

■ Resúmenes

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 CATER 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.

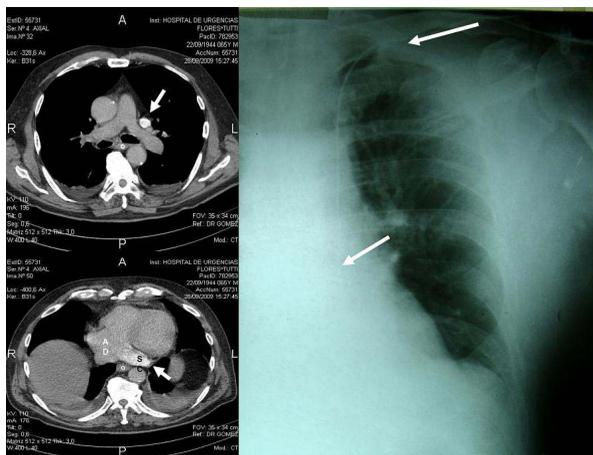


Figura 1. Catéter subclavio izquierdo en VCSIP.

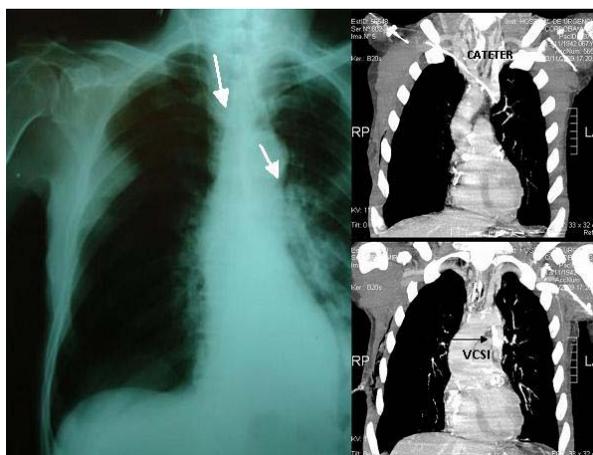


Figura 2. Catéter yugular derecho en VCSIP.

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 ESTENSSORO

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 si/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 d 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 subclavía 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

■ Resúmenes

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. Ingresó 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 tromboprofilaxis, 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 tromboprofilaxis 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 INFRECUENTE 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 primer 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, F LENI, 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

Clínica 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, liquido 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. Evolucionó 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 lucido, 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 sedación con disminución del estado de conciencia y episodio de broncoaspiración requiriendo IOT/ARM. Extubado a las 24 hs. Por presentar neumonía aspirativa por lo cual recibí AMS del 9 al 15 de enero. Servicio de nefrología decide realizar dialisis trisemanal el 11/1/10. Con dialisis diaria, balance negativo, evolución 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 Ginecología 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. Recibió 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 TALBENZEKRY, 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 GALLETTI
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 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 (MRC5) 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 MRC5 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 MRC5 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 trigemino cardiaco (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 cardiaco 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 quirofano 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 eosinófilos < 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 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
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
	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 %	
	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 DISTEFANO^{1,2}, J SCAPELLATO³, D INTILE³, F PLANELLS¹, D NOVAL¹, P BUÑIRIGO¹, R JOFRE¹, 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, hematócrito 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 angioponancia: 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 estadía 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. Evolucionó 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 resucitación 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: SDR 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. Ingresó 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 (7 mEq/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 2do 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 más frecuente en P2 (P2 34% vs. P1 7% p 0.005). El embarazo ectópico solo se presentó en P2 (10%) y el aborto solo en P1 (10%). Entre las causas No Obstétricas de ingreso la más 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 Fibrobroncoscopia 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> metilicilino 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 metilicilino-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 metilicilino-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 portátil 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 ÚLCERAS 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).

