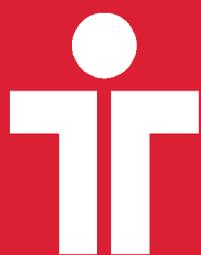


RESÚMENES 2011



# MEDICINA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

---

**27 al 29 de agosto de 2011**

**Hotel Rayentray – Puerto Madryn, Chubut – Argentina**

---

## **21° Congreso Argentino de Terapia Intensiva**

**12° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica**

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

**14° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva**

**7° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva**

[www.sati.org.ar](http://www.sati.org.ar)

Sociedad Argentina de  
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

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

# MEDICINA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

Volumen 28  
Número 2  
Año 2011



---

## 21° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

12° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica  
13° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva  
14° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva  
7° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

27 al 29 de agosto de 2011

Hotel Rayentray – Puerto Madryn, Chubut – Argentina

*Organizado por:*

**Sociedad Argentina de Terapia Intensiva**  
Regional Patagonia

Sociedad Argentina de  
Terapia Intensiva

Personería Jurídica N° 2481

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

# MEDICINA INTENSIVA

Volumen 28  
Número 2  
Año 2011



ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

E-mail  
[info@sati.org.ar](mailto:info@sati.org.ar)

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

Web Revista  
<http://www.revistasati.com.ar>

E-mail Comité Editorial  
[revista@sati.org.ar](mailto:revista@sati.org.ar)

## SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

### COMISIÓN DIRECTIVA (2010-2011)

#### Presidente

*Ignacio José Previgliano*

#### Vicepresidente

*Cayetano Galletti*

#### Secretario

*Alejandro Hlavnicka*

#### Pro Secretaria

*Rosa Reina*

#### Tesorero

*Rolando Alfredo Gimbernat*

#### Pro Tesorero

*Néstor Omar Raimondi*

#### Director de Publicaciones

*Julio Fariás*

#### Vocales Titulares

*Fernando Gabriel Baccaro*

*Gustavo Bongiorno*

*Luis Pablo María Cardonnet*

*Jorge Ojeda*

*Alejandro Pereyra Sánchez*

*Victor Racedo*

*Pedro Ramos*

*Mónica Viviana Romero*

#### Vocales Suplentes

*Luis Alberto Camputaro*

*José Cialzeta*

*Pablo Díaz Cisneros*

*Carlos Guillermo Grieve*

*Susana del Carmen Saad*

*Victor Sciuto*

*Laura Vidal*

*Silvia Zidarich*

#### Revisores de Cuentas Titulares

*Fabiana Ciccioi*

*Alejandro Midley*

*María Cristina Orlandi*

#### Revisores de Cuentas Suplentes

*Bernardo Santiago Dorfman*

*Eloy García*

*Fernando Ríos*

### EX-PRESIDENTES

#### Ex-Presidentes

1972-1973:

*Aquiles Roncoroni*

1973-1975:

*Miguel Herrera*

1975-1976:

*Juan Carlos Figueroa Casas*

1976-1977:

*Ernesto Maña*

1977-1979:

*Héctor De Leone*

1979-1980:

*José Petrolito*

1980-1982:

*Roberto Apra*

1982-1983:

*Roberto Padrón*

1983-1985:

*Gustavo Marino Aguirre*

1985-1987:

*Antonio Gallesio*

1987-1989:

*Carlos Lovesio*

1989-1991:

*Juan Pacin*

1991-1993:

*Mario Santamarina*

1993-1995:

*Fernando Pálizas*

1995-1997:

*Roberto Bastianelli*

1997-1999:

*Jorge Neira*

1999-2001:

*José L. do Pico*

2001-2003:

*Daniel Ceraso*

2003-2005:

*Francisco José Criado*

2005-2007:

*Eduardo San Román*

2008-2009:

*Elisa Estenssoro*

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

Diseño gráfico e hipervinculado: Estudio Fernández & Martínez. E-mail: [estudio.fernandez.martinez@gmail.com](mailto:estudio.fernandez.martinez@gmail.com)



