

RESÚMENES 2010



MEDICINA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

30 de septiembre al 3 de octubre de 2010
NH Gran Hotel Provincial – Mar del Plata – Argentina

20° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

11° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica
12° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva
13° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva
6° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

www.sati.org.ar

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

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

MEDICINA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Volumen 27

Número 2

Año 2010



20° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

11° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

12° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

13° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

6° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

30 de septiembre al 3 de octubre de 2010

NH Gran Hotel Provincial – Mar del Plata – Argentina

Organizado por:

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

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

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

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

MEDICINA INTENSIVA

Volumen 27
Número 2
Año 2010



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

E-mail
info@sati.org.ar

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

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

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

SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMISIÓN DIRECTIVA (2010-2011)

Presidente

Ignacio José Previgliano

Vicepresidente

Cayetano Galletti

Secretario

Alejandro Hlavnicka

Pro Secretaria

Rosa Reina

Tesorero

Rolando Alfredo Gimbernat

Pro Tesorero

Néstor Omar Raimondi

Director de Publicaciones

Julio Farías

Vocales Titulares

Fernando Gabriel Baccaro

Gustavo Bongiorno

Luis Pablo María Cardonnet

Jorge Ojeda

Alejandro Pereyra Sánchez

Víctor Racedo

Pedro Ramos

Mónica Viviana Romero

Vocales Suplentes

Luis Alberto Computaro

José Cialzeta

Pablo Díaz Cisneros

Carlos Guillermo Grieve

Susana del Carmen Saad

Víctor Sciuto

Laura Vidal

Silvia Zidarich

Revisores de Cuentas Titulares

Fabiana Ciccioi

Alejandro Midley

María Cristina Orlandi

Revisores de Cuentas Suplentes

Bernardo Santiago Dorfman

Eloy García

Fernando Ríos

Ex-Presidentes

1972-1973:

Aquiles Roncoroni

1973-1975:

Miguel Herrera

1975-1976:

Juan Carlos Figueroa Casas

1976-1977:

Ernesto Maña

1977-1979:

Héctor De Leone

1979-1980:

José Petrolito

1980-1982:

Roberto Apra

1982-1983:

Roberto Padrón

1983-1985:

Gustavo Marino Aguirre

1985-1987:

Antonio Gallesio

1987-1989:

Carlos Lovesio

1989-1991:

Juan Pacín

1991-1993:

Mario Santamarina

1993-1995:

Fernando Pálizas

1995-1997:

Roberto Bastianelli

1997-1999:

Jorge Neira

1999-2001:

José L. do Pico

2001-2003:

Daniel Ceraso

2003-2005:

Francisco José Criado

2005-2007:

Eduardo San Román

2008-2009:

Elisa Estenssoro

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

Diseño gráfico e hipervinculado: Estudio Fernández & Martínez. E-mail: estudio.fernandez.martinez@gmail.com

Sociedad Argentina de
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

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

MEDICINA INTENSIVA

Volumen 27
Número 2
Año 2010



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

COMITÉ EDITORIAL

EDITOR

Julio Farías

EDITORA ASOCIADA

Analía Fernández Parolín

EDITOR ASOCIADO

Ezequiel Monteverde

COMITÉ EDITOR

ACLS

Gabriel Abrile

Bioética

Juan Pablo Rossini

Capítulo Bioquímicos

Graciela Mittelman

Capítulo Enfermería

Ana Bejarano

Capítulo Kinesiología

Roger Rodrigues La Moglie

Certificación y Recertificación

Eduardo Capparelli

Consejo de Investigación

Carlos Apezteguia

Departamento de Docencia

Guillermo Chiappero

Departamento de Tecnología y Sistemas

Sergio Giannasi

ECC: Enfermería en Cuidados Críticos

Mariana Torre

Editorial

Julio Farías

FCCS

Enrique Pezzola

Gastrointensivismo

Mario Perman

Gestión y Control de Calidad y Scores

Antonio Gallezio

Infectología Crítica

Candela Llerena

Investigación Clínica

Eduardo San Román

Nefrología y Medio Interno

Héctor Lamacchia

Neonatología Crítica

Jorge Tavosnanska

Neumonología Crítica

Damián Violi

Neurointensivismo

Gustavo Domeniconi

Nutrición

Rolando Gimbernat

Obstetricia Crítica

José Luis Golubicki

PALS

Mónica Garea

Patología Crítica Cardiovascular

Mario Kenar

Shock

Jorge Sinner

Terapia Intensiva Pediátrica

Gabriela Sheehan

Trasplantes

Francisco Klein

VM Pediátrica

Nilda Vidal

Trauma

Héctor Canales

Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

Alberto Legarto

**20° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva**

COMITÉ EJECUTIVO

Presidente

Elisa Estenssoro

Vicepresidente

Ignacio Previgliano

Secretaria

Rosa Reina

Tesorero

José Luís Golubicki

Coordinador Nacional

Néstor Raimondi

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Fernando Ríos

Vocales

Carina Balasini

Silvia Carino

Andrea das Neves

Fernando Pálizas (h)

María A Toro

Gabriela Vidal

Nicolás Vittal

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Gastón Murias

Vocales

Christian Casabella

Francisco E Gonzalez

Vanina Kanoore Edul

Cecilia Loudet

Daniela Noris Vásquez

Gabriela Sáenz

Director Editorial Syllabus

Cayetano Galletti

JURADO DE PREMIO

Presidente

Alejandro Raimondi

Miembros

Eduardo Capparelli

Gustavo Grecco (Uruguay)

Glenn Hernández Poblete (Chile)

**11° Congreso Argentino
de Terapia Intensiva
Pediátrica**

Presidente

María Gabriela Sheehan

Secretaria

María Elena Ratto

Coordinadora Científica

Liliana Saligari

Vocales

Irma Azar

Daniel Capra

Gustavo Debaisi

Guillermo Fagalde

Julio Farías

Tomás Iolster

Federico Laffaye

Nicolasa Todaro

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

Presidente

Norberto Tiribelli

Secretario

Gustavo Plotnikow

Coordinador Científico

Alejandro Midley

Vocales

Marina Busico

Emiliano Gogniat

Marisa Sartore

**13° Congreso Argentino
de Enfermería
en Terapia Intensiva**

Presidente

Rodolfo Plit

Secretario

José Luis Zambrano

Coordinadora Científica

Mariana Torre

Vocales

Fabiana Ciccioni

Verónica Dubay

**6° Jornadas Nacionales
de Bioquímicos
en Terapia Intensiva**

Presidente

Graciela Mittelman

Secretaria

Susana Der Parsehian

Coordinador Científico

Hernán Cervantes

Vocales

Cristina Artana

Melina Bianconi

Susana Carnuccio

01/10/2010 - 11:45 a 13:15

TRABAJOS LIBRES ORALES 01

Neumonología Crítica - Kinesiólogía I: Weaning

ATLÁNTICO A

0322 QUE PASÓ DESPUÉS DE LA UTI. SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE WEANING. ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2004-2010. RESULTADOS PRELIMINARES

D VILLALBA, N ROUX, V FELD, E GOGNIAT, G PLOTNIKOW, N RIBERO VAIRO, M SARTORE, M BOSCO, C QUIROGA, V LEIVA, M SCRIGNA, F PUCHULU, E DISTÉFANO, J SCAPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRÉ, E DÍAZ NIELSEN

0192 PACIENTES CON DESTETE DIFÍCIL DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ¿INFLUYE EL ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA PERIFÉRICA? RESULTADOS PRELIMINARES

M ALONSO, A MIDLEY, C FREIGBERGER, P EZCURRA, N ROUX, O PATIÑO

0252 HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA EN EL DESTETE PROLONGADO. SERIE DE CASOS

D VIOLI, S JIMENEZ, V LAURIA, B VAZQUEZ, J STRATI, M PRIETO, G BENAVENT, R SALAS, L CRISTALDO, C ROMANO, C PEREYRA, L BENITO MORI

0309 VARIACIÓN EN LA FUNCIONALIDAD Y FUERZA MUSCULAR DE PACIENTES CON PERMANENCIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS, UN ESTUDIO BASADO EN ÍNDICES DE BARTHEL, KATZ, Y ESCALAS KENDALL Y MRC. INFORME PRELIMINAR

DL TORRES, P NIETO, F JORRO BARÒN, S ILUTOVICH, D NOVAL

0321 ANÁLISIS DE FACTORES CLÍNICOS, GASOMÉTRICOS E PARÁMETROS VENTILATORIOS EN NIÑOS EN LA VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA) LUEGO DE EXTUBACIÓN

C JOHNSTON, WB CARVALHO, NM ZANETTI, PM CASOTTI, APLM PIMENTA, NF OLIVEIRA

0088 EL GRADIENTE VENOSO CENTRAL ARTERIAL DE CO₂ NO SE MODIFICA DURANTE UNA PRUEBA DE RESPIRACIÓN ESPONTÁNEA

CH CASABELLA GARCÍA, F PÁLIZAS (H), R GIANNONI, I ROMERO, F LIPOVETSKY, JL SCAPELLATO, P DESMERY, FJ PÁLIZAS

01/10/2010 - 12:00 a 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES 02

Infecciones en UTI I

ATLÁNTICO B

0071 EMERGENCIA DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN UTI Y MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA EL CONTROL DEL BROTE

NI LOSCOCCO, ML D' ANDREA, W CORNISTEIN, M TORRES BODEN, G CUETO, C COZZANI, N GOMEZ, M BADIA, L LOPEZ MORAL, CG RODRIGUEZ, A CARUSO

0086 IMPLEMENTACIÓN DE UN PAQUETE BÁSICO DE RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV M)

J ALVAREZ, R QUIROS, L FABBRO, C ORTIZ, C KASPAR, A NOVAU, M ENRIQUEZ, S COSENZA, P PRATESI

0160 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN TERAPIA INTENSIVA DURANTE LA PANDEMIA ¿QUE RECIBIMOS?

L SANTORO, A CARUSO, W CORNISTEIN, C TONELLI, M TORRES BODEN, G CUETO

0190 MONITORIZACIÓN DE VANCOCINEMIA EN PACIENTES CRÍTICOS

C BALASINI, M CARRI, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, S TALBENZEKRY, A PORCEL, P RODRÍGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, D VÁS-

QUEZ, MG SÁENZ, F GONZÁLEZ, MG VIDAL, S CARINO, C LOUDET, A DAS NEVES, M LARES, H CANALES, J VALLI, E ESTENSSORO, R REINA

0201 COMO DISMINUIR LA TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA A ARM SIN COSTO

R BARRIENTOS, J ALVAREZ, G ZABERT, L ESPINOSA, R VACA NARVAJA, C PLOGGER, A OLIVA, R VILLEGAS, M SOSA CABRAL, E BRAVO, M ABEL

0273 FACTORES DE RIESGO PARA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA POR GERMEEN MULTIRESISTENTES. SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DE 3 AÑOS

C PEREYRA, D VIOLI, L BENITO MORI, M LUGARO, J STRATI, G BENAVENT, S MUÑOZ, S TRAVERSO, P SCHOON

0304 PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS FARMACODINÁMICOS DE VANCOMICINA EN LA ADECUACIÓN DE LOS REGÍMENES DE DOSIFICACIÓN EN EL NIÑO CRÍTICAMENTE ENFERMO

H TELECHEA, N SPERANZA, M OYARZUN, G GIACHETTO, L NANNI, A MENCACHA

01/10/2010 - 12:00 a 13:00

TRABAJOS LIBRES ORALES 03

Nefrología Crítica - Obstetricia Crítica

COURIER DEL ATLÁNTICO

0015 EL SID URINARIO ES EL PRINCIPAL DETERMINANTE DE LA HIPERCLOREMIA EN EL PERÍODO POSTOPERATORIO

FD MASEVICIUS, A RISSO VAZQUEZ, C ENRICO, A DUBIN

0043 COMPORTAMIENTO DEL SODIO PLASMÁTICO EN PACIENTES PREECLÁMPTICAS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

A RISSO VAZQUEZ, FD MASEVICIUS, G TUHAY, MC PEIN, A DUBIN

0234 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS DEL SECTOR PÚBLICO VS. EL SECTOR PRIVADO: COHORTE PROSPECTIVA

DN VASQUEZ, A DAS NEVES, DA INTILE, F CICORA, MG SAENZ, C LOUDET, HS CANALES, M CASANOVA, V APHALO, C BALASINI, JL SCAPELLATO, R REINA, J SAVERO, P DESMERY, E ESTENSSORO

0246 EVOLUCIÓN CLÍNICA Y NIVEL DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS DEL SECTOR PÚBLICO VS. EL SECTOR PRIVADO: COHORTE PROSPECTIVA

DN VASQUEZ, A DAS NEVES, DA INTILE, F CICORA, MG SAENZ, C LOUDET, HS CANALES, M CASANOVA, V APHALO, C BALASINI, JL SCAPELLATO, R REINA, J SAVERO, P DESMERY, E ESTENSSORO

01/10/2010 - 12:00 a 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES 04

Gestión y costos - Educación

COURIER DEL BOULEVARD

0033 INDICADORES DE CALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

L TUMINO, C MARCHENA, AL GONZÁLEZ, C LOUDET, F LAMBERT, A PORCEL, S LARRAIN, P RODRÍGUEZ, C BUSTAMANTE, S TALBENZEKRY, E VALGOLIO, JP MONTEFIORE, M BALDERRAÍN, C GARCÍA, MG SÁENZ, D VÁSQUEZ, A DAS NEVES, S CARINO, H CANALES, R REINA, J MAZA, M RAMIREZ, E ESTENSSORO

0036 ANTIBIOTICOTERAPIA PRECOZ EN SEPSIS SEVERA: UN PROCESO CON POSIBILIDAD DE MEJORAS

C LOUDET, AL GONZALEZ, L TUMINO, C MARCHENA, F LAMBERT, A PORCEL, S LARRAIN, P RODRÍGUEZ, C BUSTAMANTE, S TALBENZEKRY, E VALGOLIO, JP MONTEFIORE, MG SÁENZ, D VÁSQUEZ, A DAS NEVES, FE GONZÁLEZ, MG VIDAL, S CARINO, H CANALES, R REINA, J MAZA, M RAMIREZ, E ESTENSSORO

0037 SEDACION ADECUADA EN TERAPIA INTENSIVA: ¿DONDE ESTAMOS HOY?

AL GONZÁLEZ, C LOUDET, L TUMINO, F LAMBERT, C MARCHENA, C BUSTAMANTE, P RODRÍGUEZ, S TALBENZECRY, A PORCEL, S LARRAIN, E VALGOLIO, JP MONTEFIORE, MG SÁENZ, S CARINO, A DAS NEVES, D VÁSQUEZ, H CANALES, R REINA, E ESTENSSORO

0282 REALIDAD LABORAL DE LOS INTENSIVISTAS EN LA ARGENTINA

V WOLANOW, V KANOORE EDUL, A GOLUBICKI, GE MURIAS

0286 ENCUESTA DE PERCEPCIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADA AL PERSONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

MG SAENZ, C LOUDET, D VASQUEZ, A DAS NEVES, C BALASINI, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, A PORCEL, P RODRIGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, S TAL BENZECRY, H CANALES, S CARINO, E ESTENSSORO, R REINA

0053 EDUCACIÓN MÉDICA CENTRADA EN EL ELEARNING. EXPERIENCIA DEL COMITÉ DE INFECTOLOGÍA CRÍTICA (CIC) DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI)

R REINA, J DESSE, M PAZ, M LLORIA, J VIDELA, C LLERENA, M BLANCO, A CREMONA, LD LOURTAU, M ESTEBAN, A PANIGAZZI, C BALASINI, W CORNISTEIN

02/10/2010 - 11:45 a 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES 05**Neurointensivismo**

Atlántico B

0127 TEC GRAVE. MANEJO EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

M FORTTE, R CRAGÑAZ, R ALDINIO, P LIRUSSI, R FALCONE, A MANOLIO, M FARRO, P SABANDO

0130 SEGUIMIENTO DEL VASOESPASMO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA CON DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO Y NEUQUÉN

S SVAMPA

0178 PROLONGACIÓN DEL INTERVALO QTC LUEGO DE NEUROCI-RUGÍAS

F CAPPARELLI, MF DIAZ, A HLAVNIKA, ME ARISTA, M ABELLO, LP MASKIN, R PESCE, D VARELA, N WAINSZTEIN

0214 COMPLICACIONES EN EL POST OPERATORIO DE TUMORES DEL SNC

D VARELA, L GRIECO, E ARISTA, S MARE, A HLAVNICKA, MF DIAZ, N WAINSZTEIN

0300 HALLAZGOS TOMOGRAFICOS EN TRAUMATISMO DE CRANEO LEVE: SU RELACION CON EL ESTADO CLINICO

M STEINHAUS, C AFIONE, I PREVIGLIANO, L VALLEJOS, D CERASO, M BONAVINA, A PEREZ ALDAZABAL

0306 MORTALIDAD DEL TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN UN HOSPITAL DE DERIVACION

MA GARCIA, E AMUNDARAIN, N GALLUCCI, E BISHELS, N PISTILLO, S CARINO, O FARIÑA, B DORFMAN

0313 PRONOSTICO DE LOS PACIENTES NEUROCRITICOS CON ALTERACIONES EN LA NATREMIA

E ARISTA, L GRIECO, S MARE, D VARELA, MF DIAZ, A HLAVNICKA, N WAINSZTEIN

02/10/2010 - 12:00 a 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES 06**Neumonología Crítica - Kinesiología II: Mecánica respiratoria**

Atlántico A

0292 EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO DE LA VENTILACION DE ESPACIO MUERTO DURANTE UNA MANIOBRA DE DERRE-**CLUTAMIENTO EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO**

I BONELLI, PO RODRIGUEZ, M SETTEN, S ATTIE, P MASKIN, R VALENTINI

0294 COMPORTAMIENTO DE LA PRESION TRANSPULMONAR DURANTE UNA MANIOBRA DE DISMINUCION DE LA PRESION TELEESPIRATORIA POSITIVA EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO

PO RODRIGUEZ, I BONELLI, M SETTEN, P MASKIN, S ATTIE, R VALENTINI

0260 LA HABILIDAD DE ENFERMERAS ENTRENADAS PARA DETECTAR ESFUERZOS INSPIRATORIOS INEFECTIVOS ES IGUAL A LA DE MÉDICOS INTENSIVISTAS ESPECIALIZADOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA

A ESTRUGA, E CHACON, B SALES, J MONTANYA, R JAM, O GARCIAESQUIROL, A VILLAGRA, G MURIAS, R FERNANDEZ, M BORELLI, U LUGANGELO, LL BLANCH

0281 VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE ESFUERZOS INSPIRATORIOS INEFECTIVOS (EII) EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA (VM)

O GARCIAESQUIROL, B SALES, J MONTANYA, E CHACON, A ESTRUGA, M BORELLI, A VILLAGRA, U LUCANGELO, G MURIAS, R FERNANDEZ, J GONZALEZ, LL BLANCH

0213 EVALUACIÓN DEL PICO DE FLUJO ESPIRATORIO DURANTE LA HIPERINSUFLACIÓN MANUAL CON VARIOS NIVELES DE PEEP: MODELO PEDIÁTRICO EXPERIMENTAL

PG BARCELLOS, C JOHNSTON, WB CARVALHO, J BONASSA

0087 EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR PROGRESIVO ASOCIADO CON LA CURVA PEEP/ DISTENSIBILIDAD ESTÁTICA PARA LA TITULACIÓN DE PEEP EN PACIENTES CON SDRA FOCAL

N PISTILLO, O FARIÑA, MA GARCIA

02/10/2010 - 12:00 a 13:30

TRABAJOS LIBRES ORALES 07**Pediatría**

Courier del Atlántico

0072 VENTILACION NO INVASIVA (CPAP/BIPAP) EN LACTANTES CON BRONQUIOLITIS

MG RODRIGUEZ, JM FIGUEROA, RF JAÉN, O SALTARELLI, M LLASER, V FULCO

0174 LA PANDEMIA DE INFLUENZA A EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A BORDOGNA, P MEDICI, G MACARRON, F PODESTA, M RABINO, N RAUL, D BERGNA

0207 ASISTENCIA CIRCULATORIA MECÁNICA EN CIRUGIA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA INICIAL

G MORENO, ML PILÁN, AM LENZ, M KRYNSKI, R MAGLIOLA, M ALTHABE, L LANDRY, E CARMONA, H CARDOSO, G MÉNDEZ, J CORNELIS, J BARRETTA, J SUAREZ

0230 MENINGITIS BACTERIANA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

ME PENAZZI, P NUÑEZ, N KREJCIK, EA MARI, P PACHECO, B LATINI, L RÉVORA, E CAMACHO, V ACEBEDO, A PENAYO, J LÓPEZ, N PÉREZ ROMANO, R BURGOS PRATX

0251 COMPLICACIONES EN TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA NO RELACIONADO CON SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

PE PETRACCA, RA FESTINO, AJ SIABA SERRATE, SF TORRES, G KUSMINSKY, L RICHARD, P SOSA, JL ARAGUAS, EA MARTINEZ DEL VALLE, T IOLSTER

0257 VALORACION DE MORTALIDAD Y ALTERACIONES FUNCIONALES EN PACIENTES TRAUMATIZADOS PEDIATRICOS

M RABINO, PA CASTELLANI, MC RASETTO, D BERGNA, MF POSTEÁ, N RAUL, L MORENO

02/10/2010 - 12:00 a 13:15

TRABAJOS LIBRES ORALES 08**Bioética - Oncología**

COURIER DEL BOULEVARD

- 0077 LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO: OPINIONES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) CON RESPECTO A HIDRATACION ARTIFICIAL Y SOPORTE NUTRICIONAL**
M TORRES BODEN, S BLASCO DIEZ, M GANDUGLIA CAZABÁN, V AMAYA AKKAUY, A ARATA
- 0114 LOS PACIENTES CRONICOS OCUPAN LAS CAMAS DE LOS PACIENTES AGUDOS EN PERIODOS DE EPIDEMIA: UN DILEMA ETICO ASISTENCIAL**
M DE LA ROSA, K FIQUEPRÓN, L BUSSO, K CINQUEGRANI, AL FERNÁNDEZ, A PICCIRILLI
- 0202 MORTALIDAD ATRIBUIDA A LA ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICOS EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA**
S TAL BENZECRY, C BALASINI, H CANALES, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, A PORCEL, P RODRÍGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, D VÁSQUEZ, MG SÁENZ, F GONZÁLEZ, MG VIDAL, S CARINO, C LOUDET, A DAS NEVES, E ESTENSSORO, R REINA
- 0303 EVOLUCIÓN POST OPERATORIA DE LA CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO CON LOS PRIMEROS NUEVE CASOS**
V CAGLIERI, P CARMIGNANI, MJ ARAMBURU, S MARINSALDA, O GIL, C GALLETI
- 0206 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA**
S TAL BENZECRY, C BALASINI, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, A PORCEL, P RODRÍGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, D VÁSQUEZ, MG SÁENZ, F GONZÁLEZ, MG VIDAL, S CARINO, C LOUDET, C LOUDET, A DAS NEVES, H CANALES, E ESTENSSORO, R REINA

03/10/2010 - 13:00 a 14:30

TRABAJOS LIBRES ORALES 09**Neumonología Crítica - Kinesiología III**

LAS AMÉRICAS

- 0116 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES GENÉTICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SEVEROS EVENTOS ADVERSOS EN LA NEUMONIA AGUDA COMUNITARIA A NEUMOCOCCO (PICGENN)**
P CARDINAL FERNANDEZ, M BENGOCHEA MONTERO, A CABRERA FUENTES, W PEDREIRA, C BENTANCOURD GUADALUPE, J HURTADO BREDDA, P ECHEVERRI, A DEICAS, J GERREZ CARBAJAL, G RIEPPI BARBERAN
- 0075 PROBABILIDAD DE SER HOSPITALIZADO EN TERAPIA INTENSIVA POR INFECCIÓN POR H1N1: EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE 731,855 ADULTOS CON RESIDENCIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**
A MACCHIA, S GIANNASI, R VALENTINI, A MARINO, M CARIDI, G JANNELLO, I MOINE, M CURONE, PD COMIGNANI
- 0113 EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES QUE REQUIRIERON VENTILACION MECANICA: UN AÑO DE SEGUIMIENTO**
M BUSICO, D INTILE, N IRASTORZA, G PLOTNIKOW, A LEOZ, P D'ANNUNZIO, M CASANOVA, D AGAZZI, D VASQUEZ, J SCAPELLATO, V APHALO, P DESMERY
- 0279 APLICACIÓN CLÍNICA DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE ALARMAS PARA PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA. UN ESTUDIO PILOTO**
LL BLANCH, B SALES, R FERNANDEZ, O GARCÍAESQUIROL, A ESTRUGA, E CHACON, J MONTANYA, A VILLAGRA, M BORELLI, U LUGANGELO, A HERNANDEZ, GM ALBAICETA, E FERNANDEZ-MONDEJAR, G MURIAS

- 0220 LA APLICACIÓN DE LA VIBRACIÓN MECÁNICA EN EL TÓRAX DE NIÑOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN PULMONAR MECÁNICA AYUDA EN LA IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LOS SONIDOS PULMONARES?**
NM ZANETTI, C JOHNSTON, WB CARVALHO, N JIÁCOME, L JIÁCOME, B BISPO, NF OLIVEIRA

- 0219 COMPORTAMIENTO DE LA PRESION DEL BALON DE LA CANULA DE TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTES DESVINCULADOS DE LA VENTILACION MECANICA. FACTORES INTERVINIENTES**
G PLOTNIKOW, N ROUX, V FELD, E GOGNIAT, D VILLALBA, N RIBERO VAIRO, M SARTORE, M BOSCO, C QUIROGA, V LEIVA, M SCRIGNA, F PUCHULU, E DISTÉFANO, J SCAPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRÉ, E DÍAZ NIELSEN

03/10/2010 - 13:00 a 14:30

TRABAJOS LIBRES ORALES 10**Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock.****FOM - Infecciones en UTI II**

COURIER DEL ATLÁNTICO

- 0022 FLUIDOS EN EL POSTOPERATORIO: LIBERALES O RESTRICTIVOS?**
A RISSO VAZQUEZ, FD MASEVICIUS, R GIANNONI, PS LOPEZ, A DUBIN
- 0040 LA NITROGLICERINA FALLA PARA RECLUTAR LA MICROCIRCULACIÓN VELLOSIARIA EN EL SHOCK ENDOTÓXICO EN OVEJAS**
VS KANOORE EDUL, G FERRARA, MO POZO, G MURIAS, E MARTINS, C CANULLÁN, HS CANALES, E ESTENSSORO, C INCE, A DUBIN
- 0128 EL IMT 504 MEJORA EL ESTADO INMUNOLOGICO EN ANIMALES SEPTICOS**
MP PEREIRO, BC MASKIN, A DE NICHILLO, JM RODRIGUEZ, A MONTANER, C ARTANA, J FLO, R LOPEZ, J ZORZOPULOS, F ELÍAS
- 0073 COMPARACIÓN DE DOS MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LACTATO EN PACIENTES CRÍTICOS: LACTATO CAPILAR VS LACTATO ARTERIAL**
M LUGARO, FG RIOS, C PEREYRA, G BENAVENT, J STRATI, L BENITO MORI, P SCHOON
- 0104 UTILIDAD DE LA PROCALCITONINA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
E CUNTO, G POUSTIS, M CAMBARERI, O LUNA, C NOGUERAS, J SAN JUAN, A BOCASSI
- 0150 DURACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO GUIADO POR PROCALCITONINA EN LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA**
D DUARTE, G FILIPPA, F PLANO, A MONTES, J BALBI, E PERRAULT, D CURCIO, R SHOCRON, M DOMINGUEZ, A GUERRA, M VARGAS
- 0287 UTILIDAD DE PROCALCITONINA (PCT) COMO GUÍA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL Y EPOC EN UTI. INFORME PRELIMINAR**
M KIRSCHBAUM, E LEISTAD, M RODRIGUEZ GOÑI, B MASKIN

03/10/2010 - 13:15 a 14:30

TRABAJOS LIBRES ORALES 11**Nutrición, Metabolismo y Gastrointensivismo**

ATLÁNTICO B

- 0308 EVALUACIÓN PROSPECTIVA DEL GASTO ENERGETICO DE UN GRUPO DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UNIDAD DE TRAUMA**
F LIPOVESTKY, H VAZQUEZ, F PÁLIZAS (H)
- 0315 EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN CUIDADOS INTENSIVOS**
A MARTINUZZI, E FERRARESI, M ORSATTI, A PALAORO, J CHAPARRO, S ALCANTARA, A CORBALL, C FELLER

0008 APORTE ACTUAL DE LA Sonda BALON DE SENGSTAKEN BLAKEMORE AL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFAGOGASTRICAS CUANDO FRACASA EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO O COMBINADO. PREDICTORES PRONÓSTICOS

J BERRETA, D KOciAK, A BALDUCCI, G ROMERO, F DE FEO, A CORONEL, M DOMÍNGUEZ ÁLVAREZ, MF VÁZQUEZ, R AMAYA

0009 PERITONITIS GENERALIZADA POR DEHISCENCIA DE SUTURAS EN CIRUGÍA ENTERO – COLO – RECTAL: INCIDENCIA

POR VARIANTE QUIRURGICA, MORTALIDAD Y PREDICTORES PRONOSTICOS

J BERRETA, D KOciAK, G MASCIANGIOLI, A BALDUCCI, MV LAPLACETTE, E GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, C BROTTTO, A BARRIOS, M ORTIZ

0030 DUODENOPANCREATECTOMIA CEFALICA Y TOTAL: EL SHOCK HIPOVOLEMICO INTRAOPERATORIO ES EL PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

A BALDUCCI, J BERRETA, J MONESTÉS, D KOciAK, MR KUJARUK, D PASCUALI, MM ORTÍZ, O SÁNCHEZ, D CASALOTTI, S BASSO

01/10/2010 - 13:30 a 15:00

RECORRIDA DE PÓSTERES 01

Infecciones del Sistema Nervioso Central

COLUMNAS ATLÁNTICO

- 0013 MENIGOCOCCEMIA: PRESENTACION DE UN CASO**
C YURQUINA, R CASTRO, J SAGARDIA, G SILBERSZAC, G VERDE, V CATANZARO
- 0031 ABSCESO CEREBRAL POR CANDIDA KRUSEI: REPORTE DE UN CASO**
LL FAINLAND, MJ CORREA LARREA, PL SZÉKELY, ML ROMERO
- 0062 ENCEFALITIS DE SAN LUIS EN UCI: A PROPÓSITO DE UN CASO CLINICO**
MF ZUAZAGA, ML VILLABLANCA, JP RICARTE, N KURIGER, MF OBANDO, M SANTOS, N UNSAIN, J PINTOS, C GORORDO, B GALLARDO
- 0067 SHOCK SÉPTICO DEBIDO A INFECCIÓN POR NEISSERIA MENINGITIDIS SIN MENINGITIS**
C YURQUINA, R CASTRO, G VERDE, G SILBERSZAC, J SAGARDIA, R VOLOCH, V CATANZARO
- 0080 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN MENINGITIS BACTERIANA**
M CHIAROTTO, R CÓRDOBA, S SANTAGIULIANA, A SANTAMARÍA, S CAMERLINGO, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0140 ENCEFALITIS DE SAINT LOUIS Y STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO**
A CARRIZO, M SKARE, E DESCOTTE, S SILITANO, ED SOLOAGA, R ZAMBÓN, MA BLASCO
- 0159 ENFERMEDAD DE CREUTZFELDTJAKOB COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENCEFALOPATÍA SUBAGUDA. REPORTE DE UN CASO**
F LAMBERT, P MONTEFIORE, AL GONZALEZ, C MARCHENA, L TUMINO, A PORCEL, P RODRIGUEZ, S LARRAIN, C BUSTAMANTE, S TAL BENZECRY, G SAENZ, C LOUDET, S CARINO, C BALASINI, A DAS NEVES, F GONZALEZ, G VIDAL, E VALGOLIO, H CANALES, R REINA, E ESTENSSORO
- 0209 MENINGITIS POSTOPERTORIA POR ACINETOBACTER BAUMANNII RESISTENTE A COLISTÍN: DILEMA TERAPÉUTICO**
M TERÁN, C BARRIOS, I STANELONI, M DE PAZ, F CAHN, L BARRCAN, S GIANNASI, E SAN ROMAN, L CLARA
- 0259 ENCEFALITIS DISEMINADA AGUDA**
M GARRIBIA, V LARA, D OLMOS, M LEIVA, M MOYA

01/10/2010 - 13:30 a 15:00

RECORRIDA DE PÓSTERES 02

Influenza A H1N1

COLUMNAS ATLÁNTICO

- 0035 HETEROGENEIDAD DE LOS INFILTRADOS PULMONARES AL INGRESO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR INFLUENZA A H1N1 2009 CONFIRMADA**
L AGUILAR, D PEREZ, P AREVALO, S LESYK, F ABRANZON
- 0089 NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DURANTE LA PANDEMIA H1N1 2009. "HABLEMOS DE LAS BACTERIAS"**
C IGLESIAS, C VECCHIO, N MOYANO, D LAPLUMÉ, R BELLONI, A JASOVICH
- 0094 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR EN PACIENTES CON INFLUENZA A H1N1**
C FREYRE, R DI BELLO, L TALAMONTI, G CAPALBO, G ELÍAS, C WELLER
- 0151 DISFUNCIÓN DE ÓRGANOS ASOCIADO A NEUMONÍA POR VIRUS H1N1**
M PAIZ, R KARATANASOPOLOZ, A LOJO, E CARRERA, C CORREIA DA SILVA, L GOSSEN

0261 EXPERIENCIA EN UTI DE UN HOSPITAL MUNICIPAL DURANTE EL BROTE DE INFLUENZA A (H1N1), AÑO 2009

J DOGLIA, V NOVARESE, J DIAZ, M ALBERT, M LOUGE, G CORREA, M PONCE, N CARRO

0265 INFLUENZA A H1N1, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE EN UTI

M NANO, J GOMEZ, L FRANCONIERI, C DHERN, J CAMPOS PEREZ, J LAMAS, JM MONTERO, M DI MARIA, E ROSITTI, M ALCARAZ

0307 APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y PARÁMETROS DEL VENTILADOR MECÁNICO UTILIZADOS DURANTE LA FIBROBRONCOSCOPIA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE GRIPE A H1 N1

A TAMAYO, M GUAYMAS, N VETRANO, A ZAMUZ

0312 NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN TERAPIA INTENSIVA DURANTE LA PANDEMIA H1 N1 EN TIERRA DEL FUEGO

D DUARTE, F PLANO, D CURCIO, G FILIPPA, J SAN JUAN, A MONTES, J BALBI, E PERRAULT, R MALTEZ, V ALONSO, V LOPEZ, H HERRERA, P MONTES

01/10/2010 - 13:30 a 15:00

RECORRIDA DE PÓSTERES 03

Neurointensivismo I

COLUMNAS ATLÁNTICO

0029 SÍNDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE. UNA SERIE PROSPECTIVA DE 16 CASOS CON CONFIRMACIÓN ANGIOGRÁFICA Y SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO

JA MOSCHINI, MF DÍAZ, A HLAVNKA, N WAINSTEIN, SF AMERISO

0044 CEFALEA SECUNDARIA A PAQUIMENINGITIS HIPERTRÓFICA COMO CAUSA DE INGRESO A CUIDADOS INTENSIVOS

G DOMENICONI, E BAVA, M RECALDE, C RUGILO, I TAMER, M VINZIO, G PERSI, O YUNK

0078 BOTULISMO TIPO A. EN UTI ENFERMEDAD MORTAL SIN DIAGNÓSTICO PRECOZ

M MARENGO, J GUYON, A CHENA, JL MARENGO, G ZAKALIK, M SANCHEZ, JM PINA

0101 FORMA AGRESIVA DE PRESENTACIÓN DE NEUROLUPUS CON ANTICUERPOS ANTIRIBOSOMAL NEGATIVO

C LOPEZ, F FERNANDEZ, J ARROYO, C WIEDERHOL, L DULONG, P VILLEGAS

0110 STROKE ISQUEMICO BILATERAL SECUNDARIO A DISECCION CAROTIDEA TRAUMATICA UNILATERAL

E AGÜERO VILLARREAL, F GIANNONI, L DEGANO, M QUESTA LAUDANI

0137 REACCIÓN ANAFILÁCTICA A RTPA: REPORTE DE UN CASO

MI RÍOS, G DOVA, FM BALLESTERO, M SKARE, F GRASSI, MA BLASCO, MA VELTRI

0142 DISECCION CAROTIDEA Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDICOS

A CARRIZO, MS RAÑA, E DEAN, ML CAIVANO NEMET, FM BALLESTERO, ED SOLOAGA, MA BLASCO

0145 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE EN EL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE J.D.PERON DE FORMOSA

S NICOLÁS, M PROCHASKO, C ANTUNEZ, M LOPEZ, R CONTRE-RAS, G ROJAS, G GRANBERG, M BRITZE, M MOLTRASIO, F AYALA ORTIZ, N RAIMONDI, H NUÑEZ

0169 REPORTE DE UN CASO DE "SÍNDROME TÓNICOCLÓNICO ASCENDENTE" POR ADMINISTRACIÓN INTRATECAL INADVERTIDA DE CONTRASTE IÓNICO

M RISSO, L SANTORO, L TRUNZO, S STONELLI, M CACERES, J POUYANNE, J CARUSO, M TORRES BODEN, A ARATA

0233 GUILLAIN BARRÉ CUADRO DE SUPERPOSICIÓN

MR ESPÓSITO, GA CUELI, ZD ROSSETTI, EG SALCEDO, RM MOINE, MC MULIERI, CR RODRIGUEZ, MD GIACONE IN MEMORIAM, MS ARAMINI

01/10/2010 - 13:30 a 15:00

RECORRIDA DE PÓSTERES 04**Acreditación. Certificación. Scores.****Organización - Bioética**

COLUMNAS BOULEVARD

- 0092 SIMULATION IN INTENSIVE CARE MEDICINE TRAINING: A MODEL CURRICULUM IN UNDERGRADUATE MEDICAL**
S TIMERMAN, KC ABRÃO, AP QUILICI, S SATO, F GUTIERREZ
- 0278 COMPORTAMIENTO DE LA VARIABLE MORTALIDAD A PARTIR DE LA IMPLEMENTACION DE GESTION EN UNA UCI**
J DOGLIA, V NOVARESE, J DIAZ, N CARRO, E CARAPELLA
- 0225 TITULO: LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN TERAPIA INTENSIVA, UNA DECISIÓN ACERTADA?**
F CANDIA, L PERO, S MARKIEVICH, M FRANCO, P PARDO, S MARE, C PLAZA, L ROMERO
- 0019 ESTUDIO DE UTILIZACION DE ANALGESICOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**
M ESTRIN, G CARQUEIJEDA, R BOLAÑOS, R ARIENTI, V HAYETIAN, M MINGHETTI, E VEDOVATO, S ARCIERI, D FIRPO, J VAZQUEZ, D CHIACHIARA, E PESAT, F SALDARINI
- 0119 IMPACTO DEL INGRESO DE NUEVOS RESIDENTES SOBRE INDICADORES DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
P GASTALDI, D MIQUELARENA, C GARAYALDE, E PORJOLOVSKY, V CARIMAN, N MARTIN YUHANADI, G FERNANDEZ CID
- 0297 PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN TERAPIA INTENSIVA: ENSAYOS CLINICOS ALEATORIZADOS E INVESTIGACION EXPERIMENTAL**
JI SAGARDIA, CM COSTILLA, DG PIEZNY, DJ URIBE, ER LEISTAD, L AGUILAR
- 0305 RESULTADO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN Y ANALGESIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) MÉDICOQUIRÚRGICA**
M LOPEZ, M PROCHASKO, S NICOLAS, C ANTUNEZ, R CONTRERAS, M MOLTRASIO, G GRANBERG, M BRITZ, G ROJAS, F AYALA ORTIZ, N RAIMONDI, H NUÑEZ, I PREVIOLIANO, C PONTEVILLE

01/10/2010 - 13:30 a 15:00

RECORRIDA DE PÓSTERES 05**Sepsis. Transporte de oxígeno. Shock. FOM**

COLUMNAS BOULEVARD

- 0149 SEPSIS Y SHOCK SÉPTICO EN TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**
P BOSCHINI, C VAZQUEZ, V DE PIETRI, N ROZO, MA REYES, A OCHOA, H CACCONI, S FLORES
- 0191 SATURACIÓN VENOSA CENTRAL COMO PREDICTOR DE RESULTADOS LUEGO DE UNA CIRUGÍA MAYOR**
E ASINARI, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, L RASI, F CALZOLARI, A GARCÍA GIL, A SALGADO, M BACIGALUPI, S MARINSALDA, MJ LEDESMA, E IGLESIAS, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0242 RECOMENDACIONES PARA EL USO DE PROCALCITONINA SEGÚN UN ANÁLISIS BASADO EN EVIDENCIAS**
M BLANCO, P DOMEQ, H CATALANO
- 0244 UTILIDAD DE LA SATURACION DE OXIGENO EN SANGRE VENOSA FEMORAL EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO**
P MASKIN, PO RODRIGUEZ, P VILLAFÁÑE, I BONELLI, S ATTIE, R VALENTINI
- 0245 EFECTO DEL TIEMPO Y LA TEMPERATURA EN LA CONCENTRACIÓN DE LACTATO**
H CERVANTES, C ARTANA, O ADDA, MP PEREIRO

01/10/2010 - 13:30 a 15:00

RECORRIDA DE PÓSTERES 06**Nutrición - Metabolismo**

COLUMNAS BOULEVARD

- 0068 EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA INTOLERANCIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CRÍTICOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS**
C LOUDET, E ESTENSSORO, R REINA
- 0107 INSULINIZACIÓN EN PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS CON OBJETIVO EUGLUCÉMICO**
A DÍAZ, M VIGLIANO, C MARTÍNEZ, D BRUERA, S NIEVA
- 0310 PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA**
J GUYON ARAUJO, M MARENGO, A CHENA, JL MARENGO, G ZAKALIK, M SANCHEZ, JM PINA, D RAGGIO

01/10/2010 - 13:30 a 15:00

RECORRIDA DE PÓSTERES 07**Pediatría I**

COLUMNAS BOULEVARD

- 0006 TUMOR DE CAVUM DE ETIOLOGIA INFRECUENTE EN UN LACTANTE**
S ESQUIVEL, J DELGADILLO, R GOMEZ, E CESPEDES
- 0011 BOTULISMO DEL LACTANTE: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO**
S ESQUIVEL, P MINCES, A ARUJ, N SCHNITZLER
- 0020 QUE PIENSA SOBRE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET), EL PERSONAL DE SERVICIOS QUE ATIENDEN NIÑOS CON ENFERMEDADES AMENAZANTES PARA LA VIDA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO**
GL FAGALDE, EH DI COLA, GE CORREA, MV ALBARRACIN, PG GALLARDO, M D'URSO, LL GRAMAJO
- 0027 ENCUESTA DE OPINIÓN SOBRE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE TUCUMÁN**
GL FAGALDE, MV ALBARRACIN, GE CORREA, P GALLARDO, AS REARTE, M D'URSO, MS OLIVIERI, EH DICOLA, LL GRAMAJO
- 0091 POLINEUROPATIA GRAVE DURANTE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO EN UNA NIÑA DE CUATRO AÑOS**
MA SANCHEZ PERI, E VANELLA, MJ MOSCIARO, L PIOVANO, MS GUERRERO, PN QUINTEROS, P CORREA
- 0105 TAQUICARDIA AURICULAR ECTÓPICA INCESANTE COMO CAUSA DE MIOCARDIOPATÍA DILATADA**
M KRYNSKI, M BALESTRINI, G MORENO, A SCIEGATA, A MARTIN, R MAGLIOLA
- 0106 EXPERIENCIA EN RECUPERACION CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA DE SAN MIGUEL DE TUCUMAN**
O SORIA, AS REARTE, MV ALBARRACIN, A RODRIGUEZ CALVO, PD JUAREZ, GL FAGALDE, P BASELGA, C ALVAREZ
- 0112 LESIÓN FOCAL BULBO AMIGDALINA SECUNDARIA A TRAUMATISMO POR CAÍDA DE ALTURA**
PD JUAREZ, FM JEREZ, P BOTTA, VR RUIZ, A RODRIGUEZ CALVO, GL FAGALDE, MS COROLEU, L PASTERIS
- 0115 SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL TOTAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS POLIVALENTE**
D CAPRA, L POLITANSKI, L SALIGARI, L ALBANO
- 0117 SINDROME DE SHOCK TOXICO EN LACTANTE CON QUEMADURA LEVE**
MP ARIAS LÓPEZ, GA PALACIOS, E MORENO, C CHAVEZ, JA FARIAS

01/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 08
Trauma I
 COLUMNAS BOULEVARD

- 0046 INCREASE OF PREVALENCE OF ACUTE MYOCARDIUM INFARCTION AND SUDDEN DEATH DUE TO THE ENVIRONMENTAL TRAGEDY THAT OCCURRED IN BLUMENAU, SOUTH OF BRAZIL**
 SL ZIMMERMANN, S STARKE, MA MORETTI, ACP CHAGAS, S TIRMERMAN
- 0093 PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICO: HEMOPERITONEO MASIVO POR LESION UNICA EN TRAUMA ABOMINAL CERRADO CON DISRUPCION TOTAL GASTRODUODENOPANCREATICA**
 ML CABANA, F FARFAN, L FERNANDEZ, L LEON CEJAS, C VEGA, L VIDAL, D VARGAS, L LUNA, C PARUSSINI, M DAUD
- 0102 USO DE LA VIA INTRAÓSEA EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DURANTE EL PARO CARDIO RESPIRATORIO**
 R LOPEZ RAMOS, L AGUILAR, D PEREZ, B TORRES, G THOFEHRN, M CHALLAPA, A MONSON
- 0103 USO DE PROCALCITONINA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE LA PATOLOGÍA RESPIRATORIA**
 G THOFEHRN, D PEREZ, L AGUILAR, M CHALLAPA, B TORRES, R LOPEZ RAMOS, A MONSON
- 0109 VICTIMAS DE EXPLOSION: PRESENTACION DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**
 M CHALLAPA, D PEREZ, L AGUILAR, B TORRES, A MONSON, G THOFEHRN, R LOPEZ RAMOS
- 0147 NECESIDAD DE ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO EN ANCIANOS QUE SE INTERNAN EN UTI COMO CONSECUENCIA DE ROBOS O ASALTOS**
 AB KOHAN, J TORASSA
- 0157 ASFIXIA POR SEPULTAMIENTO PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA DERIVADO DE OTRA INSTITUCIÓN EN PARO CARDIORESPIRATORIO SECUNDARIO A ASFIXIA POR SEPULTAMIENTO EN CEMENTO**
 E CARFAGNA, T WASSERMAN, J POLLINI, M BELDARRAIN, R DE LUCA, J CASTAGNINO

01/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 09
Unidad Coronaria I
 COLUMNAS BOULEVARD

- 0002 UTILIZACION DEL PROBNP EN PACIENTES CON DISNEA**
 G TOMBOLINI, S KLINZUK, G MARTEARENA, JI LUDUEÑA, M ARDUIN, D ZAVATTI, J BAUCHI, L LA GROTTA, H MARTI, R MASA, A BEFANI, P D'ANGELO, N AVILA, MS URBANO, A SEQUEIRA NEMES, F CRIADO
- 0007 SINDROME DE TAKOTSUBO, PREFERIBLE A PADECER UN SINDROME CORONARIO AGUDO**
 GE TOMBOLINI, G MARTEARENA, J LUDUEÑA, S KLINZUK, MS URBANO, A BEFANI, N AVILA, J PAZ TONSICH, P D'ANGELO, D ZAVATTI, M ARDUIN, F CRIADO
- 0023 PRESENTACION DE UN CASO: SINDROME DE DISCINESIA APICAL TRANSITORIO: TAKOTSUBO Y ACCIDENTE CERECROVASCULAR ISQUEMICO CEREBELOSO**
 E SIMES, S MERCADO, R VANDERSANDE, J VILCHEZ, J ARROYO, M VARGAS
- 0026 SÍNDROME DE TAKO TSUBO: MIOCARDIOPATIA DE ESTRÉS**
 M BERÓN, D OLMOS, G BONGIORNI, E ROMERO
- 0050 TROMBÓLISIS EN PARO CARDIORRESPIRATORIO**
 ME WALLBERG, AA CHUECO, S NANI, MA BLASCO, IM RAGGIO, F VILLAREJO
- 0098 EXPERIENCIA DE UN CENTRO ZONAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA. PRIMEROS 17 MESES**
 JI BAZAN, J THOMAS, P MACCARONE, P MACHINANDIARENA, L CICCIO, M MIGUEL, F FUNARO, R SUASNABAR

- 0123 INCIDENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD EN PACIENTES DIABÉTICOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST (SCASEST). ESTUDIO INTER-INSTITUCIONAL. REGIÓN SUDESTE DEL CONURBANO BOAERENSE**
 LA FLORES, J LOAIZA, N DI GIORGIO, S DE FRANCESCA, E VILLALBA, M VALIÑO, E MOLINA

01/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 10
Misceláneos I
 COLUMNAS BOULEVARD

- 0010 PERITONITIS GENERALIZADA: LA COMPLICACION CON COMPROMISO DE VIDA MAS FRECUENTE EN EL POSTOPERATORIO DE GASTRECTOMIA TOTAL. CAUSAS, SIGNOS TEMPRANOS DE SOSPECHA, Y APORTE A SU TRATAMIENTO**
 D KOCIK, J BERRETA, A BALDUCCI, D FERRO, P FERNÁNDEZ MARTY, R AMAYA, R RÍOS, F DE FEO, M ORTIZ, D PASCUALI
- 0059 SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO CATASTROFICO. REPORTE DE UN CASO**
 MF CHUNCO, R MASAGUE, C PASTORINO, JC DE ROSA, H MONTENEGRO, D D'RIKO, M FIORI, G AMENDOLÍA, P DELGADO
- 0120 INTOXICACION POR COLCHICINA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA**
 P BOSCHINI, P CASTRO, S CASTRO, O CRISTALDI, J RISSO PATRON, D CALVO, F BALLESTEROS
- 0121 COMPLICACIONES EN PACIENTES DE CABEZA Y CUELLO INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA**
 P BOSCHINI, O PIERUCCI, M SOLIS RAMIREZ, MF GIORDANO, A OCAMPO, T NEGREIRA, N QUINTANA
- 0122 EVOLUCION DE LOS PACIENTES DE CIRUGÍA TORACICA EN TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA**
 P BOSCHINI, N RODRIGUEZ, C BOCCI, C PARERA, N ROSSO, C ROLLANO, R MONTAÑO
- 0139 NECROLÍISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO**
 G DOVA, A CARRIZO, S CHAPELA, MI RÍOS, FM BALLESTERO, MA BLASCO, FJ CHERTCOFF
- 0146 INCIDENCIA DE HIPOTERMIA EN EL AREA DE RECUPERACION POSTOPERATORIA EN EL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD "PTE J D PERON"**
 G GRANBERG, M PROCHASKO, S NICOLAS, C ANTUNEZ, G ROJAS, M BRITZ, M LOPEZ, R CONTRERAS, M MOLTRASIO, F AYALA ORTIZ, N RAIMONDI, J GARDELLA, H NUÑEZ

02/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 11
Infectología General I: Neumonías e infecciones por gérmenes multirresistentes
 COLUMNAS ATLÁNTICO

- 0018 INFECCIÓN GRAVE DE PARTES BLANDAS POR AEROMONA HYDROFILO CON FRACASO ORGANICO MULTIPLE**
 M BARCELO, J CACCIAGUERRA, M MONTANARO, A MUSCARELLO, E GUZMAN, A PIERSI, R LAMBERGHINI, M PRETEL
- 0038 STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA: UN PATÓGENO EMERGENTE EN LA TERAPIA INTENSIVA**
 S CASTRO, S FIGUEROA, S PALOMBARANI, A TUDURI, M ALMUZARA, M FLORES, M LAREU
- 0052 MEDIASTINITIS NECROSANTE DESCENDENTE: REPORTE DE CASO**
 P SAÚL, E CUNTO, C NOGUERAS, J SAN JUAN
- 0074 SHOCK TÓXICO POR SAMR DE LA COMUNIDAD "DESCONCIERTO DIAGNÓSTICO EN FASE INICIAL"**
 P GONZÁLEZ, P FREIRE, M ORTIZ, E ZURITA, F FERRETTA, J DI CARLO, E ROJAS, J ORDOÑEZ, J LACUADRA, L SERNA, C DRINCOVICH

- 0108 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA: INCIDENCIA: ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE UN HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS**
OR GALLINI, C COLOMBO, C CARVALHO, C DE RUEDA
- 0166 NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE**
M MARTINEZ, D PEREZ
- 0189 INFECCIONES GRAVES EN TERAPIA INTENSIVA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS ASOCIADO A LA COMUNIDAD**
M RODRIGUEZ, C BOSCO, K GARCIA MEZA, P DEBASTIANI, L COR-SIGLIA, C ROTH
- 0238 PREVALENCIA DE GERMEENES MULTIRRESISTENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS Y EN INTERNACION GENERAL DE UNA CLINICA PRIVADA DE III NIVEL**
F TRAVERSO, M PELUFFO, G JENSEN, F FUNARO, R SUASNABAR, M LOUGE
- 0280 COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS: ¿ETIOLOGÍA O COMPLI-CACIÓN?**
M ALONSO RIFFO, L OBREGON, F MUÑOZ CASTILLO, L VARGAS
- 0314 COLISTIN ENDOVENOSO EN INFECCIONES NOSOCOMIALES SEVERAS CAUSADAS POR ACINETOBACTER BAUMANNII**
L CORZO, M FUMALE, M IACONO, S ALEGRIA, S GONZALEZ CRUZ, V SCIUTO

02/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 12
Neumonología General
COLUMNAS ATLÁNTICO

- 0048 MEDIDAS DE INTERVENCION SOBRE LA PRESION INTRABA-LON DE LOS TUBOS ENDOTRAQUEALES**
L OLIVERI, A CREMONA, A YEBARA, A LEGARTO
- 0049 EVOLUCION Y PRONOSTICO DE PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS QUE REQUIEREN VENTILACION MECANICA EN TERA-PIA INTENSIVA**
AJ CARUSO, EA ADAMOLI, U ALEGRE ESCOBAR
- 0051 NEUMORRAQUIS A CAUSA DE EFECTO MACKLIN EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENTILATORIA AGUDA SE-CUNDARIA A EXACERBACIÓN ASMÁTICA**
VS CUBAS, E POZZO WILDT, L GAROFANI, J MOREIRA, GA VACA RUIZ, JP ROMERO, G BUSTAMANTE, ER PALERMO, A CONFORTI
- 0076 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CRÍTICOS QUE REQUIERON TRAQUEOTOMÍA**
R COUCE, M KLEINERT, A SOSA, B HUNTER, J OZATNIK, V MOS-QUEDA, PD COMIGNANI
- 0132 RESULTADO DE LA APLICACIÓN DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN UN ENFERMO CON HI-POXEMIA REFRACTARIA SECUNDARIA A SDRA POR HAN-TAVIRUS**
J NUÑEZ, E OSMAN, I CONRADO, D MOQUI, P TARRUELLA, P KABLAN, JP BERTOZZI, F HEINRICH, M CARBONI BISSO
- 0136 TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN. NUESTRA EXPERIENCIA**
FM BALLESTERO, MS RAÑA, F LASCAR, G DOVA, R VILLAGOMEZ, ED SOLOAGA, MA BLASCO, FJ CHERTCOFF
- 0235 ANGINA DE LUDWIG: CAUSA INFRECUENTE DE INSUFICIEN-CIA VENTILATORIA**
GA TAUILL, C BARRIOS, D LERMAN, A MARANZANA, D PINA
- 0241 CALIDAD DE LA RADIOGRAFIA DE TORAX PORTATIL EN UCI USADA EN EL DIAGNOSTICO DE NAVM**
D VIOLI, C PEREYRA, M LUGARO, G BENAVENT, J STRATI, M PRIE-TO, L BENITO MORI, P SCHOON
- 0249 ESTUDIO SOBRE LA PRÁCTICA Y RESULTADOS EN LA VENTI-LACIÓN MECÁNICA DE PACIENTES NEUROQUIRURGICOS EN UNA UCI**
E ROSITI, M DI MARIA, M NANO, JM MONTERO, M ALCARAZ

02/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 13
Neurointensivismo II
COLUMNAS ATLÁNTICO

- 0194 ASISTOLIA INEXPLICABLE EN EL PERIOPERATORIO DE NEU-ROCIRUGÍA. ¿ES EL REFLEJO TRIGÉMINO CARDÍACO EL RES-PONSABLE?**
S MARE, D VARELA, A HLAVNICKA, MF DIAZ, N WAINSZTEIN
- 0199 SINDROME DE ANTON: PRESENTACION DE UN CASO CLÍ-NICO**
A FERNANDEZ, V TUCHBAUM, D PERÉZ
- 0208 ASPIRINA EN PREVENCIÓN DE ACCIDENTE CEREBROVASCU-LAR ISQUEMICO EN MUJERES**
M GARCIA KEIM, S DIPENTE, A PEÑALOZA, C SALCEDO, J LEIVA
- 0211 POST OPERATORIO DE TUMORES DEL SNC: ANALISIS DE UNA COHORTE DE 246 PACIENTES**
L GRIECO, E ARISTA, S MARE, D VARELA, A HLAVNICKA, MF DIAZ, N WAINSZTEIN
- 0224 INFARTO BIHEMISFERICO LUEGO DE DISECCION CAROTIDEA BILATERAL TRAUMATICA**
A SOSA, J OSATNIK, B HUNTER, V MOSQUEDA, R COUCE, P CO-MIGNANI
- 0263 VALOR DIAGNOSTICO DE MICROHEMORRAGIAS CEREBRA-LES EN TERAPIA INTENSIVA**
A MARTINEZ, C BARRIOS, C BESADA, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0298 ESTADO DE MAL EPILÉPTICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA GENERAL: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA, COMPLI-CACIONES Y MORTALIDAD**
L VALLEJOS, C AGUILERA, I PREGIOLIANO, CM DILLON
- 0320 SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ASPECTOS TERAPEUTICOS DE PACIENTE CON NEUROCICTERICOSIS EN TERAPIA INTEN-SIVA**
SS ALVAREZ, A BARBOZA, J ARROYO

02/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 14
Nefrología Crítica
COLUMNAS BOULEVARD

- 0058 HEMODIAFILTRACION CONTINUA VS HEMODIALISIS CON-VENCIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SEPSIS SEVERA O SHOCK SEPTICO Y FALLA RENAL AGUDA**
HMN LAMACCHIA, RO FERNANDEZ, MB GRILLI, JC ARJONA, LA BATTISTINI, LA PARRA, MG RINAUDO, ML LUJAN, MV ORDO-ÑEZ, WD VAZQUEZ
- 0084 RABDOMIOLISIS ASOCIADA A INTOXICACIÓN POR CO-CAÍNA**
I CHEONG, R CÓRDOBA, S SANTAGIULIANA, A PALAZZO, M BER-TÉ, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0148 DETECCIÓN TEMPRANA Y TRATAMIENTO PRECOZ EN LA IN-TOXICACIÓN CON ETILENGLICOL: COMBINACIÓN OPTIMA PARA MEJORAR EL PRONÓSTICO.**
G FILIPPA, D DUARTE, G QUINZAN, C GRANILLO, A MONTES, J BALBI, E PERRAULT, R MALTEZ
- 0187 FALLA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS**
R REYES, N RONDINELLI, A MONDELLO, N BREVIS
- 0223 DALISIS PRECOZ COMO PREDICTOR DE BUENA EVOLUCION EN EL SHOCK HEMORRAGICO SEVERO SECUNDARIO A RUP-TURA UTERINA GESTACIONAL**
Z AZCURRA, A TOBAL, M COLMAN, J VIOLA, Z AGUAD, E MAN-RIQUE
- 0266 ACIDOSIS LÁCTICA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR METFORMINA**
M VILLALOBOS C, J VÁZQUEZ, C CORONEL, R GÓMEZ P, S MAR-TINES, L WAISBLATT, A SCHROETER, J COGORNO, J MÉNDEZ, C KECSKES, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, M VILAS, S ALGRANATI

- 0277 EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS DIARIA INTERMITENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA) EN TERAPIA INTENSIVA**
P DESMERY, E MAGGIORA, D INTILE, J SCAPELLATO, V APHALO, D AGAZZI, M CASANOVA, D VAZQUEZ, C SANCHEZ, I RIOS, L CAIVANO

02/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 15
Obstetricia - Trasplante
COLUMNAS BOULEVARD

- 0012 SINDROME DE HELLP SIN HIPERTENSIÓN**
GE TOMBOLINI, MJ BARRERO, A PEREZ, S GONZALEZ, A AGUILERA, M DEDYN, J BAUCHI, F CRIADO
- 0028 PREECLAMPSIA ECLAMPSIA EVOLUCION Y COMPLICACIONES EN TERAPIA INTENSIVA**
F BALLESTEROS, D CALVO, S CASTRO, P BOSCHINI, G ROBERT, O CRISTALDI, J RISSO PATRÓN
- 0041 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A ECLAMPSIA**
MC DE SIMONE, MC MACHADO, MI DALAISON, JA GRUCCI
- 0085 COAGULOPATIA SECUNDARIA A DEFICIT DE VITAMINA K POR HIPEREMESIS GRAVIDICA**
M JERMAN, P GUIMARAENS, R NICASTRO, A DONA, MC MARTINEZ BARRETO, S COSENZA, P PRATESI
- 0133 LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ECLAMPSIA REPORTE DE UN CASO**
MC PALACIO, CD VILLARREAL, JC MEDINA, R SANTOS, F KIRYLUK
- 0227 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO "INTERNACION PROLONGADA EN UTI POR SANGRADO OBSTETRICO POSTPARTO INMEDIATO POR INVERSION UTERINA CON EXSANGUINACION Y PARO CARDIACO, HISTERECTOMIA, FALLA MULTIORGANICA, NUMEROSAS COMPLICACIONES Y ALTO COSTO"**
L LEON CEJAS, ML CABANA, L VIDAL, O TEJERINA, S TORRES, C CABEZAS, L SILVA, J MARTINEZ, J MERCADO, C DIAZ
- 0063 PROCURACION DE ORGANOS EN CORRIENTES. VISION DE LA ENFERMERIA**
D RODRIGUEZ, AD CAMPANHER CASO, JA OJEDA, A PIACENZA, JA CIALZETA, HJM ALVAREZ, GL GUTIERREZ, F ZONE
- 0081 INEDITO TRASPLANTE HEPATICO EN DOMINO**
C NAVEDA GAVILANES, D CZERWONKO, J ALVAREZ, J NUÑEZ, S COSENZA, P PRATESI, O ANDRIANI, G PODESTA
- 0083 RECHAZO HUMORAL EN TRASPLANTE HEPATICO**
D CZERWONKO, C NAVEDA GAVILANES, P FALVO, S COSENZA, P RAFFA, P PRATESI, M SILVA
- 0096 PREDICTORES DE ENCEFALOPATÍA POST TRASPLANTE EN TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO**
GI TUHAY, GE BOZOVICH, FR KLEIN

02/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 16
Pediatría II
COLUMNAS BOULEVARD

- 0129 VALOR DIAGNOSTICO DE LA RADIOGRAFIA DE TORAX EN LA LESION TRAQUEAL PEDIATRICA**
RB ARAOZ OLIVOS, S MUZZIO, C FILARTIGA, S AGÜERO, BJ RIGNATTO
- 0164 MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO**
A MANSILLA, V ROMBOLA, M PENAZZI, G DEBAISI
- 0170 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UNA ADOLESCENTE CON MIASTENIA GRAVIS**
V ROMBOLA, M MATARASSO, R ALVAREZ, H LAUMAN, M ABRA-MOVICH, G DEBAISI

- 0172 MEDIASTINITIS, UNA COMPLICACION INFRECUENTE DE UNA INFECCION BANAL**
P MEDICI, A BORDOGNA, G MACARRON, F PODESTA, M RABINO, N RAUL, O RECUPERO
- 0176 EPIDEMIOLOGICO DE SEPSIS SEVERA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS ESTUDIO**
W KREMSER, A BORDOGNA, G MACARRON, P MEDICI, F PODESTA, M RABINO, N RAUL, O RECUPERO
- 0180 OLIGODENDROGLIOMA ANAPLASICO, PRESENTACION INSULSAMENTE AGUDA DE UNA PATOLOGIA CON CURSO INSIDIOSO**
F PODESTA, A BORDOGNA, G MACARRON, P MEDICI, M RABINO, N RAUL, O RECUPERO, W KREMSER
- 0184 USO DE LEVOSIMENDAN EN EL TRATAMIENTO DEL SINDROME DE BAJO GASTO CARDIACO PEDIATRICO DE ETIOLOGIA NO QUIRURGICA**
S MUZZIO, RB ARAOZ OLIVOS, F ESPAÑOL, R JABORNISKY
- 0197 ESTENOSIS HIPERTROFICA DE PILORO: UNA PATOLOGIA POCO HABITUAL EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA**
M DE LA ROSA, D OTERO, E TESTI, A PICCIRILLI
- 0236 INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, CITO-MEGALOVIRUS Y SÍNDROME HEMOFAGOCITICO EN UNA LACTANTE DE 35 DÍAS. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ**
ME PENAZZI, EA MARI, P PACHECO, C BARILARI, C ABRALDES
- 0254 INFECCIONES SEVERAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD (SAMRC) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS**
D FLORES, G MENDEZ, D RIVERO

02/10/2010 - 13:30 a 15:00
RECORRIDA DE PÓSTERES 17
Trauma II
COLUMNAS BOULEVARD

- 0167 RESOLUCION ENDOVASCULAR DE LESION AORTICA TRAUMATICA. REPORTE DE UN CASO**
M CACERES, M RISSO, L SANTORO, S TONELLI, L TRUNZO, E ADÁ-MOLI, M TORRES BODEN, A ARATA
- 0179 ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO SOBRE ANEMIA Y TRANSFUSIONES EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**
MB HEREDIA, JR BARTOLI
- 0182 RUPTURA TRAUMÁTICA DE AORTA TORÁCICA ASOCIADA A LESIONES ORGANICAS MULTIPLES. MANEJO ENDOVASCULAR CON ENDOPRÓTESIS**
E MINOLDO, MJ ARAMBURU, F PAOLETTI, MJ CABRERA, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0188 RUPTURA ESPLENICA Y HEPATICA ESPONTANEA**
R REYES, N RONDINELLI, A MONDELLO, N BREVIS
- 0216 ATENCION INICIAL DE LA EMERGENCIA: SOCORRISMO PARA LA COMUNIDAD**
M SISTERNA, JM ACOSTA, A BORBORE, R VELAZQUEZ, M GARROFÉ
- 0276 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON QUEMADURAS**
G RAMOS, F ALONSO, A ELISEIRI, G BAIONA, R ANDRES

03/10/2010 - 13:00 a 14:30
RECORRIDA DE PÓSTERES 18
Infectología General II
COLUMNAS ATLÁNTICO

- 0056 CAMBIOS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS BASADOS EN LIDERAZGO EN UN SERVICIO DE UTI**
RO FERNANDEZ, MB GRILLI, JC ARJONA, LA BATISTINI, LA PARRA, MG RINAUDO, MV ORDOÑEZ, ML LUJAN, WD VAZQUEZ

- 0198 INFECCIÓN POR SAMR DE LA COMUNIDAD EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. REVISIÓN DE CASOS**
NJ BREVIS, N RONDINELLI, AF MONDELLO, RM REYES, MM LLO-RIA, L AGUILAR, F RÍOS
- 0205 EOSINOPENIA COMO MARCADOR DE SEPSIS AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA. SEGUNDO ANALISIS**
S DIPENTE, A PEÑALOZA, M GARCIA KEIM, C SALCEDO, J LEIVA
- 0212 INFECCION SEVERA POR STAPHYLOCOCCUS AURES METICILINO RESISTENTE ASOCIADO A LA COMUNIDAD**
C STROPPA, F RIERA, J BOSCARO, L DECCA, D VEGA, C SOLA, JL BOCCO
- 0250 SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS, PRESENTACION DE 3 CASOS AUTOCTONOS**
M MUÑOZ, J DOGLIA, V NOVARESE, M ALBERT, M PONCE, M LOUGE, J PAGNI, G CORREA
- 0264 MEDIASTITIS SECUNDARIA A ABSCESO ODONTÓGENO**
M VILLALOBOS, A CAÑIZO, D VERA, D TEDESCO, H NÚÑEZ, D VIOLI, L BUIRA, M CORRAL, F ABDALA, M QUINTEROS, D CERASO
- 0272 PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO "ESPIÑA DE PESCADO"**
LM VILLALOBOS, J VÁZQUEZ, C CORONEL, R GÓMEZ P, S MARTINES, L WAISBLATT, A SCHROETER, J COGORNO, J MÉNDEZ, C KECSKES, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, G ARBUÉS, V IM, A DALOSO, G CASTELLANO, D BLANCO

03/10/2010 - 13:00 a 14:30
RECORRIDA DE PÓSTERES 19
Neurointensivismo III
COLUMNAS ATLÁNTICO

- 0042 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE VON RECKLINHAUSEN**
MI DALAISON GARCIA, MC MACHADO, MC DE SIMONE, S EZCURRA, JA GRUCCI
- 0143 EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEO ENCEFÁLICO GRAVE Y SU RELACIÓN CON LA REALIZACIÓN DE CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA**
F PÁLIZAS (H), L DANERI, M COBOS, H VAZQUEZ, F PÁLIZAS
- 0215 ANALISIS OBSERVACIONAL DE 10 CRANIECTOMIAS DESCOMPRESIVAS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**
E SORIA, R COUCE, A SOSA, V MOSQUEDA, P COMIGNANI
- 0217 INCIDENCIA DE DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
ML CAIVANO NEMET, MS RAÑA, F BALLESTERO, MA BLASCO, ED SOLOAGA, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF
- 0228 EDEMA CEREBRAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS. ¿SON LOS CORTICOIDES EFECTIVOS?**
G DE MARCHI, P SXÉKELY, P CORNIGLIA, S MARE, L ROMERO
- 0231 DISKALEMIA EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEO GRAVE**
K BUSTAMANTE, E BORNACIN, MA GARCIA, N GALLUCCI, E AMUNDARAIN, E BISHELS, B DORFMAN
- 0256 INTERPRETAR LA CURVA DE PIC ES TAN UTIL COMO EL VALOR NUMÉRICO DE LA MISMA**
M VILLALOBOS, J VÁZQUEZ, C CORONEL, R GÓMEZ P, S MARTINES, J MÉNDEZ, L WAISBLATT, A SCHROETER, J COGORNO, C KECSKES, S GIANNASI, E SAN ROMÁN
- 0270 TRAUMATISMO DE CRÁNEO (TEC) EN ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL "DR. LUCIO MOLAS" SANTA ROSA. LA PAMPA**
JM SANSON, LR VIGLIOTTA, FH KUBARYK, J PLA CARDENAS, V MESSLER, D BENSUSAN, M GERVAISONI, M ALVAREZ
- 0284 TORMENTA SIMPÁTICA PAROXÍSTICA SEGUIDA A TEC GRAVE**
M NANO, L FRANCONIERI, J GOMEZ, C DHERN, J CAMPOS PEREZ, F MULEK, JM MONTERO, J LAMAS, E ROSITTI, J BONDAZ, M DI MARIA, M ALCARAZ

- 0299 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN HIPERTENSION INTRACRANEANA REFRACTARIA: HALLAZGOS RADIOLOGICOS RELACIONADOS CON LA SOBREVIVENCIA**
C GROER, C AFIONE, I PREVIGLIANO, L VALLEJOS, CM DILLON, D CERASO, L FRANK, CH PONTEVILLE

03/10/2010 - 13:00 a 14:30
RECORRIDA DE PÓSTERES 20

Enfermería
COLUMNAS BOULEVARD

- 0017 COMPLICACIONES DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES EN UNA TERAPIA INTENSIVA DE TIERRA DEL FUEGO**
D DUARTE, G FILIPPA, M PARIS, V CARCAMO, S ROJAS, F PLANO, A TRAFERRI, G ROMERO, M HERVIDAS, G ALMONACID OJEDA, S TAPIA, L GARCIA BELLO, D REY
- 0124 INCIDENCIA DE LESIONES BUCALES Y SU ASOCIACION A LA FIJACION DEL TUBO OROTRAQUEAL (TOT) EN PACIENTES CON AVIM**
OF LIGORRIA
- 0171 APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA**
E TEJADA, R CORTINEZ, G SANZ
- 0258 PRESENTACION DE TRABAJOS LIBRES DE ENFERMERIA EN LOS CONGRESOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA**
M SALAS, J SAGARDIA
- 0269 PROBLEMÁTICA GENERADA EN LA ATENCION DEL PACIENTE EN EL FINAL DE LA VIDA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
M SALAS, N RIVAS
- 0275 SISTEMATIZACIÓN DEL REGISTRO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CRÍTICO: REGISTRO CERRADO, UNA NUEVA PROPUESTA.**
GA TORANZO, MP FUNES, AG GALEAN, MF QUINTEROS, AZ COCCONI
- 0293 RELEVAMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL**
M ENRIQUEZ
- 0316 EL PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS: ¿OBJETO DE TRATAMIENTO O SUJETO DE CUIDADOS?**
L GIL, CW SORIA, TM PERSONAL ENFERMERÍA, R BELLONI, V WOLANOW

03/10/2010 - 13:00 a 14:30
RECORRIDA DE PÓSTERES 21
Gestión y costos
COLUMNAS BOULEVARD

- 0025 RESUMEN ANALISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DESDE LA PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA**
C MELENDEZ MENDEZ, R GARZA HERNANDEZ
- 0039 IMPACTO DE LOS CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA EDILICIA Y EN LOS RECURSOS HUMANOS SOBRE INDICADORES DE CALIDAD: UN ESTUDIO ANTESDESPUES**
C MARCHENA, C LOUDET, AL GONZÁLEZ, L TUMINO, F LAMBERT, A PORCEL, S LARRAIN, P RODRÍGUEZ, C BUSTAMANTE, S TALBENZECRY, E VALGOLIO, JP MONTEFIORE, M BALDERRAÍN, C GARCÍA, MG SÁENZ, D VÁSQUEZ, A DAS NEVES, S CARINO, H CANALES, M RAMIREZ, J MAZA, R REINA, E ESTENSSORO
- 0047 INCORPORACIÓN DE UN ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN UTI: EXPERIENCIA INICIAL**
NN CAPPELLARI, MI DALAISON GARCIA, MC DE SIMONE, MC MACHADO, M ROJAS, JA GRUCCI

- 0111 FUNCIONAMIENTO DE UNA UTI DE HOSPITAL PUBLICO EN LA PATAGONIA**
A TOBAL, A ARAQUE, Z AGUAD, S CASTRO, M COLMAN, A GARONE, E MANRIQUE, E SOLANO
- 0154 EXPERIENCIA DE DOS AÑOS DE REGISTRO CONTINUO EN UN SISTEMA INFORMATICO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**
K FIQUEPRÓN, M DE LA ROSA, L BUSO, K CINQUEGRANI, AL FERNÁNDEZ, A PICCIRILLI
- 0247 IMPORTANCIA DEL TISS 28 EN LA ADMINISTRACION DEL RECURSO DE ENFERMERIA**
L COLSANI, Z AGUAD, E MANRIQUE, A TOBAL
- 0311 GESTION DE UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA**
LA CAMPUTARO, JL SCHNITD, AE CARTELLI, S GATICA, G NIOTTI, J DEL RIO

03/10/2010 - 13:00 a 14:30
RECORRIDA DE PÓSTERES 22
Unidad Coronaria II
 COLUMNAS BOULEVARD

- 0138 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS: REPORTE DE DOS CASOS**
M SKARE, G DOVA, A DONÁ, FM BALLESTERO, MH PEREZ, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF
- 0168 SINDROME DE MIOCARDIO ATONTADO DE ORIGEN NEUROGENICO COMO PREDICTOR DE MAL PRONÓSTICO**
N PRIETO, G FERNANDEZ CID, C GARAYALDE, N MARTIN YUHANA-DI, P GASTALDI, E PORJOLOVSKY, V CARIMAN
- 0229 17 AÑOS DE EXPERIENCIA CON SOPORTE CIRCULATORIO CON OXIGENADOR A MEMBRANA ECMO**
A MISZUK, V AMBRUSSO, C PEDRAZA, C ANTELO
- 0237 SINDROME DE TAKOTSUBO. A PROPOSITO DE UN CASO.**
MV BOSCARO, LA GERSTNER, LN NEGRI, AM ACUÑA, LA D'AGOSTINO, P CAIATI, AN COLAUTTI

- 0239 SINDROME CORONARIO AGUDO CON SUPRADESIVEL PERSISTENTE DEL SEGMENTO ST ASOCIADO A PUENTE MUSCULAR CORONARIO. REPORTE DE UN CASO**
LA GERSTNER, MV BOSCARO, AM ACUÑA, LO NEGRI, P CAIATI, LA D'AGOSTINO, AN COLAUTTI
- 0271 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO**
V LARA, M GARRIBIA, D OLMOS, M LEIVA, M MOYA

03/10/2010 - 13:00 a 14:30
RECORRIDA DE PÓSTERES 23
Misceláneos II
 COLUMNAS BOULEVARD

- 0156 COMPLICACIÓN INCIDENTAL EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL. TRAYECTO ANÓMALO DE VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**
PB PAHNKE, LA ARABIA, DC GÓMEZ, I MARTINEZ, I PUIG
- 0158 ERGOTISMO CEREBRAL EN PACIENTE VIH**
T WASSERMAN, E CARFAGNA, J POLLINI, M BELDARRAIN, R DE LUCA, J CASTAGNINO
- 0183 DISECCION ESPONTANEA DE LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR TRATAMIENTO ENDOVASCULAR. REPORTE DE CASO**
MJ ARAMBURU, E MINOLDO, MJ CABRERA, V CAGLIERI, H LONDERO, C GALLETTI
- 0226 LESION DE DIEULAFOY DOBLE: CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA**
A RAMOS, MA NAVARRO, S FERRETTI, G MAZZEI, MG RUIZ, L LOVESIO, C LOVESIO
- 0240 FALLO HEPATICO FULMINANTE SECUNDARIO A INTOXICACION POR AMANITA PHALLOIDES**
A JULIARENA, A GIRA, J GONZALEZ, MF UNGAR, V MARQUEVICH, P GUIIMARAENS, V TORRES, P PRATESI
- 0243 ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA. INCIDENCIA, PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO**
ME BRAÑA, R MATTEI, G QUEIROZ, R FIORENTINO, A NISHIOKA, D TEDESCO, M LABORDE, N ARIAS, V AMAYA, N LOSCOCCO, J DIAZ

0002 UTILIZACION DEL PRO-BNP EN PACIENTES CON DISNEA

G TOMBOLINI^{1,4}, S KLINZUK¹, G MARTEARENA¹, JI LUDUEÑA¹, M ARDUIN², D ZAVATTI², J BAUCHI¹, L LA GROTTA³, H MARTÍ³, R MASA³, A BEFANI⁴, P D'ANGELO⁴, N AVILA⁴, MS URBANO⁴, A SEQUEIRA NEMES⁴, F CRIADO¹

¹Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina. ²Sección Cardiología. Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina, Argentina. ³Servicio Laboratorio, Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina. ⁴Clinica Medica Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina.

Introducción: El miocardio es una glándula capaz de generar a nivel endocrino una serie de sustancias como el péptido natriurético auricular (ANP) y el péptido natriurético tipo B (BNP). Ambos generados en el momento de la dilatación miocárdica con la salvedad de que el primero (ANP) es liberado fundamentalmente desde la aurícula y el segundo (BNP), lo hace desde el ventrículo. El BNP se sintetiza como una pro-hormona llamada PRO-BNP que luego por acción de una proteasa se escinde en PRO-BNP N-TERMINAL y en BNP (que es la hormona biológicamente activa). Difieren en su vida media biológica. Así, mientras que en el NT-PROBNP es de 60-120 minutos, en el BNP es de 20 minutos. El NT-ProBNP es sensible a la función cardíaca por lo que a mayor concentración, mayor grado de disfunción. De igual manera un valor normal de NT-PROBNP excluye la disfunción cardíaca. Para un diagnóstico acertado es importante evaluar el Cut-off (valor de corte de una reacción de laboratorio para establecer criterios diagnósticos). Un cut-off de 100 pg/ml diferenciaría falla cardíaca de otras causas de disnea (con un 90% de sensibilidad y 76% de especificidad), mientras que un PRO-BNP con un cut-off de 50 pg/ml tendría valor predictivo negativo de 96%.

Objetivos: Análisis observacional retrospectivo del PRO-BNP y los valores cut-off utilizados en el departamento de emergencia en pacientes que consultaron por disnea de causa no conocida previamente. Análisis de la población evaluada. Correlación con el ecocardiograma

Material y Método: Analizamos en forma retrospectiva las historias clínicas de 100 pac. asistidos en el departamento de emergencia por disnea de causa no conocida durante el período mayo 2008-dic 2009 a los que se les determinó el PRO-BNP con fines diagnósticos. A todos los pacientes se les realizó ECG, Rx de tórax, al 75% ecocardiograma bidimensional con doppler color. Presentamos los resultados hallados de PRO-BNP, los distintos valores de corte y su correlación con la FE en el ecocardiograma.

Conclusiones: De acuerdo con la literatura hemos hallado que el PRO-BNP es una determinación útil en el departamento de emergencia en el diagnóstico de los pacientes con disnea. Por otro lado, combinado con el ecocardiograma mejora la sensibilidad y especificidad diagnóstica de IC. Probablemente el ecocardiograma con doppler aporte datos útiles en cuanto a la etiología de la IC. Desde 2008, las guías de la ESC han incorporado un algoritmo diagnóstico de IC que incluye el péptido natriurético.

0006 TUMOR DE CAVUM DE ETIOLOGIA INFRECIENTE EN UN LACTANTE

S ESQUIVEL, J DELGADILLO, R GOMEZ, E CESPEDES
Clinica Independencia de Munro, Argentina.

Objetivo: Relatar el caso de un niño que ingresa con signos de dificultad respiratoria alta secundario a atresia de coanas y que concomitantemente presentaba un meningocele transesfenoidal. Paciente de 2 meses de vida que ingresa a terapia intensiva con estridor, cornaje nasal y tiraje subcostal, sin respuesta al tratamiento habitual. Se realiza endoscopia alta constatándose atresia de coanas derecha, se decide realizar tratamiento dilatador sin experimentar mejoría clínica. Permaneció 5 días en asistencia respiratoria

mecánica por claudicación respiratoria posteriormente 3 días de ventilación no invasiva. Por persistencia de la dificultad respiratoria se decide realizar tomografía y resonancia magnética constatándose defecto a nivel de base de cráneo sobre la región anterior fronto-etmoidal, que se asocia a herniación de las meninges constituyendo un meningocele transesfenoidal, silla turca deformada no individualizándose glándula hipofisiaria. Se realizaron dosajes hormonales que se encontraron en rango normales. Es evaluado por neurocirugía y endoscopia decidiéndose traqueostomía postergándose la resolución quirúrgica.

Conclusiones: El encefalocele es un trastorno de la línea media periselar, constituye una herniación del tejido neural a través de un defecto en el cráneo, 20% de todos los encefalocele se localizan en el cráneo y 15% son nasales.

• Debemos tenerlo presente ante todo niño con estridor y cornaje nasal una vez descartadas las causas más comunes.



0007 SINDROME DE TAKO-TSUBO, PREFERIBLE A PADECER UN SINDROME CORONARIO AGUDO

GETOMBOLINI¹, G MARTEARENA¹, J LUDUEÑA¹, S KLINZUK¹, MS URBANO¹, A BEFANI¹, N AVILA¹, J PAZ TONSICH¹, P D'ANGELO¹, D ZAVATTI², M ARDUIN², F CRIADO¹

¹UTI-Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina. ²Sección Cardiología Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina.

Introducción: El síndrome de Tako-Tsubo (STT) nació como entidad en 2001 con la publicación de una serie japonesa. Posteriormente se han descrito nuevos casos en otros países, lo que confirma que la in-

ciencia de esta enfermedad no está restringida a determinadas áreas geográficas o grupos étnicos. La clínica, LAB, ECG Y ECOCARDIOGRAMA son indistinguibles de un SCA. Debe su nombre a la semejanza que adquiere del ventrículo izquierdo a un objeto japonés utilizado para capturar pulpos. Su incidencia se estima en 0,5 a % de los pacientes que ingresan con sospecha de IAM. Ocurre más en mujeres, es raro en menores de 50 años, precedido por un estrés físico o emocional.

Caso Clínico: Mujer de 67 a, que consulta por molestia precordial (opresiva irradiada a cuello de intensidad leve, y acompañada de sensación de falta de aire) de 2 hrs de duración. Con episodios similares desde hace 48 hrs.

APP: HTA, DLP, TBQ, menopáusica y personalidad de tipo A. No recibía medicación.

Examen físico y SV: sin particularidades.

Laboratorio: CPK: 211mU/ml; mb:19%; LDH: 419mU/ml; Troponina T cuant: 0,29 pg/ml (riesgo elevado). ECG: RS 60 x'. supra ST de 1,5 mv en v3, v4, v5, T (-) simétrica en DI, DII, AVL, V3, V4, V5, V6.

Rx torax: ICT: 45 %, Campos pulmonares sp

ECOCardiograma: Hipertrofia Septal con obstrucción leve del TSVI. Akinesia Septal, latero-apical y pared anterior medio-apical con hiperkinesia del resto de las paredes. Disfunción sistólica leve y patrón diastólico pseudo-normal. No presentaba valvulopatías mitral, aórtica o tricuspídea. AD y VD normal.

Evolución: Se decidió tratamiento con carvedilol, NTG ev, AAS y enoxaparina, no repite sintomatología y se decide CCG a las 24 hs del ingreso en la cual no se observan patología coronaria. Las enzimas siempre fueron normales y la troponina se mantuvo positiva pero en descenso. los EGG que se realizaron mantuvieron los cambios con algunas variaciones en la repolarización pero en el ECG realizado a las 36 hs fue normalizado y onda t. Luego de 4 días de internación fue dada de alta con tratamiento con clonazepan, citalopram, AAS, y carvedilol. Evolución ambulatoria: asintomática, normaliza en ecocardiograma a los 30 días, mantiene el ECG con ondas T fuertemente negativas en DI, DII, AVL, V3, V4, V5, V6. normalizandolas a los 90 días.

Comentario: El STT se caracteriza por:

- un dolor típico para SCA
- cambios en ECG compatibles con isquemia/injuria miocárdica aguda.
- elevación de enz. cardíacas
- troponina positiva de riesgo variable,
- afectación reversible en la contractilidad en la región antero-apical del ventrículo izquierdo,
- también son reversibles las alteraciones del ECG pero los cambios en las ondas T pueden persistir .
- sin obstrucción coronaria en la CCG
- su etiología es desconocida

Conclusión: En importante la realización del D/D con IAM ya que el STT presenta un mejor pronóstico, aunque, por ser una entidad de reciente descripción, se desconoce su implicancia a largo plazo. No cabe duda que hasta la realización de una CCG el cuadro debe tratarse como si fuera un SCA.

0008 APORTE ACTUAL DE LA SONDA BALÓN DE SENGSTAKEN BLAKEMORE AL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES ESOFAGOGASTRICAS CUANDO FRACASA EL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO O COMBINADO. PREDICTORES PRONÓSTICOS

J. BERRETA, D KOCIAK, A BALDUCCI, G ROMERO, F DE FEO, A CORONEL, M DOMÍNGUEZ ÁLVAREZ, MF VÁZQUEZ, R AMAYA

Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Argentina.

Objetivo: 1) Evaluar la utilidad de la sonda balón de Sengstaken-Blakemore (SBSB) en las hemorragias digestivas altas variciales (HDAV) cuando hay fracaso del tratamiento hemostático endoscópico y combinado. 2) Identificar predictores independientes de mortalidad hospitalaria (MH) y sobrevida en esta población de máxima gravedad.

Material y Métodos: De 227 ingresos por HDAV entre 10/2001 y 3/2010 se estudiaron aquellos en los que el tratamiento hemostático endoscópico o combinado fracasó, obligando a tratarlos con SBSB. Se evaluó la correlación entre MH y edad, sexo, etiología alcohólica (OH) y no OH de la cirrosis, score APACHE II al ingreso (Alli), clase de Child, éxito hemostático de la SBSB, y resangrado en caso de éxito (RE). Se consideró éxito hemostático del tratamiento con SBSB a la ausencia de sangrado 6 hs consecutivas o más luego de despresurizado al tiempo de 24 o 48 hs desde su colocación.

Métodos estadísticos: t de Student, Chi cuadrado, test exacto de Fisher, curva ROC y regresión logística.

Resultados: De los 43 pacientes (P) en los que se debió recurrir al tratamiento con sonda balón por fracaso hemostático del tratamiento endoscópico-combinado, 7 eran mujeres y 36 hombres, con edad 51 ± 11.6 años; en 25 (58.1%) la etiología era alcohólica (OH) y en 18 (41.9%) no OH, 11 P estaban en clase A de Child (25.6%), 17 en clase B (39.5%), y 15 en clase C (34.9%). La MH fue de 34.9% en contraposición con 8.2% en aquellos con terapéutica hemostática endoscópica o combinada eficaz $p < 0.0001$. Se logró éxito hemostático con sonda balón en 36 de los 43 p (83.7%), de estos fallecieron 8 (22.2%) $p = 0.002$ para sobrevida. De los 21 p con RE luego del éxito hemostático con SBSB fallecieron 7 (33.3%) $P = 0.0644$. En 7 P no se obtuvo cese del sangrado y todos fallecieron $P = 0.0002$. La clase C de Child correlacionó con MH $p = 0.0014$, y la clase A con sobrevida p unilateral $= 0.0037$. El mayor Alli correlacionó con MH (22.4 ± 9.1 en fallecidos vs 13.6 ± 3.5 en sobrevivientes $p = 0.0008$). La curva ROC a construida partir de Alli y MH, con AUC 0.7333, seleccionó el valor 15.5 como el que mejor discrimina MH. El $Alli \geq 16$ correlacionó con MH $p = 0.0009$. No hubo correlación entre mortalidad y edad, sexo, RE, y etiología de la cirrosis. Los predictores independientes de MH fueron: 1) el fracaso hemostático del tratamiento con sonda balón con sensibilidad (S) = 0.4667 y especificidad (E) = 1 y para predecirla. y 2) el $Alli \geq 16$ OR (IC95%) 10.1 (2.3-43.3) S = 0.7333, E = 0.7857. El único predictor de sobrevida fue la clase A de Child con S = 0.3929 y E = 1 para predecirla. Conclusiones: en la hemorragia digestiva por varices esofago-gástricas, con fracaso de la terapia hemostática endoscópica-combinada, el tratamiento con sonda balón de Sengstaken-Blakemore permite la sobrevida del 65.1 % de los pacientes. Son predictores de mortalidad hospitalaria en este subgrupo de la máxima gravedad dentro de las hemorragias digestivas altas variciales: 1) el fracaso hemostático de la sonda balón y 2) el score APACHE II de ingreso 16 o mayor. Es predictor de sobrevida la clase A de Child.

0009 PERITONITIS GENERALIZADA POR DEHISCENCIA DE SUTURAS EN CIRUGÍA ENTERO-COLO-RECTAL: INCIDENCIA POR VARIANTE QUIRURGICA, MORTALIDAD Y PREDICTORES PRONOSTICOS

J. BERRETA, D KOCIAK, G MASCIANGIOLI, A BALDUCCI, MV LAPLACETTE, E GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, C BROTTTO, A BARRIOS, M ORTIZ

Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Argentina.

Objetivo: Identificar la exposición a peritonitis generalizada por dehiscencias (PGD) en cirugía entero-colo-rectal, y los predictores y vinculantes evolutivos hacia mortalidad hospitalaria (MH) de esta complicación.

Material y métodos: Se analizaron todos los pacientes (P) operados con anastomosis entéricas, colónicas o rectales desde 01/2002 hasta 03/2010. se identificó la incidencia de PGD para cada tipo de cirugía, la MH de esta complicación, y los predictores de MH y vínculos evolutivos independientes hacia MH. Estos últimos evaluando el tipo de cirugía, edad, sexo, presencia de cáncer, score APACHE II al ingreso (Alli), días de internación en UTI, necesidad de reoperaciones, antecedentes patológicos, disfunciones orgánicas y número de órganos disfuncionantes, necesidad de ARM e inotrópicos, infecciones nosocomiales y gérmenes aislados de la cavidad peritoneal. Estadísticos: t de Student, Chi2, test exacto de Fisher, curva ROC y Regresión logística.

Resultados: De 1359 cirugías con suturas entéricas, colónicas y recales, 37 P (2.7%) evolucionaron con PGD. La cirugía con mayor incidencia de PGD fue la resección de delgado para biopsia en enfermedades crónicas o por desvitalización del intestino con enteroenteroanastomosis (18.2% $p < 0.001$), seguida sin significación estadística por enterorrafias (9.1%), resecciones de transverso ampliadas (6.4%), Dixon (4.6%), resección segmentaria de colon izquierdo (3.3%), hemicolectomía derecha (3.3%), hemicolectomía izquierda (2.1%), recanalización intestinal luego de cirugías diversivas (2%), y Pouch ileal (1.1%). Ningún cierre de ostomías, Duhamel, ni ileorectoanastomosis presentó esta complicación. La única variable al ingreso que se vinculó con mortalidad en la PGD fue el mayor Allí (21.9 ± 5.7 en fallecidos vs 13.5 ± 6 en sobrevivientes). El Allí ≥ 17 es predictor independiente de mortalidad OR (IC95%) 22.5 (2.5–206.7), y los ítems del Allí con aporte significativo a su poder predictivo son la alteración de los valores de laboratorio y la de signos vitales. Respecto a las variables evolutivas, la curva ROC construida a partir del número de órganos disfuncionantes y muerte, con AUC de 0.862, seleccionó el punto de corte 3.5 como el que mejor discrimina evolución hacia mortalidad. La disfunción de 4 o más órganos es vinculante evolutivo independiente hacia muerte OR (IC 95%) 55 (5.4–557).

Conclusiones: Las cirugías entero-colónicas con resección y sutura se complican en 2.7% de los casos con peritonitis generalizada por dehiscencia de suturas. El 29.7% de estos últimos fallece. Los más expuestos a esta complicación son las resecciones de delgado en intestinos crónicamente enfermos, las enterorrafias, resecciones de transverso ampliadas, y la cirugía de Dixon. El predictor independiente de mortalidad hospitalaria es la presencia de un Allí ≥ 17 . El mayor aporte al poder predictivo del Allí provino del deterioro de los signos vitales y valores de laboratorio. El vinculante evolutivo independiente hacia muerte es la disfunción multiorgánica con 4 o más órganos disfuncionantes.

0010 PERITONITIS GENERALIZADA: LA COMPLICACION CON COMPROMISO DE VIDA MAS FRECUENTE EN EL POSTOPERATORIO DE GASTRECTOMIA TOTAL. CAUSAS, SIGNOS TEMPRANOS DE SOSPECHA, Y APOORTE A SU TRATAMIENTO

D KOČIAK, J BERRETA, A BALDUCCI, D FERRO, P FERNÁNDEZ MARTY, R AMAYA, R RÍOS, F DE FEO, M ORTIZ, D PASCUALI Hospital de Gastroenterología "Dr. Carlos Bonorino Udaondo", Argentina.

Objetivo: Identificar las causas de mortalidad hospitalaria (MH) en la gastrectomía total y total ampliada (GT), los signos para su sospecha diagnóstica en la etiologías más frecuentes, y evaluar su abordaje.

Material y métodos: Se evaluaron todas GT realizadas entre 1-2002 y 3-2010, analizando MH y sus causas, signos presentes hasta 1 día antes del diagnóstico definitivo, considerados de alerta temprana, tiempo transcurrido desde la presentación de estos hasta la reoperación, y tácticas quirúrgicas correctivas.

Estadísticos: Test exacto de Fisher y de Mann Whitney.

Resultados: Se efectuaron 102 GT, 97 por adenocarcinoma, 2 por hemorragia digestiva alta no neoplásica, 2 por linfoma, y 1 por GIST. La MH fue de 7 P (6.9%). La causa más frecuente de muerte fue la peritonitis generalizada (PER) con 4 casos (57.1%), seguida por hemoperitoneo, insuficiencia cardíaca, y TEP con 1 caso (14.3%) cada uno. 11 pacientes (P) desarrollaron PER, que se debió en 7 casos a dehiscencia de la esofagoyunoanastomosis, y en 1 a cada uno de los siguientes: necrosis pancreática, necrosis de colon transverso, perforación de asa aferente, dehiscencia de la en la Y de Roux. Los signos presentes tempranamente en la PER antes del diagnóstico quirúrgico fueron: persistencia o instalación de íleo adinámico 10 P (90.9%), SRIS persistente o in crescendo en 9 P (81.8%), colecciones o líquido libre en la ecografía en 6 (54.6%), pus o líquido entérico en drenajes abdominales 4 P (36.4%), dolor o malestar abdominal in crescendo respecto

a días previos 3 P (27.3%), drenaje pleural purulento en 2 P (18.2%), hidroneumotórax 2 P (18.2%), hipotensión 2 P (18.2%), hemorragia a partir de la anastomosis 1 P (9.1%), requerimiento de vasopresores 1 P (9.1%), abdomen peritoneal 1 P (9.1%), colecciones perianastomóticas en la TAC 1 P (9.1%), imposibilidad de retirar la ARM luego de 36hs de postoperatorio 1 P (9.1%), distensión abdominal 1 P (9.1%), y oliguria 1 P (9.1%). Ninguno de los signos presentes correlacionó con mortalidad. Utilizar sistemas de compactación aspirativa entre reoperaciones cuando debió dejarse abdomen abierto tuvo una $p = 0.05$ unilateral y 0.1 bilateral para sobrevida. El retraso quirúrgico más allá de las 36 hs desde los signos de alerta correlacionó con mortalidad $p = 0.0152$.

Conclusiones: Con una mortalidad de 6.9% en GT, la peritonitis por dehiscencia es la complicación con compromiso de vida más frecuente. Son signos tempranos en esta complicación la persistencia o instalación de íleo adinámico, el SRIS persistente o agravado no explicable por causa extraabdominal, y la ecografía con colecciones o líquido libre. Son menos frecuentes la aparición de material entérico o pus por los drenajes, y el malestar o dolor abdominal in crescendo; y poco frecuentes el hidroneumotórax y drenaje pleural purulento, abdomen peritoneal e inestabilidad hemodinámica. La pronta cirugía de rescate mejora el pronóstico. Utilizar sistemas de compactación aspirativa entre reexploraciones cuando se deja abdomen abierto parece mejorar la sobrevida.

0011 BOTULISMO DEL LACTANTE : PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

S ESQUIVEL¹, P MINCES², A ARUJ¹, N SCHNITZLER¹

¹ Hospital Italiano San Justo, Argentina. ² Hospital Italiano Capital Federal, Argentina.

Objetivo: Relatar el caso de un lactante que ingresa a nuestra unidad con diagnóstico de parálisis flácida para estudio y tratamiento.

Caso Clínico: Paciente de 4 meses de vida derivado del interior del país por hipotonía generalizada. Ingresó a la unidad con el antecedente de iniciar cuadro de hipotonía progresiva, succión débil, constipación, ptosis palpebral e insuficiencia respiratoria aguda, previo a su derivación es intubado, cultivado y medicado con antibióticos. Ingresó a la unidad intubado, fascies amímic, con abolición del reflejo tusígeno. Se conecta a asistencia respiratoria mecánica requiriendo escasa sedación y analgesia.

En el interrogatorio se rescata el antecedente de ingestión de miel de abeja casera desde el mes y medio de vida. Se realiza tomografía y resonancia magnética de cerebro siendo ambas normales, electromiograma compatible con enfermedad de placa y dosaje de toxina botulínica en sangre y materia fecal siendo positivo para toxina A. Se realiza traqueostomía a las 3 semanas del ingreso. A partir del mes de ingreso comienza a mejorar en forma progresiva iniciándose el weaning con períodos diurnos de ventilación espontánea.

Conclusiones: El botulismo del lactante constituye la forma de presentación más frecuente en pediatría.

- El 65 al 95 % de los niños con formas graves requieren soporte ventilatorio cercano al mes, la recuperación puede demorar meses y se produce en su totalidad.
- Constituye un problema serio para nuestra salud pública, debemos hacer énfasis en las medidas de prevención.





0012 SINDROME DE HELLP SIN HIPERTENSION

GE TOMBOLINI¹, MJ BARRERO², A PEREZ³, S GONZALEZ³, A AGUILERA³, M DEDYN³, J BAUCHI¹, F CRIADO¹

¹ Servicio Terapia Intensiva. Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina. ² Departamento de Bioquímica Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina. ³ Clínica Médica Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina.

Introducción: En el año 1982, Weinstein describió por primera vez una rara y grave variante de preeclampsia, y para denominarla tomó las iniciales de los hechos que consideró fundamentales de dicho síndrome: (H) hemólisis; (EL) elevación de enzimas hepáticas y (LP) plaquetopenia. En función del recuento plaquetario se clasifican en Hellp tipo I (menor de 50 000 plaquetas por mm³) y tipo II (entre 50 000 y 100 000 plaquetas por mm³). Su incidencia es de 4-12 % el 0.1% al 0.6% de las embarazadas. La tasa de mortalidad materna oscila entre el 3.5% y el 10.5%. A su vez solo el 20% de los hellp se presentan sin HTA y solo el 2 % sin proteinuria. La existencia de Coagulación Intravascular Diseminada (CID) en este síndrome es controvertida, el TTPa, la protrombina y el fibrinógeno se hallan en valores normales y el hemograma muestra una anemia hemolítica microangiopática. Sin embargo, se han detectado cifras bajas de fibrinógeno y aumento de los productos de degradación de la fibrina (PDF) en un 15% de las pacientes con Sd. HELLP que, por lo tanto, sugerían CID.

Caso Clínico: paciente de 21 años, primipara, cursando la 36 semana de gestación ingresa hace 24 hs al servicio de ginecología por inicio de trabajo de parto.

• kptt: 25,5 (vn: 28-42); tp: 8 (vn 5- 10); piempode sangria 10 (vn:1-4); rto de plaquetas: 20000; tgo: 384;tgp: 383;bil d : 4.3; bil i: 7,3;bil t : 11,6; sediment urinario sin proteinuria. Pdf: 160 ug/ml
Ex físico:

• ta:110-60; fc:90 reg; temp:36,6

• regular a mal estado general: dolor en hipocondrio derecho espontaneo y a la palpacion superficial: marcada hiperreflexia osteo tendinosa generalizada; un episodio de mov anormales , tonico clonico que se controla con diazepam ev; hematomas espontaneos. Se la medica con:

• dexametasona 8 mg c/8 hs

• sulfato de magnesio

• se transfunden 10 u de plaquetas pre cesárea y 10 u de plaquetas post cesárea

• se realiza cesárea de urgencia: sin edemas, afebril, fc: 80

Normaliza en 72 hs. todos los parámetros (pdf, enzimas hepáticas, plaquetas).

Conclusiones: Se interpreta el cuadro como una eclampsia complicada con síndrome de HELLP tipo 1 pero sin HTA ni proteinuria y con posible CID, Respondió muy bien a la interrupción del embarazo y la corrección de la trombocitopenia con plasma y concentrado de plaquetas, uso de esteroides para mejorar la función hepática y la calidad de las plaquetas.

0013 MENINGOCOCCEMIA: PRESENTACION DE UN CASO

CYURQUINA, R CASTRO, J SAGARDIA, G SILBERSZAC, G VERDE, V CATANZARO

Hospital de Agudos Parmenio Piñero, Argentina.

La meningococemia es una enfermedad grave con una tasa de mortalidad de hasta 40 %. La mitad de los no sobrevivientes con shock mueren dentro de las primeras 12 horas de la admisión al hospital. El 11-19 % de los sobrevivientes requieren amputación o cirugía plástica por necrosis de la piel o extremidades. El diagnóstico precoz y la administración adecuada de antibióticos son esenciales. En este reporte presentamos un caso de meningococemia sin compromiso del sistema nervioso central que evolucionó con púrpura fulminante, disfunción multiorgánica e infarto esplénico.

Caso clínico: Paciente femenina de 42 años que es admitida a la UCI de nuestro hospital por presentar fiebre de 39 °, vómitos y episodio de lipotimia. Se constata en Guardia TA 70/40 mmHg T Ax 38° mala perfusión periférica con cianosis acral, lesión eritemato-violácea en paladar de 2 cm de diámetro, ausencia de muguet, lesiones purpúricas en manos y pies.

Laboratorio: HTO 35% Plaquetas 40.000 Rto de GB 6700 urea 0,54 creatinina 1,85 TGO 48, TGP 50. EAB (0,50) 7,29- 27-94-13- -11-95. Subunidad beta GCH negativa. Ecografía abdominal. Riñones normales, hígado aumentado de tamaño, bazo normal. Sin líquido libre en cavidad. Rx de tórax infiltrado reticulonodular bilateral. Se policultiva e inicia tratamiento con ampicilina sulbactam-claritromicina-oseltamivir-TMS. (test rápido para HIV +). Evoluciona con FOM. Respiratoria, circulatoria y renal. A las 24 hs se obtiene hemocultivo 2 de 2 + para Meningococo por lo cual se rota tratamiento a Ceftriaxone 4 g día . Se realiza punción lumbar, líquido de características fisicoquímicas normales, directo y cultivos negativos. A pesar del tratamiento ATB acorde a sensibilidad la paciente evoluciona con síndrome febril prolongado constatándose absceso esplénico, drenado primero en forma mini invasiva (percutánea) y luego se decide esplenectomía por lesión traumática del bazo.

Anatomía patológica: Infarto esplénico probablemente 2° a embolia séptica. Proceso inflamatorio crónico activo angiohiperplásico y giganteocelular con presencia de histiocitos y áreas de fibrosis.

La paciente evoluciona favorablemente, requiriendo amputación de falanges distales en manos y pies, siendo dada de alta a su domicilio.

Conclusión: Aunque solo el 40% de los pacientes con enfermedad meningocócica invasiva presentan rash hemorrágico diferentes sociedades enfatizan la importancia de esta característica clínica en la sospecha diagnóstica de esta enfermedad. Desafortunadamente con frecuencia existe confusión entre meningitis y meningococemia; lo cual constituye un factor que retrasa el diagnóstico. Una de las características clínicas que debe hacer sospechar este diagnóstico es el rash purpúrico petequeal hemorrágico. Otras características clínicas son: rash maculopapular o macular blanching, rigidez, dolor intenso en las extremidades, nuca o espalda, vómitos, cefalea o dolor abdominal. La edad del paciente también aumenta la incidencia (mayor incidencia en pacientes de 3 a 12 meses, seguido por 1-4 años y luego 15-19 años).

0015 EL SID URINARIO ES EL PRINCIPAL DETERMINANTE DE LA HIPERCLOREMIA EN EL PERÍODO POSTOPERATORIO

FD MASEVICIUS, A RISSO VAZQUEZ, C ENRICO, A DUBIN
Sanatorio Otamendi, Argentina.