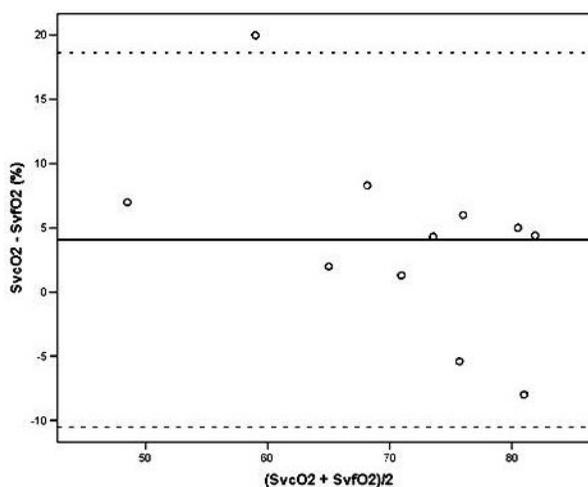


Figura 1

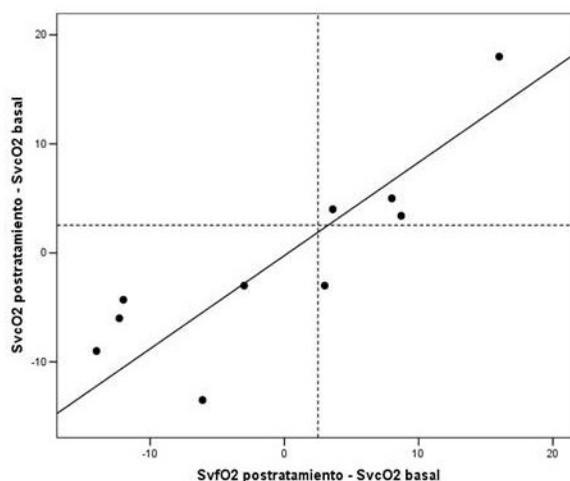


Figura 2

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/disfunción 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 nexa 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 nexa epidemiológico habitual. La sobrevida fue del 100%, reportando la literatura una mortalidad de hasta el 50 %. Creemos que a pesar de no presentar nexa 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 Mielode Crónica Philadelphia negativo, Leucemia Linfoblástica Aguda T alto riesgo, Leucemia Linfoblástica Aguda Philadelphia positivo, Leucemia Mielode 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 rompió 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 para implementar 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.

TRABAJOS LIBRES DE ENFERMERIA PRESENTADOS EN EL AREA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS CRITICOS				
		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. Requiritieron 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 aortico mecánico en 1998, anticoagulado con warfarina que presentar disartria y parestias 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 transesofágico: dehiscencia de válvula aortica y pseudoaneurisma en seno coronario, mas imagen móvil a nivel anillo aortico. AngioRM: sin malformaciones vasculares. Sospecha de endocarditis de válvula protesica 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 Informa: 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 pronóstico 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 KECKES, 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 coleccion 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* meticilino-resistente (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.

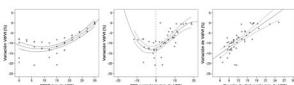
0292 EVALUACION DEL COMPORTAMIENTO DE LA VENTILACION DE ESPACIO MUERTO DURANTE UNA MANIOBRA DE DERRECLUTAMIENTO EN PACIENTES CON SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO

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

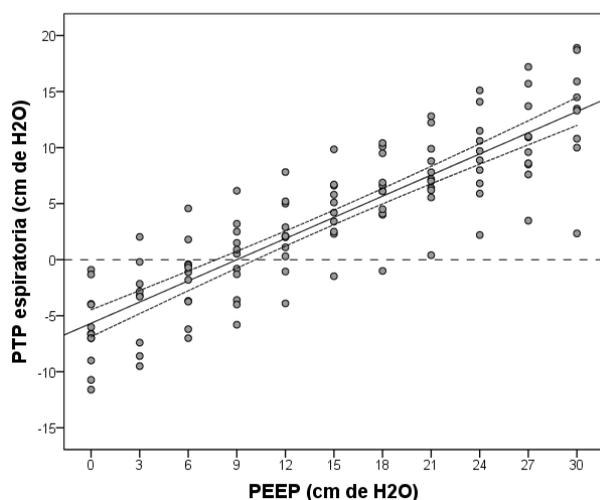
CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas), Argentina.