---

## COMITÉ EDITORIAL

---

### EDITOR

*Julio Farías*

---

### EDITORA ASOCIADA

*Analía Fernández Parolín*

### EDITOR ASOCIADO

*Ezequiel Monteverde*

---

---

## COMITÉS CIENTÍFICOS

---

### ACLS

*Gabriel Abrile  
Judith Sagardía*

### Bioética

*Juan Pablo Rossini*

### Capítulo Bioquímico

*Graciela Mittelman*

### Capítulo Enfermería Crítica

*Ana Bejarano*

### Capítulo Kinesiología

*Norberto Tiribelli*

### Capítulo Terapia Intensiva Pediatría

*Gabriela Sheehan*

### Certificación y Revalidación

*Eduardo Capparelli  
Daniel Ceraso*

### Comité Pediátrico de Neumonología

#### Crítica

*Nilda Vidal*

### Departamento de Docencia

*Guillermo Chiappero*

### Departamento de Tecnología y Sistemas

*Fernando Ríos*

### Editorial

*Julio Farías*

### ECC: Enfermería en Cuidados

#### Críticos

*Mariana Torre*

### FCCS

*Cristina Orlandi*

### Gestión y Control de Calidad

#### y Escopes

*Antonio Gallezio*

### Infectología Crítica

*Candela Llerena*

### Investigación Clínica

*Eduardo San Román*

### Nefrología y Medio Interno

*Hector Lamacchia*

*Daniel Masevicius*

### Neumonología Crítica

*Alejandro Midley*

*Mariano Setten*

### Neurointensivismo

*Gustavo Domeniconi*

### Nutrición

*Rolando Gimbernati*

### Obstetricia Crítica

*José Luis Golubicki*

### PALS

*Mónica Garea*

*Fernanda Boccadoro*

### Patología Crítica Cardiovascular

*Mario Kenar*

### Patología Digestiva en Pacientes Críticos

*Shiry Attie*

### Shock y Sepsis

*Patricio Maskin*

### Terapia Intensiva Pediátrica

*Gabriela Sheehan*

### Trasplantes

*Francisco Klein*

### Trauma

*Héctor Canales*

### Vía Aérea en Interfases Respiratorias

*Alberto Legarto*

---

## INVITADOS EXTRANJEROS

---

*Francisco Alvarez Lerma (España)*

*Rachel Duarte Moritz (Brasil)*

*Wesley Ely (Estados Unidos)*

*Andrés Esteban (España)*

*Cristopher Farmer (Estados Unidos)*

*Gustavo Grecco (Uruguay)*

*Edgar Jiménez (Estados Unidos)*

*Brian P. Kavanagh (Canadá)*

*Ederlon Rezende (Brasil)*

*Emanuel Rivers (Estados Unidos)*

*Rodrigo Soto Figueroa (Chile)*

*Jean-Louis Teboul (Francia)*

*Jordan Tenzi (Uruguay)*

*Sebastián Ugarte (Chile)*

*Bradford D. Winters (Estados Unidos)*

**21° Congreso Argentino  
de Terapia Intensiva**

**COMITÉ EJECUTIVO**

**Presidente**

*Jorge Vecchio*

**Presidente Honorario**

*Ignacio Previgliano*

**Vicepresidente**

*Eloy García*

**Secretaria**

*Cristina Orlandi*

**Tesorero**

*Julián Tiranti*

**Coordinador Nacional**

*Néstor Raimondi*

**Vocales**

*Carlos Cohen Arazi*

*Juan Fernández*

*Mariel García*

*Eric Manrique*

*Gian Piccolo*

*Viviana Thomas*

**COMITÉ CIENTÍFICO**

**Presidente**

*Viviana Romero*

**Presidente Honorario**

*Daniel Ceraso*

**Vicepresidente**

*Victor Sciuto*

**Secretario**

*Héctor Ascona*

**Vocales**

*Norman Casado*

*José Celia*