Objetivo: El desarrollo de hipercloremia en el período postoperatorio ha sido atribuido a el uso de soluciones expansoras del volumen

intravascular. Nuestro objetivo fue evaluar los determinantes del [Cl⁻] plasmático durante el primer día del postoperatorio. Nuestra hipótesis fue que el desarrollo de hipercloremia está principalmente determinada por el SID urinario (SID urinario = [Na⁺] urinario + [K⁺] urinario - [Cl⁻] urinario).

Métodos: Se estudiaron 148 pacientes en las primeras 24 hs del postoperatorio.

Se evaluaron gases y electrolitos arteriales y electrolitos urinarios al momento de la admisión (hora 0) y a las 24 hs. Se registraron el volumen y la composición (SID) de los fluidos administrados y de la orina producida durante las primeras 24 hs. Fueron excluidos los pacientes con insuficiencia renal (creatinina > 1.7 mg/dl), lavado vesical y aquellos con registros incompletos de balance. Los pacientes fueron agrupados de acuerdo al cambio del [Cl⁻] plasmático en las primeras 24 hs en: **Grupo Δ [Cl⁻] positivo:** pacientes en los que el [Cl⁻] plasmático aumentó ≥ 2 mmol/l. **Grupo Δ [Cl⁻] negativo:** pacientes en los que el [Cl⁻] plasmático disminuyó ≥ 2 mmol/l. Las variables ácido-base del método convencional y de Stewart y los electrolitos de ambos grupos fueron comparados usando t-test.

Resultados: De los 148 pacientes estudiados 47 conformaron el **Grupo Δ [Cl⁻] positivo** y 62 al **Grupo Δ [Cl⁻] negativo**. Al momento del ingreso ambos grupos tuvieron valores similares de pH (7.34 ± 0.07 vs. 7.33 ± 0.05), PCO₂ (37 ± 6 vs. 39 ± 7 mm Hg), [HCO₃⁻] (19 ± 3 vs. 20 ± 3 mmol/l), Exeso de base ([BE]) (-6 ± 4 vs. -5 ± 3 mmol/l), effective strong ion difference ([SID]) (30 ± 4 vs. 31 ± 4 mmol/l), y [SID] urinario (42 ± 37 vs. 37 ± 38 mmol/l). El **Grupo Δ [Cl⁻] positivo** mostró valores de [Cl⁻] plasmático menores (105 ± 5 vs. 109 ± 4 mmol/l) y mayor anion gap plasmático [AG] (22 ± 5 vs. 18 ± 4 mmol/l) y strong ion gap [SIG] (10 ± 5 vs. 6 ± 5 mmol/l) que el **Grupo Δ [Cl⁻] negativo** (p < 0.05). 24 hs mas tarde, no hubo diferencias en el pH, [HCO₃⁻], [BE], [SID] entre los grupos estudiados, pero el **Grupo Δ [Cl⁻] positivo** tuvo mayor [Cl⁻] plasmático (110 ± 4 vs. 104 ± 4 mmol/l), y menor [AG] (12 ± 4 vs. 18 ± 5 mmol/l) y [SIG] (4 ± 4 vs. 10 ± 5 mmol/l) que el **Grupo Δ [Cl⁻] negativo**. Volúmenes y [SID] de los fluidos administrados fueron similares en ambos grupos (4601 ± 1658 vs. 4830 ± 1946 ml/ 24 h and 32 ± 32 vs. 32 ± 27 mmol/l, respectivamente). El [SID] urinario fue menor y el [Cl⁻] urinario mayor en el **Grupo Δ [Cl⁻] negativo** (35 ± 35 vs. 19 ± 22 and 229 ± 159 vs. 353 ± 296 mmol/24 h).

Conclusiones: A pesar de que la terapia con fluidos fue similar en ambos grupos, el SID urinario fue mayor en pacientes que desarrollaron hipercloremia. Nuestros resultados sugieren que la capacidad para disminuir el SID urinario es el principal mecanismo que previene la hipercloremia inducida por el uso de soluciones salinas.

0017 COMPLICACIONES DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES EN UNA TERAPIA INTENSIVA DE TIERRA DEL FUEGO

D DUARTE¹, G FILIPPA¹, M PARIS¹, V CARCAMO¹, S ROJAS¹, F PLANO¹, A TRAFERRI², G ROMERO², M HERVIDAS², G ALMONACID OJEDA², S TAPIA², L GARCIA BELLO², D REY²

¹ Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Río Grande, Argentina. ² Tecnicatura Superior de Enfermería CENT 35 Cátedra Epidemiología y Estadística, Argentina.

Objetivo: Evaluar las características y complicaciones de los accesos venosos centrales en pacientes internados en el Servicio de Terapia Intensiva del HRRG (STI).

Material y Métodos: Se realizó el análisis retrospectivo de 323 Historias Clínicas de pacientes ingresados en el Servicio de Terapia Intensiva (STI), durante el periodo comprendido entre el 01 /01 al 31/12 del 2009 que requirieron acceso venoso central (AVC) llevado a cabo mediante técnica de Seldinger. Se analizaron las complicaciones infecciosas y no infecciosas relacionadas con el catéter. Las características de cada acceso venoso central (AVC) fueron recolectadas en una base de datos. (Indicación, sitio del acceso, etc). Del mismo modo se registraron todas las complicaciones observadas. Las complicaciones infecciosas fueron clasificadas de acuerdo a los criterios del CDC. Se realizó análisis estadístico utilizando la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y

el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% (*p < 0.05).

Resultados: Del total de casos analizados, 202 pacientes, (68%) fueron del sexo masculino, y la media de edad fue de 50 años. En el 68% de los casos el motivo de la punción fue la necesidad de medir Presión Venosa Central (PVC) y utilización de drogas inotrópicas (DI); a este motivo le siguieron: falta de vías venosas periféricas adecuadas (VVP) (13%), alimentación parenteral (AP) (12%) y monitoreo hemodinámico con catéter de Swan- Ganz (CSG) (7%). Del total de casos, en 195 de ellos se realizó en el STI (96,5%), el resto previa admisión en el STI. En 92 ptes. (45,5%), el sitio de punción fue en la vena Yugular Interna Derecha por vía Posterior (YIDP). No sufrieron complicaciones en 180 ptes. (89,2%) p < 0.001 %. Respecto de las complicaciones, 22 (10,8%) punciones sufrieron complicaciones, 13 ptes. (59%) p < 0.05 correspondieron a complicaciones no infecciosas y 9 ptes. (41%) presentaron complicaciones infecciosas. Entre las complicaciones no infecciosas se hallaron las siguientes, desplazamiento del catéter por manipulación del propio paciente o movilización del mismo en la cama 9 casos (69,2%) p < 0.05 (Higiene, estudios radiológicos), tromboflebitis química 1(7,6%) caso y neumotórax 3 casos (23%). Entre las complicaciones infecciosas se encuentran infección del sitio de punción 7 casos (77,7%) p < 0.05 y 2 (22,3%) casos con bacteriemias relacionadas a catéter. El porcentaje de complicaciones de los AVC por Vía Subclavia fue en 7 ptes. (31,8%) (p < 0.05) y en vía femoral 7 ptes. (31,8 %) (p < 0.05).

Conclusión: Nuestro análisis retrospectivo evidencia un bajo porcentaje de complicaciones, siendo más frecuentes y con significancia estadística las no infecciosas, dentro de dicho grupo la pérdida del acceso por manipulación fue prevalente. En el grupo de complicaciones infecciosas, la del sitio de punción tuvo una p significativa. Finalmente, los accesos venosos femorales y subclavios tuvieron el mayor número de complicaciones con significancia estadística.

0018 INFECCIÓN GRAVE DE PARTES BLANDAS POR AEROMONA HYDROFILA CON FRACASO ORGANICO MULTIPLE

M BARCELO, J CACCIAGUERRA, M MONTANARO, A MUSCARELLO, E GUZMAN, A PIERSI, R LAMBERGHINI, M PRETEL Aconcagua Sanatorio Privado, Argentina.

Introducción: Aeromonas spp. puede producir ocasionalmente infecciones extraintestinales como de piel y partes blandas, habitualmente secundarias a traumatismos en contacto con agua o tierra. **Objetivo:** Reportar un caso de infección severa de partes blandas por Aeromonas spp.

Material y Método: Paciente de sexo masculino de 58 años previamente sano. Ingresó a UTI derivado de otra institución con diagnóstico de Síndrome Compartimental de miembro inferior. 72 hs antes sufre traumatismo de pie derecho al pisar un hueso de pescado en aguas pútridas de río. Recibió inicialmente antibióticos (ATB) orales, EV y necesidad de fasciotomía con mala evolución por lo que es derivado a nuestra institución. Ingresó febril, obnubilado, disneico, taquipneico con SaO₂ 87%, hipertensión severa, ausencia de pulsos periféricos hasta popliteo, impotencia funcional, temperatura disminuída, flictenas y livideces con alteración de la sensibilidad desde tercio medio de pierna con crepitación y olor fétido en dedos de dicho miembro. APACHE II 25. SOFA 11. Laboratorio: urea 76, creatinina 1.54, Lactato 35, CPK 3738. Se realiza amputación supracondílea de urgencia, se pancultiva y se inicia ATB con penicilina, clindamicina y amikacina. ARM, dobutamina y noradrenalina. A las 24 hs evoluciona febril, con disfunción renal e inestabilidad hemodinámica. Presenta flictenas necrohemorrágicas y secreción purulenta en muñón, decidiéndose desarticulación de dicho miembro. Bacteriología de líquido articular: Aeromonas spp. Se rota esquema ATB a ciprofloxacina e imipenem. Persiste febril, con eritema generalizado, leve ictericia, hipernatremia, con necesidad de múltiples transfusiones sanguíneas. A los 9 días de su ingreso se observa fluctuación en miembro inferior izquierdo con salida de material purulento. Se realiza amputación supracondílea izquierda

■ Resúmenes

debido a necrosis. Evolucionan desfavorablemente, falleciendo a los 11 días de su ingreso.

Discusión: Aeromonas son bacilos gram negativos, oxidasa positivos y anaerobios facultativos cuyo hábitat natural es el agua y el suelo. Producen citotoxinas y hemolisinas responsables del daño tisular incluyendo la licuefacción muscular. La celulitis es la manifestación clínica extraintestinal más frecuente, los cuadros de mayor gravedad son la mionecrosis, celulitis crepitante y ectima gangrenoso. La incidencia de bacteriemia es menor al 1% produciéndose fundamentalmente en inmunodeprimidos. La evolución puede ser rápidamente progresiva generalmente requiere tratamiento médico y quirúrgico. Las cefalosporinas de tercera generación, aminoglicósidos y fluorquinolonas son los más eficaces. Con frecuencia la evolución es mortal debido a la rápida progresión. En nuestro caso, a pesar del tratamiento combinado, la evolución fue fatal.

Conclusión: La mionecrosis por Aeromonas spp es indistinguible clínicamente de la producida por otros microorganismos, que también pueden producir gangrena gaseosa (Clostridium). La antibioterapia empírica debe incluir cobertura para este germen ante el antecedente de un traumatismo en contacto con agua.

0019 ESTUDIO DE UTILIZACION DE ANALGESICOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

M ESTRIN¹, G CARQUEIJEDA¹, R BOLAÑOS², R ARIENTI¹, V HAYETIAN¹, M MINGHETTI¹, E VEDOVATO¹, S ARCIERI¹, D FIRPO¹, J VAZQUEZ¹, D CHIACHIARA¹, E PESAT¹, F SILDARINI¹
¹ Hospital Donación Fco Santojanni, Unidad de Terapia Intensiva, Pilar 950 CABA., Argentina. ² Primera Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina UBA, Argentina.

Objetivo: El objetivo del presente estudio ha sido describir los patrones de prescripción de drogas analgésicas en una Unidad de Terapia Intensiva polivalente tomando en cuenta:

- Qué principios activos se utilizaron y cuales fueron los más y menos prescritos.
- Con qué indicación fueron prescritos.
- La dosis promedio del analgésico más empleado discriminando entre pacientes clínicos y quirúrgicos.
- Analizar si hubo diferencias estadísticamente significativas entre la dosis promedio del analgésico más utilizado entre pacientes clínicos y quirúrgicos.

Material y Método: Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, de pacientes que ingresaron al servicio durante el mes de Abril de 2010. Se analizaron las prescripciones de analgésicos administradas a los pacientes durante las primeras 24 horas de indicadas exclusivamente, efectuándose un análisis del número de veces en que fueron indicados cada uno de ellos, no tomándose en cuenta las indicaciones repetidas de un mismo analgésico en un mismo paciente ya sea en forma continua o intermitente. Se analizaron las indicaciones con que fueron prescritos cada analgésico en diferentes categorías. Se utilizó el test de Mann-Whitney para la comparación entre las variables, utilizando el paquete estadístico Medcalc Versión 11.3, y se analizaron los resultados. Se consideró significativa una probabilidad de error alfa menor de 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Ingresaron al estudio 51 pacientes, siendo la edad promedio de 55 años ± 20 , masculinos: 34 (66%), femeninos 17 (33%), pacientes clínicos: 15 (29%), pacientes quirúrgicos: 36 (70%), Recibieron algún analgésico: 47 (92%), no recibieron analgesia: 4 (8%), APACHE II al ingreso: Media 14 DS 6,51. Analgésicos de acuerdo a cantidad de indicaciones: Fentanilo: 39 (69%), Diclofenac: 9 (16%), Ketorolac: 4 (7%), Morfina: 2 (3%), Dextropropoxifeno: 1 (1%), Pregabalina: 1 (1%). Indicaciones de los diferentes analgésicos: Por dolor relacionado con tubo endotraqueal y adaptación a ARM: 30 (53%), dolor postoperatorio: 20 (35%), dolor asociado a politraumatismo: 3 (5%), Otro: 2 (3%), para efectuar procedimiento: Ninguno. Análisis estadístico entre las variables dosis promedio en mg de Fentanilo en pacientes clínicos y Quirúrgicos. U: 111,50 $p = 0,50$; No Significativo (pudiendo asumirse que las diferencias encontradas fueron debidas al azar).

Conclusiones: De los resultados del presente estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

- Predominan los pacientes quirúrgicos en la muestra analizada (70%).
- Los analgésicos se prescriben ampliamente en la muestra analizada (92% de los pacientes recibieron al menos 1 analgésico).
- El analgésico más empleado ha sido el Fentanilo (69% de las prescripciones).
- La indicación más frecuente de los analgésicos ha sido el dolor asociado al tubo endotraqueal para adaptación del paciente a la ARM.
- No existió en la muestra analizada diferencia estadísticamente significativa entre la dosis promedio de Fentanilo que recibieron los pacientes clínicos y quirúrgicos ($p = 0,50$ NS).

0020 QUE PIENSA SOBRE LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET), EL PERSONAL DE SERVICIOS QUE ATIENDEN NIÑOS CON ENFERMEDADES AMENAZANTES PARA LA VIDA DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

GL FAGALDE¹, EH DI COLA¹, GE CORREA¹, MV ALBARRACIN¹, PG GALLARDO¹, M D'URSO², LL GRAMAJO¹

¹ Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina. ² Cátedra de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

Introducción: Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), es la decisión clínica de no iniciar o retirar las medidas de soporte vital, basado en el criterio de inutilidad fisiológica, con la evidencia razonable de que la muerte es inevitable. El avance tecnológico dotó a las UCIP de herramientas para demorar y/o tratar de evitar la muerte, anteponiendo el modelo de salvar la vida a cualquier costo incluso al de morir con dignidad, desviando así el objetivo que debe guiar la atención de los niños y sus familias.

Objetivos: Conocer que piensa sobre LET el personal de un Hospital Pediátrico.

Materiales y Métodos: La población bajo estudio fue el personal de UCIP, UTIM, Emergencias y Hemato-oncología del Hospital del Niño Jesús de Tucumán entre marzo-abril de 2010. Se aplicó una Encuesta de opinión. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y de asociación mediante test exacto de Fisher y test chi cuadrado. El nivel de significación fue del 5%.

Resultados: Se completaron 95 encuestas, 30 fueron de UCIP, 39 de UTIM, 10 de Emergencias, 12 de Hemato-Oncología y 3 de otras áreas. El 75% fueron mujeres, 55% Médicos, 42% Enfermeros. El 54% correspondió al grupo entre 30-40 años, > 40 años 30% y 16% a los < de 30 años. El 55% piensa que LET es sinónimo de Eutanasia. Para el 60% no es lo mismo retirar que no iniciar las medidas de soporte vital. No se consideran preparados para realizar LET el 69%. El 46% respondió que la decisión de LET corresponde a un equipo multidisciplinario, el 18% a los padres y un 8% a ambos. Asociando el sexo y la profesión de las personas encuestadas con las variables sobre LET no hubo asociación significativa. La menor proporción de personas que están a favor de LET se encuentran entre los 35 a 40 años y la mayor proporción entre 40 a 45 años, existe evidencia suficiente para asegurar que la posición frente a LET se asocia al grupo etéreo ($p = 0,046$). En el grupo de personas más jóvenes (25 a 30), el 13% considera estar preparado, porcentaje que aumenta significativamente a medida que aumenta la edad hasta alcanzar un 58% en el grupo de más de 45 años, ($p = 0,007$). El 15% de los que tienen menos de 5 años de antigüedad, el 18% de los que tienen entre 5-10 años, el 50% de los que tienen entre 10-15, y el 46% con más de 15 años de antigüedad están preparados para LET, siendo estas proporciones significativamente diferentes ($p = 0,02$). El 83% piensa que en algún momento se realiza encarnizamiento terapéutico.

Conclusión: No hay un conocimiento certero sobre LET en nuestro hospital. Un gran porcentaje considera LET como una forma de eutanasia. A pesar de que el concepto de LET habla por igual de no iniciar o retirar un tratamiento, el 60% considera que no es lo mismo. Para la mayoría es importante la opinión de los padres, solo el 18% los considera en la toma de decisión y un 8% cree que la decisión final tiene que ser

consensuada entre el equipo multidisciplinario y los padres. En nuestra serie los profesionales con más años de trabajo y de mayor edad respondieron sentirse más preparados para limitar un soporte vital.

0022 FLUIDOS EN EL POSTOPERATORIO: ¿LIBERALES O RESTRICTIVOS?

A RISSO VAZQUEZ, FD MASEVICIUS, R GIANNONI, PS LOPEZ, A DUBIN
Sanatorio Otamendi, Argentina.

Objetivo: La administración de fluidos en el postoperatorio debe adecuarse a las necesidades de cada paciente. El volumen ingresado por planes de hidratación y expansiones debería ajustarse al peso corporal. Ante la controversia existente acerca de los beneficios de hidrataciones liberales o restrictivas y la falta habitual de ajuste de la hidratación al peso, nuestra hipótesis es que, de forma no intencional, las conductas son liberales en los pacientes de bajo peso y restrictivas en los de alto peso. Nuestro objetivo es compararlas diferencias en el balance de fluidos y electrolitos en pacientes de bajo y alto peso corporal, en el primer día del postoperatorio.

Material y Métodos: durante un período de 18 meses (01/03/08-01/09/009) se evaluaron 150 pacientes, en las primeras 24 hs. del postoperatorio. Se seleccionaron pacientes con un peso real ≤ 60 Kg y ≥ 90 kg, los que conformaron los grupos bajo peso y alto peso respectivamente. Se evaluaron gases y electrolitos arteriales y electrolitos urinarios en el ingreso a terapia intensiva (hora 0) y a las 24 hs. Se contabilizaron el volumen y la composición (SID = $\text{Na}^+ + \text{K}^+ - \text{Cl}^-$) de los fluidos administrados y de la orina emitida durante las primeras 24 hs. Se realizaron los respectivos balances de fluidos y electrolitos de 24 hs., los cuales fueron ajustados al peso real. Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal (creatinina > 1.7 mg%), presencia shock, lavado vesical y aquellos con registros incompletos de balance. Los datos de ambos grupos fueron comparados usando t-test, test de Wilcoxon y *chi* cuadrado.

Resultados:

	Bajo peso (n = 29)	Alto peso (n = 26)	P
Fluidos ingresados (ml/hora)	180 \pm 47	194 \pm 81	0.45
Fluidos ingresados (ml/kg/hora)	3.2 \pm 0.8	2.0 \pm 0.9	0.0001
Diuresis (ml/h)	103 \pm 66	92 \pm 28	0.4
Diuresis (ml/kg/h)	1.89 \pm 1.15	0.91 \pm 0.29	0.001
[Na ⁺] _{plasmático} ingresado (meq/día)	481 \pm 187	586 \pm 288	0.18
[K ⁺] _{plasmático} ingresado (meq/día)	56 \pm 30	62 \pm 25	0.25
[Cl ⁻] _{plasmático} ingresado (meq/día)	507 \pm 181	603 \pm 62	0.13
[Na ⁺] _{urinario} (meq/l)	118 \pm 40	82 \pm 31	0.0005
[Cl ⁻] _{urinario} (meq/l)	132 \pm 56	98 \pm 30	0.0007
APACHE II	9.2 \pm 5.4	8.5 \pm 3.6	0.59
SOFA ingreso	2.4 \pm 2.5	1.5 \pm 2.2	0.15

Conclusiones: La falta de implementación de protocolos para ajustar la terapia de fluidos al peso determino que los pacientes de bajo peso recibieron mayor cantidad de fluidos que los de alto peso. Consecuentemente, la diuresis fue mayor en los pacientes de bajo peso.

0023 PRESENTACION DE UN CASO: SINDROME DE DISCINESIA APICAL TRANSITORIO: TAKOTSUBO Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO CEREBELOSO

E SIMES, S MERCADO, R VANDERSANDE, J VILCHEZ, J ARROYO, M VARGAS
Instituto del Corazón -INCOR-, Argentina.

Caso clínico: Varón de 59 años ingresa a UTI por presentar mareos, sudoración y cefalea occipital de una hora de evolución. APP: FA

crónica, HTA. Examen físico: TA 170/70 R1 R2 irregular, lucido, paresia braquial izq. nistagmos horizontal. Ecocardiograma de ingreso: dilatación de AI con función ventricular conservada, TAC cerebro lesión hipodensa en hemisferio cerebeloso izq. A las 48 hs presenta depresión de sensorio y acentuación de foco neurológico, por lo cual se realiza RMN: donde se observa imagen isquémica con efecto de masa y compresión de 4 ventrículo, se toma conducta quirúrgica presentando durante la misma hipotensión que no responde a volumen, por lo que se coloca dopamina, el paciente sale de quirófano en ARM con hipotensión arterial, mala perfusión periférica, en estado franco de shock evidenciando en ECG supradesnivel del ST V1 y V2, infradesnivel del ST en V4 a V6, Ecocardiograma: deterioro severo de la función de VI acinesia septal severa, interpretándose el cuadro como shock cardiogénico se coloca noradrenalina, dobutamina como drogas inotrópicas a altas dosis y catéter de swanz ganz: con los siguientes valores hemodinámicos PAM: 70 mmhg. IC: 1.45 W: 10 mmhg, PVC: 16 mmhg. RVP: 1887, se coloca Balón de contrapulsación IAO para mejorar perfusión coronaria, luego de realizar Cinecoronariografía donde se observa obstrucción leve de coronaria derecha, simultáneamente se comienza con infusión de levosimendan, con mejoría de cifras tensionales a las 72 horas aproximadamente y valores hemodinámicos con W: 10 mmhg, PVC: 7 mmhg. IC: 2.2. La evolución fue favorable, se retiraron balón de contrapulsación, 10 días más tarde ARM se extuba con éxito, neurológicamente con paresia braquiocrural grado II, vigil, orientado en persona, responde a órdenes., ecocardiograma de control a los 30 días función ventricular conservada, sin trastornos segmentarios.

Objetivos: Saber reconocer factores desencadenantes, clínica, fisiopatología, evolución y tratamientos adecuados de la enfermedad.

Conclusiones: Se presenta este caso, porque es un cuadro que simula un infarto de miocardio con cambios ECG, sin existir alteraciones coronarias significativas, recuperando la contractibilidad y función cardíaca en pocos días. En nuestro caso el desencadenante más probable de la patología fue la cirugía y el reto terapéutico mantener una presión de perfusión cerebral acorde en el contexto de un shock cardiogénico, con el uso de drogas vasoactivas y respuesta al Levosimendan.

0025 RESUMEN ANALISIS DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DESDE LA PERCEPCION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA

C MELENDEZ MENDEZ, R GARZA HERNANDEZ

Universidad Autonoma de Tamaulipas Facultad de Enfermería Tampico, México.

Objetivos: Identificar la percepción de la cultura de seguridad de los profesionales de enfermería de un hospital de 2do nivel de atención de la Secretaría de Salud de Monterrey Nuevo León, se identificaron las características sociodemográficas del personal de enfermería y se determino el clima de seguridad que perciben los profesionales de enfermería en este hospital.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, muestra 197 enfermeras, la cultura de la seguridad se midió con un indicador tipo encuesta de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR).

Resultados: La media de edad de las enfermeras fue de 42 años, 90.4% mujeres un 53.3% enfermeras generales. El total labora jornada de 40 horas, el 98 % mantiene un contacto directo con el paciente. Al analizar la cultura de la seguridad se identificaron áreas débiles: franqueza en la comunicación, feedback, comunicación de errores, trabajo en equipo entre unidades del hospital, problemas de cambio de turno, acciones de la dirección, apoyo de la gerencia, respuesta no punitiva a los errores, la percepción del trabajo en equipo. Las dimensiones de aprendizaje organizacional/mejora continua y dotación de personal se perciben como fortalezas. El Clima de seguridad se percibió inferior al ideal con una media de 7.7, el 77% del personal no ha notificado eventos adversos.

Conclusiones: Las debilidades encontradas fueron: franqueza de la comunicación 36%, feed-back y comunicación sobre errores con un

■ Resúmenes

41%, respuesta no punitiva con un 43 %. El clima de seguridad con una media de 7.7 inferior a lo ideal.

0026 SÍNDROME DE TAKO TSUBO: MIOCARDIOPATIA DE ESTRÉS

M BERÓN, D OLMOS, G BONGIORNI, E ROMERO
Hospital Privado de Córdoba, Argentina.

Objetivo: Reportar un caso de patología coronaria en paciente cursando postoperatorio inmediato.

Material y Método: Paciente de sexo masculino de 41 años, con antecedentes de anemia crónica y cáncer gástrico, internado en la Unidad de Terapia Intensiva cursando el postoperatorio inmediato de gastrectomía total más esplenopancreatectomía. Paciente con asistencia ventilatoria mecánica, inestabilidad hemodinámica, drogas vasoactivas, febril. Se coloca catéter Swan Ganz con patrón distributivo inicialmente (PAP 23/20/18, POAP 10 mmHg, PVC 8 mmHg, IC/GC 5.7/10.8 L/min., RVS/IRVS 461/883 d/s) modificando los parámetros hacia shock cardiogénico (PAP 43/37/40, POAP 37 mmHg, PVC 21 mmHg, IC/GC 3.1/5.9 L/min., RVS/IRVS 1270/2400 d/s) a las 48 horas. **ECG:** supra st D2-D3-aVF y T(-) V1-V2. **Enzimas cardíacas:** TnT 3.82/1.08 ng/ml, CPK 1284/389 U/L, CPK MB 139.5/310 U/L; BNP 108 pg/ml. **Radiografía de tórax:** sin lesiones pleuroparenquimatosas agudas.

Resultados: Se realiza ecocardiograma transtorácico que muestra mala ventana paraseptal y apical, con mala función ventricular. **CCG:** coronarias sin obstrucciones, hipocinesia severa global a predominio de segmentos basales y mediales, con fracción de eyección de 15%. Presiones Aorta 85/60 (75) y VI 85/5 (24). Recibe tratamiento con drogas vasopresoras e inotrópicas (dopamina 6 µg/kg/min., Noradrenalina 0.8 µg/kg/min., dobutamina a dosis máxima de 16 µg/kg/min.). A los seis días se repite ecocardiograma transtorácico que informa deterioro leve de función de VI.

Conclusión: Se decide presentar este caso debido a que esta patología está descripta principalmente en mujeres postmenopáusicas en el contexto de situación de estrés, con arterias flexuosas, cuyo tratamiento empírico es similar al utilizado en el IAM, aunque no es una patología exenta de complicaciones como la insuficiencia cardíaca, a largo plazo tiene buen pronóstico y su recurrencia es rara; las nuevas variantes como la presentación en sexo masculino abre nuevos interrogantes sobre la relación de sistema nervioso, las catecolaminas y la lesión miocárdica reversible.

0027 ENCUESTA DE OPINION SOBRE LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO (LET) EN UN SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS DE TUCUMAN

GL FAGALDE¹, MV ALBARRACIN¹, GE CORREA¹, P GALLARDO¹, AS REARTE¹, M D'URSO², MS OLIVIERI¹, EH DICOLA¹, LL GRAMAJO¹

¹ Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina. ² Cátedra de Bioestadística. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

Introducción: Las decisiones en Terapia Intensiva se caracterizan por su urgencia. Ante la duda, lo éticamente correcto es actuar en favor de la vida, pero la prolongación de la vida a costa de inútiles y desproporcionados tratamientos, va en contra del principio de no maleficencia y debemos poner en primer lugar el bienestar y cuidado del niño, en cuyo caso se debería plantear la limitación del esfuerzo terapéutico.

Objetivo: Conocer que piensan o saben sobre LET el personal de la UCIP. Iniciar la discusión sobre el Tema.

Materiales y Métodos: La población bajo estudio fue el personal de UCIP del Hospital del Niño Jesús de Tucumán, mediante una encuesta de opinión entre marzo-abril de 2010. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y de asociación mediante test exacto

de Fisher y test chi cuadrado. El nivel de significación fue del 5%.

Resultados: Respondieron la encuesta, 15 médicos, 14 enfermeros y 1 auxiliar, 67% sexo masculino. El 100% conocen que es LET. El 77% respondió estar a favor de LET, sin embargo el 64% no considera sentirse preparado para realizarlo. El 87% opino que en la decisión es importante la opinión de los padres. El 100% del personal de UCIP opinó que en algún momento se realiza encarnizamiento terapéutico. Asociando el sexo, edad y la profesión de las personas encuestadas con las variables sobre LET no hubo asociación significativa. El 9% de los que tienen < de 5 años de antigüedad, el 40% de los que tienen entre 5-10 años, el 50% de los que tienen entre 10-15, y el 100% con más de 15 años de antigüedad están preparados para LET, siendo estas proporciones significativamente diferentes (p=0,047). Analizando el Grupo de Médicos (n=15), el 60% (n=9) tienen menos de 35 años, 14 están a favor de LET, pero solo 7 se considera preparado para realizarlo. Para 9 de los 15 médicos no es lo mismo retirar que no iniciar un soporte vital y el 74% es decir 11 considera la opinión de los padres. En el 50% de los casos, la manera en la cual realizan algún tipo de LET los médicos de la UCIP es la de disminuir gradualmente las medidas esperando el PCR o indicar solo una parte del soporte vital.

Conclusiones: En el Servicio donde se implementó el estudio se observó un alto porcentaje de encuestados que aunque conocen el concepto LET, no se consideran preparados para tomar la decisión de realizarlo, llegando en algún momento al ensañamiento terapéutico. Al igual que en otros trabajos la mayor edad y antigüedad laboral se asocia a mayores prácticas de medidas para no prolongar la vida inútilmente. A pesar que desde la ética no iniciar que retirar un soporte vital es lo mismo, para gran parte del equipo médico no es así, evidenciando un concepto poco claro de LET.

0028 PREECLAMPSIA ECLAMPSIA EVOLUCION Y COMPLICACIONES EN TERAPIA INTENSIVA

F BALLESTEROS, D CALVO, S CASTRO, P BOSCHINI, G ROBERT, O CRISTALDI, J RISSO PATRÓN
HIGA Eva Perón (ex Castex) San Martín, Argentina.

Objetivo: Comunicar serie de pacientes con preeclampsia /eclampsia, su evolución, terapéutica y complicaciones.

Método: Prospectivo y retrospectivo. UTI Hospital Castex 01/05 al 04/10. Se revisaron mot. de ingreso, estadía, semanas de embarazo, evolución, antihipertensivos IV, magnesio (Mg) IV, laboratorio e imágenes.

Resultados: 22 ptes en total. 19 púerperas y 3 embarazadas. **Mediana de edad (M)** 24 (R 14-45). **Semanas de embarazo** 22 -41. **Mot. de ingreso:** 5 preeclampsias, 4 Hellp (3 asociados a convulsiones), 13 eclampsias. **Antec:** 3 HTA, 2 ptes con preeclampsia previa. **M de días de internación:** 3.18 (R 2-6). **APACHE** promedio de ingreso: 6.86 (R 2-14). **SAPS** promedio: 14.3 (R 6-29). **Síntomas al ingreso:** convulsión en embarazo 9, convulsión en puerperio 7, ictericia 1, DBT gestacional 1. **Medianas de cifras de laboratorio:**

TGO: 141 HTO: 33% Acido úrico: 6.80. TGP: 118 Bilirrubina total: 1.04 Albúmina: 2.77

Plaquetas: 124800 Bilirrubina directa: 0.53 LDH: 805. Una pte presentó hemólisis en frotis de sangre periférica. Otra tuvo EEG con signos de sufrimiento cortical frontal, recibiendo carbamazepina. Se realizaron 6 TAC de cerebro, sin edema cerebral. **Complicaciones:** 1 pte presentó elevación de las transaminasas, hiperbilirrubinemia y alteración de la coagulación, 1 atelectasia vinculada a ARM, 1 pte hipermagnesemia, 1 pte hipomagnesemia, 1 pte laparotomía por distensión abdominal, 1 infección del tracto urinario, 1 necrosis tubular aguda asociada a feto muerto. Cesárea 19 ptes, partos normales 3 pacientes. Recibieron magnesio todas las pacientes, nitroglicerina (NTG) 7 ptes, clonidina 9 ptes, NTG/clonidina 1 pte. Sobrevida: 100%.

Conclusiones: Fue efectiva la profilaxis con Mg en todas las ptes, no reiterando convulsiones. En HELLP, fue suficiente la interrupción del embarazo, sin requerir plasmáferesis. Fue favorable la evolución en todas las pacientes con el tratamiento instituido.

0029 SINDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE. UNA SERIE PROSPECTIVA DE 16 CASOS CON CONFIRMACIÓN ANGIOGRÁFICA Y SEGUIMIENTO A MEDIANO PLAZO

JA MOSCHINI, MF DÍAZ, A HLAVNIKA, N WAINSTEIN, SF AMERISO

Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea FLENI, Argentina.

Introducción y objetivos: El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) se caracteriza por la asociación de cefalea aguda severa, con o sin síntomas y signos neurológicos adicionales, y vasoconstricción reversible de las arterias cerebrales, no atribuible a condiciones tales como hemorragia subaracnoidea (HSA) aneurismática o vasculitis del sistema nervioso central (SNC).

El objetivo del estudio es describir las características clínicas y radiológicas de una serie de casos de SVCR y el desarrollo de nuevos eventos clínicos durante el seguimiento.

Material y métodos: El diseño fue observacional, descriptivo y longitudinal. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos con diagnóstico de SVCR evaluados en el Departamento de Neurología de nuestra institución durante un período de 4 años, desde abril de 2006 hasta mayo de 2010.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes, 13 mujeres (81 %) y 3 varones (19 %); la edad promedio fue 49 años (rango: 29-64). Se registraron factores de riesgo de aterosclerosis en 12 sujetos (75 %), dislipidemia 9 (56 %), HTA 8 (50 %), obesidad 3. Cinco sujetos (31 %) presentaron trastornos de cefalea primaria, cefalea tipo tensión 3 y migraña 2. Cuatro (25 %) presentaron trastornos psiquiátricos, depresión 2 y trastorno bipolar 2. Se identificaron factores precipitantes potenciales en 13 casos (81 %). Se observó cefalea en estallido recurrente en 14 casos (87 %), cefalea persistente en 12 (75 %), cefalea aguda severa en 7 (44 %), signos focales transitorios en 5 (31 %), signos meníngeos en 3 (19 %), signos focales persistentes en 1, alteración del estado mental (delirium) en 1, edema de papila unilateral en 1. La TC y la RM craneales mostraron HSA cortical en 9 casos (56 %), encefalopatía posterior reversible en 1, HSA difusa en 1 y hemorragia intraventricular en 1. El LCR evidenció HSA en 5. La angiografía por cateterismo y la ARM evidenciaron vasoconstricción arterial cerebral generalizada, multisegmentaria y predominantemente distal, reversible en forma completa o casi completa dentro de las 12 semanas, en todos los casos. El tratamiento se basó principalmente en el uso de nimodipina vía oral. El tiempo promedio de seguimiento fue 20 meses (rango: 2-50). El desenlace clínico a los 3 meses mostró recuperación neurológica completa en todos los casos. El seguimiento posterior reveló cefalea aguda severa en 1 caso.

Conclusión: La cefalea en estallido recurrente fue el síntoma más prevalente (87 %). Se identificaron factores precipitantes potenciales en la mayoría de los casos (81 %). La HSA cortical fue la complicación más frecuente (56 %). La evolución clínica y angiográfica a los 3 meses fue favorable con tratamiento con nimodipina. El seguimiento a mediano plazo mostró un curso benigno.

0030 DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA Y TOTAL: EL SHOCK HIPOVOLEMICO INTRAOPERATORIO ES EL PREDICTOR INDEPENDIENTE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA

A BALDUCCI¹, J BERRETA¹, J MONESTÉS², D KOCIAK¹, MR KUJARUK³, D PASCUALI¹, MM ORTÍZ⁴, O SÁNCHEZ², D CASALOTTI⁵, S BASSO⁶

¹ Hospital de Gastroenterología UTI, Argentina. ² Hospital de Gastroenterología. Servicio de Cirugía, Argentina. ³ Hospital de Gastroenterología. Servicio de Patología, Argentina. ⁴ Hospital de Gastroenterología. Servicio de Emergencias, Argentina. ⁵ Hospital de Gastroenterología. Servicio de Anestesia, Argentina. ⁶ Hospital de Gastroenterología. Servicio de Clínica, Argentina.

Objetivos: Identificar y jerarquizar las complicaciones con compromiso de vida en duodenopancreatectomías cefálicas (DPC) y totales (DPT).

Material y métodos: A partir de todas las DPC y DPT que se realizaron entre 1-2005 y 2-2010, se identificó la mortalidad hospitalaria (MH) y se evaluó su relación con la edad, sexo, presencia de cáncer, tiempo de cirugía, shock hipovolémico intraoperatorio (SHIO), número de unidades de glóbulos rojos (UGR) que debieron transfundirse para mantener el hematocrito en no menos que 30% con presión arterial sistólica no menor a 100 mm Hg, score APACHE II al ingreso a UTI (Alli), lactacidemia y exceso de base al ingreso a UTI, fistulas pancreática, entérica o biliar surgidas en postoperatorio, y ampliar la resección desde DPC a DPT en cáncer de cabeza de páncreas (Ca de CP) cuando el borde de transección pancreático (B de TP) estaba infiltrado. Estadísticos: t de Student, Chi2, test exacto de Fisher, curva ROC y regresión logística.

Resultados: Se trató de 67 resecciones, 65 DPC y 2 DPT, en 31 hombres y 36 mujeres con edad 57.3±14.3 años; 53 por neoplasias malignas: 32 por Ca de CP, 17 por Ca periampular, 2 por Ca de duodeno, 1 por Ca de colédoco y 1 por tumor neuroendocrino de cabeza de páncreas; 14 por patología benigna: 4 por pancreatitis crónica, 3 por poliposis duodenal, 2 por cistoadenoma de cabeza de páncreas, 2 por quiste de colédoco, 2 por pancreatitis linfoplasmocitaria, 1 por linfangioma quístico de páncreas. La mortalidad en DPC fue 3 pacientes (P) (4.6%), y fue de 2 P en DPT no programadas como tales (100%). Correlacionaron con MH: el sexo femenino p=0.0390, el SHIO p=0.0002, la necesidad de transfundir un número mayor de UGR (3±3.2 en S vs 11.4±4.6 en F p<0.0001), el mayor Alli (9.5±3.9 en sobrevivientes (S) vs 15.2±8.2 en fallecidos (F) p=0.0058), el mayor valor de lactacidemia al ingreso a UTI (4.3±1.7 en S vs 11±54.7 en F p<0.0001), el menor exceso de base (-6.3±3.7 en S vs -11.7±4 en F p=0.0024), y realizar DPT partir de DPC en Ca de CP cuando el B de TP estaba infiltrado infiltrado p=0.0041. En este último caso la MH estuvo vinculada a SHIO y la resección siguió siendo R1. La curva ROC a partir de MH y número de UGR requeridas, con AUC 0.933, mostró al valor 7.5 como el que mejor discrimina muerte; el requerimiento de 8 UGR o más correlacionó con MH p=0.0001. Las demás variables no correlacionaron con MH. El único predictor independiente de MH fue el shock hipovolémico intraoperatorio OR (IC) 78.7 (6.6-938.8) con necesidad de transfundir 8 o más UGR sensibilidad=1, y especificidad=0.935.

Conclusiones: En duodenopancreatectomías cefálicas y totales, el shock hipovolémico intraoperatorio por hemorragia es predictor independiente de mortalidad. Ante una duodenopancreatectomía cefálica por Ca de cabeza de páncreas, y con borde de transección pancreático infiltrado por la neoplasia, recomendamos no extender la resección hacia una total, dado que no se logra extirpación R0 y se incrementa la mortalidad intrahospitalaria.

0031 ABSCESO CEREBRAL POR CANDIDA KRUSEI: REPORTE DE UN CASO

LL FAINLAND, MJ CORREA LARREA, PL SZÉKELY, ML ROMERO
Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez, Argentina.

Introducción: Las masas micóticas cerebrales son infrecuentes en pacientes inmunocompetentes, dentro de este grupo se observa mayormente en pacientes neuroquirúrgicos y con trauma craneoencefálico. Tienen una incidencia muy baja. Pueden producirse por contigüidad o por diseminación hematogena. El manejo de estos pacientes suele ser dificultoso y requerir tratamiento neuroquirúrgico y antimicótico prolongado. Presentamos un caso de absceso cerebral por Candida Krusei, germen no reportado para esta entidad, que no requirió tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Reporte de un caso de Absceso Cerebral por C. Krusei.
Resumen de Historia Clínica: Paciente femenina de 58 años de edad, antecedentes de diabetes tipo 2, enolista, tabaquista severa, diarrea crónica, síndrome depresivo, vasculopatía periférica, caídas frecuentes por trastornos en la marcha. Ingresó a la unidad

de cuidados intensivos por abdomen agudo y neumonía de la comunidad asociada. Se evidenció peritonitis de cuatro cuadrantes secundaria a perforación de úlcera antroplórica. Se realizó cierre simple de la lesión e inició tratamiento con Ampicilina Sulbactam, Claritromicina y Oseltamivir. Comenzó nutrición parenteral temprana. Al día 14 de ARM se realizó extubación exitosa. Continuó con registros febriles diarios, por lo que se tomaron nuevos cultivos, aislándose *Cándida* en retrocultivo e inició Fluconazol. Evolucionó tórpidamente y continuó febril con identificación de *C. Krusei* por lo que se rotó a Anfotericina al 5to día de tratamiento. Luego de la suspensión de la sedación, presentó mirada preferencial a izquierda, paresia del hemicuerpo derecho y afasia de expresión. Se solicitó tomografía de encéfalo que evidenció imagen hipodensa ovoide paraventricular izquierda, informada como lesión subaguda. La RMN de cerebro evidenció imágenes hiperintensas en T2 y Flair, con realce con el gadolinio y positivas en DWI, compatibles con cerebritis. Persistió con rescate de *C. Krusei* en 2 hemocultivos. El ecocardiograma transesofágico descartó endocarditis. Evolucionó lúcida, escala de coma de Glasgow 15/15, sin afasia de expresión, sin foco motor y pasó a sala general. Recibió 20 días de Anfotericina B, completando luego tratamiento con Voriconazol. La RMN de control mostró mejoría de las lesiones.

Conclusiones: Las infecciones micóticas, en particular las producidas por *Cándida* spp., deben sospecharse en pacientes críticos no neutropénicos, especialmente en pacientes diabéticos. Los abscesos del parénquima cerebral por estos microorganismos suelen requerir largos tratamientos con antifúngicos y exéresis radical de la lesión. Su presentación puede ser poco específica y confundirse fácilmente con otras entidades neurológicas, lo que lleva a un retraso en el tratamiento específico. Es relevante la comunicación del caso para considerarlo como diagnóstico diferencial ante la presencia de pacientes con características similares y síntomas neurológicos compatibles.

0033 INDICADORES DE CALIDAD EN TERAPIA INTENSIVA: DIAGNOSTICO DE SITUACION

L TUMINO, C MARCHENA, AL GONZÁLEZ, C LOUDET, F LAMBERT, A PORCEL, S LARRAIN, P RODRÍGUEZ, C BUSTAMANTE, S TAL-BENZECRY, E VALGOLIO, JP MONTEFIORE, M BALDE-RRÁIN, C GARCÍA, MG SÁENZ, D VÁSQUEZ, A DAS NEVES, S CARINO, H CANALES, R REINA, J MAZA, M RAMIREZ, E ESTENSSORO
Unidad Cuidados Intensivos, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Introducción: El uso de indicadores (I) de calidad en la UCI es prioritario para iniciar estrategias de mejora de la calidad y seguridad de los pacientes. Luego de una primera etapa en donde se implementaron algunos I en nuestra UCI, se continuó con otro set de indicadores considerados relevantes.

Objetivos: 1) Probar e implementar un set de algunos indicadores relevantes en la UCI; 2) Compararlos con estándares de referencia ("benchmarking") propuestos por el SEMICYUC.

Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo efectuado en una UCI en un hospital escuela. En 110 pacientes consecutivos (28/04/09-18/12/09) se seleccionaron y cuantificaron 8 indicadores con probables desviaciones, de los 108 "Indicadores de calidad en el enfermo crítico" (SEMICYUC). Luego se compararon con estándares de referencia para detectar problemas asociados a la calidad de procesos y resultados de la atención del paciente crítico. Los datos se presentan como media \pm DS, mediana y rangos intercuartiles [IQ 25-75], o porcentajes.

Resultados Pacientes: Edad 39 \pm 16; Ingreso: Médico 60%, Cirugía Urgencia 30% y Cirugía Electiva: 21%; APACHE II 15 \pm 7; SOFA 6 [3-9]; pacientes en VM 74%; días en VM 9 [3-20]; días en UCI 8 [3-22]; Mortalidad 20%. Tabla 1: Indicadores y sus fórmulas.

Tabla 1 Indicadores evaluados con sus fórmulas

Indicador	Fórmula	Valor observado	Valor de Referencia
Límite de P Plateau en la VM	Nº de pacientes con P Plateau >30cm de H2O de forma mantenida/Nº enfermos en VM x 100	10%	10%
Vt durante la VM en lesión pulmonar aguda	Nº de pacientes en VM con Vt \leq 8 ml/kg de peso ideal/Nº pacientes con lesión pulmonar aguda y VM x 100	95%	95%
Inicio precoz de ATB	Nº de enfermos con sepsis grave y administración precoz de ATB/Nº enfermos con sepsis grave x 100	28%	100%
Sedación adecuada	Nº de enfermos con VM y sedación adecuada/Nº enfermos con VM y sedación x 100	28%	85%
Nutrición Enteral (NE) precoz	Nº de enfermos con NE e inicio precoz /Nº enfermos con NE x 100	96%	100%
Eficacia de Administración de NE	ml de NE administrada/ml de NE indicada x 100	70%	80%
Monitorización de PIC en el TEC grave con TC patológica	Nº de TEC grave con TC patológica monitorizado con PIC/Nº de TEC grave con TC patológica x 100	95%	95%
Administración de Nimodipina en Hemorragia Subaracnoidea (HSA)	Nº HSA tratadas con Nimodipina/Nº total de HSA ingresadas a la UCI x 100	95%	100%

Conclusiones: La mayoría de los indicadores se encontraron dentro de los valores de referencia. Se detectaron problemas en la adecuación de la sedación y en la implementación de ATB precoz que requerirán un análisis profundo para el inicio de un ciclo de mejora continua de calidad.

0035 HETEROGENEIDAD DE LOS INFILTRADOS PULMONARES AL INGRESO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR INFLUENZA A H1N1 2009 CONFIRMADA

L AGUILAR, D PEREZ, P AREVALO, S LESYK, F ABRANZON
Hospital Municipal de Trauma Y Emergencias Federico Abete, Argentina.

Introducción: Durante las primeras semanas de la pandemia se presentaba mucha dificultad para confirmar el diagnóstico de infección por influenza A H1N1 mediante RT PCR, por lo que siendo un hospital de referencia y derivación intentamos buscar un patrón imagenológico que se pudiera correlacionar con las infecciones por influenza, para una orientación diagnóstica inicial

Material y Métodos: Se seleccionaron 16 pacientes con confirmación del diagnóstico de Influenza A H1N1 2009 mediante RT - PCR y a los cuales se les había realizado tomografía a su ingreso. Los ingresados al shock room del Hospital de Trauma y Emergencias, con sospecha de infección con influenza A H1N1 2009, que presentaban alteraciones en la radiografía de tórax frente, fueron evaluados en forma precoz con un tomógrafo multicorte de 64 hileras. Se obtuvieron imágenes de 0,5mm de espesor con 0,5mm de intervalo de reconstrucción, sin contraste, con un protocolo de menor irradiación que la habitual.

Resultados: Durante la pandemia se realizaron 706 muestras de pacientes con enfermedad tipo influenza para PCR de influenza

a H1N1 2009, de las cuales 57 fueron positivas. De estos, fueron tomografiados 16 pacientes a su ingreso. Se observó una gran heterogeneidad de las presentaciones imagenológicas. Vidrio esmerilado 31,25% (5 pacientes). Bronconeumonía 25% (4 pacientes). Infiltrados alveolares neumónicos 18,75% (3 pacientes). Derrame pleural 6,25% (1 paciente). Nódulos pulmonares aislados 6,25% (1 paciente). Engrosamiento intersticial 6,25% (1 paciente). No se pudo correlacionar la presentación clínica ni la evolución posterior con ningún tipo de infiltrado ya que no hubo diferencias en el tiempo de internación ni en la mortalidad de los pacientes dependiendo del tipo de imagen que presentaron al ingreso..

Conclusiones: No pudimos encontrar un patrón de infiltrados que fueran típicos para la infección por Influenza A H1N1 2009, llevando a la conclusión que cualquier tipo de infiltrado pulmonar durante la pandemia puede ser causado por la infección viral.

0036 ANTIBIOTICOTERAPIA PRECOZ EN SEPSIS SEVERA: UN PROCESO CON POSIBILIDAD DE MEJORAS

C LOUDET, AL GONZALEZ, L TUMINO, C MARCHENA, F LAMBERT, A PORCEL, S LARRAIN, P RODRÍGUEZ, C BUSTAMANTE, S TAL-BENZECRY, E VALGOLIO, JP MONTEFIORE, MG SÁENZ, D VÁSQUEZ, A DAS NEVES, FE GONZÁLEZ, MG VIDAL, S CARINO, H CANALES, R REINA, J MAZA, M RAMIREZ, E ESTENSORSO

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Objetivos: 1. Detección y análisis de problemas relacionados a un indicador de calidad relevante, y su relación con el score SOFA. 2. Propuesta de soluciones para la implementación de un ciclo de mejora.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en una UCI médico-quirúrgica con 14 camas en un hospital escuela. Se evaluaron todos los episodios de sepsis severa/shock séptico en los registros de las hojas de enfermería donde figuraran la hora exacta de la hipotensión arterial y la instauración del tratamiento antibacteriano (ATB). Se consideró el indicador "administración precoz de ATB" como el N° de pacientes con sepsis grave y administración precoz de ATB/N° enfermos con sepsis grave x 100. Se consideró administración precoz el intervalo entre la identificación de sepsis grave y la administración de antibióticos < 1 hora de acuerdo a lo propuesto por el SEMYCIUC. Se consideró delta SOFA total, y de cada sistema, como la diferencia entre el valor máximo dentro de las 72 hs del episodio de sepsis con el valor del día previo al episodio. Se evaluaron los problemas y las soluciones posibles con herramientas cualitativas como tormenta de ideas y diagramas de causa-efecto. Los datos se presentan como promedios (\pm DS), mediana y rangos intercuartiles [IQ 25-75], o porcentajes. Se efectuaron comparaciones con test t, Wilcoxon, o χ^2 . Los cálculos fueron realizados con el programa STATA 9.0. Se utilizaron diagramas de causa-efecto (Ishikawa) para el análisis de problemas. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes. El 28% de los pacientes recibió ATB dentro de la 1ª hora (precoz); el 25% los recibió dentro de las 2 horas, y el 22% dentro de las 3 hs. Se compararon las siguientes variables entre los que recibieron ATB precoz vs. Los que no: Edad 38 ± 15 vs 37 ± 16 años (NS), SOFA₂₄ 5 [3-9] vs 8 [5-10], ($p=0,30$), APACHE II 12 ± 7 vs 19 ± 7 ($p=0,02$), Días de VM 20 [16-43] vs 20 [7-37] (NS), Días UCI 26 [20-38] vs 27 [9-46] (NS). Mortalidad global 29% (10% en ATB precoz vs 36% $p=0,12$). No se observaron diferencias significativas en el delta SOFA total considerando administración precoz de ATB (mediana 3 vs 3.5), ni tampoco en los delta SOFA de cada sistema. Los problemas identificados como principales ramas del diagrama de causa-efecto fueron: Espera hasta el pasaje de sala para la toma de decisión/ Falta de disponibilidad de ATB en el momento de la decisión/ Retraso en la administración/Falta de alarma.

Conclusiones: Si bien sólo el 28% recibió ATB en forma precoz, el 75% de los pacientes los recibió dentro de las 3 horas.

0037 SEDACION ADECUADA EN TERAPIA INTENSIVA: ¿DONDE ESTAMOS HOY?

AL GONZÁLEZ, C LOUDET, L TUMINO, F LAMBERT, C MARCHENA, C BUSTAMANTE, P RODRÍGUEZ, S TAL-BENZECRY, A PORCEL, S LARRAIN, E VALGOLIO, JP MONTEFIORE, MG SÁENZ, S CARINO, A DAS NEVES, D VÁSQUEZ, H CANALES, R REINA, E ESTENSORSO

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de sedación adecuada en los pacientes en ventilación mecánica (VM) y su relación con distintas situaciones clínicas y variables de resultados.

Métodos: Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo en UCI médico-quirúrgica con 14 camas en un hospital escuela. Se evaluaron todos los pacientes en VM y sedación continua. Se utilizó como herramienta de medición la escala de RASS y el indicador de proceso "sedación adecuada" = N° de pacientes en VM y sedación adecuada/ N° de pacientes en VM con sedación x 100. Sedación adecuada se define como el mantenimiento de al menos el 80% de los sucesivos valores (-5 a +4) de la escala de RASS dentro del rango indicado para cada paciente particular. Se consideró adecuado en todos los casos a valores entre -1 y +1; inadecuado en todos los casos a valores de +2 a +4. Los valores de -5 sólo se consideraron adecuados en situaciones de coma barbitúrico para tratamiento de Hipertensión Endocraneana (HTE); los valores de -2 a -4 sólo se consideraron adecuados en: SDRA o PEEP ≥ 10 cm H₂O, traumatismo de cráneo grave (TEC) dentro de las primeras 48hs o con HTE; o inestabilidad hemodinámica (noradrenalina > 0,1 μ g/kg/min).

Análisis Estadístico: Datos presentados como promedios (\pm DS), mediana y rangos intercuartiles [IQ 25-75], o porcentajes. Se efectuaron comparaciones con test t, Wilcoxon, o χ^2 , mediante el programa STATA 9.0. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluaron 265 mediciones de RASS en 48 pacientes, con una mediana de -4 [-1 a -5]. La sedación fue adecuada en 28% de los pacientes y en 51% de las mediciones. Se efectuaron comparaciones entre pacientes con sedación adecuada vs inadecuada: Edad 30 ± 14 vs 35 ± 15 años (NS), SOFA₂₄ 10 [9-12], vs 7 [4-10], ($p=0,02$), TISS 30 ± 13 vs 27 ± 7 (NS), APACHE 20 ± 5 vs 18 ± 7 ($p=0,25$), RASS -4[-3 a -4] vs -4 [-4 a -5] (NS) Días de VM 17 [11-29] vs 16 [8-37] (NS), Días UCI 23 [11-45] vs 25 [13-44] (NS), SDRA 73% vs 38% ($p=0,05$), Shock de ingreso 83% vs 71% (NS). Mortalidad 33% vs 26% (NS). También se analizó en cada medición individual si la sedación fue adecuada o inadecuada en 3 condiciones clínicas: HTE 78% vs 44% ($p < 0,01$), Shock 64% vs 45% ($p < 0,01$), SDRA 55% vs 48% ($p < 0,01$)

Conclusiones: Sólo el 28% de los pacientes cumplió con los valores propuestos del indicador. Los pacientes con sedación adecuada presentaron significativamente mayores fallas orgánicas y mayor incidencia de SDRA, tendieron a ser más jóvenes, con mayor gravedad al ingreso, y mortalidad. Los pacientes con sedación inadecuada se encontraban globalmente menos graves pero presentaron un RASS semejante al grupo de sedación adecuada. Se deben identificar las causas para luego desarrollar una estrategia de mejora.

0038 STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA: UN PATÓGENO EMERGENTE EN LA TERAPIA INTENSIVA

S CASTRO, S FIGUEROA, S PALOMBARANI, A TUDURI, M ALMUZARA, M FLORES, M LAREU
HIGA Eva Perón (ex Castex), Argentina.

Objetivos: Comunicar los aislamientos de *Stenotrophomonas maltophilia* en distintos materiales y su sensibilidad antibiótica en los últimos 6 años.

Materiales y Métodos: Prospectivo y retrospectivo. UTI Hospital Eva Perón (ex Castex), San Martín, 2004-2009. Se revisaron edad, días de internación, diagnóstico de ingreso, factores predisponentes, APACHE, SAPS, uso de ARM, ATB previos, aislamiento en material respiratorio, hemocultivos y materiales de punción, antibiograma.

Resultados: 20 pacientes con *Stenotrophomonas* en distintos materiales: 14 masculinos y 6 femeninos, mediana (M) de edad 60 (r: 18-84). M días de internación 29.5 (r: 9-106). Fallecidos 14. APACHE de ingreso 22 (r 12-31), SAPS 40 (r 25-70). Motivos de ingreso principales: insuficiencia respiratoria 7, neurológicos 5, sepsis 2, politrauma 2. Factores predisponentes: EPOC 4, neoplasia 1, corticoides 2. M de días de antibióticos previos al aislamiento: 10.5 (r 1-49). M de días de empleo de ARM al aislamiento: 24 (r 4-98). Dieciocho pacientes con material respiratorio, asociado con *Pseudomonas* en 4, *Acinetobacter* 3, *Corynebacterium* 3 y únicamente *Stenotrophomonas* en 5. Colonización en 11 pacientes. M de días de internación al aislamiento 15 (r: 2-67). M de días de ARM al aislamiento 15 (r: 2-66). Sensibilidad TMS/minociclina/quinolonas en todas las muestras respiratorias. Dos pacientes con hemocultivos positivos, ambos con antecedentes de EPOC, considerando colonización en 1 (asociado con estafilococo coagulasa negativo). En paciente que se consideró verdadera bacteriemia, el catéter venoso central se retiró luego de 7 días y la sensibilidad fue a TMS/minociclina/levofloxacina. Un paciente con empiema pleural, como germen único asociado con neumonía por *Proteus mirabilis* BLEE (+). Sensibilidad TMS/levofloxacina/minociclina. Antibióticos más usados previos al aislamiento: imipenem 12 pacientes, colistin 9 pacientes, vancomicina 7 pacientes, ampicilina-sulbactam 8, piperacilina-tazobactam 6, ciprofloxacina 4. Tratamiento antibiótico con TMS, salvo cuando muestra respiratoria asociada con *Pseudomonas*, en cuyo caso recibieron ciprofloxacina o piperacilina-tazobactam.

Conclusiones: En muestras respiratorias, los pacientes tuvieron edad avanzada, internación prolongada y requerimiento de ARM 100% en forma prolongada. Se observó una elevada tasa de colonización. En un solo paciente se consideró episodio de bacteriemia. Uso de antibióticos de amplio espectro entre los más vinculados con presión de selección para *Stenotrophomonas*. Sensibilidad conservada a TMS en todos los pacientes.

0039 IMPACTO DE LOS CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA EDILICIA Y EN LOS RECURSOS HUMANOS SOBRE INDICADORES DE CALIDAD: UN ESTUDIO ANTES-DESPUES

C MARCHENA, C LOUDET, AL GONZÁLEZ, L TUMINO, F LAMBERT, A PORCEL, S LARRAIN, P RODRÍGUEZ, C BUSTAMANTE, S TAL-BENZECRY, E VALGOLIO, JP MONTEFIORE, M BALDEARRAÍN, C GARCÍA, MG SÁENZ, D VÁSQUEZ, A DAS NEVES, S CARINO, H CANALES, M RAMIREZ, J MAZA, R REINA, E ESTENSSORO
Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Objetivo: Evaluar 5 indicadores de calidad previamente implementados en nuestra UCI y compararlos con mediciones registradas luego del traslado de la UCI y aumento del personal de enfermería.

Métodos: Estudio "antes-después", no controlado, en una UCI médico-quirúrgica en un hospital escuela. Período 1 (P1) (del 01/06/08 al 27/04/09) con 8 camas; período 2 (P2) (del 28/04/09 al 31/12/10) con 16 camas. Se evaluaron los siguientes: Profilaxis de la hemorragia digestiva (HD), Retiro accidental de vías centrales (VC), Control de presión del manguito del tubo endotraqueal, Extubación no programada y Reintubación. En P1 se identificaron desviaciones de los indicadores con respecto a estándares validados. Luego del cambio de estructura edilicia, aumento de capacidad de camas, y recambio y aumento del personal de enfermería, durante P2 se midieron los mismos indicadores para valorar el impacto y variabilidad en el tiempo. Los datos se presentan como promedios (\pm DS), mediana y rangos intercuartiles [IQ 25-75], o porcentajes. Se efectuaron comparaciones con test t, Wilcoxon, o χ^2 , mediante el programa STATA 9.0; control chart con programa spc macro de excel. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se evaluaron 96 pacientes en P1 (UCI vieja) y 114 pacientes en P2 (UCI nueva). Características de los pacientes en P1 vs.

P2: Edad 34 ± 19 vs 39 ± 16 ; Masculinos 58% vs 60%; APACHE II 15 ± 7 vs 15 ± 7 ; SOFA 24 hs 6 [3-8] vs 6 [3-9]; McCabe I 57% vs 68%; todas NS. Las diferencias se observaron en: pacientes en ARM: 85% vs 71% ($p=0,01$), Estadía en la ICU 14 [7-28] vs 8 [3-22] días ($p=0,0005$); sin embargo, los días de ARM fueron NS: 12 [6-31] vs 9 [3-20]. La Mortalidad fue similar: 23% vs 20% (NS). Se observó una mejor relación Enfermero:Paciente en P2 vs P1: 1:2 vs 1:3. Los indicadores evaluados se muestran en la Tabla.

Conclusión: Pese a que no hubo una intervención planificada, se observa una mejoría global de los indicadores, posiblemente secundaria a los cambios edilicios y al recambio del personal de enfermería y a la mejoría de la relación enfermero-paciente.

Tabla Indicadores evaluados

Indicadores	Fórmula	P1	P2	p
Profilaxis de HD	Nº pac. en VM > 48hs con profilaxis HD / Nº pac. ingresados con VM > 48hs x 100	79%	93%	0,005
Retiro accidental de VC	Nº VC retiradas accidental / Nº días VC x 1000	11/1000 días	5,7/1000 días	<0,001
Control de presión del manguito TET	Nº controles en rango (17-22mmHg) / Nº controles totales x 100	20%	28%	0,08
Control de presión del manguito TET	Valores por debajo del rango: < 17 mmHg	75%	63%	0,03
Extubación no programada	Nº extubaciones no programadas / Nº total días IOT x 1000	61/ 1000 días	53/ 1000 días	0,03
Reintubación	Nº reintubaciones / Nº total extubaciones programadas x 100	26%	25%	0,85

0040 LA NITROGLICERINA FALLA PARA RECLUTAR LA MICRO-CIRCULACIÓN VELLOSIARIA EN EL SHOCK ENDOTÓXICO EN OVEJAS

VS KANOORE EDUL¹, G FERRARA¹, MO POZO¹, G MURIAS¹, E MARTINS¹, C CANULLÁN¹, HS CANALES¹, E ESTENSSORO¹, C INCE², A DUBIN¹

¹ Cátedra de Farmacología Aplicada, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, La Plata, Argentina. ² Translational Physiology, Academic Medical Center, University of Amsterdam, Amsterdam, Países Bajos.

Introducción: Pese a la normalización de la hemodinamia y el transporte de oxígeno sistémico e intestinal, las vellosidades intestinales continúan hipoperfundidas luego de la resucitación del shock endotóxico (1). Nuestra hipótesis es que la nitroglicerina mejora la microcirculación de la mucosa intestinal.

Material y Métodos: Veinte ovejas fueron anestesiadas con pentobarbital y ventiladas mecánicamente. El shock endotóxico se produjo por la infusión de 5 µg/kg de endotoxina de E. Coli seguida por 4 µg/kg/h durante 150'. Después de 60' de shock, se administró solución al 6% de dihidroxietilalmidón 130/0.4 para normalizar el transporte de oxígeno y las ovejas fueron asignadas al azar a los grupos control (n = 10) y nitroglicerina (n = 10) durante 90'. La nitroglicerina se administró a una dosis de 0.2 µg/kg/min.

La presión arterial media (PAM), el volumen minuto cardíaco (VMC), el flujo sanguíneo intestinal ($Q_{\text{intestino}}$), la PCO_2 intramucosa-arterial (ΔPCO_2) y el lactato se midieron en condiciones basales (0'), durante el shock (60') y luego de la resucitación (150'). La microcirculación se evaluó con un sistema de videomicroscopía (sidestream darkfield -SDF- Imaging). Se determinaron la densidad capilar (DC) y el índice de flujo microvascular (IFM) de las vellosidades intestinales.

Resultados: Las variables hemodinámicas y de perfusión tuvieron alteraciones similares en ambos grupos durante el shock. La hiper-

lactacidemia, la acidosis intramucosa y la hipoperfusión vellositaria que se desarrollaron durante el shock no se modificaron por la resucitación con nitroglicerina.

		PAM (mm Hg)	VMC (l/min)	Q _{intestino} (ml/min)	ΔPCO ₂ (mm Hg)	lactato (mmol/l)	IFM _{vellosidades}	DC _{vellosidades} (mm/mm ²)
Basal	control	97 ± 13	2.8 ± 0.8	404 ± 210	8 ± 8	2.1 ± 0.8	3.0 ± 0.0	18.2 ± 3.1
	nitroglicerina	92 ± 15	2.4 ± 0.9	401 ± 207	6 ± 6	1.7 ± 0.6	3.0 ± 0.0	17.3 ± 3.0
Shock	control	56 ± 24*	2.6 ± 0.9	329 ± 167*	15 ± 9*	4.3 ± 1.6*	2.5 ± 0.2*	14.9 ± 2.5*
	nitroglicerina	51 ± 17*	2.4 ± 1.1	312 ± 183*	13 ± 11*	3.6 ± 1.2*	2.3 ± 0.3	15.1 ± 3.7*
Resucitación	control	91 ± 25	3.3 ± 0.8*	427 ± 163	15 ± 9*	5.6 ± 1.7*	2.7 ± 0.2	15.9 ± 3.1
	nitroglicerina	75 ± 22*	3.1 ± 1.1*	363 ± 195	13 ± 11*	5.1 ± 2.3*	2.6 ± 0.3*	16.8 ± 4.5

* p < 0.05 vs. basal.

Conclusiones: La nitroglicerina fue incapaz de mejorar la perfusión microcirculatoria de las vellosidades intestinales.

Referencia: 1. Dubin A, Kanoore Edul VS, Pozo M, Murias G, Canullán C, Martins E, Ferrara G, Canales H, Laporte M, Estenssoro E, Ince C: Persistent villi hypoperfusion explains intramucosal acidosis in sheep endotoxemia. Crit Care Medicine 2008; 36:535-542.

0041 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A ECLAMPSIA

MC DE SIMONE, MC MACHADO, MI DALAISON, JA GRUCCI
Terapia Intensiva Adultos. Neoclínica, Río Cuarto, Córdoba, Argentina.

Objetivos: Reporte de una serie de casos de Leucoencefalopatía Posterior Reversible asociada a eclampsia, su diagnóstico, tratamiento y evolución.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de una serie de casos.

LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (LPR)

Es un síndrome clínico-radiológico, descrito en 1996, caracterizado por cefalea, alteración de la conciencia, convulsiones, trastornos visuales y ocasionalmente, signos neurológicos focales. El edema vasogénico reversible en la sustancia blanca de las regiones posteriores es el hallazgo característico por resonancia magnética (RM). El tratamiento de las convulsiones y de la hipertensión arterial (HTA) debe ser precoz y agresivo para prevenir la progresión a infarto. Su carácter reversible depende del tratamiento oportuno. **Caso N°1:** 29 años. Secundípara. Embarazo gemelar de 36 semanas. Cesárea programada. Con antecedentes de adenomas hipofisarios, HTA-gestacional, hipomagnesemia crónica. En el puerperio presenta cefalea intensa, luego crisis convulsiva tónico clónica generalizada. Tratamiento (Tto.): Diazepam. TA: 90/50 mmHg. Glasgow 8/15. Estado post ictal. Laboratorio (Lb.): Mg+ 1,5. HIV(-) Tto: Fenitoina. Reposición de Mg, drogas antihipertensivas. RM: señal hiperintensa en Flair y T2 e hipointensa en T1 a nivel de tronco cerebral, región posterior de la protuberancia. Múltiples focos de edema similares a los descritos a nivel de fosa posterior, ganglios basales y lóbulos occipitales. Evolución con cefalea. Episodios de amaurosis fugaz. Nistagmus. Hiporreflexia de MMII simétrica, bilateral. RM de control: normal. **Caso N°2:** 19 años. Primigesta de 32 semanas. Presenta cefalea, vómitos, epigastralgia acompañados de excitación psicomotriz, HTA moderada. Cesárea de urgencia. En puerperio inmediato presenta sopor, crisis convulsiva tónico-clónica, reflejo de succión. HTA- severa. Glasgow 7/15. Recuperación con bradipsiquia, a calculia, somnolencia, visión borrosa. Tto: Lorazepam, Fenitoina, drogas antihipertensivas. Lb: Mg: 2,3. RM: señal hiperintensa en T2 y Flair, en múltiples focos, en lóbulos frontales en ambos polos posteriores de lóbulos temporales y en lóbulo occipital. Evolución con HTA severa. Nistagmus. Cefalea leve. RM de control: normal. **Caso N°3:** 15 años. Primigesta de 38 semanas. HTA moderada. Parto vaginal. En puerperio inmediato 2 episodios de convulsión tónico clónica generalizada. HTA severa. Tto: Diazepam, Fenitoina, antihipertensivos. Estado post ictal. Lbt: Mg: 1, 9 HIV (-) Evolución con Nistagmus. RM: señal hiperintensa T2 y FLAIR, en región de lóbulos temporales y occipitales. RM de control: Normal.

Conclusiones: Debido a su baja incidencia y prevalencia en esta subpoblación (asociada a Eclampsia) y la escasa cantidad de casos publicados en la literatura científica, es muy importante el reconocimiento de esta entidad clínica para su diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y prevención de secuelas neurológicas.

0042 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ANEURISMÁTICA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE VON RECKLINGHAUSEN

EI DALAISON GARCIA, MC MACHADO, MC DE SIMONE, S EZCURRA, JA GRUCCI
Neoclínica-Clinica y Maternidad-Río Cuarto-Córdoba, Argentina.

Caso Clínico: Mujer de 63 años con antecedentes de Hipertensión arterial, presentó cefalea de inicio ictal con deterioro del estado neurológico, Glasgow 7/15, con requerimientos Asistencia Respiratoria Mecánica. Tc Cerebro: Hemorragia Subaracnoidea (HSA), (Fisher 4), HH 4 (Hunt Hess), signos de hidrocefalia aguda. Angiografía cerebral aneurisma de la arteria comunicante anterior de 5 mm de diámetro, embolización selectiva microcoils, vasoespasmog segmentario y difuso de la arteria cerebral anterior y media izquierda. Manchas color café con leche y nódulos subcutáneos, diseminados en abdomen y miembros superiores. Biopsias nódulos subcutáneos neurofibromas cutáneos compatible anatomopatológicamente con neurofibromatosis de Von Recklinghausen. Fondo de ojo normal. Luego de 61 días de internación intercurrieron infecciones, fallo multiorgánico, Obito.

Aneurisma de la arteria comunicante anterior asociado a Enfermedad de Von Recklinghausen

La neurofibromatosis es un trastorno hereditario que se clasifica en Tipo I (Enfermedad Von Recklinghausen) y Tipo II (Schwannomatosis vestibular). El tipo I es un síndrome neurocutáneo con herencia autosómica dominante que se caracteriza por afectar a diferentes órganos y sistemas de forma primaria y secundaria incluyendo el sistema cardiovascular. La alteración más frecuente de la neurofibromatosis tipo I es la estenosis de las arterias renales. Las anomalías cerebrovasculares son las estenosis/oclusión de los grandes troncos arteriales, los aneurismas y las malformaciones arteriovenosas. Las anomalías cerebrovasculares, incluyendo los aneurismas intracraneales, se presentan en el 2,5% de los pacientes con Neurofibromatosis. La Neurofibromatosis tipo I (NF-I) es una enfermedad autosómica dominante y expresión clínica variable, causada por una mutación en el gen NF-I del cromosoma 17. Su incidencia aproximada es de 1/3000. Los pacientes presentan lesiones de tipo displásico, sobre todo en esfenoides, afectación de la piel (manchas café con leche) y del sistema nervioso central (SNC) (gliomas de nervio óptico, neurofibromas, meningiomas, etc.) y malformaciones asociadas como estenosis del acueducto de Silvio y malformación de Chiari. Las anomalías vasculares son también conocidas y suelen ser de tipo estenótico, afectando a los sistemas renal, gastrointestinal y arterias coronarias. Las alteraciones vasculocerebrales que presentan son sobre todo fistulas arteriovenosas, malformaciones vasculares y aneurismas.

Conclusiones: Esta presentación es la menos frecuente dentro de los aneurismas asociados a Von Recklinghausen. Debido a la baja incidencia clínica de esta presentación y ser esta asociación difícil de encontrar en la práctica diaria nos parece importantísimo su divulgación.

0043 COMPORTAMIENTO DEL SODIO PLASMÁTICO EN PACIENTES PREECLÁMPTICAS DURANTE LAS PRIMERAS HORAS DE EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

A RISSO VAZQUEZ, FD MASEVICIUS, G TUHAY, MC PEIN, A DUBIN
Sanatorio Otamendi Mirolli, Argentina.

Objetivos: la presencia de hiponatremia en pacientes preeclámpticas solo ha sido referida como reportes de casos. Nuestros objetivos fueron: 1) evaluar el riesgo de hiponatremia en la preclampsia, al ingreso en terapia intensiva; 2) observar el comportamiento del sodio plasmático ($[Na^+]_{plasmático}$), durante las primeras 24 hs horas de internación; 3) determinar los factores asociados al desarrollo de hiponatremia.

Material y Métodos: sobre una población de 1870 pacientes ingresados a UTI en un período de cuatro años (01/2006-01/2010), se estudiaron en forma prospectiva 90 pacientes con diagnóstico de preclampsia severa. Los datos de laboratorio (hemoglobina, urea, creatinina, gases arteriales e ionograma en sangre y en orina) se registraron en el momento del ingreso y a las 24 hs. Se contabilizaron los ingresos y egresos de fluidos dentro del período de tiempo estudiado y se realizaron los correspondientes balances de agua y electrolitos. De acuerdo a los valores de ingreso, las pacientes fueron divididas en dos grupos: hiponatremicas ($[Na^+]_{plasmático} \leq 134$ mmol/l) y normonatremicas ($[Na^+]_{plasmático} \geq 135$ mmol/l). Los grupos se compararon con test t para muestras no apareadas y test chi cuadrado.

Resultados: Al ingreso, 42 pacientes (47%) presentaron hiponatremia y 48 normonatremia (53%) (131 ± 4 vs. 138 ± 2 mmol/l, $p < 0.0009$). El $[Na^+]_{plasmático}$ subió en las primeras horas un promedio de 1 ± 5 mmol/l en el grupo de pacientes hiponatremicas, mientras que descendió 2 ± 4 mmol/l en el grupo de normonatremicas ($p < 0.002$). En este grupo, 18 pacientes (37.5%) descendieron el $[Na^+]_{plasmático}$ a cifras de hiponatremia. A las 24 hs., 50 pacientes (57%) presentaron hiponatremia (131 ± 3 mmol/l), mientras que sólo 38 (43%) estuvieron normonatremicas (138 ± 3 mmol/l). Las pacientes normonatremicas a las 24 hs., tuvieron mayores ingresos de fluidos (4745 ± 1939 vs. 3590 ± 1771 ml, $p < 0.004$) y electrolitos (581 ± 257 vs. 460 ± 261 mmol, $p < 0.03$), y recibieron menos oxitocina (33.3 % vs 61.5 %, $p = 0.0005$). La diuresis fue mayor en las pacientes normonatremicas (3938 ± 2175 vs 3019 ± 1809 , $p = 0.03$). No hubo diferencias significativas en la estadía en terapia intensiva (2.7 ± 1.3 vs 2.3 ± 0.8 día, $p = 0.16$) como la hospitalaria (6.1 ± 2.2 vs 5.4 ± 2.4 día, $p = 0.17$).

Conclusiones: La hiponatremia es un hallazgo frecuente en la preclampsia severa, al ingreso en UTI. El riesgo de desarrollar hiponatremia aumenta durante la internación. El uso de oxitocina podría ser uno de los mecanismos involucrados.

0044 CEFALEA SECUNDARIA A PAQUIMENINGITIS HIPERTROFICA COMO CAUSA DE INGRESO A CUIDADOS INTENSIVOS

G DOMENICONI, E BAVA, M RECALDE, C RUGILO, I TAMER, M VINZIO, G PERSI, O YUNK
Sanatorio de la Trinidad - San Isidro, Argentina.

Objetivos: 1) Presentar un caso de paquimeningitis hipertrofica documentada con histopatología. 2) Comentar una causa poco frecuente de cefalea

Introducción: La paquimeningitis es una enfermedad con poca frecuencia de presentación que se caracteriza por el engrosamiento de la dura madre. Provoca una progresiva compresión de estructuras neurológicas que marca la presentación de los síntomas en un cuadro clínico no específico. El diagnóstico requiere la exclusión de múltiples causas que pueden ser inflamatorias, infecciosas, autoinmunes o neoplásicas. La terapéutica va desde la utilización de esteroides hasta la refección de la duramadre cuando no responde al tratamiento.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 71 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoide de 25 años de evolución, hipertensión arterial, dislipemia, hipotiroidismo y bronquiectasias. En tratamiento con diltiazem, losartan, levotiroxina, aspirina y esteroides inhalados. Ingresó a cuidados intensivos en contexto de cefalea intensa, progresiva y con mala respuesta a analgésicos comunes. Refiere que el dolor comienza un mes antes del ingreso en la región frontal extendiéndose luego a todo el hemisferio. Se solicita una RMN de encéfalo que demuestra un engrosamiento de las meninges en territorio frontal, parietal y occipital así como en el borde libre de la tienda del cerebelo. Se observa además realce con gadolinio. Se solicita VDRL, anticuerpos anti HIV 1 y 2, ANCA P, ANCA C y anti DNA que resultan negativos. Niveles de complemento en rango normal. Mantoux negativa. La punción lumbar muestra una gammagrafía de 59 mg%, proteinorraquia de 2.00 g/l, líquido incoloro y límpido. La VDRL resultado negativa con una PCR para tuberculosis no detectable. Cultivo negativo. Se realizó entonces una toma de biopsia de duramadre que mostró fragmentos de meninges con grueso ensanchamiento fibroso, áreas ligeramente noduladas e infiltrado inflamatorio crónico compuesto de linfocitos, plasmocitos e histiocitos no sistematizados. Sin elementos específicos en el material de estudio. Se diagnostica entonces una paquimeningitis hipertrofica con componente inflamatorio inespecífico.

Se indican esteroides primero sistémicos y luego por vía oral. A seis meses de tratamiento la paciente se encuentra en buena condición clínica y sin cefalea.

Conclusiones: 1) La paquimeningitis debe ser considerada como una causa de cefalea 2) La histopatología es útil para determinar la causa de esta enfermedad y así ajustar la terapéutica.

0046 INCREASE OF PREVALENCE OF ACUTE MYOCARDIUM INFARCTION AND SUDDEN DEATH DUE TO THE ENVIRONMENTAL TRAGEDY THAT OCCURRED IN BLUMENAU, SOUTH OF BRAZIL

SL ZIMMERMANN, S STARKE, MA MORETTI, ACP CHAGAS, S TITERMAN
Sociedade Brasileira de Cardiologia, Brasil.

Background: The biggest flood in Brazil affected Blumenau and others cities in Santa Catarina state, when on November 22 nd, 2008, the local government established emergency situation to the citizens. This natural disaster killed 122 people. About 80, 000 people became home . The Itajai river cover the cities and dislocation of ground was frequent. Blumenau was the most affected city by this catastrophe. Previous studies have shown an increase in acute myocardial infarction (AMI) after natural disasters, as the Hurricane Katrina in New Orleans. Some studies correlated severe arrhythmias after the terrorist attack in New York City on September 11th, 2001. The goal of this study was to detect the increase of incidence of AMI and sudden cardiac death (SCD) after the flood.

Methods: This was a retrospective and observational study. In-hospital and out-hospital data regarding AMI and SCD respectively were analyzed before and after November, 2008.

Results: The average of deaths by AMI or SCD from data of attended people out-hospital was 17 five months prior flood and 15 five months later. But solely in November the number of deaths was 21. About data of AMI registered in-hospital, the average of 11 months prior and later November was 26 and solely in November the events of AMI was 40 ($p=0.109$).

Conclusion: Despite non significant statistical numbers, they show us that in November, the month of the disaster, the absolute numbers of out-hospital deaths (AMI and SCD) and the incidence of in-hospital AMI increased notably. Maybe the psychological distress plus difficult to acquire medication or adequate treatment can be the cause of more deaths and acute coronary events. Our study aims at alerting physicians about the effect of environmental factors as one more risk factor to cardiovascular diseases. The real etiopathology needs to be understood.

0047 INCORPORACIÓN DE UN ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO EN UTI: EXPERIENCIA INICIAL

NN CAPPELLARI, MI DALAISON GARCIA, MC DE SIMONE, MC MACHADO, M ROJAS, JA GRUCCI

Neoclínica-Clinica y Maternidad-Río Cuarto-Córdoba, Argentina.

Objetivo: Evaluar calidad de atención con la incorporación de un Acompañante Terapéutico (AT) en el equipo de salud de terapia intensiva.

Método: Recolección de datos por encuesta de administración directa. Dirigido a pacientes y familiares.

Estudio: Estadístico, prospectivo, descriptivo. Desde una perspectiva en donde trabajamos con un ser humano que forma parte de un contexto familiar, cultural y social. Durante su internación se produce un desequilibrio, tanto en la persona como en su entorno. Es aquí donde se considera que el AT juega un rol importante como nexo e integrante del equipo de salud ya que es quien asiste y contiene emocionalmente al paciente internado y a su familia.

Cuestionario dirigido a los Pacientes: Al ingreso a UTI los pacientes presentan sensaciones de: Protección 27,27%, Tranquilidad 18,18%, Temor 13,63%, Angustia 13,63%, Miedo 9,09%, Alivio 9,09%, otras 9,09%. Durante la internación esas sensaciones fueron cambiando: SI 50%, NO 50%. ¿Pudo el grupo de Salud apaciguar su angustia durante la internación? SI 100%. ¿Se ha sentido contenido mediante la intervención del AT?: Siempre 93,75%, A veces 6,25%, Nunca 0%. ¿Ha logrado establecer un vínculo positivo con el AT y este ha sabido responder a sus necesidades?: Siempre 93,75%, A veces 6,25%, Nunca 0%. ¿El equipo de salud de UTI ha sabido cuidar de usted desde una contención emocional?: Siempre 100%.

Cuestionario dirigido a los Familiares: Como familiar ¿se ha sentido contenido con la incorporación del AT?: Siempre 84%, A veces 15%, Nunca 0%. ¿Desea más tiempo para poder estar con su familiar dentro de UTI? SI 61% NO 38%. ¿Cuando se retira de UTI siente que su familiar queda desprotegido? NO 92%, SI 8%. ¿Usted como familiar evalúa positivamente que el paciente en UTI pueda tener alcance mediante el AT a ciertas actividades y recreaciones, para saciar esos momentos de espera?: SI 100% NO 0% ¿Se ha sentido contenido por el equipo de salud de UTI para poder sobrellevar la internación de su familiar? Siempre 100% A veces 0% Nunca 0%.

Conclusión: Se pudo comprobar que la presencia de un agente de salud especializado como lo es el AT en momentos donde el paciente se encuentra internado en UTI sin tener contacto permanente con sus familiares, en relación constante con pacientes moribundos, y conectados con la realidad del estado crítico en el que se encuentran, minimiza todo sentimiento de angustia, ansiedad, y potencializa el campo de la contención y el apoyo externo ofreciendo una mejor calidad de atención.

0048 MEDIDAS DE INTERVENCIÓN SOBRE LA PRESIÓN INTRABALÓN DE LOS TUBOS ENDOTRAQUEALES

L OLIVERI, A CREMONA, A YEBARA, A LEGARTO

Hospital Italiano de la Plata-Terapia Intensiva, Argentina.

Introducción: La presión dentro del balón en los tubos endotraqueales no suele tener un control estricto en muchas unidades de terapia intensiva, no obstante se ha asociado a complicaciones traqueales e infecciosas. *1-2-3

Material y Método: Se controló durante dos meses la presión intrabalón manejado por enfermería, sin ninguna intervención. Posteriormente durante 60 días se controló la presión de los balones, desde cero hasta la presión necesaria para poder ventilar al paciente efectivamente mediante un manómetro aneroide adosado por una llave de tres vías a la válvula del balón.

Resultados: Durante los dos meses de observación se evidenciaron presiones intrabalón muy dispares, pero con valores muy altos, superando en la mayoría de los casos los 20- 25 mmHg. Luego de la intervención se pudo reducir significadamente la presión intra-

balón. Las presiones en caso de traqueostomias fueron inferiores en ambos períodos.

Conclusiones: indiscutiblemente el control de la presión intrabalón de los tubos endotraqueales debe ser medida rutinariamente, el simple hecho de desinflar el balón e insuflarlo en forma controlada disminuye ostensiblemente las presiones.

Aunque no fue un objetivo en este trabajo, basados en la bibliografía sería de esperar una disminución en las complicaciones traqueales. Como dato colateral en el programa de vigilancia de infecciones hospitalarias de Argentina (VIHDA) de neumonías asociadas a la asistencia respiratoria mecánica, no solo no hubo aumento de la incidencia sino que presento una tendencia negativa.

*1- Gyton DC et al. Influence of airway pressure on minimum occlusive endotracheal tube cuff pressure. Crit Care Med 1997; 25 (1) : 91-4.

*2- Bouza E et al. Continuous aspiration of subglottic secretions in the prevention of ventilator-associated pneumonias in the postoperative period of major heart surgery. Chest 2008; 134 (5): 938- 46.

*3- Rello J et al. Pneumonia in intubated patients: role of respiratory airway care. AM J Respir Crit Care Med 1996; 154 (1) : 111-5

0049 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DE PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS QUE REQUIEREN VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA

AJ CARUSO, EA ADAMOLI, U ALEGRE ESCOBAR

Corporación Médica de Gral San Martín Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es describir la evolución y pronóstico de los pacientes mayores de 80 años que requirieron ventilación mecánica por diversas causas y compararlo con un grupo de pacientes menores de 80 años que también necesitaron ventilación mecánica en Terapia Intensiva.

Material y Método: Evaluación retrospectiva de todos los pacientes mayores de 80 años (grupo I) que requirieron ventilación mecánica en un período de 2 años 2007-2008, se registró edad, APACHE II, causa de ingreso a ventilación mecánica dividiéndola en 5 grupos: clínicos, insuficiencia respiratoria, postoperatorios, neurológicos y politraumatismos, incidencia de neumonía asociada a ARM, días de ventilación mecánica y días de estadía en Terapia Intensiva, mortalidad global y por cada grupo de ingreso a ARM. Se realizó la comparación de dichas variables con respecto a un grupo de pacientes en ventilación mecánica menores de 80 años (grupo II). Las variables fueron analizadas por la prueba de t de student para comparación de medias y χ^2 para la comparación entre proporciones. se tomó como significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Durante el período 2007-2008 requirieron ventilación mecánica 271 pacientes, de los cuales 54 p (19.9 %) en ARM tenían mas de 80 años .

La edad promedio fue de 84.3 años, el APACHE II 19.12, los motivos de ingreso a ARM fueron clínicos 18 p (33.3%) insuficiencia respiratoria 15p (27.7%) postoperatorios 13p (24%), neurológicos 5p (9.2%) y politraumatizados 3 p (5.5%). la mortalidad global fue de 53.7 % (29 p) y la incidencia de VAP fue de 23.27/ 1000 días de ARM .

En el grupo I la mortalidad con menos de 7 días de ventilación mecánica fue 20 de 37 p (54 %) y mas de 7 días 9 de 17 p (52.9 %) p no significativa . El APACHE II del grupo I 19.12 era significativamente mayor que el del grupo II 15.54 p <0.05 al igual que la mortalidad global grupo I 53.7% grupo II 30.82% p <0.05 , dentro del grupo I el APACHE II de los sobrevivientes 18.72 no fue significativamente diferente al de los no sobrevivientes 19.48 no hubo diferencias significativas en los días de ventilación mecánica (grupo I 5.55 días vs grupo II 5.57 días) ni los días de estadía en Terapia Intensiva (grupo I 10.20 días grupo II 10.70 días). El grupo de pacientes clínicos mayores de 80 años evidenció una diferencia significativa de la mortalidad con respecto al grupo menores de 80 años 77.7% vs 40.9% p <0.05, no se evidenció diferencia significativa de mortalidad entre los grupos restantes.

Conclusiones : La mortalidad global de los pacientes mayores de 80 años en ventilación mecánica fue significativamente superior al resto de los pacientes en ARM, el grupo de pacientes clínicos con sepsis e insuficiencia renal presentaron mala evolución, los pacientes con insuficiencia respiratoria y postoperatorios presentaron una mortalidad similar a la de los pacientes menores de 80 años, el APACHE II no discriminó adecuadamente entre sobrevivientes y no sobrevivientes y la ventilación mecánica por más de 7 días no aumentó el riesgo de mortalidad.

0050 TROMBOLISIS EN PARO CARDIORRESPIRATORIO

ME WALLBERG, AA CHUECO, S NANI, MA BLASCO, IM RAGGIO, F VILLAREJO
Clínica Olivos, Argentina.

Objetivo: Reporte de un caso en el que se utilizó trombólisis de emergencia durante el paro cardíaco, con presunción clínica y ecocardiográfica de tromboembolismo pulmonar (TEP) masivo, confirmado posteriormente con métodos de diagnóstico recomendados (TAC de tórax helicoidal con contraste IV).

Reporte de caso: Paciente de 35 años, con antecedentes de consumo de anticonceptivos orales, que comienza una semana antes de su ingreso con disnea de esfuerzo moderado y sibilancias. Ingresó al servicio de Emergencias de la clínica por presentar síncope, que evoluciona de inmediato a hipotensión severa y deterioro de la conciencia, constatándose actividad eléctrica sin pulso. Se inician maniobras de resucitación. Se realiza ecografía abdominal descartándose causa quirúrgica intra-abdominal del shock y se realiza ecocardiograma doppler que demuestra VD dilatado con deterioro severo de su función, desplazamiento del septum hacia la izquierda, PSAP estimada: 65 mmHg, vena cava inferior dilatada, sin colapso inspiratorio. Se decide iniciar 100 mg IV de rTPA a los 30 minutos de iniciadas las maniobras de resucitación, las cuales se continúan por 30 minutos más, recuperando ritmo sinusal, con requerimientos elevados de noradrenalina (1 mcg/kg/min). Se realiza horas después TAC de tórax con contraste hallándose falta de relleno a nivel del tronco de rama pulmonar derecha y a nivel segmentario y subsegmentario bilateral. La paciente requirió ventilación mecánica por 5 días y fue extubada con éxito. Permaneció en toda su internación en UTI con severo deterioro cognitivo. Fue derivada a centro de rehabilitación con recuperación motriz y cognitiva estimado ambos en un 80 %, a los 12 meses del evento inicial.

Conclusión: Según se aprecia en la literatura, el pronóstico del TEP que evoluciona con severo colapso cardiocirculatorio es muy pobre, ya sea a corto o mediano plazo. Además, hay aval para el uso de trombolíticos en el paro cardiorrespiratorio ya que en el 70% de los casos su causa es el infarto agudo de miocardio o TEP. Nosotros reportamos aquí, la utilización trombolítica en una paciente joven sin antecedentes patológicos de importancia, que ingresó a la UTI con paro cardiorrespiratorio. El uso de trombolíticos en contexto de TEP se halla acotado a pacientes con severo deterioro hemodinámico y no parece haber beneficios, evaluado en términos de mortalidad, de su uso en otros escenarios. El motivo que hace interesante el reporte es el uso de la terapéutica trombolítica como estrategia de rescate, luego de 30 minutos de haberse iniciado el protocolo de reanimación cardiovascular, según normas internacionales, con la presunción de la severa disfunción del VD a través de la realización de ecocardiograma doppler, hecho a la vera de la cama de la paciente.

0051 NEUMORRAQUIS A CAUSA DE EFECTO MACKLIN EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA VENTILATORIA AGUDA SECUNDARIA A EXACERBACION ASMATICA

VS CUBAS, E POZZO WILDT, L GAROFANI, J MOREIRA, GA VACA RUIZ, JP ROMERO, G BUSTAMANTE, ER PALERMO, A CONFORTI
Hospital Interzonal General de Agudos Pedro Fiorito de Avellaneda, Argentina.

Objetivos: Actualizar la información existente sobre el efecto Macklin.

Materiales y Métodos: Presentación de un caso clínico en base a la Historia Clínica, y búsqueda bibliográfica (Medline).

Resultados: Paciente masculino, 17 años, ingresa a UTI en Insuficiencia ventilatoria aguda, reagudización asmática y sepsis por celulitis de pierna izquierda.

Ingresó lúcido, sibilancias diseminadas bilaterales, FR 28, FC 130, TA 120/80, Sat% 92, PAFI 120. Inició tratamiento convencional, con buena respuesta. Se inicia tratamiento ATB con AMS/Ciprofloxacina. Intercurre con náuseas, vómitos y aparición de enfisema subcutáneo en cuello y región anterior del tórax. TAC de tórax y abdomen que evidenció imágenes compatibles con neumomediastino, enfisema subcutáneo bilateral en cuello y tórax superior, burbujas aéreas en retroperitoneo (predominio psoas izquierdo), enfisema a nivel de músculos paravertebrales y canal medular; Ecografía de partes blandas de miembro inferior izquierdo compatible con celulitis. TAC de muslo y de pierna izquierda que evidenciaba imágenes aisladas compatibles con burbujas en planos musculares de la pierna izquierda. Tras 4 días evoluciona favorablemente y pasa a sala de clínica médica.

Efecto Macklin

En 1937 C. Macklin publica un trabajo experimental en gatos donde muestra que la insuflación de aire a presión en el bronquio fuente produce neumomediastino en 3 fases: 1. Rotura alveolar (hiperinsuflación de la vía aérea). 2. Formación de burbujas de aire que migran por las vainas de arterias y bronquios. 3. Burbujas de aire que disecan mediastino por el tejido conectivo y, pueden llegar al cuello, axila, retroperitoneo y canal medular (neumorraquis). En 1939 Hamman describe por primera vez el neumomediastino espontáneo. En 2001 Wintermark describió (con TAC) la presencia de aire en las vainas perivasculares y peribronquiales en el 39% de los casos de neumomediastino secundario a traumatismo torácico o cervical grave, y a eso se llamó "efecto Macklin". El Neumomediastino puede ser traumático, iatrogénico o espontáneo. En niños y adultos es una patología infrecuente (1/800 a 1/42000 consultas a las salas de urgencias) relacionada con traumatismos en la vía aérea, rupturas esofágicas por aumentos de la presión intraabdominal (vómitos), el síndrome de Boerhaave de elevada mortalidad, o espontáneo en casos que no se relacionan con el trauma o lesión iatrogénica. Afecta principalmente a adultos jóvenes. Factores desencadenantes: aumento de la presión endopulmonar (ataques de tos en crisis asmáticas, vómitos, maniobras de valsalva, inhalación profunda de drogas ilícitas, etc. Se presenta con dolor torácico, disnea y enfisema subcutáneo; y torticollis, odinofagia, disfagia, cervicalgia, disfonía y pulso paradójico. Tratamiento sintomático, reposo, analgésicos y oxigenoterapia. Resolución del enfisema a partir del 4º día.

Conclusiones: El efecto Macklin es una entidad poco conocida que debe ser considerada en pacientes con patologías relacionadas al incremento de la presión intratorácica.

0052 MEDIASTITIS NECROSANTE DESCENDENTE: REPORTE DE CASO

PSAÚL, E CUNTO, C NOGUERAS, J SAN JUAN
Hospital Muñiz, Argentina.

Introducción: La mediastinitis es una infección grave del tejido conectivo del mediastino. Tiene una mortalidad mayor del 50%. Suele ser causada por una perforación esofágica o complicación de cirugía cardíaca. La variedad más grave y letal es la mediastinitis necrosante descendente, secundaria a infecciones orofaríngeas, cervicofaciales o por un trauma cervical.

Objetivo: Dada la infrecuencia de mediastinitis necrosante descendente, se presenta un paciente con esta entidad secundaria a una infección odontogénica.

Caso clínico: Paciente de 43 años, masculino, sin antecedentes patológicos significativos. Comenzó 10 días previos a su ingreso, con fiebre, dolor y tumoración en maxilar inferior izquierdo; es internado

3 días por flemón dentario, corroborándose por ecografía en región submaxilar izquierda colección de 24 por 16 mm; fue medicado con antibióticos por vía parenteral. Al alta se indicó amoxicilina por vía oral y comenzó con omalgia y disnea a las 24 horas. Es reinternado y medicado con metronidazol, ceftriaxona y dexametasona. Se extrajo 2° molar inferior izquierdo y se punzó absceso cervical izquierdo. Evolución desfavorable, es derivado a nuestro hospital donde fue admitido en unidad de cuidados intensivos por mediastinitis. Ingresó con shock séptico, síndrome de dificultad respiratoria aguda, APACHE II: 17 puntos y SOFA: 8 puntos; en tórax y cuello se detecta enfisema subcutáneo; aumento del tamaño del cuello con eritema, crepitación, dolor y tumoración cervical izquierda, derrame pleural derecho y piezas dentarias en mal estado. Requiere reanimación, ventilación mecánica y drogas vasopresoras. Fue medicado con ampicilina-sulbactam, clindamicina y gentamicina. Se realizó procedimiento quirúrgico: "Toracotomía postero-lateral derecha, cervicotomía lateral izquierda, drenaje pleural, cervical y mediastinal. Se constató empiema derecho y salida de material purulento periesofágico. Se debridó mediastino superior y cavidad bucal". Evolucionó desfavorablemente con shock refractario. Falleció 36 horas después de su ingreso.

Exámenes Complementarios: Glóbulos blancos: 30.2/mm³ (Neutrófilos 92.9%). Glucemia: 286 mg. Quick: 67%. Fibrinógeno: 609 mg. Hemocultivos: negativo. Urocultivo: negativo. Material quirúrgico de mediastino: Gram: Abundantes leucocitos, no se observan bacterias. Cultivo: Negativo. Rx de tórax: Opacidad homogénea en hemitórax derecho. Opacidad reticular en ambos hemitórax. Mediastino ensanchado. TAC de tórax: Evidencia de aire y colección mediastinal y cervical. Derrame pleural derecho.

Conclusión: La mediastinitis necrosante descendente causada por infecciones de la cavidad bucal es infrecuente, por lo tanto, la experiencia en el tratamiento de estos pacientes es escasa. Es necesario un alto índice de sospecha. El retraso en el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico inadecuado determinan una elevada mortalidad. Se sugiere el uso sistemático y temprano de la tomografía computarizada ante la sospecha clínica, así como para planear la mejor estrategia quirúrgica y el seguimiento posterior.

0053 EDUCACIÓN MEDICA CENTRADA EN EL E-LEARNING. EXPERIENCIA DEL COMITE DE INFECTOLOGIA CRITICA (CIC) DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI)

R REINA, J DESSE, M PAZ, M LLORIA, J VIDELA, C LLERENA, M BLANCO, A CREMONA, LD LOURTAU, M ESTEBAN, A PANIGAZZI, C BALASINI, W CORNISTEIN
Comite de Infectología Crítica, SATI, Argentina.

Objetivo: Comentar la experiencia del CIC con cursos de Infectología crítica en modalidad e-learning

Métodos: Cursos e-learning dictados a través de la plataforma MOODLE de la SATI. Propuesta de enseñanza: Estrategias para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones graves en el paciente crítico. Cursos: modulados; entrega de material de lectura escritos, en ppt, artículos considerados relevantes, y podcasts; interacción asincrónica a través de los foros de discusión; comunicación a través de email personal. El seguimiento del alumno fue continuo. El Equipo Docente estuvo integrado por Directores, a cargo de la gestión; Tutores, para coordinación y seguimiento continuo de los alumnos y los docentes; Docentes, responsables de la selección, estructura y organización de los contenidos del curso, y de cada foro de discusión; Pedagoga, colaboración con el resto del equipo en la estructuración, propuesta y recursos de los materiales; y Administrador y Diseñador Didáctico, a cargo del funcionamiento del campus y de armar el material didáctico.

Resultados: Entre 2006-2010 se realizaron 6 cursos: 3 adultos, 1 pediátrico, y 2 adulto-pediátricos, con 430 inscriptos. Cursos: duración de 3,5 meses promedio; cada módulo con su foro se mantuvo durante 3 semanas; en 2 de los cursos se desarrollaron Trabajos de

Integración sobre Medidas de Prevención de Infecciones; en 2, hubo 1 foro transversal –es decir, desde el inicio hasta el final del curso– sobre Toma de muestras bacteriológicas. Alumnos: especialidades: cuidados críticos, clínica, medicina general, pediatría; residencia: Argentina (mayoría), Chile, Colombia, Uruguay, Ecuador; conexión al campus en general a la noche. Algunos alumnos retrasaron su interacción al foro; otros fueron más activos desde el inicio; la participación fue activa entre los alumnos y con el docente; los alumnos generaron preguntas que llevó a nuevas consignas intra-foros, aportes de material bibliográfico para fundamentar sus opiniones, para ampliar la discusión, para mostrar la controversia existente en algunos de los temas. En general, los alumnos respondieron a las consignas del curso. El 85% finalizó el curso; el 72% rindió el examen múltiple choice, el 74% aprobaron. **Fortalezas:** la generación de Educación Médica a través de e-learning, una nueva modalidad nunca antes utilizada en la SATI; la SATI cuenta con herramientas apropiadas como la plataforma Moodle; buena aceptación por parte de los colegas-alumnos; aunque sólo 2 integrantes del equipo docente tienen cursos universitarios en e-learning, contribuyen a la formación del resto del equipo. **Debilidades:** la mayoría de la información se presenta con datos subjetivos; la adquisición en terreno de experiencia en e-learning; el contenido de los cursos debe mejorar aún más para responder a las consignas pedagógicas actuales **Conclusión:** El e-learning es una modalidad sumamente útil para proveer Educación Médica, ya que se adecua a la necesidad educativa de los colegas teniendo en cuenta inconvenientes como falta de tiempo, distancias, costos.

0056 CAMBIOS EN LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIMICROBIANOS BASADOS EN LIDERAZGO EN UN SERVICIO DE UTI

RO FERNANDEZ, MB GRILLI, JC ARJONA, LA BATISTINI, LA PARRA, MG RINAUDO, MV ORDOÑEZ, ML LUJAN, WD VAZQUEZ

Hospital Español de Mendoza, Argentina.

Objetivos: Evaluar cambios en la prescripción de carbapenemes, basados en liderazgo en UTI. Evaluar la relación entre cambios en la conducta prescriptiva y sensibilidad de *A. baumannii* a carbapenemes.

Material y método: Estudio prospectivo con intervención, realizado entre diciembre de 2007 y diciembre de 2009, en una UTI polivalente. Se registraron los aislamientos bacteriológicos de muestras respiratorias y hemocultivos de pacientes con diagnóstico de Neumonía asociada ARM (NAV) y bacteremia asociada a Catéter Venoso Central (BACVC) con su antibiograma correspondiente y se determinaron esquemas empíricos que cubrieran $\geq 85\%$ de los aislamientos microbiológicos. Diariamente se buscó el consenso entre los médicos de planta en la ronda clínica aportando bibliografía y realizando la devolución mensual de los datos de sensibilidad a antimicrobianos. Se obtuvo el consumo mensual de ATB a partir de los registros de Farmacia. Las cifras obtenidas fueron expresadas en Dosis Diarias Definidas por mil pacientes días, (DDD / 1000 pac. días). Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desvío estándar (DE) y para su análisis se utilizó ANOVA de una vía y test de Bonferroni. Las cualitativas se expresan como porcentajes y se utilizó para su análisis Chi cuadrado y Chi cuadrado para tendencias. Se valoró la relación entre consumo de ATB y los niveles de resistencia de *A. baumannii* a carbapenemes, mediante regresión lineal y correlación de Pearson. Se consideró significativa $p \leq 0,05$.

Resultados: Durante el período estudiado se registraron 2610 egresos del servicio, siendo analizados 582 aislamientos bacteriológicos correspondientes a 295 pacientes. El consumo promedio mensual de ATB, entre el 2007 y el 2009 varió para: a) Carbapenemes 67,7 a 33,1; b) Tigeciclina 3,5 a 11; c) Tazobactam 20,2 a 55,9 y d) Colistin 1,6 a 2,6 DDD / 1000 pac.días, todos con significación estadística. El porcentaje de aislamientos de *A. baumannii* durante el año 2009, (18%), fue significativamente menor que en 2007 y 2008, (50 y 26,5%), $p < 0,001$. El porcentaje de sensibilidad a carbapenemes

■ Resúmenes

de *A. baumannii*, varió de 0%, (2007) al 14,2% durante el 2009, $p = NS$. No se observó buena relación entre el consumo de carbapenemes y el aumento de sensibilidad a los mismos de *A. baumannii*, $R^2 = 0,7231$. El coeficiente de correlación de Pearson para la relación consumo / sensibilidad a carbapenemes fue para cada ATB como sigue: a) Carbapenemes -0,850 ($p=NS$); b) Colistin 0,998 ($p=0,037$); c) Tazobactam 0,995 ($p=0,048$) y d) Tigeciclina 0,999 ($p=0,024$).

Conclusiones: Las intervenciones utilizadas se mostraron efectivas en lograr una disminución significativa en el consumo de carbapenemes, sin relación directa con el porcentaje de resistencia a los mismos de *A. baumannii*. Pudo demostrarse una relación entre la utilización de ciertos antimicrobianos, (tigeciclina, piperacilina tazobactam y colistin) y el aumento de la sensibilidad de *A. baumannii* a carbapenemes.