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 intracranéana 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 intracranéana 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. O₂ igual o $\leq 91\%$ 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. PaO₂ < 60 mmHG, SpO₂ < 88-90%, con FiO₂ 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, Pa O₂ < 60 c/ SpO₂ < 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 ->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-

■ Resúmenes

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

■ Resúmenes

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	247	ARAMBURU MJ	191	BALLESTERO FM	138
AGÜERO S	129	ARAMBURU MJ	303	BALLESTERO FM	139
AGUERO VILLARREAL E	110	ARAMINI MS	233	BALLESTERO FM	142
AGUILAR L	35	ARAOZ OLIVOS RB	129	BALLESTERO F	28
AGUILAR L	102	ARAOZ OLIVOS RB	184	BALLESTERO F	120
AGUILAR L	103	ARAQUE A	111	BARBOZA A	320
AGUILAR L	109	ARATA A	77	BARCAN L	209
AGUILAR L	198	ARATA A	167	BARCELLOS PG	213
AGUILAR L	297	ARATA A	169	BARCELO M	18
AGUILERA A	12	ARBUÉS G	272	BARILARI C	236
AGUILERA C	298	ARCIERI S	19	BARRERO MJ	12
ALBAICETA GM	279	ARDUIN M	2	BARRETTA J	207
ALBANO L	115	ARDUIN M	7	BARRIETOS R	201
ALBARRACIN MV	20	AREVALO P	35	BARRIOS A	9
ALBARRACIN MV	27	ARIAS LÓPEZ MP	117	BARRIOS C	209
ALBARRACIN MV	106	ARIAS N	243	BARRIOS C	235
ALBERT M	250	ARIENTI R	19	BARRIOS C	263
ALBERT M	261	ARISTA E	211	BARTOLI JR	179
ALCANTARA S	315	ARISTA E	214	BASELGA P	106
ALCARAZ M	249	ARISTA E	313	BASSO S	30
ALCARAZ M	265	ARISTA ME	178	BATISTINI LA	56
ALCARAZ M	284	ARJONA JC	56	BATTISTINI LA	58
ALDINIO R	127	ARJONA JC	58	BAUCHI J	2
ALEGRE ESCOBAR U	49	ARROYO J	23	BAUCHI J	12
ALEGRIA S	314	ARROYO J	101	BAVA E	44
ALGRANATI S	266	ARROYO J	320	BAZAN JI	98
ALMONACID OJEDA G	17	ARTANA C	128	BEFANI A	2
ALMUZARA M	38	ARTANA C	245	BEFANI A	7
ALONSO F	276	ARUJ A	11	BELDARRAIN M	157
ALONSO M	192	ASINARI E	191	BELDARRAIN M	158
ALONSO RIFFO M	280	ATTIE S	244	BELLONI R	89
ALONSO V	312	ATTIE S	292	BELLONI R	316
ALTHABE M	207	ATTIE S	294	BENAVENT G	73
ALVAREZ C	106	AVILA N	2	BENAVENT G	241
ALVAREZ HJM	63	AVILA N	7	BENAVENT G	252
ALVAREZ J	81	AYALA ORTIZ F	145	BENAVENT G	273
ALVAREZ J	86	AYALA ORTIZ F	146	BENGOCHEA MONTERO M	116
ALVAREZ J	201	AYALA ORTIZ F	305	BENITO MORI L	73
ALVAREZ M	270	AZCURRA Z	223	BENITO MORI L	241
ALVAREZ R	170			BENITO MORI L	252
ALVAREZ SS	320	B		BENITO MORI L	273
AMAYA AKKAUY V	77	BACIGALUPI M	191	BENSUSAN D	270
AMAYA R	8	BADIA M	71	BENTANCOURD GUADALUPE C	116
AMAYA R	10	BAIONA G	276	BERGNA D	174
		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			CARINO S	286
BLASCO MA	137	C		CARINO S	306
BLASCO MA	139	CABANA ML	93	CARINO S	306
BLASCO MA	140	CABANA ML	227	CARMIGNANI P	303
BLASCO MA	142	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	CASTRO S	242
BRAVO E	201	CANALES HS	40	CATALANO H	242
BREVIS N	187	CANALES HS	234	CATANZARO V	13
BREVIS N	188	CANALES HS	246	CATANZARO V	67
BREVIS NJ	198	CANDIA F	225	CERASO D	264
BRITEZ M	145	CANULLÁN C	40	CERASO D	299
BRITEZ M	146	CAÑIZO A	264	CERASO D	300
BRITEZ M	305	CAPALBO G	94	CERVANTES H	245
BROTTO C	9	CAPPARELLI F	178	CESPEDES E	6
BRUERA D	107	CAPPELLARI NN	47	CHACON E	260
				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	ROSITI E	265	SATO S	92
RICHARD L	251	ROSITI 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