323
 Palacio R; 176
 Palacios D; 278
 Palaoro A; 264
 Pálizas F; 44
 Pálizas (h) F; 44, 143
 Parusini C; 89, 324
 Patinok N; 331
 Patynok N; 153, 186, 230, 333
 Paz MVA; 252, 270
 Paz Tonsich J; 18
 Pedreira W; 176
 Pein MC; 42
 Pellizzari M; 222
 Penayo A; 253, 259
 Penazzi M; 249, 253, 256, 259
 Peñaloza A; 221
 Peñaloza AH; 217
 Pereiro M; 50, 129
 Pereyra C; 31
 Pereyra MI; 307
 Perez D; 183
 Perez DH; 300
 Perez MA; 5
 Perez MH; 215, 224

Perez Beti S; 209, 281, 298
 Perez Prieto F; 220
 Pérez Romano N; 256
 Perrault E; 38, 101
 Pesat E; 162, 174
 Pesoa MJ; 112
 Petruccelli A; 125
 Pezzola D; 241
 Piacenza AE; 139, 236, 237
 Piccirilli A; 98, 100
 Pietro N; 170
 Piezny D; 291, 294
 Pilipec A; 49
 Pina JM; 27, 61, 102
 Piñero E; 83
 Piñero GR; 188
 Piola FL; 21
 Piorno P; 140
 Pistillo N; 50, 52
 Pla Cardenas J; 55, 57, 59
 Planells F; 126
 Plano F; 38, 101, 239
 Ploger C; 95
 Plotnikow G; 126
 Plotnikow G; 273
 Podesta G; 205
 Podestá MF; 255
 Poletto M; 79
 Poliszuk J; 220
 Ponce M; 121, 271, 330
 Pontet R; 176
 Pouyanne J; 240, 243
 Pozo MO; 44, 54
 Pratesi P; 196, 199, 205, 212, 222, 239
 Pretel M; 11, 15
 Previgliano I; 313, 314, 315, 316, 317, 318
 Prochasko M; 135, 138
 Procopio G; 97, 172
 Promencio F; 57
 Puga A; 184

Q

Quaranta D; 262
 Queralt A; 129
 Queralt AM; 50
 Quiroga C; 126
 Quiroga W; 295
 Quispe C; 240, 243
 Quispe Laime AM; 188
 Quinteros MF; 310

R

Rabino M; 255
 Racca Velasquez FR; 5
 Racedo V; 125
 Raffaelli H; 97
 Raggio D; 61
 Raimondi N; 101, 138
 Ramirez N; 261
 Ramirez M; 309
 Raña MS; 220
 Raño M; 243
 Rassi L; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73
 Rassi LE; 76
 Ratto ME; 103
 Raul N; 103
 Raúl N; 255
 Rearte AS; 248
 Recupero O; 150, 153, 186, 230, 331, 333
 Reina R; 285, 299, 306, 308
 Repetto G; 184
 Requena S; 43
 Révora L; 249, 256
 Reynoso MD; 197
 Ribero Vairo N; 126
 Rieppi G; 176

Riera Stival JL; 139, 236, 237
 Rinaudo M; 36, 37
 Rios F; 35, 39, 77, 167
 Ríos MI; 40, 215, 220
 Ríos R; 25
 Rios Picaza GJ; 21, 119, 194, 198, 201, 329
 Riquelme A; 276
 Risacher G; 281
 Risso M; 181, 240, 243, 302
 Risso Vazquez A; 42
 Rivadero SA; 106
 Rivarola E; 102
 Rivas M; 52
 Rivas Vera R; 276
 Rivero A; 84, 104, 229, 322
 Rocha Anzaldo M; 232, 293
 Rodrigues KH; 270
 Rodriguez A; 276
 Rodriguez C; 302
 Rodriguez CG; 181
 Rodriguez G; 5
 Rodriguez M; 7, 189
 Rodriguez P; 69, 303
 Rodriguez Calvo ANA; 235
 Rodriguez Goñi M; 284
 Rodriguez Lucci F; 143
 Rodriguez M G; 121
 Rodriguez M G; 330
 Rodriguez Otero J; 9
 Rohr R; 259
 Rojas G; 135, 138
 Roland S; 125
 Romero A; 281
 Romero AS; 209, 298
 Romero C; 47, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 75, 76
 Romero G; 22, 326
 Romero IC; 143
 Romero M; 289, 301
 Romero ML; 21
 Rondina MJ; 23
 Ronzettti R; 136
 Rosas R; 55, 57, 59
 Rosetti Z; 30
 Roth C; 189
 Rotte R; 284, 292, 293
 Roux NG; 126
 Rowies F; 79
 Rubianes J; 318
 Rugilo C; 107
 Ruiz M; 136, 178
 Ruiz Clavijo A; 312

S

Saavedra SF; 55
 Saenz GONZ; 3
 Sáenz G; 285, 306, 308, 309
 Saenz Valiente MA; 300
 Sagardía J; 241, 284, 291, 293, 294
 Sala H; 35, 39
 Sala J; 295
 Salazar R; 253, 259
 Salcedo CE; 217, 221
 Salcedo E; 30
 Saldarini F; 49, 162, 174
 Saldías P; 255
 Salgado A; 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 76
 Salguero C; 266
 Saligari L; 103
 Saligari LM; 304
 Salomon T; 202
 Salvatierra F; 293, 294
 San Juan J; 46, 48, 179, 191
 Sanchez AL; 219
 Sanchez J; 284, 292, 293
 Sanchez M; 27, 61, 102
 Sanchez NCA; 119
 Sanchez R; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 334