0058 HEMODIAFILTRACION CONTINUA VS HEMODIALISIS CONVENCIONAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SEPSIS SEVERA O SHOCK SEPTICO Y FALLA RENAL AGUDA

HMN LAMACCHIA, RO FERNANDEZ, MB GRILLI, JC ARJONA, LA BATTISTINI, LA PARRA, MG RINAUDO, ML LUJAN, MV ORDOÑEZ, WD VAZQUEZ
Hospital Español de Mendoza, Argentina.

Objetivos: Evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento de pacientes sépticos con falla renal aguda ingresados a terapia intensiva (UTI), mediante el uso de técnicas de hemodiálisis convencional o hemodiafiltración continua.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional caso control, llevado a cabo en una UTI polivalente. Se identificó pacientes ingresados a UTI con sepsis severa o shock séptico durante dos períodos, enero de 2005 a diciembre de 2006, (pacientes tratados con hemodiálisis convencional) y enero de 2007 a marzo de 2010, (pacientes tratados con hemodiafiltración). Se registró, edad, sexo, diagnóstico de ingreso, APACHE II, probabilidad de sobrevivir, puntajes SOFA y TISS 28 al ingreso, uso de drogas vasoactivas y ARM, evolución, estadía en UTI, lapso entre el ingreso y el inicio sustitución renal y cantidad de sesiones. Se definió el grado de deterioro de la función renal al ingreso según la clasificación AKI (Acute Kidney Injury). Se excluyeron pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal en hemodiálisis crónica. Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DS) y para su análisis se utilizó U de Mann Whitney. Las cualitativas se expresan como porcentajes y fueron analizadas mediante Chi cuadrado. Se consideró significación estadística $p \leq 0,05$.

Resultados: Fueron incluidos 17 pacientes tratados hemodiálisis convencional, (Grupo Control) y 10 tratados con hemodiafiltración, (Grupo Tratamiento). No se encontraron diferencias significativas en las características al ingreso de ambos grupos, excepto en el puntaje APACHE II, $23,2 \pm 7,2$ (control) vs $29,7 \pm 6,2$ (tratamiento), $p = 0,04$. Tampoco difirieron en el uso de drogas vasoactivas, 5 pacientes (29,4%) grupo control vs 4 (40%) grupo tratamiento ni en el requerimiento de ARM, 12 pacientes (70,6%) grupo control vs 9, (90%) en el grupo tratamiento. El lapso desde el ingreso hasta el inicio del tratamiento fue de $2,53 \pm 3,18$ días para el grupo control y $2,1 \pm 2,64$ días para el grupo tratamiento, $p = NS$; tampoco se demostró diferencia en la cantidad de tratamientos realizados, $5,5 \pm 5,6$ en el grupo control, vs $3,5 \pm 2,3$ en el grupo tratamiento.

La mortalidad registrada en el grupo control alcanzó el 70,6% (12 pacientes) vs 60%, (6 pacientes) en el grupo tratamiento Si bien esto no mostró significación estadística se observa una tendencia importante entre ambos grupos, con respecto a la mortalidad predicha; en el grupo control la mortalidad observada superó en un 41% la predicha, mientras que en el grupo tratamiento, la diferencia fue de -10%.

Conclusión: Aunque por el tamaño de la muestra no se alcanza significación estadística, la hemodiafiltración continua parece mostrar cierto beneficio sobre la hemodiálisis convencional en el tratamiento de los pacientes con sepsis severa y shock séptico con falla renal.

0059 SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO CATASTROFICO. REPORTE DE UN CASO

MF CHUNCO, R MASAGUE, C PASTORINO, JC DE ROSA, H MONTENEGRO, D D'RICO, M FIORI, G AMENDOLIA, P DELGADO

Clínica La Pequeña Familia. Junín, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Pocas patologías en terapia intensiva causan tanta ansiedad como la que presentamos en este resumen. Ansiedad por que habitualmente pertenece a gente joven y además se presenta, no pocas veces, de manera catastrófica. Si no se conoce de antemano, siempre se llega tarde. Por último, se trata de una patología de alta mortalidad. Paciente de 30 años que cursando quinto día post operatorio de cesárea, comienza con dolor lumbar y falla renal aguda.

Examen físico: Hipertensa, taquicárdica, afebril. Glasgow 15/15. Se observa en palmas de manos y dedos de pies lesiones maculares y violáceas. Anúrica. Resto del examen físico sin particularidades. Laboratorio: Hcto 22%, plaquetas 150000/mm³, Urea 143mg/dl, Creatinina 7.8mg/dl, Ácido úrico 9.50mg%, Sedimento orina: proteínas 0.7g/l- Hb ++++. Cel. Epit 1-2- GB 35-40- GR 85-90- VES 112- LDH 1.414- Acidosis metabólica. Serología para HIV, VDRL, Chagas, Toxoplasmosis, VHB y VHC no reactivos. Ecografía renal y abdominal: riñones de tamaño y forma normal, leve aumento de la ecogenicidad bilateral. Mínimo derrame pleural bilateral. Inicia hemodiálisis. Se realiza biopsia renal y se solicita laboratorio inmunológico. Posteriormente se indica pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Evoluciona con deterioro del sensorio, Glasgow 7/15. Ingres a asistencia mecánica respiratoria. Tomografía cerebral: evidencia edema en región parietal derecha, sin sangrado ni lesiones isquémicas. Resonancia magnética: lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR, cortico subcorticales, en región temporal, parietal y occipital. Compatible con isquemia. Biopsia renal: microangiopatía trombótica asociada a daño tubular agudo, examen de inmunofluorescencia no se hallaron depósitos de Ig G, Ig A, Ig M, o C3. Laboratorio inmunológico: Crioglobulinas negativas. C3 99mg/dl (VN 90-180)- C4 7mg/dl (VN 10-40), FAN + 1/320, patrón homogéneo (VN 1/80), IgA 169 mg/dl (VN 90-310), Ac. Anticardiolipina 41.2 (VN hasta 20). Ac. Anti DNA 9,1UI/ml (VP> de 25). Ac Anti-SM negativo. Se concluye que el cuadro clínico de la paciente es compatible con síndrome antifosfolipídico (SAF) catastrófico. Inicia tratamiento anticoagulante con heparina sódica. Se deriva para realizar plasmaféresis.

Conclusión: Aún en esta época continúa siendo difícil discernir si, esta patología en este momento de la paciente, es consecuencia de una enfermedad inmunológica de base (Lupus eritematoso (LES), Esclerodermia, etc) que aún no se demuestra en todo su potencial o si realmente es un cuadro protrombótico puro. Clínica médica tiende a afirmar, actualmente, que el SAF siempre es secundario a otra patología inmunológica de base. Como si fuera la punta de un iceberg. Quizás la base del iceberg no se vea por años. En nuestra paciente no podemos afirmar, con certeza, que padece de LES, pero nuestra sospecha es firme. Si afirmamos, por el momento, que cursa un SAF y de características catastróficas que requirió tratamiento inmunosupresor por la sospecha muy fuerte de LES, y plasmaféresis al confirmar el laboratorio inmunológico.

0062 ENCEFALITIS DE SAN LUIS EN UCI: A PROPÓSITO DE UN CASO CLINICO

MF ZUAZAGA, ML VILLABLANCA, JP RICARTE, N KURIGER, MF OBANDO, M SANTOS, N UNSAIN, J PINTOS, C GORORDO, B GALLARDO

Hospital Nacional de Clínicas, Argentina.

Introducción: La encefalitis de San Luis (ESL) es causada por el virus San Luis, de la familia Flaviviridae. Es transmitida por mosquitos del género Culex y las aves son el reservorio.

Objetivo: Comunicar caso de Encefalitis de San Luis en el Hospital de Clínicas de Córdoba en febrero de 2010.

Métodos: Mujer, 59 años. 07 de febrero presenta diarrea y a las 48 horas fiebre. 11.02 (día 1) es internada: SIRS 2° a gastroenteritis aguda; NAC?ITU?. Laboratorio: leucocitos 17,200 (NS84%, L10%, M6%); Hb11,7 gr/dl. Examen: febril, abdomen doloroso. Glasgow 15/15. Desorientación temporal. Le indican ciprofloxacina. Cede la diarrea. Febril.

Día 3: desorientación en espacio. Vigil. Nuca libre. TAC cerebro: normal. PL: LCR claro. Le indican ceftriaxona 2 gr/12hs EV. Por la mañana: nuca resistente. Tono aumentado. Temblor de reposo en manos. MMSS localiza y MMII retira al dolor. LCR: Hb (+++); proteínas (+++); glucosa 0,39 gr/l; células 2/mm³; hematíes 20/mm³. Se agrega ampicilina 12 gr/día EV. Día 5 (Servicio Infectología): febril. Nuca rígida; aumento de tono MMSS. Se opone a apertura de ojos y boca. Pasa a UCI. Nueva PL: muestra a Instituto Viroológico UNC para PCR VHS - CMV - enterovirus; y a Epidemiología para Flavivirus. Se agrega Aciclovir 30 mg/kg/d EV. Día 6: afebril. Vigil, comprende órdenes simples. Emite sonidos. Hipertonía generalizada. EEG: ondas lentas témporo-occipital: encefalopatía. LCR bacteriológico, PCR VHS - CMV - enterovirus y ELISA VIH: negativos. Buena evolución. Suspenden antimicrobianos. Alta el 29/02. Se extrae segunda muestra de suero para Epidemiología.

0063 PROCURACION DE ORGANOS EN CORRIENTES. VISION DE LA ENFERMERIA

D RODRIGUEZ, AD CAMPANHER CASO, JA OJEDA, A PIA-CENZA, JA CIALZETA, HJM ALVAREZ, GL GUTIERREZ, F ZONE CUCAICOR, Argentina.

Introducción: La necesidad de órganos para trasplantes es un problema sanitario en nuestro país que crece día a día. La actividad de procuración en la Argentina es bastante heterogénea y en parte esto se debe, entre otras cosas, al crecimiento particular de algunas provincias en esta área.

Objetivos: *Analizar características de la actividad de procuración en la provincia de Corrientes. *Determinar las causas que llevaron a la muerte encefálica (ME) de los donantes reales.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente todos los operativos de órganos y tejidos concretados en la provincia de Corrientes durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2009. Cada uno de los operativos concretados durante el período establecido fueron agrupados de la siguiente manera: Según su situación inicial en: *Procesos a corazón batiente. *Procesos a corazón parado. Según el número y tipo de órganos y tejido ablacionados en: *Operativos monorgánicos. *Operativos multiorgánicos. *Operativos de tejidos. Según la causa que motivo la muerte se clasifican en: *Producidos por enfermedad. *Accidentes de tránsito. Se analizaron además otras variables demográficas como ser el Sexo, y Edad.

Resultados: Se concretaron durante el año 2009 un total de 62 operativos, de los cuales 41 (66%) fueron realizados a corazón batiente y 21 (34%) a corazón parado.

Del total de operativos, 32 de ellos (52%) fueron monorgánicos, 8 (13%) multiorgánicos y 22 (35%) fueron operativos de tejidos. Los motivos que llevaron a la muerte en su mayoría obedecieron a un ACV (55%) y el 31% fueron por TEC producto de accidentes de tránsito; el 4% restante correspondieron a suicidios y homicidios. En cuanto a las características demográficas de los operativos concretados el 63% (39 operativos) se realizaron en fallecidos de sexo masculino y el 37% fallecidas femeninas.

Conclusión: La actividad de procuración desarrollada durante los últimos años en la provincia de Corrientes permitieron que en el año analizado se concreten 39 donantes reales de órganos por un millón de habitantes y 22 donantes reales de tejidos por un millón de habitantes, superando ampliamente la media nacional. Las causas que motivaron la ME son similares a otras series donde el ACV sigue siendo la primera causa.

0067 SHOCK SEPTICO DEBIDO A INFECCION POR NEISSERIA MENINGITIDIS SIN MENINGITIS

C YURQUINA, R CASTRO, G VERDE, G SILBERSZAC, J SAGARDIA, R VOLOCH, V CATANZARO
Hospital Parmenio Piñero, Argentina.

Objetivo: Presentar dos casos de meningococemia fulminante sin meningitis.

Método: Reporte de caso. **Caso 1:** paciente femenina de 42 años con antecedente de hepatitis criptogénica que ingresa a UTI por cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por fiebre (39°), vómitos y episodio de lipotimia constatándose en domicilio hipotensión arterial. Lúcida. Sin signos meníngeos. Inicia soporte con dopamina dada la falta de respuesta a la expansión. Febril. Mala perfusión periférica. Presentaba acrocianosis con petequias en manos y pies. Laboratorio: HTO 35%, Plaquetas 40000/, Rto de GB: 6700, urea 0,54 creatinina 1,85. EAB (0,50) 7,29-27-94-13 -11-95%. Rx de tórax: infiltrado reticulonodulillar bilateral. Subunidad beta negativa. Doce horas posteriores al ingreso requiere ARM. Inicia tratamiento con oseltamivir, ampicilina sulbactam, claritromicina y TMS. (por test rápido para HIV (+). 24hs posteriores a la admisión se aísla en hemocultivos Neisseria meningitidis. Se rota esquema antibiótico a Ceftriaxone 2 g cada 12 horas. Se suspende TMS por presentar segundo ELISA y Western Blott negativo para HIV. LCR: glucorraquia 70mg/dl , proteínas 135,7mg/dl. Muy escasas células. Gram directo cultivo negativo. La paciente presenta internación prolongada, ARM, (requirió traqueostomía) amputaciones digitales en manos y pies por necrosis, esplenectomía por infarto abscedado de bazo y rotura iatrogénica . Evolucionó favorablemente siendo dada de alta a su domicilio. **Caso 2:** paciente femenina de 52 años de edad que es admitida a UTI por presentar cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por fiebre (40°), malestar general, mialgias intensas y lesiones equimóticas en pabellones auriculares y puente de la nariz. Se evidencia encefalopatía, ausencia de signos meníngeos, livideces generalizadas con placas violáceas en dorso, glúteos y abdomen. Mala dinámica ventilatoria. Requiere ARM y soporte vasopresor. Se indica Ceftriaxone y vancomicina. En el laboratorio se constata plaquetopenia (20.000). Se solicitan hemocomponentes con el objetivo de realizar PL. Presenta paro cardiaco y obita. Se realiza PL post mortem. LCR sin reacción inflamatoria. Cultivo negativo. Hemocultivos 2/2 N. meningitidis.

Conclusión: Los pacientes con enfermedad meningocócica invasiva presentan diferentes formas clínicas que dependen de una secuencia de eventos fisiopatológicos gatillados por el germen, y de la respuesta del huésped: bacteriemia sin shock, bacteriemia con shock pero sin meningitis (meningococemia fulminante), shock con meningitis, meningitis sola y meningococemia crónica benigna. Mientras que la meningitis es el síndrome clínico mas común (80-85% de los casos) y presenta una mortalidad baja (1-5%) la septicemia no acompañada de meningitis representa el 15-20% de los casos con una mortalidad considerablemente mayor (40%).

0068 EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA INTOLERANCIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES CRITICOS: UNA REVISION SISTEMATICA Y META-ANALISIS

C LOUDET, E ESTENSSORO, R REINA
Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Introducción: La intolerancia digestiva alta es un evento que ocurre muy frecuentemente en el paciente crítico, y uno de los principales factores que dificultan la implementación de la nutrición enteral (NE) precoz. Es tratada en la práctica habitual con drogas proquinéticas como metoclopramida o eritromicina, consideradas de 1° línea, existiendo otros fármacos como naloxona, alvimopan, neostigmina, entre otros, con dudosa eficacia.

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad de las drogas proquinéticas para la intolerancia digestiva alta en pacientes críticos.

Métodos: Revisión sistemática (RS) y meta-análisis (MA). Se realizaron búsquedas de ensayos clínicos aleatorizados que compararan estrategias farmacológicas para la intolerancia digestiva alta en pacientes críticos, con placebo u otros fármacos. Bases: Registro Cochrane Central de Ensayos, MEDLINE, EMBASE, LILACS y SCISEARCH, sin restricciones de idioma, de 1970 a 2009. Dos revisores independientes aplicaron los criterios de inclusión, evaluaron la calidad de los ensayos y extrajeron los datos.

Análisis Estadístico: Con software Revman 5.0. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Nueve estudios (360 pacientes) cumplieron los criterios de inclusión de la RS. Seis presentaron resultados para realizar el MA. La eritromicina disminuyó la intolerancia digestiva alta en pacientes críticos en comparación con los que recibieron el control, (OR 0,35; IC del 95% 0,19 a 0,66; $p = 0,001$). La eritromicina también redujo significativamente el aspirado gástrico comparada con el control (diferencia de medias 31,85 %; IC del 95% 5,78 a 57,93; $p < 0,02$). La metoclopramida no demostró eficacia para la reducción del aspirado gástrico en comparación con los que recibieron control. Existen escasos datos que evalúen la combinación de eficacia de otros fármacos para este uso. El único evento adverso considerado fue la diarrea, sin datos suficientes para realizar comparaciones en una medida sumaria. En ningún caso la diarrea observada en los pacientes asignados a la eritromicina se asoció a *Clostridium Difficile*.

Conclusiones: Este meta-análisis confirma la modesta eficacia de la eritromicina para el tratamiento de la intolerancia digestiva alta en el paciente crítico, comparada con placebo o metoclopramida, y la falta de eficacia de la metoclopramida con los mismos fines. No existen evidencias de otros fármacos que hayan sido eficaces. La potencialidad del desarrollo de resistencia bacteriana y eventos cardiovasculares severos con eritromicina no han sido explorados.

0071 EMERGENCIA DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC) EN UTI Y MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA EL CONTROL DEL BROTE

NI LOSCOCCO, ML D' ANDREA, W CORNISTEIN, M TORRES BODEN, G CUETO, C COZZANI, N GOMEZ, M BADIA, L LOPEZ MORAL, CG RODRIGUEZ, A CARUSO
Hospital Cosme Argerich, Argentina.

Introducción: Desde el 2001 se describe la aparición de KPC en varios lugares del mundo con un comportamiento endémico y epidémico. Su importancia radica en la capacidad que posee de transmitir resistencia a todos los antibióticos b lactamicos limitando las opciones terapéuticas. Las medidas de control para limitar los casos son fundamentales. En Argentina, el primer caso se describe en el 2006 y hasta el momento se ha detectado en 24 de distintas provincias. En Junio 2009 se describe el primer caso de KPC en nuestro hospital y en Abril del 2010 aparece el caso índice en terapia intensiva polivalente (UTI).

Objetivo: Describir el brote de KPC en UTI y las medidas implementadas.

Materiales y métodos: Lugar: 16 camas de UTI. Estudio descriptivo observacional en Abril, Mayo y Junio. Criterios de inclusión: pacientes (p) adultos internados más de 48 hs con rescate de KPC en muestras clínicas. Se analizaron datos demográficos, epidemiológicos, clínicos, APACHE II, sitio primario de infección, uso de dispositivos, procedimientos quirúrgicos, antibióticos (ATB) previo, evolución, mortalidad atribuible y estadía. La detección fenotípica de KPC se realizó por el efecto inhibitorio al ácido borónico. Las medidas de control implementadas fueron escalonadas: aislamiento de contacto, cohorteización en misma área, hisopado anal de vigilancia y reuniones diarias interdisciplinarias.

Resultados: Total de p: 7 de los cuales 5 eran mujeres. Edad prome-

dia 51.7 (29-74). Procedían de salas generales 6 p. Promedio días previos de internación 9 (1-27). Motivo de ingreso a UTI: sepsis de otras etiologías (abdominal 3, respiratorio 1, vascular 2, urinaria 1); APACHE II promedio 15.4. Todos tenían co-morbilidades y ATB previo (al menos 3 tratamientos), promedio días ATB previo: 15.6 (7-29). Desarrollaron infección por KPC 6 p (ITU 3, abdominal 2 y NAR 2) y solo 1 colonización. Todos los pacientes estaban en ARM, con dispositivos (CVC, SV y SNG), diálisis 2, NPT 2, intervención quirúrgica 6. Disfunciones: respiratoria 5, hematológica 5, hepática 2, HD 7, renal 5. Fallecieron 3 p con una mortalidad atribuible del 14.2%. El tratamiento de los casos se realizó con tigeclina y/o colistin según el tipo de infección. Las medidas de control de infecciones realizadas fueron: 1) ante el ingreso del primer p infectado se optimizaron las precauciones de contacto, 2) todos los casos se cohorteizaron en habitaciones individuales en una sola UTI, 3) se cerró la internación en dicha unidad, 4) se realizaron reuniones interdisciplinarias diarias (infecto; UTI; bacterio; enfermería; director; subdirector; Quirófano; guardia) para consensuar conductas, 5) se implementó el hisopado anal bisemanal a todos los ptes que ingresaban y permanecían en UTI. No se detectaron nuevos casos ni colonizaciones hasta la fecha.

Conclusiones: La emergencia de KPC se vio en pacientes gravemente enfermos, poliinfectados, que recibieron múltiples tratamientos ATB previos e intervenciones quirúrgicas con internaciones prolongadas en UTI. Las estrategias de control del brote limitaron la aparición de nuevos casos.

0072 VENTILACION NO INVASIVA (CPAP/BIPAP) EN LACTANTES CON BRONQUIOLITIS

MG RODRIGUEZ, JM FIGUEROA, RF JAÉN, O SALTARELLI, M LLASER, V FULCO
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Argentina.

Objetivo: Comparar los efectos del CPAP versus BiPAP como método de ventilación no invasiva asociada a terapéutica standard en lactantes con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a bronquiolitis.

Diseño: Estudio prospectivo, randomizado, controlado, ciego, cruzado.

Pacientes y métodos: 18 lactantes con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a bronquiolitis admitidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos entre mayo '08 y mayo '10 ingresaron al protocolo. Todos los pacientes recibieron secuencialmente VNI por CPAP (6hs) y BiPAP (6hs). 7 pacientes iniciaron con CPAP y 11 con BiPAP, cruzándose el modo luego de las 6 horas; todos recibieron terapia standard asociada. Ambos grupos eran comparables demográficamente.

Intervenciones y medidas: CPAP 10cmH₂O (FiO₂ 1); BiPAP: IPAP 20 cmH₂O, EPAP 8 cmH₂O (FR 12, FiO₂ 1). Interfase: cánula nasal tipo Hudson. Se registraron las frecuencias cardíaca y respiratoria, así como la oximetría de pulso horariamente durante las 12 horas del estudio. La pO₂, pCO₂ y el pH arteriales se registraron al ingreso al protocolo, previo a la rotación del modo ventilatorio (6 horas), y al finalizar el estudio (12 horas).

Resultados: Completaron el protocolo 14 pacientes. La FC y FR disminuyeron en todos los pacientes tanto en modo CPAP como en BiPAP. Al momento de rotar el modo se observó un aumento de estos valores que disminuyeron nuevamente con el curso del otro modo ventilatorio. La paO₂/FiO₂ se incrementó desde la primera hora de VNI; paralelamente, se observó un descenso de la pCO₂. La necesidad de intubación endotraqueal y ventilación convencional fue del 16,6% del total de los pacientes ingresados, todos ellos ventilados en modo CPAP. 1 paciente regresó a BiPAP en la 2° hora de evaluación al rotar el modo.

Conclusiones: La VNI en sus modos CPAP y BiPAP, mejoró la FC, la FR, la hipoxemia y la hipercapnia en nuestros pacientes con insuficiencia respiratoria aguda secundaria a bronquiolitis. Sólo un pequeño

■ Resúmenes

número de ellos desmejoró hasta requerir ventilación mecánica convencional.

0073 COMPARACION DE DOS METODOS DE MEDICION DE LACTATO EN PACIENTES CRITICOS: LACTATO CAPILAR VS LACTATO ARTERIAL

M LUGARO¹, FG RIOS², C PEREYRA¹, G BENAVENT¹, J STRATI¹, L BENITO MORI¹, P SCHOON¹

¹ H.I.G.A. "Dr. Luis Güemes", Haedo, Buenos Aires., Argentina.

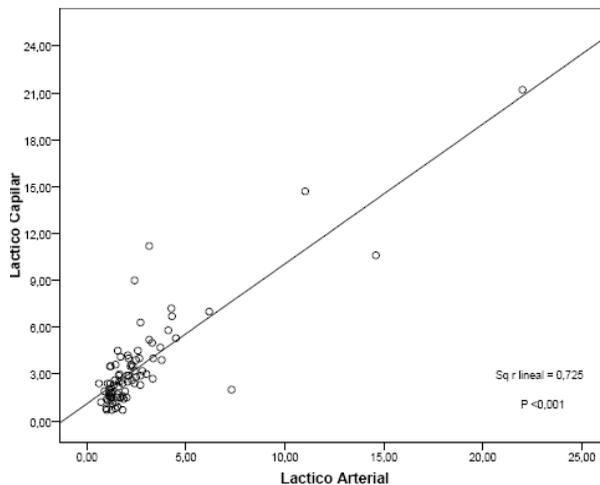
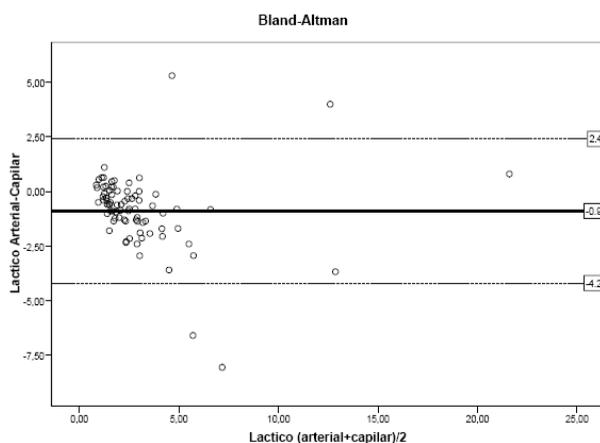
² Sanatorio Las Lomas, San Isidro, Argentina.

Introducción: En presencia de sepsis severa y shock séptico el monitoreo del lactato es de gran relevancia, Recientemente surgieron dispositivos capaces de medir lactato capilar en la cabecera del paciente. nuestro objetivo es evaluar la seguridad de la medición de lactato capilar en este grupo de pacientes tomando como "gold standar" al lactato arterial.

Métodos: Estudio prospectivo, comparativo en dos centros. Con Accutrend® Plus (Roche Diagnostics, Mannheim Alemania) se realizaron mediciones de lactato capilar y se determino al mismo momento el lactato arterial para realizar las comparaciones (las concentraciones de lactato se expresan en mmol/l). Se tomaron como máximo 2 muestras por paciente con una separación mínima de 12 hs entre las mismas. Los datos se expresan media y desvío standard o mediana y 1-3 cuartil segun corresponda, se aplico regresion lineal y test de Bland y Altman.

Resultados: Se incluyeron 81 muestras en 62 pacientes. La edad 56 ± 17 años, Apache II (ingreso) $20,4 \pm 7$, SOFA 7 ± 3 (día de muestra), 57% masculinos, 93% en Ventilación mecánica, 43% con criterios de sepsis severa y 57% con shock séptico, en 17 muestras los pacientes requerian Dobutamina a $8(6-15) \mu\text{kg}/\text{min}$, Noradrenalina en 33 a $0,18 (0,07- 0,4) \mu\text{kg}/\text{min}$, Dopamina en 6 a $5 (2,75 - 12,75) \mu\text{kg}/\text{min}$. Laboratorio: pH $7,36 \pm 0,09$, lactato capilar $2,6 (1,65 - 4)$, láctico arterial $1,8 (1,25 - 2,69)$, En la regresión lineal el $R^2 = 0,725$ $P < 0,001$. la diferencia entre lactato arterial-capilar (delta) $-0,62 (-1,36 - 0,0)$. El delta de láctico arterial-capilar en los pacientes con shock séptico fue $-0,9 (-1,43; -0,3)$ y en sepsis severa fue $-0,37 (-0,99 - 0,2)$ $P = 0,034$. Tomando una diferencia de $0,5$ respecto el valor arterial de lactato, en 8 muestras el Accutrend® Plus infraestimó el láctico arterial y sobreestimó en 45 muestras.

Conclusiones: La medición de láctico capilar con Accutrend® Plus es un método rápido y seguro para la valoración del lactato, Este método de medición tiende a sobre-estimar al láctico arterial y este fenómeno se acentúa ante la presencia de shock séptico. Este método rápido de monitoreo requerirá de futuros estudios para aclarar su rol en pacientes críticos.



0074 SHOCK TOXICO POR SAMR DE LA COMUNIDAD "DESCONCIERTO DIAGNOSTICO EN FASE INICIAL"

P GONZÁLEZ¹, P FREIRE¹, M ORTIZ¹, E ZURITA¹, F PERRETTA¹, J DI CARLO¹, E ROJAS¹, J ORDOÑEZ¹, J LACUADRA¹, L SERNA², C DRINCOVICH²

¹ Hospital Dr. Enrique F. Erill de Escobar, Argentina. ² Dr. Prof. Luis Güemes de Haedo., Argentina.

Introducción: El Estafilococo Aureus es el principal patógeno responsable de infecciones a nivel nosocomial y comunitario. El SAMR-hospitalario tiene factores de riesgo conocidos para su adquisición, sin embargo, se han documentado casos de SAMR en personas de la comunidad, sin factores de riesgo. Su prevalencia se encuentra en ascenso desde el año 2002, siendo nuestra incidencia en lo que va del 2010 de 2 casos. Las infecciones que más frecuentemente se han asociado a SAMR-C son las relacionadas con piel y tejidos blandos e infecciones graves, como neumonía necrotizante y osteomielitis.

Caso clínico: Masculino de 32 años, asmático, que ingresa al Hospital Erill de Escobar por reacción alérgica tipo urticariana de distribución predominantemente ventral, evolucionando algunas de ellas a lesiones ampollares y necróticas distales que se comporta refractario al tratamiento médico habitual, intercorre con abdomen agudo quirúrgico, se realiza laparoscopia exploradora con diagnostico post operatorio de peritonitis primaria, pasa a UTI en shock séptico, se inicia tto empírico con ATB de amplio espectro Se pancultiva con rescate de S. aureus resistente a Oxaciclina en HC y minibal, por lo que se ajusta tto antimicrobiano. Evoluciona en fase inicial con DOM con requerimiento de ARM e inotrópicos. Luego del destete de ARM se constata paresia braquial y amaurosis derecha, TAC de ecéfalogramo con imagen hipodensa occipital izquierda, PL negativa, Ecocardiograma transtoracico y transefagico sin evidencias de lesiones. Síndrome febril, nuevos cultivos, se ajusta plan de ATB agregando Aminoglucósidos con buena respuesta. Biopsia de piel de lesiones ampollares compatible con vasculitis leucitoclastica. TAC de abdomen y pelvis con colección hepática y absceso glúteo que se drena. Serología para Hepatitis, VIH, Sífilis, Hantavirus y Leptospiriosis con resultados negativos (contacto con agua de río). Perfil reumatológico: FAN, Anti DNA, complemento y ANCA p negativos, ANCAc positivo (1/40 por Elisa y 1/20 por IFI).

Intercorre con fístula enterocutánea exteriorizada con buena evolución y cierre espontaneo posterior. Centellograma óseo con hipercaptación en diáfisis femoral derecha y calota parietooccipital. RNM más TAC con contraste que evidencia imagen compatible con absceso cerebral en región parietooccipital izquierda. Derivado al Htal Güemes de Haedo, para resolución neuroquirúrgica, se realiza exéresis total del absceso. Completa tto con vancomicina-rifampicina con buena evolución.

Conclusión: En relación al caso descrito consideramos que ante una erupción cutánea que evolucione con síntomas gastrointestinales, intensas mialgias e inestabilidad hemodinámica se debe considerar con alta sospecha el shock séptico asociado a SAMR-C dado que cuando el paciente ingresa en DOM se torna difícil revertir el cuadro. Además consideramos que dado el aumento de su prevalencia en los últimos años y la alta morbilidad de un diagnóstico tardío se deberían aumentar los signos de alarma en la asistencia ambulatoria para poder llegar a un diagnóstico precoz.

0075 PROBABILIDAD DE SER HOSPITALIZADO EN TERAPIA INTENSIVA POR INFECCION POR H1N1: EVALUACION PROSPECTIVA DE 731,855 ADULTOS CON RESIDENCIA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

A MACCHIA¹, S GIANNASI², R VALENTINI³, A MARINO⁴, M CARIDI⁵, G JANNELLO⁶, I MOINE⁷, M CURONE⁸, PD COMIGNANI⁹
¹ Fundación GESICA, Argentina. ² Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ³ CEMIC, Argentina. ⁴ Complejo Médico Policial Churruca Visca, Argentina. ⁵ Centro Gallego de Buenos Aires, Argentina. ⁶ Sanatorio De Los Arcos, Argentina. ⁷ Sanatorio Agote, Argentina. ⁸ Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Argentina. ⁹ Hospital Alemán, Argentina.

Objetivos: Aunque muchos registros documentan las características demográficas y clínicas de pacientes críticos con infección respiratoria por virus H1N1, la mayor parte carece de un denominador apropiado para calcular la magnitud epidemiológica de la pandemia. El objetivo de este relevamiento fue el de estimar cuál fue la probabilidad de ser internado y morir en UTI por infección respiratoria grave (IRG) por H1N1 en la ciudad de Buenos Aires durante el invierno del año 2009. El objetivo secundario fue comparar la tasa de IRG del 2009 con aquella del 2008.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en todas las unidades de terapia intensiva correspondientes a seis prepagos y obras sociales cerrados de la ciudad de Buenos Aires que incluyen 731.855 personas mayores de 15 años que solo pueden ser internadas en las UTI de sus respectivas obras sociales / prepagos. Se calculó la probabilidad de internación y muerte por IRG por millón de habitantes con su correspondiente intervalo de confianza al 95% (IC95%).

Resultados: Durante el año 2009, 170 pacientes fueron internados por IRG lo que representa una tasa de 232 casos por millón de habitantes (IC95%: 199-270). Esto representa un incremento en la probabilidad de 35% (IC95%:7-70) con respecto al mismo período del 2008. Este incremento fue a expensas de una mayor tasa de internación entre sujetos de 15 a 45 años. Entre los pacientes internados por IRG en el 2009, 15 tuvieron infección confirmada por H1N1 (20.5 casos por millón de habitantes (IC95%: 12-34). La probabilidad estimada de morir por IRG por H1N1 fue de 8.2 (IC95%: 3-18) por millón de habitantes.

Conclusiones: En términos absolutos el riesgo de hospitalización y muerte por IRG debida a H1N1 fue bajo. Aunque la incidencia de IRG en el 2009 se incrementó significativamente comparada con la del 2008, estos datos no respaldan una visión pesimista de la pandemia, y contribuyen a reflexionar sobre las prioridades en salud pública.

0076 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CRÍTICOS QUE REQUIERON TRAQUEOTOMÍA

R COUCE, M KLEINERT, A SOSA, B HUNTER, J OZATNIK, V MOSQUEDA, PD COMIGNANI
 Hospital Alemán, Argentina.

Objetivo: Los pacientes internados en unidades de cuidados críticos (UCC) en ocasiones requieren la realización de traqueotomías (T) por asistencia respiratoria prolongada. La evolución alejada de estos pacientes no está bien documentada.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el pronóstico a largo plazo de una serie consecutivos de pacientes internados en UCC a los que se les realizó una T por ARM prolongada.

Material y método: Todos los pacientes internados en UCC de un hospital universitario fueron consecutivamente incorporados en un registro desde 12/2000 hasta 10/2008. Las características de los pacientes se reportan en medias con su correspondiente desvío estándar. La supervivencia fue calculada con el método de Kaplan-Meier. Para la investigación de factores pronósticos durante el seguimiento se realizó un modelo de regresión de Cox ajustado.

Resultados: Fueron incorporados 49 pacientes con una edad de 68 ± 17 años. El motivo de ingreso a UCC fue patología respiratoria en el 39%, abdominal (15%), neurológica (29%), cardiovascular (10%) y misceláneas (7%). El APACHE II de ingreso fue 16 ± 6, el SOFA 5 ± 3 y el Charlson 1.4 ± 1.7. Los días de ARM previa a la T fueron de 26 ± 7. La mortalidad hospitalaria fue de 51%. Entre los pacientes externados vivos la probabilidad estimada de supervivencia a 60, 180 y 365 días fue de 78%, 60% y 53% respectivamente. Ni las variables demográficas, ni la patología responsable ni los scores de gravedad / comorbilidad predijeron eventos.

Conclusión: La mortalidad hospitalaria y alejada de los pacientes que requieren T es muy alta. Estos datos subrayan la necesidad de crear registros prospectivos multicéntricos para examinar este problema.

0077 LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO: OPINIONES DEL PERSONAL DE SALUD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) CON RESPECTO A HIDRATACION ARTIFICIAL Y SOPORTE NUTRICIONAL

M TORRES BODEN, S BLASCO DIEZ, M GANDUGLIA CAZABÁN, V AMAYA AKKAUY, A ARATA
 Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina.

Introducción: Intentando evitar la medicalización de la muerte, se plantea la limitación del esfuerzo terapéutico. Dentro de estas medidas se incluyen mantener o retirar el soporte nutricional enteral (NE) o parenteral (NPT) y la hidratación artificial (HA).

Objetivo: Conocer la opinión de los profesionales del equipo de salud que trabajan en la UCI con respecto a mantener el soporte nutricional y la hidratación artificial una vez que ha sido tomada la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico.

Método: Estudio prospectivo, descriptivo, transversal, observacional a través de una encuesta anónima y autoadministrada. Se investigaron datos demográficos de los participantes y variables de opinión. El análisis estadístico se realizó por distribución de frecuencias.

Resultados: Respondieron 84 trabajadores de la salud, el 46% fue ≤ a 35 años, el 60% fueron mujeres, el 46% médicos, de ellos el 71% era personal permanente de guardia o planta y el resto residentes, el 30% enfermeros y el resto se repartió entre nutricionistas, farmacéuticos y kinesiólogos. El 74% afirma tener alguna creencia religiosa, en su mayoría católica. Con respecto a las variables de opinión estudiadas la mitad de los encuestados consideraba la HA como tratamiento médico y medida de confort, con cifras muy parecidas en la NE y marcada diferencia con respecto a la NPT, que sólo el 3% la tenía en cuenta como medida de confort. El 83% opinaba que estos pacientes deberían recibir HA. En el caso de que el paciente estuviera recibiendo NE, el 33% decidía continuar con la misma y en el mismo porcentaje expresaba que esta decisión debía ser tomada por la familia en acuerdo con el médico tratante. En el caso de la NPT solo el 1% creía que debía continuarse. Con respecto a la creencia sobre la sensación del paciente en LET de hambre y sed, el 60% suponía que las percibía. Al 51% de los participantes estas decisiones no le generan malestar o culpa y el 12% se abstuvo de responder. En el caso que un paciente se encontrase en LET luego de un intento de suicidio, el 90% afirma utilizar los mismos criterios que para el resto de los pacientes. Con respecto a los costos económicos el 48% no los considera.

Conclusiones: La mitad de los profesionales de UCI son reticentes a incluir la HA y NE en las medidas de soporte vital que se limitan, con una mayoría que cree que el paciente siente hambre y sed, por lo que el 83% considera que deben recibir por lo menos HA. Solo el 4% de los encuestados piensa que deben retirarse en todos los casos de LET. El 51% no sufre malestar por estar involucrado en estas decisiones. Cuando la causa de ingreso fue un suicidio las reflexiones no difieren. La mitad toma en cuenta el factor económico.

0078 BOTULISMO TIPO A. EN UTI ENFERMEDAD MORTAL SIN DIAGNÓSTICO PRECOZ

M MARENGO, J GUYON, A CHENA, JL MARENGO, G ZAKALIK, M SANCHEZ, JM PINA

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital L. C. Lagomaggiore. Mendoza., Argentina.

Introducción: El botulismo es la enfermedad causada por las neurotoxinas de *Clostridium botulinum*, que tienen un efecto paralizante progresivo de inicio en los nervios craneales y extensión caudal a las extremidades. Existen cuatro formas de botulismo: botulismo transmitido por alimentos; botulismo de las heridas; botulismo infantil e indeterminado.

Objetivos: Reporte de un caso clínico de botulismo tipo A en Mendoza.

Materiales y métodos: Revisión y análisis de historia clínica.

Descripción: Paciente de 43 años sin antecedentes patológicos conocidos, que luego de la ingesta de conserva casera presenta visión borrosa, diplopía y disfasia por lo que es internado en centro regional donde se le realiza TAC de cerebro con resultado normal. Ante la sospecha clínica y epidemiológica de intoxicación botulínica, se inicia suero antibotulínico bivalente, dentro de las primeras 24 hs de comenzada la sintomatología. Se confirma en el alimento ingerido la toxina tipo "A". Evoluciona rápidamente presentando a las 48 hs insuficiencia respiratoria aguda, íleo intestinal no complicado, cuadriparesia flácida, oftalmoplejía, ptosis palpebral bilateral y parálisis del detrusor. Requiere para su manejo: ventilación mecánica, sondaje vesical prolongado y nutrición enteral y parenteral. Se realiza traqueostomía precoz. Permaneció 20 días en ARM y luego de 3 días de ventilación espontánea por traqueostoma, se decide su decanulación. Presenta en 3 oportunidades atelectasia pulmonar derecha, dos de las cuales requieren Fibrobroncoscopia para su resolución. Presentó luego de la decanulación, eventos aislados de hipercapnia, hipoxia y desaturación que respondieron rápidamente a la aplicación de VNI. Durante su internación no presentó interurrencias infecciosas y recibió asistencia fonoaudiológica y tratamiento kinesioterápico y fisioterápico las 24 hs. A los 37 días de ingreso ante la imposibilidad de falta de cama en sala de clínica médica, es externado a las 48 hs con recuperación casi total de sus funciones motoras.

0080 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN MENINGITIS BACTERIANA

M CHIAROTTO, R CÓRDOBA, S SANTAGIULIANA, A SANTAMARÍA, S CAMERLINGO, D NOVAL, S ILUTOVICH
Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

Objetivos: Reportar el uso de Craniectomía descompresiva (CD) en la hipertensión endocraneana refractaria vinculada con Meningitis Bacteriana.

Material y Método: Revisión de Historia Clínica.

Resumen: Paciente de 44 años. Traída a consulta por deterioro del estado de conciencia de 12hs de evolución, fiebre 40°C, rigidez de nuca, hipotensión. Presenta obnubilación, GCS 9/15 con episodios de excitación psicomotriz, pupilas intermedias. Requiere asistencia ventilatoria mecánica y sostén vasopresor. TC de cerebro: colapso ventricular y cisternal por edema difuso sin lesiones focales. Toma de hemocultivos y líquido cefalorraquídeo (LCR): glucorraquia

1mg/dl (glucemia 141mg/dl), proteínas 122mg/dl, 1400 células/mm³ (80% de PMN), láctico 14.7mmol/l. Inicio ceftriaxona vancomicina en aislamiento en ambas muestras de *Streptococcus Pneumoniae* oxacilino sensible. Serología para HIV negativa. TC negativa para sinusitis. Monitorización de presión intracraneana (PIC) con 40mmHg por lo que se implementaron medidas médicas generales, soluciones hipertónicas y sedación con opioides y benzodiacepinas con control transitorio. A las 48hs presentó ascenso sostenido de la PIC, nueva tomografía con isquemia frontal, edema y colapso ventricular. Se realizó craniectomía descompresiva fronto-temporo-parietal bilateral de 10 x 10cm con plástica dural y drenaje de LCR purulento de los espacios subaracnoideos. Normalización posterior de PIC. Evolucionó afebril con descenso de leucocitos. Vigil con movilización espontánea y simétrica de cuatro miembros, adecuada respuesta a órdenes, se retira PIC al 9° día. Se extuba al día 16. Cumplió tratamiento con ceftriaxona - rifampicina. Egresó lúcida, sin foco motor, cuadriparesia de paciente crítico.

Discusión: La hipertensión endocraneana (HTE) es una de las principales causas de secuelas neurológicas y muerte en los pacientes con meningoencefalitis. El tratamiento consiste en medidas médicas generales, soluciones hipertónicas, manitol, sedación e hiperventilación. Cuando la HTE progresa a pesar de estos tratamientos, sobrevienen secuelas neurológicas graves o la muerte. La CD ha sido frecuentemente reportada en la meningoencefalitis viral dado el edema masivo meníngeo y parenquimatoso que ésta produce, de rápida instalación, con focos hemorrágicos y alta mortalidad asociada. Sin embargo existen muy escasos reportes sobre el uso de cirugía descompresiva en meningitis bacteriana, con buenos resultados funcionales a largo plazo si la medida se implementa en forma temprana.

Conclusión: La CD amplia, bilateral, con plástica dural, es un recurso útil en el control de la HTE secundaria a meningitis bacteriana y debe ser considerada en forma precoz ante el fracaso de las medidas médico-farmacológicas convencionales.

0081 INEDITO TRASPLANTE HEPATICO EN DOMINO

C NAVEDA GAVILANES, D CZERWONKO, J ALVAREZ, J NUÑEZ, S COSENZA, P PRATESI, O ANDRIANI, G PODESTA
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: El trasplante hepático domino (THD) o secuencial es uno de los métodos empleados actualmente para aumentar el pool de injertos hepáticos disponibles. En esta modalidad, se utiliza el órgano extraído en un paciente trasplantado a causa de polineuropatía amiloidótica familiar para implantarlo en otro receptor. Reportamos la realización de un THD inédito, donde se utilizó como puente al trasplante definitivo de una paciente con fallo hepático fulminante, un órgano portador de un hepatoma extraído a una paciente sometida a un trasplante con donante vivo relacionado.

Objetivo: Reporte de un caso.

Resultados: Paciente de sexo femenino 42 años de edad con fallo hepático fulminante de etiología criptogenica que evoluciona con deterioro progresivo del estado de conciencia, coma e hipertensión endocraneana (HTE) refractaria al tratamiento médico. Debido a la severidad del cuadro clínico, se decide realizar un trasplante en dominó, como puente a la aparición de un nuevo órgano. La decisión se toma en forma multidisciplinaria incluyendo a la familia y el comité de bioética institucional. Se utiliza el hígado explantado de una mujer de 59 años portadora de hepatocarcinoma, sin cirrosis asociada, que había recibido un hígado derecho (donación vivo relacionada de su hijo). La paciente evoluciona posterior al trasplante con disminución de la HTE, mejoría de los valores de bilirrubinas/transaminasas y corrección de la coagulopatía. Permanece menos de 24 hs con dicho injerto hasta la realización del retrasplante y la colocación del injerto hepático definitivo. Evoluciona sin complicaciones de importancia egresando del nosocomio a los 22 días del trasplante definitivo. En seguimiento ambulatorio a los 6 meses no se evidencia enfermedad oncológica.

Conclusiones: Si bien ha aumentado la tasa de donación de órganos, todavía existe una carencia de órganos disponibles. En Argentina existe una elevada tasa de mortalidad en lista de espera para trasplante hepático. El THD nos permitió un puente al trasplante hepático definitivo en una paciente con muy elevado riesgo de muerte. Debido a la carencia de antecedentes de un trasplante de ese tipo, se desconoce el potencial riesgo futuro de transmisión de células tumorales en el nuevo huésped.

0083 RECHAZO HUMORAL EN TRASPLANTE HEPATICO

D CZERWONKO, C NAVEDA GAVILANES, P FALVO, S COSENZA, P RAFFA, P PRATESI, M SILVA
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: Los avances en el tratamiento inmunosupresor han tenido un gran impacto en la evolución y en el éxito de los trasplantes de órganos y en particular del trasplante hepático. Con la introducción de los nuevos fármacos inmunosupresores, la incidencia de rechazo hepático agudo ha disminuido de forma considerable, y la supervivencia de los pacientes ha mejorado. El rechazo hiperagudo ha sido descrito en los trasplantes con incompatibilidad de grupo ABO y es primariamente mediado por anticuerpos. El desarrollo de rechazo hiperagudo en el trasplante de hígado con grupo ABO compatible es una entidad controversial ya que sus características clínicas y significancia no han sido aun bien comprendidas aunque podría conducir a la pérdida del injerto.

Objetivo: Reporte de un caso.

Resultados: Paciente de sexo femenino 60 años de edad con antecedentes de cirrosis biliar primaria y neutropenia (aplasia pura de células blancas) con requerimiento de tratamiento con factores estimulantes de colonias y gammaglobulina hiperinmune. Se realiza trasplante hepático ortotópico con donante cadavérico e intercorre al 3° día con elevación de transaminasas y bilirrubina. En estudio ecográfico con doppler se evidencia indemnidad de los flujos hepáticos. Se realiza biopsia hepática que muestra patrón histológico compatible con rechazo moderado. Se realiza 1gr de metilprednisolona y evolución posterior con elevación progresiva de transaminasas y bilirrubina. Se realiza nueva ecografía abdominal con doppler sin evidencia de obstrucción y nueva biopsia hepática para evaluación histológica de C4d ante la sospecha clínica de rechazo humoral. Se recibe C4d positivo que confirma el rechazo humoral. Se realiza plasmaferesis (5 sesiones) asociada a corticosteroides a altas dosis. Evoluciona con rápida mejoría clínica y de laboratorio.

Conclusiones: La producción de anticuerpos específicos frente a antígenos del donante es uno de los mecanismos de rechazo del injerto. La identificación del perfil de anticuerpos frente a antígenos del donante en pacientes con rechazo mediado por anticuerpos, se pone de manifiesto mediante la detección de anticuerpos circulantes donante específicos y el depósito de C4d en biopsias del injerto. Nuestra paciente presenta biopsia hepática a cielo abierto con criterios histopatológicos compatibles con rechazo mediado por anticuerpos y presencia de depósitos de C4d. Las modalidades terapéuticas utilizadas en esta condición incluyen infusión de gamma-globulina, plasmaferesis y terapias combinadas. En nuestra paciente se utilizó plasmaferesis y altas dosis de corticosteroides lográndose una rápida mejoría clínica y de laboratorio.

0084 RABDOMIOLISIS ASOCIADA A INTOXICACION POR COCAINA

I CHEONG, R CÓRDOBA, S SANTAGIULIANA, A PALAZZO, M BERTÉ, D NOVAL, S ILUTOVICH
Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

Objetivo: Describir la rabdomiólisis como forma inhabitual de presentación de la intoxicación por cocaína.

Materiales y Método: Revisión de historias clínicas.

Resumen: Se describen 2 pacientes adultos jóvenes sin antecedentes médicos de importancia que desarrollaron rabdomiólisis e insuficiencia renal luego de sobredosis de cocaína inhalatoria. **Caso 1:** Paciente de 35 años. Traído de su domicilio con excitación psicomotriz de tiempo de evolución desconocido. Laboratorio inicial con CPK 73.800 U/l, IRA oligúrica con U 66mg/% y Cr 2.4mg/%, GOT 157U/l, TGP 40U/l, K 3.9mEq/l, Ca 7mEq/l, P 2.5mEq/l. Dosaje de cocaína en orina positiva. Ecografía renoureteral normal. Recibe tratamiento con hidratación amplia, alcalinización de la orina, manitol y diuréticos. Evoluciona con normalización del cuadro neurológico, de laboratorio y ritmo diurético. Alta sanatorial al 8° día con U 37mg/%, Cr 1.2mg/% y CPK 572U/l. **Caso 2:** Paciente de 32 años que en contexto de sobredosis de cocaína sufre traumas menores múltiples. Consulta 48hs después por oligoanuria, astenia y mialgias. Laboratorio inicial con urea 226mg/%, creatinina 11.3mg/%, CPK 106000U/l, TGO 773U/l, TGP 546U/l, BT 2.4U/l, coagulopatía y plaquetopenia con fibrinógeno y AT III bajos, PDF alto, K 3.9mEq/l, Ca 7.5mEq/l, P 7.8mEq/l. Cocaína en orina positiva. Ecografía renoureteral normal. Ante la falta de respuesta al tratamiento médico inicia hemodiálisis. Recuperación del ritmo diurético progresivo por lo que suspende hemodiálisis al 5to día. Alta al domicilio día 25 con U 44mg/%, Cr 1.3mg/% y CPK 521U/l.

Discusión: El uso de cocaína se asocia con serias complicaciones tales como infarto de miocardio, arritmias, muerte súbita, stroke, convulsiones y manifestaciones gastrointestinales. La afectación renal es menos frecuente y su descripción más reciente. La rabdomiólisis es el mecanismo más frecuente de daño renal. En su desarrollo se han implicado isquemia por vasoconstricción del músculo esquelético, toxicidad directa y aumento de la actividad muscular por agitación o convulsiones. La lesión renal se produce por obstrucción tubular y toxicidad directa de la mioglobina. La mortalidad descrita para el fallo renal asociado a rabdomiólisis es de 20 a 40 %. En analogía con los pacientes expuestos, la literatura describe casos de rabdomiólisis por cocaína en pacientes adultos jóvenes, adictos crónicos con consumo principalmente inhalatorio, llevados a la consulta por cuadros de excitación psicomotriz que suelen tener como factores asociados para el desarrollo de rabdomiólisis: trauma, decúbitos prolongados, convulsiones. Respecto al compromiso hepático descrito en el caso 2, tanto la CID como el fallo orgánico múltiple han sido reportados en pacientes intoxicados con cocaína, como expresión de la vasoconstricción sistémica generada por la droga.

Conclusión: El abuso de cocaína debe sospecharse frente a cualquier caso inexplicable de rabdomiólisis. El diagnóstico temprano y el tratamiento inicial intensivo son determinantes del pronóstico pudiendo evitar el fallo renal agudo y la necesidad de hemodiálisis.

0085 COAGULOPATIA SECUNDARIA A DEFICIT DE VITAMINA K POR HIPEREMESIS GRAVIDICA

M JERMAN, P GUIMARAENS, R NICASTRO, A DONA, MC MARTINEZ BARRETO, S COSENZA, P PRATESI
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: Las náuseas y vómitos son considerados fisiológicos durante el embarazo, sin embargo en ocasiones persisten y no responden a las medidas terapéuticas habituales, provocando pérdida de peso, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base. A este cuadro se lo denomina hiperemesis gravídica. Es una de las causas más frecuentes de hospitalización en la primera mitad del embarazo y ocurre hasta en el 2% de todos los embarazos.

Objetivo: Reporte de un caso.

Resultados: Paciente de 23 años de edad cursando embarazo de 10 semanas de evolución que ingresa por cuadro de vómitos incoercibles, somnolencia, decaimiento general, ictericia, disnea, gingivorragia y pérdida de peso de 10kg en 2 semanas. Refería en las 2 semanas previas 2 internaciones con diagnóstico de hiperemesis gravídica donde recibió tratamiento con metoclopramida y complejo vitamínico B. Se constata en laboratorio de ingreso hiperbi-

■ Resúmenes

lirubinemia, alteración severa del coagulograma, aumento de las enzimas hepáticas e hipokalemia con dosaje de Factor V normal. Evoluciona con mejoría del sensorio luego de reposición con fluidos y corrección hidroelectrolítica. Persiste con vómitos por lo que se coloca sonda nasointestinal para alimentación con fórmula polimérica estándar. Presenta buena tolerancia a la misma y se inicia dieta por vía oral a las 48hs, con buena tolerancia, presentando mejoría de la coagulación y el hepatograma. Continúa tratamiento en piso, con buena evolución y normalización de los parámetros alterados al ingreso.

Conclusiones: El diagnóstico de hiperemesis gravídica requiere la exclusión de otras causas de vómitos severos. Los casos graves de hiperemesis pueden provocar déficit nutricionales severos manifestados por ictericia, neuritis periférica, hemorragia digestiva alta por síndrome de Mallory-Weiss, e incluso encefalopatía de Wernicke. La coagulopatía por déficit de vitamina K es una complicación frecuente en los estados de malnutrición severos, sin embargo los reportes en la literatura de hiperemesis gravídica con diátesis hemorrágica son escasos. La corrección de la coagulopatía requiere el inicio precoz del soporte nutricional y la reposición de vitamina K.

0086 IMPLEMENTACION DE UN PAQUETE BASICO DE RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA (NAVIM)

J ALVAREZ, R QUIROS, L FABBRO, C ORTIZ, C KASPAR, A NOVAU, M ENRIQUEZ, S COSENZA, P PRATESI
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: Con el propósito de facilitar la aplicación práctica de las guías de control de infecciones se han desarrollado paquetes de recomendaciones que intentan resumir las medidas de mayor impacto basadas en la mejor evidencia disponible. Su aplicación en conjunto y en forma universal a todos los pacientes expuestos ha permitido lograr reducciones significativas en las tasas de infecciones asociadas a dispositivos.

Objetivo: Evaluar el impacto de un paquete de medidas para prevenir las NAVM y monitorear su nivel de adherencia.

Material y Métodos: A través de un estudio prospectivo (antes/después) se llevó a cabo a partir de Sep-2009 la implementación de un paquete de medidas básicas: 1- Evitar la ventilación invasiva siempre que sea posible; 2- Suspender diariamente la sedación del paciente; 3- Evaluar diariamente al paciente para el inicio del destete y/o extubación; 4- Mantener elevada la cabecera del paciente (30°-45°); 5- Realizar higiene bucal del paciente con clorhexidina al 2% (4x día); 6- Implementar aspiración subglótica continua; 7- Controlar por turno la presión del balón del tubo (20-25 cm H₂O). La implementación se llevó a cabo a través del modelo de las "5Es": Enganche, Educación, Ejecución, Evaluación y Estímulo. El nivel de cumplimiento de las medidas implementadas se monitoreó a través de una ficha de registro confeccionada a tal fin. Los enfermeros que ingresaban en un turno auditaron el cumplimiento de las medidas del turno anterior. El nivel de adherencia de las medidas fue expresado como porcentaje de cumplimiento del total de observaciones realizadas. La tasa de NAVM durante la intervención fue comparada con la tasa media de los 12 meses previos a la implementación a través de regresión de Poisson.

Resultados: Durante todo el período de estudio (09/08-03/10) se registraron 47 episodios de neumonía en 2895 días de VM (16,23 NAVM c/1000 días-VM). No se registraron variaciones en las tasas de utilización de VM entre el período pre-implementación y el período de consolidación (0,39 [1884/4798] y 0,38 [894/2326] respectivamente). La tasa de NAVM durante el período de pre-implementación fue de 20,17 NAVM c/1000 días-VM (38/1884) en comparación con un tasa de 7,83 NAVM c/1000 días-VM (7/894) durante el período de consolidación (diferencia absoluta de incidencia 12,33 NAVM c/1000 días-VM, IC95% 3,69 - 20,99, p<0,05). Durante el período de consolidación se logró un incremento progresivo del nivel de adherencia

al paquete de recomendaciones llegando a marzo de 2010 con una tasa mayor del 90% para todas las medidas. Comparando las tasas de NAVM del período de consolidación con la tasa basal se estimó que se pudieron evitar 11 episodios de NAVM que anualizados representaron un ahorro neto proyectado de \$ 114.854

Conclusiones: La implementación efectiva de un paquete de recomendaciones básicas resultó una medida eficiente para reducir la tasa de NAVM en nuestra unidad. Además el desarrollo de reuniones de coordinación permitió identificar y corregir aquellos factores que afectaban el nivel cumplimiento de algunas de estas medidas.

0087 EVALUACION DE UNA ESTRATEGIA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR PROGRESIVO ASOCIADO CON LA CURVA PEEP/DISTENSIBILIDAD ESTÁTICA PARA LA TITULACION DE PEEP EN PACIENTES CON SDRA FOCAL

N PISTILLO, O FARIÑA, MA GARCIA
Hospital El Cruce, Argentina.

Se han diseñado diferentes maniobras de reclutamiento y de titulación de PEEP en el SDRA con el fin de abrir el pulmón y mantenerlo abierto. Los pacientes con SDRA focal son más vulnerables de sufrir sobredistensión alveolar y requerirían de presiones transpulmonares (PTP) no tan elevadas para mejorar la oxigenación.

Objetivos: 1) Evaluar en pacientes con SDRA focal la eficacia y seguridad de una estrategia de reclutamiento alveolar progresiva (ERAP) que utiliza presiones crecientes y no tan altas de apertura alveolar. 2) Comparar la curva PEEP/Crs (CPC) con otros métodos de titulación de PEEP: índice de estrés (IE), Saturación O₂, espacio muerto alveolar (EMA) y PTP.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes con SDRA focal diagnosticado por TAC dentro de las 48 horas. Se excluyeron menores de 18 años, embarazadas, pacientes con hipertensión endocraneana no controlable, shock refractario y EPOC.

Procedimiento: 1) Aspectos generales: Los pacientes fueron ventilados en modo CMV, con un Vt de 6 ml/Kg. Durante el estudio se utilizó FiO₂ 100%, flujo constante y pausa inspiratoria de 0.5 segundos. La frecuencia se ajustó según PaCO₂. 2) ERAP: Se aumentó la PEEP de 2 cm H₂O hasta alcanzar 20 cm H₂O. El procedimiento se detuvo con presión meseta (pmest) de 40 cm H₂O o por hipotensión arterial. 3) CPC: Se descendió la PEEP de 2 cm H₂O hasta alcanzar la PEEP óptima, la cual se definió como el menor valor de PEEP para la mejor Crs dentro de los 30 cm H₂O de Pmest. Se consideró como referencia un IE de: 1 y PTP al final de la inspiración (PTPi) y espiración (PTPe) < 25 cm H₂O y entre 0 a 10 cm H₂O respectivamente. Sobredistensión: IE > 1.1. El IE se calculó en base a: presión = a . tiempo inspiratorio^b + c y las PTP se midieron con un balón intraesofágico. Se obtuvo sangre arterial y se calculó EMA con PEEP: basal, máxima y óptima. Se monitoreó: auto-PEEP, ETCO₂, TAM y Sat.

Estadística: Los datos se expresaron como media ± DS o mediana máx./mín. y se compararon con el test de Mann-Whitney. Significativo p=0.05.

Resultados: Ingresaron 10 pacientes. La PEEP óptima elegida por la CPC fue de: 8 cm H₂O (entre 6 y 14 cm H₂O). La ERAP fue efectiva para mejorar la Crs (basal: 36.4 ± 12 mL/cm H₂O vs óptima: 45.3 ± 14.5 mL/cm H₂O, p=0.004), la Sat (basal: 89% entre 74-98% vs óptima: 97% entre 88-100%, p=0.003) y la Pa/FiO₂ (basal: 63 entre 43 - 164 vs. óptima: 162 entre 73 - 262, p=0.02). No se observaron complicaciones. La PEEP óptima concordó con el mejor IE: 1 ± 0.02 y se encontró dentro de los rangos esperados para PTPi y PTPe (11.1 y 2.1 cm H₂O respectivamente). La mejor Sat (99% entre 95-100%) se alcanzó con niveles de PEEP elevados (entre 16-18 cm H₂O) y en general se asoció con sobredistensión alveolar (IE: 1.1 ± 0.03).

Conclusiones: En este estudio observamos que la ERAP fue efectiva para mejorar la Crs y el intercambio gaseoso de los pacientes con SDRA focal. La titulación de la PEEP a partir de la variación de la distensibilidad resultó concordante con el mejor IE y se encontró dentro del rango propuesto para las PTP.

0088 EL GRADIENTE VENOSO CENTRAL ARTERIAL DE CO₂ NO SE MODIFICA DURANTE UNA PRUEBA DE RESPIRACION ESPONTANEA

CH CASABELLA GARCÍA^{1,3}, F PÁLIZAS (H)^{1,3}, R GIANNONI², I ROMERO¹, F LIPOVETSKY³, JL SCAPELLATO⁴, P DESMERY⁴, FJ PÁLIZAS^{1,3}

¹ Clínica Bazterrica, Argentina. ² Sanatorio Otamendi Miroli, Argentina. ³ Sanatorio Santa Isabel, Argentina. ⁴ Sanatorio Anchorena, Argentina.

Objetivos: Se ha descrito en pacientes que fallan a la PRE un aumento del consumo de O₂ (VO₂) que se suple a través de un aumento en la extracción de O₂ (EO₂), y consecuente disminución de saturación venosa central de O₂ (SvcO₂). En estos casos, el índice cardíaco no aumentaría en forma proporcional al aumento de VO₂, planteando la posibilidad del desarrollo de metabolismo anaeróbico con aumento del lactato arterial (L), y considerando que el gradiente venoso central arterial de CO₂ (ΔCO₂) es un indicador sensible del flujo, aumento del mismo. Nuestro objetivo fue determinar la evolución temporal del gradiente venoso central arterial de CO₂ durante una prueba de respiración espontánea en pacientes de cuidados intensivos.

Materiales y Métodos: Se estudiaron en forma prospectiva 58 pacientes ventilados mecánicamente que fueron sometidos a una prueba de respiración espontánea (PRE). Se midieron ΔCO₂, SvcO₂, contenido arterial y venoso central de oxígeno, EO₂, L, índice Fr/Vt. Las mediciones se realizaron antes de comenzar PRE (basal) y al finalizar PRE (final). Los datos se expresan como media ± DS o mediana y percentilo 25-75, fueron analizados con test t, test de Wilcoxon y Mann Whitney, de acuerdo a la distribución.

Resultados: 32 pacientes fallaron (F) a la PRE y 26 pacientes la superaron (E). La SvcO₂ era similar al comienzo de PRE en ambos grupos (0.73 ± 0.09 vs 0.73 ± 0.08 p: 0.39) y presentó una tendencia a ser menor en F al final de PRE (0.7 ± 0.1 vs 0.75 ± 0.06 p: 0.06). Un análisis de regresión logística identificó a SvcO₂ al final de PRE como el único factor predictor de falla (OR 20.2 IC 95% 1.1-382). Los pacientes F aumentaron significativamente EO₂ al finalizar la PRE (25 ± 7 vs 29 ± 6; p: 0.04), mientras que el grupo E no mostró el mismo comportamiento (25.5 ± 8 vs 25 ± 7; p: 0.5). El Fr/Vt basal era similar en ambos grupos (F: 49 ± 16 vs 47 ± 14; p: 0.79) pero fue mayor en F al finalizar la PRE (F: 83 ± 35 vs 63 ± 24 p<0.02). Sin embargo, el lactato arterial (inicial: 14,13 ± 6.6 vs 15,49 ± 7 mg/dl; p: 0.65; final: 14,09 ± 5 vs 13,39 ± 4; p: 0.65) y el ΔCO₂ (inicial: 6.4 ± 2.6 vs 6 ± 2.5; mmHG; p: 0.53; final: 6.5 ± 3 vs 6.4 ± 3 mmHG; p: 0.78) no presentaron modificaciones en ningún grupo.

Conclusiones: Hemos encontrado en los pacientes que fallan a PRE un aumento de la EO₂ que se manifiesta como una caída de SvcO₂. Estos cambios, no fueron acompañados por cambios en el ΔCO₂ ni el lactato plasmático. El presente trabajo fue acreedor de una beca de investigación de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva durante el año 2009.

0089 NEUMONIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DURANTE LA PANDEMIA H1N1 2009. "HABLEMOS DE LAS BACTERIAS"

C IGLESÍAS, C VECCHIO, N MOYANO, D LAPLUMÉ, R BELLONI, A JASOVICH

Sanatorio Güemes. Grupo Jasovich. CABA, Argentina.

Introducción: En las guías nacionales e internacionales, las recomendaciones para el tratamiento empírico inicial (TEI) de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) incluyen aminopenicilina más inhibidor de β lactamasa (IBL) o ceftriaxona asociado a macrólidos o fluoroquinolonas y no se contempla al *S. aureus* meticilina resistente (SAMR); sin embargo, publicaciones recientes consideran ampliar el espectro antibiótico para dicho germen en el contexto de la pandemia por virus influenza H1N1.

Objetivos: Describir los aislamientos bacteriológicos y el tratamiento antibiótico empírico inicial (TEI) apropiado en pacientes con NAC bacterianas durante la pandemia H1N1 2009.

Métodos: Estudio descriptivo. Se revisaron historias clínicas y aislamientos bacteriológicos de 199 pacientes adultos de edad comprendida entre 18 y 95 años con ERA internados en Sala General y Terapia Intensiva (UTI) de un hospital privado de 450 camas desde el 28 de mayo al 09 de septiembre de 2009. Se definió NAC a la presencia de opacidades pulmonares radiológicas en pacientes con enfermedad respiratoria aguda (ERA). Cumplieron la definición, 173 pacientes y 19 fallecieron (11%).

Resultados: En 15/173 pacientes con NAC se documentó etiología bacteriana por agentes comunes. En hemocultivos: 7 *S. pneumoniae*, 3 SAMR, y 1 *S. aureus* meticilina sensible (SAMS) y en esputos: 2 SAMR, 2 *H. influenzae* (Hi). Hubo además 4 baciloscopias positivas (BAAR). Los pacientes con NACB por neumococo y estafilococo presentaban ERA febril de ≤ 24 h. de evolución; en las causadas por Hi, 24 a 48 h. y más de 7 días en aquellos con BAAR. El TEI utilizado fue oseltamivir, ampicilina más IBL y claritromicina. Luego de documentar la primera NAC por SAMR se agregó vancomicina o cotrimoxazol, este esquema lo recibieron 13/15 pacientes.

En 4/15 pacientes se efectuaron hisopados nasofaríngeos procesados por reacción en cadena de polimerasa en tiempo real: 2 influenza H1N1 y 2 estacional.

Se internaron en UTI 6/15 pacientes. La mortalidad de las NACB fue 46,6% (7/15). Fallecieron 3 pacientes con NAC por *S. pneumoniae*, 3 SAMR, 1 SAMS y sólo 2 tenían comorbilidades.

Conclusión: Durante la pandemia H1N1 2009 el neumococo y el estafilococo (SAMR y SAMS), en esta serie, fueron los agentes patógenos más frecuentes de las NACB con una mortalidad elevada (46,6%). Un hallazgo del estudio fue que las NAC bacterianas no se presentaron como fiebre secundaria después de un período de defervescencia del 4° a 7° día de iniciados los síntomas de ERA relacionada con influenza, como se describió durante la pandemia de 1918. El TEI apropiado fue el activo frente a SAMR e indicado inicialmente a los pacientes con NAC debido a la dificultad clínica para diferenciar etiología viral de bacteriana. Estos resultados sugieren que los TEI de las guías podrían necesitar reevaluarse, especialmente en períodos de epidemia de H1N1.

0091 POLINEUROPATIA GRAVE DURANTE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPICO EN UNA NIÑA DE CUATRO AÑOS

MA SANCHEZ PERI, E VANELLA, MJ MOSCIARO, L PIOVANO, MS GUERRERO, PN QUINTEROS, P CORREA

Hospital Humberto Notti, Argentina.

Objetivo: presentación de caso clínico; niña de 4 años con leucemia linfoblástica aguda (LLA) que como complicación de tratamiento quimioterápico presentó síndrome de Guillain Barre.

Resumen: Paciente de 4 años de edad, con antecedentes de LLA que recibió quimioterapia con etoposido, citarabina, l aspariginasa, vincristina, citarabina y dexametasona, un mes previo al ingreso hospitalario. Previa a la internación presentó polineuropatía sensitiva de miembros inferiores por lo cual inició tratamiento con amitriptilina y morfina. Ingresó a sala de internación con neutropenia febril. A partir del quinto día de internación con evolución favorable se agregó debilidad muscular progresiva de distal a proximal, arreflexia, ptosis palpebral izquierda, hipotonía severa con pares craneales normales. Con sospecha clínica de Guillain Barré se solicitaron estudio de líquido cefalorraquídeo (LCR), electromiograma (EMG) y velocidad de conducción, proteinograma por electroforesis, serología, perfil inmunológico y anticuerpos antigangliósidos. Al séptimo día de internación se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona por tres días a 30mg/Kg./día con mantenimiento con prednisona a 2mg/kg/día, sin mejoría clínica (voz hipofonética, llanto débil, mayor hipotonía, cuadriparesia muy marcada, arreflexia osteotendinosa con sensorio conservado) por lo que se indicó a los doce días de internación gammaglobulina 2gr/Kg./dosis con

admisión en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). A los nueve días requirió ventilación mecánica. En UTI se realizaron cinco ciclos de plasmaféresis, y terapia de mantenimiento con metilprednisolona. Estudios complementarios: EMG con velocidad de conducción compatible con neuropatía axonal severa, en LCR disociación albúmino-citológica (1 cel, prot 0,93gr/l), anticuerpos antigangliósidos GM1 IgM 18000 (vn <800), GD1B tipo IgG 12300 (vn <1100), GD1B tipo IgM 3100 (vn <1100). Aspecto respiratorio: requirió 77 días de asistencia respiratoria mecánica, siendo traqueostomizada a los 22 días. Con weaning lento. Aspecto infectológico: recibió antibióticos de amplio espectro por neumonía asociada a ventilación mecánica, infecciones urinarias, sepsis asociada a catéter. Aspecto oncológico: continuó con tratamiento oncológico según especialista. Aspecto neurológico: recuperó sostén cefálico, deglución, tos efectiva, respiración espontánea, movilidad distal de miembros superiores e inferiores. Alta hospitalaria a los 120 días de internación.

Conclusión: Nuestro interés es mostrar las graves complicaciones asociadas a tratamiento quimioterápico, en una niña con leucemia linfoblástica aguda de alto riesgo con Síndrome de Guillain Barre secundario a quimioterapia, que requirió internación en UTI y ventilación mecánica prolongada con la morbimortalidad que esto sumó a su patología de base.

0092 SIMULATION IN INTENSIVE CARE MEDICINE TRAINING: A MODEL CURRICULUM IN UNDERGRADUATE MEDICAL S TITERMAN, KC ABRÃO, AP QUILICI, S SATO, F GUTIERREZ Anhembi Morumbi University - Laureate International Universities, Brasil

The interest in clinical simulation as a learning strategy in healthcare education is growing in recent years. We can notice a lot of medical schools interested in the application of this methodology, although the concept and relevance of these tools are still in development. This paper presents the main aspects of Simulation as a learning strategy in healthcare education. We propose a six-year curriculum for intensive care and emergency medicine using human simulation both to teach and to assess the core competencies. Human simulation refers to a variety of technologies that allow students to work through realistic patient problems so as to allow them to make mistakes, learn, and be evaluated without exposing a real patient to risk. This curriculum incorporates 10 simulated patient encounters with gradually increasing difficulty, complexity, and realism into a six-year undergraduate medicine. The core competencies are incorporated into each case, focusing on the areas of patient care, interpersonal skills and communication, professionalism, and practice based learning and improvement. Because of the limitations of current assessment tools, the demonstration of student competence is used for formative evaluations. Limitations of this proposal and difficulties in implementation are discussed, along with a description of the organization and initiation of the simulation program. The development and implementation of the proposed simulation in curriculum will significantly improve the student's capability in the intensive care and emergency response area.

0093 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO: HEMOPERITONEO MASIVO POR LESION UNICA EN TRAUMA ABOMINAL CERRADO CON DISRUPCION TOTAL GASTRODUODENO-PANCREATICA

ML CABANA, F FARFAN, L FERNANDEZ, L LEON CEJAS, C VEGA, L VIDAL, D VARGAS, L LUNA, C PARUSSINI, M DAUD Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy Pcia. Jujuy, Argentina.

Introducción: Los traumatismos duodeno-pancreáticos son infrecuentes, cerca del 3 %, la mortalidad es 5 al 54 % según las dificultades inherentes a su manejo. En T. cerrados el mecanismo habitual

de lesión es un impacto anterior en la línea media causando la compresión del páncreas contra la columna vertebral. La hiperamilasemia y la tomografía abdominal pueden ser sugestivas de lesión aunque en la mayoría de los casos el diagnóstico se realiza en el momento de la laparotomía exploradora.

Objetivo: presentación de un varón 17 años, sano previo, sin ingesta de alcohol, sufre colisión en la vía pública, moto sin casco, versus objeto inmóvil no deformable, impacto frontal, quedó colgado sobre el borde de un contenedor. En la evaluación primaria por SE lúcido, inquieto, normotenso, traumatismo toraco-abdominal cerrado. TSR: Grave. Ingreso TA 100/60, FC 114, dolor abdominal intenso. Ecografía: líquido libre en cavidad. En cirugía: Hemoperitoneo masivo, disrupción total gastroduodeno-pancreática (grado IV TOI). Drenaje duodenal, Y de Roux, anastomosis T-T pancreático-yeyunal con técnica telescopage, antrectomía termino-lateral con anastomosis gastroyeyunal, colecistectomía, vía biliar fina no canalizable. Sonda K108 distal. Acidosis metabólica EB -9 Requiere activa resucitación en UTI. Evolución favorable con corrección de deuda O2. Amilasa 354 U/l, CK 389 U/l, creatinina 0,6 mg/dl, LDH 448 U/l, plaquetas 159000/mm³, analgesia, ATB de amplio espectro. SNG alto débito y desplazamiento accidental de K 108. Soporte nutricional parenteral 3er día del PO con objetivos: Soporte metabólico, 55 kilos, 1,58 mts, 28-30 Kcal/kg, aporte proteico 1,25-1,5 gr/kg/día, lípidos 1gr/kg/día, glutamina. NTU 15; PCR 11 mg/dl. Albúmina 2,9 gr/dl, 8vo día inicia VO. Complicación local al 7mo día fístula duodenal terminal autolimitada. TAC: normal, páncreas leve edema Alta día 21 en buen estado general y control C. Externo.

Comentarios: Se presenta este caso por lo inusual de la lesión única, buena evolución de sutura pancreática y fístula duodenal. Señalamos la destreza del equipo quirúrgico, cirugía precoz y la resucitación constante e inmediata. El duodeno y páncreas están ubicados profundamente en el retroperitoneo impidiendo los signos peritoníticos. Las clasificaciones agrupan las lesiones; los grados IV y V tienen una incidencia muy baja y elevada morbimortalidad con la posibilidad de que existan otras lesiones asociadas. El retardo diagnóstico es un factor categórico en la aparición de complicaciones. La cinemática del trauma (compresión abdominal, fuerzas de aceleración y desaceleración) y el intenso dolor abdominal fueron decisivos para la laparotomía. La elección, en este caso, de la técnica aplicada, es decisión del cirujano, si bien hay otras técnicas, en cuanto a la sutura yeyuno-pancreática que en nuestro paciente fue exitosa.

Conclusiones: Sospechar la lesión haciendo hincapié en la cinemática. El sostén HD, la laparotomía precoz y la intervención nutricional temprana son decisivos para la buena resolución de esta patología muy grave e infrecuente.

0094 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILADOR EN PACIENTES CON INFLUENZA A H1N1

C FREYRE, R DI BELLO, L TALAMONTI, G CAPALBO, G ELÍAS, C WELLER Hospital Provincial, Argentina.

Introducción: Debido a la pandemia producida durante los meses invernales de 2009, ingresaron a nuestra unidad de cuidados intensivos, 9 pacientes con diagnóstico de Influenza A H1N1 de los cuales 8 requirieron ARM por insuficiencia respiratoria aguda.

El objetivo de esta presentación es describir la incidencia de neumonía asociada a ventilador (NAV) y sus características en pacientes con H1N1.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, con revisión de historias clínicas y base de datos. Se utilizó como criterio de inclusión pacientes con diagnóstico de H1N1 que requirieron ventilación mecánica en la unidad de terapia intensiva del Hospital Provincial de Rosario durante el período comprendido entre los meses de junio hasta agosto del año 2009. El diagnóstico de H1N1 se realizó con hisopado nasal y faríngeo con técnica de PCR y de neumonía asociada a ventilador según los criterios de NNIS.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes que requirieron ARM, la mitad de ellos mujeres, con un rango de edad entre 21-56 años y una

■ Resúmenes

media de 36,4. \pm DS 14. Dentro de los factores de riesgo predominó obesidad (5 pacientes) seguido de hipertensión (2), tabaquismo (1), síndrome de Down (1). La mediana Apache II fue 16,0 \pm 8,3 (DS). SAPSII: \pm 53,25 22,0 (DS) y SOFA: 9,75 \pm 2,1 (DS) al ingreso. El 87,5% presentó shock y el 100% SDRA. La media de días de ventilación fue 15,1 DS \pm 12,8. La mediana de días previos a la detección de NAV fue 11,5 DS \pm 3,8. El 50% presentó NAV. Los gérmenes rescatados fueron: *Acinetobacter Baumannii* en 3 casos, y 1 con *Klebsiella Pneumoniae*. Dos de los *Acinetobacter* fueron resistentes a carbapenems y todos ellos sensibles a amikacina, colistín, tetraciclina y tigeciclina. Ambos gérmenes habituales de nuestra unidad. La mortalidad fue del 62,5% (5 pacientes), de los cuales 3 pacientes fallecieron antes del cuarto día. De los que sobrevivieron al cuarto día de internación, el 80% presentaron NAV.

Conclusión: La NAV es frecuente en pacientes con infecciones graves por influenza A H1N1. Los gérmenes rescatados y el perfil de resistencia antibiótica son los habituales en nuestra unidad.

0096 PREDICTORES DE ENCEFALOPATIA POST TRASPLANTE EN TRASPLANTE HEPATICO ORTOTOPICO

GI TUHAY, GE BOZOVICH, FR KLEIN

Hospital Universitario de la Fundación Favaloro, Argentina.

Objetivos: La encefalopatía de distinto grado es un hallazgo frecuente en el postoperatorio de los pacientes sometidos a trasplante hepático. Nuestro objetivo fue identificar variables asociadas con encefalopatía en el postoperatorio inmediato de trasplante hepático.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. La población estuvo constituida por 113 pacientes trasplantados consecutivos, sobre la base de datos prospectiva de trasplante hepático ortotópico (THO) de la terapia intensiva (UTI), operados entre diciembre de 2007 y marzo de 2010. Todos los pacientes fueron evaluados según los criterios clínicos de la escala de West Haven luego de la extubación, durante las 12 hs siguientes posteriores a la extubación y luego en forma diaria. Registramos sistemáticamente las clasificaciones de gravedad (MELD; APACHE II al ingreso a UTI), presencia de encefalopatía previa al trasplante, natremia basal, variación pre-postoperatoria del sodio plasmático (Vna), valor pico de lactato, tiempos quirúrgicos y volumen transfusional. Comparamos variables continuas por el Wilcoxon rank sum test y las dicotómicas por prueba exacta de Fisher. Se dividió a la población en grupos 1 y 2 según tuvieran una Vna mayor o menor de 12 mEq/l respectivamente. Se identificaron todos los pacientes que presentaron encefalopatía post trasplante hepático así como la presencia hasta el alta de complicaciones neurológicas.

Resultados: Sobre 105 pacientes que pudieron ser evaluados en el postoperatorio, el 45% presentó encefalopatía (26,7% de pacientes con grado I, 16,2% con grado II y 1,9% con grado III). Un 20% de los pacientes ingresaron al trasplante con un Na⁺ \leq 130 mEq/l. El análisis de este grupo no mostró mayor incidencia de encefalopatía hepática previa (p= 0,19) así como tampoco presentó mayor incidencia de encefalopatía hepática post trasplante (p=0,52). De los 12 pacientes que conformaron el Grupo 1, ocho presentaron encefalopatía post trasplante (valor de p=0,09).

Los pacientes con encefalopatía post trasplante comparados con aquellos sin encefalopatía presentaron:

	Encefalopatía	No Encefalopatía	Valor de p
Apache II (media)	17.7	14.8	0.003
MELD (media)	25	21	0.008
ARM (hs)	47	13	<0.01
Media días UTI	5.4	2.8	<0.01
Media días Total	17	10	<0.01

Conclusiones: La Vna pre-postoperatoria no parece asociarse con encefalopatía y/o daño neurológico en el post trasplante inmedia-

to. En nuestro análisis, la gravedad de la enfermedad valorada por MELD pre THO y APACHE II al ingreso a UTI, la presencia de encefalopatía previa y el pico de lactato pueden asociarse con encefalopatía post trasplante.

0098 EXPERIENCIA DE UN CENTRO ZONAL DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA. PRIMEROS 17 MESES

JJ BAZAN, J THOMAS, P MACCARONE, P MACHINANDIARENA, L CICCIO, M MIGUEL, F FUNARO, R SUASNABAR

Departamento de Medicina Crítica y Cardiovascular. Nueva Clínica Chacabuco de Tandil, Argentina.

Objetivo: Estudio observacional de las variables clínicas y resultados de los pacientes (p) sometidos a angioplastia primaria en nuestra ciudad y su área de influencia, que registramos sistemáticamente en nuestra base de datos.

Material y métodos: entre el 01/01/09 y el 31/05/10 registramos 68 pacientes (p) con síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST tratados con angioplastia primaria dentro de las primeras 12 horas de evolución.

Resultados: La edad promedio fue de 63.5 años, con 14 p (20.5%) diabéticos, y 38 p (56%) derivados de otros centros. Se estimó el grado de fallo de bomba mediante la clasificación de Killip y Kimball (KK). Ingresaron en clase KK A: 44 p (64.7%), KK B: 13 p (19.1%), KK C: 5 p (7.3%) y KK D: 6 p (8.8%). El tiempo dolor-balón fue en promedio 461 min. (7.7 hs) y el tiempo puerta-balón de 58.5 min. Los vasos culpables fueron las arterias circunfleja en 13 p (19.1%), descendente anterior en 31 p (45%), coronaria derecha en 22 p (32%), mamaria interna izquierda en 1 (1.4%) y 2 vasos en 1 (1.4%) (Descendente anterior y obtusa marginal). Se obtuvo flujo TIMI III en 59 p (86.7%), TIMI II en 3 p (4.4%), TIMI 0-I en 6 p (8.8%). Se requirió revascularización urgente del vaso culpable en 2 p (2.9%). Presentaron resolución rápida del supradesnivel ST 38 p (55.8%). La mortalidad fue del 5.8% (4p).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la angioplastia primaria obtuvo altas tasas de flujo TIMI III y de resolución del segmento ST con una mortalidad aceptable (dadas las características de la población), comparable a la de otros registros nacionales e internacionales.

0101 FORMA AGRESIVA DE PRESENTACION DE NEUROLUPUS CON ANTICUERPOS ANTI-RIBOSOMAL NEGATIVO

C LOPEZ, F FERNANDEZ, J ARROYO, C WIEDERHOL, L DU-LONG, P VILLEGAS

Hospital Central, Argentina.

Introducción: En el 25% al 75% de los casos del LES hay afectación del SNC. El Lupus Neuropsiquiátrico abarca afectación neurológica central y periférica. Puede presentarse en estadios avanzados o preceder la enfermedad sistémica en meses. Las manifestaciones más frecuentes son las neuropsiquiátricas, cefalea, crisis epilépticas y accidentes cerebrovasculares. Los anticuerpos anti ribosomales se asocian con alta frecuencia a alteraciones psiquiátricas. El estado Confusional Agudo Grave, es una forma infrecuente de presentación, se asocia con alta mortalidad y requiere tratamiento de forma urgente.

Objetivos: Presentar forma infrecuente de inicio de LES con afectación neuropsiquiátrica grave más cerebrovascular; anticuerpos anti-ribosomales(-), y la evolución con tratamiento inmunosupresor agresivo.

Caso clínico: Mujer de 17 años con antecedentes de neuritis óptica hace 2 años y un aborto espontáneo. Ingresó por trastorno de conciencia, vómitos y cefalea de tres días de evolución. Durante la internación deterioro neurológico progresivo, necesidad de intubación y ARM. Examen físico: afebril, Vigil, apática, abúlica, reflejo fotomotor conservado, hemiparesia izquierda, signos frontales positivos (protrusión labial, palmar, palmomentoniano) sin signos meníngeos ni cerebelosos, pupilas mióticas, hiporreactivas a la luz,

discreta anisocoria derecha, reflejo corneano positivo bilateral, reflejo plantar indiferente bilateral, hiporreflexia, Glasgow 4/15, resto de examen normal. Exámenes complementarios: LCR: incoloro, glucosa 0,37 g/l, LDH 240 U/l, proteínas totales 1,02 g/l, recuento celular 100 células /mm³, a predominio PMN. Inmunológico: FAN (+), Ac anti-cardiolipina IgG (+) 32 U/ml, IgG M(+), Ac anti-beta 2 glicoproteína (+), CH50: disminuido, anticoagulante lúpico (+), SSA (+), PCR 125 mg/anticuerpo anti-ribosomal P(-). Orina: sin evidencia de glomerulonefritis. Función Renal seriada: Normal. EEG: sin alteraciones, TAC cerebral: hipodensidad frontal derecha, sin efecto de masa ni desviación de línea media. Angiografía: Normal. RMN: lesiones hiperintensas, en T2 y FLAIR, en protuberancia y mesencéfalo bilateral, focos subcorticales bilaterales, parietal derecho, impresionan tejidos isquémicos. Tratamiento: 10 días Aciclovir y 6 días ceftriaxona. Solumedrol 500 mg c/12 hs 3 días luego prednisona 60mg/d. 15 días posteriores al ingreso inmunoglobulina humana IV 400mg/kg por 5 días. A los veinte días se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular (enoxaparina) y AAS. 35 días posteriores al ingreso se realiza ciclofosfamida. Evolución: En la siguientes semanas, mejoría progresiva de funciones cognitivas, sin déficit neurológico focal.

Conclusión: El estado contusional agudo grave es una infrecuente forma de presentación del LES Neuropsiquiátrico. El tratamiento inmunosupresor temprano y agresivo se asocia con mejor pronóstico funcional neurológico. La negatividad del anticuerpo antiribosomal P no descarta esta entidad, por la diversidad de mecanismos inmunopatológicos y el Síndrome antifosfolipídico presente.

0102 USO DE LA VIA INTRAÓSEA EN ADULTOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DURANTE EL PARO CARDIO RESPIRATORIO

R LOPEZ RAMOS, L AGUILAR, D PEREZ, B TORRES, G THOFEHRN, M CHALLAPA, A MONSON
Hospital Federico Abete, Argentina.

Introducción: El Acceso intraóseo en la emergencia es ampliamente utilizado en pediatría, y pese a varias publicaciones al respecto, su uso no se generaliza en el ámbito de adultos. Ha demostrado ser un acceso fácil, seguro y con iguales propiedades farmacocinéticas que el acceso venoso. Se pueden administrar drogas, infundir líquidos y hemoderivados. Además, puede recogerse muestra para el estado ácido base y hemoterapia. Su utilización se recomienda en la mayoría de las publicaciones como de segunda elección luego del acceso venoso periférico. Nuestro objetivo fue observar, en nuestro servicio de emergencias, durante una situación de paro Cardio respiratorio (PCR), donde cada minuto cuenta, el tiempo de colocación de 3 tipos distintos de acceso vascular (venoso periférico, venoso femoral con catéter de Seldinger e intraóseo) comparándolos entre sí.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, de cohorte, donde se cronometró sin conocimiento de los operadores, el tiempo que llevó la colocación de los distintos tipos de acceso durante la reanimación del PCR, sin instrucciones previas sobre que accesos utilizar. Los catéteres periféricos eran marca MCM o Key (14 - 16 - 18 G), el de Seldinger marca Arrow de 7 french y el dispositivo intraóseo de tipo de aspiración de médula ósea marca Jamshidi 15 G

Resultados: Se ingresaron 47 casos del 2 de Marzo al 28 de Mayo 2010, donde se constató que la colocación de acceso venoso periférico (18) tomó promedio 1'49", el acceso femoral 3'21" (17) y el intraóseo 59" (12). En varias oportunidades, se usaron distintos tipos de acceso por falla de la elección inicial, siendo el algoritmo más repetido, periférico antecubital, seguido por femoral y por último intraóseo (62%). En todos los casos el acceso intraóseo se colocó en la parte proximal de la tibia, y solo falló en el primer intento en una oportunidad. Los otros accesos presentaron mayor tasa de falla al primer intento.

Conclusiones: El catéter intraóseo es una muy buena opción para obtener un acceso seguro para la infusión de drogas y fluidos durante el PCR, requiriendo mínimo entrenamiento y presentando

una alta tasa de éxito en el primer intento. Por supuesto se requiere estudios con mayor número de pacientes para recomendar este acceso como el de primera opción.

0103 USO DE PROCALCITONINA EN LA EVALUACION INICIAL DE LA PATOLOGIA RESPIRATORIA

G THOFEHRN, D PEREZ, L AGUILAR, M CHALLAPA, B TORRES, R LOPEZ RAMOS, A MONSON
Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Federico Abete, Argentina.

Introducción: La procalcitonina (PCT) es un biomarcador de infección bacteriana altamente específico y sensible. Permite diferenciar infecciones bacterianas severas de infecciones virales o cualquier otra patología no bacteriana que inicie la respuesta inflamatoria sistémica. Los estudios presentan una disminución del uso de antibióticos y de los días de internación en pacientes con exacerbación de EPOC y pacientes asmáticos. Estudios internacionales publicados en los últimos años concluyen que la incorporación de Procalcitonina al algoritmo diagnóstico permite disminuir el uso de ATB hasta en un 65% y la tasa de internación en hasta un 40%.

Materiales y Métodos: Es un estudio prospectivo de cohorte desde 08 de Agosto hasta 30 de Septiembre de 2009. Se seleccionaron 15 pacientes con diagnóstico conocido de EPOC o de asma crónica, que ingresaron con reagudización de su enfermedad de base; realizándose una muestra de PCT al ingreso junto con el resto de la evaluación inicial habitual. Tomando como punto de corte para la positividad un valor mayor a 0.5, e iniciando ATB sólo en estos pacientes. Se tomó en cuenta el tiempo de internación, el uso o no de antibiótico, y la evolución posterior

Resultados: Se ingresaron 15 pacientes, 9 con exacerbación de su EPOC y 6 crisis asmáticas severas. PORCENTAJE DE PACIENTES EVALUADOS: PCT positiva (+) 6 Pacientes (33.3% - 4 EPOC y 2 asmáticos) y PCT negativa (-) 9 Pacientes (66.6% - 5 EPOC y 4 asmáticos). DIAS DE INTERNACION PROMEDIO: PCT positiva: 8 días promedio (4 - 13 días). PCT negativa: 4 días promedio (1 - 8 días). DIAS DE TRATAMIENTO ATB PROMEDIO: PCT positiva: 5.66 días (1 - 11 días). PCT negativa: 1 día (0 - 2). FALLECIDOS: 2 pacientes del grupo de PCT positiva.

Conclusiones: Aunque la muestra es extremadamente pequeña, los resultados coinciden con lo publicado anteriormente. Y creemos que su implementación permitirá racionalizar el uso de antimicrobianos, disminuir la resistencia bacteriana, los días de internación y los costos hospitalarios en beneficio de los pacientes.

0104 UTILIDAD DE LA PROCALCITONINA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

E CUNTO, G POUSTIS, M CAMBARERI, O LUNA, C NOGUERAS, J SAN JUAN, A BOCASSI
Hospital Muñiz, Argentina.

Introducción: La procalcitonina (PCT) es un péptido que en condiciones normales se sintetiza en la glándula tiroides, sin embargo frente a un estímulo inflamatorio esta prohormona es producida por células de diferentes órganos. Sus niveles se incrementan en infecciones, particularmente de etiología bacteriana. Altas concentraciones se correlacionan con la gravedad. Esta proteína reactante de fase aguda, puede resultar un marcador útil en el diagnóstico temprano de sepsis y para diferenciar enfermedades bacterianas graves de otros procesos inflamatorios de origen no infeccioso.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la PCT como biomarcador de sepsis en pacientes ingresados a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo en 83 pacientes ingresados en UCI. Se completó una ficha clínica. Se utilizaron recomendaciones de ACCP/SCCM para definir SIRS, sepsis, sepsis severa y shock séptico. Se excluyeron pacientes que no reunían criterios de sepsis. Se utilizó VIDAS® B-R-A-H-M-S PCT (BioMérieux) para la valoración de PCT mediante la técnica ELFA (Enzyme-Linked Fluorescent

Assay). Se utilizó SPSS 15.0 para análisis estadístico (considerando estadísticamente significativo $p < 0.05$).

Resultados: Diagnósticos de ingreso: neumonía aguda (28%), tuberculosis (23%), meningococcalitis (17%), shock séptico (10%), gripe H1N1 (7%), infecciones de piel y partes blandas (6%), infecciones abdominales (6%). La media edad fue de 40 ± 17 años; 67% eran hombres; el APACHE II de ingreso fue de 18 ± 9 y el SOFA de 6 ± 4 puntos. La estancia promedio fue de 9 días; la mortalidad del 47%. Los niveles de PCT basal fueron 1.35 ng/ml (0.05-201). Un 72% de los cultivos fueron positivos. Se encontró asociación significativa en valores extremos de PCT basal y mortalidad ($p=0.038$); Se observó un descenso significativo ($p=0.001$) en los niveles de PCT a las 48 hs de iniciado el tratamiento; se halló correlación significativa ($p=0.023$) con SOFA. No se encontró asociación con comorbilidades, ventilación mecánica y APACHEII.

Conclusiones: Observamos que en pacientes con niveles de PCT $< 0.5 \text{ ng/ml}$ la sobrevida era mayor, independientemente del diagnóstico. En nuestra serie el descenso en los niveles de PCT a las 48 hs. podrían sugerir una terapéutica adecuada.

El nivel de PCT basal hallado correlacionó estadísticamente con SOFA. La PCT podría ser un buen marcador predictivo de fallo multiorgánico. Si bien la confirmación de un proceso infeccioso es el cultivo, sugerimos a la PCT como una herramienta complementaria en el diagnóstico y seguimiento del paciente con sepsis. El dosaje de PCT requiere una mínima muestra de sangre; es estable, puede ser medida fácilmente sin ninguna precaución.

0105 TAQUICARDIA AURICULAR ECTOPICA INCESANTE COMO CAUSA DE MIOCARDIOPATIA DILATADA

M. KRYNSKI, M. BALESTRINI, G. MORENO, A. SCIEGATA, A. MARTIN, R. MAGLIOLA

Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan", Bs.As., Argentina.

Objetivo: Presentar 2 casos de taquicardia auricular ectópica (TAE) como causa de miocardiopatía (MCP) dilatada reversible en pacientes pediátricos.

Introducción: Las miocardiopatías son uno de los trastornos del músculo cardíaco que afectan la función ventricular. La forma dilatada es la más frecuente en pediatría, se asocia con alta morbilidad y es causa de trasplante cardíaco en más del 50% de los casos. La etiología por lo general es idiopática, por lo que la terapéutica específica es limitada. Por este motivo es importante enfatizar aquellas causas que pueden ser reversibles, entre ellas la TAE.

Material y método: Se revisaron las historias clínicas de dos pacientes pediátricos internados por insuficiencia cardíaca, con diagnóstico de TAE y MCP dilatada.

Se analizaron datos demográficos, forma de presentación, tratamiento, respuesta clínica, días de internación, complicaciones y evolución alejada. A los pacientes se les realizaron electrocardiograma, estudio Holter y ecocardiograma bidimensional al ingreso y en el seguimiento de la enfermedad.

Resultados: Paciente de 5 años, sexo masculino, que ingresó a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) con diagnóstico de TAE y MCP dilatada con fracción de acortamiento (FA) de 14% e insuficiencia mitral (IM) moderada. Por descompensación hemodinámica del paciente, se colocó en asistencia ventilatoria y se indicaron diuréticos e inotrópicos endovenosos (ev). Recibió dosis de carga con Amiodarona hasta 20 mg/kg y dosis de mantenimiento a 13 mg/kg/día . Con mejoría clínica y electrocardiográfica se extubó en forma exitosa. Se otorga alta institucional a los 47 días desde el ingreso con FA de 20% e IM ligera. En los controles ambulatorios, luego de ocho meses de seguimiento, se observa una buena evolución clínica con una FA de 26%. Paciente de 13 años, sexo femenino, que ingresó a UTI por insuficiencia cardíaca secundaria a TAE y MCP dilatada, con FA de 10% e IM ligera. Comenzó tratamiento con dosis de carga de Amiodarona hasta 15 mg/kg y mantenimiento a 13 mg/kg/día , diuréticos e inotrópicos ev. Presentó buena evolución clínica con respuesta

electrocardiográfica favorable, otorgándose el alta institucional a los 17 días de internación con FA de 17%. A los 10 meses del alta, en el seguimiento ecocardiográfico ambulatorio, presenta mejoría en la función miocárdica con FA de 33%.

Conclusión: La TAE es una de las causas primaria y reversible de miocardiopatía dilatada, por lo que el reconocimiento diagnóstico y la terapéutica específica tienen implicancias pronósticas en la evolución de estos pacientes.

0106 EXPERIENCIA EN RECUPERACION CARDIOVASCULAR EN UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA DE SAN MIGUEL DE TUCUMAN

O. SORIA¹, AS. REARTE¹, MV. ALBARRACIN¹, A. RODRIGUEZ CALVO¹, PD. JUAREZ¹, GL. FAGALDE¹, P. BASELGA², C. CALVAREZ³

¹ Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina. ² Cardiología. Hospital Niño Jesús de Tucumán, Argentina. ³ Cardiocirugía. Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina.

Introducción: La incidencia de Cardiopatía Congénita (CC) es del 0,8% de los recién nacidos, en Tucumán hay 28.000 nacimientos por año, según esta cifra habría aproximadamente 224 niños con CC anualmente. Se diagnosticaron en el último año 130. En el año 2008 se implementó en Tucumán un Programa Nacional de Cardiopatía Congénita, con el objetivo de satisfacer la demanda de pacientes con patología cardíaca de baja y mediana complejidad en la provincia.

Objetivos: Evaluar los resultados del programa de cirugía cardiovascular en una UCIP polivalente.

Materiales y Métodos: Todos los pacientes postquirúrgicos de Cirugía Cardiovascular (CCV) que ingresaron a UCIP entre Enero 2008 y Mayo de 2010.

Resultados: Se operaron 163 pacientes, 60% del sexo femenino. Edad media de 68 meses (mín 22 días, máx 15 años). 84 cirugías fueron con Circulación Extracorpórea (51,5%). El diagnóstico Posoperatorio fue: Cierre de Ductus 38,6%, Cierre de Comunicación Interauricular 29,4%, Cierre de Comunicación Interventricular 20,8%, Anastomosis Sistémico Pulmonares 8,5%, Cerclaje de Arteria Pulmonar 3,6%, Reparación de Coartación de Aorta 1,8%, Cirugía correctora de Fallot 1,2% y otros procedimientos 5,5%, en 16 pacientes se realizaron dos procedimientos en el mismo acto quirúrgico. El 27,6% presentó alguna complicación: 33% (n=15) fueron Infecciones (6 Neumonías, 3 del sitio quirúrgico., 2 Mediastinitis, Endocarditis, Pericarditis, Sepsis, Infecciones Urinarias una cada una) seguido por Síndrome de Bajo Gasto Cardíaco (SBGC) 22% (n=10), El 70% de los SBGC aparecieron en pacientes con Ventrículo Único y Fallot a los que se les realizó una Anastomosis Sistémico-pulmonar, falleciendo el 50% de los que presentaron SBGC. También se presentaron Arritmias en un 20%, Sangrado un 17%, Derrame Pleural y Patología Residual 11% (2 CIV, 1 CIA, 1 DA), Derrame Pericárdico, Quilotórax y Fallo Renal Agudo 8,8%. El 15% de los pacientes requirieron ARM. Fallecieron 7 pacientes en todo el periodo estudiado.

Conclusiones: El programa mostró buenos resultados ya que se pudo resolver en la provincia patologías cardiovasculares de baja y mediana complejidad que antes debían ser derivadas a Capital Federal. Desde el inicio del mismo se fue aumentando la complejidad de las cirugías a medida que se realizaba la capacitación de médicos y enfermeros, logrando de esta manera incorporar a una UCIP polivalente la atención de los pacientes postoperatorios de CCV, contribuyendo así a dar respuesta en la provincia a estos niños, disminuyendo así los tiempos de espera y evitando el desarraigo familiar.

0107 INSULINIZACIÓN EN PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMOS CON OBJETIVO EUGLUCÉMICO

A. DÍAZ, M. VIGLIANO, C. MARTÍNEZ, D. BRUERA, S. NIEVA
Hospital Misericordia, Argentina.

Introducción: Existe fuerte evidencia de que la asociación de hiperglucemia en pacientes (P) críticamente enfermos tiene mayor mor-

bimortalidad por lo cual es necesario Protocolizar su tratamiento en terapia intensiva de adultos (TIA).

Objetivo: "Aplicar un protocolo de Insulinización en pacientes críticos para lograr un objetivo glucémico de 70-110 mg/dl."

Material y Método: Es un estudio retrospectivo, en el cual se incluyeron los pacientes ingresados en TIA con glucemias (G) mayores a 110mg/dl en pacientes diabéticos y mayores a 110 mg/dl en las primeras 6 hs en pacientes no diabéticos sin la administración de insulina subcutánea en ese tiempo, en el periodo de Abril 2009 a Abril de 2010. Los datos fueron recogidos al pie de la cama en una planilla prediseñada que luego se llevó al programa Excel, para cada paciente se registraron las siguientes variables: edad, sexo, APP, Dx Médico o Quirúrgico, APACHE II a las 24 hs, días de ARM, necesidad de alimentación : dividida en parenteral, enteral y vía oral. Con respecto a la Insulinización se registraron : adherencia al protocolo de Médicos y Enfermeros, G mayor y menor de cada P, tiempo en el que se logró el objetivo glucémico, tendencias glucémicas, definidas como G estable: 70-110 mg/dl, G descendentes: 110- 180 mg/dl y G ascendentes: >180 y complicaciones por la insulinización. También se determinó mortalidad y días en TIA.

Resultados: En el periodo considerado se incluyeron 53 P con necesidad de insulinización, de los cuales 41P fueron Diabéticos y 12P fueron no Diabéticos, la edad promedio fue de 57 años en un rango de 15-87 años, el 62% de sexo masculino. Los APP más frecuentes fueron; DBT2 68% ,DBT1 9%, HTA 62%, TBQ 43%, DSL 25%, etilismo 16%, Obesidad 13%, EPOC 9%, CPI 8%, otras causas 22%. El 81% ingreso por diagnóstico médico , siendo el Síndrome Coronario Agudo el más frecuente (19%) y Quirúrgicos 13% (Abdomen Agudo 11%). APACHEII promedio 13/14 puntos. Días de ARM 13 (1- 60 días). Glucemia Máxima promedio 342.25 mg/dl (187 - 840); Glucemia Mínima promedio 74,58 mg/dl (22 - 146 mg/dl); El objetivo glucémico se logró en el 42% de los pacientes dentro de las 12hs, 32% a las 24hs y 19% a las 6hs. Tendencias glucémicas: Estable 31% (16P), Descendentes 49% (26P) y ascendente 17% (9). Recibieron alimentación: enteral 28%, vía oral 23% y parenteral 15%. El 43% (23 ptes) de los pacientes recibió insulina subcutánea. Corticoides 36% (19P). La adherencia al protocolo por parte de los médicos/enfermeros fue 61% / 98%. Complicación: hipoglucemia severa (< de 50 mg/dl) 5,6% (3P) asociada a falta de alimentación enteral. Mortalidad: 25% (14P).Días promedio en UTI 10 días (mínimo 2, máximo 60).

Conclusiones: Al aplicar el protocolo de insulinización en pacientes críticos se logró el objetivo glucémico en el 42% (22 P) de los pacientes a las 12 hs de iniciado. La hipoglucemia severa fue poco frecuente (5,6%). Se observaron dificultades en la adherencia al protocolo por parte del equipo médico, donde la mayoría prefirió un objetivo glucémico más elevado.

0108 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA: INCIDENCIA: ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE DE UN HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS

OR GALLINI, C COLOMBO, C CARVALHO, C DE RUEDA
Hospital, Argentina.