*Daniel Duarte*

*Silvia Lignieres*

*Elsa Pérez*

*Roberto Santa Cruz*

*Carla Simeone*

*Silvana Svampa*

**Director Editorial Syllabus**

*Rolando Gimbernat*

**Jurado de Premio**

*Guillermo Chiappero*

*Fernando Pálizas (Presidente)*

*Silvana Svampa*

*Victor Sciuto*

*Rodrigo Soto*

**12° Congreso Argentino  
de Terapia Intensiva  
Pediátrica**

**Presidenta**

*Andrea Suppo*

**Vicepresidente**

*Daniel Allende*

**Secretario**

*Federico Laffaye*

**Coordinador Científico**

*Julio Farías*

**Vocales**

*Daniel Caffarone*

*Pablo Mincez*

*Roberto Tomassone*

*Andrea Vélez*

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

**Presidente**

*Pablo Gustavo Insaurralde*

**Secretaria**

*Marisa Sartore*

**Coordinador Científico**

*Alejandro Midley*

**Vocales**

*Marina Busico*

*Emiliano Gogniat*

*Mariana Ojeda*

**14° Congreso Argentino  
de Enfermería  
en Terapia Intensiva**

**Presidenta**

*Mónica Dailoff*

**Coordinadora Científica**

*Ana Bejarano*

**Vocales**

*Luis Perreta*

*Edgardo Olivo*

*Mariana Torre*

*Sergio Sandes*

**7° Jornadas Nacionales  
de Bioquímicos  
en Terapia Intensiva**

**Presidenta**

*Graciela Mittelman*

**Secretario**

*Hernán Cervantes*

**Coordinadora Científica**

*Cristina Artana*

**Vocales**

*Miriam Pereiro*

*Pablo Yofre*



27/08/2011 - 09:45 - 11:15

**TRABAJOS LIBRES ORALES 01**

**Neumonología Crítica I**

MIMOSA

- 0028 VALORACIÓN CLÍNICA VERSUS IMAGENOLÓGICA (TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTICORTE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**  
C LONGHI ROSSI, A RAMOS, P SANCHEZ, M CAVAGNARI, A DOGLIOTTI, C LOVESIO
- 0117 ANÁLISIS DEL FRACASO DE LA EXTUBACIÓN. NEUROCRÍTICOS VS MEDICOQUIRÚRGICOS**  
M LUGARO, C PEREYRA, L CRISTALDO, C ROMANO, R SALAS, J STRATI, G BENAVENT, M PRIETO, D VIOLI, L BENITO MORI
- 0147 EFICACIA DE UN PAQUETE DE MEDIDAS EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR**  
F GRASSI, ED SOLOAGA, G GONZALEZ, C GIUFFRE, E DEAN, MA BLASCO, E EFRON, FJ CHERTCOFF
- 0297 ENCUESTA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN XIX CONGRESO DE TERAPIA INTENSIVA-2009**  
SATI CNC
- 0300 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA Y FETAL EN 41 PACIENTES EMBARAZADAS QUE REQUIRIERON VENTILACIÓN MECÁNICA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS DE 2009 INFLUENZA A(H1N1) EN ARGENTINA**  
F RIOS, E ESTENSSORO, R REINA, J BARTOLI, J LEIVA, R BUFFA, D VAZQUEZ, M BLASCO, F SALDARINI, M CASTRO, ME GONZALEZ, C GALLETTI, G DOMENICONI, J GIULIANI, C ORLANDI, C BARRIOS, D CERASO
- 0316 EPIDEMIOLOGIA DE LAS NEUMONIAS ASOCIADAS AL VENTILADOR Y SU ASOCIACION CON EL FACTOR DE RIESGO TEC GRAVE, TANTO EN FRECUENCIA DE PRESENTACION COMO MORTALIDAD, EN TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA**  
F FERNANDEZ, J ARROYO, A BARBOZA