Sánchez M; 259
 Sánchez R; 262
 Sangalli R; 16
 Sanson JM; 55, 57, 59
 Santa Cruz R; 12, 19, 23
 Santa María A; 111
 Santagiuliana S; 111, 154
 Santoro B; 127, 336
 Santos C; 105
 Sanz GA; 106
 Sartore M; 126
 Sasbón J; 206
 Saul P; 46, 179, 191
 Saúl P; 48
 Scapellato J; 126, 269, 273
 Scaraffia J; 79
 Schmidt A; 26
 Schnitzler E; 210, 223
 Schochter J; 289, 301
 Schoon P; 31
 Scrigna M; 126
 Segui G; 31
 Seoane L; 7, 212
 Seoane M; 7
 Serra E; 244
 Setten M; 69
 Sheehan G; 307
 Siaba Serrate A; 103, 210, 223
 Silguero J; 121, 330
 Sills NC; 83
 Silva E; 224
 Silva L; 89, 254, 324
 Silva M; 205
 Silvestre A; 150, 153, 186, 230, 255, 331, 333
 Skare M; 213
 Smith C; 213
 Sokiransky MG; 304
 Soloaga E; 83
 Soloaga ED; 40, 220
 Soria CW; 305
 Sotelo L; 79
 Soto JL; 83
 Steinhaus M; 313
 Strinna A; 47, 79
 Stryjewski M; 69
 Stucke RG; 4
 Suarez G; 52
 Suárez JP; 156, 164, 335

T

Tacchini MM; 219
 Taffarel P; 206
 Tamagnone FM; 317, 318
 Tarditti A; 250
 Tártara M; 116
 Tassi VC; 52
 Tejerina M; 240, 243

Tejerina O; 51, 89, 324, 325
 Tembrás Bello A; 125
 Teves J; 116
 Tiribelli N; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 262, 334
 Todaro N; 261
 Toledo E; 157
 Toledo F; 209, 281, 298
 Tomas M; 238
 Tombolini F; 9
 Tombolini G; 17, 18
 Torales I; 288
 Torchia AJ; 52
 Torletti G; 58
 Torre CM; 10
 Torregrosa C; 58
 Torres M; 314, 316
 Torres MA; 81
 Torres MF; 202
 Torres S; 51, 103, 210, 223, 325
 Torres Boden M; 181, 240, 243, 302
 Tuduri A; 105
 Tumino L; 299, 306, 308, 309

U

Ubaladini G; 218
 Ubaladini J; 40, 213, 215, 224
 Ugo K; 2
 Ungar F; 196
 Uranga L; 177
 Urbano S; 17, 18
 Urdapilleta ME; 233
 Ureta BL; 96
 Uribe D; 293

V

Vaca Moulin S; 303
 Vaca Narvaja R; 90, 95
 Valentini R; 69, 303
 Valenzuela V; 47
 Valgolio E; 299, 306
 Valiño MA; 260
 Vallejos C; 276
 Valverdi A; 276
 van der Werth E; 63
 Varela B; 299, 309
 Varela D; 159, 161, 163, 168, 171, 187, 262, 334
 Varela F; 121, 330
 Vargas A; 47
 Vargas AE; 229
 Vargas D; 51, 89, 268, 324, 325
 Vargas L; 265
 Vasquez D; 273, 276
 Vazquez D; 269
 Vazquez MF; 22, 326
 Vazquez WD; 36, 37
 Vega L; 23

Velasquez M; 254
 Velez AM; 86
 Veltri MA; 213, 218
 Vergottini JC; 197
 Veron F; 254
 Vidal G; 285, 309
 Vidal L; 51, 89, 268, 324, 325
 Vidal NA; 304
 Vidal Arteta P; 205, 212
 Vidal Bianchi G; 12
 Vidaurre O; 240, 243
 Viera S; 240, 243
 Viggiano J; 5
 Vigliotta LR; 55, 57, 59
 Villalba B; 295
 Villalba D; 126
 Villalba JR; 96
 Villalonga MI; 20
 Villani Ulla D; 143
 Villar O; 46, 48, 179, 191
 Villarejo F; 291, 293, 294
 Villegas P; 90, 95
 Vinzio M; 107
 Violi D; 31
 Viotti C; 177
 Vittal NE; 143
 Vivas J; 276
 Vogel JC; 52
 Vogelín M; 63

W

Walser A; 193, 333
 Walser AG; 186, 230
 Walser G; 153, 331
 Wassermann S; 136, 178
 Wichman F; 255
 Wolhein C; 16

Y

Yunk O; 107

Z

Zabert G; 90, 95
 Zacarias C; 47
 Zakalik G; 27, 61, 102
 Zalazar F; 280
 Zanello S; 116
 Zarate Bazan M; 214
 Zarza A; 236
 Zavatti D; 17, 18
 Zelaya F; 295
 Zerdán DM; 81
 Zidarich S; 177
 Zuliani N; 111