Introducción: La neumonía es una complicación de la ventilación mecánica invasiva (V.M.I.) que incrementa la mortalidad y la estancia hospitalaria.

Objetivo: Estudiar la frecuencia de neumonía en pacientes con ventilación mecánica invasiva.

Diseño: Estudio retrospectivo.

Lugar: Unidad de cuidados intensivos polivalentes (U.C.I.) de un hospital Zonal General de Agudos.

Pacientes y métodos: Se estudiaron los pacientes que ingresaron a la U.C.I. desde el 1 de enero del 2008 al 1 de enero de 2009. Que requirieron ventilación mecánica invasiva. Se recolectaron datos demográficos, diagnósticos, duración de la ventilación mecánica, fármacos empleados, detalles de la intubación y cultivos.

Resultados: Se incluyeron 66 pacientes que requirieron ventilación mecánica invasiva por más de 48 Hs. La incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica fue de 33% (22 casos), que se compararon con 34 controles. Los factores de riesgo, que resultaron estadísticamente significativos fueron una o más intubaciones, la ventilación mecánica invasiva por más de 5 días y la presencia de traqueostomía.

Palabras clave: Neumonía, ventilación mecánica invasiva, frecuencia, factores de riesgo, unidad de cuidados intensivos.

0109 VICTIMAS DE EXPLOSION: PRESENTACION DE CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

M CHALLAPA, D PEREZ, L AGUILAR, B TORRES, A MONSON, G THOFEHRN, R LOPEZ RAMOS
Hospital Municipal de Trauma Y Emergencias Federico Abete, Argentina, Argentina.

Introducción: Las explosiones generan lesiones por transferencia de energía de un sólido o líquido a gas, produciendo una onda expansiva de alta presión. Esta onda produce un golpe frontal y subsiguientes ondas reflejas que teniendo en cuenta la presencia de objetos o no pueden ser más dañinas que la inicial. De igual manera clásicamente el mecanismo de injuria de cualquier onda expansiva se divide en cuatro categorías: Primarias: por explosiones de alta energía. Secundarias: causada por los fragmentos del entorno y del objeto. Terciarias: el desplazamiento de la víctima por la onda expansiva. Cuaternarias: relacionada con la explosión y no debido al trauma 1°, 2° o 3° complicaciones o exacerbaciones de condiciones preexistentes. Puede decirse entonces que toda víctima de explosión presenta un amplio espectro de lesiones a considerar, buscar y manejar adecuadamente.

Materiales y Métodos: Se presenta 1 caso de víctima de explosión de maquinaria industrial de vapor a alta presión a corta distancia con eyección del paciente. Además se realiza una breve revisión de la literatura.

Desarrollo: Al ingreso presenta quemaduras tipo A Y A/B que comprometen 60% de superficie corporal total, con compromiso de cara y quemadura circular de cuello, sin edema de fauces ni indicios de quemadura de vía aérea. Se procede a la intubación orotraqueal y reanimación con fluidos según fórmula de Parkland. Durante evaluación secundaria se observa fractura-hundimiento frontotemporal derecha con sangrado pulsátil. Una vez estabilizado hemodinámicamente, se realiza TC de cerebro, tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso. Se constata fractura hundimiento de cráneo con contusión cerebral subyacente, contusión pulmonar y hemotórax bilateral mínimo. Paciente permanece internado en UTI hasta derivación por ART.

Conclusiones: Dada la diversidad de lesiones que presentaba la víctima, una adecuada comprensión de la fisiopatología de la injuria por explosión y un manejo interdisciplinario es indispensable para disminuir la posibilidad de lesiones no observadas inicialmente y mejorar así el pronóstico de los pacientes.

0110 STROKE ISQUEMICO BILATERAL SECUNDARIO A DISECCION CAROTIDEA TRAUMATICA UNILATERAL

E AGUERO VILLARREAL, F GIANNONI, L DEGANO, M QUESTA LAUDANI
Hospital Regional Ramon Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

Objetivo: Describir un caso de Stroke isquémico bilateral secundario a disección carotidea unilateral. Caso clínico: Hombre de 42 años sin antecedentes patológicos, que fue encontrado en su domicilio con depresión del sensorio y hemiplejía derecha. Horas antes había participado de un juego de basketball, en el cual había recibido un traumatismo en el cuello. Al ingreso se observa estupor, afasia de expresión y hemiplejía derecha. Al examen físico se constata

un soplo carotídeo izquierdo intenso. TAC cerebro inicial sin lesiones, impresiona signo de la cuerda izq. Se solicita RMN cerebro que muestra imágenes hiperintensas en región cortico-subcortical, parasagitales, bilaterales, de la sustancia blanca periventricular frontal, comprometiendo los núcleos de la base izquierdos y en región cortical en la convexidad frontoparietal izquierda, que no se modifican con la inyección de contraste. Se realiza Angiografía de vasos cerebrales que muestra disección en carótida interna izquierda extracraneal, a nivel del bulbo carotídeo. Se inicia anticoagulación plena con Heparina. Evoluciona con mejoría del estado de conciencia, continuando con afasia de expresión. Al 5° día se realiza tratamiento endovascular con colocación de stent autoexpandible de acero inoxidable, de malla cerrada en arteria carótida izquierda. Se administra Aspirina y Clopidogrel. Se complica con Neumonía que retrasa su alta de UTI, la cual es realizada al día 10 del ingreso. A los 20 días escala de Rankin modificada de 3.

Conclusión: La disección carotídea traumática es una causa de Stroke isquémico en pacientes jóvenes sin factores de riesgo. En algunos casos seleccionados el tratamiento endovascular con colocación de stent restaura la integridad del vaso y previene la recurrencias de embolias, obviando la necesidad de anticoagulación prolongada. El Stroke isquémico bilateral es infrecuente en la literatura y en territorio anterior puede deberse a un origen común de ambas arterias cerebrales anteriores.

0111 FUNCIONAMIENTO DE UNA UTI DE HOSPITAL PUBLICO EN LA PATAGONIA

A TOBAL, A ARAQUE, Z AGUAD, S CASTRO, M COLMAN, A GARONE, E MANRIQUE, E SOLANO
Hospital Regional Ushuaia, Argentina.

Objetivo: Mostrar el funcionamiento en base a los indicadores de estructura y rendimientos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, desde el 1/01/09 al 31/12/09 inclusive. Se tomaron los datos del SATI-Q y de la Dirección Provincial de Epidemiología. Se evaluaron indicadores de estructura y resultados.

Resultados: Se trata de UTI polivalente nivel II sin docencia (residencia), del único hospital público en la ciudad, con un sistema laboral de dedicación exclusiva y bloqueo de matrícula. Para una población de 61.166 habitantes en 2009. El hospital cuenta con una dotación de 84 camas siendo 6 de la UTI. En 2009 se atendieron 156.107 consultas, internándose 181 pacientes en UTI, con una distribución por sexo de 62.43% hombres y 37.57% mujeres, con un APACHE II 13.36 (+/-SD 8.54) y una mortalidad real 17.68% (32) para una esperada por APACHE II de 16.3%. **Indicadores de Estructura:** Carga Datos: Médicos 9, Médicos con Especialidad 9, Médicos con más de 1 Especialidad 3, Enfermeras 15, Enfermeras licenciadas 5, Turnos de enfermería (horas) 6, Cantidad de turnos por día 4, Horas totales de enfermería/mes 720, Camas 6, Médicos de Guardia 7, Médicos de Planta y jefatura 6, Mucamas 4, Kinesiólogos 5, Kinesiólogos Esp. en Respiratorio 1, Personal de la unidad 33. **Resultados:** Personal por cama 5,5, Médicos por cama 1,5, Médicos especialistas por cama 1,5, Médicos de más 1 especialidad por cama 0,5, Enfermeras por médicos 1,67, Médicos Guardia/cama 1,17, Médicos Planta y Jefatura/cama 1, Enfermeras licenciadas/totales 0,33, Enfermeros por cama 2,5. **Indicadores de Resultado:** Carga de Datos: Días estada de internados 712, Egresos 181, Total días cama disponibles 2184, Total de días del período 364, Cantidad de camas 6, Cantidad de Cirugías realizadas 47, Internaciones de Urgencia 163. **Resultados:** Promedio día cama 3.93, Promedio de camas disponibles 6, Porcentaje ocupacional de camas 32,6, Giro cama 30,17, Promedio diario de egresos 0,5, Tasa quirúrgica 25,97%, % Internación de urgencias 90,06%.

Conclusiones: • Existe concordancia entre la mortalidad esperada por APACHE II y la mortalidad real. • Promedio de estadía de los pacientes aceptable. • Proporción aceptable de pacientes quirúrgicos, no funcionando como una sala de recuperación post anestesia/cirugía, las internaciones corresponden a urgencias. • Alta disponi-

bilidad de camas. • Personal por cama adecuado. • Existe una alta relación entre los indicadores de rendimiento con los de estructura.

0112 LESION FOCAL BULBO AMIGDALINA SECUNDARIA A TRAUMATISMO POR CAIDA DE ALTURA

PD JUAREZ¹, FM JEREZ¹, P BOTTA¹, VR RUIZ¹, A RODRIGUEZ CALVO¹, GL FAGALDE¹, MS COROLEU², L PASTERIS^{1,3}

¹ Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina. ² Neurocirugía. Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina. ³ Neurología. Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina.

Introducción: Las lesiones por injuria cerebral traumática en pediatría, constituyen uno de los principales motivos de consulta en los servicios de emergencia. En la Argentina las lesiones traumáticas representan del 30 al 35% del total de las defunciones en los niños de 1 a 14 años, generando por cada niño fallecido, 3 con severas lesiones discapacitantes temporales o permanentes. Las lesiones traumáticas a nivel bulbar se han relacionado mayormente con luxación, fractura atlanto-axoidea o lesión supratentorial, las cuales se asocian en general a mal pronóstico. Existen escasos reportes pediátricos de lesión aislada a nivel bulbar. Presentaremos un caso de lesión focal bulbo-amigdalina traumática con recuperación ad integrum de la función motora y refleja.

Historia Clínica: Paciente de 3 años y 8 meses de edad que ingresa luego de haber sufrido un traumatismo por caída de altura de 1,5 metros con pérdida de conocimiento. Presentó crisis convulsiva tónico-clónica generalizada, en el examen físico inicial Score Glasgow (SG): 9/15, ITP: 9, dificultad respiratoria, sialorrea, relajación de esfínteres, sin sostén cefálico y un episodio de vomito. Se realiza TAC cerebral en donde se constata fractura lineal occipital sin hundimiento, sin edema cerebral asociado. A las 12hs presenta SG 13/15 (M: 6, O: 4, V: 3), ausencia de reflejos tusígeno, nauseoso y deglutorio, sialorrea, mala mecánica ventilatoria, sin sostén cefálico, nistagmus vertical, pupilas isocóricas reactivas, con motilidad, sensibilidad, tono muscular y reflejos osteotendinosos conservados. Se decide intubación traqueal electiva. Se realiza RMN a las 18 horas del accidente en donde se visualiza imagen hiperintensa bulbo-amigdalina compatible con edema. Por persistencia de compromiso de IX, X, y XI par craneal, se realiza traqueotomía a los 20 días de ARM. No requirió Inotrópicos y requirió ATB 14 días por Neumonía Aspirativa. Recibió corticoides durante 15 días (hidrocortisona 5 días y dexametasona 10 días) a altas dosis. El niño recuperó sostén cefálico a los 32 días. Realizó rehabilitación fonoaudiológica y reeducación de deglución, recuperando la misma a los 58 días del accidente. Se realizó el cierre definitivo de la traqueotomía a los 82 días. Actualmente el niño se encuentra sin secuelas neurológicas evidentes al examen clínico-neurológico.

Comentario: La injuria traumática primaria a nivel de tallo encefálico es de rara ocurrencia y tiene escasa atención en la literatura. Si bien su mecanismo no se encuentra bien dilucidado, se cree que la tensión sobre las fibras nerviosas y pequeñas arterias perforantes troncales sería la causa. La hiperextensión contra un tentorio inextensible se postula como mecanismo probable. El espectro de lesión varía desde el coma hasta compromiso de pares craneales aislados, e incluso pueden ser no detectables, por lo que se requiere un alto índice de sospecha. Hay evidencia de que, en ausencia de lesión supratentorial, el curso es benigno y el resultado es bueno.

0113 EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES QUE REQUIRIERON VENTILACION MECANICA: UN AÑO DE SEGUIMIENTO

M BUSICO, D INTILE, N IRASTORZA, G PLOTNIKOWL, A LEOZ, P D'ANNUNZIO, M CASANOVA, D AGAZZI, D VASQUEZ, J SCAPELLATO, V APHALO, P DESMERY
Sanatorio Anchorena, Argentina.

Introducción: Los resultados a largo plazo de los sobrevivientes a Terapia Intensiva (TI) han sido de interés en la última década. Los

cuestionarios de calidad de vida (CV) relacionados a la salud han podido demostrar las complicaciones mentales y físicas de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar el status funcional (SF) y CV al año del alta hospitalaria de pacientes que recibieron más de 24 hs de ventilación mecánica invasiva (VM)

Material y Método: Estudio de cohorte prospectivo que incluyó todos los pacientes ingresados a TI del Sanatorio Anchorena del 1/9/08 al 30/4/09. La CV y SF se evaluaron telefónicamente al año. La primera a través del EuroQol que consiste en 5 dominios y una escala visual analógica. Se comparó el valor obtenido con el referencial de la población sana estratificada por edad. La evaluación del SF se midió con el Índice de Barthel (medida de Independencia de las Actividades de la Vida Diaria (AVD)). El análisis incluyó comparación de medias con tests paramétricos y no paramétricos, de acuerdo a la distribución de las variables; regresión logística y análisis de supervivencia.

Resultados: Setenta y siete pacientes recibieron VM (41 mujeres, edad 65 ± 14 años, SAPSII $40,99 \pm 15,2$, mediana de VM 4(2-8) días) y 30 fallecieron en el hospital (39%). Los pacientes fallecidos tenían peor SAPSII de ingreso (37 vs 46 $p=0,018$) y mayor edad (62 vs 69 $p=0,06$). Sobrevivieron al hospital 47, que fueron evaluados al año. La entrevista fue directa en casi dos tercios (61%). La sobrevida estuvo por encima de la mediana durante todo el seguimiento. En este período 10 (21%) fallecieron y 3 se perdieron en el seguimiento. En los sobrevivientes al año ($n=34$) el index del EuroQol tuvo una mediana de 0.63 (-0.022–1). Más del 60% de los pacientes mostraron valores favorables para los dominios Dolor, Movilidad y Cuidado Personal, mientras que solo el 40% lo fueron para los dominios Ansiedad/Depresión y AVD. La media del Index fue 0.59 para las mujeres y 0.71 para los hombres, ambas se diferenciaron significativamente de la población general ($p=0,0009$ y $p=0,04$). Esta diferencia fue significativa en todos los estratos etarios. La mediana de Escala Analógica Visual fue 72 (0-100). En el Score de Barthel, sólo el 53% presentó independencia en las AVD mientras que el resto padecían diferentes grados de dependencia. La edad mostró correlación inversa con buena CV (index=1 OR 0.82 CI 0.79-0.98) y SF (Barthel=100 OR 0.79 CI 0.65-0.96). Frente a la pregunta "volverían a internarse en TI", el 76% contestó que sí.

Conclusiones: Las consecuencias de la internación en TI por una enfermedad aguda severa están presentes al año, determinando una población con una CV significativamente menor a la no expuesta en la que la mitad de los pacientes presentan grados variables de dependencia de las AVD, y 3 de cada 5 se encuentran imposibilitados de volver a las actividades previas a la enfermedad aguda. Se evidencia que además de la mortalidad, la CV y funcionalidad son imprescindibles en la evaluación del efecto tanto de la enfermedad crítica como de las intervenciones terapéuticas.

0114 LOS PACIENTES CRÓNICOS OCUPAN LAS CAMAS DE LOS PACIENTES AGUDOS EN PERIODOS DE EPIDEMIA: UN DILEMA ÉTICO ASISTENCIAL

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

Objetivo: Comparar la utilización de camas de pacientes crónicos vs. agudos durante el período de 1 año. Análisis secundario durante los meses de Jun-Sep del 2009 y proyectivamente del año 2010, período en el que aumenta la necesidad de camas por las patologías epidémicas.

Introducción: Se plantea la discusión del dilema ético sobre la internación de pacientes crónicos y el impacto que genera en épocas de epidemia. En 2 años la "demografía" del Servicio se ha modificado. Hoy, y en época de contingencia epidémica con ampliación de camas a 20 (sobre las 16 habituales), el 25% están ocupadas por pacientes crónicos dependientes.

Material y Métodos: Análisis descriptivo de los registros de todos los pacientes ingresados del 01/01/2009 hasta el 30/04/2010 y del

01/06/2009 al 30/09/2009 en forma prospectiva. 16 camas. Se dividen en 2 grupos: crónicos (paciente que al menos permaneció 90 días internado) y no crónicos. Se definen tres categorías de crónicos: A) Pacientes crónicamente enfermos, ingresan sin reagudización demostrada, usualmente derivados de otras unidades con problemas técnicos (paciente cronificado dependiente). B) Pacientes crónicos con patología aguda. C) Pacientes agudos que se han cronificado dentro de la unidad. Proyección de datos para el período Jun-Sep 2010. Los datos se expresan como medias (DE) y proporciones. TTest o CHI Cuadrado dependiendo el tipo de variable. Software SATI-Q Pediátrico (modificado) – MS Access 2003 – Gráficos: MS Excel 2003. STATA 10 IC.

Resultados: 461 Pacientes - Crónicos 8 - No Crónicos 452 - Edad 45,75 (48,07) vs 44,51 (53,91) - Estadía 100 (24,66) vs 5 (11,83) - Días cama 895 vs 4045 - Fallecen 1 (12,5%) vs 31 (6,86%) - PIM 0,25 vs 0,09 - SMR 0,49 vs 0,76 - Días cama ARM 535 vs 2269,16 - TISS 20,45 (2,50) vs 23,52 (7,43) - % días cama sobre el total 17,81 vs 80,5

Se detectan dif. sig. en estadía $P=0,00$. En Jun-Sep hubo 3 pacientes crónicos (2-A y 1-C) que utilizaron 88 días cama. Actualmente hay 5 pacientes crónicos de cat. A. En 2009, 135 pacientes fueron solicitados para derivación en la Zona VI. 61 fueron aceptados por el Hospital (46% de las derivaciones).

Discusión: Tomando los días cama totales y una mediana de estadía de 5 días, se podrían haber internado 179 pacientes agudos. En los meses de Jun-Sep, se podrían haber internado 12 más. Con vista a la epidemia 2010, 450 días camas serán "consumidos" por pacientes "crónicamente dependientes". Implicaría la posibilidad de absorber la internación de 64 pacientes agudos de la red. Si consideramos los datos de la epidemia del año 2009, podríamos absorber casi la totalidad de los pacientes agudos.

Conclusión: Se intenta poner en números una vieja problemática conocida. La latencia o no resolución de la problemática de la internación domiciliar de los pacientes, y la falta de respuesta del Sistema formal de salud a las necesidades de Instituciones especializadas en el cuidado de pacientes cronificados impactan fuertemente en el uso de camas de agudos en épocas de epidemias. Una problemática ético-asistencial a resolver.

0115 SOPORTE NUTRICIONAL PARENTERAL TOTAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS POLIVALENTE

D CAPRA, L POLITANSKI, L SALIGARI, L ALBANO
Hospital Nacional "Alejandro Posadas", Argentina.

Introducción: El paciente pediátrico críticamente enfermo con estrés se encuentra en riesgo nutricional. La alimentación enteral es el modo de soporte a usar en ellos. Pero cuando el tracto gastrointestinal está no funcionando, esto no es posible y debemos administrar los nutrientes por vía parenteral, a través de un acceso venoso central. Este modo de alimentación es más oneroso y presenta por lo general mayores complicaciones que la nutrición enteral.

Objetivos: Describir indicaciones y complicaciones del uso de la Nutrición Parenteral Total (NPT) en una UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos) polivalente.

Diseño: Retrospectivo. Descriptivo.

Métodos: Pacientes internados en UCIP desde el 1° de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2009 y que recibieron NPT. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, score de gravedad (PIM2), uso de ARM, días de internación, días de NPT, días de ayuno, aportes energéticos y proteicos medidos al 1°, al 4° y al 7° día de NPT y complicaciones metabólicas e infecciosas.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central, su dispersión y medidas de frecuencia.

Resultados: Ingresaron a UCIP 480 pacientes, de los cuales 57 (11.9%) requirieron NPT. La población en estudio tuvo una mediana de edad de 96 meses (IQ 1y3: 7-120), el 56.2% fue del sexo masculino. Los días de internación tuvieron una mediana de 10 días (IQ: 7-26). El 61.4% de los pacientes estuvieron en ARM, fallecieron

el 14% y el PIM 2 fue 13.08%. Se estudiaron 587 días totales de NPT. Los pacientes tuvieron una mediana de NPT de 6 días (IQ: 4-9). Las indicaciones de NPT fueron por causas quirúrgicas en el 49.1% de los pacientes, por shock y patología oncológica en el 10.5%, por traumatismos en el 8.8%, por causas neurológicas en el 7%, por pancreatitis en el 5.2% y otras en el 5.2% de los pacientes. El promedio de días de ayuno fue 1.5 día con rangos de 0 a 7 días. En los niños entre 0-2 años el aporte calórico fue 32 calorías/k, P%:13.5 al 1º día de NPT, 43 calorías/k, P%:16.8 al 4º día y 45 cal/k, P%:18 al 7º día. En los niños entre 2-10 años el aporte fue: 31 cal/k, P%:13.4 al 1º día de NPT, de 38 cal/k, P%:18.5 al 4º día y 40 cal/k, P%:19 al 7º día. En los niños entre 10-15 años el aporte fue: 27 cal/k, P%:16.3 al 1º día de NPT, 31 cal/k, P%:20.4 al 4º día y 36 cal/k, P%:22 al 7º día. La NPT se administró por catéter venoso femoral en el 56.1%, en yugular interna en el 64.9% y en vena subclavia en el 5.2% de los pacientes. Las complicaciones observadas fueron: hiperglucemia (>150mg%) en el 45.6% de los pacientes, de los cuales en el 30.7% se administró insulina para su corrección; hipertrigliceridemia en el 31.5%; hipofosforemia en el 26.3% y compromiso hepático en el 10.5% de los pacientes. El 7% de los pacientes presentó infección asociada a catéter.

Conclusiones: La mitad de los pacientes requirió NPT por patología de causa quirúrgica. La hiperglucemia se observa en casi la mitad de los pacientes y en 1 de cada 3 se requiere uso de insulina. En menores de 2 años no se lograron alcanzar las metas calóricas calculadas al ingreso.

0116 IDENTIFICACION DE FACTORES GENETICOS Y CLINICOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SEVEROS EVENTOS ADVERSOS EN LA NEUMONIA AGUDA COMUNITARIA A NEUMOCOCCO (PICGENN)

P. CARDINAL FERNANDEZ¹, M BENGOCHEA MONTERO², A CABRERA FUENTES², W PEDREIRA³, C BENTANCOURD GUALDUPE³, J HURTADO BREDDA⁴, P ECHEVERRI⁴, A DEICAS⁷, J GEREZ CARBAJAL⁵, G RIEPI BARBERAN⁶

¹ Centro Tratamiento Intensivo - Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Uruguay. ² Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Organos - Hospital de Clínicas - Universidad de la República, Uruguay. ³ Hospital Maciel, Uruguay. ⁴ Hospital Español "Dr. Juan Jose Crottogini", Uruguay. ⁵ Hospital Policial "Insp. Gral. (R) Uruguay Genta", Uruguay. ⁶ Cátedra Medicina Intensiva - Hosp. de Clínicas "Dr. M. Quintela" - Universidad de la República, Uruguay. ⁷ Centro Tratamiento Intensivo - CASMU - IAMPP, Uruguay.

Objetivo: Identificar factor genéticos y clínicos asociados al desarrollo de formas evolutivas graves (FEG) en la Neumonía Aguda Comunitaria a Neumococo (NACN).

Material y Métodos: Diseño: Prospectivo, de cohorte, multicéntrico. C. de inclusión: Pacientes (p) entre 15 a 75 años, hospitalizados por NACN entre el 1/1/2008 al 1/3/2010. C. de exclusión: inmunización contra influenza y/o neumococo, EPOC GOLD ≥ 2, asma GINA ≥ "moderado-persistente", insuficiencia cardíaca ≥ 2 NYHA, diabetes con repercusión macro o micro-angiopática, cirrosis, inmunocompromiso, cáncer, embarazo esplenectomía, enf. Autoinmune, antibiocioterapia inadecuada. Se definió NACN acorde guías IDSA 2007 y neumococica por hemocultivos y/o antigenuria. Se considero FEG (durante primeras 72 hs desde el ingreso): 1) Ventilación Mecánica (VM) ≥ 24hs. y 2) Shock séptico. Se registró en emergencia: edad, sexo, Ant. familiares y personales, Frec. respiratoria y cardíaca, PAS, PAD, GCS, hemoglobina, leucocitosis, plaquetas, azoemia. Utilizando "Cytokine genotyping kit"-(Invitrogen) se identificaron polimorfismos de nucleotido único (SNPs) de citoquinas: IL1 α -889C/T; IL1 β -511C/T y +3962C/T; IL1R+1970C/T; IL1RA+11100T/C; IL4R α +1902A/G, IL12+1188A/C, IFN γ +874A/T; TGF β 1 +10T/C y +25G/C; TNF α -308G/A y -238G/A; IL2-330T/G y +166G/T; IL4 - 1098T/G y -590C/T; IL6 -174G/C y IL10 -1082A/G, -819C/T y -592C/A.

Análisis estadístico: Datos expresados como mediana (p25; p75). Análisis univariado: test de Mann-Whitney y X2. Análisis multivaria-

do: regresión logística. P significativa ≤ 0,05. Aprobado por comité de Ética.

Resultados: Se identificaron 313 NAC; se excluyeron 220 pacientes (principal razón no identificación del germen). Los 93 analizados presentaron una edad media de 55 (40; 68) años. Sexo Femenino 39 (42%). Bacteriemias 69 (74,2%). Todos los SNP están en equilibrio Hardy Weinberg excepto IL1 β 3962, TGF β 25, IL4590 e IL101082. Grupo 1 VM sin shock séptico: Requieren VM 21 de 73 pacientes (excluidos 14 que presentaron shock séptico). Los factores asociados fueron: IL1 α 889CC OR 4,95 (1,03-23,91); TGF β 10TT OR 6,32 (1,13-35,27) y sexo femenino OR 4,21 (1,00-17,22). Área bajo la curva ROC para CURB65: 0,66 (0,53-0,79) y para modelo clínico&genético 0,88 (0,79 - 0,97). Grupo 2 VM con o sin Shock Séptico: Presentaron el evento combinado 35 de 93 pacientes. Los factores asociados fueron: IL1 α 889CC OR 5,09 (1,44- 18,00), TGF β 10TT OR 5,64 (1,40-22,77), EPOC OR 7,61 (1,10-52,59) y Frec. Respiratoria OR 1,12 (1,04-1,23). Área bajo la curva ROC para CURB65: 0,74 (0,64- 0,85) y para modelo clínico&genético 0,85 (0,76- 0,93). La presencia de los genotipos IL1 α 889CC y TGF β 10TT presento una sensibilidad para el evento combinado de 22,8%; especificidad del 98,3%, valor predictivo positivo 88,8% y valor predictivo negativo 67,8%.

Conclusiones: Existen factores clínicos y genéticos asociados a FEG en la NACN. En caso de confirmarse en futuras investigaciones, la identificación de los SNP IL1 α 889 y TGF β 10 podría ser utilidad clínica dado el elevado VPP para el desarrollo de FEG que pose su asociación.

0117 SINDROME DE SHOCK TOXICO EN LACTANTE CON QUEMADURA LEVE

MP ARIAS LÓPEZ, GA PALACIOS, E MORENO, C CHAVEZ, JA FARIAS

Hospital de Niños Dr R Gutierrez, Argentina.

Introducción: El síndrome de shock toxico (SST) es una enfermedad sistémica severa mediada por toxinas producidas por algunas cepas bacterianas (Staphylococcus aureus o Streptococo grupo A). En 1985 se describieron los primeros casos en niños luego de sufrir quemaduras de pequeña extensión. Se presenta este caso por tratarse de una patología de alta mortalidad y morbilidad si no es diagnosticada y tratada en forma precoz.

Objetivo: Reportar un caso de SST en un paciente pediátrico luego de una quemadura leve.

Material y método: Análisis de caso clínico.

Resultado: Paciente de 18 meses de edad, previamente sano, que sufre quemadura con agua caliente en rostro, miembro superior izquierdo y región posterior de tórax. Consulta en centro especializado donde se realizan curaciones planas y control diario ambulatorio. A las 48 horas presenta cuadro de vómitos, diarrea y fiebre con aparición de eritema con progresión céfalo caudal. Es tratado con antihistamínicos y antitérmicos. Su estado clínico empeora, con progresión del eritema y agregado de deterioro del sensorio y rechazo del alimento. Al séptimo día de evolución de la quemadura consulta a servicio de emergencias. Se constata paciente en mal estado general, con eritema generalizado, petequias diseminadas, con quemadura AB 1% en hemicara izquierda y tipo AB 3% en miembro superior izquierdo y tórax., con cuadro clínico compatible con shock séptico. Se realiza laboratorio que muestra: anemia, plaquetopenia, coagulopatía e insuficiencia renal aguda. Se inicia resucitación con fluidos y se intuba en forma electiva. Inicia tratamiento antibiótico con ceftazidima, clindamicina y vancomicina previa toma de hemocultivos y urocultivo. Recibe hemoderivados y pasaje de inmunoglobulina G 2 gramos/kg en única dosis dentro de las primeras 6 horas. Se realiza evaluación y curación local en quirófano. Ingresó en terapia intensiva (UCIP). Requiere 6 días de asistencia respiratoria mecánica, 6 días de inotrópicos y vasopresores (dopamina, noradrenalina y dobutamina), 72 horas de nutrición parenteral y posterior alimentación por sonda transpilórica. El tratamiento antibiótico se rota a cefalotina asociado a clindamicina por rescate en

■ Resúmenes

hemocultivos de *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina. Cumple 14 días de cefalotina y 10 días de clindamicina. Permanece 8 días en UTIP pasando a sala general. Egresada a su domicilio luego de 20 días de internación, quedando en control ambulatorio.

Conclusión: Se presenta un lactante que desarrolla un SST en las 48 hs posteriores a sufrir una quemadura menor al 10%. Ante un niño con los antecedentes mencionados y cuadro tóxico con compromiso sistémico repentino, debemos tomar las siguientes medidas: resucitación y estabilización en UCIP, inspección y curación de la quemadura, antibioticoterapia cubriendo *Estafilococo* y *Streptococo* e inmunidad pasiva (plasma fresco congelado o gammaglobulinas endovenosas). Un alto índice de sospecha y tratamiento temprano, disminuye la morbi-mortalidad del cuadro cuya confirmación es solo retrospectiva.

0119 IMPACTO DEL INGRESO DE NUEVOS RESIDENTES SOBRE INDICADORES DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

P. GASTALDI^{1,2}, D. MIQUELARENA^{1,3}, C. GARAYALDE^{1,4}, E. PORJOLOVSKY¹, V. CARIMAN¹, N. MARTIN YUHANADI¹, G. FERNANDEZ CID¹

¹ Hospital General de Agudos Enrique Tornu, Argentina. ² Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. ³ Clínica Virreyes, Argentina. ⁴ Hospital General de Agudos Diego Thompson, Argentina.

Introducción: La capacitación de postgrado del profesional médico cuenta, en la Argentina, con el sistema de residencias médicas, dentro del cual el médico desempeña tareas académicas y asistenciales. En base a lo antedicho surge el interrogante sobre si es suficiente la supervisión del médico que se inicia para evitar el impacto supuestamente negativo que se generaría sobre ciertos indicadores de calidad de un servicio.

Objetivos: Evaluar el comportamiento de determinados indicadores de calidad de una unidad de Terapia Intensiva durante el semestre en el cual se incorporan nuevos residentes versus el semestre posterior.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de Cohortes retrospectivo en el cual se incluyeron a los pacientes que ingresaron al servicio de Terapia Intensiva del Hospital General de Agudos Enrique Tornu durante el año 2009 separándolos en dos grupos: Grupo 1 Pacientes que ingresaron durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de junio y Grupo 2 Pacientes que ingresaron entre el 1° de julio y el 31 de diciembre excluyéndose a los pacientes que fueron derivado a otra unidad de cuidados críticos. Los parámetros comparados fueron mortalidad corregida por APACHE II con la relación estandarizada de mortalidad (SMR), estancia en UTI y consumo de ciertos insumos como los son camisolines, cánulas de traqueotomía, catéteres venosos centrales, guantes estériles y tubos endotraqueales.

Resultados: En cuanto a las características de las muestras el grupo 1 incluyó a 120 pacientes con una media de APACHE II de 15.5 + 9.41 con una mortalidad esperada de 26.81% y observada de 34.16% lo que corresponde a un SMR=1.27, de estos pacientes el 54% requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM). La utilización de camisolines fue de 1.69/ paciente, de cánulas de traqueotomía 0.065/paciente, de catéteres venosos centrales 0.98/paciente, guantes estériles 5.33 pares/pacientes y tubos endotraqueales 0.91/pacientes. El grupo 2 incluyó a 153 pacientes con una media de APACHE II 17.44 + 12.67 (t=1.42, p=0.16), una mortalidad esperada de 33.47% (t=2.15 p=0.032) y una mortalidad observada de 35.74% representando un SMR=1.06 y requerimiento de ARM en el 52.9% de los pacientes. La utilización de insumos fue mayor en todos los casos, camisolines 3.41/paciente, cánulas de traqueotomía 0.13/pacientes, catéteres venosos centrales 1.09/pacientes, guantes estériles 7.27 pares/paciente y tubos endotraqueales 1.42/pacientes. En cuanto a la estancia en la unidad de Terapia Intensiva esta fue de 7.33+8.27 días para el grupo 1 y 10.27+15.19 días para el grupo 2 (t=2.04 p=0.043).

Conclusión: Los resultados obtenidos reflejan, en contra de lo esperado, un descenso del SMR en el período donde los nuevos residentes médicos desempeñaron sus primeras acciones asistenciales ocurriendo lo contrario respecto a la estancia y en el consumo de insumo ya que ambos aumentaron significativamente.

0120 INTOXICACION POR COLCHICINA. PRESENTACION DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA

P. BOSCHINI, P. CASTRO, S. CASTRO, O. CRISTALDI, J. RISSO PATRON, D. CALVO, F. BALLESTEROS HIGA EVA PERON, SAN MARTIN. BS. AS. (EX CASTEX), ARGENTINA.

Objetivos: Comunicar un caso de intoxicación por colchicina, a fin de tener presente esta patología no muy frecuente, y revisar la bibliografía al respecto.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente joven con intoxicación accidental por colchicina, y se realiza descripción del cuadro clínico. **Caso:** Paciente: D.H. 42 años. Fecha Ingreso: 17/10/08 por intoxicación con colchicina. Paciente de 42 años de edad, tabaquista, diagnóstico de gota 5 años atrás. Cuadro de 3 días de dolor y tumefacción en hallux derecho, ingestión de 16 comprimidos de colchicina. Consulta a la guardia por presentar diarrea, cólicos abdominales y vómitos. Al ingreso a guardia taquicárdico e hipotenso (130x' y TA 90/60), con respuesta a expansión con cristaloides. Se interna en UCI según toxicología por la posibilidad de compromiso multiorgánico. Datos positivos del laboratorio al ingreso: urea 0.87, creatinina 2.06, TGO 53, TGP 54, CPK 347, Ca 11, P 6.5, K 5.3, acidosis metabólica con CO3H 11.7, sin hipoxemia, PCO2 17.8. Resto de los parámetros normales. Antecedentes: Gota, Tabaquista, cólico renal 10 años antes, alcohol ocasional y marihuana. Examen físico: TA 130/80, FC 100, FR 20, T° 36.5°. Glasgow 15/15, sin foco y lucido, sin datos positivos al examen respiratorio ni cardiológico. Abdomen globoso, doloroso en epigastrio a la palpación profunda. Ruidos aumentados, catarsis presente. Electrocardiograma sin alteraciones agudas, P pulmonares, RS FC 100 x' y signos de sobrecarga auricular izquierda. Tratamiento de ingreso: Ranitidina, expansión con cristaloides, antiagregación, carbón activado, oxígeno-terapia, glucosado hipertónico. Evolución: 18/10/08: cambios electrocardiográficos, ondas T altas y picudas en cara anterior (V2-V5), FC 65x'. K: 4.4. Persiste con acidosis metabólica con CO3H 19. Normaliza función renal. Diuresis conservada 2300 cc en 24 horas. 19/10/08: Dieta bien tolerada. 20/10/08: Pasa a sala de Clínica Médica. 22/10/08: Alta hospitalaria sin complicaciones.

Comentario: La intoxicación por colchicina es infrecuente, con alta morbimortalidad, promueve alteraciones en la división celular. Cardiotoxicidad directa. Pacientes en shock tienen peor pronóstico. Evolucionan en tres fases, la primera con síntomas gastrointestinales, hipovolemia, hipotensión arterial, la segunda fase de disfunción orgánica múltiple, rhabdomiolisis, con mortalidad elevada, y una tercera fase de leucocitosis reactiva, caída de cabello y otros menos frecuentes. La dosis letal es de 0.8 mg/kg y ingestas de menos de 0.5 mg/kg tienen buen pronóstico. Nuestro paciente ingirió 0.22 mg/kg, y correlacionó con la evolución. De todos modos, a pesar de la evolución favorable del paciente, es adecuado mantener la sospecha sobre un cuadro que no se presenta con frecuencia, pero que puede ser de alto riesgo.

0121 COMPLICACIONES EN PACIENTES DE CABEZA Y CUELLO INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA ONCOLOGICA

P. BOSCHINI, O. PIERUCCI, M. SOLIS RAMIREZ, MF. GIORDANO, A. OCAMPO, T. NEGREIRA, N. QUINTANA Instituto de Oncología Angel H. Roffo UBA. Bs. As. Cap. Fed., Argentina.

Objetivos: Analizar por frecuencia las complicaciones que presentaron en nuestro servicio este grupo de pacientes y relevancia se-

gún clasificación en pacientes médicos o quirúrgicos, fallecidos o sobrevivientes.

Material y métodos: Investigación retrospectiva, de base de datos de nuestro servicio. Sobre 1770 pacientes oncológicos estudiados en terapia intensiva. Análisis estadístico de complicaciones en cuanto a porcentaje según patología (medica o quirúrgica), y dentro de cada grupo según sean pacientes fallecidos o vivos. Se determino APACHE II en cada grupo como cifras promedio. Se obtuvo porcentaje de mortalidad sobre el total de los pacientes y se analizo la bacteriología hallada en todos los grupos.

Resultados: Se estudiaron 397 pacientes (ptes) con tumores de cabeza y cuello. 114 presentaron cáncer de laringe (28.71%), siendo esta la patología mas frecuente. **Grupo 1:** 37 ptes con patología medica vivos, diagnostico predominante cáncer de laringe. Las complicaciones mas frecuentes fueron: hipokalemia (11 ptes), neumonía intranosocomial (10 ptes), e hiperglucemia (8 ptes), fibrilación auricular e insuficiencia respiratoria (5 ptes c/u). APACHE II promedio: 10.80. Tuvieron ARM 6 ptes. **Grupo 2:** 13 ptes con patología medica fallecidos, diagnostico predominante cáncer de maxilar inferior. Las complicaciones mas frecuentes fueron: distress respiratorio (6 ptes), insuficiencia renal aguda (4 ptes), broncoaspiración y neumonía intranosocomial (2 ptes y 6 ptes respectivamente). APACHE II promedio: 17.91. Tuvieron ARM 12 ptes. **Grupo 3:** 339 ptes con patología quirúrgica vivos, diagnostico predominante cáncer de laringe. Las complicaciones mas frecuentes fueron: hiperglucemia (96 ptes), hipokalemia (58 ptes), neumonía intranosocomial (30 ptes), hiponatremia y acidosis metabólica (27 ptes c/u), hiperkalemia (20 ptes). APACHE II promedio: 6.33. Tuvieron ARM 16 ptes. **Grupo 4:** 7 ptes con patología quirúrgica fallecidos, sin diagnostico predominante. Las complicaciones mas frecuentes fueron: insuficiencia respiratoria (2 ptes), neumonía intranosocomial (2 ptes), sangrado tumoral (2 ptes). APACHE II promedio: 15.33. Tuvieron ARM 6 ptes. De los estudios bacteriológicos el germen predominante en grupo 1, 3 y 4 fue pseudomona en minibal, en el grupo 2 fue klebsiella en minibal, con importante predominancia de germen gram(-) en el análisis global de los cultivos (hemocultivos, partes blandas, minibal).

Conclusiones: El cancer de laringe fue la patología prevalente. La insuficiencia respiratoria, la neumonía intranosocomial, las arritmias y las alteraciones metabólicas fueron las complicaciones mas frecuentes entre las patologías medicas. La hiperglucemia, entre otras complicaciones metabólicas, junto a la insuficiencia respiratoria hipoxémica, neumonía intranosocomial y sangrados tumorales fueron las complicaciones relevantes entre los pacientes quirúrgicos. Los germen gram(-) fueron predominantes en todas las detecciones bacteriológicas. La mortalidad global fue del 5.03%.

0122 EVOLUCION DE LOS PACIENTES DE CIRUGÍA TORACICA EN TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA

P BOSCHINI, N RODRIGUEZ, C BOCCI, C PARERA, N ROSSO, C ROLLANO, R MONTAÑO
Instituto de Oncología Angel H Roffo UBA. Bs. As. Cap. Fed., Argentina.

Objetivos: Conocer las características de este grupo de pacientes (ptes), internados en nuestra unidad. Análisis estadístico sobre mortalidad y complicaciones.

Material y Métodos: Se analizaron los pacientes de Tórax sobre un total de 1770 pacientes estudiados. Se dividió a los pacientes en grupos por patología medica o quirúrgica, sobrevivientes y fallecidos. APACHE II de cada uno de los grupos. Complicaciones generales de los pacientes y complicaciones infectológicas y su correlación con la mortalidad.

Resultados: Se han estudiado 211 ptes del Servicio cirugía torácica ingresados a la UTI. 9 ptes con patología medica (4.27%), APACHE II promedio de 13.88 y 202 con patología quirúrgica (95.73%), con

APACHE II promedio de 6.33. Entre los ptes quirúrgicos hubo 13 fallecidos, (6.44%), APACHE II 12.3 y 189 vivos (93.56%), APACHE II 5.92. Estadia promedio de 4.85 días, media de edad 52.76 años, tuvieron ARM 12.87%. Entre los ptes con patología medica hubo 6 fallecidos, (66.67%), APACHE II de 14, y 3 vivos (33.33%), APACHE II promedio de 13.83. Estadia promedio de 5 días, edad promedio de 61.44 años y tuvieron ARM 44.44%. Los diagnósticos mas frecuentes entre los pacientes quirúrgicos fueron: cáncer (ca) de pulmón (44 ptes, 6 fallecidos), ca de esófago (30 ptes, 3 fallecidos, mayor promedio de estadia 11.33 días), nódulo pulmonar (27 ptes, 1 fallecido) y tumor mediastinal (13 ptes, 1 fallecido). Entre los pacientes médicos los diagnósticos fueron: ca de esófago (3 ptes, 3 fallecidos), y ca de pulmón (4 ptes, 1 fallecido). Las complicaciones mas frecuentes entre los ptes quirúrgicos fueron: hiperglucemia (28.71%), acidosis metabólica (22.77%), hipokalemia (13.36%) y neumonía intranosocomial (9.9%). El SDRA y la insuficiencia respiratoria fueron los diagnósticos mas frecuentes entre los ptes con patología medica (33.33% c/u), seguidos por neumonía intranosocomial (22.22%). Las complicaciones infectológicas mas frecuentes en ptes médicos fueron las neumonías (22.22%), y entre los ptes quirúrgicos fueron las neumonías en mas alto porcentaje (9.41%), y en porcentajes mas bajos sepsis, infección de herida e infecciones urinarias. La mortalidad del subgrupo de ptes infectados fue mayor que en los pacientes sin infección. De los hallazgos bacteriológicos se halló pseudomona en 23.80%, acinetobacter 19.04%, enterobacter y SAMR con 14.28% c/u.

Conclusiones: Los pacientes con patología medica tuvieron edades mas avanzadas, mayor mortalidad y mayor APACHE II, y mayor incidencia de ARM. El cáncer de pulmón fue la patología prevalente en todos los grupos de ptes. La insuficiencia respiratoria y el SDRA fueron las complicaciones mas graves de los ptes médicos, con alta frecuencia de presentación y asociación con la mortalidad.

0123 INCIDENCIA, CARACTERISTICAS CLINICAS Y MORTALIDAD EN PACIENTES DIABETICOS CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACION DEL ST (SCASEST). ESTUDIO INTERINSTITUCIONAL. REGION SUDESTE DEL CONURBANO BONAERENSE

LA FLORES¹, J LOAIZA², N DI GIORGIO¹, S DE FRANCESCA³, E VILLALBA¹, M VALIÑO¹, E MOLINA¹

¹ Hospital Iriarte, Quilmes, Argentina. ² Hospital Evita Pueblo, Berazategui, Argentina. ³ Hospital Wilde, Avellaneda, Argentina.

Introducción: La diabetes mellitas (DM), una de las enfermedades más prevalentes, está ligada al desarrollo de arteriosclerosis y enfermedad cardiovascular. La evidencia sostiene que el pronóstico del SCA en los pacientes diabéticos es peor que en los no diabéticos.

Objetivos: Conocer la incidencia, características clínicas, mortalidad hospitalaria de los pacientes con diabetes mellitas (DM) y SCASEST y compararlo con el grupo de SCASEST sin DM

Material y Métodos: Se incluyeron en forma prospectiva 200 p con diagnóstico SCASEST, ingresados en forma consecutiva a las UTI de los centros citados, durante el 1 de enero de 2005 al 31 diciembre 2009. Se definió diabéticos si estaban diagnosticados previamente, si recibían hipoglucemiantes, y se analizo glucemia al ingreso, en ayunas (> 126 mg% dos determinaciones), n° mayores a 200 mg/dl. 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 utilizo p < 0,05 como significancia estadística (S).

Resultados: Los diabéticos (n = 70 p) constituyeron el 35 % de la población y recibían insulina el 30 %, antidiabéticos orales el 40 % y un 15 % control dietético.

La presencia de DM se asocio a mayor edad (69 ± 12 vs. 63 ± 10, p < 0,05), más frecuentemente al sexo femenino (35 % vs. 31 %, p NS), antecedentes de hipertensión arterial (HTA)(62 % vs. 42 %, p <

0,01), dislipidemia (DLP) (53 % vs. 32 %, $p < 0,01$), infarto miocárdico previo (IMP) (35 % vs. 20 %, $p < 0,02$), ACV previo (9 % vs. 4 %, $p < 0,05$), insuficiencia cardíaca previa (ICP) (15 % vs. 6 %, $p < 0,05$). La glucemia al ingreso y el nº de glucemias mayores de 200 mg/dl fueron significativamente mayores en los diabéticos. Entre otras complicaciones la DM se asoció a mayor IC al ingreso (14 % vs. 7 %, $p < 0,04$) y mayor mortalidad hospitalaria (5 % vs. 2,7 %, $p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestro estudio, la incidencia de DM en el SCA-SEST es alta. Este grupo se caracteriza por presentar mayor edad, mayor proporción de mujeres, mayor prevalencia de factores de riesgo (HTA y DLP), cardiopatía previa (IMP, ICP) y comorbilidades (ACV). Mayor IC al ingreso y mayor mortalidad.

0124 INCIDENCIA DE LESIONES BUCALES Y SU ASOCIACION A LA FIJACION DEL TUBO OROTRAQUEAL (TOT) EN PACIENTES CON AVM

OF LIGORRIA

Servicio de UCI/UCO - Sanatorio Los Arcos, Buenos Aires, Argentina., Argentina.

Introducción: A lo largo de nuestra experiencia profesional en UCI, se reciben pacientes derivados de diferentes servicios y centros de atención. Estadísticamente un importante porcentaje de pacientes internados en UCI requieren AVM, a causa de graves cuadros respiratorios. Es de vital importancia mantener la posición del TOT y circuito en condiciones óptimas por varias razones: 1) Es de suma importancia su cuidado y fijación para evitar extubaciones no planificadas, fugas, lesiones agregadas, entre otras. 2) Los movimientos del TOT dentro de la cavidad bucal y tráquea pueden causar diferentes traumas y sobre todo molestias de adaptación entre el paciente y el ventilador. La comprensión y la aplicación de la práctica de los cuidados enfermeros imponen un ejercicio permanente de reflexión sobre sus fundamentos. Hay varias dimensiones para trabajar en enfermería, pero la más importante está relacionada con a los paradigmas del cuidado. Plantea de esta manera la seguridad del paciente. Por eso la importancia de prevenir todo tipo de lesiones agregadas. Objetivos Generales: Conocer incidencia de lesiones bucales y su asociación a la sujeción del tubo oro traqueal relacionando dos fijaciones: GI: Convencionales (Una vez atado el tubo, hacer pasar la cinta hilera por la circunferencia del cuello y atar en su lateral por debajo del pabellón auricular de la oreja) GII: ARNES (una vez atado el tubo, hacer pasar la cinta hilera por encima del pabellón auricular, bajando a la base del cráneo por su parte posterior, el occipital impide desplazamientos hacia arriba anudando justo por encima de una oreja, llevar la cinta directamente por encima del cráneo, hasta justo encima de la otra oreja. Anudando y ajustando con la tensión necesaria).

Material y Método: Estudio comparativo prospectivo entre fijación convencional vs Arnés en pacientes con TOT. Muestra no probabilística intencional. Periodo desde el 01/12/09 al 31/05/10. **Criterios de Inclusión:** Pacientes con TOT y AVM mayor o igual a 24 hs. **Criterios de Exclusión:** Pacientes con lesiones peribucales, quemaduras faciales, trauma de cara o deformaciones congénitas. Post op. de neuro con PIC o vendaje cefálico.

Resultados: La población estudiada corresponde a 80 pacientes ingresados a UCI/UCO, N=40 para cada grupo según criterios mencionados. Siendo edad media 65 años. Promedio días de intubación GI=5/GII=6. El grupo etario con mayor evidencia de lesiones fue con fijación ARNES con 12,5% (5 pacientes). Convencionales con 10% (4 pacientes). Las lesiones predominantes en ambos fue en labios superiores, inferiores y comisuras. Con arnés en pabellón auricular. Los pacientes afectados presentaban inestabilidad hemodinámica.

Conclusiones: Este estudio demuestra que los pacientes con inestabilidad hemodinámica son predominantes a presentar lesiones agregadas independientemente a la fijación del TOT. Un correcto PAE es la herramienta ideal para minimizar riesgos.

0127 TEC GRAVE. MANEJO EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA
M FORTTE, R CRAGÑAZ, R ALDINIO, P LIRUSSI, R FALCONE, A MANOLIO, M FARRO, P SABANDO
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil, Mar del Plata, Argentina.

Objetivo: Manejo del traumatismo de cráneo grave en pediatría, años 2007, 2008 y 2009.

Nuestra experiencia, en TEC Grave, desde el ingreso, estudios realizados, implicancia del monitoreo de PIC y necesidad de conductas agresivas (craneotomía descompresiva). El traumatismo cráneo encefálico (TEC) directo o indirecto, es una injuria focal o difusa del parénquima encefálico (cerebro, tronco cerebral y cerebelo); asociada frecuentemente a una injuria secundaria como hipotensión arterial o hipoxia.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, cuantitativo. Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas del Servicio de Unidad de Terapia Intensiva y Neurocirugía. Pacientes con TEC grave, definiendo TEC grave pacientes con Glasgow menor a 8 Pts. Se excluyeron TEC penetrantes, hundimientos y herida de bala. Desde enero del 2007 hasta enero del 2010, se presentaron 49 casos. La muestra fue probabilística y total.

Resultados: Se analizaron 49 casos. Promedio 9 años de edad, 41 ingresaron con Glasgow menor a 8 Pts, intubados; 8 ingresaron con Glasgow mayor a 8 pero requirieron ARM.

De los 49 casos, 9 se les practicó craneotomía descompresiva, 5 bilateral y 4 unilateral, 1 paciente falleció.

Conclusiones: El manejo del TEC en pediatría requiere de minuciosidad y manejo "artesanal" de la patología, y es fundamental en base a nuestra experiencia seguir los lineamientos ya conocidos por todos y "no operar una imagen", sino un conjunto de factores que llevan al tratamiento integral del TEC.

En nuestro hospital hace más de 25 años que se maneja el TEC grave de una manera integral con mucha experiencia, y los resultados con el transcurrir de los años han sido excelentes.

0128 EL IMT 504 MEJORA EL ESTADO INMUNOLOGICO EN ANIMALES SEPTICOS

MP PEREIRO¹, BC MASKIN², A DE NICHILLO³, JM RODRIGUEZ³, A MONTANER^{3,4}, C ARTANA¹, J FLO⁵, R LOPEZ⁵, J ZORZOPULOS⁵, F ELÍAS⁵

¹ Hospital Fiorito, Argentina. ² Hospital Posadas, Argentina. ³ Fundación P. Cassará, Argentina. ⁴ CONICET, Argentina. ⁵ Bio Advisory, Argentina.

Introducción: La sepsis es una patología grave y frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs). Con tratamiento precoz y una adecuada respuesta proinflamatoria del huésped la infección se controla, pero con frecuencia se genera una respuesta antiinflamatoria exagerada que sería la principal causa de inmunosupresión, que puede generar insuficiente erradicación de la infección o sobreinfección por gérmenes oportunistas.

Objetivo: Evaluar el efecto sobre el estado inmune de un oligonucleótido (ODN) prototipo de la serie PyNTTTTGT (ODN504), en un modelo en ratas Sprague dawley sépticas por inoculación intraperitoneal (IP) de E coli O45K1H10 (Bact) y sham por inyección IP de solución fisiológica (SF).

Materiales y Métodos: Se siguieron las normas internacionales para el uso y cuidado de animales. Se utilizaron 4 grupos de 10 animales. El día 0 los grupos 1 (SF-Bact) y 2 (SF-SF) recibieron 4 dosis cada 3 horas de SF y los grupos 3 (ODN-Bact) y 4 (ODN-SF) recibieron 4 dosis de 0.6 mg de ODN504 por vía subcutánea. El día 3 se inoculan 2.5x10⁹ bacterias/animal por vía IP a los grupos 1 y 3. El día 4 previa anestesia los animales fueron sangrados a blanco por punción cardíaca y sacrificados. Los animales se pesaron durante todo el experimento. Los niveles de las citoquinas interleuquina 6 (IL-6), 10 (IL-10) y del factor estimulante de colonias (GM-CSF) se determinaron por ELISA utilizando pares de anticuerpos específicos de rata.

Los límites de detección fueron: 780, 125 y 62.5 pg/ml respectivamente. La determinación de células B activadas se realizó utilizando los anticuerpos conjugados a fluorocromos CD19PE/CD40Fic (BD/Pharmingen) y medidos utilizando citometría de flujo. Las comparaciones se realizaron por el test de Student o Mann-Whitney según correspondiera. Se consideró significativo una $p < 0.05$.

Resultados: La mortalidad entre los grupos 1 y 3 fue similar, pero el estado clínico de los animales y el peso corporal en el grupo 3 fue similar al 2 y al 4. En los animales del grupo 3 los niveles de IL-6 (1196 ± 222) e IL-10 (545 ± 197) pg/ml fueron menores con respecto al grupo 1: IL-6: (4622 ± 2306) e IL-10 (902 ± 89.9) pg/ml, $p = 0.009$ y 0.005 respectivamente. En el grupo 3 no se detectó GMCS-F a diferencia del grupo 1 (102 ± 50) pg/ml. Los grupos 2 y 4 presentaron valores indetectables de estas citoquinas. La expresión de CD40+ CD19+ en células B fue mayor en animales del grupo 3 vs. grupo 1 (Gm 12 ± 0.75; 7.88 ± 0.68). El recuento de polimorfonucleares (PMN)/mm³ fue mayor en el grupo 1 versus el 3 (40.3 ± 12; 18.86 ± 3.75). En 4/6 animales del grupo 3 los niveles de dímero-D fueron normales (<350) a diferencia de los animales del grupo 1: 1228 ± 788 ng/ml.

Conclusiones: Si bien ODN 504 no reduce la mortalidad en este modelo experimental de sepsis, aquellos animales que sobreviven al shock séptico presentan mejor estado clínico e inmunológico determinado por el peso corporal, los niveles de citoquinas, células B activadas, número de PMN y niveles de dímero D.

0129 VALOR DIAGNOSTICO DE LA RADIOGRAFIA DE TORAX EN LA LESION TRAQUEAL PEDIATRICA

RB ARAOZ OLIVOS, S MUZZIO, C FILARTIGA, S AGÜERO, BJ RIGONATTO

Servicio de UCIP - Hospital Pediátrico Juan Pablo II, Argentina.

Introducción: Las lesiones traqueales se presentan entre el 1,5 a 3% de los traumatismos torácicos cerrados. Las localizaciones más frecuentes de ruptura de la vía aérea por traumatismo cerrado son: el 80% en el bronquio fuente hasta 2,5 cm de la bifurcación traqueal, el 15% en la unión entre el segmento fijo y móvil de la tráquea distal, y el 5% en la rama bronquial distal.

Objetivos: Evidenciar signos radiológicos iniciales y valor diagnóstico de este estudio por imágenes, en dos pacientes con lesión traqueal severa secundaria a Traumatismo de tórax cerrado.

Material y Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo de dos pacientes con traumatismo de tórax cerrado, por aplastamiento con piletón de cemento. Uno de ellos con contusión miocárdica asociada. Ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital Pediátrico Juan Pablo II en octubre de 2009 - marzo 2010, hemodinámicamente estables con Glasgow 15/15. Auscultación pulmonar con hipoventilación bibasal, saturación 99%. Radiografía de tórax con enfisema subcutáneo y neumomediastino. **Caso clínico 1:** Paciente de 2 años, sexo masculino quien ingresó a la UCIP, habiendo transcurrido 1 hora del traumatismo, con un índice de trauma pediátrico (ITP) de 11. Endoscopia: se observó laceración de mucosa traqueal en hora 7, a 3 cm de la carina. **Cirugía:** lesión en cara posterior de tráquea a nivel superior de carina, de 3-4 cm de longitud, donde se observó anillos traqueales fracturados. Durante la cirugía presentó paro cardiorrespiratorio, produciéndose el óbito. **Caso clínico 2:** Paciente de 3 años, sexo femenino, quien ingresó UCIP 8 horas después de ocurrido el accidente con un ITP de 9. Endoscopia: se observó lesión traqueal a 0,5 cm de la carina. **Cirugía:** se realizó toracotomía derecha superior, evidenciándose herida en cara posterior de tráquea a nivel de carina, de 1 cm de ancho por 2 cm de longitud. Luego de la realización de sutura traqueal permaneció 12 días en ARM, sin complicaciones posteriores.

Resultado: Ambos pacientes presentaron signos de escape de aire comprometiendo mediastino y celular subcutáneo, sin neumotórax.

Conclusión: Si bien la lesión traqueal es poco frecuente en el traumatismo de tórax cerrado, la radiografía de tórax debería ser tenida

en cuenta como método diagnóstico localizador de la lesión, mínimamente invasivo y de bajo costo. Los hallazgos radiológicos iniciales, hablan de ruptura traqueal mientras que la lesión bronquial, la mayoría de las veces, está asociada a neumotórax ipsilateral. La confirmación se realizó con la fibrobroncoscopia.

0130 SEGUIMIENTO DEL VASOESPASMO EN LA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTANEA CON DOPPLER TRANSCRANEAL EN EL ALTO VALLE DE RIO NEGRO Y NEUQUEN S SVAMPA

Hospital Provincial Neuquén, Argentina.

Introducción: El Vasoespasmo (VS) es la principal causa de morbimortalidad después de la Hemorragia Subaracnoidea Espontánea (HSAe). La utilidad del Doppler Transcraneal (DTC) para la detección del mismo de acuerdo a las Guías de la American Heart Association, lo soportan como un nivel clase II A. Desde la incorporación del equipo en la zona del Alto Valle de Río Negro y Neuquén (AVRNyN) y en base a estas Recomendaciones, se ha intentado seguir un Algoritmo del manejo de la HSAe, guiado por DTC.

Objetivo: Primario: detectar VS sonográfico en la HSAe.

Secundarios: ver la evolución de los pacientes que desarrollaron VS de acuerdo al Grado Neurológico y si el daño de la Autorregulación Cerebral (ARC) empeora el pronóstico de los pacientes con VS.

Material y Métodos: Diseño Prospectivo, observacional, desarrollado en 12 Terapias Intensivas del AVRNyN, desde el 30/07/08 al 15/05/10. Se incluyó adultos con HSAe y fueron seguidos con DTC para detección y monitoreo del VS. Se clasificó los pacientes según la Escala de Hunt y Hess (H y H) y se los dicotomizó en Buen Grado (BG) I, II y III y Mal Grado (MG) IV y V. El diagnóstico de HSAe se confirmó por Tomografía Axial Computada (TAC), utilizando la Escala de Fisher. Para diagnóstico de VS se empleó un Doppler Multidop-PDWL; se definió una velocidad media (vm) en la Arteria Cerebral Media (ACM) > 120 cm/s y un Índice de Lindegaard > 3. Si se detectaba VS, se controlaba cada 48 Hs hasta su desaparición. En la mayoría de los casos se realizó Angiografía por Substracción Digital de 4 vasos. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Las variables Continuas se expresaron como Media y Desvío Estándar y las Discretas como mediana y se compararon con el test de Chi cuadrado.

Resultados: Se siguieron 58 HSAe en 21 1/2 meses, 21 Hombres y 37 Mujeres. La edad media fue de 51 y 52 (rango de 18 a 83 años). La distribución del H y H fue: 4 casos I, 11 II, 18 III (33 de BG); 13 casos IV y 12 V, (25 de MG). Según la TAC la distribución fue: 3 casos Fisher 2, 27 Fisher 3 y 28 Fisher 4. Se realizaron 47 Angiografías y fueron positivas para Aneurismas 37, localizados en: ACoA 7, ACA 4, ACoP 5, ACM 8, ACI 9, ACP 2, las otras 10 fueron negativas. Se encontraron 22 casos de VS sonográfico, que coincidieron con 5 VS angiográficos y 14 Clínicos. 15 de los VS sonográficos correspondieron a TAC con Fisher 3 y 18 a pacientes con BG. La ARC estaba dañada en 38 casos y en 18/22 que desarrollaron VS con una p de 0,0035; el GOS para estos fue 4/5 para 14/18 y 1/2 para 4/18. Las complicaciones más frecuentes fueron: Hipertensión Endocraneana, Hiponatremia y Neumonía Asociada al Ventilador. La Mortalidad fue del 41 %, 6/33 de BG y 18/25 de MG donde solo 4 del 1° grupo y 2 del 2° presentaron VS.

Conclusiones: El VS sonográfico se detectó en el 38 % de los casos. 14 de los 22 con VS por DTC presentaron VS clínico. La Mortalidad Global del 41%, siendo para los casos con VS 4/18 de BG y 2/4 de MG. La probabilidad de que los pacientes con VS dañaran la ARC significativa, pero no influyó en el pronóstico.

0132 RESULTADO DE LA APLICACION DE UNA MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN UN ENFERMO CON HIPOXEMIA REFRACTARIA SECUNDARIA A SDRA POR HANTAVIRUS

J NUÑEZ, E OSMAN, I CONRADO, D MOQUI, P TARRUELLA, P

KABLAN, JP BERTOZZI, F HEINRICH, M CARBONI BISSO
Hospital San Antonio, Gualeguay, ER, Argentina.

Introducción: La hipoxemia refractaria es una condición poco frecuente en las series de SDRA pero impresiona ser más frecuente en los enfermos con SDRA secundario a Hantavirus. En nuestro conocimiento no hay series que reporten las características de ARM o respuesta a maniobras de reclutamiento alveolar en este grupo.

Objetivo: Describir el comportamiento ante una maniobra de reclutamiento alveolar en un enfermo con hipoxemia refractaria secundaria a Hantavirus.

Materiales y Métodos: Reporte de caso. Datos recatados de la historia clínica y de base de datos.

Resultados: Varón de 42 años con diagnóstico confirmado de infección por Hantavirus que desarrollo de insuficiencia respiratoria. Ingreso a UCI con requerimientos de oxígeno suplementario y en menos de 12 hs requirió ARM. Tras 4 hs de ventilación con un Vt de 550 ml, PEEP de 10 y una Ppl de 22 presentaba una Pa/fio2 de 67. En este contexto, y tras estabilizar la condición hemodinámica (en ese momento sin requerimientos de vasopresores) mediante el aporte de fluidos hasta una PVC de 12 con una valoración subjetiva de la variación ventilatoria de los picos sistólicos de la presión arterial (catéter arterial acoplado a manómetro aneroide) se realizó una maniobra de reclutamiento alveolar basada en la descrita por Amato en 2006. Se ventiló durante 2 minutos con PEEP de 16 en VCV con similares parámetros y posteriormente se rotó el modo ventilatorio a PCV con una P_{insp} de 15 cm por encima de cada nivel de PEEP. De esta manera se realizaron escalones de PEEP de 20 por 2 minutos seguido de PEEP de 16 por 2 min, PEEP de 25 por dos minutos y así sucesivamente hasta llegar a una PEEP máxima de 35 cm por dos minutos. En este punto se suspendió la maniobra por tendencia a la hipotensión y franca mejoría de la saturometría (inicia con 91% y fin con 100%). Los gases arteriales a los 30 minutos de la maniobra se obtuvieron en VCV con Vt de 550, PEEP de 18 y Ppl de 30 cm mostraron una Pa/fio2 de 162 y la PCO2 subió de 35 a 41. Tras 24 hs en esta modalidad se ajustó la PEEP de acuerdo a una curva de PEEP/distensibilidad que mostraba como mejor valor 8 cm. Se ajustó PEEP a 12 cm con deterioro posterior de la oxigenación y requerimientos de nuevas maniobras de reclutamiento. Tras 72 hs mejoró la oxigenación pero sumó falla hemodinámica y renal que requirió de hemodiálisis. A los 5 días presentó HDA por gastritis erosiva que requirió de politransfusión, desmopresina y diálisis con lo que se pudo controlar el sangrado. Se extubó tras 12 días de ARM y fue dado de alta del hospital tras 20 días de internación.

Conclusiones: En este caso la infección por Hantavirus se acompañó de SDRA y condicionó el desarrollo de hipoxemia refractaria que pudo sostenerse mediante el soporte ventilatorio gracias al uso de sedoanalgesia profunda, relajación neuromuscular, maniobras de reclutamiento alveolar y una PEEP elevada, siendo la curva de PEEP/distensibilidad una mala herramienta para titularla. La ausencia de series que reporten las características de la ARM en estos enfermos nos lleva a reportar este caso.

0133 LEUCOENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE ECLAMP-SIA REPORTE DE UN CASO

MC PALACIO, CD VILLARREAL, JC MEDINA, R SANTOS, F KIRYLUK
Sanatorio Prof. Itoiz, Argentina.

Introducción: La leucoencefalopatía posterior reversible (LPR) es un Síndrome clínico-radiológico caracterizado por cefaleas, alteración de la conciencia, convulsiones, trastornos visuales y ocasionalmente signos neurológicos focales. El edema vasogénico reversible en la sustancia blanca de las regiones posteriores es el hallazgo característico en la resonancia cerebral. Esta entidad se asocia a situaciones clínicas diversas como eclampsia, hipertensión arterial, insuficiencia renal, tratamiento de inmunosupresión, etc. La etiología se debe

a elevaciones bruscas de la TA que exceden la autoregulación de la vasculatura cerebral, desarrollando regiones de vasodilatación y vasoconstricción con rotura de la barrera hematoencefalica, trasudación focal de fluidos y hemorragias petequiales.

Objetivo: Comunicar un caso infrecuente en la UTI.

Caso clínico: Paciente de 16 años, sin antecedentes previos, cursando primigesta de 35 semanas, que consulta a guardia por cefaleas e HTA (160/100 mm Hg) indicando internación, presenta al examen físico, HTA, vigilia, amaurosis bilateral, pupilas isocóricas y reactivas sin papiledema y sin déficit motor; los estudios de laboratorio: HTO 33 plaquetas 179000 LDH 450, resto s/p, Ecografía hepática y obstétrica normal, TC cerebral: imagen hipodensa bilateral occipital, RMN cerebral: imágenes bilaterales occipitales de localización subcortical comprometiendo predominantemente sustancia gris y levemente blanca sin efecto de masa sin observarse en T2 y Flair. Se realiza de urgencia cesarea abdominal. Evoluciona en el postoperatorio con convulsiones tónico-clónicas generalizadas, en tratamiento con sulfato de magnesio, fenitoína y NTG. Evoluciona favorablemente, con normalización de la TA y mejoría neurológica.

Conclusión: En nuestro caso la LPR en eclampsia es consecuencia de la elevación aguda de la TA por fracaso en los mecanismos de autoregulación del flujo sanguíneo cerebral por hiperperfusión, vasodilatación pasiva, aumento de la permeabilidad vascular, trasudación de líquido y edema vasogénico reversible. El tratamiento de las convulsiones y de la HTA debe ser precoz y agresivo para prevenir la progresión a infarto.

0136 TROMBOEMBOLISMO DE PULMON. NUESTRA EXPERIENCIA

FM BALLESTERO, MS RAÑA, F LASCAR, G DOVA, R VILLAGOMEZ, ED SOLOAGA, MA BLASCO, FJ CHERTCOFF
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia factores de riesgo asociado, score de Wells, métodos diagnósticos, tratamiento y mortalidad del tromboembolismo de pulmón.

Materiales y Métodos: Trabajo retrospectivo. Período de 2006-2009. Se analizaron los datos obtenidos en los pacientes con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Se analizaron datos demográfico, factores de riesgo, métodos diagnósticos utilizados, score de Wells modificado, tratamiento y mortalidad.

Resultados: 33 pacientes ingresaron a la UTI, 17 mujeres (51.6%). Edad promedio fue de 64.6 años (25-90). Los factores de riesgo más importantes fueron: reposo prolongado en 8 pacientes (24.24%), enfermedad oncológica en 6 (18.18%), internación previa en 3 (9%). El 12.12% (4 pacientes) no tenían factores de riesgo. En cuanto a antecedentes de enfermedad cardiopulmonar, 18 pacientes no tenían antecedentes (54.5%), 5 pacientes tenían hipertensión arterial (15.15%), 3 (9%) insuficiencia cardíaca y 3 (9%) EPOC. El score de Wells modificado mostró baja probabilidad en el 15.15% y alta probabilidad en el 54.5% de los casos. El 93.9% de los pacientes presentó disnea y el 45.45% tuvo TVP de miembros inferiores diagnosticada por ecografía doppler. La radiografía de tórax fue normal en el 39.4%. El diagnóstico se hizo mediante tomografía helicoidal en el 91% de los casos. El 42.42% presentó hipertensión pulmonar en el ecocardiograma doppler color. En dos pacientes se observó dilatación de cavidades derechas y solo uno de ellos tuvo deterioro de la función sistólica del ventrículo derecho. En todos los pacientes se instauró terapia anticoagulante, el 84.8% con heparina de bajo peso molecular y el 12.12% con heparina sódica. Solo a un paciente se administró terapia fibrinolítica. La mortalidad observada en nuestra población fue del 6% (2 pacientes).

Conclusión: Nuestra serie es coincidente con lo publicado en la literatura sobre los factores de riesgo, los métodos diagnósticos utilizados dependen de la disponibilidad del centro siendo en nuestro hospital la tomografía helicoidal el más utilizado.

0137 REACCION ANAFILACTICA A RTPA: REPORTE DE UN CASO
 MI RÍOS, G DOVA, M SKARE, FM BALLESTERO, F GRASSI, MA BLASCO, MA VELTRI
 HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

Introducción: El angioedema es una reacción adversa de la infusión de múltiples medicamentos. Con la administración del activador tisular del plasminógeno recombinante (rTPA) la incidencia es menor al 2%. La mayoría de las veces está asociado al mismo tiempo del uso de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), es mediado por el aumento significativo de bradikinasas, dado que la enzima convertidora de la angiotensina es la responsable de inhibir el incremento de las bradikinasas.

Caso clínico: Hombre de 52 años, antecedentes de HTA, en tratamiento con enalapril. Cursó internación reciente, por síndrome coronario agudo con supradesnivel del ST de cara anterolateral con requerimientos de infusión de estreptoquinasa, es derivado a este centro donde se le realiza angioplastia de rescate con colocación de stent convencional en la arteria descendente anterior. Ecocardiograma Doppler color: FEY 30-35%. A los 6 días del procedimiento, egreso hospitalario con tratamiento antiisquémico y doble antiagregación plaquetaria (AAS, Clopidogrel, IECA). A los 10 días del alta consulta por presentar disartria, vértigo y ataxia. Al examen físico Glasgow 14/15, tendencia al sueño, respuesta a ordenes simples, motilidad conservada, hipoestesia leve en miembro superior izquierdo, hemianopsia izquierda, ptosis palpebral derecha y ataxia izquierda. NIHSS 9/42, hemodinámicamente estable, normoglucemia, coagulograma normal. Se realiza TC de cerebro sin evidencia de lesiones agudas, motivo por el cual se decide iniciar infusión de rTPA a las 3 horas 55 minutos de comenzada la sintomatología. Dosis total de 63 mg. A los 66 minutos de iniciada la infusión se objetiva edema lingual progresivo con protrusión y obstrucción de vía aérea superior, se decide intubación nasotraqueal por videofibrobroncoscopia. Se objetivan maculopápulas eritematosas en tronco y extremidades. Se asume cuadro compatible como anafilaxia a rTPA, se administra dexametasona 3 mg/kg y difenhidramina 200 Mg/día. Se realiza TC de cerebro control que no evidencia sangrados agudos. Buena evolución, con disminución de la protrusión lingual paulatinamente. Es extubado a las 24 horas, al examen físico lúcido, disartria sin afasia, hemihipoestesia y dismetría izquierda.

Conclusión: El edema angioneurótico es una complicación potencialmente letal por el compromiso de la vía aérea superior. Aunque la incidencia reportada del angioedema y la reacción anafilatoide es baja, no debe ser desestimado cuando el paciente viene tratado previamente con IECA.

0138 MIOCARDIOPATIA POR ESTRÉS: REPORTE DE DOS CASOS
 M SKARE, G DOVA, A DONÁ, FM BALLESTERO, MH PEREZ, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF
 Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La miocardiopatía por estrés es un síndrome caracterizado por disfunción sistólica severa transitoria, que semeja el cuadro clínico del infarto agudo de miocardio, en ausencia de enfermedad coronaria. Es más frecuente en mujeres, rápida resolución y buen pronóstico. Las causas más frecuentes son el estrés emocional o físico según condiciones subyacentes. Se diferencia de la miocardiopatía de Takotsubo por el patrón ecocardiográfico que se manifiesta en territorio apical o de los segmentos mediales, con escaso compromiso de los basales. **Caso 1:** Mujer de 53 años, antecedentes de Tetralogía de Fallot con tratamiento quirúrgico, estenosis de arteria pulmonar derecha con colocación de stent, por ecocardiograma función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI) conservada, se le colocó un cardiodefibrilador implantable (CDI) por taquicardia ventricular (TV) monomorfa sostenida refractaria a tratamiento médico. La paciente consulta por disnea y desarrolla insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica, intubación orotraqueal y conexión a ARM. Se constata antecedente de una

situación de estrés emocional con descargas espurias repetitivas del CDI sin evidenciarse episodios de TV. Se constata TA 100/60 mmHg. FC 120/ minuto. Se coloca catéter de Swan Ganz: VM 2,6 L/min, IC 1,5 L/min/m², ITSVI 10gm.m/m², ITSVD 2gm.m/m², RV5 2062 dynas. seg/cm⁵. Noradrenalina 0,2 gammas/Kg/minuto y Dobutamina 8,2 gammas/Kg/minuto. Ecocardiograma: FEY 15%, hipokinesia severa global. Troponina T 0,239 ng/mL y CPK 176 mg/dL. Se decide colocación de balón de contrapulsación aórtica y cinecoronariografía (CCG) que mostró arterias coronarias normales. Se interpreta el cuadro como shock cardiogénico secundario a miocardiopatía por estrés. A los 5 días de internación, se realiza nuevo ecocardiograma, hipokinesia global, FEY 45%. **Caso 2:** Mujer de 23 años con antecedentes de insuficiencia renal crónica en hemodialisis, cursó internación prolongada en UTI por sepsis a foco endovascular y ARM prolongada. Un ecocardiograma realizado durante la internación informó una FSVI conservada, sin trastornos segmentarios. Cuando la paciente se encontraba en condiciones de alta presenta episodio de edema agudo de pulmón, se realiza nuevo ecocardiograma que evidenció hipokinesia de segmentos basales con akinesia del resto de los segmentos, FEY 20%. Los marcadores cardíacos fueron positivos. Se realizó CCG que mostró arterias coronarias sin lesiones. Requirió drogas inotrópicas y evolucionó favorablemente. A los 4 días se repite el ecocardiograma observándose leve hipokinesia global, Fey 45%, PSAP de 30 mmHg.

Conclusión: La miocardiopatía precipitada por situaciones de estrés agudo asociado con liberación suprafisiológico de catecolaminas produce disfunción ventricular izquierda y puede causar shock cardiogénico de causa no isquémica, este cuadro habitualmente responde al tratamiento de sostén y la FSVI se recupera posteriormente. Si bien no es una de las causas más frecuente de shock cardiogénico es una entidad a tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales.

0139 NECROSIS EPIDERMICA TOXICA: PRESENTACION DE UN CASO

G DOVA, A CARRIZO, S CHAPELA, MI RÍOS, FM BALLESTERO, MA BLASCO, FJ CHERTCOFF
 Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una reacción adversa manifestada por una respuesta inmunológica impredecible y apoptosis frente a la exposición a diversas drogas, desencadenando una insuficiencia mucocutánea aguda, necrosis y desprendimiento de la epidermis. La extensión de la lesión cutánea es uno de los factores pronósticos principales con una mortalidad que alcanza hasta un 30%. La histopatología confirma el diagnóstico. El tratamiento sintomático es similar al de los pacientes quemados y el tratamiento específico para detener la evolución del cuadro se utiliza inmunoglobulinas, plasmáféresis, ciclofosfamida, ciclosporina.

Caso clínico: Hombre 47 años de edad, antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia. Consulta a otro centro por presentar fiebre de 72 horas y erupción cutánea generalizada que afectaba a mucosas, palmas y plantas de 12 horas de evolución con compromiso del 36% de la superficie corporal (SC), tras la ingesta de 500 mg de claritromicina. Se inicia tratamiento con plan de hidratación parenteral (PHP) amplio, cefazolina, vancomicina, difenilhidramina, loratadina y dexametasona. Es derivado a nuestro centro a los 96 horas por progresión del cuadro cutáneo, ingresa lúcido, hemodinámicamente estable, subfebril con lesiones eritematosas generalizadas, dolorosas, ampollas flácidas, zonas de necrosis, con compromiso de conjuntiva, mucosa yugal y genitales, abarcando el 65% de la SC (lesiones tipo AB). Se inicia reanimación de un gran quemado PHP amplio y toilette quirúrgica extensa con debridamiento de restos necróticos y curaciones con análogos del colágeno. Evoluciona con requerimientos de intubación orotraqueal, conexión a ARM, vasopresores y sedoanalgesia. Se interpreta el cuadro como NET, con posterior confirmación histopatológica. Inicia gammaglobulina a dosis 1 gr/kg/día por 5 días. Se realiza bloqueo histaminérgico (H1,

■ Resúmenes

H2) con ranitidina e hidroxicina, con requerimientos de múltiples toilette quirúrgicas, con escarectomías y topicación con hipoclorito de plata. Intercurre con falla renal aguda RIFLE F, se instaura terapia de reemplazo renal. Presenta múltiples intercurrentes infecciosas. Paciente evoluciona favorablemente y es derivado a centro de rehabilitación.

Conclusión: La NET es una entidad dermatológica grave, que presenta una elevada mortalidad. Presenta similitudes fisiopatológicas congruentes con los pacientes que padecen quemaduras de gran extensión cutánea. Las drogas que más frecuentemente se asocian a esta entidad son los sulfonamidas, clorpromazina, quinolonas, fenitoína. No hay datos acerca de su asociación con los macrólidos. No hay consenso acerca de cuál es el mejor tratamiento específico para la detención de la enfermedad que debe ser utilizado, lo que sí sabemos es que hay que implementar un tratamiento agresivo sintomático similar al del gran quemado.

0140 ENCEFALITIS DE SAINT LOUIS Y STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO

A CARRIZO, M SKARE, E DESCOTTE, S SILITANO, ED SOLOAGA, R ZAMBÓN, MA BLASCO
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La encefalitis de San Luis es causada por un Arbovirus de la familia Flaviviridae, que en la Argentina es transmitida por el mosquito *Culex quinquefasciatus* como vector. Tiene un prevalencia serológica de 3-50% en el país. El cuadro de encefalitis es en general en los mayores de 60 años, presenta síntomas extrapiramidales y cuando se asocian convulsiones, el cuadro es más prolongado y con peor pronóstico.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 17 años de edad con antecedentes de varicela en la niñez, caída con aplastamiento lumbar L3-L4 utilizando corsé durante un mes cuando era niño, calendario de vacunación completo. Vive en el conurbano bonaerense, actividad deportiva diaria al aire libre. Consulta por presentar cefalea de 4 días de evolución fronto-orbitaria pulsátil de intensidad 7/10 progresa en las últimas 24 horas, acompañada de fiebre sin pirogenemia y episodios de diarrea. Por lo cual consulta a servicio de emergencias, se realiza punción lumbar que informa líquido cristal de roca, células menos de 5 por campo, glucorraquia 50 mg/dL, proteínas 0,3 mg/dL, cloro 110 mEq/L, hemocultivos y urocultivo negativos. Se da de alta al paciente con pautas de alarma. Por persistencia de los síntomas y bradipsiquia con desorientación temporo espacial, consulta nuevamente, se realiza Tomografía Computada (TC) de cerebro sin lesiones agudas. Se decide su ingreso a sala general. Se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. Nueva punción lumbar: líquido de aspecto turbio, células 1080 mm³, glucorraquia 81 mg/dL, proteínas 0,7 mg/dL, cloro 118 mEq/L, directo negativo bacterias, tinta china negativa. Se realiza RMN de cerebro que informa realce leptomeníngeo general postcontraste. Presenta síndrome confusional agudo y mayor bradipsiquia. Electroencefalograma: status epiléptico no convulsivo. Se decide su ingreso a unidad de cuidados intensivos. Al examen físico vigil, apertura ocular espontánea, desorientado en tiempo, espacio y lugar, sin foco motor ni déficit sensitivo. De las pruebas serológicas se obtiene: Ig M para dengue positiva, IgM para encefalitis de San Luis positiva. PCR H1N1 negativo. En el LCR: HSV1 negativo, enterovirus negativo, neutralización por reducción en placas positiva para encefalitis de Saint Louis confirmada por el Instituto Maistegui. Completó tratamiento con aciclovir durante 14 días se decide egreso hospitalario con anticongulantes durante 3 meses. Buena evolución de su cuadro encefalítico.

Conclusión: La circulación continua del virus y la prevalencia de anticuerpos en la población, confirma la endemicidad de este agente. La ausencia de casos clínicos en nuestro país indicaría que la infección se produce en edades tempranas con la consiguiente acumulación de inmunidad con la edad. No se encuentran datos en cuanto a la asociación de encefalitis de San Luis y estatus epiléptico

no convulsivo, creemos que es una entidad a tener en cuenta al persistir el cuadro de encefalitis, por lo cual se debería realizar un electroencefalograma en todos los pacientes con un cuadro encefalítico.

0142 DISECCION CAROTIDEA Y ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS

A CARRIZO, MS RAÑA, E DEAN, ML CAIVANO NEMET, FM BALLESTERO, ED SOLOAGA, MA BLASCO
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El stroke en jóvenes es menos común que en los adultos, su incidencia es variable. Se presenta como manifestación de una enfermedad sistémica o local. Es imprescindible realizar una angioresonancia o angiografía digital para descartar la presencia de disección carotídea. La presencia de anticuerpos antifosfolipídicos se relaciona con daño endotelial.

Caso Clínico: Mujer de 26 años de edad, antecedentes de insuficiencia venosa de miembro inferiores e ingesta de anticonceptivos orales, cervicalgia tratada con antiinflamatorios no esteroides y kinesioterapia. Consulta a otro centro, por episodio de cervicalgia súbita desviación de la comisura labial hacia la derecha, trastornos de la palabra, parestesias de miembros inferiores e inquietud motora variable, se realiza tomografía computada (TC) de cerebro que no mostró lesiones agudas. Ingresó a la terapia intensiva de nuestra institución a las 4 horas del inicio de los síntomas, Glasgow 15/15, plejía facio-braquio-crujal izquierda y disartria. Se realizó resonancia magnética (RM) de cerebro con difusión que evidenció una lesión isquémica aguda en territorio de cerebral anterior y media derecha. Una angioresonancia de vasos de cuello que informó compromiso de la arteria carótida interna derecha, compatible con disección arterial. Angiografía Digital: disección de carótida interna derecha que desarrolló una fístula carótida cavernosa de bajo flujo. Se solicitó perfil inmunológico anticuerpo (Ac) Anti-núcleo 1/160 homogéneo, Ac Anti-DNA 1/20 y Ac Anti B2 glucoproteína IgG 157. Evolucionó con síndrome de hipertensión endocraneana con requerimientos de monitoreo de PIC, craneotomía descompresiva y ARM prolongada. Intercurre con status epiléptico no convulsivo con requerimientos de midazolam a altas dosis. Presentó como complicación trombosis de seno longitudinal superior diagnosticada mediante angiografía digital. Inicia anticoagulación y tratamiento con hidroxilcloroquina. Posteriormente fue derivada a un centro de rehabilitación.

Conclusión: El Síndrome antifosfolipídico predispone a la disección espontánea, estos anticuerpos precipitan un estado de hipercoagulabilidad y las manifestaciones neurológicas son múltiples y variables, el stroke es la presentación más habitual. La anticoagulación eficaz garantiza una evolución favorable, al igual que la negativización de los anticuerpos antifosfolipídicos.

0143 EVOLUCION DE PACIENTES CON TRAUMATISMO CRANEO ENCEFALICO GRAVE Y SU RELACION CON LA REALIZACION DE CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA

F PÁLIZAS (H)¹, L DANERI², M COBOS², H VAZQUEZ², F PÁLIZAS¹

¹ Centro Médico Fitz Roy y Clínica Bazterrica, Argentina.

² Centro Médico Fitz Roy, Argentina.

Introducción: La craneotomía descompresiva (CD) se utiliza en forma creciente en el traumatismo encefalocraneano grave (TECG) y es frecuente su uso en nuestra Unidad. Con el objetivo de evaluar las características de los pacientes sometidos a CD y compararlos con pacientes con sólo tratamiento médico se realizó un análisis retrospectivo de un grupo de pacientes con esta patología. Análisis estadístico: Test T, test de Wilcoxon y Chi².

Resultados: Se analizaron 47 pacientes con TECG, 29 de ellos con CD. Se definieron dos grupos: NO-CD (sin CD) y CD (con CD). No

■ Resúmenes

hubo diferencias significativas en el Glasgow de ingreso en ambos grupos. Tampoco en la incidencia de coma al ingreso (Glasgow ≤ 8 vs >8). Contrariamente, el score tomográfico de Marshall fue significativamente más alto (Mayor daño tomográfico $p < 0,005$) en el grupo que fue sometido a CD. No hubo diferencias en: días de ventilación mecánica (VM), de destete de VM, de intubación y de internación en UTI. No se observó diferencia significativa en la mortalidad (Escaso n° de pacientes?), aunque el número de fallecidos fue mayor en el grupo CD (2 vs 8). Fue mejor la recuperación a los tres meses en NO-CD, significación límite ($p < 0,06$).

Conclusión: De acuerdo a los resultados de la presente serie la gravedad tomográfica fue el mayor determinante de la indicación de una craniectomía descompresiva en los pacientes con TCEG. La evolución de ambos grupos en Terapia Intensiva fue similar. La mejor evolución de los pacientes del grupo NO-CD podría relacionarse también con la menor gravedad tomográfica inicial de las lesiones (Marshall promedio NO-CD 1,53 vs CD 3,95).

0145 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE EN EL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD PTE J.D.PERON DE FORMOSA

S NICOLÁS, M PROCHASKO, C ANTUNEZ, M LOPEZ, R CONTRERAS, G ROJAS, G GRANBERG, M BRITZ, M MOLTRASIO, F AYALA ORTIZ, N RAIMONDI, H NUÑEZ
Hospital Alta Complejidad " Pte J.D. Perón " - Formosa, Argentina.

Introducción: El síndrome de Guillain Barre (SGB) es la causa más frecuente de polineuropatía aguda adquirida en adultos, la mayoría tiene recuperación funcional espontánea, un porcentaje tienen afectación motora severa, 20 % requiere ventilación mecánica y 15% persiste con déficit neurológico. La plasmaféresis y la Ig intravenosa han demostrado utilidad en el tratamiento acortando el tiempo de recuperación y disminuyendo el de ventilación mecánica.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia de pacientes con diagnóstico de SGB, que ingresaron a UTI entre enero del 2007 y abril del 2010.

Material y Métodos: Se revisaron historias clínicas de pacientes ingresados a UTI con SGB obteniéndose 9 pacientes: 6 hombres y 3 mujeres; entre 14 y 68 años; en todos se efectuó laboratorios, serologías virales, TAC cerebral, punción lumbar y electromiograma (EMG). Como tratamiento 1 recibió IgG i.v. y el resto plasmaféresis. La atención en UTI fue multidisciplinaria: asistencia kinésica respiratoria, monitoreo de la función cardiopulmonar, neurorehabilitación, uso de férulas en miembros inferiores y superiores, cuidados para evitar úlceras por decúbito, profilaxis antibiótica, soporte nutricional, de fonología y calidad de vida.

Resultados: La edad media fue de 36,4, el tiempo de evolución del síndrome hasta su ingreso a UTI fue de 2 a 14 días, 8 eran oriundos de Formosa y 1 de Paraguay, el antecedente de un proceso infeccioso reciente se identificó en 7 casos: 3 diarrea, 2 infección respiratoria, 1 IgM (+) HSV, otro (+) VHZ, en el resto no se registró antecedente. 2 pacientes tuvieron SGB recurrente; 88,8% desarrolló polirradiculopatía inflamatoria desmielinizante aguda y 1 síndrome de Miller Fisher; todos tenían disociación albumino citológica, al ingreso se realizó escala de discapacidad de Winer: que mostró: en 5 pacientes escala 4 y en 4 escala 5, desarrollaron disautonomías 4 pacientes; 5 compromiso de pares craneales (3:VII, 1:V y 1:III) 5 trastornos deglutorios; 4 requirieron Ventilación mecánica (rango de 7 a 50 días) y 1 VNI, todos tenían TAC cerebral normal y EMG con neuropatía desmielinizante, 1 paciente recibió IgG i.v 0.04 g/kg/día 5 días y pudo ser retirado de ARM pero con cuadriparesia severa como secuela, en 8 (89%) se realizó plasmaféresis 5 sesiones, dentro de las 2 primeras semanas de enfermedad, 4 pacientes tuvieron complicaciones en relación al procedimiento: 3 hipocalcemias; 2 hipotensión; 1 coagulopatía; 1 rush cutáneo, ninguno requirió suspensión del tratamiento, en todos se observó mejoría de la función motora, a partir de la 3°

sesión en 2 pacientes; 4° sesión en 3 y 5° sesión en 3 pacientes, con una disminución entre 1 y 3 puntos en la escala de Winer. La permanencia en UTI promedio: 25 días, como complicaciones intrahospitalarias 1 paciente presentó infección urinaria relacionada a catéter y 2 tuvieron neumonía.

Conclusiones: En el SGB con evolución rápidamente progresiva iniciar plasmaféresis dentro de las 2 primeras semanas de enfermedad acortó el periodo crítico y el tiempo de recuperación de la función motora al alta de UTI.

0146 INCIDENCIA DE HIPOTERMIA EN EL AREA DE RECUPERACION POSTOPERATORIA EN EL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD "PTE J D PERON"

G GRANBERG, M PROCHASKO, S NICOLAS, C ANTUNEZ, G ROJAS, M BRITZ, M LOPEZ, R CONTRERAS, M MOLTRASIO, F AYALA ORTIZ, N RAIMONDI, J GARDELLA, H NUÑEZ
Hospital Alta Complejidad "Pte J.D.Perón" - Formosa, Argentina.

Introducción: La hipotermia aumenta la morbimortalidad postoperatoria, la misma puede ocurrir asociada al acto anestésico-quirúrgico.

Objetivo: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria y su caracterización en base a factores predictores conocidos.

Material y Método: Entre el período del 16 de marzo del 2009 al 16 de marzo del 2010, se admitieron en el Área de Recuperación Postoperatoria (ARPOP) del HAC "Pte. J D Perón" 611 pacientes, los datos se obtuvieron del registro escrito de la planilla de control de signos vitales. Se establecieron como criterio de exclusión: pacientes menores de 14 años, con Cirugía Vascular Mayor, los que ingresan a la UTI, procedimientos realizados en el Servicio de Cirugía Mayor Ambulatoria, y los que culmina posterior a las 20 horas. Se utilizó la temperatura axilar (T^{ax}) como medida de estimación de la temperatura corporal central (T^{cc}); el registro de la T^{ax} se realizó con un termómetro de mercurio estándar. Se define como hipotermia: T^{cc} menor de 36°C. La T^{ax} fue registrada al ingreso del ARPOP, cada 30 minutos y al alta. Se consignaron además datos demográficos de la población, técnica anestésica, tipo de cirugía y tiempo de estadía en Sala de Operaciones (SO), determinándose en cada grupo el número de pacientes hipotérmicos, normotérmicos y la T^{ax} al ingreso y egreso del ARPOP.

Resultados: Fueron incluidos en el estudio 74 pacientes, 47 (63,5%) mujeres y 27 hombres (36,5%). La edad media fue de 38,4 años (17 a 92). El 90,5% pertenecía a la clase I y II de la clasificación del ASA. En 56 pacientes (75,7%) se realizó anestesia general balanceada, en 12 (16,3%) anestesia Regional, en 3 (4%) anestesia combinada y en 3 (4%) sedación. La estadía en SO fue de 20 a 530 min, con un promedio de 107,4 min, en ARPOP de 30 a 380 min con un promedio de 91,1 min. Al momento del ingreso al ARPOP los 74 pacientes (12,1%) que presentaron hipotermia, la media fue de 35,4°C y al egreso del ARPOP fue de 36,5°. De estos pacientes sólo 28 (38%) presentaron T^o menor de 35,5°, de los cuales 15 eran mujeres y 13 hombres, con una clasificación del ASA I 8, II 17 y III 3 pacientes. La T^o de ingreso al ARPOP fue menor para la anestesia general que para la regional. El grupo de pacientes añosos (>de 65) presentó una T^o al ingreso y al egreso de ARPOP similar al grupo de menor edad, pero mayor porcentaje de complicaciones asociadas, como la hipotensión arterial (56%), con estadía en ARPOP prolongado (128 min).

Conclusión: La hipotermia postoperatoria es un problema frecuente en nuestro servicio con una incidencia del 12,1%. Se hace imprescindible la adopción de medidas de calefacción y monitorización de la T^c durante el perioperatorio. Se ha asociado a la hipotermia perioperatoria con múltiples consecuencias adversas tales como: mayor discomfort del paciente y el tiempo de estadía en el ARPOP, lo que se traduce además en aumento de los costos sanitarios.

0147 NECESIDAD DE ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO EN ANCIANOS QUE SE INTERNAN EN UTI COMO CONSECUENCIA DE ROBOS O ASALTOS

AB KOHAN¹, J TORASSA²

¹ Universidad Maimonides, Argentina. ² Hospital T. Borda, Argentina.

Objetivos: Poner en conocimiento que los ancianos sometidos a estrés por robo o asalto, deben ser abordados por un equipo de salud mental, estando ya en UTI, debido a las lesiones por ellos recibidas. De ese modo se evitará en gran parte de ellos, la aparición de trastorno de estrés postraumático, desmoronamiento psicofísico y la muerte.

Pacientes y Métodos: Se evaluaron a 20 (veinte) pacientes que habían sufrido estrés agudo como consecuencia de asaltos o robos, 6 de los cuales debieron ser ingresados en UTI por los traumas físicos recibidos y 14, que recibieron tratamiento ambulatorio. El metodo utilizado es la "observacion empirica".

Desarrollo: En nuestra observación los pacientes que fueron internados en UTI, sin abordaje psicoterapéutico fallecieron todos en término de 2 a 6 meses, debido a desorientación, aun no habiéndola presentado en UTI, anorexia, derrumbamiento psicofísico, cabe destacar que solo 2 de ellos sufrieron TEC, y que las TAC cerebrales no mostraron lesiones. Los pacientes que recibieron tratamiento ambulatorio, que fueron 14, recibieron terapia de apoyo psiquiátrica y psicoterapéutica, ofrecidas por sus medicos de cabecera. A dichos pacientes se les midió el Cortisol matinal, y el vespertino, antes de ingresar a psicoterapia, el cual se encontraba elevado, dando indicios que estaban padeciendo una situacion de "estrés agudo". Fueron tratados con psicoterapia y antidepresivos de tipo IRSS de inicio, se hicieron reforzar los entramados sociales y familiares, en 5 de los pacientes se agregó Clonazepan en dosis de 0.25 mg dos veces al día. En los tratados ambulatoriamente, 5 de ellos fallecieron al cabo de 4 a 6 meses, habiendo presentado anorexia, despersonalización, fallas cognitivas y síndrome de derrumbamiento psicofísico, no habiendo descendido la cifra de Cortisol en los estudios de laboratorio. El resto de los paciente, nueve (9) al ser controlado su estado de ansiedad extrema por la medicación, psicoterapia y contencion familiar, estabilizó los niveles de Cortisol en sangre a los 20 días promedio de iniciado el tratamiento.

Marco teórico referencial: Los ancianos tienen menor respuesta al estrés agudo y con menos éxito que las personas jóvenes.

Conclusión: En la atencion en UTI de los ancianos que fueron golpeados, vejados, para robarles ya debe comenzarse el tratamiento psicoterapéutico, para facilitar la elaboración de la situación a la que fueron expuestos. En nuestros estudios se puede observar que luego de 2 semanas de internación en UTI, sin haber sufrido cirugías de gran magnitud ni estudios traumáticos, en nuestra experiencia, no se pudo evitar el obito.

0148 DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO PRECOZ EN LA INTOXICACION CON ETILENGLICOL: COMBINACION OPTIMA PARA MEJORAR EL PRONOSTICO

G FILIPPA¹, D DUARTE¹, G QUINZAN², C GRANILLO², A MONTES¹, J BALBI¹, E PERRAULT¹, R MALTEZ¹

¹ Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Río Grande, Argentina. ² Servicio de Nefrología Hospital Regional Río Grande, Argentina.

Introducción: La intoxicación por etilenglicol es una patología infrecuente, que se manifiesta por acidosis metabólica (AM) con anión GAP elevado, insuficiencia renal aguda (IRA) y alteración del estado mental. En orina son característicos los cristales de oxalato de calcio monohidratados. Como parte del tratamiento se hallan la administración de etanol para inhibir la enzima alcohol-deshidrogenasa y la hemodiálisis para remoción del tóxico además de corregir la acidosis.

Objetivos: Considerar la intoxicación con etilenglicol en todo paciente con AM severa de origen desconocido. Jerarquizar la correc-

ción de la acidosis metabólica con el tratamiento dialítico precoz. **Casos clínicos:** Presentación de 2 pacientes (ptes.) ingresados al Servicio de Terapia Intensiva (STI), con intento de suicidio mediante la ingesta de líquido anticongelante conteniendo etilenglicol, cuya primera manifestación fue acidosis metabólica con anión GAP elevado. Ningún laboratorio dosa esta sustancia en Tierra del Fuego.

		Caso 1	Caso 2
Lab. Prediálisis	pH / bic / EB	6.70 / 3.8 / -29	7.27 / 10.2 / -15.2
	Acido Láctico mg/dl (VN:12-14 mg/dl)	67	29
	Anión GAP	29.2	21.8
Días de internación hospitalaria		23	16
Días de ARM / inotrópicos (NA, DB)		7/4	13/4
Sesiones de diálisis		9	10
Tiempo de corrección de la AM(Hs)		4	3

El pte del CASO 1 (sexo F, 49 años), ingresó con depresión del sensorio (Glasgow 9/15), acidosis metabólica severa de causa desconocida al momento del ingreso, con sospecha de intoxicación medicamentosa. Se realiza resucitación inmediata (ARM, inotrópicos/vasopresores), y se inicia de manera concomitante hemodiálisis. Se confirma intoxicación por etilenglicol a las ocho horas de la admisión. El pte del CASO 2 (sexo M, 45 años), ingresa obnubilado, manifestando ingesta de 500 cc de etilenglicol y un litro de bebida blanca. Se realiza reanimación y tratamiento dialítico precoz cuando todavía las complicaciones eran incipientes. En ambos casos se realizó sedimento urinario por Nefrología donde se observaron los cristales característicos. El tratamiento fue complementado con aporte de etanol y vitaminas. Evolucionaron ambos ptes. con IRA oligúrica y se recuperaron sin secuelas clínicas.

Conclusión: La pronta corrección de la AM con el inicio precoz de la resucitación y hemodiálisis, en un paciente con AM con anión GAP elevado con sospecha de intoxicación por etilenglicol, mejora el pronóstico, no debiendo ser demorada por procedimientos complejos. La visualización del sedimento urinario puede resultar muy útil para la orientación diagnóstica.

0149 SEPSIS Y SHOCK SEPTICO EN TERAPIA INTENSIVA ONCOLOGICA. ANALISIS ESTADISTICO

P BOSCHINI, C VAZQUEZ, V DE PIETRI, N ROZO, MA REYES, A OCHOA, H CACCONE, S FLORES

Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Bs. As. U.B.A., Argentina.

Objetivos: Analizar la casuística de pacientes oncológicos críticos con sepsis y shock séptico, patologías predisponentes, diagnósticos concomitantes y análisis de mortalidad.

Material y métodos: Se han estudiado los pacientes con sepsis y shock séptico sobre un total de 1770 pacientes. Análisis de base de datos. Se dividieron los pacientes en quirúrgicos y médicos, análisis de cada uno de ellos, APACHE II de los distintos grupos y subgrupos dentro de los mencionados, patología predominante en cada uno de los mismos, así como porcentaje de cada uno dentro del total. Se focalizó en complicaciones no infecto lógicas y en la bacteriología hallada según foco estudiado. Mención a sobrevida y mortalidad de los distintos grupos de pacientes.

Resultados: Se han estudiado 114 pacientes (ptes) con sepsis y shock séptico, promedio de APACHE II: 15.49, fallecidos: 85,(74.56%), sobrevivientes: 29,(25.44%). 32 ptes quirúrgicos, con APACHE II promedio:14.34 y 82 ptes médicos, con APACHE II promedio: 16.07. No hubo diferencias entre el APACHE II promedio de los pacientes quirúrgicos fallecidos (N:22) y sobrevivientes (N:10), con valo-

res de 14.36 y 14.3 respectivamente. APACHE II de ptes médicos fallecidos, (N:63): 16.52, y el de los sobrevivientes, (N:19):14.58. Los grupos de pacientes con mayor frecuencia de sepsis y shock séptico fueron los ptes provenientes de Clínica Médica (52.62%), Cirugía gastroenterológica (19.30%), y Cirugía de Cabeza y Cuello (9.65%), siendo la patología predominante el cáncer de pulmón en pacientes médicos, y el cáncer de riñón y de esófago en los pacientes quirúrgicos. Las complicaciones clínicas más importantes y frecuentes de la totalidad de los pacientes estudiados fueron: Distress respiratorio agudo (SDRA) (39 ptes, 34.21%), APACHE II promedio de 15.46 y mortalidad del 87%; y la insuficiencia renal aguda (IRA) (30 pacientes, 26.31%), APACHE II promedio de 18.49 y mortalidad del 66%. La asociación de las dos patologías en el grupo estudiado presentó mortalidad del 100%. La mortalidad hallada en la patología médica asociada a SDRA fue de 93%, y a IRA fue de 68%. Del total de los hallazgos bacteriológicos, sin diferenciar foco, Pseudomona se halló en el 19.11%, Klebsiella en el 16%, SAMR en el 13.2% y Acinetobacter en el 11.7%. Según foco los gérmenes más frecuentes fueron: Minibial: Pseudomona (24%) Hemocultivos: Proteus (20%). Abdomen: Klebsiella (37%). No se halló predominancia en otros focos.

Conclusiones: La sepsis y el shock séptico son complicaciones graves en los pacientes oncológicos críticos. Los pacientes con patologías médicas tienen peor pronóstico que los pacientes quirúrgicos. La asociación de SDRA y fracaso renal presente en esta serie de pacientes mortalidad del 100%. No hubo diferencias relevantes en los valores de APACHE II en los grupos evaluados, relacionados con la mortalidad. Pseudomona, Klebsiella, SAMR y Acinetobacter fueron los cuatro gérmenes más relevantes en número encontrados.

0150 DURACION DEL TRATAMIENTO ANTIBIOTICO GUIADO POR PROCALCITONINA EN LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA.

D DUARTE¹, G FILIPPA¹, F PLANO¹, A MONTES¹, J BALBI¹, E PERRAULT¹, D CURCIO¹, R SHOCRON², M DOMINGUEZ², A GUERRA², M VARGAS²

¹ Servicio de Terapia Intensiva Hospital Regional Río Grande (HRRG), Argentina. ² Laboratorio HRRG, Argentina.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes y determina la utilización de antibióticos (ATB). La evidencia postula que la duración del tratamiento debería guiarse por el dosaje de biomarcadores (Procalcitonina -PCT).

Objetivo: Determinar si la suspensión del ATB empleado de acuerdo a niveles plasmáticos de PCT, resulta en una reducción del tiempo de tratamiento sin afectar la resolución de la NAV.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos 65 pacientes (ptes) admitidos al Servicio de Terapia Intensiva (STI) polivalente desde el período comprendido entre enero 2007 y Diciembre 2009, que presentaron su primer episodio de NAV luego de 72 hs. de ventilación mecánica (VM). Para el diagnóstico de NAV se utilizó diariamente el Score Clínico de Infección Pulmonar (CIPS). Se randomizaron en dos grupos (G): el G1 incluyó 34 ptes que recibieron tratamiento guiado por PCT, dosada en los días 1, 3, 5 y 7 del diagnóstico de la NAV y se suspendió el tratamiento ATB si la PCT se hallaba por debajo de 0.5 ng/ml; mientras que el G2, incluyó 31 ptes que recibieron tratamiento estándar. El endpoint primario fue la duración del tratamiento ATB y los secundarios la respuesta clínico-bacteriológica al tratamiento guiado por cultivos postratamiento, los días de estadía en STI y la mortalidad (M). Además se analizaron las características demográficas, APACHE II, SOFA al momento del diagnóstico de NAV y al finalizar el tratamiento ATB y los Agentes etiológicos (AE). Se realizó análisis estadístico utilizando la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5% (*p< 0.05).

Resultados: El grupo guiado se presentaron 32 NAV confirmadas, el control tuvo 31 NAV. No hubo diferencias entre grupos en caracterís-

ticas demográficas, APACHE II, SOFA al momento del diagnóstico de NAV. En el grupo PCT- guiado, en 2 ptes se interrumpió el ATB por PCT < 0.5 ng/ml en el día 3, 6 ptes en el día 5 y 21 ptes en el día 7, además se evidenció 3 ptes que presentaron PCT > 0.5 ng/ml más allá del día 7 y continuaron con el tratamiento instaurado. La duración del mismo fue menor en relación al estándar (7.1 +/- 2.4 días vs 12.9 +/- 3.6, p<0.0001). No hubo diferencias en mortalidad, respuesta clínica, y bacteriológica, duración de la ARM entre los grupos y escores de severidad al finalizar el tratamiento ATB. El subgrupo de pacientes con PCT < 0.5 tuvo mayor erradicación microbiológica y menor recaída. Los AE por orden de frecuencia fueron: P. Aeruginosa n: 23(35,3%), SAMR n: 13 (20%), E. Coli n: 4 (6,1%), Stenotrophomonas Maltophilia n: 14 (21,5%), SAMS n: 3 (4,6%), Acinetobacter B. n: 11 (17%). Sin aislamiento bacteriológico 7 ptes. (10,7%).

Conclusión: En la población estudiada el uso de los niveles de PCT permitió una reducción en la duración del tratamiento ATB, y adicionalmente observamos que la resolución de la NAV no se vio afectada.

0151 DISFUNCION DE ORGANOS ASOCIADO A NEUMONIA POR VIRUS H1N1

M PAIZ, R KARATANASPOLOZ, A LOJO, E CARRERA, C CORREIA DA SILVA, L GOSSEN
Hospital J.R. Vidal, Corrientes, Argentina.

Objetivo: Estudiar las disfunciones orgánicas de aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria aguda causada por neumonía por virus H1N1.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente las Historias clínicas de todos los pacientes que ingresaron al Servicio de Terapia Intensiva del Hospital J.R.Vidal de la Ciudad de Corrientes con diagnóstico de neumonía por virus H1N1 desde el 01/05/2009 al 30/04/2010. Se consideró SDRA a aquellos con PAFI menor de 200, Injuria pulmonar aguda (ALI) a los que tenían PAFI menor a 300, disfunción hemodinámica aquellos que presentaron TAM menor a 70 mmHg, disfunción miocárdica a aquellos con índice cardíaco menor a 2,0 lt/min.m² y disfunción renal a aquellos que duplicaron su creatinina respecto al ingreso o presentaron una diuresis menor de 0,5 ml/min. No se constataron otras disfunciones orgánicas.

Resultados: Se analizaron en total 16 pacientes, 7 de sexo masculino, promedio de edad 38 años, APACHE II 17 puntos. Promedio de internación 13 días. Presentaron comorbilidades 4 pacientes (insuficiencia cardíaca 2, Síndrome Antifosfolipídico primario e IRC 1 y asma bronquial 1). Ingresaron además 3 mujeres embarazadas (22, 25 y 37 semanas). Los 16 pacientes tuvieron insuficiencia respiratoria, 5 con ALI y 11 con SDRA. Requirieron ventilación mecánica 11 pacientes que reunían criterios de SDRA, los mismos requirieron además uso de Dopamina por presentar inestabilidad hemodinámica y 3 de ellos asociación con Dobutamina al constatarse en el monitoreo hemodinámico índice cardíaco menor a 2,0 lt/min.m². Dos pacientes requirieron terapéutica sustitutiva de la función renal. Fallecieron 8 pacientes, el óbito ocurrió por hipoxemia refractaria dentro de los 7 días del ingreso.

Conclusiones: Independientemente de la evolución, la principal disfunción observada fue la respiratoria, asociada a la hemodinámica. La disfunción renal se presentó solo en dos pacientes.

0154 EXPERIENCIA DE DOS AÑOS DE REGISTRO CONTINUO EN UN SISTEMA INFORMATICO PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

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

Objetivo: Describir la factibilidad de llevar adelante un sistema de registro informático en una UCIP de un Hospital Público durante 2 años de forma continua e ininterrumpida, sin descuidar el cuidado de los pacientes, manteniendo y mejorando los estándares de calidad.

Introducción: Desde 06/08 se lleva adelante un programa de mejoramiento de la calidad, utilizando un sistema de registro informático continuo y sin papeles. La decisión mantenida a lo largo del tiempo monitoreando diagnósticos, incidencia de infecciones, complicaciones asociadas a estándares de calidad y seguimiento de la mortalidad asociada a riesgo (SMR), se ha transformado en una política de Gestión del Servicio. Además se lleva adelante el cumplimiento de normas internacionales y manuales de procedimientos internos para asegurar la calidad de atención de los pacientes internados en la UCIP.

Material y Métodos: Análisis descriptivo de los registros de todos los pacientes ingresados del 29/06/2008 hasta el 30/04/2010 en forma prospectiva, separados en 4 subgrupos temporales. 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: 638 Pacientes. Períodos: 1) 2° Sem 2008 – 2) 1° Sem 2009 – 3) 2° sem 2009 – 4) Ene-Abr 2010. Pacientes: 1)159 – 2)166 – 3)189 – 4)124. % Fallecidos: 1)13,84 2) 9,04 – 3) 6,88 4) -6,45. Prob. PIM: 1) 11,26 – 2)9,26 – 3)9,65 – 4)9,87. % Ocupación: 1)69,78 – 2)80 – 3)75,41 – 4)70,73. SMR: 1)1,23 – 2)0,98 – 3)0,71 – 4)0,65. TISS: 1)22,57 – 2) 22,47 – 3)23,93 – 4)23,53. Incidencia de NARM (y VI) c/1000 días: 1)8,3 – 2)12,91 – 3)8,3 – 4)6,92. Incidencia de Inf. Cateter c/1000 días: 1)4,55 – 2) 8,13 – 3) 4,55 – 4)0. Incidencia de Inf. Urinaria c/1000 días: 1)10,29 – 2)4,07 – 3)10,29 – 4)13,61.

Conclusión: El planteamiento de objetivos claros en tiempos acotados, y la comparación contra las metas propuestas permiten detectar puntos de control y modificar estrategias del Servicio, ajustar el control de infecciones y modificar parámetros de atención clínica y/o funcionamiento. El constante crecimiento del servicio en los 2 años de funcionamiento, el aumento de camas (10 al inicio a 16 en 05/09), el aumento de la complejidad de patologías asistidas, (en 2008 con inicio como UTIP de contingencia respiratoria a una UTIP polivalente con neurocirugía, cirugía cardiovascular, hemodiálisis y oncohematología en 2010) el descenso sostenido, pese al aumento de camas, de la SMR, y las tasas de infecciones convierten al SATI-Q en la herramienta principal para el monitoreo y la gestión de nuestra UCIP, tanto desde el punto de vista de la mejora asistencial como desde el aspecto de la gestión institucional.

0156 COMPLICACION INCIDENTAL EN LA COLOCACION DE CATETER VENOSO CENTRAL. TRAYECTO ANOMALO DE VENA CAVA SUPERIOR IZQUIERDA PERSISTENTE. PRESENTACION DE DOS CASOS

PB PAHNKE, LA ARABIA, DC GÓMEZ, I MARTINEZ, I PUIG
Hospital Municipal de Urgencias. Córdoba, Argentina.

Introducción: En UTI se accede frecuentemente a grandes venas torácicas ó cavidades derechas mediante catéteres venosos centrales (CVC). Dentro de las sospechas de complicaciones mecánicas, el trayecto anómalo de un catéter asociado a variantes anatómicas es infrecuente en UTI. Ante un catéter en el perfil cardíaco izq., considerar: canulación de vena torácica izq. pericardiofrénica izq., intercostal superior izq., catéter en mediastino, pericardio, espacio pleural, aorta, vía venosa anómala tal como vena cava superior izquierdo persistente (VCSIP). Su incidencia es de 0,1 a 0,5% en personas sanas y 3 a 12,9% en pacientes con cardiopatía congénita. Su presentación aislada es asintomática e incidental pero puede dificultar el acceso venoso central, monitoreo hemodinámico, colocación de marcapasos o catéteres de diálisis.

Objetivos: 1) Presentar dos casos clínicos de colocación de CVC en VCSIP. 2) Sospechar su diagnóstico y descartar cardiopatía asociada. 3) Manejar dificultades y complicaciones.

Pacientes y Métodos: 1) Varón de 76 años, que ingresa a Shock Room por TEC y T raquídeo a nivel de C2. estable, sin déficit, por colisión de bicicleta vs. moto. Coloca CVC por punción subclavia der. Rx. Tórax,

observa trayecto del CVC en perfil cardíaco izq. sin neumotórax y se retira. Nueva punción subclavia izq. Rx tórax: persiste catéter en perfil cardíaco izq. Durante 72hs de evolución posterior, el paciente presenta episodio de FA, con cardioversión farmacológica. 5° día pasa a UTI. Asistolia, maniobras de RCP, sale con FA e inestabilidad hemodinámica. Rx tórax contrastada evidencia trayecto anómalo del catéter en perfil cardíaco izq. que llega hasta la aurícula der. (AD). Se retira 5cm. TAC de tórax: VCSIP que desemboca en AD a través del seno coronario dilatado. (Fig. 1). Eco 2D sin cardiopatía congénita asociada. 2) Varón de 67 años que ingresa con diagnóstico de ataque cerebral isquémico, foco derecho complicado con broncoaspiración. Coloca CVC por punción subclavia derecha. Rx. Tórax: trayecto de CVC en perfil cardíaco izq. con neumotórax derecho G II, drenaje pleural consecutivo. Angio TAC se evidencia trayecto VCSIP que desemboca en AD. (Fig. 2). Eco 2D, dilatación leve de aurícula izq.

Discusión: **Caso 1:** corresponde a una VCSIP única, seno coronario dilatado sin shunt ni anomalía congénita asociada. Asintomática e incidental. Conductas: Primer vía se retira catéter. Segunda vía se retiró extremo CVC del seno coronario dilatado. Si bien está descrito shock, PC, insuficiencia ventricular der. y presencia de arritmias supraventriculares. En nuestro paciente carecemos de estudios que demuestren causalidad directa relacionada al catéter en VCSIP. **Caso 2:** corresponde a una VCSIP sin cardiopatía asociada, asintomática e incidental. Conducta se deja CVC.

Conclusiones: El intensivista debe estar preparado para sospechar su diagnóstico, confirmarlo, descartar cardiopatías congénitas asociadas, así también manejar las dificultades y complicaciones relacionadas con este acceso vascular.

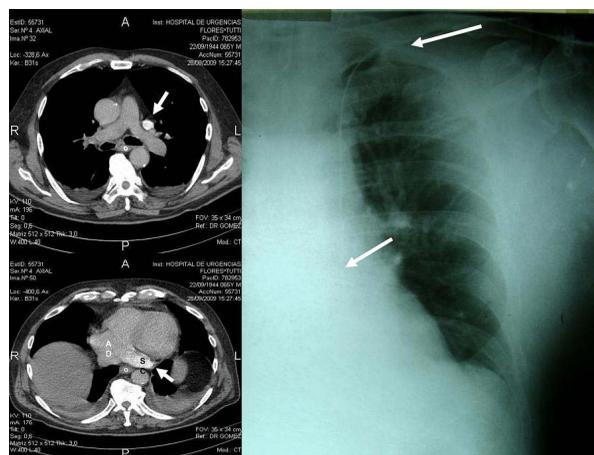


Figura 1. Catéter subclavio izquierdo en VCSIP.

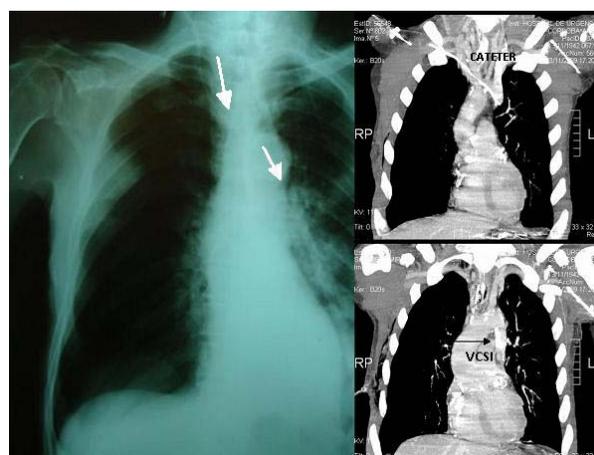


Figura 2. Catéter yugular derecho en VCSIP.

0157 ASFIXIA POR SEPULTAMIENTO - PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA DERIVADO DE OTRA INSTITUCION EN PARO CARDIORESPIRATORIO SECUNDARIO A ASFIXIA POR SEPULTAMIENTO EN CEMENTO

E CARFAGNA, T WASSERMAN, J POLLINI, M BELDARRAIN, R DE LUCA, J CASTAGNINO

Sanatorio de la Providencia, Argentina.

Centro de derivación: Lomas de Zamora (17.45): Se desconocen antecedentes. Traído por terceros en paro cardiorrespiratorio durante siete (7) minutos luego de haberlo encontrado sepultado en lugar de trabajo (se desconoce tiempo de sepultamiento). Se realizan 40 minutos de reanimación cardiopulmonar y cerebral según protocolos ACLS. Se obtiene respuesta con posterior requerimiento de inotrópicos y asistencia ventilatoria mecánica. Se deriva por falta de complejidad. **Sanatorio de la Providencia (20.45):** Ingresado traído por sistema de emergencias médicas con tubo endotraqueal 6.5, collar cervical, tabla larga, catéter venoso periférico, sonda vesical. Vía aérea con restos de cemento, tierra y piedras, se extraen y se lava cavidad oral. Se coloca catéter venoso central femoral derecho, se solicita laboratorio y tomografía axial computada encefálica, de columna cervical, tórax, abdomen y pelvis. Evaluación por Ortopedia y Traumatología, evaluación por Cirugía General, evaluación por Infectología. Evolución con shock (triada mortal: hipotermia, coagulopatía y acidosis) por lo que requiere inotrópicos a altas dosis. Se coloca catéter arteria pulmonar en donde se evidencian presión oclusiva de arteria pulmonar normal e índice cardíaco bajo. Inicia antibioticoterapia como profilaxis. Evoluciona con taquicardia ventricular no sostenida en varias oportunidades con laboratorio optimizado. Presenta paro cardíaco con patrón actividad eléctrica sin pulso sin respuesta a la reanimación cardiopulmonar y cerebral según protocolos ACLS (07/03/08 18.15hs). **Estudios complementarios:** TAC cerebro simple: asimetría de prolongaciones anteriores de los ventrículos laterales isquemia bitalámica y protuberancia. TAC columna cervical: material hiperdenso espontáneo en esófago. TAC abdomen y pelvis: sin alteraciones destacables. TAC tórax: tubo endotraqueal, tráquea y ambos bronquios fuente con material espontáneamente hiperdenso, infiltrado en vidrio esmerilado en ambos pulmones, opacidad alveolar en ambos lóbulos inferiores. Fibrobroncoscopia: obstrucción de vía aérea por concreto, se cambia tubo endotraqueal por uno de diámetro mayor y se planea fibrobroncoscopia rígida. Fibroendoscopia digestiva alta: se progresa hasta 17cms de arcada deglutoria y no más por imposibilidad de extraer el material y riesgo de perforación. Se evidencian múltiples materiales compatibles con piedra, arena y cemento concreto. Laboratorio. **Tratamiento:** Expansiones cristaloides (Ringer lactato, coloides). Noradrenalina / Dobutamina. Transfusión plasma fresco congelado. Analgesia midazolam / fentanilo. Amiodarona. Se decide presentar este caso debido a la falta de casos similares descriptos y tratamiento adecuado no evidenciado en la bibliografía académica. Se cuenta con material visual (imágenes digitalizadas de todas las tomografías descriptas y videofibrobroncoscopia flexible).

0158 ERGOTISMO CEREBRAL EN PACIENTE VIH

T WASSERMAN, E CARFAGNA, J POLLINI, M BELDARRAIN, R DE LUCA, J CASTAGNINO

Sanatorio de la Providencia, Argentina.

Paciente sexo masculino de 42 años con diagnóstico de VIH tratado con 3TC y ritonavir desde el 2008. Presenta 30 días previos al ingreso carga viral >100.000 y 150 LyT CD4. Refirió episodios de cefalea en la última semana y se automedicó con ergotamina 24 horas antes del ingreso. A las 12 horas evoluciona con fiebre, hipertensión, desviación conjugada de la mirada a la izquierda. Se constata paresia focal de miembro inferior izquierdo con Babinsky y clonus patelar. Asocia convulsiones. Presenta deterioro del sensorio, se decide intubación y asistencia ventilatoria mecánica. TC encefálica evidencia

hiperdensidad lobulada en el cuarto ventrículo. Se realiza punción lumbar. Inicia corticoides y antibióticos. RMI con gadolinio evidencia patrón de imágenes hiperintensas puntiformes en T2/flair sin efecto de masa corticales bilaterales. El paciente presenta reflejos de decorticación. EEG con rango de actividad beta desorganizada en la zona frontal bilateral con ondas alfa rápidas a nivel parietal bilateral y temporal izquierda. DTC evidencia patrón de hiperemia asimétrica con presión de perfusión cerebral apropiada. Angiografía cerebral evidencia vasoespasma carotídeo bilateral. Inicia infusión de nitroglicerina con mejoría del flujo. Completa tratamiento con remifentanilo, nimodipina, fenitoína, dexametasona, aciclovir, cotrimoxazol, pirimetamina, clindamicina, leucovorina y nitroglicerina. Dos días después presenta descamación dérmica con cianosis y ampollas en ambos pies de rápida evolución. Cultivos para Chlamydia, Mycoplasma, toxoplasmosis, criptococosis, tripanosomiasis, HBV, HCV, CMV, EBV negativos. Resultados negativos también para FTA-abs, FAN, ANCA-C, ANCA-P, anticuerpo lúpico, látex AR, C3-C4-CH50, glicoproteína antbeta2, proteína C, proteína S. Se interpreta como ergotismo cerebral y periférico gangrenoso. Se colocan catéteres arteriales bilaterales an ambos miembros inferiores para infusión de nitroglicerina y nitroprusiato de sodio. La misma medicación se administra por catéter central. Dosajes diarios de tiocianato y cianuro fueron realizados para evitar toxicidad. Se evidencio mejoría en ambos miembros inferiores, pero no del estado neurológico. El paciente fue traqueostomizado y se deriva a centro de rehabilitación.

Discusión: El CYP3A4 del citocromo P450 oxida un amplio espectro de drogas mediante multiples procesos metabolicos. Un inhibidor de esta enzima es el ritonavir. La interaccion de estos fármacos puede presentarse con la ingesta conjunta o no de los mismos dentro de 48 horas. El paciente tenía historia de cefaleas que remitían con ibuprofeno, pero decidió automedicarse con ergotamina. En ausencia de otra patología diagnosticada, se interpreta como ergotismo cerebral y periférico gangrenoso. La mejoría clínica de los miembros inferiores con nitroglicerina arterial genera un soporte para este diagnóstico. Existen por lo menos 15 casos reportados en la literatura mundial y la poca sobrevida de los mismos ha sido suficiente como para contraindicar la utilización de ergotamina durante el tratamiento con ritonavir.

0159 ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ENCEFALOPATIA SUBAGUDA. REPORTE DE UN CASO

F LAMBERT, P MONTEFIORE, AL GONZALEZ, C MARCHENA, L TUMINO, A PORCEL, P RODRIGUEZ, S LARRAIN, C BUSTAMANTE, S TAL BENZECRY, G SAENZ, C LOUDET, S CARINO, C BALASINI, A DAS NEVES, F GONZALEZ, G VIDAL, E VALGOLIO, H CANALES, R REINA, E ESTENSORIO

Terapia Intensiva, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Objetivos: La forma esporádica de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob se caracteriza por la presencia de demencia rápidamente progresiva, síntomas cerebelosos, extrapiramidales, psiquiátricos y conductuales, con una mortalidad del 90% en menos de un año. Presenta una incidencia extremadamente baja en la población general, de 0.5 a 1 caso por millón de habitante por año. Nuestro objetivo es describir un caso de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob que ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva por insuficiencia respiratoria aguda, alteraciones de la conciencia y movimientos anormales, como diagnóstico diferencial de encefalopatías subagudas.

Material y métodos: Se presenta un paciente internado en la UTI en marzo de 2010 con enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, y se describen las características clínicas y estudios complementarios que llevaron al diagnóstico.

Resultados: Paciente masculino de 57 años que comienza 4 meses antes de la internación con cefalea, fallas mnésicas, inatención, cambios conductuales y alucinaciones visuales complejas de curso

progresivo. Examen físico de ingreso: vigil, inatento, mutismo con paratonía y movimientos anormales en los 4 miembros. Evoluciona con deterioro neurológico, mioclonías generalizadas, crisis epilépticas, interurrencias infectológicas e insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de ventilación mecánica, y fallece luego de 58 días de internación. Se realiza: rutina de laboratorio, VDRL y FTA-abs, serología para HIV, estudios inmunológicos, dosaje de vitamina B12, ECA, TSH y anticuerpos antitiroideos. En LCR se efectúa: estudio fisicoquímico, observación directa y cultivo para gérmenes habituales, proteinograma electroforético, VDRL, coloración con tinta china y antígeno para criptococo, PCR para virus del grupo herpes, enterovirus, Mycoplasma pneumoniae y TBC, serología para Flavivirus. Se realizaron TC, RMN y angiografía de encefalo. Se descartaron patología infecciosa, autoinmune, vascular y neoplásica, se solicitó determinación de proteína 14.3.3 en líquido cefalorraquídeo y necropsia confirmando encefalopatía espongi-forme tipo Creutzfeldt-Jakob.

Conclusiones: Nos parece importante describir este caso de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob que surge del diagnóstico diferencial en pacientes con encefalopatía subaguda, dado lo infrecuente de su presentación en la población general.

0160 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN TERAPIA INTENSIVA DURANTE LA PANDEMIA ¿QUE RECIBIMOS?

L SANTORO¹, A CARUSO¹, W CORNISTEIN², C TONELLI¹, M TORRES BODEN¹, G CUETO¹

¹ Terapia Intensiva Hospital GCBA Cosme Argerich, Argentina. ² Infectología Hospital GCBA Cosme Argerich, Argentina.

Objetivo: Describir las características, tratamiento y pronóstico de los pacientes admitidos en terapia intensiva por insuficiencia respiratoria aguda durante el periodo de pandemia por H1N1.

Lugar: Terapia intensiva de adultos de un hospital de la municipalidad GCBA.

Periodo comprendido: 15 de mayo 2009 al 31 de julio del 2009.

Material y métodos: Estudio observacional de pacientes (p) admitidos por Insuficiencia respiratoria aguda (IRA), (definida como la incapacidad para mantener el intercambio gaseoso traducido por hipoxia con o sin hipercapnia), se analizó: edad, sexo, factor de riesgo para IRA, intervalo entre los síntomas e internación en UTI, tratamiento antiviral, serologías y cultivos, Apache II, fallas orgánicas, diálisis sí/no, PAFI de ingreso y evolución (24-72-96hs), ventilación mecánica modo (ARM), ventilación no invasiva, neumonía y germen, complicaciones, mortalidad hospitalaria, estadía en UTI.

Resultados: Total de p: 27, Mujeres: 23(85,19%), Hombres: 4, Media edad: 32,80 años, edad promedio: 41,81. Apache II: 15,74. Mortalidad: 8p (29,63%), Apache II Vivos: 13,21. Muertos: 21,75. Estadía en UTI: 8.81d. Tuvieron factores de riesgo 24p (88%): embarazo 3(11,11%), HIV 2(7.41), tratamiento inmunosupresor 6(22,22%), EPOC 6(22,22%), renal crónico 3 (11,11%), obesidad 2(7.41), cardiopatía 2(7.41), otros 1(3,70). El promedio de días previos a su admisión con síntomas compatibles con influenza fue de 5.65 días con una media de 3.62d.

Serología	Muertos	T	8	100%	
Desconocida	14	51,85%	Muertos	5	62,50%
Negativos	6	22,22%	Muertos	1	12,50%
H1N1	6	22,22%	Muertos	2	25,00%
Otros				1	3,7%

La mortalidad relativa por H1N1 confirmado fue de 33,33% y absoluta fue de 7,41%. Las causas de muerte fueron hipoxia refractaria en 6p, 3 de ellos se les hizo decúbito prono, 2p fallecieron por sepsis. Recibieron tratamiento con Oseltamivir 22p, 5p no lo recibieron de los cuales 3 fallecieron y tenían serología desconocida. 15p recibieron ARM, 8 VNI. 4 p requirieron hemodiálisis y 1 hemofiltración continua. El PAFI al ingreso fue de 163(78- 280).

	Ingreso	24hs	72hs	96hs
PAFI < 150	13	17	17	15
Muertos	5	7	8	7
M Relativa	38,46%	41,18%	47,06%	46,67%
M Absoluta	18,52%	25,93%	29,63%	25,93%

Conclusión: 1) La mayoría de nuestros p tuvieron factores de riesgo (88%). 2) la internación en UTI no fue precoz 3) el 37.5% de los muertos no había recibido oseltamivir 4) en el 50% de los p la serología nunca fue confirmada 5) la causa de muerte en la mayoría fue hipoxia refractaria.

0164 MENINGITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

A MANSILLA, V ROMBOLA, M PENAZZI, G DEBAISI

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde - Unidad de Cuidados Intensivos, Argentina.

Introducción: Listeria monocytogenes es un bacilo grampositivo anaerobio facultativo, productor de infecciones en neonatos, ancianos e inmunocomprometidos. Aunque infrecuente, una de sus principales manifestaciones es la meningitis.

Objetivo: Describir el caso clínico de una paciente con meningitis por L. monocytogenes.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 13 años, diagnóstico de LLA tipo T en fase de reinducción. Ingresó con signo-sintomatología de sepsis, se tomaron cultivos (HMC y retrocultivo), medicándose con ceftazidime-amikacina y se derivó a terapia intensiva. A las 12 horas presentó deterioro del sensorio, excitación psicomotriz y convulsión clónica, requiriendo ARM. Se realizó TAC de cerebro (normal) y punción lumbar (citoquímico normal) enviándose a cultivo. La paciente presentaba GB: 400 linfocitos, plaquetas 37.000 y Hto 39%. Se rotó antibióticos a meropenem-vancomicina-amikacina y aciclovir por persistencia neutropenia-febril. Presentó status convulsivo. Los cultivos evidenciaron Listeria monocytogenes por lo que se rotó antibióticos a ampicilina-gentamicina. Al no recuperar conciencia se realizó nueva TAC que evidencia hidrocefalia aguda evolutiva con edema periventricular; se coloca drenaje ventricular al exterior (presión de LCR baja). Posteriormente la paciente evolucionó con muerte encefálica.

Discusión: Listeria monocytogenes continúa siendo una rara infección oportunista, transmitida fundamentalmente por ingesta de alimentos contaminados y afectando preferentemente pacientes inmunocomprometidos. Se presenta clínicamente como sepsis y meningitis. El inicio del cuadro infeccioso puede ser inespecífico, corriendo el riesgo de administrar tratamiento empírico sin actividad frente a este germen. La meningitis se presenta en forma aguda o subaguda, y hasta 39% de los casos presenta convulsiones, ataxia, mioclonías, hemiparesia y parálisis de pares craneales. La mortalidad en distintas series varía entre 28 y 70%, siendo factores de mal pronóstico convulsiones, signos de romboencefalitis y tratamiento empírico inicial inefectivo. El tratamiento de elección es la asociación de ampicilina y gentamicina.

Conclusiones: Se deben realizar medidas de profilaxis adecuadas en pacientes susceptibles. La sospecha clínica y confirmación microbiológica, junto con el tratamiento antibiótico temprano serían las medidas para evitar su elevada mortalidad.

0166 NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR ESTAFILOCOCO AUREUS METICILINO RESISTENTE

M MARTINEZ, D PEREZ

Hospital de Trauma y Emergentología Dr. Federico Abete, Argentina.

Objetivos: Paciente con shock séptico por Estafilococo Aureus Meticilino Resistente (SAMR) a punto de partida de una neumonía

■ Resúmenes

bilateral, quien obita en pocas horas, se buscaron signos clínicos que pudieran predecir este agente etiológico y se realizó una exhaustiva investigación epidemiológica.

Material y Métodos: Reporte de un caso clínico, investigación epidemiológica y revisión de literatura.

Resultados: Se trató de un paciente, previamente sano, de 24 años de edad, evolucionó por dolor abdominal y fiebre. Laparotomía en blanco. Evoluciono con Distres severo, shock refractario y óbito. Se obtuvo rescate bacteriológico de estafilococo aureus meticilino resistente en 2 muestras de hemocultivo, y bal a las 48 hrs, sensible a: Eritromicina, Clindamicina, Ciprofloxacina, Gentamicina, TMS, Rifampicina y Vancomicina. Se obtuvieron Urocultivo (-), cultivo de LCR (-), H1N1(-). En la RX de tórax inicial no presentaba infiltrados patológicos, por lo que la clínica de abdomen domino la escena. Con una laparotomía en blanco y con rápido deterioro clínico, se realiza Tc de tórax y abdomen, donde se evidencian imágenes de consolidación con broncograma aéreo bilaterales y pequeñas áreas abscedadas.

Conclusiones: El SAMR, puede desarrollar enfermedad rápidamente progresiva con desenlace fatal. En este caso las imágenes abscedadas de pulmón podrían alertar acerca de este agente etiológico. Si bien no hay estudios genéticos, podría corresponder a un SAMR de la comunidad, por el antibiograma y por no tener contacto previo con el sistema de salud que puedan justificar el origen del patógeno, ni antecedentes epidemiológicos de importancia.

0167 RESOLUCION ENDOVASCULAR DE LESION AORTICA TRAUMATICA. REPORTE DE UN CASO

M CACERES, M RISSO, L SANTORO, S TONELLI, L TRUNZO, E ADÁMOLI, M TORRES BODEN, A ARATA HGA C. Argerich, Argentina.

Introducción: La ruptura aórtica es responsable del 18% de las muertes en víctimas de accidentes de tránsito, falleciendo el 85% en el lugar del hecho. Si el paciente sobrevive, la reparación quirúrgica es posible, sin la misma, tiene una mortalidad del 99% (de éstos, el 50% en las primeras 24 hs). Por esta limitada ventana de tiempo la sospecha diagnóstica temprana es esencial para el tratamiento oportuno. Como en el 50% de los casos se asocia a otras lesiones severas, la resolución endovascular, ampliamente utilizada en patologías crónicas, ha emergido como un recurso adecuado para este tipo de pacientes.

Objetivo: Presentación de un caso de ruptura aórtica traumática, en víctima de accidente de tránsito que fue resuelta por medio de endoprotesis.

Material y Método: Descripción de un caso.

Discusión: Paciente de 23 años, con antecedentes de epilepsia, que ingresa por presentar accidente en vía pública (acompañante de moto sin casco), sufriendo TEC grave, traumatismo cerrado de tórax y fractura cerrada de fémur. Se realizan TC de cerebro, columna cervical, tórax, abdomen y pelvis. Se evidencia edema cerebral difuso, fractura de seno frontal derecho, hematoma extradural asociado, con fractura de base de cráneo (silla turca). Fractura cervical corporal C4. Sin lesiones evidentes en torax. Se decide craniectomía descompresiva bilateral de urgencia. Ingres a UTI en POP inmediato. APACHE II 20 - TSR 9. Se inicia tratamiento médico del edema cerebral. En TC se evidencia dilatación aórtica focal. Se repite TC de tórax con contraste que no es concluyente, por lo que se realiza ecocardiograma transesofágico que muestra "solución de continuidad de la pared por laceración aórtica, con flujo bidireccional, hematoma intramural proximal a ésta y líquido libre periaórtico distal, a 25 cm de arcada dentaria y 2 cm. De emergencia de subclavia izquierda". Se decide resolución endovascular de urgencia, realizándose implante de endoprótesis en aorta torácica descendente. En el postoperatorio el paciente evoluciona hemodinámicamente estable, sin daño neurológico, ni disfunciones orgánicas. Permanece en UTI hasta resolución quirúrgica de fractura de fémur. Alta hospitalaria 24 días después de su admisión.

Conclusión: Reportamos éste caso ya que pudo resolverse en forma definitiva por un método infrecuente en nuestro medio. El tratamiento endovascular, al ser menos invasivo, favorece la evolución de los pacientes con lesiones asociadas, disminuyendo significativamente el tiempo de estadía en UTI y ARM, el sangrado intraoperatorio y el requerimiento transfusional respecto de los que son sometidos a cirugía abierta.

Comentario: Finalmente, creemos necesario incentivar la búsqueda de lesiones aórticas en pacientes ingresados por trauma de alta energía, operando los medios para el diagnóstico temprano, a fin de mejorar la sobrevida con el tratamiento oportuno.

0168 SINDROME DE MIOCARDIO ATONTADO DE ORIGEN NEUROGENICO COMO PREDICTOR DE MAL PRONOSTICO

N PRIETO^{1,3}, G FERNANDEZ CID^{1,2}, C GARAYALDE^{1,4}, N MARTIN YUHANADI¹, P GASTALDI^{1,5}, E PORJOLOVSKY¹, V CARIMAN¹
¹ Hospital General de Agudos Enrique Tornu, Argentina. ² Clínica Climedica, Argentina. ³ Clínica La Sagrada Familia, Argentina. ⁴ Hospital General de Agudos Diego Thompson, Argentina. ⁵ Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de miocardio atontado de origen neurogenico, fue definido como una disfunción contráctil transitoria secundaria a una injuria neurológica aguda. Se ha descrito inicialmente en el accidente cerebrovascular (ACV) Hemorrágico, secundario a la liberación masiva de catecolaminas como consecuencia del stress en el hipotálamo. Se sabe que la aparición de cambios electrocardiográficos está asociado con actividad simpática por estimulación de diferentes áreas del hipotálamo. Se debe tener presente el concepto de miocardio atontado neurogénico, definido como la disfunción contráctil transitoria secundaria a una injuria neurológica aguda. Este síndrome se caracteriza por el inicio rápido luego de una injuria neurológica aguda.

Objetivos: En el presente estudio se pretende evaluar el valor pronóstico de la aparición de ondas T negativas en el electrocardiograma (ECG) de los pacientes que ingresa a UTI con diagnóstico de ACV hemorrágico.

Materiales y Métodos: El presente es un estudio de casos y controles en el cual se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital General de Agudos Enrique Tornú con el diagnóstico de ACV hemorrágico y que fallecieron en dicho servicio y se los comparo con un grupo control conformado por pacientes que ingresaron, también, por ACV hemorrágico pero que fueron dados de alta de UTI evaluándose la incidencia de T negativas al ingreso o durante su estadía en el servicio en ambos grupos. Fueron excluidos todos los pacientes en los cuales se pudo constatar la presencia previa de alteraciones de la onda T en forma crónica y a los pacientes que fueron derivados unidades cerradas de otros centros. Las variables analizadas fueron mortalidad en Terapia Intensiva utilizándose como herramienta estadística para el análisis de los datos al método *chi cuadrado* (χ^2).

Resultados: Se incluyeron un total de 282 pacientes de los cuales 148 fallecieron en UTI y un grupo control de 134 pacientes sobrevivientes. A la hora de comparación de ambos grupos, no se constataron diferencias significativas entre el score de Glasgow y APACHE II de ingreso. En el primer grupo (casos) 50 pacientes presentaron T negativas en el ECG mientras que en el grupo control solo 33 pacientes lo que representa un OR=1,56 IC95% (0,92-2,62), $\chi^2 = 2,83$ ($p=0,092$).

Conclusión: En el presente estudio se obtuvo una tendencia a la mayor mortalidad de los pacientes que presentaron signos electrocardiográficos de síndrome de miocardio atontado de origen neurogénico presentando un valor de OR elevado pero un intervalo de confianza que descarta el significado estadístico, esto mismo es abalado también por el valor de χ^2 el cual corresponde a una $P > 0,05$ por lo que concluimos que es necesario nuevos estudios que recluten un numero mayor de pacientes para determinar el verdadero

valor clínico del hallazgo de ondas T negativas en el ECG en esta población de pacientes críticos.

0169 REPORTE DE UN CASO DE "SÍNDROME TÓNICO-CLÓNICO ASCENDENTE" POR ADMINISTRACIÓN INTRATECAL INADVERTIDA DE CONTRASTE IÓNICO

M RISSO, L SANTORO, L TRUNZO, S TONELLI, M CACERES, J POUYANNE, J CARUSO, M TORRES BODEN, A ARATA HGA C. Argerich, Argentina.

Objetivo: Reportar consecuencias de la infusión de contraste iónico intratecal, su diagnóstico y tratamiento.

Material y Método: Descripción de un caso.

Introducción: La infusión de medio de contraste iónico (MC) a nivel central causa un severo cuadro de neurotoxicidad denominado *Síndrome tónico clónico ascendente (STCA)* caracterizado por espasmos musculares en extremidades, hipertermia, rabdomiólisis y CID. De morbimortalidad considerable, su pronóstico depende del diagnóstico temprano y manejo agresivo (ARM precoz, sedoanalgesia (SA), bloqueo neuromuscular (BNM), control de convulsiones, elevación de cabeza y tronco, esteroides y profilaxis ATB). Drenaje de LCR o lavado espinal se sugieren como potencialmente beneficiosos, pero no existen normativas que determinen en qué casos deberían ser usados.

Resultados: Paciente de 39 años con antecedentes de CA de cérvix en tratamiento paliativo. Ingresa para nefrostomía percutánea por pelvis congelada. Intraprocedimiento se observa extravasación de MC por lo que se retira aguja de punción y se reinicia el mismo con resultado satisfactorio. Despierta lúcida, hemodinámicamente estable (HDE), ventilando adecuadamente. Intercurre precozmente con espasmos musculares en miembros, HTA, diaforesis y taquipnea, se administran Gluconato de Ca⁺⁺, SO₄Mg⁺⁺ y 5 mg de midazolam (MDZ) sin respuesta. Progresó a convulsiones tónico-clónicas (CTC) generalizadas. Se decide reintubación, BNM y pase a UTI. Al ingreso pupilas mióticas e hiperreflexia extrema a estímulos leves. APACHE II 23. Se suspenden MDZ y BNM con nuevas CTC. Se realizan carga de difenilhidantoína (DFH) y tomografía computada (TC) simple de cerebro en la que se informa *hiperdensidad espontánea paraventricular y en canal medular compatible con MC*. Evaluada por Neurocirugía, se interpreta como encefalomiелitis química. Se indica elevación de cabecera, corticoides, infusión de tiopental sódico (TPS) y noradrenalina (NA) por Hipota secundaria. Evoluciona con criterios de fracaso renal agudo, sobrecarga de volumen y hepatitis. Se suspenden TPS y DFH y se solicitan ecocardiograma (disfunción ventricular izquierda severa, FEy 28%) y ecografía abdominal (hepatomegalia difusa). Se repite TC de cerebro en la que se observa *franca reabsorción del MC en todo el sistema con escasa difusión a parénquima circundante y mínimo aumento del diámetro ventricular respecto a la previa*. Conducta neuroquirúrgica expectante. A las 48hs en ventana de SA presenta persistencia de episodios convulsivos. Continúa oligúrica, HD estabilizada con NA 0.08γ/kg/min, miosis puntiforme y adecuado intercambio gaseoso. A las 72hs se disminuyen esteroides y suspende SA. Por mala evolución neurológica (GCS 3/15) se decide con familiares LET. Al 8° día de UTI encontrándose HDE sin vasopresores, presenta episodio súbito de HTA y bradicardia con midriasis bilateral areactiva. Obita.

Conclusión: Debemos sospechar STCA como complicación de procedimientos percutáneos en los que se utilice MC iónico a fin de realizar su pronto diagnóstico e iniciar tratamiento multidisciplinario.

0170 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN UNA ADOLESCENTE CON MIASTENIA GRAVIS

V ROMBOLA, M MATARASSO, R ALVAREZ, H LAUMAN, M ABRAMOVICH, G DEBAISI
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Unidad de Cuidados Intensivos, Argentina.

Introducción: Se considera trombosis a la formación de un coágulo que obstruye el flujo sanguíneo. La inmovilización prolongada, cirugía, cáncer, cateterización central, etc. son conocidos factores de riesgo cuya profilaxis en adultos está bien establecida. La mayoría de los pacientes en UTI presentan múltiples factores de riesgo, que actúan en forma sinérgica.

Objetivo: Presentación de un caso clínico de trombosis venosa en un adolescente.

Caso clínico: Paciente de 12 años que permaneció internada en UTIP durante 3 meses por reagudización de su miastenia gravis, en la cual requirió 60 días de ARM, y múltiples catéteres centrales. Reingresó a los 3 días por presentar claudicación de la marcha, con dolor y edema en miembro inferior derecho. Se realizó ECO Doppler que informa "vena femoral común (VFC) y vena femoral superficial (VFS) no colapsables con imagen ecogénica en su interior que ocupa más del 50% de su luz" compatible con trombosis de VFC y VFS. Comenzó tratamiento con enoxaparina 40 mg cada 12 horas, y a la 24 horas se agregó acenocumarol 2mg. Presentó ECODoppler luego de un mes de tratamiento con VFS y VFC permeables.

Discusión: La trombosis venosa profunda (TVP) es un importante problema de salud que afecta al 2,5- 5% de la población general en algún momento de sus vidas. Toda situación que de lugar a la aparición de algunos de los componentes de la triada de Virchow (insuficiencia venosa, lesión endotelial e hipercoagulabilidad) relacionados en la patogenia de la TVP, actúan como factores de riesgo. En adultos la presencia de algún factor de riesgo es indicación de trombo profilaxis, la cual está bien establecida, y demostró en el 55% de los casos una reducción de la mortalidad por tromboembolismo pulmonar sin mayor riesgo de sangrado. Los niños internados en UTIP presentan múltiples factores de riesgo, siendo el de mayor importancia el uso de catéteres venosos centrales (CVC). Cerca del 50% de las TVP en niños ocurre en asociación a un CVC.

Conclusión: No hay datos publicados sobre los cuales basar una recomendación formal con respecto a la trombo profilaxis en pediatría, por lo cual la relación riesgo/beneficio deberá considerarse para cada paciente en particular, especialmente en adolescentes.

0171 APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA

E TEJADA, R CORTINEZ, G SANZ

Hospital G. Rawson - San Juan, Argentina.

Objetivos: • Protocolizar los cuidados de Enfermería en pacientes con Fístulas traqueoesofágicas. • Dar conocimiento de la experiencia evidenciada en este caso por ser este potencialmente mortal. • Evaluar los cuidados de enfermería aplicados en esta patología en particular.

Material y Método: Se obtuvo información de la población total de pacientes intubados y con traqueostomía de una terapia intensiva de adultos a través de fuentes secundarias utilizando el método observacional y la entrevista. No se utilizaron registros estadísticos ya que no hay datos en 5 años de este caso en particular por lo que la incidencia no es importante en cuanto a cantidad de casos sino en cuanto a lo relevante del mismo por la patología en sí y por los cuidados de Enfermería aplicados sometidos a evaluación continua. FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA: La fístula traqueoesofágica (FTE) es una complicación rara, pero potencialmente mortal que puede observarse en enfermedades benignas y con más frecuencia en enfermedades malignas. La FTE secundaria a intubación endotraqueal prolongada ha sido descrita como una complicación rara, que requiere un alto grado de sospecha clínica para su diagnóstico precoz. Ocurre en muy pocos casos y resulta del daño de la pared posterior de la tráquea y pared anterior del esófago. Esta complicación generalmente es causada por una laceración perioperatoria en una traqueostomía percutánea, erosión por exceso inflado del manguito, abrasión por el tubo o un tubo esofágico nasointestinal rígido. El tratamiento típicamente requiere ya sea cirugía o coloca-

ción de stent tanto en la tráquea como en el esófago. La estenosis traqueal usualmente ocurre con destrucción y necrosis del cartilago de soporte. Esta pérdida del soporte de la vía aérea puede ocasionar colapso de la misma. El tratamiento depende de la gravedad, pero incluye un tubo traqueostómico más largo para sortear el área, colocación de stent, resección quirúrgica y traqueoplastia. Las fistulas traqueoesofágicas persistentes, causadas por el uso de la vía aérea artificial, deben ser reparadas quirúrgicamente. Sólo las pequeñas de bordes no epiteliales pueden cerrarse de manera espontánea. Hasta la resolución quirúrgica se debe evitar la aspiración excesiva y se suspende la alimentación oral. Presentamos resumen con datos específicos del caso de un paciente con una FTE de probable etiología multifactorial.

Evaluación: Se lograron los objetivos propuestos en el plan de cuidados, el paciente fue trasladado a otro servicio luego de 114 días de internación para continuar con seguimiento y tratamiento médico.

0172 MEDIASITIS, UNA COMPLICACION INFRECIENTE DE UNA INFECCION BANAL

P. MEDICI, A. BORDOGNA, G. MACARRON, F. PODESTA, M. RABINO, N. RAUL, O. RECUPERO
HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Argentina.

Introducción: La tasa de infecciones causadas por *S. aureus* metilino resistente (SAMR) de la comunidad en nuestro país es alta, afectando principalmente piel y partes blandas pero pudiendo derivar en infecciones graves que ponen en riesgo la vida del paciente. **Objetivo:** Dada la alerta epidemiológico existente por el aumento del número de infecciones por SAMR de la comunidad, describir la gravedad de la evolución de una infección causada por dicho germen.

Material y Método: Descripción de caso clínico.

Resumen: Paciente de sexo masculino de 2 meses de edad que ingresa al hospital de derivación por presentar edema en región pectoral izquierda y llanto continuo, constatándose derrame pleural izquierdo por lo que se deriva a nuestro hospital. Presentaba como único antecedente una escabiosis impetiginizada en resolución. Ingresaba en mal estado general, presentando edema y eritema en región supraclavicular y pectoral izquierda con torticolis. Se toman muestras de laboratorio donde se constata anemia, neutropenia y aumento de reactivos de fase aguda (PCR), se realizan cultivos y se medica con ceftriaxona y clindamicina por sospecha de tumoración cervical de origen infeccioso. Ingresaba a UTIP por presentar shock séptico, requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM) y soporte inotrópico. Se coloca tubo de drenaje pleural por presencia de empiema, posteriormente presenta neumotórax. Se recibe cultivo de líquido pleural y hemocultivos positivos a SAMR y se rota antibióticos a vancomicina + trimetoprima-sulfametoxazol + ceftriaxona. Se realiza ecografía de cuello observándose masa anecoica no vascularizada que comprime vasos de cuello por lo que se indica heparina de bajo peso molecular. Se realiza TAC donde se observa, además, colección en topografía de mediastino por lo que ingresa a quirófano donde se observa ápice pulmonar izquierdo digerido con neumorragia, se drena cavidad abscedada en cuello, se realiza lavado de cavidad pleural y mediastínica, se colocan drenajes y se envían muestras a anatomía patológica realizándose diagnóstico de celulitis y miositis abscedada. Permaneció en ARM durante 32 días, requiriendo inotrópicos durante 15 días. Durante la internación se diagnosticó malasia de bronquio fuente izquierdo por endoscopia solicitada por la presencia de atelectasia persistente. Previo al alta se realizó estudio inmunológico constatándose alteración de la inmunidad celular (CD4 bajos) y humoral (déficit de IgA) probablemente transitorios.

Conclusiones: Dado que las infecciones por SAMR de la comunidad son cada vez más frecuentes y sus complicaciones graves, los pediatras deben estar alertas para realizar un diagnóstico de sospecha y tratamiento precoz pudiendo así evitar las formas invasivas. La vigilancia en la comunidad de las infecciones por SAMR de la comu-

nidad es crítica para determinar el tratamiento antibiótico empírico apropiado tanto para infecciones locales como invasivas.

0174 LA PANDEMIA DE INFLUENZA A EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

A. BORDOGNA, P. MEDICI, G. MACARRON, F. PODESTA, M. RABINO, N. RAUL, D. BERGNA
HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Argentina.

Introducción: En marzo de 2009 se originó en México una nueva pandemia por el virus influenza A H1N1 que rápidamente llegó al hemisferio sur causando en nuestro país una alta morbimortalidad en la población pediátrica. Presentamos las características de esta pandemia en nuestra unidad de cuidados intensivos

Objetivos: 1.- Determinar la incidencia y características demográficas de la Influenza A en nuestro servicio en el período 15/05/09 al 15/07/09. 2.- Describir y analizar factores de riesgo y enfermedades comórbidas. 3.- Describir evolución y complicaciones inmediatas. 4.- Tratar de determinar si existe relación entre alguna variable y la mortalidad durante el período de estudio.

Material y Métodos: Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos confirmados-sospechosos de gripe A en niños de 1 mes a 14 años de edad en la UTIP del HIAEP Sor María Ludovica durante el período comprendido entre el 15/05/09 y el 15/07/09.

Resultados: De un total de 92 pacientes ingresados en nuestro servicio durante el mencionado período, 15 (16.3%) fueron Influenza A por IFI, de los cuales 3 (20%) resultaron casos confirmados de H1N1 por PCR. La edad promedio en meses fue de 38.06, siendo 7 (46.6%) de sexo masculino. 12 pacientes (80%) presentaban factores de riesgo asociados al momento del ingreso. Ninguno de ellos había recibido vacunación antigripal y sólo 4 de ellos (26.6%) presentó lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. El motivo de ingreso más frecuente fue neumonía en 11 pacientes (73.3%), siendo en el 53.3% una infección de origen extrahospitalaria. Presentaron coinfección 7 pacientes (46.6%), todos de ellos con VSR. Con respecto al tratamiento, el 86.7% requirió ingresar en asistencia respiratoria mecánica (ARM) durante un promedio de 12.8 días. 10 de ellos (66.6%) requirieron soporte inotrópico. El 80% de los pacientes recibió tratamiento con oseltamivir. La morbilidad asociada (complicaciones) se presentó en 8 pacientes (60%) y 3 de ellos (20%) requirieron traqueostomía. Fallecieron 5 pacientes (33.33%), todos ellos con enfermedades comórbidas; ninguno de ellos recibió lactancia materna exclusiva. La mortalidad estuvo correlacionada de manera positiva con el score de PIM.

Conclusiones: La población con infección por influenza A (H1N1) presentó una alta morbimortalidad. Se observó el desplazamiento del VSR por el virus de influenza A (H1N1) como agente etiológico responsable de la enfermedad respiratoria, destacándose la presencia de coinfección viral entre ambos. Es importante resaltar la relación existente entre la mortalidad y la presencia de comorbilidades. El análisis continuo y reiterado de los acontecimientos posibilitará la planificación de nuevas estrategias de prevención y tratamiento que permitan mejorar los resultados.

0176 EPIDEMIOLOGICO DE SEPSIS SEVERA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS ESTUDIO

W. KREMSER, A. BORDOGNA, G. MACARRON, P. MEDICI, F. PODESTA, M. RABINO, N. RAUL, O. RECUPERO
HIAEP Sor María Ludovica, La Plata, Argentina.

Introducción: La sepsis es la causa más común de mortalidad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP)

Es un síndrome heterogéneo en lo que respecta a agentes patógenos, fuente de la infección y tipo de paciente, caracterizado por la respuesta del huésped a un patógeno infeccioso o sus toxinas. Se define como sepsis severa a aquella asociada a disfunción de órganos, alteraciones de la perfusión o hipotensión arterial.

■ Resúmenes

Objetivos: • Describir las características epidemiológicas de la sepsis severa en nuestra UCIP. • Registrar enfermedades comórbidas. • Describir modalidades de tratamiento y evolución de los pacientes.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de pacientes con sepsis severa internados en UCIP entre el 1/08/08 y el 30/09/08.

Resultados: De un total de 58 pacientes ingresados en nuestro servicio en dicho período, 15 pacientes lo hicieron por sepsis severa, de los cuales 8 fueron varones, con un promedio de edad de 32,7 meses. 12 pacientes tenían enfermedades comórbidas. La mortalidad fue del 40%, mientras que el score de PIM 2 fue de 21 en la totalidad de la muestra y de 33 en el caso de los fallecidos. En 10 pacientes hubo rescate de germen, sin preponderancia de ninguno en particular. El origen de la infección fue intrahospitalaria en el 60% y el primer sitio de infección fue respiratorio en el 80% de los casos. La totalidad de los pacientes presentó fallo respiratorio con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y fallo cardiovascular, con soporte inotrópico en 14 de los 15 casos y expansiones con volúmenes de 45 ml/kg en promedio. El resto de los fallos se distribuyó de la siguiente manera: 6 pacientes con fallo hematológico, 5 hepático, 4 renal y 1 neurológico. El 93.3% recibió tratamiento antibiótico antes de la primera hora y el 33.3% recibió corticoides.

Conclusiones: A pesar de lo heterogéneo de la muestra, es de resaltar que la mitad de los pacientes fueron menores de 6 meses. Si bien la bibliografía muestra una tasa de mortalidad por sepsis severa mucho menor a la observada en nuestro servicio, la población analizada evolucionó en su gran mayoría a shock séptico, ensombreciendo el pronóstico. Este punto llama la atención y no es menor. El interrogante que surge es cuál o cuáles son los factores involucrados en estos resultados.

0178 PROLONGACION DEL INTERVALO QTc LUEGO DE NEUROCIRUGIAS

F CAPPARELLI¹, MF DIAZ¹, A HLAVNIKA¹, ME ARISTA¹, M ABELLO¹, LP MASKIN¹, R PESCE², D VARELA¹, N WAINSTEIN¹,
¹ FLENI, Argentina. ² Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La prolongación del intervalo QTc aumenta el riesgo de arritmias ventriculares. La relación entre eventos agudos del Sistema Nervioso Central y prolongación del intervalo QT corregido (QTc) ha sido reconocida en el accidente cerebrovascular isquémico y la hemorragia cerebral. La prolongación del intervalo QTc se considera una manifestación habitual del postoperatorio neuroquirúrgico.

Objetivos: Primario: Determinar la incidencia de prolongación de QTc en pacientes en el postoperatorio inmediato de neurocirugías mayores. Secundario: Evaluar variables asociadas a prolongación de QTc.

Material y Métodos: Estudio observacional prospectivo en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de adultos. Inclusión: Pacientes de >18 años de edad en postoperatorio neuroquirúrgico. Exclusión: Pacientes en hemodiálisis, enfermedad coronaria activa, insuficiencia cardíaca, alteraciones de conducción auriculoventricular, disfunción tiroidea y tratamiento preoperatorio con amiodarona, digoxina, quinidina, procainamida, antidepresivos tricíclicos o antipsicóticos. Cegados de datos del paciente, se analizaron los ECG estándar de 12 derivaciones realizados al ingreso a UTI. El intervalo QT se corrigió para la frecuencia cardíaca empleando la fórmula de Bazett (QTc= QT dividido la raíz cuadrada de intervalo RR). La prolongación de QTc se definió como ≥ 440 ms. Para variables categóricas se utilizaron test de Chi cuadrado o Fisher según correspondiera. Para variables continuas se utilizó t-test o Wilcoxon como resultara apropiado. Todos los test estadísticos, tuvieron un $\alpha=0.05$. El análisis estadístico se realizó con Intercooled Stata 8.2.

Resultados: Se incluyeron 114 pacientes de una edad promedio de 49 (DS=17) años y el 50% fue de sexo femenino. Ciento tres pacientes (90%) fueron postoperatorios de neoplasias intracraneanas. La localización más frecuentes de las lesiones neoplásicas preope-

atorias fueron ángulo pontocerebeloso (21%), frontales (24%), temporales (18%) y parietales (14%). Sólo 6 pacientes presentaban hematoma intracraneano espontáneo o aneurisma cerebral. La media de QTc postoperatorio fue de 446 ms (DS=44; percentilo 25-75= 412-470). Presentaron QTc prolongado 54 pacientes (47%) y el QTc fue de 440-500 ms en 40 pacientes (35%) y >500 ms en 14 pacientes (12%). Las variables preoperatorias asociadas a prolongación de QTc fueron sexo femenino ($p=0,02$), dislipidemia ($p=0,009$) e hipertensión arterial ($p=0,02$). En la muestra no encontramos asociación de QTc prolongado con localización de la lesión, uso de metoclopramida o difenilhidantonia intraoperatoria ni parámetros de laboratorio postoperatorios. Hubo una baja incidencia de hipokalemia <3 mEq/L (7%).

Conclusiones: En este estudio prospectivo se halló una alta incidencia de prolongación de QTc en pacientes luego de una neurocirugía mayor. Dado la potencial arritmogenicidad de este hallazgo en el postoperatorio neuroquirúrgico, estos datos sostienen la importancia de la medición del QTc, el monitoreo electrocardiográfico y el alerta sobre la utilización de drogas que prolongan el QTc.

0179 ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO SOBRE ANEMIA Y TRANSFUSIONES EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

MB HEREDIA, JR BARTOLI

Clinica Reina Fabiola, Argentina.

Introducción: La anemia es frecuente en la enfermedad crítica. No existen definiciones universalmente aceptadas en Terapia Intensiva. La OMS define Anemia como una Hemoglobina (Hb) inferior a 13 gr/dL en varones y 12 gr/dL en mujeres, siendo leve Hb 9.5-10.9 gr/dL, moderada Hb 8-9.4 gr/dL, severa 6.5-7.9 gr/dL o de riesgo vital <6.5 gr/dL. Existe controversia sobre el nivel crítico para indicar transfusiones en UTI y se ha demostrado que la anemia es bien tolerada en pacientes críticos.

Objetivos: Primario: Conocer la prevalencia de anemia en UTI. Conocer la Tasa de uso de Transfusiones Secundarios: Evaluar cumplimiento de política transfusional.

Material y Métodos: Estudio: de cohorte descriptivo observacional retrospectivo y comparativo. Población: Todos los pacientes ingresados a UTI entre mayo de 2005 y mayo de 2007. Se dividió la muestra según sexo, edad, APACHE II, estada, mortalidad, patología de ingreso, diferentes valores de Hb y estada. Las variables cuantitativas se expresan en promedios y desvío estándar, las cualitativas en porcentajes e IC95%. Los grupos se comparan utilizando prueba t para las variables cuantitativas y Chi cuadrado (χ^2) para las cualitativas. Se consideró significativa una $p<0,05$.

Resultados: Ingresaron 907 ptes. Con edad de $59,2 \pm 18,5$ años y Apache II de $12,84 \pm 8,6$ puntos. La prevalencia de anemia (Hb <8 gr/dL) fue de 10,1% (91/907) y sólo 36 pacientes (4%) presentaron Hb <7 gr/dL. La Hb descendió a lo largo de la internación hasta $10,9 \pm 2,3$ gr/dL ($p<0,01$). Los pacientes Quirúrgicos y Clínicos presentaron Hemoglobinas similares al ingreso ($11,5$ vs $11,9$ gr/dL) pero los Quirúrgicos sufrieron una mayor caída en la Hb (Peor Hb = $7,9$ g/dL, $p<0,05$) y estuvieron más anémicos al alta (Hb al alta: QU= $10,7$ vs CI= $11,27$ gr/dL, $p<0,05$). A mayor estada, mayor prevalencia de anemia, (7,77% en estada <3 días, hasta 26,09% en estada >10 días). Estada >5 días implica 3 veces más riesgo de anemia (19,6% [IC95 12,2-26,9] vs 8,2% [IC95 0,9-15,5] $p<0,01$ - Odds Ratio de 2,73). Se realizaron 278 UGRS en 206 (22,7%) pacientes. 136 en UTI y 70 en Quirófano. La tasa de uso de transfusión fue 72 UGRS por cada 1000 días de estada. El grupo Quirúrgico fue más transfundido (Clínicos = 13,8% vs 30,9% = Quirúrgicos [Odds ratio 2,8]). La cantidad de UGRS transfundidos se relacionó con severidad de la anemia. Independientemente de la anemia, los pacientes transfundidos estaban más graves, permanecieron más tiempo y tuvieron mayor mortalidad.

Conclusión: La prevalencia de anemia se asemeja a la internacional. El porcentaje de transfusiones fue de 22,71% (valores bajos). La tasa

de transfusiones está influenciada por la severidad de la anemia y por la estada prolongada. Debería expresarse en transfusiones c/1000 días de estada, para reflejar mejor la influencia del tiempo. Un punto de corte no es suficiente para determinar la adecuación de la política transfusional. La indicación de transfusiones es compleja y requiere juicio clínico.

0180 OLIGODENDROGLIOMA ANAPLASICO, PRESENTACION INUSULMENTE AGUDA DE UNA PATOLOGIA CON CURSO INSIDIOSO

F PODESTA, A BORDOGNA, G MACARRON, P MEDICI, M RABINO, N RAUL, O RECUPERO, W KREMSER
HIAEP Sor Maria Ludovica, La Plata, Argentina.

Paciente de 13 años de edad de sexo femenino, que consulta por sensorio alternante y lesiones urticarianas en cara y miembros. Antecedentes de 5 vómitos y episodio compatible con convulsión, a la hora de ingresar, presenta paro cardiorrespiratorio y pupilas anisocóricas, se ventila y es derivada a nuestra UTIP. Al ingreso presenta pupilas midriáticas arreactivas, se interpreta el cuadro como hipertensión endocraneana, se realizan maniobras antihipertensivas, se realiza tomografía computada de encéfalo simple donde se observa masa hipodensa bifrontal con sangrado puntiforme y gran edema parenquimatoso a predominio derecho; sin indicación neuroquirúrgica. Requiere durante su evolución dosis crecientes de drogas vasopresoras, presenta cuadro de diabetes insípida. Presenta a las 24 hs del ingreso signos clínicos compatibles con muerte encefálica, electroencefalograma sin actividad eléctrica. Se constata óbito a las 36 hs del ingreso. Informe de necropsia: oligodendroglioma polimorfo con extensión hasta las leptomeninges locales.

Los oligodendrogliomas son tumores derivados de las células de oligodendroglia, representan el 4 al 18,5 % de los tumores neuroepiteliales, clínicamente son silentes en los primeros años y el síntoma principal son las convulsiones. El relato de este caso es mostrar la presentación inusualmente aguda de una patología de evolución insidiosa.

0182 RUPTURA TRAUMATICA DE AORTA TORACICA ASOCIADA A LESIONES ORGANICAS MULTIPLES. MANEJO ENDOVASCULAR CON ENDOPROTESIS

E MINOLDO, MJ ARAMBURU, F PAOLETTI, MJ CABRERA, V CAGLIERI, C GALLETTI
Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción y Objetivos: El abordaje endovascular (AEV) de la aorta torácica, ha ganado un espacio importante en el tratamiento de la RTA. Es más relevante cuando coexisten otras lesiones graves, que hacen de muy alto riesgo el tratamiento quirúrgico. Se presenta un caso de Ruptura Traumática de Aorta (RTA) torácica, asociada a Trauma Encalocraneano (TEC) con hemorragia subaracnoidea (HSA), contusión pulmonar (CP) y renal (CR); y laceración hepática (LH) tratada la primera con endoprótesis y observación de las demás.

Material y Método: Presentación de caso y procedimiento. Paciente de sexo masculino, de 19 años, sin antecedentes. Sufre trauma por caída de 12 metros de altura. Presento TEC con pérdida de conocimiento transitorio, trauma cerrado de tórax y de abdomen. Ingreso: TA 80/40 mm Hg, FC 90 lpm. Rx de tórax: ensanchamiento mediastinal, contusión pulmonar. En TC tomografía computada (TC): HSA, imagen de RTA descendente con aneurisma de aprox. 3 cm con hematoma pericayado, hemomediastino, CP bilateral, líquido libre en cavidad abdominal, LH y CR derecha. Ecografía de abdomen: segmento 5 del hígado imagen hipocogénica de bordes irregulares. Ecocardiograma transesofágico: derrame pericárdico leve, RTA torácica descendente a nivel del cayado, luego de nacimiento del tronco braquiocefálico, de 3 cm de extensión. Se estabiliza con reanimación adecuada. Debido a la presencia de lesiones asociadas, con grave riesgo de complicaciones quirúrgicas, en particular hemo-

ragias, se decide tratamiento endovascular. Se colocó endoprótesis (prótesis GORE en posición distal de la arteria subclavia), sin complicaciones. A las 48 hs del procedimiento se inicio doble antiagregación plaquetaria. Alta de UTI al 8 día sin secuelas. Ambulatoriamente se realizaron dos controles al mes 1 y 3: TA toracoabdominal con presencia de endoprótesis a nivel del sector distal del cayado y parte de la aorta descendente sin colecciones periprotésicas ni dilataciones aneurismáticas, sin imágenes de fuga del medio de contraste y sin trombosis endoluminal. Lesiones abdominales en resolución.

Discusión. Conclusión: La RTA es la segunda causa de muerte en trauma cerrado, superado sólo por el TEC. La sobrevivencia inicial es 5 al 30 %. En la internación, del 2 al 5% inestables, la mortalidad es del 90%-98% ; del 15-25% que están estables, el diagnóstico se realiza 4 a 18 horas después, con una mortalidad del 25%, principalmente por lesiones asociada. Sin tratamiento, el 30% fallecerán en las primeras horas, 40 a 50% en las primeras 24 horas, 75% en la primera semana y 90% en los siguientes 4 meses. De allí la importancia de un precoz diagnóstico y tratamiento adecuado y definitivo. La cirugía se asocia con 5-25% de riesgo de parálisis y 20-30% de mortalidad. (contra 6.8 % del AEV). El AEV se mostro seguro, con éxito en el procedimiento y baja morbilidad. Las lesiones asociadas agravan el pronóstico y hacen electivo este procedimiento cuando es posible.

0183 DISECCION ESPONTANEA DE LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR TRATAMIENTO ENDOVASCULAR. REPORTE DE CASO

MJ ARAMBURU, E MINOLDO, MJ CABRERA, V CAGLIERI, H LONDERO, C GALLETTI
Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción. Objetivos: La disección espontánea de la arteria mesentérica superior (DEAMS) aislada, no asociada a disección aórtica, es de presentación muy infrecuente, hasta el presente solo han sido reportados 106 casos. Las opciones terapéuticas incluyen tratamiento médico, quirúrgico y endovascular, aunque no está establecido el mejor abordaje. Se presenta un caso con tratamiento percutáneo endovascular (TPE) con implante de stent autoexpandible y angioplastia distal.

Material y Método: Presentación de caso y procedimiento. Paciente de 51 años sin patología previa, excepto menopausia precoz, debuta con dolor abdominal agudo localizado en epigastrio intensidad 10/10 sin irradiación, posteriormente se agrega deposiciones diarreas, vómitos biliosos y horas después melena. La ecografía abdominal fue normal lo mismo la endoscopia digestiva alta. TC abdominal con contraste mostró una imagen de flap dentro de la arteria mesentérica superior en su tramo proximal, compatible con una pequeña disección segmentaria en ese nivel y en forma distal y a partir del tercio medio, una trombosis con oclusión completa de la porción distal. Marcado engrosamiento difuso de las paredes del intestino delgado, predominando en la región abdominal inferior y en el conglomerado íleo-pélvico, en relación probable a proceso isquémico parietal y; leve a moderada cantidad de líquido interasa. No se observaron imágenes de aire intramural. Se realiza cateterismo de arteria mesentérica superior con posicionamiento de 2 stent autoexpandible de 7,0 x 3,7 a nivel del hematoma parietal con dilatación posterior con balón en rama yeyunal en 3 oportunidades. Se instala doble antiagregación. Evolución con episodios de enterorragia sin dolor, que se repite durante tres días y presencia de soplo abdominal en epigastrio. Los estudios para colagenopatía y/o vasculitis (bioquímicos y angiografía) fueron negativos. En una TC de control las asas de delgado continúan difusamente dilatadas, con engrosamiento de la pared y refuerzo poscontraste. Se observa un stent en la arteria mesentérica superior, con correcta ubicación, con repermeabilización completa de la misma, persistiendo un trombo mural en la parte distal al stent pero con buen flujo. Se dio de alta de UTI permaneciendo en sala común hasta remisión de los síntomas y tolerancia digestiva a los 20 días del ingreso. Una TC de control mostró resolución de los hallazgos anteriores.

Discusión. Conclusiones: La DEAMS es de presentación esporádica. Existen pocas publicaciones y menos aún con TPE. La causa es desconocida, no hay relación a necrosis quística, displasia fibromuscular o aterosclerosis. No siempre determina isquemia intestinal grave, es probable que por ello algunos pacientes puedan responder al tratamiento anticoagulante, sin embargo muchos necesitarán tratamiento de reperfusión, el TPE es entonces posiblemente la alternativa más segura, como muestra este caso, realizado con éxito, sin complicaciones y resolución progresiva de los síntomas.

0184 USO DE LEVOSIMENDAN EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BAJO GASTO CARDIACO PEDIÁTRICO DE ETIOLOGÍA NO QUIRÚRGICA.

S MUZZIO, RB ARAOZ OLIVOS, F ESPAÑOL, R JABORNISKY
Hospital Pediátrico Juan Pablo II, Argentina.

Objetivo: Reportar el uso de Levosimendan en el tratamiento del síndrome de bajo gasto cardiaco pediátrico de etiología no quirúrgica.

Materiales y Método: Se presenta un paciente de sexo femenino, 5 meses de vida, sin antecedentes perinatólogicos de importancia que ingresa al servicio de UCIP de nuestro hospital, con síndrome de bajo gasto cardiaco (SBGC). El Ecocardiograma evidenció miocardiopatía dilatada, con fracción de acortamiento (FA) de 14%, fracción de eyección (FE) 31%, severa dilatación del ventrículo izquierdo (VI), insuficiencia mitral severa. Se inició infusión de Milrinona a 0.6 µg/kg/min y Adrenalina 0.2 µg/kg/min y se evaluaron la evolución de variables fisiológicas, hemodinámicas y ecocardiográficas, las cuales permanecieron en niveles subóptimos durante los primeros cuatro días de tratamiento (%DAVO2 de 32 + 6.20, IEO2 0.34 + 0.06). Dada la falta de mejoría en la función miocárdica, se inició infusión de Levosimendan a 0.1 µg/kg/min, asociado a Milrinona a 0.6 µg/kg/min y Adrenalina a 0.2 µg/kg/min, obteniéndose mejoría de variables hemodinámicas. La infusión de Levosimendan se realizó en tres oportunidades, con dosis de mantenimiento por 24 hs (días 1, 4 y 11 de tratamiento con Levosimendan), no presentando efectos adversos. Se utilizó t de Student para el análisis de datos pre y pos infusión de Levosimendan.

Resultados: Se observó: a) disminución del requerimiento de inotrópicos; b) disminución del %DAVO2 (Pre Levosimendan 32 + 6.20 vs Pos Levosimendan 20.67 + 2.50, p=0,002); c) disminución de IEO2 (Pre 0.34 + 0.06 vs Pos del 0.22 + 0.03); d) Ecocardiograma de control con mejoramiento de la función ventricular y de la FA (Pre 13+1 vs Pos 18 + 3, p= 0,0068). Posteriormente, la paciente fue derivada a Hospital de mayor complejidad donde se realizó diagnóstico de Mucopolisacaridosis.

Conclusiones: La utilización del Levosimendan podría ser una alternativa útil en el tratamiento del SBGC, en los niños con miocardiopatía dilatada asociada a Mucopolisacaridosis, cuando el tratamiento convencional no alcanza los objetivos buscados.

0187 FALLA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS

R REYES, N RONDINELLI, A MONDELLO, N BREVIS
Hospital Alejandro Posadas, Argentina.

Paciente de 30 años, sexo masculino, antecedentes de adicción a drogas inhalatorias (cocaína), delirios persecutorios. Refiere haber consumido cocaína el día 3 de Enero (3 líneas) y posteriormente haber sido interceptado por personal policial siendo detenido y trasladado a seccional policial, donde según referencia del paciente fue esposado y golpeado Posterior al hecho refiere consultar a Centro Asistencial sin respuesta. Consulta a GUARDIA 1 semana posterior al hecho por evolucionar con decaimiento general, náuseas, vómitos y oligoanuria por lo cual es traído por familiares. En Guardia se constata paciente lúcido, GCS15/15 debilidad generalizada, hiporreflexia, sin signos meníngeos, policontusiones, escoriaciones en ambas muñecas, normotenso, afebril. Laboratorio: Ionograma

119/6.2/83, Urea 3,21 Creatinina 13,5. Eco renal: Aumento de tamaño renal con aumento de la ecogenicidad cortical sin signos de uroestasia. Sedimento Urinario S/p. Se interpreta cuadro como IRA con parámetros para pre-renal se decide su internación en Clínica Medica donde evoluciona con anuria. CPK > 200.000. Paciente evoluciona con signos de sobrecarga se coloca de cateter de Kook, se reinterpreta cuadro como IRA anurica 2da a rabdomiolisis + sobrecarga hidrica por lo cual inicia sesion de dialisis diaria. Interocurre con episodio de excitación psicomotriz evolucionando posterior a la sedacion con disminucion del estado de conciencia y episodio de broncoaspiracion requiriendo IOT/ARM. Extubado a las 24 hs. Por presentar neumonia aspirativa por lo cual recibio AMS del 9 al 15 de enero. Servicio de nefrologia decide realizar dialisis trisemanal el 11/1/10. Con dialisis diaria, balance negativo, evolucion favorablemente pasa a Clínica Medica.

	9/1	11/1	12/1	13/1	15/1	17/1
CPK	>200000	28000	11300	4300	972	320

0188 RUPTURA ESPLENICA Y HEPATICA ESPONTANEA

R REYES, N RONDINELLI, A MONDELLO, N BREVIS
Hospital Alejandro Posadas, Argentina.

Paciente de 34 años, sexo femenino, con los antecedentes LUPUS dx 07 en tratamiento con Meprednisona e Hidrocloroquina, Vasculitis urticariana, Internación en Clínica Medica por cuadro que se interpreto como Sme de Ramsay-Hunt, Herpes Zoster facial. Niega antecedentes toxicos ni traumaticos. Consulta por cuadro de 12 horas de evolución y náuseas, asociados a hipotensión y oliguria, a su ingreso a Guardia se constata TA 70-40, Fc 110 Afebril. Lucida, vigil. Presenta maculas eritematosas de bordes irregulares en MMII, palidez a predominio de mucosas. Abdomen doloroso a la palpación profunda en flanco izquierdo con leve defensa, no impresiona visceromegalia. RHA negativos. TR negativo. Resto del examen físico s/p. Se toman Hemo y urocultivos y se inicia ATB. Por persistir hipotensa se inicia vasopresores. Ecografía abdominal se constata liquido libre en cavidad se realiza laboratorio y se constata caída del hematocrito, Se punza liquido abdominal con características hemáticas Cirugia General y Ginecologia deciden conducta quirúrgica de urgencia con diagnostico presuntivo de Hemoperitoneo por traumatismo abdominal Vs embarazo ectópico complicado. Se constata hemoperitoneo 1000 ml aproximadamente, se palpa laceración hepática de segmento VI y VII, laceración de vena cava inferior, laceración de bazo y segmento II y III hepáticos se realiza esplenectomía y hemostasia y segmentomía de dichos segmentos. Se realiza packing. Recibio 10UGR, 13u de plaquetas, 1200cc de plasma fresco congelado, inestable hemodinamicamente ingresa a UTI evolucionando con mayor requerimiento de vasopresores 2,33γ/k/m de Noradrenalina, anurica (PIA 40cm H2O), coagulopática, evolución con shock refractario. Obita. Diagnostico presuntivo: PELIOSIS HEPATICA Y ESPLENICA.

0189 INFECCIONES GRAVES EN TERAPIA INTENSIVA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS ASOCIADO A LA COMUNIDAD

M RODRIGUEZ, C BOSCO, K GARCIA MEZA, P DEBASTIANI, L CORSIGLIA, C ROTH
H.I.E.A y C San Juan de Dios La Plata, Argentina.

Objetivo: Describir las características clínicas, microbiológicas, bioquímicas, epidemiológicas y terapéuticas de una serie de 10 pacientes internados en terapia Intensiva (TI) por infecciones graves provocadas por Staphylococcus Aureus asociado a la comunidad (SA-AC).

Materiales y Métodos: durante el periodo comprendido entre enero del 2004 y febrero del 2010 se internaron en TI 10 pacientes con infecciones graves por SA-AC; se trató de una población joven, edad

promedio de 28 años, predominantemente hombres, previamente sanos y sin factores de riesgo para infección por SA-AC a excepción de 1 paciente diabético. Los datos se obtuvieron de la revisión de historias clínicas y base de datos del Servicio de Bacteriología y Microbiología del hospital.

Resultados: Los motivos de ingreso a TI fueron: insuficiencia respiratoria, sepsis grave y shock séptico. Edad promedio de 28 años (16 – 49), el 80% de sexo masculino. El foco primario de infección en el 80% de los casos fue piel y partes blandas (forunculosis, celulitis, abscesos, miositis) en el resto, fue pulmonar. Todos los pacientes presentaron compromiso pulmonar desde hipoxemia moderada a SDRA, las RX de tórax mostraron infiltrados bilaterales de tipo intersticio alveolar o alveolar, 6 pacientes requirieron ARM, 1 de ellos con VNI, la PEEP promedio fue de 11 cmH₂O, rango entre 8 y 16, PaO₂/FiO₂ promedio de 99 (30 -163), el promedio de días en ARM fue de 16,5 (1 – 28), el shock con requerimiento de vasopresores se presentó en 5 pacientes que recibieron noradrenalina o adrenalina, el fallo renal con creatinina mayor de 2 mg/dl se observó en 3 pacientes. El APACHE promedio fue de 14,8 (3 – 26), el SOFA promedio 5,6 (0- 12). Los datos bioquímicos relevantes fueron: leucopenia en 2 pacientes, leucocitosis en 6, plaquetopenia en 4, CPK elevada en 3, LDH elevada en 6. Bacteriología: hemocultivos positivos 60 %, esputo 20 %, aspirado traqueal 10 %, líquido pleural 20%, cultivo de partes blandas de muestras quirúrgicas 20 %, se aisló en un 80% SAMR, los aislamientos por SAMS se registraron en los años 2004 y 2006, la mortalidad fue del 40% todos por falla multiorgánica (shock, respiratoria, renal), 3 pacientes fallecieron en las primeras 24 hs y otro a las 72 hs, los scores APACHE II y SOFA fueron mayores en los no sobrevivientes. El tratamiento antibiótico empírico previo al ingreso a TI fue inadecuado en el 60 % de los pacientes de estos el 67% falleció.

Conclusiones: El SA-AC es un patógeno humano común manifestándose habitualmente con infecciones cutáneas, las infecciones graves no eran frecuentes, observándose en la última década un aumento de la incidencia a nivel mundial, particularmente de cepas SAMR. La literatura reporta predilección por afectar a personas sanas, lo cual también fue observado en esta serie de casos. Ante sospecha de infección grave por SA-AC la cobertura antibiótica debiera ser efectiva contra el SAMR- AC, debido a que el tratamiento inapropiado se asocia a un incremento de la mortalidad.

0190 MONITORIZACION DE VANCOCINEMIA EN PACIENTES CRITICOS.

C BALASINI, M CARRI, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, S TALBENZKRY, A PORCEL, P RODRIGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, D VÁSQUEZ, MG SÁENZ, F GONZÁLEZ, MG VIDAL, S CARINO, C LOUDET, A DAS NEVES, M LARES, H CANALES, J VALLI, E ESTENSSORO, R REINA
Servicio de Terapia Intensiva, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Objetivo: Evaluar: • El porcentaje de pacientes que alcanzó el rango terapéutico de 20 a 40 mcg/ml con la dosis estándar de 30 mg/kg/día. • La cantidad de pacientes que requirieron modificar la dosis de vancomicina o cambiar a otro ATB. • El porcentaje de pacientes que superó el rango terapéutico superior.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes que requirieron monitoreo de vancocinemia sin disfunción renal (definida con creatinina >2mg/dl o un aumento del 50% de su valor basal). Todos los pacientes recibieron vancomicina con una dosis de carga de 15 mg/kg y luego mantenimiento de 30 mg/ Kg/día en infusión continua, se realizaron dosajes 2 veces por semana. Se define rango terapéutico una vancocinemia entre 20 y 40 mcg/ml, y rango sub terapéutico: vancocinemia < 20 mcg/ml. Se evaluó al ingreso datos epidemiológicos, diagnóstico y scores: APACHE II, mortalidad por riesgo de APACHE II, SOFA, Mc Cabe y TISS28. Durante la internación: dosajes de vancomicina, si fue empírico o

demonstrado, tipo de infecciones, necesidad de aumentar la dosis, necesidad de cambiar a otro ATB. Al egreso hospitalario: días de internación hospitalaria y sobrevida.

Análisis de datos: Los datos se presentan como media \pm DS, mediana (mdn), rango intercuartílico [IQ 0.25-0.75], y %. Se analizó con STATA 9.

Resultados: Se evaluaron 87 pacientes con las siguientes características: edad 40 \pm 19, masculino 62%, APACHE II 17 \pm 7, riesgo de mortalidad 26 \pm 20, SOFA 7 \pm 3, TISS 31 \pm 9, Mc Cabe 1.4 \pm 0.7, clínicos 34%, quirúrgicos de urgencia 13%, quirúrgicos electivos 20% y trauma 33%, la mortalidad fue del 23%, el tiempo de internación de 24 días [13-43]. El dosaje de vancomicina promedio fue de 17 \pm 11, 26% tuvieron valores normales, 69% tuvieron dosajes < 20 mcg/ml, 56% tuvieron dosajes < 15 mcg/ml, 5% dosajes altos (>40mcg/ml). En un 48% la vancomicina fue indicada empíricamente y en un 52% demostrada (62% foco vascular, 19% respiratorio, 8% partes blandas, 8% urinario y 4% meningitis intrahospitalaria). De los pacientes con dosaje subterapéutico: 100% estaban hipoalbuminémicos, 66.6% requirieron aumento de dosis y 8% se decidió cambiar a otro ATB (1 paciente requirió linezolid por EVR). De los 40 pacientes con aumento de dosis (92.5% fue a 3 gs/día), 30 fueron dosados: 55% tuvieron dosaje < 20 mcg/ml (7 pacientes requirieron cambio de ATB), 1 dosaje 40 mcg/ml, y 6 dosis normal. De los 4 paciente que presentaron dosis >40 mcg/ml, 2 tenían hipoalbuminemia, a 3 se los rotó a otro ATB y 1 se suspendió el tratamiento.

Conclusiones: • El monitoreo de vancomicina en el paciente crítico es importante para asegurar una dosis dentro del rango terapéutico y la eficacia. • La dosis habitual de vancomicina (carga de 15 mg/kg y luego mantenimiento de 30 mg/ Kg/día en infusión continua) es insuficiente, alcanzando el rango terapéutico solo el 26% de la población. • Inclusive con dosis de 3 a 4 gs el 55% de los pacientes presentó vancocinemia < 20 mcg/ml y muchos requirieron cambiar a otro esquema terapéutico. • La vancocinemia por encima del rango terapéutico >40 mcg/ml fue infrecuente.

0191 SATURACION VENOSA CENTRAL COMO PREDICTOR DE RESULTADOS LUEGO DE UNA CIRUGIA MAYOR

E ASINARI, MJ ARAMBURU, E MINOLDO, L RASI, F CALZOLARI, A GARCÍA GIL, A SALGADO, M BACIGALUPI, S MARINSALDA, MJ LEDESMA, E IGLESIAS, V CAGLIERI, C GALLETI
Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción: La hipoxia tisular global es un importante indicador de shock precediendo al síndrome de disfunción orgánica múltiple. Cuando esta no es reconocida y no es tratada eleva la morbimortalidad. El monitoreo perioperatorio con las variables utilizadas rutinariamente evalúan el estado cardiopulmonar general pero no la oxigenación, perfusión y consumo de oxígeno microcirculatorio. La saturación venosa central de oxígeno (ScvO₂) y la saturación venosa mixta de oxígeno (SvO₂) evalúan de manera integral los determinantes de la relación aporte/consumo de oxígeno (DO₂/VO₂) y perfusión tisular. Los bajos porcentajes de ScvO₂ han sido asociados a un aumento de las complicaciones posquirúrgicas luego de cirugía mayor.(CM)

Objetivos: El objetivo primario fue evaluar la utilidad de la ScvO₂ como predictor de mortalidad a los 28 días. El objetivo secundario fue evaluar la utilidad de la ScvO₂ como predictor de complicaciones.

Material y Método: Estudio de cohorte prospectivo longitudinal. Criterios de inclusión: Todos los pacientes admitidos a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), luego de una CM. Se definió CM toda aquella de más de 90 minutos de duración. Se les tomó una muestra de sangre venosa central al ingreso y cada 4 hs por 12 hs para evaluar ScvO₂, (ácido láctico y otras variables) tratando de elevar su valor basal a 70 %, según protocolo guiado por objetivos hemodinámicos, en las primeras 12 horas. Se calcularon scores pronósticos: APACHE II y P-POSSUM. Se realizó evolución clínica diaria en busca de complicaciones.

■ Resúmenes

Resultados: Se evaluaron 33 pacientes, 18 masculinos (54,5 %), con un promedio de edad de 59,5±12,8 años. El tiempo promedio de cirugía fue de 4,3 ± 2,2 hs. Los scores de gravedad APACHE II y POSSUM tuvieron una media de 9,8±3 y 13,5±4 respectivamente. El 91% de los pacientes presentó una valoración ASA de II, y el 9% restante presentó un ASA de III. La mortalidad global fue del 9% a los 28 días. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los valores de ScvO₂ a las 12 horas de los pacientes que sobrevivieron y de los que fallecieron dentro de los 28 días posteriores a la cirugía (P 0,02). Hubo diferencia en los valores de ácido láctico basal a las 12 horas posquirúrgicas y el desarrollo posterior de complicaciones (P 0,0003). Se observó una buena correlación (r=-0,95) entre la elevación de la ScvO₂ y el descenso del ácido láctico, en las medias de los grupos durante las primeras 12 hs de evolución.

Discusión. Conclusiones: La elevación de la ScvO₂ dentro de las primeras 12 hs del postquirúrgico de una CM mostró utilidad como predictor de mortalidad a los 28 días, no así como predictor de complicaciones. El ácido láctico, en cambio, se presentó como un predictor sensible de complicaciones postquirúrgicas, no influyendo en la mortalidad. La principal limitación de este trabajo consiste en el pequeño número de pacientes que compone la muestra.

0192 PACIENTES CON DESTETE DIFÍCIL DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ¿INFLUYE EL ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA PERIFÉRICA? RESULTADOS PRELIMINARES

MALONSO, A MIDLEY, C FREIGBERGER, P EZCURRA, N ROUX, O PATIÑO

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Recientes trabajos sobre debilidad muscular adquirida en pacientes adultos en unidades de terapia intensiva (UTIA), postulan que programas de la rehabilitación motora (RM) favorecerían a los pacientes con destete dificultoso de la ventilación mecánica (DF-VM). Nuestro objetivo fue detectar los posibles beneficios de incluir RM al tratamiento convencional en pacientes con DF-VM.

Materiales y Métodos: El estudio se realizó entre julio de 2009 y marzo de 2010 en una UTIA de la CABA. Se incluyeron 6 pacientes, 3 femeninos. La edad fue de 56 años (50-69). El diagnóstico de ingreso a la VM fue insuficiencia respiratoria aguda (IRA) de origen no neurológico. Para determinar el grado de miopatía adquirida se utilizó el Medical Research Council Score (MRCs) de evaluación motriz, al inicio de la VM y a las 24hs para descartar confundidores y al alta de la UTIA. Los pacientes realizaron dos sesiones diarias de RM: cuidados posturales, electroestimulación, contracciones musculares isométricas e isotónicas, elongación de cadenas musculares y trabajo de resistencia aeróbica. Se presentan las medianas con sus respectivos rangos.

Resultados: El APACHE II fue de 20 (16-21), la Pafi a la primer hora de VM fue de 342 (188-450) y el MRCs inicial fue de 19,7/60 (12-26) sin cambios significativos a las 24 horas. La traqueostomía se realizó a los 7 días (4-21 días). Se decanularon 5 pacientes en UTIA, uno recibió el alta domiciliaria directamente desde la unidad y los 4 restantes tuvieron 17,5 (7-30) días de estadía hospitalaria. Un paciente no se lo decanuló y se derivó a un centro de tercer nivel. Los días en ARM fueron 30 (13-79). Se presentaron las siguientes complicaciones: neumonía en los 6 casos, en tres, sepsis por catéter, delirio en tres de ellos, en un paciente fístula traqueo-esofágica y en uno bursitis acromio clavicular. Al alta de UTIA el MRCs fue de 53/60 (30-60). Todos los pacientes lograron la bipedestación, 4 caminaron más de 100 mts. en la UTIA y lograron independencia en las actividades de la vida diaria. Los 2 pacientes restantes pudieron marchar con asistencia.

Conclusión: Si bien el análisis de esta serie de casos no es concluyente, el tratamiento descrito de RM se sigue utilizando en la actualidad en nuestro servicio, y percibimos que la incorporación de la RM al tratamiento convencional ha sido beneficioso. Los pacientes incluidos en este estudio mejoraron notablemente su movilidad y

fuerza de extremidades y tronco. Esto se reflejó en su musculatura respiratoria y periférica, pudiendo haber favorecido el proceso de desvinculación del ventilador y el tiempo para iniciar la deambulación e independencia de las actividades de la vida diaria. Quizá lo más relevante de esta intervención sea el ámbito (UTIA) en el cual se emplea la RM. En la mayoría de los casos el traslado a centros de rehabilitación especializados es muy difícil. Se necesitan más estudios para corroborar estos hallazgos.

0194 ASISTOLIA INEXPLICABLE EN EL PERIOPERATORIO DE NEUROCIRUGÍA. ¿ES EL REFLEJO TRIGEMINO CARDIACO EL RESPONSABLE?

S MARE, D VARELA, A HLAVNICKA, MF DIAZ, N WAINSTEIN FLENI, Argentina.

Introducción: Del núcleo motor del trigémino surgen fibras cardiorreguladoras como vía eferente que terminan en el miocardio. El reflejo trigémino cardíaco (RTC) es un fenómeno que puede ser generado a través de la manipulación de cualquier estructura inervada por el nervio trigémino o por su estimulación directa. Se manifiesta por la aparición repentina de bradicardia o asistolia e hipotensión arterial. Se ha reportado en cirugías oftálmicas, cráneo-faciales, del ángulo ponto-cerebeloso, del seno cavernoso y la fosa pituitaria.

Objetivos: Reportar dos casos de asistolia durante el perioperatorio de neurocirugía.

Material y Métodos: Caso 1: Paciente de 23 años de edad que consultó por mareos e inestabilidad en la marcha con lateropulsión a izquierda de un mes de evolución. Se realizó Resonancia Magnética (RMN) de cerebro que evidenció lesión en peñasco derecho. Se realizó exéresis de granuloma coléstimínico de punta de peñasco por vía infralaberíntica, sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato en la unidad de cuidados intensivos (UCI) presentó asistolia de 25 segundos de duración que revirtió con masaje cardíaco externo, sin necesidad de infundir drogas. El ECG sin cambios (PR y QTc normales) y el laboratorio normal. Las enzimas cardíacas y el ecocardiograma transtorácico sin alteraciones. Permaneció 36 hs. en la UCI sin presentar intercurencias. Caso 2: Paciente de 47 años de edad que consultó por parestesias en hemicuerpo izquierdo y visión borrosa, con RMN de cerebro que evidenció Malformación Arteriovenosa (MAV) amigdalina derecha (Spetzler-Martin II) y aneurisma de arteria cerebelosa postero-inferior derecha. Se realizó en primer término embolización del aneurisma y posteriormente embolización parcial de la MAV, presentando en dicho procedimiento 30 segundos de asistolia revirtiendo con 1 mg de atropina. El ECG con QTc y PR normales. Laboratorio y enzimas cardíacas sin alteraciones. Ecocardiograma Transtorácico sin hallazgos patológicos. Se efectuó posteriormente resección de MAV sin complicaciones. Permaneció 24 hs en UCI sin intercurencias.

Conclusiones: En estos casos el sitio quirúrgico fue a nivel de la punta del peñasco y la región amigdalina derecha y probablemente la estimulación en dichas regiones hayan desencadenado el RTC. La reversión de los signos en un caso fue espontánea y en el otro requirió la administración de atropina. El cese de la irritación por la manipulación quirúrgica es fundamental para la reversión de este cuadro. Por lo tanto, las cirugías de tumores en esta área requieren una supervisión constante de todos los parámetros hemodinámicos.

0197 ESTENOSIS HIPERTROFICA DE PILORO: UNA PATOLOGÍA POCO HABITUAL EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

M DE LA ROSA, D OTERO, E TESTI, A PICCIRILLI

Hospital El Cruce de Alta Complejidad, Argentina.

Objetivo: Comunicación de una presentación poco frecuente de una estenosis hipertrófica pilórica.

Material y Método: Presentación de un caso clínico de Estenosis Hipertrófica Pilórica. Revisión de historia clínica.

Resumen: Paciente de 47 días de vida ingresa a unidad de terapia intensiva pediátrica con diagnóstico de sospecha de sepsis, deshidratación grave e insuficiencia renal aguda. Antecedentes de enfermedad actual: Presenta vómitos desde el nacimiento. Consulta en varias oportunidades donde se indica cambio de leche, internado en otra institución por 4 días administrando te de ruda por 1 día y de menta por 3 días, al ingreso presenta convulsión focal siendo llevado a unidad sanitaria siendo derivada a este institución. Enfermedad actual: Paciente que ingresa a utip en mal estado, se realiza intubación electiva por apneas, requirió múltiples expansiones por inestabilidad hemodinámica, deshidratación grave y anuria. Presento 2 episodios de convulsión focalizada en brazo izquierdo. Aspecto respiratorio: ventilación mecánica durante 5 días. Aspecto infectológico: recibió Ceftriaxona y Ampicilina Sulbactam durante 3 días. Con cultivos negativos. Aspecto digestivo: Al ingreso se realiza ecografía abdominal en donde se certifica el diagnóstico de Estenosis Hipertrofica Pilórica. Por estado crítico del mismo ingresa a quirófano 24hs después del diagnóstico. Aspecto metabólico y renal: ingresa con alcalosis metabólica con ph 7.78 que corrigió con las expansiones función renal alterada al ingreso: creatinina: 5. urea: 283. Laboratorio al alta de utip : creatinina: 1,4. urea: 78. Aspecto nutricional: recibió nutrición parenteral por una semana con buena tolerancia oral posterior. Aspecto neurológico: 2 convulsiones el ingreso medicado con difenilhidantoina. Al ingreso se realiza tomografía de cerebro en donde se observa leve edema.

Resultados y Conclusiones: El paciente requirió un tiempo para estabilización hemodinámica y manejo del medio interno previo al ingreso a quirófano para corrección de su patología de base considerando del tiempo de evolución. Lo habitual es que se realice diagnóstico precoz y resolución en etapa neonatal. Rara vez son de presentación en unidad de terapia pediátrica.

0198 INFECCION POR SAMR DE LA COMUNIDAD EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. REVISION DE CASOS

NJ BREVIS, N RONDINELLI, AF MONDELLO, RM REYES, MM LLORIA, L AGUILAR, F RÍOS
Hospital Nacional Profesor A. Posadas, Argentina.

Introducción: En los últimos años a nivel mundial se ha reportado un incremento en la incidencia de infecciones de la comunidad producidas por *Staphylococcus Aureus* con la característica de ser resistente a la Meticilina (SAMR), este germen ha dejado de ser exclusivamente asociado con infecciones nosocomiales y en los últimos meses hemos observado un notorio incremento en la presencia de SAMR en pacientes con infecciones de la comunidad. Nuestro objetivo es describir una serie de casos de infecciones graves por SAMR adquirido en la comunidad, que requirieron su admisión a cuidados intensivos.

Metodos: Estudio retrospectivo consecutivo abarcando los meses de enero al 31 mayo de 2010.

Resultados: Se incluyen 8 pacientes con una edad 44±15 años, Apache II 19±11, Estadia en UCI 19 (10-19) días, Estadia Hospitalaria 23 (12-29) días, mortalidad del 51% (n=4), comparando sobrevivientes vs no-sobrevivientes edad 52±14 vs 40±16 p=0.299, Apache II 11±5 vs 26±10 p 0,048. Todos los pacientes tenían como foco primario infección de partes blandas, seis pacientes cumplían criterios diagnósticos de shock séptico, siete pacientes tuvieron aislamiento en hemocultivos y tres en muestras respiratorias.

Conclusión: En nuestra serie, las infecciones graves por SAMR de la comunidad se presentaron con foco primario en partes blandas, con compromiso hemodinámico y pulmonar. Fueron infecciones bacteriémicas con elevada mortalidad. Éste es un grupo de pacientes jóvenes, con presencia de los factores de riesgo descritos en la literatura. Creemos que esta casuística revela una situación grave y que en nuestro medio ante un paciente con una infección grave de partes blandas de la comunidad, los médicos deben incluir en el tratamiento antibiótico empírico inicial cobertura para SAMR.

Edad	Apache II	Foco Primario	Comorb	Días	ARM	Shock	Obito
40	20	Celulitis	no	1	si	si	si
48	6	Abceso Gluteo	DBT,HTA, Obesidad	19	si	si	no
35	13	Aborto septico	no	19	si	si	no
63	39	mastitis	DBT, Obesidad	20	si	si	si
33	31	Celulitis	DBT,HTA, Obesidad	12	si	si	si
25	16	Celulitis	no	19	si	si	si
60	9	Infección Perineal	DBT,HTA, ACV	10	no	si	no
67	19	Flemon cervical	si	12	no	no	no

0199 SINDROME DE ANTON: PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO

A FERNANDEZ, V TUCHBAUM, D PERÉZ
Hospital Abete, Argentina.

Introducción: En 1899 Anton describió el caso de una mujer completamente ciega que no se percataba de su ceguera. La autopsia mostró lesiones bilaterales del giro angular, corteza de asociación occipital y esplenio del cuerpo calloso. El Síndrome de Anton se describió en pacientes que presentan ceguera cortical, se manifiesta con anosognosia de la ceguera y confabulaciones visuales asociado a lesión estructural occipital, en su mayoría bilateral, aunque puede ser con afectación de un solo lóbulo.

Objetivo: Describir y comentar un caso de Stroke Isquémico occipital derecho que presento Sme. de Anton

Presentación de caso clínico: Presentar el caso de una mujer de 71 años con anosognosia, pérdida del reflejo de amenaza, con pupilas isocóricas, reflejos fotomotor y de convergencia conservada, que es traída a la consulta por síndrome confusional. Cuenta con TC de encéfalo que evidencia hipodensidad a nivel occipital derecho. Doppler de vasos de cuello con obstrucción vertebral bilateral, fondo de ojo normal.

Conclusión: En el paciente con lesión estructural del territorio vertebrobasilar puede desarrollar Sme. de Anton por afectación de la corteza de asociación occipital.

0201 COMO DISMINUIR LA TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA A ARM SIN COSTO

R BARRIENTOS, J ALVAREZ, G ZABERT, L ESPINOSA, R VACA NARVAJA, C PLOGGER, A OLIVA, R VILLEGAS, M SOSA CABRAL, E BRAVO, M ABEL
Clínica Pasteur, Argentina.

La implementación de bundles (paquete de medidas) en asistencia respiratoria mecánica (ARM) disminuye la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica.

Objetivo: Valorar el impacto de la utilización de bundles en la tasa de neumonía asociada a ARM.

Material y Métodos: Se realizó estudio observacional prospectivo de cohorte anidado (antes y después de la intervención), en la Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos-Polivalente de Clínica Pasteur, Neuquén. Se toma como muestra todos los pacientes en ARM, divididos en dos grupos, grupo basal entre el 1/02/09 al 31/08/09 y grupo intervenido entre 1/09/09 al 31/03/10. Las medidas tomadas como intervención tuvieron cinco ítems: 1- Alcohol en cabecera de paciente, 2- Lavado bucal, 3- Limpieza del respirador. 4- Cabecera a 45°, y 5- Medición de Residuo gástrico. Los datos fueron analizados con Excel + EpiInfo 2000, y comparados con datos obtenidos del software del programa VIHDA (Vigilancia de Infecciones Hospitalarias De Argentina).

Resultados: Del grupo basal correspondieron 64 pacientes con 689 días/ARM y del grupo intervenido 55 pacientes con 637 días/ARM, con un intervalo de confianza de 2 desvíos standart. Odd ratio de 0.47, y poder de 80%.

En el outcome primario la tasa de neumonía asociada a ARM disminuyó de 21.77 x 1000 /días ARM en la fase preintervención, a 10.99 x 1000 /días ARM en la fase intervenida (menor p 0.003).

En el outcome secundario la adherencia a las medidas tomadas variaron entre un 80 a 95% en limpieza de boca, cabecera a 45, limpieza respirador y alcohol, y entre 45 a 80% en la medición de residuo gástrico.

Conclusión: Se observa una disminución estadísticamente significativa en la tasa de neumonía asociada a ARM con la utilización de bundles. Se observa baja adherencia a la medición de residuo gástrico.

0202 MORTALIDAD ATRIBUIDA A LA ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICAS EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA

S TAL BENZECRY, C BALASINI, H CANALES, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, A PORCEL, P RODRÍGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, D VÁSQUEZ, MG SÁENZ, F GONZÁLEZ, MG VIDAL, S CARINO, C LOUDET, A DAS NEVES, E ESTENSSORO, R REINA Servicio de Terapia Intensiva, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Objetivos: Evaluar la Mortalidad Atribuida (MA) y el Incremento en el Riesgo Relativo de la Mortalidad (IRRM) de pacientes con enfermedad Oncohematológica (OH) ingresados a la Terapia Intensiva (TI) (me gusta más así) en pacientes de TI.

Métodos: Estudio de Casos y Controles (1:2), toda la información extraída de una base de datos recolectados en forma prospectiva. Todos los pacientes OH ingresados a TI desde el 1/01/2000 al 31/12/2010 y que requirieron internación \geq 48 hs fueron definidos como Casos. El "matching" se realizó con las siguientes variables: edad (\pm 10), género, APACHE II (\pm 4), SOFA al ingreso (\pm 3) y diagnóstico de ingreso (médico, cirugía de urgencia). Se evaluaron mortalidad, días de ventilación mecánica (VM) y de estadía en TI.

Análisis estadístico: Los datos se presentan como media \pm DS, mediana (mdn), rango intercuartilo [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. Estimamos la MA a la enfermedad OH como la proporción de la Mortalidad Cruda de los Casos - Mortalidad Cruda de los Controles / Mortalidad Cruda de los Controles, y la reportamos como IRRM. El análisis se realizó con STATA 9.

Resultados: De los 38 pacientes OH ingresados, 23 permanecieron > 48 hs y sufrieron "matching", 87.5% tuvieron leucemias y 12.5% linfomas. La MA fue del 29% y el IRRM del 78%. En la Tabla se muestran las características de los Casos y de los Controles.

	Casos (n=24)	Controles (n=48)	p
Edad (media \pm DS)	39.4 \pm 15	40.4 \pm 16	0.8
APACHE II (media \pm DS)	25 \pm 8	24 \pm 8	0.50
Risk de APACHE II (%)	52 \pm 26	47 \pm 25	0.43
Masculino (%)	13 (54)	26 (54)	1
SOFA (media \pm DS)	8.6 \pm 3	7.9 \pm 2.7	0.45
Cirugía de Urgencia (%)	12.5	12.5	1
Clínicos (%)	87.5	87.5	1
Mortalidad (%)	16 (66.6)	18 (37.5)	0.01
Días de TI mdn [.25-.75]	7[4-19]	11.5[5-21]	0.16
Días de VM mdn [.25-.75]	4[4-12]	12[5-23]	0.13

Conclusiones: Los pacientes OH tuvieron mayor MA (29%) e IRRM (78%) que los Controles, y permanecieron menos días internados y

en VM probablemente por mortalidad más temprana, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

0205 EOSINOPENIA COMO MARCADOR DE SEPSIS AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA. SEGUNDO ANALISIS

S DIPENTE, A PEÑALOZA, M GARCIA KEIM, C SALCEDO, J LEIVA
Hospital Militar Regional Cordoba, Argentina.

Introducción: Los trabajos de referencia, confirmaron a la eosinopenia como marcador precoz de sepsis, en nuestro análisis previo esta relación no fue significativa por lo que se decide aumentar el tamaño de la muestra

Objetivos: 1. General: Analizar el comportamiento de la eosinopenia en pacientes sépticos y no sépticos. 2. Particular: establecer la distribución de la eosinopenia en una población de pacientes sépticos y no sépticos en UTI.

Material y Método: Trabajo prospectivo realizado en terapia intensiva del Hospital Militar Regional Córdoba en el periodo de 01/10/08 al 01/06/10. Los pacientes fueron clasificados en: grupo con SIRS y grupo con sepsis. Utilizando las definiciones propuestas por consenso del American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. Se tomo como eosinopenia un valor absoluto de corte inferior a 50/ μ l. Se realizó una tabla de contingencia según sistema Bayesiano, de doble entrada, considerando dos factores principales, pacientes con sepsis y sin sepsis, y el otro factor fue la presencia o ausencia de menos de 50 eosinófilos/ μ l.

Resultados: Del total (90), 53 pacientes, (58,8%), cumplían parámetros de sepsis, 37 (41,2%) fueron considerados como no sépticos. De la evaluación de estos datos se obtuvieron los siguientes resultados: El grupo de pacientes sépticos (53), el 73% presentaban eosinopenia y en el grupo de pacientes considerados no sépticos (37), 56,7% tenían eosinofilos < 50 /mm. Se trabajo con un intervalo de confianza del 95%. (p<.05). En relación con la sensibilidad y la especificidad, de la eosinopenia sobre la hipótesis planteada, fueron: 73% y 43% respectivamente. La prevalencia del dato "eosinófilos" menores a 50 fue de 66% y de más de 50 fue de 34%. La prevalencia de exposición en pacientes sépticos fue del 58,8% mientras que en el otro grupo fue de 41%, siendo su razón de prevalencias 1,4. El valor predictivo positivo fue de 0,65 y el negativo de 0,53. El riesgo relativo 1,39:1 (p=0,21). Cuando se consideraron datos estadísticos descriptivos, la población se evaluó con chi cuadrado, para comportamientos de medias, obteniéndose un resultado no significativo.

Conclusiones: Si bien existe una relación positiva entre eosinopenia y sepsis, la baja especificidad y la razón de prevalencia de exposición y no exposición nos indica que en nuestra población los resultados encontrados no justifica la utilización de eosinopenia como predictor precoz de sepsis.

0206 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS INGRESADOS A TERAPIA INTENSIVA

S TAL BENZECRY, C BALASINI, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, A PORCEL, P RODRÍGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, D VÁSQUEZ, MG SÁENZ, F GONZÁLEZ, MG VIDAL, S CARINO, C LOUDET, C LOUDET, A DAS NEVES, H CANALES, E ESTENSSORO, R REINA
Servicio de Terapia Intensiva, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Objetivos: Evaluar: • Epidemiología y causas de ingresos de pacientes Oncohematológicos (OH) a Terapia Intensiva (TI). • Duración de la ventilación mecánica y estadía en la TI. • Mortalidad temprana (\leq 48hs) y mortalidad general.

Material y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente todos los pacientes OH ingresados a la TI desde el 1/01/00 hasta el 31/12/10 de datos extraídos de una base prospectiva. Al ingreso de recolectaron

variables demográficas, scores de gravedad, enfermedad OH de base y motivo de ingreso a TI; durante la internación presencia de Distress Respiratorio Agudo (ARDS); Al alta días de Ventilación Mecánica (VM), días de internación en TI y mortalidad. Se evaluaron las características de los pacientes que presentaron una mortalidad temprana, definida como ≤ 48 hs desde el ingreso a la TI. Se dividió a la población total en Sobrevivientes (SV) y No Sobrevivientes (NSV) y se compararon ambos grupos.

Análisis estadístico: Los datos se presentan como media \pm DS, mediana (mdn), rango intercuartílico [IQ 0.25-0.75], y %, según su naturaleza. Las comparaciones se efectuaron con tests t, Wilcoxon o X². Se consideró significativa una $p < 0.05$. Todo el análisis se realizará con STATA 9.

Resultados: Ingresaron 37 pacientes OH: 13 permanecieron <48 hs y $24 > 48$ hs. Cuando se evaluó a la población total, los diagnósticos a la admisión fueron: shock séptico 49%, insuficiencia respiratoria 35% y post quirúrgicos 8%. Con respecto a la enfermedad de base: 92% fueron leucemias y 8% linfomas. Las características de los pacientes se muestran en la Tabla.

	Todos=37	<48 hs N=13	>48 hs N=24	p	SV=9	NSV=28	p
Edad (media \pm DS)	39.5 \pm 14	41 \pm 13	38 \pm 14	0.54	41.8 \pm 17	38.8 \pm 13	0.57
APACHE II (media \pm DS)	28.7 \pm 10	35 \pm 9	24 \pm 8	0.001	21.2 \pm 10	31.2 \pm 9	0.006
Risk de APACHE II %	62.3 \pm 28	78 \pm 24	51 \pm 26	0.004	33.3 \pm 21	71.3 \pm 24	0.0004
Masculino %	57	56	57	0.95	56	57	0.93
SOFA (media \pm DS)	10.6 \pm 4	13 \pm 3	9 \pm 5	0.001	7.8 \pm 4	11.5 \pm 4	0.003
ARM%	89	94	86	0.43	56	100	0.0001
TISS (media \pm DS)	33 \pm 8	36 \pm 8	30 \pm 7	0.06	24 \pm 8	35 \pm 6	0.0013
Shock %	57	63	52	0.53	33	54	0.2
Días de TI mdn [.25-.75]	4[1-8]	1[1-2]	7[4-19]	0.001	5[4-15]	2[1-7]	0.11
Días de VM mdn [.25-.75]	4[1-9]	1[1-2]	8[5-19]	0.001	11[5-12]	2.5[1-8]	0.09
Mortalidad %	76	94	62				

Conclusiones: Todos fueron pacientes jóvenes, muy graves (APACHE II), con múltiples fallas orgánicas (SOFA), alta intervención terapéutica (TISS). La mortalidad fue alta (76%) y el 32% falleció dentro de las 48 hs. Esto indica la agudeza de los pacientes OH cuando requieren TI.

0207 ASISTENCIA CIRCULATORIA MECÁNICA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA INICIAL

G MORENO, ML PILÁN, AM LENZ, M KRYNSKI, R MAGLIOLA, M ALTHABE, L LANDRY, E CARMONA, H CARDOSO, G MÉNDEZ, J CORNELIS, J BARRETTA, J SUAREZ
Hospital de Pediatría "Dr. Juan P. Garrahan", Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Reportar la experiencia en asistencia circulatoria mecánica (ACM) en cirugía cardiovascular pediátrica y neonatal.

Material y Método: Estudio analítico descriptivo retrospectivo de pacientes que requirieron asistencia circulatoria mecánica en el perioperatorio de cirugía cardiovascular pediátrica. Los pacientes asistidos previos a la cirugía presentaban cianosis extrema, mientras que los pacientes post-quirúrgicos severa falla cardíaca con bajo gasto refractario y sin defecto residual. En espera de la recuperación miocárdica permanecieron 72- 96 hs en ACM según protocolo. Se recolectaron datos de edad, sexo, peso, diagnóstico, condición preoperatoria, morbilidad y mortalidad. Se obtuvo consentimiento

informado en todos los pacientes. Las variables continuas se reportan como media y desvío estándar (ds) o mediana y rango; las variables nominales como porcentaje y χ^2 .

Resultados: Se realizaron 21 procedimientos de ACM en 20 pacientes entre Mayo de 2006 y Mayo de 2010, esto representa el 1 % de los pacientes operados de cirugía cardiovascular en ese período. La mediana de edad fue 7 meses (r 0, 10- 78,50) y de peso 5 kg (r 2,30- 18,80). Sexo masculino 8 (38,10 %). Sólo en un caso se realizó asistencia ventricular izquierda (VAD- ventricular assist device) y en los restantes 20 asistencia completa cardiopulmonar (ECMO- extracorporeal membrane oxygenation). Todos los procedimientos fueron realizados con bomba centrífuga. La colocación fue en UCIP 8 casos (38 %) y en quirófano 13 (62 %). El tiempo promedio de ACM fue 3 días (ds \pm 1,66). Complicaciones no infecciosas como sangrado, hemólisis y disfunción de cánula se presentaron en 11 procedimientos (52%). La decanulación electiva de ACM se realizó en 18 pacientes (90 %), mientras que dos fallecieron en el sistema. Sobrevivieron en las primeras 24 horas luego de la decanulación 9 pacientes (50 %) y 8 pacientes fueron dados de alta hospitalaria (40% del total). La mediana de ARM 9,5 días (r 1- 67). Nueve pacientes requirieron diálisis peritoneal posterior a la salida de la ACM y 8 presentaron infecciones (40 %). La mediana de internación en UCIP fue de 14,5 días (1- 134).

Conclusiones: El 90% de los pacientes que sobrevivieron más de 24 hs luego de la decanulación fueron dados de alta hospitalaria. La ACM puede rescatar algunos pacientes con falla miocárdica severa pero reversible, que probablemente evolucionen al fallo multiorgánico y muerte. Es un procedimiento de alta complejidad que beneficia a algún paciente, sin tener impacto estadístico significativo en la mortalidad post- operatoria de cirugía cardiovascular en nuestra institución.

0208 ASPIRINA EN PREVENCIÓN DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN MUJERES

M GARCÍA KEIM, S DIPENTE, A PEÑALOZA, C SALCEDO, J LEIVA

Hospital Militar Regional Cordoba, Argentina.

Objetivos: 1) Comparar el efecto de la aspirina (AAS) en mujeres para la prevención primaria y secundaria de Accidente Cerebrovascular Isquémico (ACVi). 2) Evaluar si el sexo femenino es por sí mismo un factor de riesgo para desarrollo de ACVi primer evento o recurrencia.

Material y Método: Se evaluaron 37 pacientes ingresados a la Terapia Intensiva del Hospital Militar Regional Córdoba desde Julio 2008 Mayo de 2010, con diagnóstico de ACVi, de los cuales 28 (75%) corresponden a primer evento y 9 (25%) presentaron ACVi previo. Variables a tener en cuenta: Sexo, edad, ingesta o no de AAS, presencia o no de ACVi previo.

Se establecieron proporciones y frecuencias de presentación de variables, y se analizó la significancia con tests no paramétricos. Se trabajó con una $p < 0,05$.

Resultados: En la muestra estudiada, el 62% eran mujeres y 38% varones, el promedio de edades es de 72 para mujeres y 74 hombres. En el grupo de pacientes sin evento previo, y que tomaba AAS la prevalencia de mujeres es de 36 % y el riesgo relativo 0,5. Entre los que no tomaban AAS la prevalencia de mujeres es de 76%, el riesgo relativo 2,1 y $p: 0,8$. En el grupo que presentó ACVi previo, y que tomaba AAS, la prevalencia de mujeres es de 60% y RR 0,9. Aquellos sin AAS la tasa de exposición es de 75 % y RR 1,25

Conclusiones: En nuestra población la AAS en prevención primaria de ACVi, el sexo femenino tiene efecto protector, pero aquellas que no toman aspirina tienen duplicado el riesgo de padecer ACVi respecto a varones. En pacientes con ACVi previo en tratamiento con AAS, el sexo no influye en la aparición de evento recurrente. En cambio en los que no recibieron AAS, el sexo femenino sí es un factor de riesgo para la recurrencia. Si bien nuestra muestra tiene p no significativa el sexo femenino como factor aislado tiene un

riesgo aumentado de desarrollo de ACV. Consideramos ampliar la muestra a fin de definir la relación entre variables estudiadas.

0209 MENINGITIS POSTOPERATORIA POR ACINETOBACTER BAUMANNII RESISTENTE A COLISTÍN: DILEMA TERAPÉUTICO

M TERÁN, C BARRIOS, I STANELONI, M DE PAZ, F CAHN, L BARCAN, S GIANNASI, E SAN ROMAN, L CLARA
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Presentar un caso de meningitis postoperatoria por Acinetobacter baumannii multiresistente que requirió antibiología inusual.

Caso Clínico: Paciente masculino de 64 años, sin antecedentes, que ingresa a la UCI en el post operatorio de la exéresis dificultosa de neurinoma acústico izquierdo. Buena evolución, alta de la unidad. A las 72 horas presenta rinorrea, sin cambios neurológicos. Se realizan punciones seriadas de líquido cefalorraquídeo (LCR) por punción lumbar (PL). Evoluciona con registros febriles y somnolencia. Se cultiva, incluido LCR e inicia antibiología empírica con vancomicina, meropenem y colistin. El examen fisicoquímico citológico del LCR fue compatible con meningitis bacteriana, desarrolla Acinetobacter baumannii e inicia antibiología endovenosa e intratecal por PL con 5 mg diarios de colistin, a través de reservorio ventricular. A pesar de antibiología, persiste con cultivo positivo en LCR. A los 10 días de tratamiento antibiótico evoluciona con fiebre y deterioro del sensorio, reingresa a UCI. Tomografía de cerebro muestra hidrocefalia. Se coloca drenaje ventricular externo con mejoría del estado neurológico. En el antibiograma del LCR se aprecia CIM colistin 4µg (resistente), sensible a amikacina. Se realizan pruebas de sinergia in Vitro entre colistin-rifampicina, con resultado positivo, y colistin-minociclina, colistin-amikacina y colistin-tigeciclina, negativas. Continúa con colistin se agrega rifampicina como sinergia y 30 mg de amikacina intratecal. La evolución neurológica fue favorable. Completó 21 días de tratamiento endovenoso y 14 días intratecal con amikacina, con mejoría franca del LCR. Alta hospitalaria a los 60 días, sin déficit neurológico.

Discusión: El Acinetobacter sp es un bacilo gram negativo multiresistente, pero en pocos casos ha sido descrita su resistencia a colistin (panresistencia), CIM =2µg/ml según CLSI. Se han observado casos de heteroresistencia (subpoblaciones con CIM =2µg/ml) en aislamiento de cepas sensibles a colistin. Se ha descrito que la exposición previa a colistin podría asociarse a la aparición de heteroresistencia. En caso de resistencia a colistin, los pacientes tratados con colistin combinado con rifampicina han tenido una curación del 64%, si presentan sinergia demostrada. Por otro lado, se ha descrito el uso de amikacina como segunda opción terapéutica de las meningitis por Acinetobacter con tasas de curación de 50 a 60%. Nuestro paciente es uno de los pocos casos descritos con meningitis postoperatorias por Acinetobacter sp resistente a colistin con evolución favorable, por lo que creemos relevante dar a conocer nuestra experiencia.

Conclusión: El Acinetobacter baumannii es frecuente en meningoencefalitis postoperatorias. El pronóstico de la enfermedad es favorable mientras más temprano se realice el diagnóstico y se instaure una terapia antimicrobiana adecuada. Es importante implementar medidas que reduzcan la aparición de este tipo de gérmenes multiresistentes, trabajando en conjunto con Infectología.

0211 POST OPERATORIO DE TUMORES DEL SNC: ANALISIS DE UNA COHORTE DE 246 PACIENTES

L GRIECO, E ARISTA, S MARE, D VARELA, A HLAVNICKA, MF DIAZ, N WAINSTEIN
FLENI, Argentina.

Objetivo: Analizar las variables clínicas y el pronóstico de los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva (UTI) en el

postoperatorio de exéresis de tumores del sistema nervioso central (SNC).

Material y Método: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados al servicio de UTI desde el 01/08/09 hasta el 30/04/10 en el postoperatorio de exéresis de tumores del SNC. Para su análisis se tomó en cuenta: antecedentes patológicos, edad, sexo, Apache II, SAPS II, días de asistencia respiratoria mecánica (ARM), traqueostomía, estancia en UTI, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos (GR), vasopresores, tasa de complicaciones y mortalidad. Además de localización e histopatología del tumor.

Resultados: Se incluyeron 246 pacientes con una edad de 51,1 (15,1) años, 56.1 % mujeres, un Apache II de 6,8 (5,9), SAPS II de 14,1 (9,6), días de internación en UTI 3,9 (5,3) días, requerimientos de ARM 7.3 %, durante 7,6 (8,2) días, traqueostomía 27.8 % de los pacientes que requirieron ARM, vasopresores 2.8 %, transfusiones 2.4 %. El 45.5 % presentó complicaciones: neurológicas 20.7 %, extraneurológicas 37 %, con una mortalidad de 1.2 %. Antecedentes patológicos: tabaquismo 32.9 %, hipertensión arterial 30,5 %, dislipemia 19.1 %, hipotiroidismo 10.2 %, diabetes 6.9 %, Enfermedad respiratoria crónica 4.1 %, enfermedad cardiovascular 1.2 %.

Localización	
Frontal	20,7 %
Angulo pontocerebeloso	18,2 %
Hipófisis	16,1 %
Temporal	9,9 %
Cerebeloso	7,8 %
Frontoparietal	5,8 %
Parietal	5 %
Ventriculares	2,9 %
Occipital	2,5 %
Temporoparietal	2,1 %
Otros	9 %

Tumores Gliales	Gliomas	16,2 %
	Oligodendrogliomas	5,2 %
	Astrocitomas	1,2 %
	Ependimomas	1,2 %
Tumores menígeos	Meningiomas	16,2 %
Tumores de región selar:	Adenoma de hipófisis	9,7 %
	Craneofaringioma	2 %
Tumores de nervios periféricos con afectación en SNC	Schwanoma	13,8 %
Metástasis		10,5 %
Tumores vasculares		2,4 %
Linfoma primarios de SNC		0,4 %
Otros		11,7 %

Conclusiones: Los pacientes con tumores del SNC que requieren tratamiento quirúrgico, presentan mediana edad, con scores de gravedad bajos, alto índice de complicaciones y baja mortalidad. Respecto a los antecedentes los más frecuentes son la hipertensión arterial y el tabaquismo. Las localizaciones más frecuentes son el lóbulo frontal, hipófisis y ángulo pontocerebeloso. Los gliomas, meningiomas y schwannomas son la variedad histopatológica más frecuente.

0212 INFECCION SEVERA POR STAPHYLOCOCCUS AURES METICILINO RESISTENTE ASOCIADO A LA COMUNIDAD

C STROPPA¹, F RIERA¹, J BOSCARO¹, L DECCA¹, D VEGA¹, C SOLA³, JL BOCCO³

¹ Clínica Regional del Sud Río Cuarto, Argentina. ³ Facultad de Ciencias Químicas, Departamento de Bioquímica Clínica, Universidad Nacional de Córdoba-CIBICI-CONICET., Argentina.

Introducción: Staphylococcus aureus Meticilino Resistente, ha incrementado su incidencia produciendo infecciones desde leves a muy severas en pacientes sin antecedentes de haber estado en hospitales, por lo que se los denomina CA-MRSA (Community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus). La mayoría de estas cepas no tienen multiresistencia acompañante, portan el tipo IV o V de SCCmec y los genes para la toxina "Panton-Valentine-Leukocidin" (PVL).

Objetivo: Describir un caso de infección severa y diseminada producida por CA-MRSA.

Material y Métodos. Resultados: Paciente sexo masculino 26 años de edad, sin antecedentes patológicos previos. Consulta por lesión supurada en miembro superior derecho y fiebre, leucocitosis, otalgia y síndrome meníngeo, lo que motiva la internación en otro hospital. TAC cerebral: sin lesiones y LCR normal. Se comienza con ceftriaxona/vancomicina 1g/12 hs. En hemocultivos y cultivo de piel desarrolló MRSA, sin resistencia acompañante (RA) a otros antibióticos (ATB). Aparece secreción purulenta en oído izquierdo. Nueva TAC revela mastoiditis. Al 8° día desarrolla neumonía en base pulmonar derecha, se rota a ceftazidima/amikacina/vancomicina. Nuevo LCR con 190 leucocitos/mm³, glucosa 0,10 g/l, proteínas 0,92 g/l. Es derivado a nuestra institución presentando fiebre al ingreso, síndrome meníngeo mínimo y flictenas. Hemograma: 38000 GB con neutrofilia. Nueva TAC: sinusitis esfenoidal. Rx: derrame pleural bilateral con característica de empiema que requiere drenaje. Se rota a meropenem/vancomicina/fluconazol. En el cultivo de secreciones de oído y de líquido pleural se aísla MRSA, sin RA a otros ATB (por difusión); con CIM a vancomicina: 1 µg/ml y linezolid: 2 µg/ml. Este aislamiento se analizó molecularmente, como parte de un estudio de vigilancia de CA-MRSA en Córdoba, realizando PFGE (pulsotipo N6), MLST (ST30), tipo SCCmec (IVc) y detección de genes PVL por PCR, lo que lo define genéticamente como CA-MRSA perteneciente a uno de los clones menos frecuentes detectados en nuestro país estrechamente relacionado a nivel genético a un clon diseminado en Uruguay. A pesar del tratamiento el paciente tiene mala evolución falleciendo a los 20 días de internación.

Conclusiones: El caso presentado responde al estereotipo clásico descripto para CA-MRSA: pacientes con cuadro inicial de infección tegumentaria que evoluciona hacia enfermedad sistémica severa, con gran estado tóxico, sin respuesta a ATB betalactámicos y que fue genéticamente confirmado. El diagnóstico temprano de este patógeno requiere de un alto índice de sospecha y de una oportuna toma de muestras clínicas para cultivo y antibiograma. El incremento de la frecuencia de CA-MRSA podría llevar a un mayor uso de glucopéptidos (vancomicina), que pueden no ser los mejores antibióticos para este tipo de infecciones. Por lo que pensamos que el diagnóstico y tratamiento oportunos de las infecciones causadas por CA-MRSA constituirán un desafío para la comunidad médica en los próximos años, por lo cual su vigilancia epidemiológica es de suma importancia.

0213 EVALUACION DEL PICO DE FLUJO ESPIRATORIO DURANTE LA HIPERINSUFLACION MANUAL CON VARIOS NIVELES DE PEEP: MODELO PEDIATRICO EXPERIMENTAL

PG BARCELLOS¹, C JOHNSTON², WB CARVALHO³, J BONASSA⁴

¹ Mestranda UNIFESP/EPM, Brasil. ² UNIFESP/EPM, Brasil. ³ USP, Brasil. ⁴ Intermed, Brasil.

Objetivo: Evaluar el pico de flujo espiratorio (PFE) durante la hiperinsuflación manual (HM) en un modelo pediátrico experimental

con distensibilidad pulmonar y resistencia de las vías aéreas (RVA) dentro de la normalidad para pre-escolar y escolar.

Método: Estudio piloto experimental.

Material: Una bolsa auto-inflable con reservatorio (Laerdal Silicone Resuscitators®) asociada a una válvula de PEEP conectada a la salida exalatoria de la bolsa. Durante la HM fue utilizado un flujo continuo de aire comprimido de 5L/min. Los datos fueron obtenidos por un pneumotacógrafo de orificios fijos posicionado entre la bolsa auto-inflable y un sistema de simulación que acopla resistencia y distensibilidad de las vías aéreas, enviados al Monitor Gráfico de Ventilación Tracer 5®, Intermed y transferidos para una computadora por WinTracer 3.3 beta®, Intermed. Modelo experimental: RVA 30 cmH₂O/L/s y distensibilidad de 0,030 L/cmH₂O (pre-escolar) y 0,040 L/cmH₂O (escolar), variaciones de PEEP (0, 5, 8, 10 e 15 cmH₂O). Un fisioterapeuta con experiencia realizó insuflaciones por 20 segundos con limitación del PIP en 30 cmH₂O y frecuencia respiratoria de 30 cpm. Los resultados están en media ± dp.

Resultados: Datos obtenidos con PEEP de 0,5,8,10 y 15 cmH₂O en el modelo escolar: 13,3 ± 0,50; 12,6 ± 0,30; 10,2 ± 0,36; 10,0 ± 0,20; 9,8 ± 1,0. En el modelo pre-escolar: 14,3 ± 0,29; 11,0 ± 0,41; 10,4 ± 0,25; 9,7 ± 0,12; 9,9 ± 0,10.

Conclusiones: En este modelo experimental hubo reducción progresiva del PFE de acuerdo con el aumento de los niveles de PEEP, probablemente asociado a la diferencia de los gradientes de presión.

0214 COMPLICACIONES EN EL POST OPERATORIO DE TUMORES DEL SNC

D VARELA, L GRIECO, E ARISTA, S MARE, A HLAVNICKA, MF DIAZ, N WAINSTEIN FLENI, Argentina.

Objetivo: Evaluar las complicaciones que presentan los pacientes sometidos a exéresis de un tumor del sistema nervioso central (SNC) y el impacto de estas en el pronóstico.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados al servicio de terapia intensiva (UTI) desde 01/08/09 hasta el 30/04/10 en el postoperatorio de exéresis de tumores del SNC. Para su análisis se tuvo en cuenta su localización, supratentorial (POST) e infratentorial (POIT), además de la edad, sexo, Apache II, SAPS, requerimiento y días de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y traqueostomía, estadía en UTI, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos (GR), vasopresores y mortalidad. Para el análisis de las complicaciones se las agrupó en neurológicas y extra neurológicas. Los datos se expresan como media y desvío estándar 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 según fuera necesario. Se consideró significativa una p < 0.05.

Resultados: Se incluyeron 246 pacientes con una edad de 51,1 (15,1) años, 56,1 % mujeres, Apache II 6,8 (5,9), SAPS II 14,1 (9,6), días de internación en UTI, 3,9 (5,3) días, requerimientos de ARM 7,3 %, durante 7,6 (8,2) días, traqueostomía 27,8 % de los pacientes que requirieron ARM, vasopresores 2,8 % y transfusiones 2,4 %.

	SUPRATENTORIAL	INFRATENTORIAL	p
n	165	81	
Edad	51,7 (14,6)	50,4 (15,8)	NS
Sexo femenino	52,7 %	60,5 %	NS
Apache II	7,1 (6,7)	6 (3,8)	NS
SAPS II	14,5 (10,4)	13,1 (7,9)	NS
Días de UTI	3,5 (4,4)	4,6 (6,)	NS
Requerimiento de ARM	6,6 %	7,4 %	NS
Días de ARM	6,3 (5,1)	10,8 (12,4)	<0,05
Requerimiento de Traqueotomía	18,1 %	33,3 %	NS
Requerimiento de Vasopresores	3 %	2,5 %	NS
Requerimiento de Transfusiones	3 %	1,2 %	NS
Mortalidad	1,2 %	1,23 %	NS

Complicaciones		Supratentorial	Infratentorial	n
n		79 (47.9 %)	33 (40.7 %)	NS
Neurológicas		21.8 %	18.5 %	NS
Neurológicas	Hemorragia cerebral	9.1 %	12.3 %	NS
	Neumoencefalo	8.5 %	7.4 %	NS
	HTE	3 %	4.9 %	NS
	Hidrocefalia	2.4 %	6.2 %	NS
	Convulsiones	3.6 %	0	
	Edema de la lodge	1.2 %	3.7 %	NS
	Isquemia	1.2 %	0	
	Infección SNC	0 (%)	1.2 %	
	Fistula LCR	0.6 %	0	
	Necesidad de Reoperar	2.4 %	7.4 %	NS
	Requerimientos de PIC	4.2 %	6.2 %	NS
	Días de catéter de PIC	7(2.4)	10,6(5.7)	< 0.05
	Extraneurológicas		37 %	37 %
Extraneurológicas	Hipertensión Arterial	13.9 %	30.9 %	< 0.05
	Hiponatremia	10.3 %	13.5 %	0.58
	Hipernatremia	12.7 %	6.2 %	0.17
	Diabetes insípida	6.7 %	0 %	
	Arritmia	4.2 %	2.5 %	0.73
	Neumonía nosocomial	1.8 %	6.2 %	0.15
	TVP	3 %	0 %	
	Hipertensión Abdominal	1.2 %	1.2 %	
	Peritonitis perforada	0.6 %	1.2 %	
	PCR	1.2 %	0 %	
	Hepatitis tóxica	1.2 %	0 %	

Conclusiones: Los pacientes POST presentan mayor incidencia de convulsiones y diabetes insípida. Los pacientes POIT presentan más días en ARM y requerimientos de catéter de PIC y mayor incidencia de hipertensión. No se observaron diferencias en el pronóstico de las poblaciones estudiadas.

0215 ANALISIS OBSERVACIONAL DE 10 CRANIECTOMIAS DESCOMPRESIVAS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E SORIA, R COUCE, A SOSA, V MOSQUEDA, P COMIGNANI Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: La cirugía descompresiva mediante la remoción de una porción de calota craneana para aliviar la hipertensión endocraneana. Es una técnica que se remonta al siglo pasado y ha sido practicada en diversas patologías neurológicas (tumores, trauma de cráneo, trombosis venosa, infarto, hemorragia subaracnoidea, encefalitis viral), siendo todavía un tema controversial en las unidades de cuidados intensivos.

Objetivo: Análisis observacional de 10 pacientes con craniectomía descompresiva en un período de cuatro años, para valorar morbilidad en UTI, complicaciones durante internación y condición clínica funcional al egreso de UTI.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de 10 craniectomías descompresivas del servicio de terapia intensiva del Hospital Alemán en un período de cuatro años. Se analizaron las causas que llevaron a la indicación de cirugía y scores de ingreso (escala de Glasgow y apache) como así también NIH y Rankin modificado al alta para valoración funcional. Se especifican complicaciones tempranas, tardías y mortalidad en UTI.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 57 años (rango 27-73), la escala de Glasgow al ingreso fue de 10 (rango 6-15) y el Apache de 14 (rango 8-25). Los scores funcionales al egreso de la unidad, Rankin modificado y NIH fueron de 3.7 (rango 2 - 5) y 9 (rango 3 - 22). El motivo principal para la realización de la craniectomía fue ACV isquémico 4, HSA 3 y TEC grave 2. Ocho de las cirugías se asociaron a la colocación de catéter para monitoreo de PIC.

Se registraron complicaciones graves en ocho de los pacientes: 7 infecciosas de las cuales cuatro del SNC, cuatro hidrocefalia y herniación paradójica. La mortalidad dentro de la estadía de UTI fue de 2 de los diez casos.

Conclusiones: La craniectomía descompresiva para tratamiento de la hipertensión endocraneana refractaria a tratamiento médico a tenido resultado desalentadores en sus comienzos, pero con la mejoría en la técnica quirúrgica y fundamentalmente en la precocidad

de su realización, los últimos estudios no solo reportan resultados favorables sino que disminuyen la mortalidad. Si bien por la cantidad de pacientes y el carácter solo observacional de nuestros pacientes no permiten conclusiones categóricas, la técnica realizada a tiempo, en pacientes menores de 60 años parecen tener según la revisión de la literatura no solo beneficios en la mortalidad sino una tendencia a mejor evolución clínica funcional a largo plazo.

0216 ATENCION INICIAL DE LA EMERGENCIA: SOCORRISMO PARA LA COMUNIDAD

M SISTERNA, JM ACOSTA, A BORBORE, R VELAZQUEZ, M GARROFÉ

Universidad Católica de Cuyo, Argentina.

Introducción: La comunidad, con el entrenamiento adecuado, puede anticipar la aparición de complicaciones en una persona víctima de una situación de emergencia, y así activar al sistema de emergencias médicas y asegurar la asistencia inmediata acorde a la patología. La principal dificultad es la falta de estrategias de capacitación acorde a las necesidades de cada comunidad.

Objetivos: Evaluar la posibilidad de transmitir conocimientos teóricos, destrezas físicas y clarificar actitudes y sentimientos que permitan a la comunidad poder elegir ayudar en caso de emergencia; a partir de un programa de capacitación elaborado y ejecutado desde la Universidad; debido a que la misma permite al potencial rescatador sentirse parte del sistema de atención de las emergencias médicas.

Material y Métodos: Se diagramaron y desarrollaron clases teóricas entre estudiantes universitarios de carreras afines a la salud; proyectando imágenes con la información pertinente y con ejemplos hipotéticos, dramatizando situaciones frente a los oyentes para facilitar la comprensión. Se continuó con la demostración de maniobras de reanimación llevadas a cabo en el muñeco y entre los mismos participantes. Posteriormente fueron evaluados mediante el planteo de un caso-problema el cual debió ser resuelto según la información proporcionada por los instructores del curso.

Resultados: Se encontró un alto grado de entusiasmo y satisfacción entre los alumnos. La evaluación arrojó un resultado del 100% de los alumnos aprobados sobre un total de 300 personas capacitadas, manifestando un cambio sustancial en el sentido de pertenencia respecto al Sistema de Atención de la Emergencia. Se elaboró un programa de contenidos definitivo incorporando las sugerencias e inquietudes que surgieron de esta primera experiencia.

Discusión y Conclusiones: Debido al alto grado de satisfacción y entusiasmo logrado entre los estudiantes y al alto rendimiento obtenido durante la evaluación se decidió implementar el módulo de capacitación como una actividad de extensión universitaria sostenida en el tiempo; con financiamiento interno. Se decidió que el mismo estuviera a cargo de un equipo docente conformado por profesionales y estudiantes avanzados de la carrera de medicina capacitados especialmente según los protocolos y guías avalados por las principales sociedades científicas. Se destaca el rol de la Universidad como entidad formadora de conciencia entre la comunidad a la cual pertenece.

0217 INCIDENCIA DE DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

ML CAIVANO NEMET, MS RAÑA, F BALLESTERO, MA BLASCO, MA VELTRI, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF

Terapia Intensiva Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Determinar la incidencia de delirio en la población de pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de un hospital general de Comunidad y su asociación con la patología de base (tipo de ingreso) y la ventilación mecánica.

Métodos: Estudio prospectivo, observación. Se evaluaron los datos obtenidos en los primeros diez días de internación de cada paciente

que ingresaba a la UCI polivalente de nuestro hospital, en cuatro meses (Julio-Noviembre de 2009), mediante la recolección de variantes clínicas y demográficas, y la utilización de test diagnósticos previamente validados conocidos como el Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) y el Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años, que permanecieron internados por más de 24 horas. Fueron excluidos del análisis aquellos que permanecieron sedados durante los primeros diez días de internación, aquellos que presentaban lesiones del SNC (ACV o TEC), pacientes cuyo idioma natal fuera diferente al del entrevistador, hipoacúsicos o no videntes, y pacientes con diagnóstico de ingreso delirium tremens o intoxicación medicamentosa. Se analizaron pacientes según sexo, edad (mayores de 65 años), requerimientos de ventilación mecánica y motivo de ingreso (médico o quirúrgico).

Resultados: Se incluyeron en total 291 pacientes, 170 hombres y 121 mujeres. Del total de pacientes, 62 presentaron ambos test positivos (21.3%), observando 69 (23,7%) pacientes con CAM-ICU positivo y 83(28,5%) pacientes con ICDSC positivo. Los varones presentaron una incidencia de delirio del 24.1% (n=41), mientras que entre las mujeres se observó en un 17.3% (n=21). Los mayores de 65 años presentaron delirio en 23.8% (n=53) de los casos, contra un 13% (n=9) de los menores. Entre los pacientes que requirieron ventilación mecánica (n=55), la incidencia de delirio fue 38.1% (n=21).

Conclusiones: El delirio es una entidad frecuente en la UCI, asociado a un aumento de los días de internación, de los costos, del deterioro cognitivo a largo plazo y de la mortalidad. En nuestra UCI, encontramos una incidencia de delirio de 21.3%, con mayor prevalencia en varones, mayores de 65 años y que hayan requerido ventilación mecánica.

0219 COMPORTAMIENTO DE LA PRESION DEL BALON DE LA CANULA DE TRAQUEOSTOMIA EN PACIENTES DESVINCLADOS DE LA VENTILACION MECANICA. FACTORES INTERVINIENTES

G PLOTNIKOW^{1,2}, N ROUX^{1,2}, V FELD^{1,2}, E GOGNIAT^{1,2}, D VILLALBA^{1,2}, N RIBERO VAIRO^{1,2}, M SARTORE^{1,2}, M BOSSO^{1,2}, C QUIROGA^{1,2}, V LEIVA^{1,2}, M SCRIGNA^{1,2}, F PUCHULU^{1,2}, E DISTÉFANO^{1,2}, J SCAPELLATO³, D INTILE³, F PLANELLS¹, D NOVAL¹, P BUÑIRIGO¹, R JOFRÉ¹, E DÍAZ NIELSEN¹

¹ Clínica Basilea, Argentina. ² A.I.R.E. Kinesiología Respiratoria, Argentina. ³ Sanatorio Anchorena, Argentina.

Objetivo: Diseñamos este estudio para observar la variación en la presión del balón (PB) en pacientes traqueostomizados crónicos desvinculados de la ventilación mecánica y su relación con la posición corporal, tipo de cánula, marca, tiempo de uso y hora del día ya que no hemos encontrado estudios al respecto en la bibliografía.

Materiales y Métodos: El estudio se dividió en 2 etapas: A) laboratorio con 900 mediciones (M), y B) clínica con 207 M. Se utilizaron 3 marcas de cánulas de traqueostomía de diferentes diámetros, 8 a 10 mm, y un manómetro. En A se registraron las PB efectivas de llenado de las diferentes cánulas con M repetidas previa calibración (PB medida). Se tomaron 10 muestras consecutivas de la PB efectiva, recalibrando entre cada toma a la PB medida evaluada. Se registró el comportamiento de las distintas cánulas y del manómetro entre PB medidas de 40 a 10 cmH₂O. En B se incluyeron 35 pacientes. Se calibró a las 8hs la PB en 30 cmH₂O. Se midió la PB durante 24hs cada 4hs (9, 13, 17, 21, 1, 5hs). En cada M se registró la posición del paciente. En el análisis de los resultados se utilizaron Tablas de Frecuencia para Medidas Categóricas, Medias y DS para variables continuas. Se testeó normalidad con Test de Shapiro-Wilks. Se usó ANOVA para mediciones repetidas y regresión lineal múltiple.

Resultados:

Valores en media ±DS. A las 9hs se obtuvieron 35 M: 21,69 cmH₂O (±11,82), 13hs 35 M 20,26 cmH₂O (±7,39), 17hs 34 M 17,94 cmH₂O (±9,81), 21hs 35 M 16,86 cmH₂O (±7,38), 1 hs 34 M 21,65 cmH₂O (±8,02) y a las 5hs 34 M 20,15 cmH₂O (±8,82). La media y DS del

total de las M fue 19,75 cmH₂O (±9,08). El Test ANOVA no encontró significancia estadística para las PB en las diferentes horas (p>0,05). También se realizó modelo de regresión lineal múltiple no encontrando significación con el término posición de la cabeza/cuerpo por lo que no se comprueba relación entre esta y la PB encontrada. Tampoco arrojó significancia estadística para marca, tipo, número y antigüedad de la cánula (p>0.05). La diferencia entre la PB medida y PB efectiva fue significativa (p<0.05) 18.78 +/-7.16 cmH₂O (Media global y DS). No hubo significancia estadística en los diferentes modelos de cánula entre la PB medida y la PB efectiva de llenado del balón de la cánula (p>0.05).

Conclusiones: Al realizar mediciones regladas cada 4 hs de la PB se encontró una gran dispersión en los valores, sin que esto se relacione con la marca, número, tipo o antigüedad de la cánula. Esto demuestra la gran variabilidad que experimenta la PB en 24hs, por esto al medir se podría encontrar valores por arriba o por debajo de lo recomendado por la literatura aún calibrando previamente. El análisis de laboratorio encuentra diferencia entre la presión calibrada y la presión efectiva en el balón. Esto agrega una variable más a considerar. Por todo esto, cabe inferir que aún el control 3 veces por día puede ser insuficiente para asegurar presiones en rango recomendado. De todos modos hacen falta realizar estudios específicos para recomendar un intervalo mejor.

0220 LA APLICACIÓN DE LA VIBRACIÓN MECÁNICA EN EL TÓRAX DE NIÑOS SOMETIDOS A VENTILACIÓN PULMONAR MECÁNICA AYUDA EN LA IDENTIFICACIÓN Y LOCALIZACIÓN DE LOS SONIDOS PULMONARES?

NM ZANETTI¹, C JOHNSTON¹, WB CARVALHO^{1,2}, N JIÁCOME¹, L JIÁCOME¹, B BISPO¹, NF OLIVEIRA¹

¹ UNIFESP/EPM, Brasil. ² USP, Brasil.

Objetivos: Verificar si la aplicación de la vibración mecánica en el tórax (VMT) de niños sometidos a ventilación pulmonar mecánica ayuda en la identificación y localización de los sonidos pulmonares.

Método: Estudio piloto prospectivo randomizado y controlado realizado de enero/2009 a enero/2010 con niños de 2 meses a 14 años randomizados en grupo control (GC) y grupo problema (GP) y sometidos a VMT (65 Hz, Techline®, USA) por una kinesióloga en todos los cuadrantes pulmonares (2 min. por cuadrante). La auscultación pulmonar (AP) fue realizada por un único médico antes e inmediatamente después del protocolo nos grupos (nomenclatura de la ATS). Los signos vitales (FC, FR y SpO₂) y volumen corriente fueron monitorizados antes, durante e inmediatamente después del protocolo. **Análisis estadístico:** Descriptivo con resultados en frecuencia, porcentaje, promedio ± dp. Los responsables legales firmaron consentimiento.

Resultados: La muestra de 21 niños (71,24% sexo masculino):10 niños del GC y a 11 del GP, presentó un tiempo promedio de VPM de 4,14 días, siendo, la principal causa de VPM, la insuficiencia respiratoria aguda (42,85%). La mayoría de los pacientes presentó alteración en la AP inicial (82% GP y 60% GC). Los estertores gruesos (40%) fueron más frecuentes en el GC y los roncus (45%) en el GP. Sin variación importante de los signos vitales durante el protocolo.

Conclusión: La vibración mecánica es una técnica segura, pues no se observaron alteraciones importantes de los signos vitales durante y después de su aplicación. En esta muestra, dicha técnica contribuyó a la identificación de sonidos pulmonares.

0223 DALISIS PRECOZ COMO PREDICTOR DE BUENA EVOLUCION EN EL SHOCK HEMORRAGICO SEVERO SECUNDARIO A RUPTURA UTERINA GESTACIONAL

Z AZCURRA¹, A TOBAL², M COLMAN², J VIOLA¹, Z AGUAD¹, E MANRIQUE²

¹ Hospital Regional Ushuaia - Servicio de Nefrología, Argentina. ² Hospital Regional Ushuaia - Servicio de Terapia Intensiva, Argentina.

Introducción: La utilización de terapia de reemplazo renal (TRR) de inicio precoz, permite dentro de ciertos límites, mejorar en forma rápida la acidosis metabólica grave secundaria a deuda de oxígeno por hipoperfusión tisular, descenso rápido de vasopresores, reducción del tiempo de anuria y cortar con la cascada de eventos que lleva a la Coagulación Intravascular Diseminada y disfunción orgánica múltiple.

Objetivo: Presentar un caso clínico de fracaso renal agudo por shock hemorrágico secundario a ruptura uterina gestacional, donde se implementó la diálisis precoz como reductor de morbimortalidad y de secuelas renales post alta de uti.

Material y Método: Paciente de 36 años, Edad Gestacional 39.4, sin control obstétrico, cesárea por bradicardia fetal, con hematoma y ruptura uterina, se realizó histerectomía subtotal con anexectomía izquierda, recibe 2U G.Rojos, cristaloides, coloides y noradrenalina (NA) pasa uti en ARM, hematocrito prequirúrgico 20% y postquirúrgico 24%, TA 134/79, Fc 110, Tax 35.8, NA 0.44mcg/kg/min, acidosis metabólica (7.18/29/550/10/-17/100%), en las próximas 4 horas mayor acidosis metabólica (7.10/24/200/7/-22/98%) oliguria e inestabilidad hemodinámica, reexploración quirúrgica, se cerraron vasos sangrantes, drenajes en Douglas y FID, reingresó a uti, evolucionó con acidosis metabólica y fallo renal no oligúrico, clearance de 24 hs: 11 ml/min., creatinina 2.46, U/P creatinina. 3,13 U/P urea 0,51 U/P Na 1,5, FENA 28,27, FEK 1049,FE urea 16,4, GTTK 25; interpretándose NTA secundaria a shock hemorrágico. Se inicia TRR temprana (total: 5 sesiones), en la segunda diálisis se detecta por ecografía dilatación pielocalicial izquierda y TC abdomen-pelvis con contraste iv: hematoma que comprime el techo vesical con dilatación pielocalicial, se indicó colocación de catéter urinario percutáneo izquierdo. Intercurrencias: NAV (total 9 días ARM e IOT), colestásis hepática e hiperplaquetosis. Pasa a sala de maternidad (días uti: 14) sin afectación neurológica, finaliza TRR con urea 63, creatinina 2,10, clearance medido 23 ml/min, GTTK 4, FENA 6,1, FEurea 63, FEK 23; U/P urea 3,5 en fase de recuperación poliúrica. A los 31 días es dada de alta hospitalaria, con valores: uremia 63, creatinina 1,9; Clearance medido 32 ml/min. Al año de seguimiento nefrológico: clearance de creatinina 24 hs: 99.6ml/min., creatinina urinaria 0,37, creatininemia 0,52; diuresis 24 hs: 2000; microalbuminuria 11ml/24 hs; relación albúmina/creatinina 14,8; uremia 26.

Conclusión: La TRR debe implementarse de manera precoz, en pacientes hemodinámicamente inestables debe iniciarse sin UF en razón a la tolerancia hemodinámica, asimismo puede realizarse la diálisis secuencial, primero diálisis sin UF y luego UF sin diálisis, con una temperatura menor a 37°. Realizar con enfoque multidisciplinario el inicio de la TRR y la táctica dialítica debe ser un debate entre terapeutas actuantes y el nefrólogo, lo cual constituye una buena práctica a fin de mejorar las condiciones del paciente e influenciar en el pronóstico de la evolución de la paciente citada.

0224 INFARTO BIHEMISFERICO LUEGO DE DISECCION CAROTIDEA BILATERAL TRAUMATICA

A SOSA, J OSATNIK, B HUNTER, V MOSQUEDA, R COUCE, P COMIGNANI
Hospital Alemán, Argentina

Introducción: La disección traumática de las arterias carótida es una lesión rara, con una incidencia de 0.02 a 0.8/1000 en trauma cerrado cervical, de difícil diagnóstico debido a su sintomatología retardada, ausencia de imágenes tomográficas iniciales y lesiones asociadas. La mortalidad es alta (40%) a un frecuente intervalo lucido de varias horas después del trauma inicial. Cuando aparecen los síntomas la isquemia cerebral está presente y empeora el pronóstico. El tratamiento adecuado continúa siendo materia de discusión.

Caso Clínico: Paciente de 55 años sin antecedentes patológicos que presenta accidente de tránsito. El paciente es derivado al hospital zonal donde ingresa lucido, permaneciendo así por 2 hs, luego de lo cual presenta rápido deterioro del sensorio requiriendo intuba-

ción orotraqueal y ARM. Se le realiza TC de cerebro: hematoma subdural laminar derecho. Es derivado a Hospital Alemán con sedoanalgesia ingresando normotenso, bien perfundido, con pupilas anisocóricas hiporreactivas y postura de descerebración. Se inician medidas anti edema y se repite TAC que evidencia infarto isquémico bilateral en territorio de cerebral media, edema y línea media conservada. En RNM con angioresonancia: obstrucción completa de carótida izquierda y flap de disección en arteria carótida interna derecha en su trayecto intrapetoso. Arteriografía cerebral: confirma disección de ambas arterias carótidas internas. Evoluciona con signos de muerte cerebral y presenta óbito a 24 hs de su ingreso.

Discusión: La disección carotídea bilateral traumática es poco frecuente y se asocia a alta mortalidad. El mecanismo de lesión es comúnmente el trauma cerrado de cuello en accidente vehicular, aunque traumas triviales también son reportados. La arteria carótida es comprimida en el canal carotídeo en la base del cráneo, también la hiperextensión o rotación del cuello pueden lesionar la arteria contra el primer o segundo anillo cervical y ocasionar la disrupción de la íntima. Esto puede resultar en disección, aneurisma, trombo o embolia. El retardo en la presentación de los síntomas puede ir desde un par de horas hasta varios días, e incluyen síndrome de Horner's, cefalea, dolor cervical, dolor facial, afasia, hemianopsia, déficit motor. La arteriografía es el gold estándar para el diagnóstico. La RNM tiene una sensibilidad del 78- 84%. El doppler es de limitada utilidad. El tratamiento es aún controvertido, postulándose la anticoagulación precoz para evitar oclusión, trombosis y embolización, siempre teniendo en cuenta el tamaño del infarto, la no progresión de síntomas. La cirugía ha sido reservada para pacientes con déficit neurológico leve, síntomas progresivos con lesiones accesibles quirúrgicamente.

Conclusión: La disección carotídea bilateral es una patología rara pero no debe ser ignorada en el paciente con politrauma, debiendo sospecharse y actuar con la celeridad. La arteriografía sigue siendo la herramienta diagnóstica principal.

0225 LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO EN TERAPIA INTENSIVA, UNA DECISION ACERTADA?

F CANDIA, L PERO, S MARKIEVICH, M FRANCO, P PARDO, S MARE, C PLAZA, L ROMERO
Sanatorio Dr Julio Mendez (ObSBA), Argentina.

Objetivos: Describir la prevalencia de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en nuestra unidad de cuidados intensivos (UCI) a través de un análisis retrospectivo en un periodo de 8 meses. Muchos pacientes (pt) fallecen luego de semanas de un intenso esfuerzo terapéutico, y otros sobreviven con serias discapacidades que hacen dudar en ocasiones de la bondad de nuestros esfuerzos. Ante dicha realidad ha surgido el concepto de LET, aunque sigue generando inquietudes tanto por la dificultad en la toma de decisión como por sus implicancias médico legales.

Material y Métodos: La decisión de LET y su modalidad se basó en el consentimiento de los familiares y acuerdo de los médicos tratantes. Se clasificó la LET en 3 grupos: 1) retiro de soporte vital (RSV) 2) no progresar con nuevas medidas de soporte (NP) y 3) orden de no reanimar (ONR). El análisis estadístico se realizó mediante sistema EPI Info V 3.5.1. Una $p = <0.05$ se consideró significativa.

Resultados: Ingresaron 414 pt con una edad promedio de 68,06±15 años (masc.) y de 69,7±14 (fem.) ($p=0,26$). La estadía media (EM) fue de 5.6 días (D). El APACHE II medio fue de 14.25 y el SAPS II fue de 35.35. El 30% requirió ventilación mecánica (VM). La mortalidad (M) en la UCI fue de 19.2% (80 pt). Falleció en LET el 55% (44pt). Se decidió LET en 64 pt (15% del total), de los cuales fallecieron 59 pt (44 en la UCI y 15 en sala general). En 5 pt alta domiciliaria. La edad media (EDM) del grupo LET fue de 75,53 ±10,9 y sin LET de 67,70 ±15,4 ($P<0,0001$). La EDM de los fallecidos en LET fue de 74,56 ±11,3 y de 71,58 ±11,9 sin LET ($p=0,25$). El día medio de inicio de LET fue 5.7 D. En 3 pt: se decidió RSV, en 52 NP y en 9 ONR. La EM de los fallecidos en LET fue de 8,86 D comparada con los fallecidos

sin LET de 9,4 D ($p=0,81$). Los pt en LET tuvieron un APACHE II/SAPS II mayor ($p<0,001$) respecto de los pt sin LET; mientras que no hubo diferencia significativa entre los pt fallecidos con y sin LET. La M del grupo LET fue del 68,8% y sin LET de 10,3% ($p<0,0001$). El 50 % de los pt estaba en VM cuando se decidió la LET. No hubo diferencias significativas en el TISS 28 en ambos grupos.

Conclusiones: Es destacable la elevada frecuencia de NP como modalidad de LET y la baja tasa de RSV. La LET no impactó sobre la estadia en UCI, ni en la carga de tareas de enfermería. Sin haber sido el fundamento de la decisión del LET, la EM y los scores de gravedad resultaron significativamente mayores para el grupo LET; no así entre los fallecidos LET y sin LET. Esto sugiere que ambos grupos de fallecidos pertenecen a una misma población de riesgo. De ser así, podríamos utilizar esta pertenencia como un índice de adecuación del LET. Independientemente del análisis de esta pequeña población consideramos importante la discusión abierta e individualizada del LET para evitar la futilidad en nuestros pacientes.

0226 LESION DE DIEULAFOY DOBLE: CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA.

A RAMOS, MA NAVARRO, S FERRETTI, G MAZZEI, MG RUIZ, L LOVESIO, C LOVESIO
Sanatorio Parque, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Dieulafoy constituye una causa rara pero potencialmente grave de hemorragia digestiva. Se debe a la presencia de un vaso arterial en la submucosa, en contacto con una mucosa a la que debilita y erosiona, lo que puede conducir a un sangrado digestivo, que al ser de origen arterial, puede ser de gran magnitud.

Objetivo: Reportar un caso de hemorragia digestiva alta de etiología infrecuente.

Caso clínico: Varón de 32 años de edad que ingresa a UCI por cuadro de 2 episodios de melena y 1 episodio de enterorragia sin descompensación hemodinámica. Cinco días previos habría cursado internación en la institución por hemorragia digestiva alta por lesión de aspecto vascular en cuerpo gástrico y gastritis erosiva. Recibió esclerosis de la lesión por vía endoscópica y tratamiento médico. Egreso sanitario: 48 horas previas al reingreso. No presenta otros antecedentes de jerarquía. Examen físico al ingreso: Tensión arterial: 133/66 mmHg; Frecuencia cardíaca: 100 latidos/minuto; Frecuencia respiratoria: 16 ciclos/minuto; Temperatura axilar: 37°C. Glasgow 15/15. Hipotensión ortostática. Palidez mucocutánea. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Abdomen blando, depresible y levemente doloroso en epigastrio, ruidos hidroaéreos presentes y aumentados en intensidad. Tacto rectal: se evidencian restos melánicos con estrías sanguinolentas. Resto del examen sin alteraciones. Se transfunden 3 unidades de glóbulos rojos por síndrome anémico (Hematocrito: 20% y hemoglobina: 6 gr/dl). Recibe omeprazol y ciprofloxacina como tratamiento médico y se realiza videoendoscopia digestiva alta que muestra lesión de aspecto vascular en cuerpo gástrico. Se procede a tratamiento endoscópico con inyección de adrenalina. Evoluciona en las primeras 24 horas con alto requerimiento hídrico, hemodinámicamente estable y con persistencia de síndrome anémico. No repitió melena ni hematoquezia. Nueva videoendoscopia digestiva alta que muestra dos lesiones vasculares en región superior de cuerpo gástrico. Esclerosis con polidocanol. Se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos. A las 48 horas presenta 3 episodios de hematemesis masiva con shock hipovolémico. Se procede a la resuscitación con cristaloides y transfusión masiva de hemoderivados. Videoendoscopia alta en la que se observa importante contenido de sangres fresca en cavidad. Se realiza inyección de adrenalina sobre la región en la que se encontrara la lesión vascular gástrica. No se logra detener el sangrado. Se realiza gastrectomía total. Anatomía patológica: Enfermedad de Dieulafoy doble de mucosa gástrica (malformación vascular submucosa de dos vasos, uno con trombosis parcial). Buena evolución, sin

requerimiento de vasopresores ni nuevas transfusiones, recibiendo a los 10 días alta sanatorial.

Conclusión: Consideramos que, aunque infrecuente, la lesión de Dieulafoy deberá tenerse presente como etiología de hemorragia digestiva debido a su alta morbi mortalidad y orientación terapéutica específica.

0227 PRESENTACION DE UN CASO CLINICO "INTERNACION PROLONGADA EN UTI POR SANGRADO OBSTETRICO POSTPARTO INMEDIATO POR INVERSION UTERINA CON EXSANGUINACION Y PARO CARDIACO, HISTERECTOMIA, FALLA MULTIORGANICA, NUMEROSAS COMPLIACIONES Y ALTO COSTO"

L LEON CEJAS, ML CABANA, L VIDAL, O TEJERINA, S TORRES, C CABEZAS, L SILVA, J MARTINEZ, J MERCADO, C DIAZ
Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy Pcia. Jujuy, Argentina

Introducción: La inversión uterina es una grave complicación del alumbramiento, y es una causa rara de hemorragia obstétrica. En nuestro país la tasa de mortalidad materna varía s/ el lugar. En Jujuy es 48%0000. Estas muertes se producen en el ámbito de la Salud Pública y las causas identificables son la falta de condiciones obstétricas esenciales. Los avances en el manejo de pacientes críticos puede dar resultados favorables, pero muy largos y onerosos, a veces con secuelas.

Objetivo: Presentación pte. 26 años derivada de otro hospital de baja complejidad por Shock Hipovolémico post-parto por Inversión Uterina. Ingresó a guardia exsanguinada, sufre PCR, asistida c/ normas ACLS. En 30 minutos Histerectomía total simple, politransfusión y enérgica resucitación IO y UTI. EB -19. APACHE 17 SOFA 13 con drogas VActivas y monitoreo invasivo. Se desarrolló una internación prolongada por más de 5 meses, donde hubo numerosas complicaciones asociadas al PCR, a la FOM, y a las infecciones asociadas a los Servicios de Salud. Se resumen así: SDRA con ARM 75 días con 3 NAV, 2 Infecciones Urinarias, 5 infecciones asociadas a Catéteres, una Sepsis a Cándida Alb, un episodio de Colitis Pseudomembranosa, un episodio Artritis Séptica, Colonización EnteroVR; Desnutrición calórico proteica severa, Alimentación Parenteral: 30 días, A. Enteral 150 días; Destete prolongado Miopatía, Parálisis de cuerda vocal, Atelectasias, Restricción pulmonar secular, parálisis del H. diafragma izquierdo; HDA, diarrea crónica; TVP yugulo-subclavio izquierdo Anticoagulación. Total UTI 137 ds., a la fecha en sala común. Lúcida con tratamiento psicológico, motriz, fonatorio, deglutorio y nutricional.

Comentarios: Se presenta este caso por evidenciar deficiente control obstétrico más una derivación de paciente inestable, sin resolución de la causa de hemorragia en el lugar del parto. Un cálculo estimativo arroja un costo 400.000 \$ entre el 14.12.09 al 06.10, tan solo tomando en cuenta ATB, soporte nutricional, bacteriología y días/ UTI. Se suma la desoladora situación emocional, ya que recién a los 4 meses conoció al bebé y al que aún no puede atender. Durante el embarazo nunca fue controlada y el parto fue manejado en hospital de baja complejidad en las afueras de la capital y por una partera.

Conclusión: Según la OMS son evitables más de 130.000 muertes maternas/año. Hay que conocer que cada admisión para Cuidado Obstétrico tiene el riesgo de un resultado adverso poniendo en relevancia la detección y acción sobre los errores, particularmente por ser pacientes jóvenes, sanas, y sobre todo por que hay dos pacientes en riesgo. Es fundamental la disponibilidad de profesionales capacitados, activos en servicio y el suministro de insumos necesarios para asistir a una emergencia en el lugar que se presenta. Cuando una paciente obstétrica sangra el Sistema de Salud debe proveer resolución inmediata o tiene riesgo de fallecer a las dos horas de sangrado. Desde el 2005, la tasa de Mortalidad Materna en n/país no mejoró significativamente, y tampoco en nuestra provincia.

0228 EDEMA CEREBRAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS. ¿SON LOS CORTICOIDES EFECTIVOS?

G DE MARCHI, P SXÉKELY, P CORNIGLIA, S MARE, L ROMERO
Sanatorio Dr Julio Méndez (ObsBA), Argentina.

Objetivo: Reporte de un caso clínico que presentó edema cerebral 9 días posteriores al tratamiento con radiocirugía de una Malformación Arteriovenosa (MAVs), con buena respuesta al tratamiento con corticoides y posterior tratamiento quirúrgico. Las MAVs Spetzler-Martin (S-M) grado III-V, se caracterizan por tener una mejor evolución con el tratamiento endovascular y la radiocirugía, ya sea combinados o no. Una complicación poco frecuente luego del tratamiento puede ser el edema cerebral cuyo tiempo de presentación es muy variable; así como lo son sus desencadenantes.

Caso: Paciente de sexo femenino de 34 años de edad con antecedentes de tabaquismo leve y obesidad grado I. Presentó convulsiones tónicas clónicas con diagnóstico de MAV S-M III temporo-parieto-occipital derecha en el año 2008. Se realizó embolización en tres oportunidades durante el año 2008 y 2009, con persistencia de flujo aferente en la MAV, por lo que se decidió realizar radiocirugía en marzo de 2010. A los 9 días presentó somnolencia, cefalea intensa, rigidez de nuca, vómitos y hemi-hipoestesia izquierda. Se realizó TAC y RMN de encéfalo que evidenció edema periférico a la lesión con desviación de 5 mm de la línea media, sin otras lesiones nuevas. Se inició tratamiento con corticoides endovenosos (dexametasona 32 mg) con mejoría de la signosintomatología y con descenso del edema por RMN a los 5 días de iniciado el mismo. Evaluada por servicio de neurocirugía se decidió la exéresis de la lesión en forma diferida. Presentó luego del alta de la institución y el descenso de la dosis de corticoides, recurrencia de la sintomatología, por lo que requirió nueva internación en sala general con reinstauración de dosis elevadas de corticoides. Se realizó durante la misma internación su resolución quirúrgica con buenos resultados sin complicaciones.

Conclusión: La etiología del edema cerebral luego del tratamiento endovascular y/o radiocirugía de las MAVs es multifactorial; así como su tratamiento no está en la actualidad debidamente definido. Debido a esto consideramos que la baja frecuencia de dicha complicación; obedece el reporte de este caso con respuesta favorable al tratamiento con corticoides aportando así información al tema.

0229 17 AÑOS DE EXPERIENCIA CON SOPORTE CIRCULATORIO CON OXIGENADOR A MEMBRANA ECMO

A MISZUK, V AMBRUSSO, C PEDRAZA, C ANTELO
Hospital Sor Maria Ludovica La Plata, Argentina.

Objetivos: Presentar la experiencia con Soporte Circulatorio con Oxigenador a Membrana (ECMO) en una población pediátrica con enfermedad respiratoria o cardíaca grave aunque reversible

Material y Métodos: En el periodo comprendido entre Septiembre de 1993 a Mayo de 2010, 76 pacientes fueron sometidos a esta modalidad de asistencia cardiorespiratoria. El rango de edades fue de 1 día a 14 años con una media de 17.4 meses, los pesos variaron entre 2 kg a 71 kg con una media de 6.8 kgs, el tiempo de asistencia en ECMO osciló entre 2 hs y 8 días, con media 57,7 horas. El 94,7% correspondió a pacientes post operatorios de cirugía cardiovascular compleja (hipoplasia de cavidades izquierdas post Norwood -sano (36%), post Glenn (4.5%), ventrículo único (13.6%) transposición de grandes vasos (31.8%), el 5,2 correspondió a patología no quirúrgica: hernia diafragmática neonatal, crisis asmática grave, sepsis, puente al trasplante.

Resultados: Se logró decanulación exitosa en 32 pacientes (42%), 20 pacientes (62,4%) presentaron mortalidad tardía asociada a su patología de base.

Conclusión: El soporte extracorpóreo es un procedimiento alternativo, con alta mortalidad, posible de implementar en nuestro medio, en procesos refractarios a terapia convencional. Requiere de personal altamente entrenado y material de alto costo. La so-

brevida observada en los últimos años coincide con la incorporación de mejor tecnología, una apropiada indicación y oportuna implementación.

0230 MENINGITIS BACTERIANA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

ME PENAZZI, P NUÑEZ, N KREJCIK, EA MARI, P PACHECO, B LATINI, L RÉVORA, E CAMACHO, V ACEBEDO, A PENAYO, J LÓPEZ, N PÉREZ ROMANO, R BURGOS PRATX
Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina.

Introducción: La meningitis bacteriana (MB) es una de las enfermedades infecciosas más graves ya que a pesar del mejor conocimiento de sus mecanismos fisiopatológicos, la disponibilidad de nuevos antibióticos y el perfeccionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), mantiene una elevada mortalidad en todo el mundo (alrededor del 14%) y deja un porcentaje aun mayor de pacientes con secuelas neurológicas irreversibles e invalidantes. Representa la tercera o cuarta causa de ingreso a las UCIP. La UCIP de nuestro hospital comenzó a funcionar a fines del año 2006. Hasta el presente estudio, desconocíamos las características epidemiológicas, clínicas, morbilidad y mortalidad de los pacientes ingresados con diagnóstico de MB por lo que decidimos realizar este estudio con el fin de describir dichos aspectos.

Objetivos: Valorar prevalencia de la MB en nuestra UCIP, identificar agentes causales predominantes, características epidemiológicas y clínicas de esta población y valorar motivo de internación, evolución, morbilidad y mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo realizado por revisión de historias clínicas de pacientes entre 1 mes y 18 años ingresados a nuestra UCIP en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2007 y el 31 de marzo del 2010 con diagnóstico de MB.

Resultados: Ingresaron 29 pacientes en el periodo de estudio. Prevalencia: 3% (29/901). El 58,6% fueron varones. Mediana de edad: 11 meses (2 meses a 14 años). El 62,1% presentaba vacunación incompleta. La mediana de tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 2 días (desde escasas horas a 14 días). El 41,4% ingresó por status convulsivo, el 27,6% por coma, el 24,1% por shock séptico. Más de la mitad de los ingresados requirió ARM. El 48,3% requirió algún soporte inotrópico. El 41,4% presentó shock séptico, el 34,5% edema cerebral, y el 20,7% enclavamiento. Se aisló agente etiológico en el 75,9% de los casos. Neumococo fue aislado en el 48,3% del total de los ingresados, seguido por meningococo (17,2%) y haemophilus influenzae (6,9%). Fallecieron 7 pacientes (25%). De los restantes, el 46,4% (13) egresó sin secuelas mientras que el 28,6% lo hizo con algún tipo de déficit motor o cognitivo.

Conclusiones: En nuestra serie la MB que requiere ingreso a UCIP se mostró como un cuadro devastador de baja prevalencia. Coincidiendo con la mediana de edad de los ingresados, el neumococo fue el germen predominante y continúa aislándose el haemophilus influenzae (mayoría con vacunación incompleta). La mortalidad fue superior a la media publicada (25% vs 14%) y la morbilidad fue elevada. Se presentó como un cuadro de características agresivas a fulminantes. Con todo esto, el énfasis debe estar en la promoción de pautas de alarma, su permanente consideración como alternativa diagnóstica y consecuente tratamiento precoz y especialmente en la prevención.

0231 DISKALEMIA EN UN PACIENTE CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE

K BUSTAMANTE, E BORNACIN, MA GARCIA, N GALLUCCI, E AMUNDARAIN, E BISHELS, B DORFMAN
Hospital El Cruce, Argentina.

Objetivos: La diskalemia en presencia de traumatismo encefalocraneano grave (TECG) es un fenómeno infrecuente, que reconoce

múltiples causas, no del todo bien conocidas. Presenta en general un curso bifásico; al inicio hipokalemia persistente y luego hiperkalemia que puede requerir hemofiltración para optimizar los niveles de K⁺ plasmático y hasta conducir a paro cardiorespiratorio (PCR). El objetivo es presentar un caso aislado de diskalemia, en un paciente de 22 años con un TEGC.

Material y Método. **Caso Clínico:** Paciente de 22 años tabaquista, adicto a drogas inhalatorias. Ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) por Politraumatismo: TEGC (LED II), GCS 7/15 / Trauma maxilofacial / Trauma músculo esquelético: Fx de fémur Gustilo IIb. Sin otras lesiones asociadas. Se decide colocar sensor de PIC (7 mmHg apertura). Evoluciona con hipertensión endocraneana (HEC) persistente a pesar del tratamiento con medidas de 1º nivel + hipotermia moderada inducida. En este contexto, se repite la TAC (sin cambios con respecto a la anterior); se coloca catéter en el golfo de la yugular con SAYO₂ 87%, iniciándose tiopental 3 mg/kg dosis de carga y 6 mg/kg/día mantenimiento. El paciente presenta inestabilidad hemodinámica y se inicia infusión de noradrenalina para optimizar PPC, hasta 0,8 gammas/Kg/min. A partir de las 12 hs desde el ingreso, se le realizan reiteradas cargas de CLK⁺ por hipokalemia de 2 mEq/L. A las 72 hs presenta episodio de hiperkalemia (7mEq/L). Se realiza solución polarizante. K⁺plasmático control: 3.1 mEq/L, no se toma conducta. Próximo control K⁺: 2 mEq/L. Recibe nueva carga de 60 mEq de CLK⁺ con un control posterior de 2.2 mEq/L. A las pocas horas presenta TV sin pulso realizándose 3 desfibrilaciones saliendo con asistolia requiriendo RCP. K⁺plasmático: 9 mEq/L. Se administra gluconato de calcio. Tiempo total de RCP 45 minutos. Sale con ritmo sinusal con QRS angosto, pudiendo suspender la dosis de noradrenalina. Hipotermia inducida 24 hs. El paciente presenta buena evolución, se logra extubar, sin déficit motor, respondiendo a órdenes. Alta de UTI.

Conclusiones: 1) La hipokalemia, en este caso, sería de causa multifactorial. 2) En el TEGC se produce una liberación importante de catecolaminas endógenas que pueden provocar una entidad denominada diskalemia en algunos casos reportados en la literatura. 3) La hipotermia produce un ingreso de potasio al compartimiento intracelular (CI) y después el recalentamiento produce un pasaje del mismo al compartimiento extracelular (CE). 4) Los barbitúricos en altas dosis pueden provocar hipokalemia y su suspensión puede conducir a una progresiva hiperkalemia. 5) Los cambios bruscos en los niveles de potasio plasmático estarían provocados por los movimientos del mismo entre el CI y el CE. Dada la existencia de esta entidad se recomienda un control estricto y frecuente de los niveles de potasio plasmático en pacientes con TEGC, especialmente si han sido sometidos a hipotermia y a dosis altas de barbitúricos. Asimismo se recomienda estar alerta a los cambios bruscos de los niveles séricos de K⁺.

0233 GUILLAIN BARRÉ CUADRO DE SUPERPOSICIÓN

MR ESPÓSITO, GA CUELI, ZD ROSSETTI, EG SALCEDO, RM MOINE, MC MULIERI, CR RODRIGUEZ, MD GIACONE IN MEMORIAM, MS ARAMINI
Htal Vte. Lopez y Planes de Gral. Rodriguez, Argentina.

Caso clínico: Paciente femenino de 24 años, oriunda de Paraguay, 2 gestas, 1P 1cesárea, sin otro antecedente. Habiendo presentado cuadro de diarrea previo, concurre a la guardia de otro Htal. dos oportunidades, siendo internada el 25/07/09 en la UTI de dicho centro de salud, por cuadro parálisis facial, disglucia y paresia rápidamente progresiva de ambos miembros superiores, agregando en los días posteriores debilidad de los músculos respiratorios, requiriendo ARM, sin deterioro de la conciencia (Variedad cervicofacial). Se solicita derivación para realización de plasmaféresis al Htal de Gral Rodríguez, con diagnóstico presuntivo de Síndrome de Guillán Barré (Miller Fisher), donde ingresa el 04/08/09, ventilada manualmente, adaptada espontáneamente, taquicárdica, estrabismo convergente, con paraparesia de miembros superiores, parálisis facial bilateral (Variedad Miller Fisher). Cursó internación prolongada de 136 días,

60 días en ARM; fue traqueostomizada el 15to día de internación. Punción lumbar en el 2da día de internación siendo positiva para disociación albúmino-citológica. Cumplió 5 sesiones de plasmaféresis, realizadas cada 48 hs. Evoluciona con plejía de MMSS, y paresia de MMII, parálisis facial bilateral, estrabismo convergente y trastornos en la deglución; concomita con varios episodios de disautonomías. El 25/09/09 se realiza, EMG explorándose el bíceps, palmar mayor, oponente del pulgar, cuádriceps, gemelos interno y externo; evidenciándose en reposo ondas fibrilatorias y ondas agudas positivas en territorio distal de MMSS, en actividad voluntaria ondas de amplitud aumentada, con una velocidad de conducción (evocado de latencia) de nervio mediano, cubital, ciático poplíteo externo, tibial posterior prolongadas, con reflejos osteotendinosos conservados en MMII, e hiporeflexia de MMSS, concluyendo estudio neurofisiológico compatible con lesión neurogénica axomiélica de tipo poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.

0234 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS DEL SECTOR PÚBLICO VS. EL SECTOR PRIVADO: COHORTE PROSPECTIVA

DN VASQUEZ^{1,2,3}, A DAS NEVES¹, DA INTILE², F CICORA³, MG SAENZ¹, C LOUDET¹, HS CANALES¹, M CASANOVA², V APHALO², C BALASINI¹, JL SCAPELLATO², R REINA¹, J SAVERO², P DESMERY², E ESTENSSORO¹

¹ HIGA Gral San Martín; La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina. ² Sanatorio Anchorena, Capital Federal, Argentina. ³ Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal (FINAER), La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Comparar una población de pacientes obstétricas críticas (POC) del sector Público (P1) con otra del sector Privado (P2) en cuanto a sus características demográficas y clínico-obstétricas.

Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Población: POC (embarazadas o puérperas de < 42 días) que requirieron internación en una UTI del sector público y otra del sector privado entre 01-01-08 y 31-5-10. Las variables se presentan como n (%), media±DE o mediana [RI], según corresponda. Las comparaciones se realizaron con los test correspondientes. Se utilizó SPSS15.

Resultados: Ingresaron 81 pacientes, 41 por grupo. Se encontraron diferencias significativas en: edad (P1 25±7 vs. P2 32±5 p .00); estadía en UTI (P1 6 [3-13] vs P2 3[2-4.5] p .00); APACHEII (P1 12±6 vs P2 8.85±4 p .01); SAPSII (P1 23±10 vs 16±8.5 p.02); TISS (P1 25.5±9 vs P2 20±8 p .00); SOFA (P1 4[2-7] vs P2 1[0-3] p.00); control prenatal (P1 74% vs P2 100% p .00); Control prenatal adecuado (P1 64% vs P2 100% p .00); Sobrevida Neonatal (P1 73% vs P2 94.5% p .02) y Abortos provocados (P1 29% vs P2 5% p .02). En ambos grupos, la mayoría de las pacientes no presentaban comorbilidades (Charlson=0: P1 85.4% vs. P2 87.8% p 0.75). La mortalidad predicha por APACHEII y SAPSII fue 17% y 14% para P1 y 8.85% y 3.9% para P2, respectivamente. En ambas poblaciones la mayoría de las pacientes ingresaron postparto (P1 78% vs P2 76% p NS), el motivo de ingreso fue de tipo obstétrico (P1 68% vs P2 83%, p NS), la edad gestacional fue similar (P1 31±8 vs P2 32±10 p NS) y la mortalidad fue de solo una paciente en el sector Público. El principal motivo de ingreso fue la Enfermedad Hipertensiva (P1 39% vs. P2 36% p NS). La hemorragia obstétrica fue mas frecuente en P2 (P2 34% vs. P1 7% p 0.005). El embarazo ectópico solo se presento en P2 (10%) y el aborto solo en P1 (10%). Entre las causas No Obstétricas de ingreso la mas frecuente fue la NAC (P1 19%; P2 9.7%).

Conclusiones: 1 Las POC del sector Público se encontraban más severamente enfermas y requirieron mayor nivel de intervención que las del sector Privado, lo cual se correlaciona con mayor estadía en UTI. 2 A pesar de su mayor gravedad no hubo diferencias en la mortalidad materna. 3 APACHEII y SAPSII sobreestimaron la mortalidad en ambos grupos. 4 La mortalidad neonatal fue mayor en el Sector Público, coincidente con un control prenatal inferior e inadecuado. 4 La mayoría de las pacientes en ambos grupos fueron admitidas

postparto, siendo la causa de ingreso principalmente Obstétrica. 5 En ambas poblaciones el principal motivo de ingreso fue la enfermedad hipertensiva del embarazo. La hemorragia obstétrica fue significativamente más frecuente en el sector privado. El aborto fue una patología exclusiva del sector Público mientras que el embarazo ectópico lo fue del sector Privado. 6 Los abortos provocados fueron significativamente más frecuentes en el sector Público.

0235 ANGINA DE LUDWIG: CAUSA INFRECUENTE DE INSUFICIENCIA VENTILATORIA

GA TAUIL, C BARRIOS, D LERMAN, A MARANZANA, D PINA
Sanatorio Franchin, Argentina.

Objetivo: Reportar un caso clínico de presentación infrecuente de Insuficiencia Ventilatoria Aguda secundaria a Angina de Ludwig.

Caso clínico: Masculino de 67 años, Tabaquista severo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Obeso. Refiere odinofagia de 3 días de evolución; consultó y recibió tratamiento antibiótico con Amoxicilina vía oral. Persisten los síntomas consultando nuevamente a las 48 hs. Recibe Penicilina Benzatínica y Dexametasona. Posteriormente agrega disnea, eritema y tumoración en región cervical anterior a predominio derecho. Ingresó a UTI con insuficiencia ventilatoria obstructiva. Vía aérea dificultosa requiriendo Intubación por Fibrobronoscopia de urgencia. Se observa: destrucción del Pilar derecho y corona laringea, sin reconocerse estructuras anatómicas normales. Se toma biopsia. Mal estado dentario. Se pancultiva con muestra de lesión. Inicia Piperacilina-tazobactam. Se realiza traqueostomía quirúrgica. Evolución con inestabilidad hemodinámica, requiriendo altas dosis de inotrópicos, mala perfusión periférica, oligoanuria e hipoxemia. Requiere terapia de reemplazo renal transitoria. Se realiza Tomografía de cuello y tórax que muestra alteración en la tomoestructura de la región derecha del cuello asociado a una colección heterogénea con burbujas aéreas en su espesor que presenta proyección caudal, genera efecto de masa protruyendo sobre la superficie cutánea, e imágenes aéreas del lado derecho y región posterior del cuello. Intercurre con empiema izquierdo que se drena y se realiza toracotomía y decorticación pleural. Se realiza cervicotomía bilateral con débito purulento. Obtenemos cultivos positivos para Klebsiella pneumoniae sensible a Imipenem y Amikacina en biopsia, hemocultivos 2/2, urocultivo y punta de catéter. Cumplió tratamiento antibiótico durante 21 días con Imipenem con buena respuesta. Se realizó Rinolaringoscopia observándose lesión en seno piriforme derecho y cara lateral derecha epiglótica (hematoma infectado en resolución). Anatomía patológica: Tejido inflamatorio. No se observa atipia.

Discusión: La insuficiencia ventilatoria aguda es una urgencia médica, y una de sus causas puede ser la angina de Ludwig progresiva que obstruye la vía aérea. Es un tipo de celulitis que involucra inflamación de los tejidos del piso de la boca y que afecta a los espacios celuloaponeuróticos sublinguales, submaxilar y submentoniano de forma bilateral. Se presenta a menudo después de un absceso dental o trauma de la boca, sialodentitis, fracturas o neoplasias infectadas. Es rápidamente progresiva y puede complicarse con mediastinitis, empiema o evolucionar a shock séptico, como el caso de nuestro paciente.

Conclusión: La angina de Ludwig es una patología poco frecuente pero subdiagnosticada. Su rápido diagnóstico y terapéutica antibiótica y drenaje quirúrgico y traqueostomía precoz disminuiría la morbimortalidad de la enfermedad. Es de suma importancia la evaluación dentaria y de cavidad oral en todos los pacientes.

0236 INFECCION POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, CITOMEGALOVIRUS Y SÍNDROME HEMOFAGOCITICO EN UNA LACTANTE DE 35 DIAS. IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO PRECOZ

ME PENAZZI, EA MARI, P PACHECO, C BARILARI, C ABRALDES
Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TBC) neonatal es una entidad rara de difícil diagnóstico, curso rápido y alta mortalidad. Existen pocos casos de TBC congénita descriptos en la literatura, menos aún de coinfección con Citomegalovirus (CMV) y aislados reportes que asocian la TBC con el síndrome hemofagocítico (SH).

Objetivos: Describir el caso de una paciente con infección por TBC, CMV y SH. Resaltar la importancia del diagnóstico y tratamiento empírico precoz dado el carácter fulminante del cuadro.

Materiales y Métodos: Revisión de historia clínica.

Resultados: Niña de 35 días, sin antecedentes, derivada por fiebre de 4 días de evolución y sospecha de sepsis neonatal, medicada con Ampicilina y Gentamicina. Presentaba rash en tronco y cara, hepatoesplenomegalia, edemas pretibiales, ascitis. Hto 21%, plaquetas 20000, GOT 72, GPT 125. Eco abdominal: Imágenes hipoeoicas dispersas en hígado, bazo y riñones. Adenopatías en hilio hepático. Antecedentes familiares: madre internada simultáneamente por sme de impregnación y artritis, abuela y tío maternos fallecidos un año atrás por TBC. Se asumió como Sepsis neonatal 2° a TORCHS/TBC y se medicó empíricamente con ampicilina/cefotaxima y se tomaron muestras para diagnóstico de TORCHS y TBC en sangre, lavados gástricos, orina y MO. Mala evolución con aumento de ictericia, edemas, ascitis y de la curva febril, depresión del sensorio, empeoramiento de lesiones cutáneas y del estado general. Viruria + para CMV. Se indicó Ganciclovir, se cubrieron gérmenes intrahospitalarios. Comenzó con coagulopatía clínica y por compromiso respiratorio ingresó en ARM. Otros laboratorios: GB: 4600, plaquetas: 3000, triglicéridos: 361 (↑) Ferritina > 28800 (↑). Se valoró la posibilidad de tratamiento específico para SH pero evolucionó en forma fulminante y falleció por fallo multiorgánico.

Autopsia: neumonía necrotizante ZN+ (TBC), granulomas necrotizantes Zn+ en hígado y bazo, tubulitis renal bilateral, necrosis de MO por TBC, adenitis necrotizante. Celulas de inclusión nuclear (CMV) en pulmón, timo, adrenales, riñon, páncreas.

Conclusiones: Teniendo en cuenta la revisión de otros casos clínicos y la mala evolución de nuestra paciente se recomienda el tratamiento empírico precoz en casos de alta sospecha diagnóstica de infección por TBC. Por otro lado surge la consideración del síndrome hemofagocítico como una entidad clínica posible especialmente en casos de síndromes sépticos con determinadas particularidades (fiebre y bicitopenia sostenidas, hepatoesplenomegalia, lesiones cutáneas, hipertrigliceridemia y aumento de ferritina, etc.) y sin la evolución esperada a pesar de distintos esquemas antimicrobianos.

0237 SINDROME DE TAKO-TSUBO. A PROPOSITO DE UN CASO

MV BOSCARO, LA GERSTNER, LN NEGRI, AM ACUÑA, LA D'AGOSTINO, P CIAIATI, AN COLAUTTI

Hospital Magdalena V. de Martínez-Gral Pacheco, Argentina.

El síndrome de Tako-Tsubo es una entidad clínica de reciente descripción, (1990 Sato y cols.), que simula un IAM, con enzimas cardíacas normales, y arterias coronarias sin lesiones significativas en la coronariografía, se da más frecuente en mujeres, asociado a situaciones de estrés, relacionado fisiopatológicamente con aumento de los niveles de catecolaminas y espasmo microvascular. Se presenta un caso de un paciente de 67 años de edad, sexo femenino, con antecedentes de hipotiroidismo y duelo reciente por la muerte de su esposo. Ingresó el 26/03/2010, al hospital por cuadro de dolor precordial de varias horas de evolución, característico para isquemia miocárdica, acompañado de inversión de ondas T en cara anterolateral en electrocardiograma. Con enzimas cardíacas normales. Eco cardiograma: mostro zona de disquinesia antero apical. Es tratada por SCANSET (nitritos, anti agregación, anti coagulación, B bloqueo). A las 48 de ingreso se realiza cinecoronariografía que evidencia arterias coronarias sin lesiones y ventriculograma normal. Presenta buena evolución clínica, sin interurrencias; siendo dada de alta nosocomial el 01/04/2010. Medicación: carvedilol 3.125 mg cada 12 hs, levotiroxina 100 mcg diarios, omeprazol 40 mg/diarios. En control ambulatorio el día 10/04/2010 presentaba aun los cam-

bios electrocardiográficos, pero habían desaparecido los cambios en la ecocardiografía. El 28/05/2010 se realiza nuevo control y se evidencia solo ondas T – en derivaciones V1, V2, sin ninguna alteración ecocardiográfica. Se descarta la presencia de feocromocitoma y miocarditis. Se interpreta al cuadro como Síndrome de Tako-Tsubo.
Conclusiones: La sospecha e identificación temprana de este síndrome, es importante, ya que el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico; es muy diferente al infarto agudo de miocardio por oclusión coronaria.

0238 PREVALENCIA DE GERMESES MULTIRRESISTENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS Y EN INTERNACION GENERAL DE UNA CLINICA PRIVADA DE III NIVEL

F TRAVERSO, M PELUFFO, G JENSEN, F FUNARO, R SUASNABAR, M LOUGE
Clínica Chacabuco, Argentina.

Introducción: Las infecciones por gérmenes multirresistentes son un problema grave y complejo que producen gran preocupación en el equipo de salud.

Objetivo: Comparar la prevalencia de patógenos multirresistentes aislados de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos y en internación general de una Clínica privada de III nivel durante los años 2008 y 2009.

Materiales y Métodos: Se analizaron las frecuencias relativas y los porcentajes de resistencia a los antimicrobianos de gérmenes multirresistentes aislados de pacientes de UCI adultos e internación general durante los años 2008 y 2009. La metodología utilizada fue difusión en agar de acuerdo a las normas CLSI. Análisis estadístico: Test exacto de Fisher, considerando significativa una $p < 0.05$.

Tabla 1. Prevalencia de gérmenes multirresistentes en unidades de cuidados intensivos de adultos y en internación general. Periodo 2008-2009.

Microorganismo	UCI Adultos		p	Internación general		p
	Año 2008 %Resistencia	Año 2009 %Resistencia		Año 2008 %Resistencia	Año 2009 %Resistencia	
<i>Escherichia coli</i> resistente a ciprofloxacina	2/18 (11.1%)	6/20 (30.0%)	0.152	7/37 (18.9%)	8/40 (20.0%)	0.905
<i>Staphylococcus aureus</i> metilicino resistente	11/20 (55.0%)	7/10 (70.0%)	0.204	3/22 (13.6%)	14/26 (53.8%)	0.004
<i>Klebsiella pneumoniae</i> productora de BLEE	3/5	-	-	5/8	1/1	-
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina	3/3	-	-	1/1	2/2	-
<i>Acinetobacter baumannii</i> multirresistente	-	-	-	-	-	-
<i>P. aeruginosa</i> resistente a carbapenemes	-	3/7	-	1/5	1/2	-

p: Test exacto de Fisher.

Resultados: En la tabla 1 se observan los porcentajes de resistencia para los periodos estudiados. En internación general, se observó un aumento estadísticamente significativo en el porcentaje de metilicino-resistencia para *Staphylococcus aureus* entre los años 2008 y 2009. Se observó una disminución, aunque no estadísticamente significativa, en el número de aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE respecto del año 2008. En el resto de los patógenos se observan tendencias similares en lo que respecta a la resistencia bacteriana.

Conclusiones: No se detectaron diferencias significativas en la resistencia bacteriana entre ambos periodos en UCI adultos, lo cual indicaría un comportamiento estable en el uso de antibióticos y en la implementación de normas de control de infecciones. En internación general, sin embargo, se observó un aumento de los porcentajes de metilicino-resistencia. Estos datos epidemiológicos

a nivel local permiten tomar medidas para mejorar el control y la prevención de las infecciones nosocomiales.

0239 SINDROME CORONARIO AGUDO CON SUPRADESIVEL PERSISTENTE DEL SEGMENTO ST ASOCIADO A PUENTE MUSCULAR CORONARIO. REPORTE DE UN CASO.

LA GERSTNER, MV BOSCARO, AM ACUÑA, LO NEGRI, P CAIATI, LA D'AGOSTINO, AN COLAUTTI
Hospital Magdalena V. de Martinez-Gral Pacheco, Argentina.

Se denomina puente muscular a la presencia de fibras musculares cubriendo un segmento de la arteria coronaria, con compresión sistólica de arteria comprometida en CCG, relativamente frecuentes, en general asintomáticos, pero se relacionan con isquemia grave, arritmia, bloqueo AV y muerte súbita y son frecuentemente subdiagnosticados. Se presenta un caso de un paciente de 54 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo severo, epoc, diabetes, dislipemia, sedentarismo; que consulta al departamento de emergencias el 06/03/2010 por presentar dolor precordial de 40 min de evolución, retroesternal, opresivo, de intensidad 10/10, que propaga a miembro superior izquierdo, cuello, y mandíbula. En ECG se constata SST > a 2 mm en DII DIII AVF, V1 A V6, V3R V4R V7, V8. Se interpreta como síndrome coronario agudo con SST persistente KK A, por lo que ingresa a UTI, para tratamiento específico. Juego enzimático de ingreso CPK 101 UI/L, TROPONINA 0.15ug/L. Se inicia tratamiento fibrinolítico con STK 1500000 ui. Paciente cumple con criterios de síndrome clínico de reperfusión. Paciente con buena evolución clínica, sin angor ni equivalentes anginosos. Se realiza CCG el 09/03/2010.

Resultado: DA En su tercio medio se evidencia compromiso moderado de su luz, que probablemente corresponda a puente muscular. Arterias coronarias sin lesiones significativas. Ecocardiograma 09/03/2010: hipoquinesia de punta, hipoquinesia severa de pared anterior. 10/03/2010: presenta episodio de dolor precordial retroesternal opresivo, de intensidad 10/10, hipotensión, sudoración, roncus, sibilancias de nueva aparición. Se interpreta como probable shock cardiogénico, asociada a nuevo evento oclusivo coronario. Se realiza IOT+AVM+sedoanalgesia+vasopresión. Se solicita derivación para nueva CCG y eventual tratamiento de reperfusión. 14:00hs 10/03/2010 paciente hemodinámicamente estable, y normal, con parámetros para extubación. Se extuba. 11/03/2010: Se realiza CCG que muestra mismas lesiones que estudio previo. Se realiza colocación de stent metálico DA. 12/03/2010: paciente cursando 5 días de internación, paciente estable, normal, sin angor ni equivalentes, se decide pase a sala de internación general.

Conclusiones: La aparición de eventos isquémicos asociados a puentes musculares coronarios, es motivo de debate, porque como la perfusión coronaria es predominantemente diastólica, la sola presencia de puente muscular no justifica la isquemia, por lo cual se ha involucrado al espasmo coronario, a la trombosis local, y al tratamiento de la diástole producido por taquicardia, como así también a la disfunción endotelial que ocurre en estos segmentos, como causa de isquemia.

0240 FALLO HEPATICO FULMINANTE SECUNDARIO A INTOXICACION POR AMANITA PHALLOIDES

A JULIARENA, A GIRA, J GONZALEZ, MF UNGAR, V MARQUEVICH, P GUIMARAENS, V TORRES, P PRATESI
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: La intoxicación por *Amanita phalloides* es una entidad poco frecuente que puede, sin una intervención precoz, acompañarse de una alta morbimortalidad. Su cuadro clínico se caracteriza por un período asintomático, una fase gastrointestinal seguida de una segunda fase de latencia y una tercera fase hepatorenal, llegando a requerir trasplante hepático. La toxicidad de este hongo depende de sus principales toxinas denominadas amatoxinas y

phallotoxinas. La mortalidad en adultos llega al 20-30% y la muerte se produce 6-16 días luego de la intoxicación.

Objetivo: Reporte de un caso.

Resultados: Paciente de sexo masculino 74 años de edad que refiere haber ingerido 24 hs previo a la consulta hongos silvestres. Presenta a las 12 hs del consumo vómitos y diarrea acuosa. Consulta en Clínica Privada donde se sospecha intoxicación por amanitas phalloides (confirmado por toxicología de la UBA), realizan lavado gástrico con carbón activado e inician tratamiento con Penicilina G sódica. Presenta deterioro de la función renal que mejora con la hidratación parenteral amplia pero evoluciona con fallo hepático fulminante motivo por el cual es derivado a nuestro hospital a las 48 hs de la ingesta para valoración de eventual trasplante hepático. A su ingreso se continua con Penicilina G sódica, plan de hidratación amplio y se inicia tratamiento con N-Acetilcisteína, hemodiálisis y plasmaferesis hasta completar 120 hs desde la ingesta. Evoluciona con mejoría paulatina de la síntesis hepática y egresa del nosocomio a los 7 días.

Conclusiones: La mortalidad de esta intoxicación es elevada y la sobrevida depende de la detección y tratamiento precoz. Presentamos el caso de un paciente que consulta en forma tardía, con predictores de mal pronóstico (edad, tiempo de inicio de síntomas gastrointestinales, cantidad de hongos ingeridos) que presento buena evolución clínica bajo tratamiento con plan de hidratación parenteral amplio, lavado gástrico con carbón activado en forma seriada, penicilina G sódica, N-Acetilcisteína, hemodiálisis y plasmaferesis, sin requerimiento de trasplante hepático.

0241 CALIDAD DE LA RADIOGRAFIA DE TORAX PORTATIL EN UCI USADA EN EL DIAGNOSTICO DE NAVM

D VIOLI, C PEREYRA, M LUGARO, G BENAVENT, J STRATI, M PRIETO, L BENITO MORI, P SCHOON
HIGA Profesor Dr. Luis Guemes-Haedo-Bs As, Argentina.

Presencia de parametro	total	%	Completa	centrada	movida	penetrada	interposicion
			39(22%)	31(17%)	13(7%)	41(23%)	53(29%)
0	0	0	0	0	0	0	0
1	6	10	0	1(16%)	0	1(16%)	4(66%)
2	13	22	4(15%)	1(3%)	0	8(30%)	13(50%)
3	19	33	15(26%)	9(15%)	2(3%)	15(26%)	16(28%)
4	11	19	11(24%)	11(25%)	2(4%)	9(20%)	11(25%)
5	9	16	9(20%)	9(20%)	9(20%)	9(20%)	9(20%)
Total	58	100					

Introducción: La radiografía portátil constituye un examen rutinario para discriminar alteraciones pulmonares luego de procedimientos invasivos o para evaluar la evolución de un paciente en UCI. Tal es su importancia, que forma parte de scores para el diagnóstico de NAVM, en la actualidad la calidad de la radiografía de torax en UCI realizada con portatil no esta categorizada.

Objetivo: Evaluar la calidad de la radiografía portátil de torax en UCI que fueron utilizadas para el diagnóstico de NAVM..

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, durante un periodo de 18 meses en el servicio de UCI de un Hospital General de Agudo de Bs As, se diagnosticaron 58 episodios de NAVM, definido como la persistencia o aparición de nuevos infiltrados junto con 2 o más de los siguientes criterios: Temperatura > 38,3°C o < 36°C, leucocitosis (>14.000) o leucopenia (<4000) y/o desviación a la izquierda, secreciones purulentas, y confirmada por cultivo cuantitativo (aspirado bronquial con rto > 100000 UFC/ml o BAL con rto > 100000UFC/ml). Se evaluaron las radiografiastoraxicas con proyección anteroposterior, decubito supino en cama teniendo en cuenta los siguientes parametros presentes completa, centrada, movida, penetrada, y interposicion de dispositivos(electrodos, mangueras, filtros, etc) o no. Tres intensivistas (medico residente, planta y neumonologo) analizaron la presencia o no de los parametros.

Resultados: Se evaluaron 58 radiografias de torax realizadas con el mismo equipo portatil de una unidad de UCI. Edad promedio 58 años(17-81), apache II de ingreso 22(8-33) CPIS promedio 5. Se observaron radiografias con 3,4 y 5 parametros alterados en un 68% La descripción de los parametros y sus porcentaje ver en tabla.

Conclusion: La radiografía portatil utilizada en UCI para el diagnóstico de NAVM presento una alta deficiencia en calidad, habiendo sido evaluado 5 parametros descriptos en la bibliografía para la radiografía tipo tele. El parametro mas prevalente fue interposicion de dispositivos.

0242 RECOMENDACIONES PARA EL USO DE PROCALCITONINA SEGÚN UN ANÁLISIS BASADO EN EVIDENCIAS

M BLANCO, P DOMECCO, H CATALANO
Hospital Alemán, Argentina.

Objetivo: desarrollar una recomendación basada en las mejores evidencias para el uso de procalcitonina (Pro) en pacientes críticos como estudio complementario para: Diagnóstico diferencial (D) de Sepsis (S), Pronóstico (P) y Monitoreo del tratamiento (M). La Pro es una prueba de diagnóstico (PD) que la literatura científica, conferencias en congresos y charlas auspiciadas por la industria sugieren utilizarla para la práctica diaria.

Materiales y Métodos: El primer paso para formular la recomendación fue plantear, a partir de una duda expresada en forma coloquial, la pregunta clínica formal de diagnóstico con la sistemática denominada en inglés PICO: población de estudio, PD para evaluar, PD que se usa como comparador: Standard de referencia y desenlaces relevantes sobre los pacientes. Se realizó la búsqueda bibliográfica de artículos de exactitud y utilidad diagnóstica (UD). Se evaluó la categoría de la calidad de la evidencia. Finalmente se realizó la recomendación y se evaluó la fuerza de la misma. Se utilizó la estrategia del grupo de trabajo GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) para categorizar la calidad de la evidencia de la literatura científica (alta, moderada, baja y muy baja) y la fuerza de las recomendaciones (fuerte y débil) que ofrece una metódica que incorpora, además de la calidad de la evidencia, el impacto que la utilización de la PD genera sobre los desenlaces clínicamente relevantes para los pacientes y el sistema de salud.

Resultados: La calidad de la evidencia de la literatura para D de S es moderada, para P es baja y para M es alta. Sólo se encontraron estudios de UD que evaluaron el M. La Pro tiene un costo económico moderado, no representa riesgos para el paciente; pero la importancia de la intervención médica que deriva de su resultado es muy grande al igual que el riesgo de la S. En la bibliografía hallada las preferencias y valores de los pacientes no se consideraron. Este análisis podría sugerir no utilizar la Pro ni para D de S ni para P. Podría recomendarse su utilización para el M.

Conclusion: Según el análisis basado en evidencias podría implementarse, como estudio complementario, la Procalcitonina para el monitoreo del tratamiento de pacientes sépticos.

0243 ULCERAS POR PRESIÓN EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA. INCIDENCIA, PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

ME BRAÑA, R MATTEI, G QUEIROZ, R FIORENTINO, A NISHIOKA, D TEDESCO, M LABORDE, N ARIAS, V AMAYA, N LOSCOCCO, J DIAZ
Hospital Dr C Argerich, Argentina.

La úlcera por presión (up) es una injuria de la piel y tejidos subyacentes consecuencia de la combinación de factores locales y sistémicos. La evaluación (eval) integral del paciente, su seguimiento y el abordaje conjunto médico y de enfermería permiten diseñar estrategias que generen condiciones óptimas para la cicatrización y eviten la aparición de nuevas up. Es fundamental para este pro-

ceso conocer la población y disponer de los insumos y del recurso humano necesario.

Objetivo: Estudiar la incidencia, prevalencia y factores de riesgo.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal realizado en la unidad de terapia intermedia (utim) de un hospital general de agudos de 6 camas de adultos en el último semestre de 2009. Criterios de inclusión: hospitalización de 48 hs o más y reposo obligado en cama. Registros al ingreso (ingr.): edad, sexo, apache II, fecha de ingr al hospital, a uti y a utim, factores de riesgo y escala (esc) Braden. Cada 7 días y al egreso, se documentan nuevas up. Las comparaciones se realizaron con test de t para variables continuas y Test de Fisher para variables categóricas.

Resultados: Se registraron 90 ptes, 34 con up al ingr (38%) y 9 ptes (10%) con nuevas up. De los ptes con up al ingreso respecto de los que no, presentaron incontinencia 21 (62%) vs 20 (32%) p 0.016, estadia en uti 28 (82%) vs 37(66%) p 0.009 y esc Braden 12.8 vs 14.9 (p 0.03). De los que presentaron nuevas up respecto de los que no, la edad fue 72.7 vs 56.1 (p 0.014) y esc Braden 11.9 vs 14.3 (p 0.038). El resto de las variables no mostraron diferencias significativas (sexo, apache II, evaluación nutricional subjetiva, albumina, fracturas, corticoides, inmunosupresión, trauma, up previas y diabetes).

Conclusiones: En nuestra serie la prevalencia fue del 38 %, con una incidencia del 10%. La presencia de up al ingr.se asoció en forma significativa a la estadia en uti y la incontinencia en tanto que el desarrollo de nuevas up lo estuvo a la edad. La edad en el primer caso y el mal estado nutricional en la eval subjetiva en el segundo, mostraron fuerte tendencia. En ambos casos la esc Braden fue significativa. El número de pacientes resulta insuficiente para sacar conclusiones definitivas particularmente en el grupo de up aparecidas en la internación.

0244 UTILIDAD DE LA SATURACION DE OXIGENO EN SANGRE VENOSA FEMORAL EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO

P.MASKIN, PO RODRIGUEZ, P VILLAFANE, I BONELLI, S ATTIE, R VALENTINI
CEMIC - Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, Argentina.

Objetivos: Comparar la saturación de oxígeno en sangre venosa femoral (SvfO2) con la saturación venosa central (SvcO2) en pacientes con shock séptico.

Materiales y métodos: Se obtuvieron muestras venosas centrales (SvcO2) y femorales (SvfO2) en situación basal y luego de una intervención terapéutica (expansión con coloides, cristaloides, dobutamina o transfusión, de acuerdo al médico tratante) en pacientes con shock séptico. No se incluyeron pacientes con enfermedad vascular periférica, infecciones en miembros inferiores y/o trombosis venosa profunda. Las determinaciones fueron realizadas por co-oximetría. Los datos se expresan como mediana (percentilo 25-75). La comparación entre SvcO2 y SvfO2 se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson (R2) y el método de Bland y Altman. Se comparó las variaciones de SvcO2 y SvfO2 pre- y post-intervención.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (abril-agosto/2008). Score de APACHE II: 23 (12-29) y SOFA a la inclusión de 9 (7-12), todos con soporte vasoactivo con noradrenalina. Las SvcO2 fueron de 73% (68-75) y 73% (70-75), y las SvfO2 fueron de 71% (60-79) y 68% (60-80), pre y post-intervención respectivamente. En las determinaciones basales encontramos una correlación significativa entre la SvcO2 y la SvfO2 (R2 0.76, P= 0.001). La diferencia entre la SvcO2 y la SvfO2 fue de $4.29 \pm 14.6\%$ (Figura 1). Luego de las determinaciones basales, 6 pacientes recibieron expansiones (mediana 625 ml con IQR 500-1000ml), en 3 casos se inició dobutamina y un paciente recibió una transfusión de glóbulos rojos. Las variaciones de SvcO2 y SvfO2 luego del tratamiento (Figura 2) correlacionaron en forma significativa (R2 0.73, P=0.002).

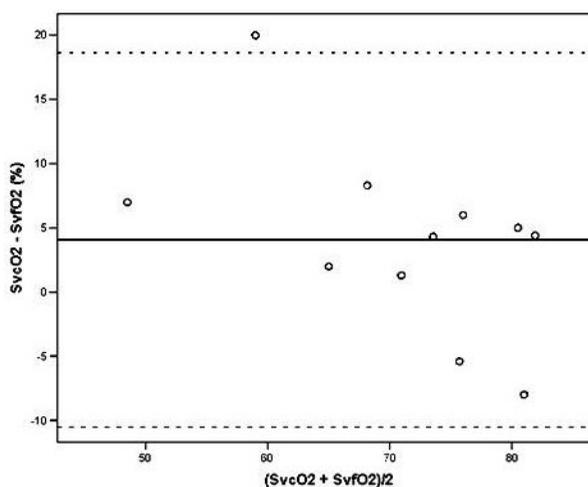


Figura 1

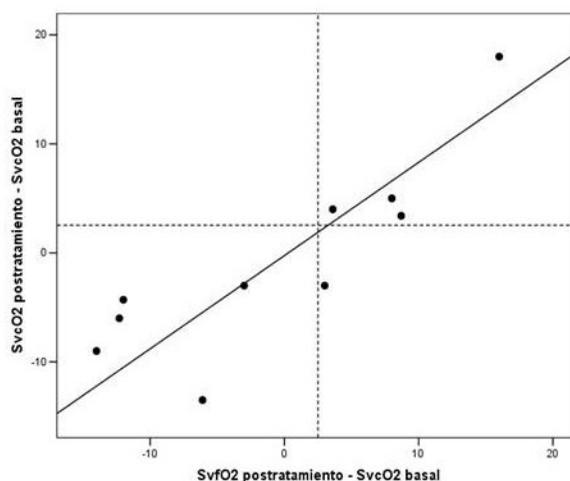


Figura 2

Conclusiones: Las mediciones de SvfO2 presentaron una imprecisión importante como estimadoras de la SvcO2, sin embargo el comportamiento luego de una intervención terapéutica fue similar al observado en la SvcO2. Este tipo de muestras podría ser de utilidad para reflejar tendencias en caso de no disponer inicialmente de un catéter venoso central en vena cava superior o de una medición de SvO2 en arteria pulmonar.

0245 EFECTO DEL TIEMPO Y LA TEMPERATURA EN LA CONCENTRACIÓN DE LACTATO.

H CERVANTES¹, C ARTANA², O ADDA², MP PEREIRO²

¹ Hospital Durand, Argentina. ² Hospital Fiorito, Argentina.

Introducción: La determinación de lactato en el paciente crítico aparece como una herramienta fundamental para evaluar el seguimiento y pronóstico. A fin de que dicho analito cumpla con esos requerimientos clínicos, es necesario en los diferentes estadios de su procesamiento ser cuidadoso con el manejo de la muestra, ya que ciertas variables preanalíticas como es el tiempo que se demora entre la extracción y el procesamiento, pueden llevar a un error en el valor final del lactato.

Objetivo: Determinar el efecto del tiempo y la temperatura de conservación en la determinación de lactato.

■ Resúmenes

Materiales y Métodos: Se procesaron 20 muestras de sangre provenientes de pacientes de Terapia Intensiva hemodinámicamente estables. Fueron tomadas con jeringas de heparina de litio balanceada y se procesaron inmediatamente de extraídas (menos de 10 minutos) la muestra se fraccionó en dos jeringas que se conservaron en anoxia, una a temperatura ambiente y otra en heladera, repitiéndose la medición a los 10, 30, 60, 90 y 120 minutos de la primera muestra. La concentración de lactato se midió en mmol/l con un equipo Nova M®. y se calculó la diferencia en milimoles entre el valor a cada tiempo y el basal. El tiempo se expresó en minutos. Se calculó el valor de la pendiente y el coeficiente de correlación. Se consideró significativo $p < 0.05$.

Resultados: El CV intraensayo fue de: 1.2% y el entre ensayo del 4.9 %. El valor basal de las muestras en ningún caso superaba los 3 mmol/l. Para las muestras procesadas a T ambiente el valor de la pendiente fue de 0.010. En las muestras refrigeradas, la misma fue de 0.003, $p < 0.001$. El coeficiente de correlación entre la diferencia de concentración del lactato en función del tiempo de demora en la determinación es $r = 0.81$ a temperatura ambiente y en heladera de $r = 0,61$.

Conclusiones: Los valores de los coeficientes de correlación no permiten una estimación de la producción del lactato in vitro, por lo cual las muestras deben ser procesadas inmediatamente y de no ser posible, refrigerarlas.

0246 EVOLUCION CLINICA Y NIVEL DE INTERVENCION EN PACIENTES OBSTETRICAS CRITICAS DEL SECTOR PUBLICO VS. EL SECTOR PRIVADO: COHORTE PROSPECTIVA

DN VASQUEZ^{1,2,3}, A DAS NEVES¹, DA INTILE², F CICORA³, MG SAENZ¹, C LOUDET¹, HS CANALES¹, M CASANOVA², V APHALO², C BALASINI¹, JL SCAPPELLATO², R REINA¹, J SAVERO², P DESMERY², E ESTENSSORO¹

¹ HIGA Gral San Martin, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina. ² Sanatorio Anchorena, Capital Federal, Argentina. ³ Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal (FINAER), La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Objetivo: Comparar una población de pacientes obstétricas críticas (POC) del sector Público (P1) con otra del sector Privado (P2) en cuanto a evolución y nivel de intervención requerido.

Material y Métodos: Cohorte prospectiva que incluye a todas las POC (embarazadas o puerperas de < 42 días) que requirieron internación en una UTI del sector público y otra del sector privado entre 01-01-08 y 31-5-10.

Resultados: Ingresaron 81 pacientes, 41 por sector, con una sola muerte en el sector Público.

Tabla: Evolución y nivel de intervención de POC en Sector Público y Privado (Datos expresados como n (%), media±DE, mediana[RI])

	Privado	Público	
TISS	25.5±9	20±8	.00
ARM	24 (60)	6 (14.6)	.00
Días ARM	7 [3.5-12.5]	1[0.5-7.5]	.03
Reintubación	5 (21)	0 (0)	.02
Autoextubación	8 (33)	0 (0)	.00
SDRA	14 (35)	0 (0)	.00
Disfunción Orgánica Múltiple (DOM)	25 (61)	3 (7)	.00
Vía central	29 (72.5)	13 (32)	.00
Sobrevivida Neonatal	19 (73)	35 (94.5)	.02

El 8% de POC de P1 vs 0% de P2 requirió traqueostomía y el 5% de P1 y 2% de P2 swanganz. La histerectomía se requirió en 15% de P1 y 24% de P2 (p NS). La incidencia de shock fue 40% en P1 y 34% en P2 (p NS). La de shock séptico fue 50% en P1 y 0% en P2 y la de shock Hipovolémico 44% en P1 y 100% en P2 (p .00). La disfunción renal (creatinina ≥ 0.7 mg/dl) se presentó en 67.5% de P1 y 31.7% de

P2 (p .00). Si se utilizara el score de SOFA (creatinina ≥ 1.2 mg/dl) la presentaría 22.5% de P1 y 2.4% de P2 (p .00). En ambos grupos la resolución del embarazo fue principalmente por cesárea (P1 80% vs P2 83% p NS).

Conclusiones: 1 Las pacientes obstétricas críticas del sector Público presentaron mayor incidencia de morbilidad severa ("near-miss") comparadas con las del sector Privado; lo cual fue evidenciado en mayor frecuencia de SDRA y DOM, ARM y días de ARM, reintubación, autoextubación y uso de vía central. 2 La mortalidad materna en ambos grupos fue similar aunque la mortalidad neonatal fue significativamente mayor en el sector Público. 3 Si bien la incidencia de shock no fue diferente entre ambos grupos, el Shock Séptico se presentó exclusivamente en el sector Público y el Shock Hipovolémico fue más frecuente en el sector Privado. 4 El score de SOFA subestimaría la incidencia de disfunción renal en ambos grupos de pacientes debido a la disminución de los niveles de creatinina de referencia para las mujeres embarazadas o en puerperio inmediato.

0247 IMPORTANCIA DEL TISS 28 EN LA ADMINISTRACION DEL RECURSO DE ENFERMERIA

L COLSANI, Z AGUAD, E MANRIQUE, A TOBAL
Hospital Regional Ushuaia, Argentina.

Objetivo: El recurso humano formado y capacitado en enfermería es escaso, gran parte del éxito en los cuidados de un paciente crítico se centra en este grupo humano, nosotros no estamos ajenos a esta problemática, es por eso que queremos mostrar nuestros resultados en el cuidado de los pacientes críticos como parte del equipo interdisciplinario que trabaja en la UTI, apoyándonos para brindar este cuidado en un criterio racional de gestión y validado internacionalmente como el TISS 28 juntamente a los indicadores de estructura de enfermería en la UTI.

Material y Métodos: Estudio descriptivo del análisis retrospectivo de la base de datos del SATI-Q y datos aportados por la Dirección Provincial de Epidemiología, desde el 1/01/09 al 31/12/2009 inclusive, teniendo en cuenta la edad, sexo, APACHE II, TISS 28, Mortalidad esperada y real, número de enfermeros, licenciados de enfermería, dotación de camas, turnos de enfermería, horas por turno de enfermería.

Resultados: Se trata de UTI polivalente nivel II sin docencia (residencia médica) pero que cuenta con estudiantes de enfermería de la escuela provincial que realizan sus prácticas en el servicio, teniendo a los licenciados del servicio como monitores. Se atendieron 181 pacientes, con una edad promedio de 51.72 años (+/-SD 18.77), una distribución por sexo de 62.43% hombres y 37.57% mujeres, un APACHE II 13.36 (+/-SD 8.54), TISS 28 promedio de 51.72 (+/-SD 18.77) y una mortalidad real 17.68% (32) para una esperada de 16.9%. Con los siguientes indicadores de estructura; datos: enfermeros 15, licenciados enfermería 5, dotación de camas 6, turnos de enfermería por día 4, horas por turno de enfermería 6, resultados: Licenciados enfermería/Totales 0.33, Enfermeros por cama 2.5.

Conclusiones: • Adecuada relación de licenciados de enfermería siendo estos la tercera parte de los enfermeros. • El score de TISS 28 nos permitió hacer un uso racional del recurso de enfermería, direccionando este en los pacientes de mayor complejidad de atención y cuidados, esto se puede observar ya que prácticamente no hemos tenido diferencia entre la mortalidad esperada con la real.

0249 ESTUDIO SOBRE LA PRACTICA Y RESULTADOS EN LA VENTILACION MECANICA DE PACIENTES NEUROQUIRURGICOS EN UNA UCI

E ROSITI, M DI MARIA, M NANO, JM MONTERO, M ALCARAZ
Terapia Intensiva. Hospital Petrona V. de Cordero. San Fernando, Provincia de Buenos Aires., Argentina.

Objetivo: Determinar los días de AVM (asistencia ventilatoria mecánica), tiempo de desvinculación, extubación, su relación con el GCS

(Glasgow Coma Scale), tiempo de realización de traqueotomía, la mortalidad global, diagnóstico etiológico y desarrollo de NAVM (neumonía asociada a la ventilación mecánica) en pacientes neuroquirúrgicos internados en nuestro servicio de cuidados intensivos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo (revisión de historia clínica) observacional y descriptivo de pacientes neuroquirúrgicos adultos que ingresaron a nuestro servicio y que requirieron de ventilación mecánica en el período comprendido entre el 1° de Julio de 2008 al 30 de Abril de 2009; detallando datos demográficos, diagnóstico al ingreso, GCS (al ingreso, durante la desvinculación y al momento de extubación), días de AVM, días de desvinculación, días a la extubación, falla de extubación, tiempo de realización de traqueotomía y tasa de NAVM. Las variables asimétricas se expresaron en mediana y rango; y las simétricas en promedio y desvío estándar (DS).

Resultados: El total de pacientes que cumplían criterios de inclusión fue de 68 (49 masculinos) con una mediana de 52 años (13- 83). Las patologías al momento de entrada a la ventilación mecánica correspondieron a: de origen traumático 39 (57,35%), de origen vascular 25 (36,76%), neoplásicas 3 (4,41%) e hidrocefalia/difunción valvular 1 (1,47%). El número de fallecidos fue de 31 pacientes (45,58%). El GCS al momento de ingreso fue de 7 (3-15), 4 pacientes con GCS no evaluable. La mediana de días AVM fue de 5 (1-35). Los días de desvinculación fueron de 2 (1-21); el subgrupo de desvinculados, 39 pacientes (57,35%), presentaron 6 días de AVM (1-35) y un GCS de 9 (4-15). Los pacientes extubados fueron 24 (35,24%) con 4,5 días (1-16) de AVM y con un GSC 12 (7-15). 17 pacientes fueron traqueotomizados en un promedio de 14,17 días (DS 5,32) los días de AVM de estos pacientes fue de 11 (1-35). 2 pacientes (2,94%) se autoextubaron (GCS 15 y 11) sin requerir nueva intubación; y solo 3 pacientes (10,34%) necesitaron ser reintubados. 17 pacientes desarrollaron NAVM a los 8,35 días (DS 3,95) representando una tasa del 25% (3 tempranas a los 2,66 días (DS 0,57) y 14 tardías a los 8,68 días (DS 3,82)).

Discusión: La patología que prevalece es la de origen traumático, y la misma se asocia con una mayor mortalidad. Los pacientes traqueotomizados presentaron más días de AVM y de desvinculación. Los pacientes que se autoextubaron no requirieron reintubación. El porcentaje de reintubados es mas bajo que el de cifras internacionales publicadas. La NAVM tardía es la más prevalente en nuestra muestra de pacientes.

0250 SINDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS, PRESENTACION DE 3 CASOS AUTOCTONOS

M MUÑOZ, J DOGLIA, V NOVARESE, M ALBERT, M PONCE, M LOUGE, J PAGNI, G CORREA
Hospital Francisco Macia. Partido de la Costa, Mar de Ajó, Argentina.

Introducción: El Síndrome Pulmonar por Hantavirus es frecuente en nuestros país, en particular en aéreas endémicas. Existe una fuerte asociación clínico epidemiológica lo que genera la sospecha diagnóstica.

Objetivo: Presentar la experiencia de la Unidad de Terapia Intensiva de 3 casos de Hantavirus autóctonos de la zona. Ninguno de los tres casos presentaba nexo Epidemiológico habitual de la enfermedad.

Resultados: Promedio de edad 41.33 años, sexo masculino 100%, promedio de tiempo desde el inicio de síntomas 4 días. Síntomas: tos 100%, fiebre 100%, Disnea 100%, RX Tórax edema intersticial 100%, trastornos ECG 33%, hipoxemia 100%, hemoconcentración 100%, plaquetopenia 100%, hepatograma alterado 66%, insuficiencia renal 66%, hipoalbuminemia 100%. Requerimiento de VNI (Ventilación No Invasiva) 1/3, ARM (Asistencia Respiratoria Mecánica) 1/3, Shock 1/3, disfunción cardiovascular 1/3. Promedio días de internación 15. Los tres tuvieron confirmación serológica (IgM) (Virus Maciel) .

Comentario: En el periodo de tiempo comprendido entre Marzo 2006 y abril 2010, se registraron 3 casos de Síndrome Pulmonar por

Hanta virus, en el Partido de La Costa (Provincia de Buenos Aires). No existen reportes previos en el área. Los mismos ocurrieron en pacientes de sexo masculino, con edades comprendidas entre los 24 y 58 años. Ninguno presentaba nexo epidemiológico habitual. La sobrevida fue del 100%, reportando la literatura una mortalidad de hasta el 50 %. Creemos que a pesar de no presentar nexo epidemiológico, pacientes que ingresen con clínica compatible con esta etiología, deben considerarse entre los diagnósticos diferenciales.

0251 COMPLICACIONES EN TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA NO RELACIONADO CON SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA.

PE PETRACCA, RA FESTINO, AJ SIABA SERRATE, SF TORRES, G KUSMINSKY, L RICHARD, P SOSA, JL ARAGUAS, EA MARTINEZ DEL VALLE, T IOLSTER
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Objetivo: Describir la evolución y complicaciones de paciente sometidos a transplante de medula ósea (TMO) con células progenitoras hematopoyéticas no relacionadas procedentes unidades de sangre de cordón umbilical (TSCUNR). Diseño. Retrospectivo. Observacional.

Materiales y Métodos: Se obtienen datos epidemiológicos de los paciente que recibieron TAMO con sangre de cordón no relacionado. Se evaluaron: edad, diagnóstico, distribución por sexo, complicaciones y resultados.

Resultados: Desde mayo 2003, 41 niños fueron sometidos a TMO y 6 de estos recibieron TSCUNR. El primer TSCUNR se realizó en mayo 2006 y uno de los niños lo recibió en dos oportunidades. La edad media fue de 5 años; 2 fueron de sexo femenino y 4 de sexo masculino. Los diagnósticos fueron: Leucemia Mieloide Crónica Philadelphia negativo, Leucemia Linfoblástica Aguda T alto riesgo, Leucemia Linfoblástica Aguda Philadelphia positivo, Leucemia Mieloide Aguda tipo M5, Mucopolisacaridosis tipo 1, Linfocitosis Hemofagocítica. Una niña falleció en el día 110 post trasplante por enfermedad de injerto contra huésped refractaria a tratamiento. De los 5 sobrevivientes, solo 2 mantuvieron el injerto; los restantes tres presentan recuperación hematológica autóloga. Las complicaciones fueron: 1) Leucoencefalopatía posterior reversible en 3 pacientes; dos con recuperación total y uno persistió con cuadro convulsivo. 2) Síndrome linfoproliferativo pulmonar múltiple. 3) Reactivación de citomegalovirus en 3 pacientes. 4) Enfermedad de injerto contra huésped e 2 pacientes.

Conclusiones: La utilización de sangre de cordón no relacionado es una alternativa que contribuye a ampliar la población pasible recibir un transplante de medula ósea. Las complicaciones relacionadas a este tipo de tratamientos constituyen un grupo de patologías emergentes relacionadas a las que se debe enfrentar el intensivista pediátrico.

0252 HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA EN EL DESTETE PROLONGADO. SERIE DE CASOS

D VIOLI, S JIMENEZ, V LAURIA, B VAZQUEZ, J STRATI, M PRIETO, G BENAVENT, R SALAS, L CRISTALDO, C ROMANO, C PEREYRA, L BENITO MORI
HIGA Profesor Dr Luis Guemes-Haedo-BsAs, Argentina.

Introducción: Una de las estrategias para acortar el tiempo de destete es la rehabilitación respiratoria con un cicloergómetro utilizado tanto en la cama como fuera de ella y la movilización temprana, la cual debe iniciarse cuando los pacientes están fisiológicamente estables con actividad progresiva. Caso 1 (Neuromuscular) Mujer de 57 años con Miastenia Gravis, atc de HTA, TBQ, previa crisis miasténica 2 meses antes con necesidad de VM por 10 días, ingreso por insuficiencia respiratoria secundario de crisis miasténica, intercurrió con infección respiratoria y urinaria. Por reiteradas pruebas fallidas en tubo en t y polimioneuropatía se traqueostomía e iniciar un plan

de rehabilitación, se logra retirar la VM a 20 días. Caso 2 (EPOC Masculino de 46 años, EPOC, tabaquista severo, HTA). Ingresó a UCI NACG con necesidad de ventilación mecánica (VM) por 5 días. Reingresa 24 hs después en UCI por insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía, requiriendo VM. Con prueba fallida en TT se traqueostomía e inicia plan de rehabilitación en VM. Luego de 22 días de ejercicios se logra retirar la VM. Es externado luego de 55 días de internación. A los tres días reingresa a UCI por insuficiencia respiratoria aguda por neumonía, se constata estenosis traqueal, requiriendo procedimiento invasivo para su resolución. Por no tolerar pruebas en TT con signos de agotamiento en el tiempo, nuevo plan de rehabilitación hasta el alta a los 29 días de internación. Caso 3 (Shock Septico-amputación) Masculino de 27 años, con atc de DBT I. Ingresó por herida de arma de fuego en muslo con lesión vascular con mala evolución que requiere amputación por infección de partes blanda. Estabilizado, en tto atb con gran desnutrición y polineuropatía multifactorial, inicio plan de rehabilitación. Se logra retirar de VM a los 30 días de su primera prueba de ventilación espontánea fallida.

Discusión: Ante la problemática del destete prolongado y polineuropatía del paciente crítico, la bibliografía aporta artículos describiendo la utilización de cicloergómetro y movilización precoz, por lo cual nosotros utilizamos este plan de rehabilitación; el cual consistía en movilidad ROM pasiva/activa-asistida o activa según tolerancia y ejercicios de fortalecimiento muscular con o sin carga, sedestación precoz al borde y transferencia al sillón, pedalera y bicicleta, marcha con o sin asistencia. Nuestra serie es limitada y no permite extraer conclusiones en este sentido. Pero demuestra que la utilización en paciente-problema en destete prolongado, no trae complicaciones en área crítica. Otro punto a comentar, es el llamativo cambio de ánimo en el paciente, la familia como del equipo de trabajo luego de las primeras sesiones de ejercicio. Posiblemente el ocio de sesiones prolongadas de tubo en t, asociadas a la postración, muchas veces en soledad, fomenten depresión, tanto previa, como parte de su personalidad o nueva por la situación incierta actual. Se observó aumento del trabajo asistencial

0254 INFECCIONES SEVERAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-C) EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

D FLORES, G MENDEZ, D RIVERO

Hospital Público Materno Infantil, Argentina.

Introducción: Se ha reportado en la literatura mundial un importante incremento en las infecciones severas causadas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente en la comunidad. Nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), ha observado la aparición de infecciones invasivas graves por SAMR-C, en niños sanos.

Objetivo: Analizar características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de infecciones causadas por SAMR-C en niños previamente sanos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes pediátricos (1 mes-14 años), admitidos en UCIP de nuestro Hospital desde enero 2009 a enero 2010, con infección clínica y microbiológicamente documentada por SAMR-C

Resultados: Entre enero 2009 y enero 2010, ingresaron en UCIP 13 pacientes previamente sanos con Infección primaria grave por SAMR-C. La edad media fue 7 años (r 3 meses - 14 años); sexo masculino 61,5% (8), predominando en los meses de verano 61,5% (8). El 84,6% (11) fueron derivados del interior de la provincia. El 61,5% tuvo más de 2 consultas médicas previas al momento de la internación. Al ingreso hospitalario el 84,6% presentaron criterios de Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS). Otros síntomas: rash (7), dolor abdominal (5), dolor e impotencia funcional (5) y mialgias (4). Las formas de presentación más frecuentes: NEUMONIA (11), INFECCION PIEL Y PARTES BLANDAS (7) y INFECCION OSTEOARTICULAR (4). El 53,8% (7) tuvieron antece-

dentos de traumatismos banales (caídas de propia altura, caída de bicicleta, torceduras). Se aisló SAMR en: hemocultivos (11), lavado bronco alveolar (5), líquido pleural (4), colecciones subcutánea (4) y líquido articular (3). La media de glóbulos blancos fue 14450 (r 4600 - 25000). Presentaron evolución tórpida: shock refractario a catecolaminas 84,6%, uso de corticoides endovenosos 61,5%, y ventilación con presión positiva 92,3%. La estadía media en UCIP 9 días (r 1 - 28 días). Fallecieron 46,2% (6). Las principales complicaciones fueron: NEUMONIA NECROTIZANTE 86,6% y ABSCESOS SUBCUTÁNEOS 61,5%. Requirieron tratamiento quirúrgico 100%. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico empírico adecuándose según antibiograma a las 48 hs de su ingreso a UCIP.

Conclusiones: Las infecciones invasivas por SAMR-C afectaron a niños previamente sanos en un rango amplio de edades, presentando una elevada morbi mortalidad. El 53,8% presentó antecedente de traumatismos banales, y los síntomas inespecíficos iniciales obligaron a consultas reiteradas antes del ingreso hospitalario. Al momento del ingreso a UCIP el 84,6% presentaba criterios para SIRS. Las formas clínicas predominantes fueron Neumonía e Infección de piel y partes blandas, requiriendo tratamiento quirúrgico en 100%. La mortalidad fue de 46%.

0256 INTERPRETAR LA CURVA DE PIC ES TAN UTIL COMO EL VALOR NUMÉRICO DE LA MISMA

M VILLALOBOS, J VÁQUEZ, C CORONEL, R GÓMEZ P, S MARTINES, J MÉNDEZ, L WAISBLATT, A SCHROETER, J COGORNO, C KECSKES, S GIANNASI, E SAN ROMÁN

Hospital Italiano de Buenos Aires Centro Agustín Roca, Argentina.

Introducción: Interpretar la curva de PIC y no solo el valor numérico de la misma, tiene mucha importancia en los pacientes con TEC Grave, que cursan la etapa aguda del mismo. Interpretar adecuadamente los cambios en la misma es fundamental para implementar una terapéutica que permita un mejor Glasgow Outcome.

Caso Clínico: Paciente de 18 años de edad, ingresa con antecedente de trauma de cráneo GCS 9/15. Mecanismo del trauma (caída de 8 metros de altura, cargando ladrillos en una construcción, se rompe el andamio cae en un tanque de agua). Al ingreso a cuidados Intensivos se observa en Tc de Cerebro cerebro normal, a 12 hrs. Tc de control muestra contusión frontal derecha. A 24 horas se observan cambios en la curva de PIC, en donde se observa pérdida progresiva de compliance cerebral, (cambios en las ondas de la curva de PIC), esto se interpreta como una posible lesión ocupante de espacio, se solicita nueva Tc de cerebro, en donde se observa aumento contusión frontal derecha y una incipiente frontal izquierda, se procede a realizar craniectomía descompresiva bifrontal. Permanece con valores altos de PIC por 4 días, disminuyendo progresivamente, se realiza traqueostomía precoz, esquemas antibióticos de acuerdo a protocolo, paciente con evolución clínica favorable es dado de alta con GOC de 5.

Discusión: Interpretar el valor numérico de PIC implementar para una terapéutica es fundamental para el manejo de la hipertensión intracraneana, pero no se debe olvidar que interpretar los datos que aporta la modificación de la curva de PIC, presentación de ondas anormales por pérdida de la compliance cerebral, debido a la modificación de los compartimentos cerebrales, por lesiones secundarias a injurias cerebrales.

0257 VALORACION DE MORTALIDAD Y ALTERACIONES FUNCIONALES EN PACIENTES TRAUMATIZADOS PEDIÁTRICOS

M RABINO, PA CASTELLANI, MC RASETTO, D BERGNA, MF PODESTÁ, N RAUL, L MORENO

HIAEP Sor María Ludovica, Argentina.

Introducción: El trauma representa la primera causa de muerte prevenible en niños y adultos jóvenes y es importante ubicar a los

pacientes traumatizados en categorías de gravedad para poder establecer así las modalidades de tratamiento.

Además de la mortalidad elevada no se debe perder de vista la morbilidad asociada y la gran cantidad de secuelas que trae aparejada, ya sean temporales o permanentes.

Objetivos: 1- Categorizar severidad de los pacientes traumatizados en el período 02/07/08 al 02/04/10 según diferentes escores de gravedad determinando su pronóstico de sobrevida. 2- Describir evolución a corto y largo plazo, determinando secuelas, tanto físicas como psíquicas.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo de pacientes traumatizados en niños de 1 mes a 15 años de edad en la UTIP del HIAEP Sor María Ludovica durante el período de estudio.

Resultados: De un total de 655 pacientes ingresados en nuestro servicio durante el mencionado período, 47 (7.17%) fueron pacientes traumatizados. La edad promedio en meses fue de 92.55 ± 55.5 , siendo 28 (59.57%) de sexo masculino.

Los mecanismos de trauma encontrados fueron: pasajero de vehículo en 18 pacientes (38.30%); caída de altura en 9 (19.15%), peatón en 9 (19.15%) y otros mecanismos en 11 (23.40%); en este último grupo se incluyeron caída de TV, caballo, babyseat y herida por arma de fuego. El promedio de días de internación fue de 12.94, con un rango de 1 a 223 días.

La gravedad y probabilidad de morir al ingreso fue evaluada según escores de PIM, AIS e ISS cuyos resultados fueron. PIM 13.20 ± 21.5 (0.94-84.1); AIS 3.76 ± 1.16 ; ISS 22.4 ± 16.44 . El Glasgow, evaluado en 41 de los 47 pacientes arrojó un promedio de 8.85 ± 4.4 . Con respecto al tratamiento, el 59.6% requirió ingresar en asistencia respiratoria mecánica durante un promedio de 4.89 ± 7.85 días. Se utilizó monitoreo de PIC en 13 pacientes (28%) y requirieron craneotomía descompresiva de 6 de ellos. La evolución de los pacientes fue analizada al alta de UCIP según GOS (Glasgow Outcome Scale) (46 pacientes), con un resultado de 3.89 ± 1.59 . En 38 pacientes se realizaron escalas PCPC (Pediatric Cerebral Performance Category) y POPC (Pediatric Cerebral Performance Category)

	alta (38 pacientes)	3 meses (25 pacientes)	6 meses (12 pacientes)
PCPC	1.55 ± 1.03	1.4 ± 1	2.17 ± 1.47
POPC	2.16 ± 1.10	2 ± 1.22	2.42 ± 1.31

La mortalidad fue de 14.89%. 7 pacientes fallecieron durante su estadía en UCIP.

Conclusiones: La mortalidad estuvo correlacionada de manera positiva con el escore de PIM.

La alteración funcional evaluada al alta, a los 3 y 6 meses reflejan un deterioro funcional leve a moderado en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, esto lleva implícito un grado de alteración en la dinámica familiar y atención sanitaria no menos importante y que no debe soslayarse al considerar el seguimiento de los pacientes.

0258 PRESENTACION DE TRABAJOS LIBRES DE ENFERMERIA EN LOS CONGRESOS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA.

M SALAS^{1,2}, J SAGARDIA²

¹ Hospital Universitario Austral, Argentina. ² Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, Argentina.

Introducción: La presentación de trabajos libres en los congresos es una práctica poco habitual como así también es poco lo que se conoce de la investigación de enfermería en cuidados críticos en el contexto argentino. Según un informe elaborado por la OPS, en el contexto Latinoamericano, la producción de publicaciones científicas en enfermería es escasa aunque en los últimos años se observó un incremento del 10% de la tasa anual, encontrándose en 4° lugar la Argentina. El progreso del conocimiento, nuestra necesidad de conocer, es primordial motivo de toda investigación. La investigación constituye junto con la gestión, la práctica y la educación uno de los cuatro pilares en lo que se fundamenta la enfermería.

Objetivo: Describir los diferentes tipos de trabajos presentados en el área de Enfermería en Cuidados Críticos en los congresos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) durante el período 2006-2008.

Método: Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Se identifican a los trabajos presentados de acuerdo al tipo de estudio y estrategias metodológicas.

Resultados: Se identificaron 686 trabajos libres presentados en los congresos de SATI durante el período descripto, de los cuales 34 (5,24%) fueron expuestos en el área de Enfermería en Cuidados Críticos. Se excluyeron del análisis los trabajos realizados por médicos y kinesiólogos. Ver tabla.

		2006	2007	2008
Total de trabajos publicados		235	187	264
Trabajos DE ENFERMERIA		9 (3,82%)	9 (4,81 %)	16 (6,06%)
Estudios descriptivos	Reporte de caso	0	2	2
	"series de casos, experiencias de la unidad"	2	3	7
Estudios analíticos	Corte transversal	7 ENCUESTA: 1 ENTREVISTA: 1	4 ENCUESTA: 1 ENTREVISTA: 0	7 ENCUESTA: 5 ENTREVISTA: 2
	Caso-control	0	0	0
	Estudio de Cohorte	0	0	0

Conclusión: La presentación de trabajos libres durante los años 2006, 2007 y 2008 es escasa. La presentación de estudios analíticos fue mayor que la de estudios descriptivos. Dentro de los estudios analíticos no hubo estudios de casos y controles, ya que el 100 % fueron estudios de corte transversal. La encuesta es la modalidad más utilizada. Teniendo en cuenta estos resultados, y la evidencia científica en el marco de la investigación es necesario buscar estrategias para estimular la producción científica desde las instituciones de salud y sociedades científicas y de enfermería.

0259 ENCEFALITIS DISEMINADA AGUDA

M GARRIBIA, V LARA, D OLMOS, M LEIVA, M MOYA
Sanatorio del Salvador, Argentina.

Objetivo: Reportar caso de Encefalitis Diseminada Aguda (A.D.E.M.).

Material y Metodo: Paciente de 24 a. sexo F. App de crisis convulsivas infantiles, internada en Terapia Intensiva por Síndrome Confusional Agudo asociado a S. febril. Al ingreso presenta disminución en el estado de conciencia de 4 horas de evolución, somnolienta, sin antecedentes de fármaco o drogas ilícita; febril de 7 días de evolución sin causa aparente. No refiere crisis mioclonica o movimiento anormales. Examen físico: CSV: TA: 120/80 mmhg, T° 36.5 Fr: 20 SatO2: 97%. Ap neurológico: paciente con somnolencia, reflejos conservados, pupila isocóricas reactivas, sin fotofobia, sin rigidez de nuca, Glasgow 13/15. Resto S/P.Rx de torax y ECG normales. Laboratorio: GB 9100, Hto: 37%, Hgb: 12 grs/dl, Urea :51, Cr: 1,05, Pla: 197.000, Pro.T.: 5,7mgrs/dl. Na 140 meq/l. K: 3,5 meq/l. Se realiza PL: sin alteraciones; TAC parámetros normales.

La paciente evoluciona con síndrome convulsivo tónico-clónico generalizado con nistagmus horizontal, pupilas midriáticas hipo reactivas. Carga y mantenimiento de fenitoína sin respuesta aceptable. Deterioro del Glasgow 11/15; se inicia tratamiento con Aciclovir, Acido Valproico y Thiopental. Se realiza RNM: lesiones focales que comprometen ambos putámenes, hipocampo derecho y lesión cortical parietal superior. Imágenes compatibles con Adem vs Crowfiel Jacob. Se hace diagnóstico de ADEM y se trata con gama globulinas durante 7 días; evoluciona lentamente 25 días de ARM.

Paciente con déficit motor generalizado por miopatía Glasgow 14/15 es dado de alta a sala común. Alta sanatorial a los 30 días, con deficit mínimo.

Conclusion: ADEM es un aengfermedad relativamente infrecuente, su incidencia real es difícil de establecer, dado que las publicaciones comunicaron casos aislados o series reducidas, representa 1/3 de los casos diagnosticados como encefalitis en la bibliografía mundial.

0260 LA HABILIDAD DE ENFERMERAS ENTRENADAS PARA DETECTAR ESFUERZOS INSPIRATORIOS INEFECTIVOS ES IGUAL A LA DE MÉDICOS INTENSIVISTAS ESPECIALIZADOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA

A ESTRUGA¹, E CHACON¹, B SALES¹, J MONTANYA¹, R JAM¹, O GARCIA-ESQUIROL^{1,2}, A VILLAGRA¹, G MURIAS^{3,4}, R FERNANDEZ⁵, M BORELL⁶, U LUGANGELO⁶, LL BLANCH^{1,5,7}

¹ Corporacio Parc Tauli, España. ² Fundació Althaia, España. ³ Clínica Bazterrica, Argentina. ⁴ Clínica Santa Isabel, Argentina. ⁵ CIBERes, España. ⁶ Ospedale Cattinara, Italia. ⁷ Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Introducción: La presencia de esfuerzos inspiratorios inefectivos (EII) es un problema común en ventilación mecánica (VM) y ha sido asociado con un incremento en la duración de la misma, del tiempo de estadía en UTI, el costo de la internación y la mortalidad. Actualmente, la detección de los mismos sólo puede realizarse "bedside" mediante la observación continua del paciente y de la interface del ventilador.

Objetivo: Nos propusimos evaluar la hipótesis de que enfermeras entrenadas podían tener igual habilidad para detectar EII que médicos intensivistas especializados en VM.

Métodos: Base de datos: diseñamos un sistema que captura, sincroniza, normaliza, condiciona y almacena datos provenientes de monitores y respiradores (BetterCare®, Barcelona, España). El sistema fue instalado en 2 camas del hospital de Sabadell, España y se registraron 2.608.800 respiraciones correspondientes a 8 pacientes mayores de 18 años ventilados por al menos 24hs. Un programa de muestreo seleccionó 1024 respiraciones con diferentes niveles de alteración del patrón espiratorio que fueron grabadas como imágenes en formato JPEG. Cada imagen incluyó el trazado de flujo, el trazado de presión en la vía aérea y el trazado de presión intratorácica (medida con un transductor de presión acoplado a un balón esofágico o al manguito del TOT). Fase de entrenamiento: tras brindar a las enfermeras bibliografía de interacción paciente-ventilador, médicos intensivistas especializados en VM las entrenaron en mecánica respiratoria y en el análisis de curvas de flujo, presión en la vía aérea y volumen en el tiempo y en la detección a visual de EII durante la espiración. El entrenamiento se realizó durante 2hs por día por 20 días. Fase de validación: Las imágenes fueron analizadas por las dos enfermeras entrenadas y por 3 médicos intensivistas especializados en VM. En cada una de las imágenes mostradas, se solicitó a los participantes que dijeran si había o no un EII o si no podían determinarlo. Ninguno de los participantes tuvo conocimiento de las respuestas de los otros. Análisis estadístico: Los resultados de médicos y enfermeras fueron comparados mediante Test de correlación de Kendall y Chi Cuadrado. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Para el análisis, la opinión de los médicos especializados en VM fue considerada el "Gold standard".

Resultados: El Test de correlación de Kendall para la Enfermera 1 fue de 85.3% ($p < 0.001$) y para la Enfermera 2 de 83.5% ($p < 0.001$). El valor predictivo positivo de la Opinión de la Enfermera 1 fue de 97.2% y el de la Enfermera 2 de 98.4%. Los valores predictivos negativos fueron de 95.4% y 70.7%, respectivamente. El test de Chi Cuadrado de independencia fue significativo ($p < 0.001$ en ambos casos).

Conclusiones: Las enfermeras entrenadas tuvieron una habilidad comparable a los médicos especializados en ventilación mecánica para detectar EII. Esto sugiere una nueva competencia clínicamente importante del personal de enfermería en cuidados intensivos.

0261 EXPERIENCIA EN UTI DE UN HOSPITAL MUNICIPAL DURANTE EL BROTE DE INFLUENZA A (H1N1), AÑO 2009

J DOGLIA, V NOVARESE, J DIAZ, M ALBERT, M LOUGE, G CORREA, M PONCE, N CARRO

Hospital Francisco Macia, Mar de Ajó, Partido de la Costa, Argentina.

Introducción: La epidemia de Gripe A (H1N1) iniciada en abril 2009 en México y EEUU, afectó nuestro país durante la pasada temporada invernal, originando un desafío asistencial para el Sistema de Salud en todos sus niveles

Objetivo: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes internados con diagnóstico presuntivo de Influenza A H1N1 en UTI de un Hospital Municipal.

Material y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectivo, realizado en UTI, centro de derivación de 3 Hospitales Municipales de menor complejidad. Se incluyeron todos los pacientes internados, por Enfermedad Tipo Influenza (ETI), desde el 18/06/2009 hasta el 31/07/2009. Se obtuvieron muestras respiratorias para Influenza A H1N1 (hisopado nasal-naosfaríngeo), en todos los casos.

Resultados: Sobre un total de 155 pacientes internados por ETI en el período, 11 requirieron UTI. Edad promedio 47 años, mediana 52 años, rango de 15 a 82 años. 60% fueron mujeres. Score APACHE II al ingreso 12, rango 2 a 17. Comorbilidades: DBT 27%, obesidad 54%, EPOC 45%, Embarazadas 0, infección por HIV 0. En cuanto a las manifestaciones clínicas: todos presentaban hipotermia, infiltrados radiológicos bilaterales de distribución heterogénea. Requirieron AVM (Asistencia Ventilatoria Mecánica) 27 %, VNI (Ventilación No Invasiva) 45%, promedio días de utilización 4 días. Solo 3muestras respiratorias fueron positivas para Influenza A H1N1. Del resto no se obtuvo resultados. El promedio de días de estadía fue 5,36, la mortalidad 18%. Ninguno de los pacientes estaba inmunizado frente a gripe estacional.

Conclusiones: Solo 2 pacientes requirieron AVM por hipoxemia refractaria. La sobrevida de los que requirieron VNI (con respirador) fue del 100% lo que explica la utilidad del dispositivo. Ninguna embarazada requirió cuidados críticos. Obtener el resultado de los Hisopados respiratorios resultó dificultoso y lento. La población asistida no había sido inmunizada frente a Influenza a pesar de pertenecer a grupos de riesgo.

0263 VALOR DIAGNOSTICO DE MICROHEMORRAGIAS CEREBRALES EN TERAPIA INTENSIVA

A MARTINEZ, C BARRIOS, C BESADA, S GIANNASI, E SAN ROMAN

Hospital Italiano, Argentina.

Objetivo: Presentar serie de casos de microhemorragias cerebrales. Discutir diagnósticos diferenciales y métodos diagnósticos. **Caso 1:** varón de 60 años, tabaquista que ingresa por hematoma intracerebral (HIC) temporoparietal izquierdo (TPI). Requiere drenaje quirúrgico. Tomografía de cerebro control expansión de la lesión. Se realiza craniectomía descompresiva. Evoluciona con cuadro excitación psicomotriz al reducir sedación. Se repite TC cerebro: hematoma TPI sin cambios nuevos sitios de sangrado a nivel bifrontal. Se realiza angiografía de cerebro: evidencia sangrado antes descriptos múltiples focos nuevos a través de técnica de gradiente de eco (GRE) y se descartan malformaciones vasculares. Alta sospecha de angiopatía amiloide. **Caso 2:** mujer de 72 años con antecedentes de deterioro cognitivo, que ingresa con deterioro del sensorio y foco parietal izquierdo de 24 horas de evolución. Se realiza TC de cerebro lesión hiperdensa frontal derecha con efecto de masa y otra occipital izquierda. Drenaje quirúrgico de hematoma frontal derecho. Buena evolución. Alta de terapia intensiva (TI) a los 20 días con mínima paresia izquierda. A los 5 días del alta de TI, presenta convulsiones y coma. TC de cerebro extensa lesión hemorrágica corticosubcortical frontoparietotemporal izquierdo mas hematoma subdural frontal izquierdo Mala evolución, fallece a las 24 hs.

Alta sospecha de angiopatía amiloide. **Caso 3:** varón de 44 años con reemplazo valvular aórtico mecánico en 1998, anticoagulado con warfarina que presentar disartria y parestiasias en hemicuerpo izquierdo RM de cerebro: lesión hiperdensa temporal derecha cortico-subcortical y foco hipointenso en GRE parietal izquierdo. Al mes presenta cefalea y foco neurológico izquierdo. Con anticoagulación en rango. TC de cerebro: imagen hiperdensa temporal derecha aguda. Ecocardiograma tranesofágico: dehiscencia de válvula aórtica y pseudoaneurisma en seno coronario, mas imagen móvil a nivel anillo aórtico. AngioRM: sin malformaciones vasculares. Sospecha de endocarditis de válvula protésica con embolias cerebrales.

Comentario: las microhemorragias cerebrales se definen como múltiples focos de de sangrado entre 5 y 10 mm hipointensas en GRE. Muchas veces son hallazgos imagenológicos, la importancia radica en pueden predisponer a sangrados lobares y se asocian a deterioro cognitivo. Las causas más frecuentes son la angiopatía amiloide y las asociadas a hipertensión arterial crónica. Otras causas: daño axonal difuso, neurovasculitis y vasculitis secundaria a infecciones, malformaciones vasculares, más raramente CADASIL (arteriopatía autosómica dominante y leucoencefalopatía)

Conclusiones: La presencia de microhemorragias cerebrales múltiples y en diferentes sitios y tiempo de sangrado son sospechosos de angiopatía amiloide. Las técnicas de susceptibilidad magnética (GRE) tienen alta sensibilidad para el diagnóstico de microhemorragias cerebrales.

0264 MEDIASITINIS SECUNDARIA A ABSCESO ODONTOGENO

M VILLALOBOS, A CAÑIZO, D VERA, D TEDESCO, H NÚÑEZ, D VIOLI, L BUIRA, M CORRAL, F ABDALA, M QUINTEROS, D CERASO

Sanatorio San Lucas, Argentina.

Objetivo: Presentar un paciente con antecedente de extracción dentaria con mal manejo antibiótico, que presenta cuadro de Mediastinitis.

Caso Clínico: Paciente de 23 años, antecedente de tabaquista, ingresa por cuadro de 48 horas caracterizado por edema en cuello, odinofagia, disfagia, disfonía, afonía, trismus, fiebre. 5 días después de extracción del tercer molar inferior izquierdo. TC de Cuello In-forma: Aumento de estructura de partes blandas e irregularidad de los planos del piso de la boca del lado izquierdo, con punto de anclaje dentario inferior en íntima relación con glándula submaxilar inferior. Hay aumento de estructuras de partes blandas parece ser una colección de aire en su interior con extensión de la lesión de hacia la región lateral de cuello que desplaza las estructuras de la línea media (laringo -faringe, esófago proximal). Ecografía de partes blandas: Glándula submaxilar de mayor tamaño con contenido aéreo y aumento de la vascularización. Examen físico de la boca: Lesión del tercer molar con drenaje de pus. Al ingreso: GB: 32.000, resto laboratorio normal. A 7 días del evento, se drena colección en cuello, dejando drenaje "Penrose". Eco doppler de vasos de cuello: Sin alteración, hay colección heterogénea en cara anterolateral izquierda de cuello, hasta el opérculo torácico mide 80 por 50 mm, colecciones difíciles de delimitar en región paralaríngea izquierda y piso de la boca. Se toman muestras para cultivo. (Col. De Gram, Bac. Positivos, Cocobasilos Positivos Streptococcus viridans). Respondiendo a terapéutica antibiótica implementada.

Discusión: El mediastino delimitado entre los sacos pleurales, Esternón y columna vertebral. La afección aguda por una infección en la cabeza o cuello (mediastinitis necrotizante descendente), cirugía de la zona (mediastinitis postquirúrgica), perforación aérea - digestiva. La forma aguda, mortalidad mayor al 20% secundaria a (Gram positivos), producen colecciones purulentas en mediastino, los Bacilos Gram positivos pueden ser por una infección sinérgica con gérmenes Anaeróbicos. La forma crónica de inflamación granulomatosa de ganglios linfáticos mediastínicos (mediastinitis fibrosante). Secundaria a (tuberculosis, histoplasmosis, sarcoidosis,

silicosis, enfermedades fúngicas). La mediastinitis fibrosante tiene clínica (por compresión de la cava superior; obstrucción de vías aérea o vasos pulmonares; parálisis del frénico. La inmunodepresión (Alcoholismo, Diabetes Mellitus, Hipoalbuminemia), facilitan el inicio y progresión de la infección.

Recomendación: Las lesiones en boca con mal manejo de antibióticos, puede causar infecciones severas. Se deben sospechar, para prevenir complicaciones e instaurar una terapéutica adecuada.

0265 INFLUENZA A H1N1, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE EN UTI

M NANO, J GOMEZ, L FRANCONIERI, C DHERN, J CAMPOS PEREZ, J LAMAS, JM MONTERO, M DI MARIA, E ROSITTI, M ALCARAZ

Hospital Petrona V. de Cordero de San Fernando, Argentina.

Introducción: La pandemia de gripe del nuevo virus A H1N1, afecto a nuestro país en forma intensa durante la pasada temporada invernal.

Objetivo: Comunicar experiencia de pacientes con IRAG, SDRA, neumonía grave que ingresaron en ARM, durante la pandemia de Gripe A, en una UTI de adultos.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, se incluyeron 17 pacientes que ingresaron con IRAG que requirieron ARM al ingreso a UTI, con antecedentes de síndrome gripal previo, en el periodo desde el 01/06/2009 hasta el 31/10/2009. Se recolectaron datos en tiempo real en planillas Excell, se consignó sexo, edad, tiempo de evolución previa al ingreso, días de internación, vacunación, enfermedades previas, mediciones de PEEP, compliance en ARM y laboratorio. Se evaluó resultados de cultivos, previos a la administración de medicación antiviral. Se valoró el SDRA, y radiología compatible. Se utilizaron Scores de gravedad como APACHE II, CURBE 65, MURRAY y PORT, y se realizó detección de PCR-rt para influenza A H1N1.

Resultados: Durante el período evaluado, ingresaron 17 pacientes de los cuales resultaron positivos 5 casos (30%), para influenza H1N1 por PCR-rt, 2 casos negativos, (11,7%), y 10 casos (58%) con presunción diagnóstica, que presentaron IRAG, con síndrome gripal previo a la internación, de los que no se obtuvo devolución de resultados por parte del Instituto Malbrán. El grupo etario fue mediana de 42,4 (22-72), masculinos 58,8%, femeninos 41%. El 77% presentaba factores de riesgo: EPOC (23,5%), Obesidad mórbida (23.5%), Asma (6%), insuficiencia Renal (6%), Embarazo (11%), DBT (6%), Embarazo (11,7%), HTA (29%), Enfermedad Neoplásica (6%), Adicto a Drogas (6%). El tiempo de comienzo de los síntomas fue en promedio de 5,2 días. Estadía en UTI promedio fue de 7,75 días (1-25). El hallazgo radiológico observado fue infiltrado intersticial difuso, infiltrado focal y segmentario, y SDRA. Al ingreso no se presentó coinfección bacteriana. Recibieron tratamiento empírico con oseltamivir 150 mg cada 12 hs., y antibiotioterapia empírica. El 94% presentaba hipoxemia grave al momento del ingreso, PaO₂/FIO₂ de 88 (54-180), APACHE II 24 hs. fue de 18,6 (6-30), APACHE II a las 48 hs. fue de 29 (18-30), Score de MURRAY promedio fue de 3,35 (1,75-3,35), PORT fue de 119 (7-191), CURBE 65 promedio 3. En ARM la PEEP utilizada fue de 13,12 (6-20), Compliance de 28,8 (20-40). Presentó shock hemodinámico el 66%, hemodiálisis 11%, y la mortalidad observada fue del 100%. Se realizó decúbito prono al 60% de los pacientes.

Conclusiones: La población asistida presentó vacunación incompleta. Ingresaban tardíamente a la UTI, con grave hipoxemia que requería ARM al ingreso a UTI.. No se encontró un patrón radiológico distintivo de influenza A H1N1. Se observaron altos Scores de gravedad. Utilizamos valores conservadores de PEEP al ingreso, dependiendo del estado hemodinámico del paciente, y maniobras de reclutamiento alveolar. La mortalidad observada fue compatible con la gravedad del SDRA.

0266 ACIDOSIS LACTICA SECUNDARIA A INTOXICACION POR METFORMINA

M VILLALOBOS C, J VÁZQUEZ, C CORONEL, R GÓMEZ P, S MARTINES, L WAISBLATT, A SCHROETER, J COGORNO, J MÉNDEZ, C KECSKES, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, M VILAS, S ALGRANATI

Hospital Italiano de Buenos Aires Centro Agustín Roca, Argentina.

Objetivos: Presentar un caso de intoxicación metformina en una paciente con antecedentes psiquiátricos, se plantean dos opciones terapéuticas, hemodiálisis versus bicarbonato de sodio, se opta por esta segunda opción. Con evolución clínica favorable.

Caso Clínico: Paciente de 51 años de edad con antecedente de Trastorno Bipolar Tipo 1, Psicosis Puerperal (1990), Diabetes tipo II, Hipotiroidismo, Stent Coronario, Hipertensión Arterial. Medicada habitualmente con: Metformina 850 mg/día, Benzofibrato 400 mg/día, Valcote 1250 mg/día, Venlafaxina 150 mg/día, Clonazepam 2 mg/día, Zolpidem 10 mg/día, Levotiroxina 100 mg/día, Losartan 50 mg día. Ingresa a UTI, por cuadro de intoxicación medicamentosa: consumo de 7 blisters de Rivotril de 2/mg, 10 blister de Metformina de 850 mg., 4 blister de Losartan de 50 mg. El laboratorio de ingreso: Hto: 35.5, GB: 11.850, Segm: 52.5, Plaquetas: 285.000, Glucemia: 58, Uremia: 32, Creatininemia: 1.16, TP:82, APTT: 31, Rin: 1.14, EAB: Ph:7.16, PCO2: 45.8, EB: - 11.6, Bic: 16.2, PO2: 102, Sat.O2: 89.1, Láctico: 11.2. Laboratorio de control a 6 horas del ingreso: Ph: 7.26, PCO2: 25.8, EB: - 12.9, Bic: 13.7, PO2: 170, Saturación de O2: 99.4, Láctico: 14.3, Ionograma: Sodio: 150, Potasio: 4, Cloremia: 111. Se plantean dos opciones terapéuticas – hemodiálisis o - infusión de bicarbonato de sodio, se opta por la administración de bicarbonato de sodio 100 meq/l Se solicita nuevo estado ácido base post-administración a 30 minutos: Ph: 7.51, PCO2: 28.3, EB: 1.1, Bic: 22.7, PO2: 95, SO2: 95.4, Láctico: 2.2.

Discusión: El tratamiento con Metformina (biguanida), para la DMT II, puede presentar como complicación acidosis láctica. La mortalidad tiene una incidencia que oscila entre (50-80 %). El tratamiento con Metformina presenta efectos adversos como: Acidosis láctica, Trastornos gastrointestinales, Hipoglucemia, Malabsorción de Vit. B12, Mala absorción Ácido fólico y Hemólisis. El mecanismo de la acidosis no es del todo clara, se asocia con Alcoholismo, Insuficiencia Hepática, EPOC, Insuficiencia Renal. El tratamiento en base a administración de bicarbonato de sodio es controvertido no tiene evidencia de se asocie a un mejor pronóstico, la hemodiálisis se justifica por la mala unión de la metformina a las proteínas plasmáticas, mejorando el estado ácido base. El tratamiento de acidosis láctica en base a hemodiálisis con solución de bicarbonato ayuda a eliminar la metformina plasmática permitiendo la corrección de la acidosis.

0269 PROBLEMÁTICA GENERADA EN LA ATENCION DEL PACIENTE EN EL FINAL DE LA VIDA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.

M SALAS, N RIVAS

Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: La historia de la bioética comparte con la terapia intensiva algunas coincidencias muy significativas. La primera es su nacimiento casi simultáneo y la segunda, es una evolución casi paralela, de modo que la serie de problemas que han ido planteando diversas situaciones coincide con la propia evolución de la Medicina, los adelantos tecnológicos para mejor diagnóstico y tratamiento, etc. Los profesionales de enfermería se encuentran constantemente ante dilemas éticos de difícil resolución. Sin embargo, la atención simultánea del paciente críticamente enfermo y del paciente en el final de la vida (PFV) plantea a los enfermeros una serie de problemas que es preciso identificar para reflexionar sobre los mismos, a fin de mejorar la calidad de los cuidados, afianzar nuestro rol dentro del equipo de salud y preservar nuestra integridad emocional.

Objetivo: 1. Conocer la problemática de los enfermeros de cuidados intensivos en la atención directa del PFV. 2. Describir la formación profesional en Bioética. 3. Valorar las actitudes de los enfermeros en su rol dentro de la comunicación y la participación en la toma de decisiones dentro del equipo de salud.

Material y Método: Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal. Se suministró un cuestionario escrito, anónimo y voluntario, con preguntas abiertas y de respuestas múltiples a 47 profesionales de enfermería de los servicios de Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad Coronaria y Trasplante de Medula Ósea del Hospital Universitario Austral. El instrumento utilizado constaba de 2 dominios: 1. Formación en Bioética – 2. Actitud frente a la atención del PFV.

Resultados: De la población encuestada, el 57% eran Licenciados en Enfermería, 29 % Enfermeros Profesionales y el 14 % Enfermeros Universitarios. El 76% eran de sexo femenino y un rango de edad entre 25 y 57 años con una edad promedio de 33 años. 1. Formación en Bioética: Solo el 25% realizaron algún curso de formación aunque el 72% cree que los contenidos abordados durante la formación de grado es insuficiente. 2. Actitud frente a la atención del PFV: El 70% de los encuestados manifiesta tener dificultad en el manejo de la ansiedad del paciente y su familia, y el 48% refieren sentimientos de impotencia y tristeza atender estos pacientes. En cuanto a la inclusión de la familia en los cuidados solo lo hace el 76%, igual cantidad que manifiesta que la UCI no permite el abordaje específico del PFV. El 90% considera que es importante la creación de un Programa de Cuidados Paliativos en las UCI. Ver grafico.

Conclusión: Teniendo en cuenta los resultados de este trabajo, podemos inferir que los cuidados que requiere el PFV y su familia representa para los enfermeros una situación particular que precisa un abordaje específico. Esto, sin lugar a dudas, va a permitir dar las respuestas a las necesidades particulares al paciente y su familia en la etapa final de la vida.

0270 TRAUMATISMO DE CRÁNEO (TEC) EN ÁREA DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL "DR. LUCIO MOLAS" SANTA ROSA. LA PAMPA.

JM SANSON, LR VIGLIOTTA, FH KUBARYK, J PLA CARDENAS, V MESSLER, D BENSUSAN, M GERVASONI, M ALVAREZ
Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas, Argentina.

Objetivos: Establecer la incidencia del Traumatismo de cráneo (TEC) en pacientes politraumatizados que requieren cuidados críticos. Determinar cual es el mecanismo de lesión prevalente en pacientes que presentan traumatismo de cráneo (TEC). Describir las características epidemiológicas de los pacientes con traumatismo de cráneo grave que requieren cuidados críticos.

Material y Métodos: Se realiza un registro de los pacientes ingresados a Terapia Intensiva desde el 01/03/2008 hasta 28/02/2010, y en Terapia Intermedia desde 13/07/2009 al 28/02/2010, se analizan las siguientes variables: n° pacientes, edad, sexo, APACHE II, ISS, TRISS, necesidad de ARM, densidad de incidencia de NAV, densidad de incidencia de sépsis por catéter y mortalidad al alta de la unidad. De los pacientes que presentaron TEC se analizan los siguientes datos en forma retrospectiva a través de la historia clínica: gravedad del traumatismo de cráneo valorado por Glasgow de ingreso (leve-moderado-grave), mecanismo de lesión, hallazgo tomográfico según escala de Marshall, necesidad de catéter de presión intracraneana, craniectomía descompresiva, utilización de SAYO, presencia de hipertensión endocraneana y Glasgow Outcome Scale a los 3 meses del alta hospitalaria.

Resultados: En el periodo mencionado ingresaron al área de cuidados críticos (terapia intensiva e intermedia) 697 pacientes, de los cuales 116 (17%) fueron politraumatizados. El 65% (n°75) de éstos presentaron TEC, que correspondieron según la gravedad de ingreso, a TEC grave 34 pacientes, TEC moderados 10 pacientes, TEC leves 31 pacientes. Los mecanismos de lesión fueron: moto sin casco 45% (35), accidente automovilístico 17% (13), caída de altura 14% (11), golpiza 9% (7), otros 17% (13). La lesión topográfica según la

clasificación de Marshall fue LED I: 2 p (6%) LED II: 11p (32%) LED III: 8p (24%), LED IV: 12p (41%). En TEC grave el GOS a los 3 meses fue: GOS 1: 14 (40%), GOS 4: 10 (29%), GOS 5: 11 (31%).

Conclusión: La incidencia de Traumatismo de cráneo en pacientes politraumatizados que ingresan al área de cuidados críticos del Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas" es del 65%. En concordancia con las estadísticas nacionales e internacionales, teniendo en cuenta el grupo etario de estos pacientes, los accidentes de tránsito siguen siendo la primer causa. El mecanismo de trauma más frecuente observado es el correspondiente a moto sin el uso apropiado de casco con una incidencia del 45%. En los pacientes que presentan TEC grave, el grado de lesión tomográfica más frecuente fue LED IV.

0271 MIOCARDIOPATIA PERIPARTO

V LARA, M GARRIBIA, D OLMOS, M LEIVA, M MOYA
Sanatorio del Salvador, Argentina.

Objetivo: reportar un caso de miocardiopatía periparto .

Material y Métodos: Paciente de 30 años de edad con antecedentes de preclampsia, tabaquista y parto normal en octubre de 2009 que desde entonces comienza con disnea progresiva asociado a edemas de miembros inferiores por lo cual se interna en unidad de terapia intensiva. A su ingreso presentaba TA: 110/60 mmHg; FC: 110 lat/min; T° 36°, Sat o2: 97%, PVC: 15 cmh2o. Ap. Respiratorio: MV+ Rales crepitantes bibasales FR: 30 por min. Ap. Cardiovascular: R1 R2 normofonéticos Edemas + MMII Inj.yugular + Abdomen: Hepatomegalia 1 cm por debajo del reborde costal. Resto sin particularidades. ECG: Sinusal, FC: 120 lat/min T negativa en cara lateral alta. Radiografía de Tórax: índice cardioraxico aumentado con redistribución de flujo. Laboratorio: Gl blancos: 12.800 Hto: 36%, Hb: 11 grs/dl, Urea: 29, Creatinina: 0.80, Sodio: 134, Potasio: 3.4, Coagulograma normal, GOT: 137, GPT: 210, Bilirrubina total: 1.30, LDH: 576; Acidosis metabólica leve, Saturación venosa: 58%. Se solicita serología para micoplasma, clamidia y CMV las cuales fueron negativas. Ecocardiograma: FE: 43%, Aurícula izq.: 4.02, DDVI: 5.7, DSVI: 4.73 dilatación de cavidades izquierdas, motilidad global disminuida, derrame pericárdico leve, derrame pleural, IM moderada. Paciente evoluciona con requerimiento de VNI intermitente, diuréticos e inotropicos con buena respuesta al tratamiento por lo que otorga el alta sanatorial luego de 10 días de internación.

Conclusión: La miocardiopatía periparto se asocia especialmente con pacientes de raza negra, mayores de 30 años y múltiparas. Estas características al igual que la obesidad y la gestación múltiple suelen considerarse factores de riesgo. Este no fue el caso de nuestra paciente. Es importante señalar que siendo esta una patología tan infrecuente no resulta difícil pasar por alto este posible diagnóstico. El pronostico futuro de estas pacientes en gran medida esta dado por el diagnóstico y tratamiento oportuno.

0272 PERFORACION ESOFAGICA SECUNDARIA A CUERPO EXTRAÑO "ESPIÑA DE PESCADO"

LM VILLALOBOS, J VÁZQUEZ, C CORONEL, R GÓMEZ P, S MARTINES, L WAISBLATT, A SCHROETER, J COGORNO, J MÉNDEZ, C KECSKES, S GIANNASI, E SAN ROMÁN, G ARBUÉS, V IM, A DALOSO, G CASTELLANO, D BLANCO
Hospital Italiano de Buenos Aires Centro Agustín Roca, Argentina.

Objetivo: Presentar cuadro clínico de perforación esofágica secundaria a perforación por cuerpo extraño (espina de pescado).

Caso Clínico: Paciente de 62 años, con antecedentes: hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad. Consulta en varias oportunidades en servicio de urgencias por cuadro de tos, broncospasma, odinofagia, recibiendo tratamiento sintomático. A dos semanas presenta fiebre de 38.9°. Ingresa a UCI, en postoperatorio inmediato por un cuadro mediastinitis secundaria a perforación esofágica por espina de pescado, como hallazgo quirúrgico se le realiza extracción del

cuerpo extraño y procede a (yeyunostomía, toracostomía, sutura del esófago y colocación de tubos pleurales por colección pleural). Paciente permaneció en ARM por 9 días, intercorre con sepsis recibiendo como tratamiento múltiples esquemas antibióticos (AMS más Ciprofloxacina 12 días), progresando a (Vancomicina e Imipenem 11 días), se agrega fluconazol por ITU con Urocultivo positivo para candida. Se realiza control con TC de tórax, en la cual se evidencia derrame pleural mínimo y una fístula esofágica que cierra progresivamente. Evoluciona con cuadro de paresia e hiperalgia en miembro superior derecho que con asistencia kinesio muscular logra mejoría. Paciente es dado de alta evolucionando satisfactoriamente.

Discusión: La Perforación esofágica se asocia con elevada morbimortalidad, depende de la etiología y el diagnóstico temprano, la evolución a sepsis secundaria a mediastinitis es una complicación frecuente. Las principales causas de perforación esofágica son a causa de ingestión de cuerpos extraños, latrogénicas y perforación espontánea. El tratamiento depende del estado clínico del paciente, la etiología de la perforación, puede ser conservador o quirúrgico dependiendo de la evolución y estado clínico del paciente.

0273 FACTORES DE RIESGO PARA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA POR GERMEEN MULTIRE-SISTENTES. SEGUIMIENTO PROSPECTIVO DE 3 AÑOS

C PEREYRA, D VIOLI, L BENITO MORI, M LUGARO, J STRATI, G BENAVENT, S MUÑOZ, S TRAVERSO, P SCHOON HIGA Guemes Haedo, Argentina.

Objetivo: Analizar los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM) por gérmenes multiresistentes.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, casos y controles en una unidad polivalente de terapia intensiva de 12 camas, de alta complejidad por un período de 3 años (Enero 2007 - Dic 2009). Se incluyó a todo paciente que requirió VM (ventilación mecánica) por más de 48 horas y que presentó un episodio de NAVM con confirmación bacteriológica y pruebas de sensibilidad antibiótica. Se excluyeron del análisis a los pacientes que presentaron NAVM sin rescate bacteriológico como así también aquellos segundos episodios de NAVM en el mismo paciente. Se definió NAVM por persistencia o aparición de nuevos infiltrados junto con 2 o más de los siguientes criterios: Temperatura > 38,3°C o < 36°C, leucocitosis (>14.000) o leucopenia (<4000) y/o desviación a la izquierda, secreciones purulentas, y confirmada por cultivo cuantitativo (aspirado bronquial con rto > 100000 UFC/ml o BAL con rto > 10000 UFC/ml). Se definió germen multiresistente al aislamiento de S.aureus meticilino resistente; A. baumannii y P. aeruginosa que presentaron resistencia in vitro a por lo menos 2 de los siguientes antibióticos: Cefalosporinas antipseudomónicas, Carbapenemes, B-lactámicos con inhibidores de beta lactamasas, Fluoroquinolonas y Aminoglicósidos (1) y Enterobacterias con confirmación de beta lactamasa de espectro extendido (BLEE). Las variables continuas se presentaron como media y/o mediana con rango y las variables discretas en porcentajes. Las comparaciones se efectuaron utilizando el software (Statistix 7.0) con test T o tabla 2x2 según corresponda. Se consideró significativa p < 0.05.

Resultados: En el periodo estudiado, de un total de 618 ptes con ARM > 48 hs ,199 pacientes desarrollaron un episodio de NAVM de los cuales 30 pacientes (15%) fueron sin rescate de germen. Se analizaron 169 pacientes divididos en grupo sensible (GS) 71 (42%) y grupo resistente (GR) 98 (58%). Los datos más relevantes muestran no diferencias significativas en cuanto a valor de apache 21 vs 22, edad en el GS 44 (rango 17-82) vs GR 56 (rango 16-88) y sexo masculino 72 % en el GS vs 68% en el GR. Otras variables analizadas fueron: días ARM previo episodio de NAVM en el GS 4 (2-23) y en el GR 9 (2-55), ATB previo en el GS 10 ptes (14%) vs GR 76 ptes (77%) e internación previa en el GS 43 ptes (61%) vs GR 93 ptes (95%) siendo estas con valor de p<0.001.

Conclusión: En la población estudiada se observó que los factores de riesgo: días de VM previo al episodio de NAVM, la internación así como el uso de antibiótico previo fueron los de mayor de relevancia para el desarrollo de la NAVM a germen multiresistentes, tal como lo descripto en la bibliografía.

(1) CID 2006, 43: S43-8

0275 SISTEMATIZACION DEL REGISTRO DE ENFERMERIA AL PACIENTE CRÍTICO: REGISTRO CERRADO, UNA NUEVA PROPUESTA.

GA TORANZO, MP FUNES, AG GALEAN, MF QUINTEROS, AZ COCCONI

Hospital San Roque. Córdoba - Capital, Argentina.

Introducción: Los registros de enfermería son el soporte documental, donde queda plasmado la información sobre la actividad enfermera, referente a una valoración, tratamiento y evolución del paciente. Además de ser una fuente de docencia e investigación, permitiendo así el análisis estadístico que contribuye al desarrollo de nuestra profesión y la mejora en la calidad de los cuidados emitidos, con una visión jurídico – legal.

Objetivo: Implementar un nuevo registro en el control de las actividades procedimentales y del cuidado integral del paciente crítico, optimizando el tiempo operativo de la práctica profesional y la calidad de los mismos.

Material y Método: Estudio de tipo descriptivo, observacional y transversal. Se diseñó una nueva hoja de registro, tipo cerrado. En la misma, se realizan los registros durante las 24 Hrs. Se da inicio a éste nuevo instrumento a partir de 01/07/09 hasta 31/03/10, realizando el análisis de los mismos, a través de una encuesta anónima, en donde se evalúan el nivel de competencias, antigüedad en el desempeño en el servicio de UTI, grado de utilización del registro, medición de la continuidad de las acciones de enfermería. La evaluación del instrumento (encuesta), se realiza desde el 01/04/10 hasta el 30/04/10.

Resultados: Podemos observar del análisis de los datos de los servicios de Terapia Intensiva del Hospital San Roque presentan un 67% de su personal operativo con el grado de competencias de profesional, lo que indica la capacidad resolutoria para la función asignada. Además del total del personal, en función, presentan un promedio de 6 años en el servicio de Terapia Intensiva. El análisis pormenorizado nos permite interpretar acorde al instrumento, que el 86% si conocen los lineamientos para la confección del registro de enfermería, el 52%, refiere que le aporta beneficios éste tipo de registro, y el 45% manifiesta que es bueno su diseño. El 62% manifiesta que le permiten la continuidad en el cuidado al paciente. La incongruencia se plantea cuando se observa que el 62% registran informes breves, e incompletos y que no lo realizan en forma completa al registro el 52%.

Conclusión: La evaluación de los registros de enfermería siempre fueron una parte esencial del desarrollo profesional, sin embargo, todavía no es posible describir el volumen de la práctica, para el registro de sus actividades. El presente estudio nos brinda una conclusión final, que el déficit de formación de profesionales en una metodología sistematizada de trabajo y en la importancia de la utilización de los criterios en el registro, como reflejo de las actividades realizadas y los resguardos legales, no se encuentran plasmados en relación al grado de competencia. Otra observación, es el déficit de control en los registros, por parte de supervisión, evaluando periódicamente tanto la adaptación a ellos, las actividades reales realizadas y el contenido de los mismos.

0276 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON QUEMADURAS

G RAMOS, F ALONSO, A ELISEIRI, G BAIONA, R ANDRES CIAREC, Argentina.

Objetivo: La utilización de predictores de evolución permite optimizar los recursos, pero los resultados publicados en países de-

sarrollados no siempre son validos en nuestro medio. Realizamos este estudio con el objetivo de evaluar el grado de asociación entre los predictores de mortalidad y la evolución de los pacientes con quemaduras en un sistema de atención privada de la ciudad de Buenos Aires.

Material y Método: Estudio de Cohorte retrospectivo que incluyó los pacientes asistidos en dos unidades de quemados privadas durante los periodos 1996-2006 y 2008-2010. Se registraron como variables independientes la edad, la superficie corporal quemada (SCQ), la presencia de lesión inhalatoria (LI). La variable dependiente fue la muerte hospitalaria. Los datos fueron analizados con test de Student y chi cuadrado. Fue considerada significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Fueron internados 440 pacientes con quemaduras. La edad fue 36 (mediana) (IQ1 24/IQ3 51), la SCQ 10 (IQ1 4/IQ3 25). Presentaron infecciones 96 pacientes (21,8%), LI 61 (13,8%) y fallecieron 19 pacientes (4,3%). Los pacientes fallecidos tuvieron mayor SCQ, 69,4% ($\pm 19,4$) vs 12,8% ($\pm 16,7$) ($p < 0,001$), y mayor LI, 14 (73,7%) vs 47 (11,2%) ($p < 0,001$). En mayores de 60 años, 45% de SCQ se correspondió con mortalidad 50, mientras que fue 80% en menores de 60. Los pacientes mayores de 60 años con quemaduras entre 30-60% de SCQ tuvieron 8 veces más riesgo de fallecer (IC 95% 1,3-47,5, $p 0,04$) que los menores de 60 en mismo intervalo de SCQ. Solo 1 paciente añoso fue internado con SCQ >60% que falleció, y ningún paciente de ningún grupo etario falleció con SCQ <30%. Considerando factores de riesgo (FR) LI, edad >60 años y SCQ >40%, no falleció ningún paciente sin FR (n 254), 1 FR 3,9% (n 103), 2 FR 17,3% (n 81), 3 FR 50% (n 2).

Conclusiones: Se verificó una asociación entre la mortalidad y la superficie corporal quemada, la lesión inhalatoria y la edad de los pacientes.

0277 EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO CON HEMODIALISIS DIARIA INTERMITENTE EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA) EN TERAPIA INTENSIVA.

P DESMERY, E MAGGIORA, D INTILE, J SCAPELLATO, V APHALLO, D AGAZZI, M CASANOVA, D VAZQUEZ, C SANCHEZ, I RIOS, L CAIVANO

Sanatorio Anchorena, Argentina.

Introducción: La óptima modalidad de tratamiento de la insuficiencia renal aguda en el paciente crítico no está establecida. La hemodiálisis intermitente diaria es la alternativa más utilizada, pero con creciente frecuencia se postulan modalidades continuas.

Objetivo: Describir las características, evolución y resultados de una serie consecutiva de pacientes que recibieron hemodiálisis intermitente diaria para el tratamiento de insuficiencia renal aguda determinando los principales predictores de mortalidad.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo por revisión de historias clínicas de la totalidad de los pacientes que recibieron hemodiálisis en la unidad de terapia intensiva entre Marzo 2008 y Abril 2010. Se recabaron datos demográficos, antecedentes, factores de riesgo, variables fisiológicas, score de severidad, intensidad del tratamiento dialítico 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 χ^2 y las continuas con TT o MW según corresponda. Se utilizó el paquete estadístico STATA.

Resultados: Fueron admitidos 94 con insuficiencia renal, se excluyeron 12 por encontrarse en hemodiálisis crónica. De los restantes 82, 42 (51%) no tenían antecedentes de enfermedad renal. El motivo de la falla renal fue: Isquémica 85%, nefrotoxinas 21%, Sepsis: 66% y multifactorial en 56%. La mayoría (74%) provenían de servicios no quirúrgicos. La edad media fue 60,3 \pm 12,7 años y 44 fueron hombres. La mediana de Charson fue 3 (1 – 5), el SAPS II 47,8 \pm 14,3 y el SOFA medio 9,6 \pm 3,4. Se encontraban en ARM o bajo infusión de noradrenalina 65 y 70% de los pacientes. La creatinina media al iniciar hemodiálisis fue de 3,9 \pm 1,4 mg/dl; urea: 155 \pm 44,8 mg/dl.

Oliguria se encontraba presente en 42 pacientes e hiperkalemia en 18. La mediana de diálisis por paciente fue 6 (3 – 10) con un rango de 1 a 40 sesiones. Seis pacientes utilizaron técnicas lentas (SLED). Los pacientes fueron dializados 73% de los días que permanecieron en UTI. Fallecieron en el hospital 38 (46 %) pacientes. La duración de la internación en el hospital y en la UTI de 25 y 14 días respectivamente. Los pacientes que fallecieron tuvieron una internación previa al inicio de diálisis mas prolongada (12,2 vs 5,7 días $p > 0,05$); mas frecuentemente presentaron shock, VM y oliguria. La edad y los scores (SAPS II y SOFA) fueron significativamente mayores en los fallecidos.

Conclusión: La mortalidad de los pacientes con IRA que requieren cuidados críticos es alta, pero la utilización de hemodiálisis diaria se asocio con una mortalidad levemente inferior al 50%. La asociación con shock, uso de vasoactivos, VM y una prologada estadía hospitalaria antes de la falla renal serian características de una población que podría beneficiarse con formas continuas de sustitución renal.

0278 COMPORTAMIENTO DE LA VARIABLE MORTALIDAD A PARTIR DE LA IMPLEMENTACION DE GESTION EN UNA UCI

J DOGLIA, V NOVARESE, J DIAZ, N CARRO, E CARAPPELLA
Hospital Francisco Macia, Partido de la Costa, Mar de Ajó, Argentina.

Introducción: La UTI del Hospital de Mar de Ajo, cuenta con 5 camas. Es de nivel I acorde a la estandarización realizada para las Unidades de Cuidados Intensivos polivalentes por SATI. A partir del año 2006, se implementa una estrategia de trabajo con un enfoque integral, cuyo propósito fue optimizar su funcionamiento. La tarea de gestión comprende: planificación, coordinación y control desde la dirección del Servicio de todas las acciones organizadas a través de procesos, que son cumplidas por las estructuras y llevadas a cabo en conjunto. El objetivo es cuidar y recuperar al paciente crítico. Este plan de gestión en la UTI del Hospital de Mar de Ajó se pone en marcha en el año 2006 continuando hasta la actualidad.

Metodología: Las acciones que se pusieron en marcha con el objetivo de cumplimentar las acciones del servicio fueron: 1) Educación en el servicio: para personal médico, enfermeros y otros profesionales relacionados al Servicio. 2) Proceso asistencial protocolizado para médicos y enfermeros. 3) Optimización de recursos humanos y materiales. 4) Proceso administrativo contable y reposición de materiales. 5) Evaluación interna y externa de resultados

Resultado: Se realizo la medición de la mortalidad global en UTI en el período 2006 - 2009 inclusive. La mortalidad para el año 2005 era del 38%, 2006 -28.57%, 2007-26,99%, 2008 y 2009- 17.4%. El Score APACHE II al ingreso promedio 9.8, y 3.4 a las 48 horas. Promedio de días de estada 2.93. El porcentaje de derivación a otras Instituciones, 21.6%.

Comentario: A partir del inicio de la planificación, coordinación y control de las actividades en la UTI, queda demostrado el impacto sobre la mortalidad global en nuestra unidad. En lo sucesivo se continuará con el registro sistemático de datos, con el objetivo de mejorar resultados que permitan compararnos con Instituciones de similar complejidad.

0279 APLICACIÓN CLÍNICA DE UN SISTEMA INFORMATIZADO DE ALARMAS PARA PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA. UN ESTUDIO PILOTO

LL BLANCH^{1,2,3}, B SALES¹, R FERNANDEZ^{2,4}, O GARCÍA-ESQUIROL¹, A ESTRUGA¹, E CHACON¹, J MONTANYA¹, A VILLAGRA¹, M BORELLI⁵, U LUGANGELO⁵, A HERNANDEZ⁶, GM ALBAICETA⁷, E FERNANDEZ-MONDEJAR⁸, G MURIAS^{9,10}

¹ Corporación Parc Tauli, España. ² CIBERes, España. ³ Universidad Autónoma de Barcelona, España. ⁴ Fundació Althaia, España. ⁵ Ospedale Cattinara, Italia. ⁶ Hospital Gomez Ulla, España. ⁷ Hospital Central de Asturias, España. ⁸ Hospital

Virgen de las Nieves, España. ⁹ Clínica Bazterrica, Argentina. ¹⁰ Clínica Santa Isabel, Argentina.

Introducción: La ventilación mecánica continúa siendo uno de los principales problemas de seguridad en las UCIs. Los sistemas de alarmas de los equipos modernos sólo intentan alertar sobre las situaciones de riesgo más extremo. Nuevas herramientas informáticas podrían analizar grandes cantidades de información y podrían incluir algoritmos que remeden el proceso de toma de decisiones de los expertos.

Objetivo: Examinar la utilidad clínica de un sistema de monitorización informatizado con un conjunto de alarmas clínicamente importantes y su posible impacto en los resultados.

Métodos: Sujetos: Pacientes en VM monitorizados en forma continua en una UCI polivalente de un hospital universitario. Registramos datos filiatorios, diagnóstico, PaO₂/FiO₂, APACHE II y SOFA al ingreso. El sistema informático adquiere, procesa y graba datos de diferentes equipos, usualmente un monitor y un ventilador y evalúa los eventos más relevantes en un paciente ventilado. La base de datos almacenó señales biomédicas (ondas y tendencias) y eventos clínicamente importantes, incluyendo gas atrapado al final de la espiración, presencia de secreciones, doble ciclado, esfuerzos inspiratorios inefectivos, variación de la presión de pulso (durante la VM controlada) e índice de estrés pulmonar (> 1.2 or < 0.8; en pacientes con onda de flujo cuadrada). Todos los algoritmos fueron diseñados y validados con el equipo clínico. Las variables de resultados fueron tiempo de VM, tiempo de estadía en UTI, tiempo de internación y mortalidad. El análisis estadístico se hizo con modelos de regresión logística para tiempo de estadía y mortalidad.

Resultados: En un período de 8 meses, se almacenaron datos de 25 pacientes. La base de datos se constituyó con los registros de 4.615.589 respiraciones. Mediana y rango intercuartiles fueron: edad 61 [45.50-72], PaO₂/FiO₂ 200 mmHg [132-260], SOFA 7 [4-10], estadía en ICU 11.5 d [7.5-18], tiempo de internación 21 d [6-37]. Las frecuencias de alarmas fueron: aire atrapado al final de la espiración: 20.7%, secreciones 1.3%, doble ciclado 1.1%, esfuerzos inspiratorios inefectivos 5,2%, stress index >1.2 1.1% , stress index <0.8 2.5%, y variación de la presión de pulso >13% 5.1%. La regresión logística múltiple mostró que la PaO₂/FiO₂ se relacionó con el tiempo de VM. Ninguna de las alarmas informatizadas mostró significación estadística para ninguna de las variables de resultados estudiada.

Conclusión: El sistema testeado es capaz de detectar los problemas clínicos más significativos. Su impacto clínico, sin embargo, requiere de más investigación.

0280 COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS: ¿ETIOLOGÍA O COMPLICACIÓN?

M ALONSO RIFFO, L OBREGON, F MUÑOZ CASTILLO, L VARGAS

Policlínico Neuquén, Argentina.

Introducción: El CMV es un virus de la familia Herpesviridae, de distribución global, cuyas manifestaciones sistémicas son variadas. La colitis por CMV es una enfermedad infrecuente en individuos inmunocompetentes. Se presenta con mayor incidencia en individuos inmunosuprimidos, de cualquier etiología. La presentación clínica puede ser indistinguible de una EII. Es importante señalar que en los pacientes con enfermedades inflamatorias del tracto gastrointestinal, el CMV puede aparecer como complicación y agravar la evolución. Por este motivo el diagnóstico diferencial entre EII y colitis por CMV es dificultoso. Por Anatomía Patológica, las lesiones provocadas por CMV pueden ser muy similares con las de EII, requiriéndose para su diferenciación el análisis del colon completo.

Objetivo: El propósito de esta presentación es distinguir la colitis por CMV de la sobreinfección en EII por las implicancias terapéuticas que conlleva.

Caso clínico: Mujer 42 años con antecedentes de fístula enterovesical e histerectomía por miomatosis uterina.

Ingres a UTI con diagnóstico de colitis ulcerosa refractaria al tratamiento con corticoides, sulfasalazina, con requerimiento de nutrición parenteral y tratamiento citostático. Se realiza nueva colonoscopia para evaluación de lesiones con toma de biopsia que informa signos de Enfermedad de Crohn e infección por CMV. Se solicita serología para CMV, la cual es resulto positiva (IgG). Continúa tratamiento inmunomodulador y completa tratamiento con Ganciclovir. Mala evolución, presenta hemorragia digestiva baja incoherible, shock hipovolémico que requiere como tratamiento colectomía total de urgencia. Se envía pieza quirúrgica, cuyo informe definitivo fue Colitis por CMV, descartando patologías inflamatorias, al no reunir los criterios necesarios tanto para CU y EC.

Conclusión: Incluir al CMV como diagnóstico diferencial de colitis, especialmente en pacientes inmunocompetentes con diagnóstico de EII refractaria al tratamiento.

0281 VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE DETECCIÓN AUTOMÁTICA DE ESFUERZOS INSPIRATORIOS INEFECTIVOS (EII) EN PACIENTES EN VENTILACIÓN MECÁNICA (VM)

O GARCIA-ESQUIROL², B SALES², J MONTANYA², E CHACON², A ESTRUGA², M BORELLI³, A VILLAGRA², U LUCANGELO³, G MURIAS^{4,5}, R FERNANDEZ^{6,7}, J GONZALEZ², LL BLANCH^{2,6}

² Corporación Parc Tauli, España. ³ Ospedale Cattinara, Italia.

⁴ Clínica Bazterrica, Argentina. ⁵ Clínica Santa Isabel, Argentina. ⁶ CIBERes, España. ⁷ Fundacio Althaia, España.

Introducción: La presencia de EII es un problema común en VM asociado con mayor duración de la VM, mayor tiempo de internación y mayores costos. Actualmente, la identificación del problema se basa en la inspección de las curvas de flujo/tiempo del respirador.

Objetivo: Validar un sistema automático de detección de EII incluido en un sistema de monitoreo informático que adquiere, procesa y almacena datos de monitores y ventiladores.

Métodos: Estudio observacional prospectivo realizado en 2 camas equipadas con un sistema de monitorización informatizado (Better Care®, Barcelona, España) de una unidad de 16 camas en un hospital universitario. El sistema incluye un algoritmo para la detección de EII basado en la comparación de la curva de flujo espiratorio con una curva teórica monoexponencial. El sistema calcula un índice de alteración de la curva (IAC; 0%: sin alteración; 100%: alteración máxima) para cada respiración. Un programa especialmente diseñado seleccionó respiraciones con diferentes índices de alteración y generó imágenes en formato .jpg incluyendo los trazados de flujo, presión en la vía aérea y presión intratorácica (obtenida mediante un transductor conectado a un balón esofágico o el manguito del TOT). Cinco expertos (3 médicos especialistas en VM y 2 enfermeras entrenadas) analizaron cada una de las imágenes y decidieron si había, no había o no podían determinar la existencia de EII. Estadística: mediante curvas ROC se determinó el valor del corte para el IAC. Posteriormente, se comparó la opinión de los expertos con los resultados del sistema automático mediante un modelo de regresión logística. Se calcularon Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valores predictivos Positivo (VPP) y Negativo (VPN)

Resultados: La sensibilidad y especificidad óptimas se alcanzaron utilizando un IAC de 42%. Se obtuvieron los siguientes resultados: S 91.5%; E 91.7%; VPP 80.3%; VPN 96.7%

Conclusión: El algoritmo incluido en el sistema automático fue capaz de detectar EII de manera comparable a operadores humanos entrenados.

0282 REALIDAD LABORAL DE LOS INTENSIVISTAS EN LA ARGENTINA

V WOLANOW, V KANOORE EDUL, A GOLUBICKI, GE MURIAS
Colegio Argentino de Terapia Intensiva, Argentina.

Objetivos: El Colegio Argentino de Terapia Intensiva se propuso analizar la realidad laboral de los médicos intensivistas.

Métodos: Encuesta anónima y voluntaria dirigida a los médicos concurrentes al 18° Congreso Argentino de Terapia Intensiva (2008, CABA). Datos recolectados: epidemiológicos, relacionados a acreditación, práctica y condiciones laborales. Las variables continuas se analizaron por media, desvío standard y rango y las categóricas por medio de porcentajes. Se efectuaron comparaciones entre grupos con tests T y Chi2. Una p < .05 se consideró como significativa. Los datos se analizaron por medio de InfoStat/Profesional y SPSS 11.5.

Resultados: Se encuestaron 754 médicos (29,5% de los acreditados); 18% de la CABA, 38% de BA, y 34% de otras provincias. La edad fue 40±9 (24-68); 43% mujeres. El 53,5% tenía más de 10 años de recibido y 43% trabajaba en TI desde hace más de 10 años. El sexo femenino en actividad es más joven que el masculino (F: 38,1 ± 8,5 vs M: 40,8 ± 9,6). A su vez las mujeres hacen más guardias por semana (Sexo F: 4,1% vs M: 3,4%). El 74% eran especialistas en TI y 36,4% tenía más de una especialidad. Un 57% se desempeñaban como médico de guardia, 20% como coordinador-jefe, y 20% ambos. Un 47% efectuaba 2-3 guardias semanales y un 8%, de 4 a 5. El 50% de los mayores de 40 años efectuaba más de 1 guardia semanal. Sólo el 42% trabaja en relación de dependencia. El pago medio percibido por guardia fue \$550±212; (60-2400). Preguntado cual debería ser el pago ideal, respondieron \$1051±\$411. Analizando el número de camas a cargo, el 46,3 % refiere tener 8 o más camas a cargo. El 85,5% reconoció haber sufrido cambios en el carácter vinculados a su trabajo con diferencias entre sexo femenino y masculino (Sexo F: 37,4% vs M: 48%). El 79% trabajaba bajo presión asistencial. Los hombres desarrollan su trabajo bajo mayor presión asistencial (Sexo F: 33,7% vs M: 46,3%) El horario semanal de trabajo es de 65,5±19,7 hs. Por razones económicas, el 60% debía realizar tareas fuera de la UTI. El 87,7% se mostró optimista en el resultado de una lucha por mejorar las condiciones laborales. El 83% de los encuestados volvería a elegir la especialidad.

Conclusiones: En la población encuestada predominan los hombres. Las mujeres son significativamente más jóvenes y con mayor carga semanal de trabajo; representando esto una posible interferencia con metas personales como la maternidad y crianza. Se observa una carga horaria semanal no saludable y escasa movilidad hacia cargos de jefatura. En un alto porcentaje los médicos de guardia tienen más pacientes a cargo que lo recomendado por las normativas vigentes y no se cumplen las leyes laborales sobre trabajo "en blanco". La remuneración recibida es la mitad de la que los encuestados perciben como justa. Creemos que el modelo actual de trabajo lleva al deterioro progresivo de la salud de los profesionales y a la calidad de la asistencia por lo que la reingeniería de las Unidades de Terapia Intensiva es una tarea que el Estado debería encarar sin más dilaciones.

0284 TORMENTA SIMPATICA PAROXISTICA SEGUIDA A TEC GRAVE

M NANO, L FRANCONIERI, J GOMEZ, C DHERN, J CAMPOS PEREZ, F MULEK, JM MONTERO, J LAMAS, E ROSITTI, J BONDADZ, M DI MARIA, M ALCARAZ

Servicio de Terapia Intensiva - Hospital Petrona V. de Cordero de San Fernando, Argentina.

Introducción: La tormenta simpática paroxística (TSP), se utiliza como sinónimo de alteraciones de la temperatura corporal, FR, FC, tamaño pupilar, presión arterial, nivel de conciencia, hiperhidrosis, salivación excesiva y postura extensora que se evidencia en contexto de injuria axonal difusa (LAD), secundaria a traumatismo encéfalo craneano grave (TEC).

Caso clínico: Masculino, 20 años, sin antecedentes patológicos, que ingresa a UTI por presentar politraumatismo con TEC grave, ingresa con Glasgow 4/15, por lo que requirió intubación orotraqueal, y asistencia respiratoria mecánica (ARM), al ingreso tomografía (TAC) de cerebro evidencia Hematoma Extradural (HED) temporo parietal izquierdo con desviación de la línea media. Se realiza Craniectomía descompresiva, evacuación de HED y colocación de cateter de

presión intracraneana (PIC) con presión de apertura de 6 mmHg, se coloca drenaje extradural y subgaleal. Se retiro la PIC al quinto día. Intercurrido con sdme febril presentando neumonía asociada a ARM, con rescate en miniBAL de *Staphylococcus aureus* meticilinoresistente (SAMR) y E COLI por lo que cumplió tratamiento con Vancomicina e Imipenem. A los 12 días de internación es traqueostomizado. A los 20 días presenta fiebre de 39grados, taquicardia (130 a 180 latidos por minuto), taquipnea (20 a 40 de frecuencia respiratoria), hipertensión arterial (sistólica entre 140 y 190), sudoración profusa y rigidez en extensión. Se realizaron cultivos de LCR, miniBAL, hemocultivos y urocultivos que fueron negativos. Tac de cerebro sin hallazgos de significación. Se realizaron EEG que evidenciaron lenificación difusa, sin espigas epileptiformes. Al día 24 de evolución descartadas las causas infecciosas se interpreta como cuadro de TSP, se inicia tratamiento empírico con morfina y propanolol, con mejoría de Glasgow a 9/15, paciente continua con jarabe de morfina 30 mg /día. A los 30 días se planteo derivación a tercer nivel para comenzar la rehabilitación.

Laboratorio: Hto 26 %, Gb 5200 mm³, natremia 144 mEq/l, kalemia 4,6 mEq/l, uremia, creatininemia, coagulograma y hepatograma normales. El EAB presentaba alcalosis respiratoria.

Discusión: Luego de un TEC grave e injuria axonal difusa los pacientes pueden presentar una respuesta al estrés exagerada o TSP. En la RMN se evidencia ausencia de lesión diencefálica y de tronco, así como la normalidad de EEG, la falta de respuesta al tto con anticomociales, y sin foco infeccioso. En la literatura se han descripto 17 casos de disautonomía siguiendo a TEC grave de los cuales 10 presentaron LAD.

Conclusión: Nuestro paciente presento LAD secundaria a TEC grave, desarrollando en su evolución TSP, sin evidencia de actividad epileptiforme o foco infeccioso y con buena respuesta a opioides y beta bloqueantes. Creemos que la prevención de la injuria secundaria es el objetivo primario en el tratamiento del TEC y que los efectos de hiperactividad simpática prolongada pueden incrementar el riesgo de injuria cerebral secundaria.

0286 ENCUESTA DE PERCEPCIÓN SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE REALIZADA AL PERSONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁREA DE TERAPIA INTENSIVA

MG SAENZ, C LOUDET, D VASQUEZ, A DAS NEVES, C BALASINI, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, A PORCEL, P RODRIGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, S TAL BENZECRY, H CANALES, S CARINO, E ESTENSSORO, R REINA
Servicio de Terapia Intensiva, Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

Dada la gran variedad de prácticas médicas, resulta difícil con frecuencia discriminar entre los errores evitables e inevitables. Para poder desarrollar estrategias de seguridad eficaces es importante conocer la opinión del personal sobre el error (E).

Objetivos: 1) Demostrar el grado de conocimiento y compromiso del personal con la seguridad del paciente. 2) Impulsar el cambio cultural al respecto. 3) Identificar las oportunidades para mejorar la seguridad. 4) Establecer un marco para realizar un plan de seguridad del paciente en la UTI.

Métodos: Se aplicó una encuesta (abierta, anónima y voluntaria) de 12 preguntas, agrupadas en 6 dominios; 1- Reconocimiento del problema, 2- reconocimiento de las causas, 3- demanda de información, capacitación o recursos, 4- percepción sobre la relevancia del problema e intentos por solucionarlo, 5- percepción sobre los accidentes más frecuentes en los pacientes, y 6- propuestas del personal.

Resultados: Se encuestó a 45 personas integrantes de la UTI; 82% contestaron (médicos de planta 19%, residentes 27% y enfermeros 54%). El 65% reconoció el problema, y 95% sus causas; 81% del personal encuestado demandó información, capacitación, y recursos (humanos e insumos). Existió un 84% de percepción sobre la rele-

vancia del problema e intentos por solucionarlo, 27% de percepción sobre los accidentes más frecuentes, y por último 57% propusieron estrategias para mejorar la seguridad del paciente.

DOMINIOS	SI	NO
RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA		
1: Hechos asociados a prolongación de internación.		
2: Inicio de incidente a punto de causar daño.	24(65%)	13(35%)
3: Conocimiento de algún paciente al que se haya dañado recientemente		
RECONOCIMIENTO DE FACTORES CAUSANTES		
4: Aspectos del medio que podrían causar daño al paciente	35(95%)	2(5%)
DEMANDA DE INFORMACIÓN, CAPACITACIÓN O RECURSOS		
5: Prevención del próximo accidente		
6: Aspectos del servicio u hospital que fallen en forma constante	30(81%)	7(19%)
7: Intervenciones por parte de la jefatura o dirección que harían el trabajo más seguro		
PERCEPCIÓN SOBRE LA RELEVANCIA DEL PROBLEMA E INTENTOS POR SOLUCIONARLO		
8: Formas de reuniones periódicas sobre el tema	31(84%)	6(16%)
PERCEPCIÓN SOBRE ACCIDENTES MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES		
9: Accidente próximo a ocurrir	10(27%)	27(73%)
10: Preocupación actual		
PROPUESTAS POR PARTE DEL PERSONAL		
12: ¿Qué cambiaría para mejorar la seguridad del paciente?	21(57%)	16(43%)

Conclusión: Se evaluó la percepción del personal sobre la existencia, causas, y sus requerimientos y sus propuestas para disminuir el riesgo de errores en los pacientes. Con estos resultados se elaboraran estrategias para la implementación de soluciones con respecto a la seguridad de los pacientes.

0287 UTILIDAD DE PROCALCITONINA (PCT) COMO GUÍA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL Y EPOC EN UTI. INFORME PRELIMINAR

M KIRSCHBAUM, E LEISTAD, M RODRIGUEZ GOÑI, B MASKIN
Hospital Nacional Prof. A Posadas, Argentina.

Introducción: El uso innecesario de antibióticos contribuye al incremento de la resistencia bacteriana, aumenta el riesgo de efectos adversos e incrementa los costos. Las indicaciones más frecuente de antibióticos son las infecciones probables del tracto respiratorio inferior. Los síntomas y signos clínicos, así como los estudios de laboratorio habituales no son útiles para distinguir infecciones bacterianas de virales en estas patologías y se considera que por lo menos el 75 % de los pacientes con este tipo de infecciones son tratados con antibióticos, a pesar del origen predominantemente viral. En estudios previos se demostró que un algoritmo basado en los niveles séricos del biomarcador procalcitonina puede reducir el uso de antibióticos en infecciones del tracto respiratorio inferior, sin afectar los resultados.

Objetivo: Analizar si un algoritmo basado en los niveles de PCT puede reducir la exposición a antibióticos (ATB) sin incrementar el riesgo.

Materiales y Métodos: Pacientes con diagnóstico de asma bronquial severo o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) exacerbada ingresados en la UCI por insuficiencia respiratoria severa, se decide iniciar o suspender (si ya estaba iniciado) el tratamiento antibiótico de acuerdo a los valores séricos de PCT al ingreso a la Unidad. La PCT fue medida por un método ELISA ultrasensible (MiniVidas, Biomeriux, France). Los pacientes ingresados sin terapia antibiótica se decidía no iniciar ATB si los niveles de PCT inicial eran < 0.25 ng/ml. En los pacientes ingresados con ATB se

■ Resúmenes

decidía suspenderlos con niveles de PCT inferiores a 0.25 ng/ml. Como informe preliminar se presentan los pacientes ingresados al protocolo.

Resultados: Se ingresaron 6 pacientes, 3 presentaban crisis de asma bronquial grave, edad 45.3 ± 26.3 , APACHE II de ingreso 13 ± 6 , ingresaron con tratamiento ATB. Dos de ellos requirieron ARM Invasivo. En los que presentaron niveles de PCT < 0.25 ng/ml se suspendió tratamiento ATB. Tres pacientes ingresaron por exacerbación de EPOC con promedio de edad 54.5 ± 0.7 años, APACHE II de ingreso 10.6 ± 2.3 , 2 requirieron VNI. Los valores de PCT en 2 pacientes fueron < 0.25 , decidiéndose no iniciar tratamiento ATB. Un paciente de 58 años de edad con exacerbación de EPOC presentó dosaje de PCT 0.56 ng/ml por lo que recibió Tratamiento ATB completo. Todos los pacientes presentaron buena evolución con alta de la unidad.

Conclusiones: En este informe preliminar se muestra la posibilidad de usar un biomarcador de infección bacteriana como guía de la utilización de ATB en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave, ventilados, ingresados por crisis de asma bronquial grave o exacerbación de EPOC.

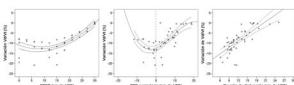
0292 EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO DE LA VENTILACION DE ESPACIO MUERTO DURANTE UNA MANIOBRA DE DERRECLUTAMIENTO EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO

I BONELLI, PO RODRIGUEZ, M SETTEN, S ATTIE, P MASKIN, R VALENTINI
CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas), Argentina.

Objetivo: Evaluar el comportamiento de la relación entre el ventilación de espacio muerto y el volumen minuto respiratorio (Vd/Vt) y su correlación con otros parámetros de mecánica ventilatoria durante una maniobra de derreclutamiento (MDR) en pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA).

Materiales y Métodos: Se evaluaron 8 pacientes con SDRA a quienes se les realizó una MDR para seleccionar la PEEP correspondiente a la mejor distensibilidad. Se realizó inicialmente una maniobra de reclutamiento con una presión inspiratoria de 40 cm de H₂O durante 40 segundos, seleccionando a continuación la PEEP en 30 cm de H₂O; luego se disminuyó la PEEP desde 30 a 0 cm de H₂O cada 3 minutos de a 3 cm de H₂O, colectando el gas espirado en una cámara mezcladora. Se registraron las presiones en la vía aérea y esofágica, el flujo aéreo y la presión espirada de CO₂. La presión arterial de CO₂ se obtuvo por análisis de gases en sangre. Se calculó la relación Vd/Vt con la ecuación Bohr, descontando el espacio muerto instrumental, expresándola como el porcentaje de variación con respecto al valor inicial con PEEP de 30 cm de H₂O. Se establecieron las ecuaciones de regresión que mejor describieron la relación de la PEEP, la presión transpulmonar teleespiratoria estática (oclusión de la válvula espiratoria, PTPe) y la presión de distensión del sistema respiratorio (presión elástica inspiratoria menos espiratoria, PDsr) con la variación de Vd/Vt.

Resultados: La Vd/Vt registrada con 30 cm de H₂O de PEEP fue de 0.67 ± 0.06 . Se observó una disminución de $14.7 \pm 4.5\%$ al reducir la PEEP. La variación en valor absoluto disminuyó con niveles de PEEP inferiores a 10 cm de H₂O. Una ecuación de regresión cúbica en el intervalo analizado entre la variación de la Vd/Vt y la PEEP mostró el mejor ajuste ($R^2=0.696$, $P<0.001$). Igual tipo de relación se observó entre la Vd/Vt y la PTPe ($R^2=0.530$, $P<0.001$), con un punto de inflexión en la función observable con PTP negativas. La PDsr también mostró correlación con una función cúbica de la PTPe ($R^2=0.242$, $P<0.001$), aunque la relación entre la PDsr y la variación de Vd/Vt fue lineal ($R^2=0.758$, $P<0.001$).



Conclusión: La Vd/Vt disminuyó durante la maniobra de reducción progresiva de PEEP a partir de 30 cm de H₂O. Con valores inferiores de PEEP, donde se observó PTP espiratoria negativa, dicha variación fue menor. La relación lineal entre la PDsr y el cambio de Vd/Vt sugieren que con alta PEEP esto sería explicado por sobredistensión alveolar y con baja PEEP por derreclutamiento asociado a PTP negativas.

0293 RELEVAMIENTO DEL CONOCIMIENTO Y CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

M ENRIQUEZ

Hospital Universitario Austral, Argentina.

Objetivos: Los objetivos de este estudio son: evaluar el conocimiento de los procedimientos correctos en las rutinas del servicio, comprobar la lectura de políticas y normativas implementadas y obtener datos para planificar un programa de educación basado en los errores o en respuestas incompletas priorizando los turnos con mayor déficit de conocimientos.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo con un cuestionario de competencia. Se aplicó a 45 enfermeros, pertenecientes a los cinco turnos. Se tomaron en esta encuesta datos demográficos y datos referentes al tiempo de egreso de la formación básica. Las preguntas formuladas fueron tomadas de intervenciones de enfermería realizadas en la rutina diaria del servicio y de las normativas publicadas.

Resultados: El 67% del personal tiene menos de tres años en el servicio. Se relevan un 64 % de respuestas correctas en el turno mañana, un 41% en el turno tarde, un 47% en el turno noche A, un 31% en el turno noche B y un 38% de preguntas correctas en el turno de franqueros. Se observa una relación directa entre los años de egreso, tiempo en el servicio y conocimiento de procedimientos correctos, rutinas, normas y políticas publicadas.

Conclusiones: Este tipo de relevamiento es importante por dos aspectos, el primero cumplir los objetivos planteados y en segundo término generar un ambiente de consulta, de desarrollo del pensamiento crítico y de interés por obtener el conocimiento. A partir de este trabajo se pueden generar estrategias de educación que permitan incrementar el conocimiento de nuevas normativas y políticas, estrategias de comunicación para llegar a los turnos noche y franqueros y por último motivar a los distintos turnos a superarse con respecto a una marca anterior.

0294 COMPORTAMIENTO DE LA PRESION TRANSPULMONAR DURANTE UNA MANIOBRA DE DISMINUCION DE LA PRESION TELEESPIRATORIA POSITIVA EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO

PO RODRIGUEZ, I BONELLI, M SETTEN, P MASKIN, S ATTIE, R VALENTINI

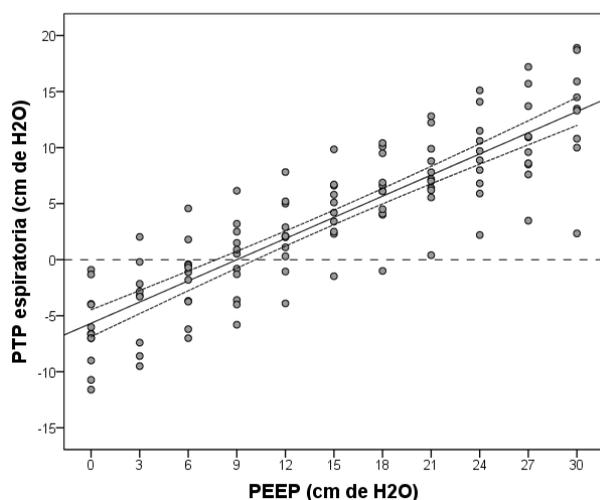
CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas), Argentina.

Objetivos: Evaluar la relación entre las presiones transpulmonar espiratoria (PTPe) e inspiratoria (PTPi) y la presión en la vía aérea (Pva) durante una maniobra de disminución progresiva de la presión teleespiratoria positiva (PEEP) en pacientes con síndrome de distress respiratorio agudo (SDRA) de origen pulmonar. Determinar el nivel de PEEP por debajo del cual la PTPe sería negativa. Comparar estos valores con la PEEP correspondiente a la mayor distensibilidad del sistema respiratorio (Csr) y la necesaria para lograr una Pva meseta de 30 cm de H₂O.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 11 pacientes con SDRA ventilados en CMV con un volumen corriente de 6 ml/kg durante la primera semana de ventilación mecánica. Luego de una maniobra de reclutamiento de presión inspiratoria de 40 cm H₂O durante 40 segundos, se disminuyó la PEEP desde 30 a 0 cm de H₂O cada 3

minutos de a 3 cm de H₂O. Se registraron la Pva, la presión esofágica (Pes) obtenida con un catéter con balón de látex y la PTP (Pva-Pes) durante una pausa espiratoria e inspiratoria, y el flujo aéreo. Se calcularon: las ecuaciones de regresión lineal entre la Pva (PEEP e inspiratoria) como variable independiente y la PTPe y PTPi; la PEEP por debajo de la cual la PTPe es negativa en cada caso, la correspondiente a la mejor Csr y la necesaria para obtener una Pva inspiratoria meseta (Pvai) de 30 cm de H₂O. Los datos cuantitativos se expresan como media±SD. Se utilizó un test de t para muestras pareadas.

Resultados: Se encontró una relación lineal entre la PEEP y Pvai con la PTP observada ($PTPe = -5.7 + 0.63 \times PEEP$, $R^2 = 0.74$, $P < 0.001$ y $PTPi = -4.68 + 0.61 \times Pvai$, $R^2 = 0.76$, $P < 0.001$). En todos los casos se halló un nivel de PEEP (8.9 ± 5.2 cm de H₂O, coeficiente de variación de 58%) por debajo del cual la PTPe fue negativa. Este fue similar al correspondiente a la mejor Csr (10.4 ± 3.1 cm de H₂O, $P = 0.350$) y menor que el necesario para obtener una Pvai de 30 cm de H₂O (19.1 ± 1.7 cm de H₂O, $P < 0.001$). En 4 casos la PTPe fue negativa al usar valores de PEEP seleccionados por la mejor Csr.



Conclusiones: La PTP espiratoria fue negativa en todos los casos por debajo de un valor de PEEP. Este último mostró una gran dispersión. La utilización de PEEP por debajo dicho nivel, como cuando se eligió este parámetro según la mejor Csr en algunos pacientes, podría conducir a derreclutamiento y atelectrauma, dado que podría haber cambios cíclicos de PTP durante el ciclo respiratorio. Por ello, la determinación de la PTP con el registro de la Pes podría ayudar a individualizar la estrategia ventilatoria en pacientes con SDRA.

0297 PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN TERAPIA INTENSIVA: ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS E INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL

JL SAGARDIA, CM COSTILLA, DG PIEZNY, DJ URIBE, ER LEISTAD, L AGUILAR
Hospital Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción: La producción científica es un indicador de calidad de la investigación que se lleva a cabo en una disciplina, dando origen a la información que fundamenta la práctica de la Medicina Basada en Pruebas (MBP). Aunque el Standard de Oro para la MBP son los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA), muchas de las respuestas a las preguntas clínicas habituales en la práctica diaria surgen de otro tipo de estudios.

Objetivo: Determinar la distribución de ensayos clínicos y prevalencia de ECA, Estudios Experimentales y de Investigación básica presentados en congresos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

Método: Corte transversal. El análisis se realiza sobre los trabajos publicados en los libros de resúmenes de los años 2006, 2007 y 2008.

Resultados: (ver tabla). Durante el periodo estudiado se llevaron a cabo 686 estudios. Se excluyeron del análisis los trabajos de pediatría y enfermería (N: 115)

Conclusión: En los años analizados se evidenció una baja proporción de ECA y E Analíticos, los cuales tuvieron una tendencia descendente. Paralelamente se observó un incremento en los estudios descriptivos (65% del total de reportes). La práctica de la medicina crítica implica situaciones que limitan en gran medida la posibilidad de generar estudios con calidad y jerarquía científica de peso (Niveles I y II). Sin embargo, el estímulo a la producción de información médica útil que pueda responder nuestras preguntas clínicas diarias es una necesidad que debe ser aplicada desde el proceso formativo del médico intensivista. Recientemente se publicó un estudio sobre las características del flujo de información científica generada en Latinoamérica, en el que Brasil, México y Argentina concentran el 70% de los ECA's publicados entre 1985 y 2006, a pesar de esto, toda la región aporta solo el 0,97% del total indexado en PubMed en el mismo periodo. Consideramos importante redoblar el esfuerzo desde las diferentes organizaciones científicas, universitarias y gubernamentales a fin de lograr un mayor incentivo para la investigación en medicina.

Distribución de Estudios Publicados entre 2006 y 2008

	2006	2007	2008
Total de trabajos publicados	235 (100%)	187 (100%)	264 (100%)
Trabajos analizados	197 (83,82%)	155 (82,88%)	219 (82,95%)
Trabajos excluidos (pediatría y enfermería)	38 (16,17%)	32 (17,11%)	45 (17,04%)
Ensayos clínicos	7 (3,55 %)	3 (1,93%)	2 (0,93%)
	Total	9 (4,56%)	5 (3,22%)
Investigación básica /experimental	Modelo animal	5 (55,55 %)	2 (40%)
	Estudio de laboratorio	0 (0%)	0 (0%)
	Humanos	4 (44,45%)	3 (60%)
Estudios Descriptivos	Total	121 (61,42%)	108 (69,67%)
	Reporte de caso	46 (38,01%)	64 (59,25%)
	"series de casos, experiencias de la unidad"	75 (61,98%)	44 (40,74%)
Estudios analíticos	Total	50 (25,38%)	39 (25,16%)
	Corte transversal	42 (84%)	36 (92,39%)
	Caso-control	3 (6%)	2 (5,12%)
	Estudio de Cohorte	5 (10%)	1 (2,56%)

Otros tipos de estudios: En 2006 5 de pronóstico, 2 de diagnóstico y de validación de 1 GPC. En 2008: 3 de pronóstico, 2 de diagnóstico, 2 de validación de scores de severidad en poblaciones diferentes (altura, Latinoamérica APACHE II/SAPS3) y 7 trabajos de intervención (analizan 2 periodos mediante corte transversal: antes y después de la intervención. La mayoría de tipo educativa).

0298 ESTADO DE MAL EPILÉPTICO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA GENERAL: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA, COMPLICACIONES Y MORTALIDAD

L VALLEJOS, C AGUILERA, I PREVIGLIANO, CM DILLON
Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina.

Objetivo: Evaluar la incidencia, etiología, complicaciones y mortalidad del estado de mal epiléptico (EME) en una UTI general.

Material y Método: Diseño de estudio: análisis de base de datos prospectiva. Criterio de inclusión: EME según la Liga Internacional contra la Epilepsia como una convulsión que persiste durante más de 30 minutos o se repite frecuentemente sin recuperación de la conciencia entre los ataques. Datos analizados: sexo, edad, antecedentes, TISS, APACHE II, diagnóstico, complicaciones, días de ventilación mecánica (ARM), días de UTI, difenilhidantoína (DFH), fenobarbital (Fb), coma barbitúrico (CB), monitoreo de PIC, traqueostomía, EEG, óbito y causa.

Resultados: Desde el 1/1/01 al 31/12/09 16 pacientes presentaron EME. Esto representa el 0,31% de los 5103 ingresos y el 1,74% de los 920 ingresos con diagnóstico de coma. Teniendo en cuenta el área programática del hospital 3,4 EME/100000 habitantes. El 69% tuvieron EME como diagnóstico de ingreso y el 31% como complicación de otra patología (hemorragia subaracnoidea 2, shock séptico 2, meningitis TBC 1). La edad promedio fue de 45±16 años, con un APACHE de 18,53, un TISS de 27, un promedio de internación de 20±12 días y de ARM de 8±9 días. Antecedentes: epilepsia 5, ACV isquémico 3, ACV hemorrágico 2, etilismo 3, cocaína 2, SIDA 2, oligofrenia 1, metástasis 1. Drogas: Midazolam (100%), DFH (94%), Tiopental (75%), Fenobarbital (31%). Todos los pacientes cumplían criterios de refractariedad (100% dos drogas, 75% tres drogas). Se realizó traqueostomía al 40% y EEG al 63%. Complicaciones: neumonía 38%, sepsis por catéter 25%, FMO 25%, IRA 19%, meningitis 13%. Mortalidad 31%, causas de muerte: encefálica 1, PCR 2, FMO 2.

Conclusiones: La incidencia de EME en esta UTI fue del 0,31% de los ingresos y del 1,74% de los ingresados en coma. El 31% tenía antecedentes de epilepsia. La mortalidad fue del 31%. Comparando nuestros datos con la literatura hallamos coincidencias en la tasa de mortalidad, en la incidencia por 100000 habitantes y en el porcentaje de pacientes con EME convulsivo, tanto como presentación inicial como complicación de otra patología neurológica. Estudios clínicos con monitoreo EEG continuo informan hasta un 10% de EME no convulsivo y 18% de convulsiones subclínicas en pacientes ingresados en UTI neurológica. Vespa ha reportado una disminución de la mortalidad y de las secuelas cognitivas en el TEC grave identificando y tratando el EME no convulsivo. Creemos que este debe ser el camino a seguir.

0299 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN HIPERTENSION INTRACRANEANA REFRACTARIA: HALLAZGOS RADIOLOGICOS RELACIONADOS CON LA SOBREVIDA

C GROER¹, C AFIONE¹, I PREVIGLIANO¹, L VALLEJOS¹, CM DILLON¹, D CERASO¹, L FRANK¹, CH PONTEVILLE²

¹ Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina.

² Cátedra de Matemática - Facultad de Farmacia y Bioquímica - UBA, Argentina.

Objetivo: Evaluar los hallazgos de la tomografía computada (TC) relacionados con la supervida de los pacientes con hipertensión intracraniana refractaria sometidos a craniectomía descompresiva (CD).

Material y Método: Diseño de estudio: análisis de base de datos prospectiva. Lugar. Unidad de Terapia Intensiva y Departamento de Radiología de Hospital afiliado a múltiples universidades. Datos analizados: edad, sexo, diagnóstico, puntaje inicial en la Escala de Coma de Glasgow (GCS), tiempo entre lesión y la CD, Escala de Glasgow de Recuperación (GOS) al alta de UTI y hallazgos de la TC. TC al inicio y posterior a la CD. Análisis de la primera TC: desviación de la línea media usando el Septum Pellucidum como referencia, compresión de cisternas basales, tamaño ventricular, visibilidad de surcos corticales. En la segunda TC se analizaron los mismos parámetros clasificándolos como mejorados, sin cambios o deteriorados y se analizó la CD: tamaño, área y volumen. Estos fueron calculados de acuerdo a Münch E (Neurosurgery 2000; 47:315-323) utilizando los diámetros de la CD medidos en mm para cada corte de TC. Se buscó el corte con el mayor diámetro y se trazó una perpendicular a este hasta el flap dural. El área y el volumen se calcularon con fórmulas matemáticas, permitiendo estimar el volumen de cerebro expandido a través de la CD. Se debió corregir la fórmula del área que estaba mal escrita en el estudio original. Se obtuvieron otras TC según fuera necesario por deterioro del sensorio y al alta de la UTI. Análisis estadístico: Chi cuadrado y Test de la t de Student.

Resultados: Del 1/1/08 al 31/12/09 24 pacientes fueron sometidos a CD. La edad media fue de 37,12 ± 16,63 años, la mediana de GCS 4 ± 3; 19 pacientes tenían traumatismo de cráneo y 5 ataque cerebral. El GOS se agrupó en buenos resultados (4-5) 46%, malos

resultados (2-3) 25% y muerte (1) 29%. La desviación de la línea media fue de 7,78 ± 4,33 mm la primera TC y 1,44 ± 2,80 en la segunda. El área promedio fue de 55,76 ± 22,64 cm² y el volumen fue de 172,95 ± 177,11 cm³. Encontramos diferencias significativas en la desviación de la línea media antes y después de CD: (Student p<0.01) y entre muertos y sobrevivientes (Chi sq p<0.01). También encontramos diferencias entre el volumen de CD de GOS 4-5 y GOS 1-3 (126 vs 231) que no fue significativa probablemente por el limitado número de casos.

Conclusiones: Nuestros resultados señalan la importancia de un trabajo coordinado entre radiólogos e intensivistas. La diferencia significativa de los cambios en la desviación de la línea media en los sobrevivientes muestra la utilidad de la CD. La medición rutinaria de la misma así como del área y volumen de la CD son importantes para predecir la supervida. Es necesario realizar estudios con un mayor número de casos para confirmar estas apreciaciones.

0300 HALLAZGOS TOMOGRAFICOS EN TRAUMATISMO DE CRANEO LEVE: SU RELACION CON EL ESTADO CLINICO

M STEINHAUS, C AFIONE, I PREVIGLIANO, L VALLEJOS, D CERASO, M BONAVINA, A PEREZ ALDZABAL

Hospital General de Agudos J. A. Fernández, Argentina.

Objetivo: El objetivo de este estudio es determinar si hay alguna relación entre los hallazgos tomográficos y el estado clínico de los pacientes con traumatismo de cráneo leve (TEC).

Material y Método: Diseño del estudio: Análisis de base de datos prospectiva. Lugar: Hospital universitario

Intervenciones: Ninguna. Datos analizados: Sexo, Edad, Escala de coma de Glasgow al ingreso (GCS), presencia de fractura de cráneo y lesiones intracraneales. Análisis estadístico: Chi cuadrado

Resultados: 1300 pacientes con TEC leve fueron sometidos a TAC de encéfalo desde el 1ro de noviembre de 2002 al 1ro de noviembre de 2009. El 65% de ellos eran hombres. La edad promedio fue de 45.8 años de edad. El GCS de ingreso fue 13 en el 4%, 14 en el 36% y 15 en el 60%. 9% de los pacientes presentaron TAC anormal, 13% edema difuso, 28% hemorragia subaracnoidea, 15% hematoma extradural, 26% hematoma subdural y 52% contusiones. Los pacientes con GCS 13 presentaban lesiones más severas (27% hematoma intracerebral) y más frecuentes (59%) que los que presentaban GCS 14 y 15 (P<0.01). La misma situación se repite con GCS 14 respecto a 15 (P<0.01). Al analizar las lesiones respecto de la edad encontramos mayor incidencia de hematoma subdural en los pacientes mayores de 40 años sin variabilidad en otras lesiones.

Conclusiones: Nuestros hallazgos son congruentes con la "Canadian CT rule" y con las Guías Italianas para TEC leve y sostiene la necesidad de excluir a los pacientes con GCS 13 de la clasificación TEC leve. La edad mayor a 40 años, la presencia de fracturas de cráneo y el GCS 13 son los mayores predictores de lesión intracraniana en TEC leve.

0303 EVOLUCIÓN POST OPERATORIA DE LA CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO CON LOS PRIMEROS NUEVE CASOS

V CAGLIERI, P CARMIGNANI, MJ ARAMBURU, S MARINSALDA, O GIL, C GALLETI

Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción: La citorreducción (CRS) asociada a quimioterapia hipertérmica, intraperitoneal intraoperatoria (HIPEC su sigla de difusión en inglés) proveen una promisorio combinación terapéutica para pacientes seleccionados con carcinomatosis peritoneal (CP) que puede mejorar la supervivencia y calidad de vida. Desde el año 2006 se realiza esta técnica en nuestro centro.

Objetivos: Evaluar la evolución postoperatoria y las complicaciones de los 9 primeros pacientes que recibieron CRS/HIPEC. Analizar va-

riables pronosticas en UTI, evaluar el tiempo de supervivencia y las causas de mortalidad.

Material y Métodos: Estudio descriptivo analítico, retrospectivo/prospectivo. Se analizó la base de datos de nueve pacientes con CP (colon, apéndice, ovario y mesotelioma) tratados con CRS + HIPEC entre 1 de mayo de 2006 y 28 de febrero de 2010. Las variables analizadas incluyeron: edad, tiempo quirúrgico (TQ), APACHE II, uso de inotrópicos (INOT), tiempo de ventilación mecánica (VM), tiempo de aclaramiento del ácido láctico (TAL), duración de nutrición parenteral total (NPT), estadía en UTI(EUTI), complicaciones, estado actual y supervivencia.

Resultados: Las variables analizadas se muestran en la Tabla 1. Las complicaciones, estado actual y supervivencia en la Tabla 2.

Tabla 1 - Variables pronosticas en UTI

EDAD	TQ	APACHE II	INOT	VM	TAL	NPT	E UTI
55	6.3	8	No	0	0	3	3
32	11.2	10	No	24	0	25	7
61	10.3	15	No	96	72	14	7
54	12	13	No	72	72	14	5
56	9.3	7	No	48	72	15	7
36	10.3	9	No	72	72	20	5
28	8.05	6	No	24	24	9	6
45	13.15	20	Si	96	96	52	56
49	8	4	No	24	48	9	3

TQ-VM en horas. NPT y E UTI en días

Tabla 2 - Complicaciones estado actual y supervivencia

n Complicaciones	Estado	Supervivencia(m)
1 TEPA, Aritmia, Leucopenia	FXE	1,7
2 No	SEE	36,4
3 Pancreatitis	SEE	19,6
4 Infección asociada a catéter, fistula pancreática, IRA	FXE	9,8
5 Dehiscencia de herida, neumotórax	SEE	12,8
6 Hematoma	FXE	10
7 No	SEE	3,9
8 Fistula enterocutánea, hemorragia, perforación, peritonitis, sepsis, infección asociada a catéter, neumonía, IRA	FXE	1,9
9 No	SEE	27,1

FXE Fallecido por enfermedad. SEE sin evidencia de enfermedad

Tres pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad: (n1) irreseccable al momento de la cirugía y (n8) indetectable al momento de la cirugía. Ambos registraron el menor tiempo de supervivencia. Un paciente (n4) falleció por toxicidad de la quimioterapia sistémica. Cinco pacientes permanecen sin evidencia de enfermedad con una supervivencia promedio de 19,9 meses (rango 3,9 a 36,4).

Discusión. Conclusiones: En nuestra serie el tiempo de supervivencia sin evidencia de enfermedad fue muy superior al esperado con tratamiento convencional. El número limitado de pacientes solo permite una visión descriptiva, no obstante a pesar de ser una cirugía agresiva, las variables estudiadas y complicaciones observadas, en nuestra experiencia no difieren de otra cirugía mayor y no fueron determinantes de mortalidad, la cual estuvo ligada a progresión de enfermedad y quimioterapia sistémica adyuvante. Es necesario aumentar nuestra serie y su seguimiento a largo plazo para confirmar los resultados.

0304 PARAMETROS FARMACOCINETICOS-FARMACODINAMICOS DE VANCOMICINA EN LA ADECUACION DE LOS REGIMENES DE DOSIFICACION EN EL NIÑO CRITICAMENTE ENFERMO

H TELECHEA, N SPERANZA, M OYARZUN, G GIACHETTO, L NANNI, A MENCACHA

Unidad de Cuidado Intensivo del Niño. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

Introducción: La emergencia de cepas de *S.aureus* meticilino-resistente (SAMR) ha determinado aumento en el uso de vancomicina. Sus parámetros farmacocinéticos han sido poco caracterizados en niños. La relación entre el área bajo la curva concentración – tiempo

en 24 horas y la Concentración Inhibitoria Mínima (AUC₂₄/CIM) es un indicador de eficacia. Valores de AUC₂₄/CIM > 400 se asociarían con mejores resultados clínicos. Se desconoce si con las dosis recomendadas en niños críticamente enfermos se alcanzan AUC₂₄/CIM > 400.

Objetivos: Caracterizar los parámetros farmacocinéticos de la vancomicina en niños gravemente enfermos y estimar el valor del AUC₂₄/CIM alcanzado para *S.aureus*.

Metodología: Se incluyeron niños hospitalizados en la Unidad de Cuidado Intensivo en tratamiento con vancomicina. Se realizó dosificación plasmática el día 1 de tratamiento, 1 hora luego de finalizada la infusión de la tercer dosis (Cmax), y 15 minutos previo a la cuarta dosis (Cmin). La dosificación fue repetida en el día 3. La vida media de eliminación (t_{1/2}) y el volumen de distribución (Vd) se determinaron mediante un software SIMKIN®. El clearance y AUC₂₄ se calcularon (CL= ln2 x Vd/ t_{1/2}; AUC₂₄= Dosis diaria/CL). Para AUC₂₄/CIM se consideró CIM de 1 y 2 µg/ml. Se tomaron como referencia de rango terapéutico (RT), 20-40 µg/ml Cmax; 5 -10 µg/ml Cmin.

Resultados: Se incluyeron 22 niños, edad media 38 meses. En el día 1, alcanzaron el RT 7/18 para Cmax y 16/22 para Cmin. En niños con balance hídrico (BH) positivo, la media de Cmax y Cmin fue 17.02 µg/ml y 6.4 µg/ml, y en aquellos con BH negativo 30.07 µg/ml y 10.89 µg/ml respectivamente. El Vd en el día 1 fue 0.51 ± 0.24 L/kg. El día 3, alcanzaron el RT 7/16 para Cmax y 11/17 para Cmin. En aquellos con BH positivo, la media de Cmax fue 19.21 µg/ml y de Cmin 6.5 µg/ml. En los pacientes con BH negativo 37.55 µg/ml y 25.1 µg/ml respectivamente. La t_{1/2} aumentó su valor de 3.1 ± 0.78 hs a 4.5 ± 3.07 hs del día 1 al día 3. Considerando un valor de CIM de 1 µg/ml, 9/18 pacientes alcanzaron una relación AUC₂₄/CIM > 400 en el día 1 y 7/15 en el día 3. Se observó correlación entre el volumen de distribución y el AUC₂₄/CIM en el día 1 y con el clearance en el día 3. Al considerar una CIM de 2 µg/ml, sólo un paciente alcanzó AUC₂₄/CIM ≥ 400 en el día 1 y 3.

Conclusiones: Los niños críticamente enfermos presentan variabilidad de los parámetros farmacocinéticos por lo que es necesario individualizar la dosis mediante monitorización. Se destaca la influencia del BH en la determinación del Vd. La mayoría de los pacientes no alcanzan un AUC₂₄/CIM > 400 con las dosis habitualmente recomendadas. Es necesario administrar una dosis carga para alcanzar una AUC₂₄/CIM > 400 en el día 1 de tratamiento.

0305 RESULTADO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDACIÓN Y ANALGESIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) MÉDICO-QUIRÚRGICA

M LOPEZ¹, M PROCHASKO¹, S NICOLAS¹, C ANTUNEZ¹, R CONTRERAS¹, M MOLTRASIO¹, G GRANBERG¹, M BRITZ¹, G ROJAS¹, F AYALA ORTIZ¹, N RAIMONDI¹, H NUÑEZ¹, I PREVIGLIANO², C PONTEVILLE³

¹ Hospital de Alta Complejidad "Juan D. Perón", Formosa, Argentina. ² Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández", Buenos Aires, Argentina. ³ Cátedra de Matemática – Facultad de Farmacia y Bioquímica – UBA, Argentina.

Objetivo: Determinar el resultado de la aplicación de un protocolo de sedación y analgesia sobre la duración de ARM, estadía en la UCI y hospitalaria, y mortalidad.

Introducción: Durante años el uso de sedoanalgesia para realizar ARM y procedimientos en la UCI, fue con el fin de tener un paciente dormido, no combativo, sometido a la voluntad del médico y el ventilador, sin tomar en cuenta las complicaciones de su uso indiscriminado. El concepto de "sedación dinámica", equivale a guiada por objetivos predefinidos, con revisión diaria, modificables según el estado clínico y la evolución del paciente. El uso de protocolos de sedación permite disminuir los días de ARM y de estadía en UCI, y así menor morbi-mortalidad.

Material y Método: La realización de este protocolo, llamado post-sedación, se basó en estudios previos como el consenso FEPIMCTI (Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de sedo-analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo), y en

■ Resúmenes

bibliografía internacional. Se monitoreó el nivel de sedación mediante una escala validada, la *Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)*(1), con evaluación periódica y modificaciones en las dosis de drogas sedantes hechas por enfermeros bajo supervisión médica. Se elaboraron distintos protocolos según las diferentes situaciones clínicas: 1) estándar 2) asma, EPOC y requerimiento de drogas vasopresoras 3) injuria cerebral aguda y postneurocirugía 4) insuficiencia renal en hemodiálisis 5) insuficiencia hepática. La sedación utilizada fue: midazolam, morfina, fentanilo, propofol y remifentanilo. La retirada de la sedación fue guiada por objetivos diarios, con reducción progresiva de sedantes y analgésicos, con el fin de reducir la incidencia de síndrome de abstinencia y tolerancia. Se evaluaron 2 periodos de 6 meses: desde el 12/11/2008 al 12/05/2009, denominado pre-sedación (sedoanalgesia sin protocolo) y como postsedación al comprendido entre el 12/11/2009 al 12/05/2010. Se incluyeron pacientes adultos, mayores de 16 años, con ventilación mecánica, excluyéndose a los fallecidos dentro de las primeras 48 hs de UTI, y a los pacientes que recibieron tiopental sódico como tratamiento de la hipertensión endocraneana.

Resultado: De los 67 pacientes incluidos, 24 en el grupo presedación (APACHE II: 17,25) y 43 en el postsedación (APACHE II: 19,04), el promedio de días de ARM fue: 11,04 vs 10,08 ($p=0,33$), días de UCI: 18,5 vs 14,22 ($p=0,23$), estadía hospitalaria: 27 vs 22,4 días ($p=0,25$) (Test de Wilcoxon) y mortalidad: 41% vs 30% ($p=0,19$ por Chi cuadrado), respectivamente. En el análisis no se encontró diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los objetivos evaluados.

Conclusión: En nuestro estudio la implementación de un protocolo sistemático de sedoanalgesia no demostró ser más efectivo que el uso no guiado de drogas sedantes y analgésicas en pacientes en ARM, debido a la muestra pequeña y heterogénea de control. Se necesitará evaluar periodos más largos con inclusión de un mayor número de pacientes.

(1) Sessler et al. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:1338-1344.

0306 MORTALIDAD DEL TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN UN HOSPITAL DE DERIVACION

MA GARCIA, E AMUNDARAIN, N GALLUCCI, E BISHELS, N PISTILLO, S CARINO, O FARIÑA, B DORFMAN
Hospital El Cruce, Argentina.

Introducción: El Traumatismo Encefalocraneano Grave (TECG) es la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo en personas menores de 40 años. En nuestro país no se cuenta con estadísticas de hospitales exclusivamente de derivación.

Objetivos: 1) Evaluar la mortalidad en Terapia Intensiva de los pacientes con TECG en un hospital de derivación. 2) Analizar las variables pronósticas que se asociaron con la mortalidad en esta población de pacientes.

Materia y Método: Se realizó un estudio retrospectivo observacional, sobre una base de datos recolectados prospectivamente en forma consecutiva, que incluyó pacientes con TECG durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2009 y el 30 de abril de 2010 que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). **Criterios de Ingreso:** pacientes > de 18 años con TECG, definido como Escala de Glasgow (GCS) ≤ 8 post resucitación. **Criterios de exclusión:** embarazadas, pacientes que desarrollaron muerte encefálica dentro de las primeras 24 hs y pacientes con TECG penetrante. Se analizaron las siguientes variables obtenidas durante las primeras 24 hs desde el ingreso a UTI: GSC, respuesta motora, alteraciones pupilares, Escala Tomográfica del *Traumatic Coma Data Bank (TCDB)*, hemorragia subaracnoidea traumática, hipertensión endocraneana (HEC), hipoxia ($PO_2 < 60$ mmHg), hipo/ hiperglucemia ($\leq 60/ >180$ mg/dl respectivamente), anemia ($Hb \leq 7$ g/dl) e hipotensión arterial (1 registro de $TAS \leq 90$ mmHg). Se evaluó estadía en UTI, hospitalaria y mortalidad en UTI. Los datos se expresaron como promedios, \pm SD o mediana y rango intercuartil según correspondiera. Se realizó análisis CHI cuadrado para comparar proporciones y *T test* para comparar variables continuas. Se consideró una *p* significativa: $< 0,05$.

Resultados: De un total de 55 pacientes, 43 cumplieron los criterios de inclusión. El APACHE II fue de 21 puntos. El promedio de días de internación hospitalaria fue 34,5 y de internación en UTI fue 21,2 (vivos:24,3 y muertos:9,4 días). La mortalidad global fue 20,9% (34 vivos y 9 muertos). De las variables pronósticas analizadas en esta serie, las que se asociaron con la mortalidad fueron: el GCS: vivos 7 puntos (entre 6 y 8) y muertos 3 puntos (entre 3 y 7) $p=0,04$; la respuesta motora: vivos 5 (entre 5 y 2) y muertos 2 (entre 1 y 5) $p=0,04$; las lesiones ocupantes de espacio (LOE) no evacuadas ($p=0,04$) y la hipoglucemia ($p=0,01$). Se observó predominio de hombres sobre mujeres (4/1) como también diferencia en la edad entre vivos y muertos (vivos: 29 ± 11 vs muertos: 38 ± 20 años) aunque esta última no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: En esta serie de pacientes consecutivos con TECG en una UTI de un hospital exclusivamente de derivación, se obtuvo una mortalidad del 21%. El GSC, la respuesta motora, la presencia de una LOE no evacuada y la hipoglucemia se asociaron en forma estadísticamente significativa a la mortalidad

0307 APLICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES Y PARAMETROS DEL VENTILADOR MECÁNICO UTILIZADOS DURANTE LA FIBROBRONSCOPIA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE GRIPE A H1 N1

A TAMAYO, M GUAYMAS, N VETRANO, A ZAMUZ

Hospital M. y L. De La Vega. Moreno, Prov, de BsAs., Argentina.

Introducción: La utilidad diagnóstica y terapéutica de la BFF junto con su mínima morbimortalidad ha llevado a un aumento de su uso en pacientes críticamente enfermos inclusive en ARM. Estos enfermos están propensos a complicaciones especialmente si están ventilados con PEEP y si tienen otras condiciones médicas. La comprensión de las consecuencias fisiopatológicas asociadas con la BFF en un paciente ventilado mecánicamente sobre la mecánica respiratoria, intercambio gaseoso y la hemodinamia, debería alertar al endoscopista para tomar las precauciones necesarias y resolver estos problemas. Se debe conocer las recomendaciones y programación del ventilador mecánico antes, durante y luego del procedimiento endoscópico en especial en nuestro tipo de pacientes.

Objetivo: Evaluación de la prevención de las complicaciones periprocedimiento endoscópico de los datos obtenidos siguiendo las recomendaciones y parámetros del ventilador mecánico periprocedimiento endoscópico de la ATS, ERS y BTS sobre los pacientes con casos sospechosos de gripe A en nuestra sala de UTI.

Materia y métodos: Estudio prospectivo de un período de 8 semanas (19/06/09 al 25/08/09) en el servicio de UTI, con criterios de inclusión: edad igual o > 18 años; cuadro clínico de enfermedad respiratoria febril aguda compatible más Sat. O_2 igual o $< 91\%$ más radiografía de tórax con infiltrados intersticio/alveolares bilaterales multilobares en especial bases y campos medios con requerimiento de ARM. Utilizamos un broncoscopio STORZ, de 5,8 de diámetro externo. Técnica del BAL por BFF (Ver Anexo) según guías de la ATS, ERS y BTS. Se excluyeron pacientes con: 1. $PaO_2 < 60$ mmHG, $SpO_2 < 88-90\%$, con FiO_2 de 1; TAM < 60 mmHG o uso de vasopresores a altas dosis; y 3. Taqui o bradi arritmias con inestabilidad hemodinámica. 4. Neumotórax No resuelto.

Resultados: Registramos 19 pacientes. 10 (53%) hombres y 9 (47%) mujeres, 89% (17) eran menores de 65 años. Las comorbilidades (53%) más frecuentes fueron obesidad, HTA, EPOC y asma. Al ingreso los pacientes presentaron APACHE II: 20, LIS (Lung Injury Score) (MURRAY) >2 y CURB.65 de 2, con hipoxemia refractaria en todos los casos, $PaO_2 < 60$ c/ $SpO_2 < 80\%$. LA FB se realizó en 12 paciente (64%), 10 en ARM, con una estrategia protectora en modalidades VCV o PCV con VC bajos $-6ml/Kg.$ -y PEEP elevadas $\rightarrow 10$ - ajustado según protocolo Net Work intentando mantener una presión de meseta $< a 30$ cm H₂O, y con maniobras de reclutamiento según manejo de SDRA, la VCV con flujo constante fue el modo ventilatorio usual con Vt 5-7 ml/Kg., algunos pacientes requirieron temporal-

mente apoyo farmacológico para sostener la TA. Existió una complicación (10%), un neumotorax resuelto con drenaje, adjudicado a punción pleural accidental tras colocación de vía central.

Conclusiones: No se presentaron complicaciones relacionadas al estudio observando las recomendaciones y parámetros del ventilador mecánico utilizadas en forma general por la ATS, ERS y BTS y específica de la NHLBI Network en pacientes con ARDS.

0308 EVALUACIÓN PROSPECTIVA DEL GASTO ENERGÉTICO DE UN GRUPO DE PACIENTES CRÍTICOS EN UNA UNIDAD DE TRAUMA

F LIPOVESTKY¹, H VAZQUEZ², F PÁLIZAS (H)³

¹ Centro Medico Fitz Roy y Clinica Santa Isabel, Argentina. ² Centro Medico Fitz Roy, Argentina. ³ Centro Medico Fitz Roy y Clinica Bazterrica, Argentina.

Objetivo: Según diferentes autores la evaluación del gasto energético (GE) y los requerimientos nutricionales (RN) mediante fórmulas ad hoc no suele reflejar la realidad del metabolismo en los pacientes críticos. Se diseñó un estudio prospectivo para comparar el GE medido por Calorimetría Indirecta (CI), el GE predicho por la ecuación de Harris Benedict (HB), HB más factor de corrección y el GE estimado por la fórmula sugerida por el American College of Chest Physicians (ACCP) de 25 kcal/Kg/día. Como objetivo secundario se evaluó la diferencia entre las calorías indicadas y las recibidas realmente por los pacientes.

Materiales y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva todos los pacientes con indicación de soporte nutricional con alimentación enteral. El día de la indicación de la alimentación se realizó un estudio del metabolismo basal con un calorímetro CCM Express Medical Graphics Corporation, USA, se calculó el requerimiento calórico por la ecuación de HB y HB por factor de corrección y usando la fórmula del ACCP. Luego de 24 horas se registró la cantidad de alimentación enteral infundida. Se realizó el análisis estadístico mediante test "t" de Student de dos colas para datos apareados

Resultados: Se realizaron 18 mediciones en 14 pacientes (11 politraumas y 3 quemados graves), edad media: 38.1 años, apache II: 16.39, índice de masa corporal: 25.72. La media de calorías (C) indicadas por la fórmula del ACCP fue 2029.41 ± 329.33, las C recibidas 1509.94 ± 515.87, las C predichas por HB 1813.22 ± 259.40, HB más factor de corrección 2684.43 ± 469.33 y las C medidas por calorimetría 2203.11 ± 715.61. La diferencia entre las C medidas y las C predichas por HB fue significativa, p=0,036. La diferencia entre las C medidas y HB más factor de corrección fue estadísticamente significativa, p=0.004. La diferencia entre las C medidas y las C indicadas siguiendo la fórmula del ACCP no fue significativa, p=0,36. Las C indicadas y las C recibidas alcanzaron una diferencia estadísticamente significativa, p=0,0013.

Conclusiones: La evaluación del GE y RN por intermedio de la ecuación de HB y HB más factor de corrección no se relaciona al GE medido por calorimetría indirecta. La evaluación del GE por la fórmula sugerida por el ACCP tuvo concordancia con los hallazgos de la calorimetría. Las calorías recibidas fueron significativamente menores que las indicadas.

0309 VARIACION EN LA FUNCIONALIDAD Y FUERZA MUSCULAR DE PACIENTES CON PERMANENCIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS, UN ESTUDIO BASADO EN INDICES DE BARTHEL, KATZ, Y ESCALAS KENDALL Y MRC. INFORME PRELIMINAR

DL TORRES, P NIETO, F JORRO BARÒN, S ILUTOVICH, D NOVAL Sanatorio Trinidad Mitre, Argentina.

Introducción: Los pacientes atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), están expuestos por su inmovilización a alteraciones, neuro-músculo-esqueléticas, modificando al egreso de las mismas sus normales actividades de la vida diaria (AVD).

Objetivo: Evaluar funcionalidad motora y fuerza muscular en pacientes que recibieron Asistencia Kinésica Respiratoria (AKR) y Motora (AKM), utilizando los índices funcionales de Barthel, Katz y escalas de fuerza de Kendall y MRC (Medical Research Council Score).

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, observacional. Se incluyeron pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva del Sanatorio Trinidad Mitre del 5 de Abril al 5 de Mayo del 2010, que requirieron AKR y AKM por su patología base. Criterio de inclusión: ser evaluados en las primeras 24 hs de ingreso y 24 hs de egreso de la UCI y que requieran AKR y AKM. Criterios de exclusión: Inestabilidad hemodinámica-respiratoria, los que no pudieron ser evaluados en las primeras 24 hs. y aquellos con enfermedad neurológica preexistente. Al inicio se registró; SAPS II, Frecuencia cardíaca (FC), Tensión arterial media (TAM), Saturación de Oxígeno (Sat), Índices funcionales de Barthel y Katz y escalas de fuerza, Kendall y MRC, al egreso; los índices de funcionalidad y fuerza. El tratamiento Kinésico constaba de cuidados y monitoreo de la vía aérea, movilización de miembros, pasiva/activa (según RASS y fuerza muscular) y sedestación al borde de la cama. Los datos fueron expresados como medianas y rango. Se utilizó el test de Wilcoxon para comparar las variables. Se utilizó STATA 9.2 como paquete estadístico.

Resultados: Se tomaron n=11 pacientes, 7 hombres, 4 mujeres, edad: 62 años (31-94). Motivo de ingreso: Insuficiencia respiratoria aguda (IRA): n=4, IRA sobre crónica: n=4, Accidente cerebrovascular hemorrágico: n=2, coma: n=1. Medicación al ingreso a UCI: analgesia/sedación: 9/11 (81,81%), vasoactivas: 3/11 (27,2%). Datos iniciales: FC: 91 l/m (77-111), TAM: 78mmHg (61-95), Sat: 98 %O₂ (93-99). SCORE SAPS II: 27 (14-55). Dos pacientes fallecieron en la UCI. Escalas de fuerza MRC: Ingreso: 24 (0-60), al egreso: 48(17-60) p=0.01. Escala Kendall: MMSS; ingreso: 2 (0-5), al egreso: 4 (1-5) p=0.03, MMII; ingreso: 2 (0-5), al egreso 4 (1-5) p=0.04. Índices funcionales: Barthel: Ingreso 20 (0-25), egreso: 60 (0-100) p=0.002. Índice de Katz: predominio al inicio, índice G; 73% (Dependencia total, alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse), egreso (n=9) las predominantes fueron: G 33% y E: 33% (Independiente excepto en bañarse, vestirse, uso del retrete y otra adicional).

Conclusiones: Se observó diferencia en la fuerza muscular y en la funcionalidad (AVD), en relación ingreso/egreso significativa.

0310 PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA

J GUYON ARAUJO, M MARENGO, A CHENA, JL MARENGO, G ZAKALIK, M SANCHEZ, JM PINA, D RAGGIO Servicio de Terapia Intensiva Hospital Luis C. Lagomaggiore. Mendoza., Argentina.

Introducción: Las causas que potencialmente pueden provocar pancreatitis aguda son numerosas, entre ellas la patología biliar y el alcohol son las responsables del 90% de los casos, una pequeña proporción es causada por hipertrigliceridemia.

Objetivos: Analizar características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una entidad infrecuente en UTI.

Materiales y Métodos: Revisión y análisis de historia clínica. Descripción: Varón de 34 años con antecedentes de hipertrigliceridemia familiar, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus secundaria a episodio de pancreatitis aguda e hipotiroidismo. Paciente sin adhesión al tratamiento y controles, el cual consulta por presentar dolor abdominal en epigastrio y vómitos. Se realiza TAC de abdomen donde se visualiza páncreas aumentado de tamaño y edema peripancreático. Al ingreso: TAG (triacilglicéridos): 8.444g/L. Amilaseamia: 324 mg/dL, se diagnóstica pancreatitis aguda necrohemorrágica con score de gravedad según APACHE II: 20 y Ranson: 6. Presenta shock distributivo según parámetros obtenidos en monitoreo de variación de presión del pulso, síndrome compartimental abdominal (PIA de 42 mmHg), fallo renal tratado con hemodiálisis durante 20 días y SDRA el cual requirió maniobras de reclutamiento reiteradas por deterioro de mecánica respiratoria y gasometría, permaneciendo

en ARM por 23 días y siendo destetado con VNI sin complicaciones infecciosas asociadas al soporte ventilatorio. Intercurre con sepsis asociada a catéter por SAMR y necrosis pancreática infectada por igual germen, con colecciones que se trataron en forma conservadora por medio de punción/drenaje guiado por ecografía. La hipertrigliceridemia se manejó en conjunto con los Servicios de Nutrición, Gastroenterología y Endocrinología asociando heparina sódica e insulina en infusión continua, ácidos grasos omega 3, fibratos y un adecuado balance de TAG en la alimentación parenteral y enteral, obteniendo una disminución marcada de TAG (hasta 340 g/L). Es externado de UTI con resolución de fallos orgánicos luego de 47 días en el servicio.

Conclusión: La pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia es una entidad poco frecuente cuyo manejo en la unidad de cuidados intensivos debe estar orientado al soporte de las diferentes fallas orgánicas, simultáneamente con el tratamiento del trastorno metabólico que la desencadena y perpetua.

0311 GESTION DE UN SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

LA COMPUTARO¹, JL SCHNITD¹, AE CARTELLI¹, S GATICA¹, G NIOTTI¹, J DEL RIO²

¹ Hospital Juan C Sanguinetti, Argentina. ² Secretaria de Salud Municipalidad de Pilar, Argentina.

Introducción: Las Guías de Diagnóstico y Tratamiento y Guías de Práctica Clínica (GPC) de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), mejoran la relación costo-efectividad; disminuyendo los costos globales y mejorando el círculo de la calidad en la atención.

Objetivo: Mostrar el mayor costo de la "no calidad" en un Servicio de Cuidados Intensivos (CI) de un Hospital Municipal.

Material y Métodos: Estudio observacional. Ubicación: Terapia intensiva polivalente de 14 camas, equipada según las Normas del Ministerio de Salud. Población: pacientes ingresados a Cuidados Intensivos, datos epidemiológicos. Intervención: uso de Guías y GPC de la MBE a partir del mes de Julio. Farmacia: análisis de los datos de consumos durante el periodo Julio-Agosto-Septiembre 2009. Se agruparon en 3 ítems; medicación: oral o endovenosa (e.v.). Antibióticos: oral y e.v., Anestésicos: sedación y analgesia.

Resultados: Egresaron 34, 36 y 46 pacientes en julio, agosto y septiembre; mortalidad cruda del 9.65, 5.6 y 12.8 % respectivamente. Agosto vs. Julio la provisión de unidades disminuyó 40.18 %, con una disminución en costos del 41.20 %. Septiembre vs. Agosto disminución de la provisión de unidades 21.97 % y disminución de costos 29.32 %. Septiembre vs. Julio disminución de la provisión de unidades 53.32 % y disminución en costos 58.45 %.

Tabla I. Entrega de Unidades y costos Julio, Agosto, Septiembre

Item/Mes		Julio	Agosto	Septiembre
Medicamentos	Unidades	6892	4682	3447
Antibióticos	Unidades	1175	598	480
Anestésicos	Unidades	3916	1888	1666
Totales	Unidades	11983	7168	5593

Esta disminución en el consumo y los costos se acompañó de una mayor efectividad en los resultados de CI

Tabla II. Variables epidemiológicas CI Jul, Ago, Sep

Item/mes	Julio	Agosto	Septiembre
Egresos	34	36	46
Días de Internación (Media Dst)	5.06 ± 7.04	6 ± 5.74	3 ± 1.88
Edad (Media Dst)	46.44 ± 18.17	50.14 ± 19.77	53.18 ± 18.55
Tasa ocupación %	73.3	83.87	83.20
Ventilación Mecánica %	56.8	39.48	35.84
Mortalidad %	9.65	5.6	12.8

Conclusiones: Calibrar un modelo de estudio antes - después que cuantifique el efecto de cada una de las variables relacionadas

a resultados es metodológicamente muy complejo. Aún teniendo en cuenta este aspecto los resultados observados, señalan que la introducción de protocolos basados en la MBE disminuye los costos en la atención del paciente crítico. Siendo una herramienta de relevancia en la toma de decisiones, colaborando a racionalizar la utilización de recursos.

0312 NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN TERAPIA INTENSIVA DURANTE LA PANDEMIA H1 N1 EN TIERRA DEL FUEGO

D DUARTE, F PLANO, D CURCIO, G FILIPPA, J SAN JUAN, A MONTES, J BALBI, E PERRAULT, R MALTEZ, V ALONSO, V LOPEZ, H HERRERA, P MONTES

Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Río Grande, Argentina.

Objetivo: Reportar las características de los pacientes con neumonía grave de la comunidad (NGC) ingresados al Servicio de Terapia intensiva durante la pandemia de H1 N1.

Materiales y Métodos: Fueron incluidos los pacientes admitidos al Servicio de Terapia Intensiva (STI) polivalente desde el periodo comprendido entre el 28 abril de 2009 al 04 de setiembre 2009, que presentaron diagnóstico de NGC en el contexto de la pandemia H1 N1. Se aplicó el protocolo de actuación para el diagnóstico y manejo de los pacientes con sospecha de H1 N1 del Ministerio de Salud TDF. Se evaluó las características demográficas, comorbilidades, APACHE II, SOFA score de ingreso al STI (Sepsis-related Organ Failure Assessment), sintomatología clínica, imágenes radiográficas, necesidad de ARM (NARM), Ac. Láctico (mg/dl) (AL), CPK (U/l), LDH (U/l), leucocitosis, Saturación de O2 al ingreso al STI (Sat.O2), PaO2/FiO2 ingreso STI, presión al final de la espiración (PEEP), días de ARM (DARM), tratamiento con oseltamivir (dosis/ tiempo), aislamiento en secreción bronquial Bacteriológico (AB) y Viroológico (AV), tratamiento con corticoides, estadía en TI (ET), 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 13 ingresos en el periodo estudiado, donde la edad media fue: 45 +/- 3, sexo femenino 8 ptes (61,5%), comorbilidades 7 ptes (53,8%), APACHE II: 18, SOFA de Ingreso 9 +/- 2, la sintomatología clínica predominante fue: fiebre 100% (13 ptes.), tos 84,6% (11 ptes.), disnea 69,2% (9 ptes.), imágenes radiográficas bilateral 84,6% (11 ptes.) dos cuadrantes 53,8% (7 ptes.), cuatro cuadrantes 69,2% (9 ptes.), infiltrados intersticiales 38,4% (5 ptes.), la media de: AL 25 mg/dl, CPK 480 (U/l) (p < 0.05), LDH 2100 (U/l) (p < 0.001), leucocitosis 12.500 mm³, PEEP 18, Sat. O2 < 91% (84,6%), PaO2/FiO2 < 150 11 ptes. (84,6%), NARM 84,6% 11 ptes., DARM 9.5 +/- 3 días, Oseltamivir: dosis 150 mg/12 hs.; AB (Neumococo: 7 ptes 53,8%); AV (H1 N1: 5 ptes 38,4%) duración: 9.5 +/- 3 días, Corticoides 61.5% (8 ptes.) ET 11 +/- 4, no se registro fallecidos.

Conclusión: En la población estudiada la NGC durante la pandemia H1 N1 no registró fallecidos en nuestro STI, se destaca el hallazgo bacteriológico de Neumococo en 7 ptes, y la confirmación de H1 N1 en el 38,4% de los ptes con NGC. De todas las variables registradas los niveles de CPK y LDH tuvieron significancia estadística.

0313 PRONOSTICO DE LOS PACIENTES NEUROCRTICOS CON ALTERACIONES EN LA NATREMIA

E ARISTA, L GRIECO, S MARE, D VARELA, MF DIAZ, A HLA-VNICKA, N WAINSZTEIN FLENI, Argentina.

Introducción: Las alteraciones de la natremia son un trastorno frecuente en pacientes críticamente enfermos, pero más aún en los pacientes que presentan patología neurocrítica, lo que podría influir en el pronóstico de estos. Su epidemiología no ha sido bien definida.

Objetivo: Analizar las variables clínicas y el pronóstico de los pacientes neurocríticos que presentan alteraciones de la natremia en terapia intensiva comparado con aquellos que no.

Material y Método: Estudio retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados al servicio de Terapia intensiva de nuestra institución desde 1/08/2009 hasta el 30/04/2010 que presentaron alteración de la natremia; hiponatremia: sodio <135 mEq/L e hipernatremia: sodio > 145 mEq/L. Se tomo en cuenta: incidencia, edad, sexo, Apache II, SAPS, días de ARM, traqueostomía, estadía en UTI, requerimiento de transfusión de glóbulos rojos (GR), vasopresores, infecciones, fallo renal agudo y mortalidad; además del día de inicio y duración del trastorno. También se tuvo en cuenta el tipo de admisión: quirúrgica-clínica. Los datos se expresaron como media y desvío estándar para las variables continuas, y como porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el test de t y el chi Cuadrado. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 499 pacientes, de los cuales el 96,7% presentó patología neurocrítica. El tipo de admisión fue clínica 22.2% y quirúrgica 77.8%. La incidencia de alteraciones de la natremia fue de 28,7%. Presentaron hipernatremia 12,6% con un sodio 150 (5.3) e hiponatremia 16% pacientes con un sodio de 132 (3) la duración del trastorno fue de 2 (5.9) y 1 (1,1) días respectivamente.

	Sin Trastornos de Na ⁺	HiperNa ⁺	Sin trast. de Na ⁺ /hiperNa ⁺ p	HipoNa ⁺	Sin trast. de Na ⁺ /hipoNa ⁺ p
n	356	63		80	
Sexo Femenino	183	29		28	
Edad	51 (16.1)	55.7 (18.9)	0.03	54.9 (18.7)	0.06
Apache II	6.5 (5.8)	13.0 (7.1)	0.00	9.5 (5.5)	0.00
SAPS	13.7 (9.6)	29 (18)	0.00	20.5 (12.4)	0.00
Estadía en UTI	3.4 (9.6)	12.3 (16.5)	0.00	6.6 (6.5)	0.00
Mortalidad	0.5%	11.1%	0.00	2.5%	0.32
ARM	4.4%	44.4%	0.00	17.5%	0.00
Días de ARM	8.4 (9.6)	11.2 (13.5)	0.04	6.9 (7.1)	0.18
Traqueotomía	31.2%	50%	0.37	42.8%	0.78
Días al momento de la traqueo	6.8 (3.7)	9.2 (3.5)	0.00	7.4 (3.8)	0.19
Infecciones	6.1%	39.7%	0.00	22.5%	0.00
SOFA	5.4 (3.3)	7.6 (3.3)	0.00	4.8 (2.6)	0.12
Transfusiones	7.7%	27%	0.00	16.5%	0.04
Vasopresores	2.2%	30.2%	0.00	8.7%	0.00
Insuficiencia Renal		6.3%		3.7%	

Conclusiones: Los pacientes neurocríticos que presentan alteraciones de la natremia durante su internación en UTI, tienen mayor morbimortalidad que el resto de la población, expresado esto por un mayor requerimiento de ARM, transfusiones de glóbulos rojos y vasopresores; así como una mayor tasa de infecciones, estadía en UTI y mortalidad. Siendo más acentuado en el grupo que presentó hipernatremia. Los pacientes con alteraciones de la natremia, presentaron scores de gravedad más altos, esto es motivo de discusión en diferentes publicaciones, no está claro si es un factor independiente de mortalidad, un marcador de gravedad de la enfermedad o ambos. La falta del diagnóstico o su diagnóstico tardío, podría influir negativamente en el pronóstico de estos pacientes. Por lo tanto estrategias para su prevención, diagnóstico y tratamiento precoz serían necesarias para mejorar su pronóstico.

0314 COLISTIN ENDOVENOSO EN INFECCIONES NOSOCOMIALES SEVERAS CAUSADAS POR ACINETOBACTER BAUMANNII

L CORZO, M FUMALE, M IACONO, S ALEGRIA, S GONZALEZ CRUZ, V SCIUTO
Hospital Provincial Neuquen, Argentina.

Objetivo: Evaluar resultados de tratamiento con colistin en infección documentada a Acinetobacter pan resistente en pacientes hospitalizados en la UTI provincial Neuquén. Objetivo secundario: estimar incidencia de toxicidad renal y hemodiálisis en los pacientes tratados con colistin determinando el grado de asociación con el uso de nefrotóxicos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo transversal descriptivo basado en recolección de historias clínicas de pacientes internados en la UTI desde el 01/07/2007 al 31/12/2009 con infección documentada a acinetobacter pan resistente tratada con colistin.

Resultados: Se incluyeron para el estudio 90 tratamientos en el período de 30 meses bajo análisis. No hubo diferencias significativas en cuanto a las características poblacionales como edad y sexo, comorbilidades asociadas. Se encontró una asociación entre la erradicación microbiológica y la respuesta clínica favorable. Odds ratio 32 (IC 95 con un rango 1, 37-5,83). RR 2,81. El 45% (41 pacientes) sobrevivieron a la hospitalización. Nefrototoxicidad: 57% de los pacientes desarrollaron toxicidad renal evaluada por diversos criterios. 35 pacientes utilizaron tratamiento simultáneo con nefrotóxicos de los cuales 7,7% desarrollo insuficiencia renal requiriendo hemodiálisis. 44 pacientes presentaron alteración del filtrado glomerular (48,8%) de los cuales en 25 de ellos presentaban uso concomitante de nefrotóxico por lo que no se puede asociar este evento con dicha causa de forma exclusiva. El uso de nefrotóxicos más colistin aumenta 5,17 veces la probabilidad de toxicidad renal (IC95% rango 1,78-16,20).

Conclusión: Los hallazgos más importantes de este estudio radican en la respuesta favorable del tratamiento endovenoso con colistin para infecciones nosocomiales a Acinetobacter baumannii pan resistente asociado a una alta tasa de fallo renal concomitante a su uso, aumentando 5,17 veces la probabilidad de toxicidad renal.

0315 EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN CUIDADOS INTENSIVOS A MARTINUZZI, E FERRARESI, M ORSATTI, A PALAORO, J CHAPARRO, S ALCANTARA, A CORBALL, C FELLER HIGA ROSSI, Argentina.

Objetivos: Caracterizar el tipo de paciente y sus demandas nutricionales. Determinar qué tipo de SN se brinda en UCI y objetivar errores de ejecución del SN y su impacto en la evolución.

Métodos: Cohorte prospectiva de pacientes desde el 01/03 al 01/06/09, con permanencia > de 48hs. Se excluyeron los que cursaron una internación < de 48hs y los derivados con internación > de 48hs. Se consideraron como riesgo nutricional valores de: albumina < 3 gr/dl, Colesterol <150 mg/dl y/o un recuento linfocitario <1500. Como medida de catabolia se evaluó la pérdida nitrogenada diaria (PN) calculada partir de la urea urinaria medida por método Rosch-Rammel multiplicada por 0,47 más factor de corrección de 4 gr y el balance diario (BND), se realizó análisis estadístico con programa SPSS 17.0, los resultados se expresan en media y DS. Se consideró: SN precoz el iniciado dentro de las 24 hs luego de la estabilidad hemodinámica (EH). EH no requerir drogas vasoactivas ó su disminución, ó no necesitar expansión durante 24 hs. Ingresaron 63 pacientes, 45 cumplieron los criterios de inclusión, la edad fue 51 +/- 19 años, y el Apache II de 17 +/- 6. El motivo de ingreso más frecuente fue Medico 44,1%. El 88,8% recibieron SN, se usó la vía enteral (VE) en el 62,5% y la Oral 37,5%. La duración del SN fue de 6 días, y la estadía de 9, el índice SN/ Días UCI fue de 0,66. Parámetros bioquímicos: 41% tenían menos de 3gr/dl de albumina, 36% un recuento <a 1500 linfocitos, y 58% menos de 150 mg/dl de colesterol total. La PN acumulada en promedio hasta el inicio del SN fue de 38 gr +/- 25, siendo el grupo de Neurológicos y Quirúrgicos de Urgencia los de > pérdida. El promedio del BND acumulado durante toda la estadía fue de -128 g +/- 108. En el 56% se realizó SN precoz, en el resto la media de inicio fue de 2,14 días. Los que con mayor frecuencia iniciaron el SN tardío fueron: Médico y Trauma. El 75% tuvo un Índice Ingreso Calórico Real/Ingreso Calórico Programado (ICR/ICP) de 0,68 para un valor recomendado del 0,8. Se interrumpió el SN en el 34,7%, los motivos: sin especificar 36,3%, extracción accidental de SNG 14%, constipación 7,1%, inestabilidad hemodinámica 7,1%, neumonía aspirativa 7,1%, diarrea 7,1%, y distensión abdominal 7,1%. La conducta ante la interrupción fue: ninguna 36,3%, cambio de la fórmula 20%, recolocación de SNG 14%, endoscopia 7.1%, análisis de materia fecal y coprocultivo 7,1%. La mortalidad total fue de 32,5%, y comparando por variable fue: Pacientes con Inicio tardío

SN 36% vs Inicio temprano 25%. En quienes se interrumpió el SN la mortalidad fue de 56% vs 18% de los que no. La mortalidad fue superior en aquellos que no alcanzaron el ICR/ICP 50% vs aquellos que si lo hicieron 10%.

Conclusiones: El criterio de ingreso más frecuente fue médico y en su mayoría se hallaban en riesgo nutricional. El 88.8% recibió SN, la VE fue la más empleada y solo en el 56% fue precoz. La interrupción del SN fue de 34,7% sin poder especificar el motivo en su mayoría. La mortalidad fue mayor en los que se les suspendió el SN y en quienes no se alcanzó ICR/ICP.

0316 EL PACIENTE DE CUIDADOS INTENSIVOS: ¿OBJETO DE TRATAMIENTO O SUJETO DE CUIDADOS?

L GIL, CW SORIA, TM PERSONAL ENFERMERÍA, R BELLONI, V WOLANOW

Sanatorio Güemes, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En el presente trabajo se quiere dar cuenta la implicancia para la subjetividad del **paciente lúcido**, transitar por la experiencia de una internación en UCI. La visita semiabierta, es indispensable para abordarlo desde lo interdisciplinario, lo integral. **Objetivo:** demostrar que la visita semiabierta es beneficiosa para el paciente lúcido en UCI. **Criterios de Inclusión:** Querer participar del presente trabajo. Paciente lúcido, con internación prolongada. Familia y paciente con adaptación ineficaz al cambio. **Criterios de Exclusión:** No querer participar del trabajo, Resistencia a la presencia del profesional de psicología, Paciente no lúcido, bajo efecto de drogas psicotrópicas.

Material y Método: Es un estudio que utiliza una encuesta con 30 preguntas de tipo cerradas, prospectivo, que evalúa la presencia de la familia en los cuidados críticos, al personal médico, de enfermería, y un psicólogo. La selección de la población (pacientes; n=15) se realizó a través de la observación directa.

Resultados: El 65% del personal, está de acuerdo en que la visita semiabierta interrumpe o pospone los cuidados de enfermería, especialmente los invasivos. El 60% del personal está de acuerdo en que el personal de enfermería obtiene de los familiares información valiosa, el 30% en desacuerdo y el 10% indecisos. El 85% del personal está de acuerdo en que la presencia de la familia ayuda a proporcionar apoyo emocional al paciente. El 100% de los familiares afirman que la visita semiabierta aumenta la satisfacción familiar, y disminuye la ansiedad; El 80% de los familiares no se sienten obligados de la visita semiabierta, el 20% está indeciso. El 100% de los pacientes incrementan los deseos de vivir, por la presencia de su familia. La participación de la familia en los cuidados básicos, hace que el paciente sea colaborador en un 100%.

Conclusiones: El paciente de UCI es un sujeto de cuidados y requiere una atención integral. De los resultados se desprende la importancia del abordaje de los pacientes lúcidos y su familia en el campo de la subjetividad. Para atender estos requerimientos se vuelve primordial la presencia de un psicólogo al equipo de salud.

0320 SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ASPECTOS TERAPÉUTICOS DE PACIENTE CON NEUROCISTICERCOSIS EN TERAPIA INTENSIVA

SS ALVAREZ, A BARBOZA, J ARROYO

Hospital Central Mendoza, Argentina.

Introducción: La neurocisticercosis con tratamiento cisticida progresa desde una lesión quística con escólex vivo, a quiste inerte, involución y calcificación. El tratamiento exagera el edema cerebral, se debe primero resolver la hidrocefalia si está presente. **Objetivo de presentación:** analizar aspectos terapéuticos prácticos de una patología de incidencia significativa en nuestro medio.

Caso: Reportamos el caso de un varón de 50 años, antecedentes de alcoholismo, hipertensión, tumor quístico de base de cráneo operado, (anatomía patológica: citología oncológica negativa), serología

positiva para chagas (dos años previos al ingreso). Al año del procedimiento presentó síntomas de hidrocefalia, requiriendo dos veces retoque de válvula ventrículo peritoneal. Seis meses después, ELISA positiva para cisticercosis (quince días previos al ingreso). Ingresó a UTI en posquirúrgico inmediato de nuevo cambio valvular y quistectomía. Traía TAC prequirúrgica con quistes, ependimitis, hidrocefalia, engrosamiento meníngeo y calcificaciones. Se indicó ARM, analgesia, balance neutro, profilaxis anticomicial, antitrombótica, protección gástrica y de decúbitos. Se planteó tratamiento cisticida, desaconsejado por infectología. Glasgow 6/10, TAC control: hidrocefalia y neurocisticercosis. Neurocirugía decidió conducta expectante. Séptimo día posoperatorio presentó neumonía por pseudomona que se trató con cefepime + amikacina. Al décimo día Glasgow 9/10, inició weaning que fracasó por convulsión tónica clónica. TAC: hidrocefalia persistente. Neurocirugía consideró nuevo recambio valvular. Día once, evolución a muerte bajo criterios neurológicos. **Conclusiones:** Consideramos que este paciente fue víctima de múltiples errores del sistema de salud, desde su primer contacto, donde no se realizó búsqueda exhaustiva de diagnóstico, perdiendo su oportunidad terapéutica. Al ingreso a UTI, se debe priorizar: certeza diagnóstica, control neurológico, profilaxis anticonvulsiva y antiinflamatoria. El tratamiento cisticida es de alto riesgo mientras este presente la hidrocefalia. La neurocisticercosis no es excepcional en nuestro medio. Los profesionales sanitarios debemos incluirla en niveles iniciales de nuestro algoritmo diagnóstico diferencial para no observar su natural evolución en nuestros pacientes.

0321 ANALISIS DE FACTORES CLINICOS, GASOMETRICOS E PARAMETROS VENTILATORIOS EN NIÑOS EN LA VENTILACION NO INVASIVA (VNI) CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA) LUEGO DE EXTUBACION

C JOHNSTON¹, WB CARVALHO², NM ZANETTI¹, PM CASOTTI¹, APLM PIMENTA¹, NF OLIVEIRA¹

¹ UNIFESP/EPM, Brasil. ² USP, Brasil.

Objetivo: Análisis de factores clínicos, gasométricos y parámetros ventilatorios de niños en la VNI con IRA luego de extubación (éxito vs falla de la VNI).

Método: Estudio prospectivo realizado de abril/2008 a noviembre/2009. Protocolo: decúbito elevado (30°); sonda nasogástrica abierta; adecuación de la mascarilla, humidificación y calentamiento del aire; modo ventilatorio con dos niveles presóricos [parámetros iniciales: IPAP 8-12 cmH₂O; EPAP 3-5 cmH₂O; FR de respaldo 8-12 cpm]. Se evaluaron: características de la muestra; escala de sedación de Ramsay; gasometría arterial antes y 2hrs después de la VNI; FR, FC, SaO₂ antes y después de la VNI; parámetros ventilatorios [IPAP, EPAP, FR, FIO₂, Ti, sensibilidad]. Criterios de falla de la extubación: inestabilidad hemodinámica, distúrbios electrolíticos; exceso de secreciones en la vía aérea, escore de desconforto alto elevado, padrones gamétricos e respiratorios alterados ate 48h después de la extubación. Análisis estadístico: prueba t de Student para variables paramétricas y prueba U de Mann-Whitney para no paramétricas, resultados en frecuencia, porcentaje, promedio ± dp, mediana (mínimo-máximo). Aprobado por el Comité de Ética.

Resultados: 47 niños en la VNI por IRA (éxito vs falla: 43 vs 04). Características de la muestra: edad 60,43 meses; peso 12,32kg; Ramsay 2(1-4). Parámetros: IPAP 11,09 ± 2,43 vs 10,00 ± 1,63 cmH₂O; EPAP 5,42 ± 0,90 vs 5,75 ± 0,95 cmH₂O; FR 14,86 ± 6,98 vs 12,00 ± 2,44 cpm; FIO₂ 38,16 ± 9,65 vs 47,50 ± 12,58%; Ti 0,72 ± 0,31 vs 0,62 ± 0,25 seg; sensibilidad 0,72 ± 0,31 vs 0,62 ± 0,25 L/min. Gasometría antes: pH 7,36 ± 0,09 vs 7,35 ± 0,09; PaCO₂ 41,09 ± 13,23 vs 46,47 ± 12,58 mmHg; PaO₂ 79,17 ± 19,62 vs 71,35 ± 9,71 mmHg; SaO₂ 88,71 ± 4,24 vs 89,25 ± 2,21%; FR espontánea 132,83 ± 24,01 vs 147,19 ± 128,49 ipm; FC 43 ± 13,41 vs 35,28 ± 11,44 bpm. Gasometría 2 horas después de la VNI: pH 7,38 ± 0,05 vs 7,34 ± 0,08; PaCO₂ 39,34 ± 9,94 vs 45,52 ± 4,23 mmHg, PaO₂ 97,47 ± 16,33 vs 95,75 ± 21,32 mmHg, SaO₂ 6,66 ± 1,78 vs 95,73 ± 1,88%. No hubo diferencia estadística en los signos vitales en los grupos éxito vs falla antes y 2hrs después.

Conclusión: Hubo éxito de la VNI en 43(43/47) casos con mejoría de los signos vitales y gasométricos con relación al grupo falla. Se observó que la VNI en la IRA luego de la extubación debe ser considerado.

0322 QUE PASO DESPUES DE LA UTI. SEIS AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE WEANING. ANALISIS RETROSPECTIVO 2004 - 2010. RESULTADOS PRELIMINARES.

D VILLALBA^{1,2}, N ROUX^{1,2}, V FELD^{1,2}, E GOGNIAT^{1,2}, G PLOTNIKOW^{1,2}, N RIBERO VAIRO^{1,2}, M SARTORE^{1,2}, M BOSSO^{1,2}, C QUIROGA^{1,2}, V LEIVA^{1,2}, M SCRIGNA^{1,2}, F PUCHULU^{1,2}, E DISTÉFANO^{1,2}, J SCAPELLATO³, D INTILE³, F PLANELLS¹, D NOVAL¹, P BUÑIRIGO¹, R JOFRÉ¹, E DÍAZ NIELSEN¹

¹ Clínica Basilea, Argentina. ² A.I.R.E. Kinesiología Respiratoria, Argentina. ³ Sanatorio Anchorena, Argentina.

Objetivo: Transmitir los resultados preliminares de seis años de experiencia en un centro de weaning.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo. Se revisó las historias clínicas de los 712 pacientes que ingresaron al servicio de cuidados respiratorios de un centro de weaning en el período comprendido entre mayo de 2004 y abril de 2010. Las variables estudiadas fueron:

género, edad, presencia de cánula de traqueostomía, dependencia de la ventilación mecánica invasiva o no invasiva, cantidad y motivo del cambio de cánula, altas, derivaciones a centros de mayor complejidad y mortalidad. Los resultados se expresan en porcentaje.

Resultados: Durante el periodo analizado ingresaron al servicio de cuidados respiratorios 712 pacientes, 308 mujeres (43,30%) y 404 hombres (56,70%). Del total de los pacientes ingresados 573 (80,47%) lo hicieron con vía aérea artificial (TQT), 136 (19,10%) con vía aérea natural (VAN), 2 (0,28%) con prótesis Montgomery, y 1 (0,14%) ingresó ostomizado. De todos los pacientes ingresados, 362 (51,84%) fueron dependientes de la asistencia respiratoria mecánica invasiva (ARMI), y 37 (5,06%) de ventilación no invasiva (VNI). En total se realizaron 955 cambios de cánula por diferentes motivos. La mortalidad total fue de 194 pacientes (27,25%), 204 pacientes (28,65%) fueron derivados a centros de mayor complejidad y 273 pacientes (38,34%) fueron dados de alta de la institución. 43 pacientes (6,04%) permanecían internados en el centro al 30 de Abril de 2010.

Conclusiones: La mayor cantidad de pacientes ingresados al centro presentan vía aérea artificial y ARMI. Se realizaron menos de 2 cambios de cánulas de traqueostomía por pacientes con vía aérea artificial. Cerca de la mitad de los pacientes lograron el alta de la institución y la mortalidad fue alta.

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
A					
ABDALA F	264	AMAYA V	243	BALASINI C	159
ABEL M	201	AMBRUSSO V	229	BALASINI C	190
ABELLO M	178	AMENDOLÍA G	59	BALASINI C	202
ABRALDES C	236	AMERISO SF	29	BALASINI C	206
ABRAMOVICH M	170	AMUNDARAIN E	231	BALASINI C	234
ABRANZON F	35	AMUNDARAIN E	306	BALASINI C	246
ABRÃO KC	92	ANDRES R	276	BALASINI C	286
ACEBEDO V	230	ANDRIANI O	81	BALBI J	148
ACOSTA JM	216	ANTELO C	229	BALBI J	150
ACUÑA AM	237	ANTUNEZ C	145	BALBI J	312
ACUÑA AM	239	ANTUNEZ C	146	BALDERRAÍN M	33
ADÁMOLI E	167	ANTUNEZ C	305	BALDERRAÍN M	39
ADAMOLI EA	49	APHALO V	113	BALDUCCI A	8
ADDA O	245	APHALO V	234	BALDUCCI A	9
AFIONE C	299	APHALO V	246	BALDUCCI A	10
AFIONE C	300	APHALO V	277	BALDUCCI A	30
AGAZZI D	113	ARABIA LA	156	BALESTRINI M	105
AGAZZI D	277	ARAGUAS JL	251	BALLESTERO F	217
AGUAD Z	111	ARAMBURU MJ	182	BALLESTERO FM	136
AGUAD Z	223	ARAMBURU MJ	183	BALLESTERO FM	137
AGUAD Z	223	ARAMBURU MJ	191	BALLESTERO FM	138
AGUAD Z	247	ARAMBURU MJ	303	BALLESTERO FM	139
AGÜERO S	129	ARAMINI MS	233	BALLESTERO FM	142
AGUERO VILLARREAL E	110	ARAOZ OLIVOS RB	129	BALLESTERO F	28
AGUILAR L	35	ARAOZ OLIVOS RB	184	BALLESTERO F	120
AGUILAR L	102	ARAQUE A	111	BARBOZA A	320
AGUILAR L	103	ARATA A	77	BARCAN L	209
AGUILAR L	109	ARATA A	167	BARCELLOS PG	213
AGUILAR L	198	ARATA A	169	BARCELO M	18
AGUILAR L	297	ARBUÉS G	272	BARILARI C	236
AGUILERA A	12	ARCIERI S	19	BARRERO MJ	12
AGUILERA C	298	ARDUIN M	2	BARRETTA J	207
ALBAICETA GM	279	ARDUIN M	7	BARRIOTOS R	201
ALBANO L	115	AREVALO P	35	BARRIOS A	9
ALBARRACIN MV	20	ARIAS LÓPEZ MP	117	BARRIOS C	209
ALBARRACIN MV	27	ARIAS N	243	BARRIOS C	235
ALBARRACIN MV	106	ARIENTI R	19	BARRIOS C	263
ALBERT M	250	ARISTA E	211	BARTOLI JR	179
ALBERT M	261	ARISTA E	214	BASELGA P	106
ALCANTARA S	315	ARISTA E	313	BASSO S	30
ALCARAZ M	249	ARISTA ME	178	BATISTINI LA	56
ALCARAZ M	265	ARJONA JC	56	BATTISTINI LA	58
ALCARAZ M	284	ARJONA JC	58	BAUCHI J	2
ALDINIO R	127	ARROYO J	23	BAUCHI J	12
ALEGRE ESCOBAR U	49	ARROYO J	101	BAVA E	44
ALEGRIA S	314	ARROYO J	320	BAZAN JI	98
ALGRANATI S	266	ARTANA C	128	BEFANI A	2
ALMONACID OJEDA G	17	ARTANA C	245	BEFANI A	7
ALMUZARA M	38	ARUJ A	11	BELDARRAIN M	157
ALONSO F	276	ASINARI E	191	BELDARRAIN M	158
ALONSO M	192	ATTIE S	244	BELLONI R	89
ALONSO RIFFO M	280	ATTIE S	292	BELLONI R	316
ALONSO V	312	ATTIE S	294	BENAVENT G	73
ALTHABE M	207	AVILA N	2	BENAVENT G	241
ALVAREZ C	106	AVILA N	7	BENAVENT G	252
ALVAREZ HJM	63	AYALA ORTIZ F	145	BENAVENT G	273
ALVAREZ J	81	AYALA ORTIZ F	146	BENGOCHEA MONTERO M	116
ALVAREZ J	86	AYALA ORTIZ F	305	BENITO MORI L	73
ALVAREZ J	201	AZCURRA Z	223	BENITO MORI L	241
ALVAREZ M	270			BENITO MORI L	252
ALVAREZ R	170	B		BENITO MORI L	273
ALVAREZ SS	320	BACIGALUPI M	191	BENSUSAN D	270
AMAYA AKKAUY V	77	BADIA M	71	BENTANCOURD GUADALUPE C	116
AMAYA R	8	BAIONA G	276	BERGNA D	174
AMAYA R	10	BALASINI C	53	BERGNA D	257

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
BERÓN M	26	BUIRA L	264	CAPRA D	115
BERRETA J	8	BUÑIRIGO P	219	CARAPPELLA E	278
BERRERA J	9	BUÑIRIGO P	322	CARBONI BISSO M	132
BERRETA J	10	BURGOS PRATX R	230	CARCAMO V	17
BERRETA J	30	BUSICO M	113	CARDINAL FERNANDEZ P	116
BERTÉ M	84	BUSSO L	114	CARDOSO H	207
BERTOZZI JP	132	BUSSO L	154	CARFAGNA E	157
BESADA C	263	BUSTAMANTE C	33	CARFAGNA E	158
BISHELS E	231	BUSTAMANTE C	36	CARIDI M	75
BISHELS E	306	BUSTAMANTE C	37	CARIMAN V	119
BISPO B	220	BUSTAMANTE C	39	CARIMAN V	168
BLANCH LL	260	BUSTAMANTE C	159	CARINO S	33
BLANCH LL	279	BUSTAMANTE G	51	CARINO S	36
BLANCH LL	281	BUSTAMANTE K	231	CARINO S	37
BLANCO D	272	BUSTAMANTE MC	190	CARINO S	39
BLANCO M	53	BUSTAMANTE MC	202	CARINO S	159
BLANCO M	242	BUSTAMANTE MC	206	CARINO S	190
BLASCO DIEZ S	77	BUSTAMANTE MC	286	CARINO S	202
BLASCO MA	50			CARINO S	206
BLASCO MA	136	C		CARINO S	286
BLASCO MA	137	CABANA ML	93	CARINO S	306
BLASCO MA	139	CABANA ML	227	CARMIGNANI P	303
BLASCO MA	140	CABEZAS C	227	CARMONA E	207
BLASCO MA	142	CABRERA FUENTES A	116	CARQUEIJEDA G	19
BLASCO MA	217	CABRERA MJ	182	CARRERA E	151
BOCASSI A	104	CABRERA MJ	183	CARRI M	190
BOCCI C	122	CACCIAGUERRA J	18	CARRIZO A	139
BOCCO JL	212	CACCONI H	149	CARRIZO A	140
BOLAÑOS R	19	CACERES M	167	CARRIZO A	142
BONASSA J	213	CACERES M	169	CARRO N	261
BONAVINA M	300	CAGLIERI V	182	CARRO N	278
BONDAZ J	284	CAGLIERI V	183	CARTELLI AE	311
BONELLI I	244	CAGLIERI V	191	CARUSO A	71
BONELLI I	292	CAGLIERI V	303	CARUSO A	160
BONELLI I	294	CAHN F	209	CARUSO AJ	49
BONGIORNI G	26	CAIATI P	237	CARUSO J	169
BORBORE A	216	CAIATI P	239	CARVALHO C	108
BORDOGNA A	172	CAIVANO L	277	CARVALHO WB	213
BORDOGNA A	174	CAIVANO NEMET ML	142	CARVALHO WB	220
BORDOGNA A	176	CAIVANO NEMET ML	217	CARVALHO WB	321
BORDOGNA A	180	CALVO D	28	CASABELLA GARCÍA CH	88
BORELLI M	260	CALVO D	120	CASALOTTI D	30
BORELLI M	279	CALZOLARI F	191	CASANOVA M	113
BORELLI M	281	CAMACHO E	230	CASANOVA M	234
BORNACIN E	231	CAMBARERI M	104	CASANOVA M	246
BOSCARO J	212	CAMERLINGO S	80	CASANOVA M	277
BOSCARO MV	237	CAMPANHER CASO AD	63	CASOTTI PM	321
BOSCARO MV	239	CAMPOS PEREZ J	265	CASTAGNINO J	157
BOSCHINI P	28	CAMPOS PEREZ J	284	CASTAGNINO J	158
BOSCHINI P	120	CAMPUTARO LA	311	CASTELLANI PA	257
BOSCHINI P	121	CANALES H	33	CASTELLANO G	272
BOSCHINI P	122	CANALES H	36	CASTRO P	120
BOSCHINI P	149	CANALES H	37	CASTRO R	13
BOSCO C	189	CANALES H	39	CASTRO R	67
BOSSO M	219	CANALES H	159	CASTRO S	28
BOSSO M	322	CANALES H	190	CASTRO S	38
BOTTA P	112	CANALES H	202	CASTRO S	111
BOZOVICH GE	96	CANALES H	206	CASTRO S	120
BRAÑA ME	243	CANALES H	286	CATALANO H	242
BRAVO E	201	CANALES HS	40	CATANZARO V	13
BREVIS N	187	CANALES HS	234	CATANZARO V	67
BREVIS N	188	CANALES HS	246	CERASO D	264
BREVIS NJ	198	CANDIA F	225	CERASO D	299
BRITEZ M	145	CANULLÁN C	40	CERASO D	300
BRITEZ M	146	CAÑIZO A	264	CERVANTES H	245
BRITEZ M	305	CAPALBO G	94	CESPEDES E	6
BROTTO C	9	CAPPARELLI F	178	CHACON E	260
BRUERA D	107	CAPPELLARI NN	47	CHACON E	279

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
CHACON E	281	CORTINEZ R	171	DE PAZ M	209
CHAGAS ACP	46	CORZO L	314	DE PIETRI V	149
CHALLAPA M	102	COSENZA S	81	DE ROSA JC	59
CHALLAPA M	103	COSENZA S	83	DE RUEDA C	108
CHALLAPA M	109	COSENZA S	85	DE SIMONE MC	41
CHAPARRO J	315	COSENZA S	86	DE SIMONE MC	42
CHAPELA S	139	COSTILLA CM	297	DE SIMONE MC	47
CHAVEZ C	117	COUCE R	76	DEAN E	142
CHENA A	78	COUCE R	215	DEBAISI G	164
CHENA A	310	COUCE R	224	DEBAISI G	170
CHEONG I	84	COZZANI C	71	DEBASTIANI P	189
CHERTCOFF FJ	136	CRAGÑAZ R	127	DECCA L	212
CHERTCOFF FJ	138	CREMONA A	48	DEDYN M	12
CHERTCOFF FJ	139	CREMONA A	53	DEGANO L	110
CHERTCOFF FJ	217	CRIADO F	2	DEICAS A	116
CHIACHIARA D	19	CRIADO F	7	DEL RIO J	311
CHIAROTTO M	80	CRIADO F	12	DELGADILLO J	6
CHUECO AA	50	CRISTALDI O	28	DELGADO P	59
CHUNCO MF	59	CRISTALDI O	120	DESCOTTE E	140
CIALZETA JA	63	CRISTALDO L	252	DESMERY P	88
CICCO L	98	CUBAS VS	51	DESMERY P	113
CICORA F	234	CUELI GA	233	DESMERY P	234
CICORA F	246	CUETO G	71	DESMERY P	246
CINQUEGRANI K	114	CUETO G	160	DESMERY P	277
CINQUEGRANI K	154	CUNTO E	52	DESSE J	53
CLARA L	209	CUNTO E	104	DHERN C	265
COBOS M	143	CURCIO D	150	DHERN C	284
COCCONI AZ	275	CURCIO D	312	DI BELLO R	94
COGORNO J	256	CURONE M	75	DI CARLO J	74
COGORNO J	266	CZERWONKO D	81	DI COLA EH	20
COGORNO J	272	CZERWONKO D	83	DI GIORGIO N	123
COLAUTTI AN	237			DI MARIA M	249
COLAUTTI AN	239	D		DI MARIA M	265
COLMAN M	111	D'ANDREA ML	71	DI MARIA M	284
COLMAN M	223	D'ANGELO P	7	DÍAZ A	107
COLOMBO C	108	D'URSO M	20	DIAZ C	227
COLSANI L	247	D'URSO M	27	DIAZ J	243
COMIGNANI P	215	D'AGOSTINO LA	237	DIAZ J	261
COMIGNANI P	224	D'AGOSTINO LA	239	DIAZ J	278
COMIGNANI PD	75	DALAISSON GARCIA MI	42	DIAZ MF	178
COMIGNANI PD	76	DALAISSON GARCIA MI	47	DIAZ MF	194
CONFORTI A	51	DALAISSON MI	41	DIAZ MF	211
CONRADO I	132	DALOSO A	272	DIAZ MF	214
CONTRERAS R	145	DANERI L	143	DIAZ MF	313
CONTRERAS R	146	D'ANGELO P	2	DÍAZ MF	29
CONTRERAS R	305	D'ANNUNZIO P	113	DÍAZ NIELSEN E	219
CORBALL A	315	DAS NEVES A	33	DÍAZ NIELSEN E	322
CÓRDOBA R	80	DAS NEVES A	36	DICOLA EH	27
CÓRDOBA R	84	DAS NEVES A	37	DILLON CM	298
CORNELIS J	207	DAS NEVES A	39	DILLON CM	299
CORNIGLIA P	228	DAS NEVES A	159	DIPENTE S	205
CORNISTEIN W	53	DAS NEVES A	190	DIPENTE S	208
CORNISTEIN W	71	DAS NEVES A	202	DISTÉFANO E	219
CORNISTEIN W	160	DAS NEVES A	206	DISTÉFANO E	322
COROLEU MS	112	DAS NEVES A	234	DOGLIA J	250
CORONEL A	8	DAS NEVES A	246	DOGLIA J	261
CORONEL C	256	DAS NEVES A	286	DOGLIA J	278
CORONEL C	266	DAUD M	93	DOMECQ P	242
CORONEL C	272	DE FEO F	8	DOMENICONI G	44
CORRAL M	264	DE FEO F	10	DOMÍNGUEZ ÁLVAREZ M	8
CORREA G	250	DE FRANCESCA S	123	DOMINGUEZ M	150
CORREA G	261	DE LA ROSA M	114	DONA A	85
CORREA GE	20	DE LA ROSA M	154	DONÁ A	138
CORREA GE	27	DE LA ROSA M	197	DORFMAN B	231
CORREA LARREA MJ	31	DE LUCA R	157	DORFMAN B	306
CORREA P	91	DE LUCA R	158	DOVA G	136
CORREIA DA SILVA C	151	DE MARCHI G	228	DOVA G	137
CORSIGLIA L	189	DE NICHILLO A	128	DOVA G	138

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
DOVA G	139	FERNÁNDEZ AL	154	GARCIA MA	231
D'RICO D	59	FERNANDEZ F	101	GARCIA MA	306
DRINCOVICH C	74	FERNANDEZ L	93	GARCIA MEZA K	189
DUARTE D	17	FERNÁNDEZ MARTY P	10	GARCIA-ESQUIROL O	260
DUARTE D	148	FERNANDEZ R	260	GARCIA-ESQUIROL O	281
DUARTE D	150	FERNANDEZ R	279	GARCÍA-ESQUIROL O	279
DUARTE D	312	FERNANDEZ R	281	GARDELLA J	146
DUBIN A	15	FERNANDEZ RO	56	GAROFANI L	51
DUBIN A	22	FERNANDEZ RO	58	GARONE A	111
DUBIN A	40	FERNANDEZ-MONDEJAR E	279	GARRIBIA M	259
DUBIN A	43	FERRARA G	40	GARRIBIA M	271
DULONG L	101	FERRARESI E	315	GARROFÉ M	216
E		FERRETTI S	226	GARZA HERNANDEZ R	25
ECHEVERRI P	116	FERRO D	10	GASTALDI P	119
ELÍAS F	128	FESTINO RA	251	GASTALDI P	168
ELÍAS G	94	FIGUEROA JM	72	GATICA S	311
ELISEIRI A	276	FIGUEROA S	38	GEREZ CARBAJAL J	116
ENRICO C	15	FILARTIGA C	129	GERSTNER LA	237
ENRIQUEZ M	86	FILIPPA G	17	GERSTNER LA	239
ENRIQUEZ M	293	FILIPPA G	148	GERVASONI M	270
ESPAÑOL F	184	FILIPPA G	150	GIACHETTO G	304
ESPINOSA L	201	FILIPPA G	312	GIACONE IN MEMORIAM MD	233
ESPÓSITO MR	233	FIORNTINO R	243	GIANNASI S	75
ESQUIVEL S	6	FIORI M	59	GIANNASI S	209
ESQUIVEL S	11	FIQUEPRÓN K	114	GIANNASI S	256
ESTEBAN M	53	FIQUEPRÓN K	154	GIANNASI S	263
ESTENSSORO E	33	FIRPO D	19	GIANNASI S	266
ESTENSSORO E	36	FLO J	128	GIANNASI S	272
ESTENSSORO E	37	FLORES D	254	GIANNONI F	110
ESTENSSORO E	39	FLORES LA	123	GIANNONI R	22
ESTENSSORO E	40	FLORES M	38	GIANNONI R	88
ESTENSSORO E	68	FLORES S	149	GIL L	316
ESTENSSORO E	159	FORTTE M	127	GIL O	303
ESTENSSORO E	190	FRANCO M	225	GIORDANO MF	121
ESTENSSORO E	202	FRANCONIERI L	265	GIRA A	240
ESTENSSORO E	206	FRANCONIERI L	284	GOGNIAT E	219
ESTENSSORO E	234	FRANK L	299	GOGNIAT E	322
ESTENSSORO E	246	FREIGBERGER C	192	GOLUBICKI A	282
ESTENSSORO E	286	FREIRE P	74	GÓMEZ DC	156
ESTRIN M	19	FREYRE C	94	GOMEZ J	265
ESTRUGA A	260	FULCO V	72	GOMEZ J	284
ESTRUGA A	279	FUMALE M	314	GOMEZ N	71
ESTRUGA A	281	FUNARO F	98	GÓMEZ P R	256
EZCURRA P	192	FUNARO F	238	GÓMEZ P R	266
EZCURRA S	42	FUNES MP	275	GÓMEZ P R	272
F				GÓMEZ R	6
FABBRO L	86	G		GONZALEZ AL	36
FAGALDE GL	20	GALEAN AG	275	GONZALEZ AL	159
FAGALDE GL	27	GALLARDO B	62	GONZALEZ AL	190
FAGALDE GL	106	GALLARDO P	27	GONZALEZ AL	202
FAGALDE GL	112	GALLARDO PG	20	GONZALEZ AL	206
FAINLAND LL	31	GALLETTI C	182	GONZALEZ AL	286
FALCONE R	127	GALLETTI C	183	GONZÁLEZ AL	33
FALVO P	83	GALLETTI C	191	GONZÁLEZ AL	37
FARFAN F	93	GALLETTI C	303	GONZÁLEZ AL	39
FARIAS JA	117	GALLINI OR	108	GONZALEZ CRUZ S	314
FARIÑA O	87	GALLUCCI N	231	GONZALEZ F	159
FARIÑA O	306	GALLUCCI N	306	GONZÁLEZ F	190
FARRO M	127	GANDUGLIA CAZABÁN M	77	GONZÁLEZ F	202
FELD V	219	GARAYALDE C	119	GONZÁLEZ F	206
FELD V	322	GARAYALDE C	168	GONZÁLEZ FE	36
FELLER C	315	GARCIA BELLO L	17	GONZÁLEZ FERNÁNDEZ E	9
FERNADEZ CID G	119	GARCÍA C	33	GONZALEZ J	240
FERNADEZ CID G	168	GARCÍA C	39	GONZALEZ J	281
FERNANDEZ A	199	GARCÍA GIL A	191	GONZÁLEZ P	74
FERNÁNDEZ AL	114	GARCIA KEIM M	205	GONZALEZ S	12
		GARCIA KEIM M	208	GORORDO C	62
		GARCIA MA	87	GOSSEN L	151

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
GRAMAJO LL	20	JENSEN G	238	LARES M	190
GRAMAJO LL	27	JEREZ FM	112	LAREU M	38
GRANBERG G	145	JERMAN M	85	LARRAIN S	33
GRANBERG G	146	JIÁCOME L	220	LARRAIN S	36
GRANBERG G	305	JIÁCOME N	220	LARRAIN S	37
GRANILLO C	148	JIMENEZ S	252	LARRAIN S	39
GRASSI F	137	JOFRÉ R	219	LARRAIN S	159
GRIECO L	211	JOFRÉ R	322	LARRAIN S	190
GRIECO L	214	JOHNSTON C	213	LARRAIN S	202
GRIECO L	313	JOHNSTON C	220	LARRAIN S	206
GRILLI MB	56	JOHNSTON C	321	LARRAIN S	286
GRILLI MB	58	JORRO BARÒN F	309	LASCAR F	136
GROER C	299	JUAREZ PD	106	LATINI B	230
GRUCCI JA	41	JUAREZ PD	112	LAUMAN H	170
GRUCCI JA	42	JULIARENA A	240	LAURIA V	252
GRUCCI JA	47			LEDESMA MJ	191
GUAYMAS M	307	K		LEGARTO A	48
GUERRA A	150	KABLAN P	132	LEISTAD E	287
GUERRERO MS	91	KANOORE EDUL V	282	LEISTAD ER	297
GUIMARAENS P	85	KANOORE EDUL VS	40	LEIVA J	205
GUIMARAENS P	240	KARATANASOPULOZ R	151	LEIVA J	208
GUTIERREZ F	92	KASPAR C	86	LEIVA M	259
GUTIERREZ GL	63	KECSKES C	256	LEIVA M	271
GUYON ARAUJO J	310	KECSKES C	266	LEIVA V	219
GUYON J	78	KECSKES C	272	LEIVA V	322
GUZMAN E	18	KIRSCHBAUM M	287	LENZ AM	207
		KIRYLUK F	133	LEON CEJAS L	93
H		KLEIN FR	96	LEON CEJAS L	227
HAYETIAN V	19	KLEINERT M	76	LEOZ A	113
HEINRICH F	132	KLINZUK S	2	LERMAN D	235
HEREDIA MB	179	KLINZUK S	7	LESYK S	35
HERNANDEZ A	279	KOCIAK D	8	LIGORRIA OF	124
HERRERA H	312	KOCIAK D	9	LIPOVESTKY F	308
HERVIDAS M	17	KOCIAK D	10	LIPOVETSKY F	88
HLAVNICKA A	194	KOCIAK D	30	LIRUSSI P	127
HLAVNICKA A	211	KOHAN AB	147	LLASER M	72
HLAVNICKA A	214	KREJCIK N	230	LLERENA C	53
HLAVNICKA A	313	KREMSER W	176	LLORIA M	53
HLAVNIKA A	29	KREMSER W	180	LLORIA MM	198
HLAVNIKA A	178	KRYNSKI M	105	LOAIZA J	123
HUNTER B	76	KRYNSKI M	207	LOJO A	151
HUNTER B	224	KUBARYK FH	270	LONDERO H	183
HURTADO BREDDA J	116	KUJARUK MR	30	LOPEZ C	101
		KURIGER N	62	LÓPEZ J	230
I		KUSMINSKY G	251	LOPEZ M	145
IACONO M	314			LOPEZ M	146
IGLESIAS C	89	L		LOPEZ M	305
IGLESIAS E	191	LA GROTTA L	2	LOPEZ MORAL L	71
ILUTOVICH S	80	LABORDE M	243	LOPEZ PS	22
ILUTOVICH S	84	LACUADRA J	74	LOPEZ R	128
ILUTOVICH S	309	LAMACCHIA HMN	58	LOPEZ RAMOS R	102
IM V	272	LAMAS J	265	LOPEZ RAMOS R	103
INCE C	40	LAMAS J	284	LOPEZ RAMOS R	109
INTILE D	113	LAMBERGHINI R	18	LOPEZ V	312
INTILE D	219	LAMBERT F	33	LOSCOCO N	243
INTILE D	277	LAMBERT F	36	LOSCOCO NI	71
INTILE D	322	LAMBERT F	37	LOUDET C	33
INTILE DA	234	LAMBERT F	39	LOUDET C	36
INTILE DA	246	LAMBERT F	159	LOUDET C	37
IOLSTER T	251	LAMBERT F	190	LOUDET C	39
IRASTORZA N	113	LAMBERT F	202	LOUDET C	68
		LAMBERT F	206	LOUDET C	159
J		LAMBERT F	286	LOUDET C	190
JABORNISKY R	184	LANDRY L	207	LOUDET C	202
JAÉN RF	72	LAPLACETTE MV	9	LOUDET C	206
JAM R	260	LAPLUMÉ D	89	LOUDET C	206
JANNELLO G	75	LARA V	259	LOUDET C	234
JASOVICH A	89	LARA V	271	LOUDET C	246

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
LOUDET C	286	MARTEARENA G	2	MONDELLO AF	198
LOUGE M	238	MARTEARENA G	7	MONESTÉS J	30
LOUGE M	250	MARTÌ H	2	MONSON A	102
LOUGE M	261	MARTIN YUHANADI N	119	MONSON A	103
LOURTAU LD	53	MARTIN A	105	MONSON A	109
LOVESIO C	226	MARTIN YUHANADI N	168	MONTANARO M	18
LOVESIO L	226	MARTINES S	256	MONTANER A	128
LUCANGELO U	281	MARTINES S	266	MONTANYA J	260
LUDUEÑA J	7	MARTINES S	272	MONTANYA J	279
LUDUEÑA JI	2	MARTINEZ A	263	MONTANYA J	281
LUGANGELO U	260	MARTINEZ BARRETO MC	85	MONTAÑO R	122
LUGANGELO U	279	MARTÍNEZ C	107	MONTEFIORE JP	33
LUGARO M	73	MARTINEZ DEL VALLE EA	251	MONTEFIORE JP	36
LUGARO M	241	MARTINEZ I	156	MONTEFIORE JP	37
LUGARO M	273	MARTINEZ J	227	MONTEFIORE JP	39
LUJAN ML	56	MARTINEZ M	166	MONTEFIORE P	159
LUJAN ML	58	MARTINS E	40	MONTEFIORE P	190
LUNA L	93	MARTINUZZI A	315	MONTEFIORE P	202
LUNA O	104	MASA R	2	MONTEFIORE P	206
M		MASAGUE R	59	MONTEFIORE P	286
MACARRON G	172	MASCIANGIOLI G	9	MONTENEGRO H	59
MACARRON G	174	MASEVICIUS FD	15	MONTERO JM	249
MACARRON G	176	MASEVICIUS FD	22	MONTERO JM	265
MACARRON G	180	MASEVICIUS FD	43	MONTERO JM	284
MACCARONE P	98	MASKIN B	287	MONTES A	148
MACCHIA A	75	MASKIN BC	128	MONTES A	150
MACHADO MC	41	MASKIN LP	178	MONTES A	312
MACHADO MC	42	MASKIN P	244	MONTES P	312
MACHADO MC	42	MASKIN P	292	MOQUI D	132
MACHADO MC	47	MASKIN P	294	MOREIRA J	51
MACHINANDIARENA P	98	MATARASSO M	170	MORENO E	117
MAGGIORA E	277	MATTEI R	243	MORENO G	105
MAGLIOLA R	105	MAZA J	33	MORENO G	207
MAGLIOLA R	207	MAZA J	36	MORENO L	257
MALTEZ R	148	MAZA J	39	MORETTI MA	46
MALTEZ R	312	MAZZEI G	226	MOSCHINI JA	29
MANOLIO A	127	MEDICI P	172	MOSCIARO MJ	91
MANRIQUE E	111	MEDICI P	174	MOSQUEDA V	76
MANRIQUE E	223	MEDICI P	176	MOSQUEDA V	215
MANRIQUE E	247	MEDICI P	180	MOSQUEDA V	224
MANSILLA A	164	MEDINA JC	133	MOYA M	259
MARANZANA A	235	MELENDEZ MENDEZ C	25	MOYA M	271
MARCHENA C	33	MENCACHA A	304	MOYANO N	89
MARCHENA C	36	MENDEZ G	254	MULEK F	284
MARCHENA C	37	MÉNDEZ G	207	MULIERI MC	233
MARCHENA C	39	MÉNDEZ J	256	MUÑOZ CASTILLO F	280
MARCHENA C	159	MÉNDEZ J	266	MUÑOZ M	250
MARCHENA MC	190	MÉNDEZ J	272	MUÑOZ S	273
MARCHENA MC	202	MERCADO J	227	MURIAS G	40
MARCHENA MC	206	MERCADO S	23	MURIAS G	260
MARCHENA MC	286	MESSLER V	270	MURIAS G	279
MARE S	194	MIDLEY A	192	MURIAS G	281
MARE S	211	MIGUEL M	98	MURIAS GE	282
MARE S	214	MINCES P	11	MUSCARELLO A	18
MARE S	225	MINGHETTI M	19	MUZZIO S	129
MARE S	228	MINOLDO E	182	MUZZIO S	184
MARE S	313	MINOLDO E	183		
MARENGO JL	78	MINOLDO E	191	N	
MARENGO JL	310	MIQUELARENA D	119	NANI S	50
MARENGO M	78	MISZUK A	229	NANNI L	304
MARENGO M	310	MOINE I	75	NANO M	249
MARI EA	230	MOINE RM	233	NANO M	265
MARI EA	236	MOLINA E	123	NANO M	284
MARINO A	75	MOLTRASIO M	145	NAVARRO MA	226
MARINSALDA S	191	MOLTRASIO M	146	NAVEDA GAVILANES C	81
MARINSALDA S	303	MOLTRASIO M	305	NAVEDA GAVILANES C	83
MARKIEVICH S	225	MONDELLO A	187	NEGREIRA T	121
MARQUEVICH V	240	MONDELLO A	188	NEGRI LN	237

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
NEGRI LO	239	PÁLIZAS (H) F	88	PINA JM	310
NICASTRO R	85	PÁLIZAS (H) F	143	PINTOS J	62
NICOLAS S	146	PÁLIZAS (H) F	308	PIOVANO L	91
NICOLAS S	305	PÁLIZAS F	143	PISTILLO N	87
NICOLÁS S	145	PÁLIZAS FJ	88	PISTILLO N	306
NIETO P	309	PALOMBARANI S	38	PLA CARDENAS J	270
NIEVA S	107	PANIGAZZI A	53	PLANELLS F	219
NIOTTI G	311	PAOLETTI F	182	PLANELLS F	322
NISHIOKA A	243	PARDO P	225	PLANO F	17
NOGUERAS C	52	PARERA C	122	PLANO F	150
NOGUERAS C	104	PARIS M	17	PLANO F	312
NOVAL D	80	PARRA LA	56	PLAZA C	225
NOVAL D	84	PARRA LA	58	PLOGGER C	201
NOVAL D	219	PARUSSINI C	93	PLOTNIKOW G	219
NOVAL D	309	PASCUALI D	10	PLOTNIKOW G	322
NOVAL D	322	PASCUALI D	30	PLOTNIKOWL G	113
NOVARESE V	250	PASTERIS L	112	PODESTA F	172
NOVARESE V	261	PASTORINO C	59	PODESTA F	174
NOVARESE V	278	PATIÑO O	192	PODESTA F	176
NOVAU A	86	PAZ M	53	PODESTA F	180
NUÑEZ H	145	PAZ TONSICH J	7	PODESTA G	81
NUÑEZ H	146	PEDRAZA C	229	PODESTÁ MF	257
NUÑEZ H	305	PEDREIRA W	116	POLITANSKI L	115
NÚÑEZ H	264	PEIN MC	43	POLLINI J	157
NUÑEZ J	81	PELUFFO M	238	POLLINI J	158
NUÑEZ J	132	PENAYO A	230	PONCE M	250
NUÑEZ P	230	PENAZZI M	164	PONCE M	261
O		PENAZZI ME	230	PONTEVILLE C	305
OBANDO MF	62	PENAZZI ME	236	PONTEVILLE CH	299
OBREGON L	280	PEÑALOZA A	205	PORCEL A	33
OCAMPO A	121	PEÑALOZA A	208	PORCEL A	36
OCHOA A	149	PEREIRO MP	128	PORCEL A	37
OJEDA JA	63	PEREIRO MP	245	PORCEL A	39
OLIVA A	201	PEREYRA C	73	PORCEL A	159
OLIVEIRA NF	220	PEREYRA C	241	PORCEL A	190
OLIVEIRA NF	321	PEREYRA C	252	PORCEL A	202
OLIVERI L	48	PEREYRA C	273	PORCEL A	206
OLIVIERI MS	27	PEREZ A	12	PORCEL A	286
OLMOS D	26	PEREZ ALDAZABAL A	300	PORJOLOVSKY E	119
OLMOS D	259	PEREZ D	35	PORJOLOVSKY E	168
OLMOS D	271	PEREZ D	102	POUSTIS G	104
ORDOÑEZ J	74	PEREZ D	103	POUYANNE J	169
ORDOÑEZ MV	56	PEREZ D	109	POZO MO	40
ORDOÑEZ MV	58	PEREZ D	166	POZZO WILDT E	51
ORSATTI M	315	PERÉZ D	199	PRATESI P	81
ORTIZ C	86	PEREZ MH	138	PRATESI P	83
ORTIZ M	9	PÉREZ ROMANO N	230	PRATESI P	85
ORTIZ M	10	PERO L	225	PRATESI P	86
ORTIZ M	74	PERRAULT E	148	PRATESI P	240
ORTÍZ MM	30	PERRAULT E	150	PRETEL M	18
OSATNIK J	224	PERRAULT E	312	PREVIGLIANO I	298
OSMAN E	132	PERRETTA F	74	PREVIGLIANO I	299
OTERO D	197	PERSI G	44	PREVIGLIANO I	300
OYARZUN M	304	PERSONAL ENFERMERÍA TM	316	PREVIGLIANO I	305
OZATNIK J	76	PESAT E	19	PRIETO M	241
P		PESCE R	178	PRIETO M	252
PACHECO P	230	PETRACCA PE	251	PRIETO N	168
PACHECO P	236	PIACENZA A	63	PROCHASKO M	145
PAGNI J	250	PICCIRILLI A	114	PROCHASKO M	146
PAHNKE PB	156	PICCIRILLI A	154	PROCHASKO M	305
PAIZ M	151	PICCIRILLI A	197	PUCHULU F	219
PALACIO MC	133	PIERSI A	18	PUCHULU F	322
PALACIOS GA	117	PIERUCCI O	121	PUIG I	156
PALAORO A	315	PIEZNY DG	297	Q	
PALAZZO A	84	PILÁN ML	207	QUEIROZ G	243
PALERMO ER	51	PIMENTA APLM	321	QUESTA LAUDANI M	110
		PINA D	235	QUILICI AP	92
		PINA JM	78		

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
QUINTANA N	121	RINAUDO MG	56	ROUX N	219
QUINTEROS M	264	RINAUDO MG	58	ROUX N	322
QUINTEROS MF	275	RÍOS F	198	ROZO N	149
QUINTEROS PN	91	RIOS FG	73	RUGILO C	44
QUINZAN G	148	RIOS I	277	RUIZ MG	226
QUIROGA C	219	RÍOS MI	137	RUIZ VR	112
QUIROGA C	322	RÍOS MI	139		
QUIROS R	86	RÍOS R	10	S	
R		RISSO M	167	SABANDO P	127
RABINO M	172	RISSO M	169	SAENZ G	159
RABINO M	174	RISSO PATRON J	120	SAENZ MG	234
RABINO M	176	RISSO PATRÓN J	28	SAENZ MG	246
RABINO M	180	RISSO VAZQUEZ A	15	SAENZ MG	286
RABINO M	257	RISSO VAZQUEZ A	22	SÁENZ MG	33
RAFFA P	83	RISSO VAZQUEZ A	43	SÁENZ MG	36
RAGGIO D	310	RIVAS N	269	SÁENZ MG	37
RAGGIO IM	50	RIVERO D	254	SÁENZ MG	39
RAIMONDI N	145	ROBERT G	28	SÁENZ MG	190
RAIMONDI N	146	RODRIGUEZ CALVO A	106	SÁENZ MG	202
RAIMONDI N	305	RODRIGUEZ CALVO A	112	SÁENZ MG	206
RAMIREZ M	33	RODRIGUEZ CG	71	SAGARDIA J	13
RAMIREZ M	36	RODRIGUEZ CR	233	SAGARDIA J	67
RAMIREZ M	39	RODRIGUEZ D	63	SAGARDIA J	258
RAMOS A	226	RODRIGUEZ GOÑI M	287	SAGARDIA JI	297
RAMOS G	276	RODRIGUEZ JM	128	SALAS M	258
RAÑA MS	136	RODRIGUEZ M	189	SALAS M	269
RAÑA MS	142	RODRIGUEZ MG	72	SALAS R	252
RAÑA MS	217	RODRIGUEZ N	122	SALCEDO C	205
RASETTO MC	257	RODRIGUEZ P	159	SALCEDO C	208
RASI L	191	RODRIGUEZ P	286	SALCEDO EG	233
RAUL N	172	RODRÍGUEZ P	33	SALDARINI F	19
RAUL N	174	RODRÍGUEZ P	36	SALES B	260
RAUL N	176	RODRÍGUEZ P	37	SALES B	279
RAUL N	180	RODRÍGUEZ P	39	SALES B	281
RAUL N	257	RODRÍGUEZ P	190	SALGADO A	191
REARTE AS	27	RODRÍGUEZ P	202	SALIGARI L	115
REARTE AS	106	RODRÍGUEZ P	206	SALTARELLI O	72
RECALDE M	44	RODRIGUEZ PO	244	SAN JUAN J	52
RECUPERO O	172	RODRIGUEZ PO	292	SAN JUAN J	104
RECUPERO O	176	RODRIGUEZ PO	294	SAN JUAN J	312
RECUPERO O	180	ROJAS E	74	SAN ROMAN E	209
REINA R	33	ROJAS G	145	SAN ROMAN E	263
REINA R	36	ROJAS G	146	SAN ROMÁN E	256
REINA R	37	ROJAS G	305	SAN ROMÁN E	266
REINA R	39	ROJAS M	47	SAN ROMÁN E	272
REINA R	53	ROJAS S	17	SANCHEZ C	277
REINA R	68	ROLLANO C	122	SANCHEZ M	78
REINA R	159	ROMANO C	252	SANCHEZ M	310
REINA R	190	ROMBOLA V	164	SÁNCHEZ O	30
REINA R	202	ROMBOLA V	170	SANCHEZ PERI MA	91
REINA R	206	ROMERO E	26	SANSON JM	270
REINA R	234	ROMERO G	8	SANTAGIULIANA S	80
REINA R	246	ROMERO G	17	SANTAGIULIANA S	84
REINA R	286	ROMERO I	88	SANTAMARÍA A	80
RÉVORA L	230	ROMERO JP	51	SANTORO L	160
REY D	17	ROMERO L	225	SANTORO L	167
REYES MA	149	ROMERO L	228	SANTORO L	169
REYES R	187	ROMERO ML	31	SANTOS M	62
REYES R	188	RONDINELLI N	187	SANTOS R	133
REYES RM	198	RONDINELLI N	188	SANZ G	171
RIBERO VAIRO N	219	RONDINELLI N	198	SARTORE M	219
RIBERO VAIRO N	322	ROSITI E	249	SARTORE M	322
RICARTE JP	62	ROSITTI E	265	SATO S	92
RICHARD L	251	ROSITTI E	284	SAÚL P	52
RIEPI BARBERAN G	116	ROSSETTI ZD	233	SAVERO J	234
RIERA F	212	ROSSO N	122	SAVERO J	246
RIGONATTO BJ	129	ROTH C	189	SCAPELLATO J	113
		ROUX N	192	SCAPELLATO J	219

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
SCAPELLATO J	277	TAL BENZECRY S	202	U	
SCAPELLATO J	322	TAL BENZECRY S	206	UNGAR MF	240
SCAPELLATO JL	88	TAL BENZECRY S	286	UNSAIN N	62
SCAPELLATO JL	234	TAL-BENZECRY S	33	URBANO MS	2
SCAPELLATO JL	246	TAL-BENZECRY S	36	URBANO MS	7
SCHNITD JL	311	TAL-BENZECRY S	37	URIBE DJ	297
SCHNITZLER N	11	TAL-BENZECRY S	39	V	
SCHOON P	73	TALAMONTI L	94	VACA NARVAJA R	201
SCHOON P	241	TAMAYO A	307	VACA RUIZ GA	51
SCHOON P	273	TAMER I	44	VALENTINI R	75
SCHROETER A	256	TAPIA S	17	VALENTINI R	244
SCHROETER A	266	TARRUELLA P	132	VALENTINI R	292
SCHROETER A	272	TAUIL GA	235	VALENTINI R	294
SCIEGATA A	105	TEDESCO D	243	VALGOLIO E	33
SCIUTO V	314	TEDESCO D	264	VALGOLIO E	36
SCRIGNA M	219	TEJADA E	171	VALGOLIO E	37
SCRIGNA M	322	TEJERINA O	227	VALGOLIO E	39
SEQUEIRA NEMES A	2	TELECHEA H	304	VALGOLIO E	159
SERNA L	74	TERÁN M	209	VALGOLIO E	190
SETTEN M	292	TESTI E	197	VALGOLIO E	202
SETTEN M	294	THOFEHRN G	102	VALGOLIO E	206
SHOCRON R	150	THOFEHRN G	103	VALGOLIO E	286
SIABA SERRATE AJ	251	THOFEHRN G	109	VALIÑO M	123
SILBERSZAC G	13	THOMAS J	98	VALLEJOS L	298
SILBERSZAC G	67	TIMERMAN S	46	VALLEJOS L	299
SILITANO S	140	TIMERMAN S	92	VALLEJOS L	300
SILVA L	227	TOBAL A	111	VALLI J	190
SILVA M	83	TOBAL A	223	VANDERSANDE R	23
SIMES E	23	TOBAL A	247	VANELLA E	91
SISTERNA M	216	TOMBOLINI G	2	VÁQUEZ J	256
SKARE M	137	TOMBOLINI GE	7	VARELA D	178
SKARE M	138	TOMBOLINI GE	12	VARELA D	194
SKARE M	140	TONELLI C	160	VARELA D	211
SOLA C	212	TONELLI S	167	VARELA D	214
SOLANO E	111	TONELLI S	169	VARELA D	313
SOLIS RAMIREZ M	121	TORANZO GA	275	VARGAS D	93
SOLOAGA ED	136	TORASSA J	147	VARGAS L	280
SOLOAGA ED	138	TORRES B	102	VARGAS M	23
SOLOAGA ED	140	TORRES B	103	VARGAS M	150
SOLOAGA ED	142	TORRES B	109	VASQUEZ D	113
SOLOAGA ED	217	TORRES BODEN M	71	VASQUEZ D	286
SORIA CW	316	TORRES BODEN M	77	VÁSQUEZ D	33
SORIA E	215	TORRES BODEN M	160	VÁSQUEZ D	36
SORIA O	106	TORRES BODEN M	167	VÁSQUEZ D	37
SOSA A	76	TORRES BODEN M	169	VÁSQUEZ D	39
SOSA A	215	TORRES DL	309	VÁSQUEZ D	190
SOSA A	224	TORRES S	227	VÁSQUEZ D	202
SOSA CABRAL M	201	TORRES SF	251	VÁSQUEZ D	206
SOSA P	251	TORRES V	240	VASQUEZ DN	234
SPERANZA N	304	TRAFERRI A	17	VASQUEZ DN	246
STANELONI I	209	TRAVERSO F	238	VAZQUEZ B	252
STARKE S	46	TRAVERSO S	273	VAZQUEZ C	149
STEINHAUS M	300	TRUNZO L	167	VAZQUEZ D	277
STRATI J	73	TRUNZO L	169	VAZQUEZ H	143
STRATI J	241	TUCHBAUM V	199	VAZQUEZ H	308
STRATI J	252	TUDURI A	38	VAZQUEZ J	19
STRATI J	273	TUHAY G	43	VAZQUEZ J	266
STROPPA C	212	TUHAY GI	96	VÁZQUEZ J	272
SUAREZ J	207	TUMINO L	33	VÁZQUEZ MF	8
SUASNABAR R	98	TUMINO L	36	VAZQUEZ WD	56
SUASNABAR R	238	TUMINO L	37	VAZQUEZ WD	58
SVAMPA S	130	TUMINO L	39	VECCHIO C	89
SXÉKELY P	228	TUMINO L	159	VEDOVATO E	19
SZÉKELY PL	31	TUMINO L	190	VEGA C	93
T		TUMINO L	202	VEGA D	212
TAL BENZEKRY S	159	TUMINO L	206	VELAZQUEZ R	216
TAL BENZEKRY S	190	TUMINO L	286	VELTRI MA	137

Autor	Resumen	Autor	Resumen	Autor	Resumen
VELTRI MA	217	VILLALOBOS LM	272	WASSERMAN T	158
VERA D	264	VILLALOBOS M	256	WELLER C	94
VERDE G	13	VILLALOBOS M	264	WIEDERHOL C	101
VERDE G	67	VILLAREJO F	50	WOLANOW V	282
VETRANO N	307	VILLARREAL CD	133	WOLANOW V	316
VIDAL G	159	VILLEGAS P	101		
VIDAL L	93	VILLEGAS R	201	Y	
VIDAL L	227	VINZIO M	44	YEBARA A	48
VIDAL MG	36	VIOLA J	223	YUNK O	44
VIDAL MG	190	VIOLI D	241	YURQUINA C	13
VIDAL MG	202	VIOLI D	252	YURQUINA C	67
VIDAL MG	206	VIOLI D	264		
VIDELA J	53	VIOLI D	273	Z	
VIGLIANO M	107	VOLOCH R	67	ZABERT G	201
VIGLIOTTA LR	270			ZAKALIK G	78
VILAS M	266	W		ZAKALIK G	310
VILCHEZ J	23	WAINSZTEIN N	29	ZAMBÓN R	140
VILLABLANCA ML	62	WAINSZTEIN N	178	ZAMUZ A	307
VILLAFañE P	244	WAINSZTEIN N	194	ZANETTI NM	220
VILLAGOMEZ R	136	WAINSZTEIN N	211	ZANETTI NM	321
VILLAGRA A	260	WAINSZTEIN N	214	ZAVATTI D	2
VILLAGRA A	279	WAINSZTEIN N	313	ZAVATTI D	7
VILLAGRA A	281	WAISBLATT L	256	ZIMMERMANN SL	46
VILLALBA D	219	WAISBLATT L	266	ZONE F	63
VILLALBA D	322	WAISBLATT L	272	ZORZOPULOS J	128
VILLALBA E	123	WALLBERG ME	50	ZUAZAGA MF	62
VILLALOBOS CM	266	WASSERMAN T	157	ZURITA E	74