27/08/2011 - 09:45 a 11:30

**TRABAJOS LIBRES ORALES 02**

**Neurointensivismo - Nefrología Crítica**

ARENAS A

- 0043 INCIDENCIA, PREDICTORES Y COMPLICACIONES DE DELIRIUM EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA**  
Y ARZANI, JP OCHOA, MA BARBIERI, A CICOLINI, MC ESCARAIN, MF NALLAR, E GALLUCCI, R FAVALORO
- 0012 LA EXPRESIÓN DE ACUAPORINAS CEREBRALES (AQPS) SE ASOCIA CON DIMORFISMO SEXUAL EN LA ENCEFALOPATÍA HIPONATRÉMICA**  
B MASKIN, J CESTARI, C STRUCK, A LESTON, L PETRELLI, G IORIO, G ALEMANO, E ZOTTA, A DAMIANO
- 0290 COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DE COLUMNA**  
E ARISTA, D VARELA, MF DIAZ, A HLAVNICKA, N WAINSZTEIN
- 0159 INCIDENCIA DE DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE**  
MS RAÑA, F BALLESTERO, SP CHAPELA, S SILLITANO, M FERREYRA, MA BLASCO, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF
- 0042 OLIGURIA EN EL POSTOPERATORIO: ¿RESUSCITACIÓN INSUFICIENTE O ANTIDIURESIS FISIOLÓGICA?**  
R GIANNONI, FD MASEVICIUS, A RISSO VAZQUEZ, M ALTES, D PEREYRA, N NAVARRO, L PREVIGLIANO, ML CAMPASSI, C GONZALEZ, N RUBATTO, M MOSEINCO, A DUBIN
- 0214 TRASPLANTE RENAL Y COMPLICACIONES EN TERAPIA INTENSIVA**

V MOSQUEDA, NJ PRINI, JO OSATNIK, FA SOSA, MM KLEINERT, B HUNTER, E SORIA, F CICORA, MM SANTOPINTO, R COUCE, PD COMIGNANI

- 0271 SOBREVIDA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CONSECUTIVOS ADMITIDOS EN CUIDADOS CRÍTICOS POR FALLA RENAL AGUDA. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS CON MORTALIDAD TEMPRANA Y TARDÍA**  
P DESMERY, D INTILE, J SCAPELLATO, E MAGGIORA, D VAZQUEZ, D AGAZZI, V APHALO, C SANCHEZ, I RIOS, F MOS, R GIANONNI, L BIANCHI

27/08/2011 - 09:45 - 11:15

**TRABAJOS LIBRES ORALES 03**

**Infecciones en UTI I**

ARENAS B

- 0037 VIGILANCIA INFECTOLÓGICA EN CUIDADOS CRÍTICOS**  
ME DI LEO, A MARTINUZZI, A PALAORO, S ALCANTARA, A CORBALL, C FELLER, M ORSATTI
- 0116 IMPACTO DE DOS REGÍMENES DE DOSIS DE VANCOMICINA EN INFUSIÓN CONTINUA SOBRE LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES CRÍTICOS**  
C BALASINI, M CARRI, P MONTEFIORE, E VALGOLIO, C MARCHENA, AL GONZÁLEZ, L TUMINO, F LAMBERT, S TAL-BENZECRY, A PORCEL, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, P RODRÍGUEZ, L NAVEIRO, L CARRERAS, L DI LUCA, F IGLESIAS, S CARINO, H CANALES, E ESTENSSORO, R REINA, J VALLI, M LARES
- 0129 COLONIZACIÓN CON ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**  
N SANCHEZ, R MARTINEZ, M GOMEZ, P ZANARDI, G BÁSCOLO, J TÉVES, M CHOY, M CORNELIO, E GIMENEZ, P GARI, D CHIANALINO
- 0138 EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON NECROSIS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ENERO 2000-DICIEMBRE 2009**  
LA BARREDA CEVASCO, J TARGARONA MODENA, LC MORI RODRIGUEZ, C BARREDA FELIZIANI
- 0167 INFECCIONES EN EL POLITRAUMATIZADO GRAVE**  
C BALASINI, R REINA, E VALGOLIO, C MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, S TAL BENZECRY, A PORCEL, P RODRÍGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, L NAVEIRO, L CARRERAS, L DI LUCA, F IGLESIAS, S CARINO, H CANALES, M LARES, MG SAENZ, F GONZALEZ, MG VIDAL, A DAS NEVES, D VASQUEZ, G FERRARA, G MARTINS, E ESTENSSORO
- 0169 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN EL POLITRAUMATIZADO. GUÍAS ELABORADAS POR LOS COMITÉS DE INFECTOLOGÍA CRÍTICA Y DE TRAUMA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI)**  
R REINA, G RAMOS, C BALASINI, H CANALES, W CORNISTEIN, A CREMONA, E CUNTO, M ESTEBAN, A LEGARTO, R LENDARO, C LLERENA, M LLORIA, M QUINTEROS, J VIDELA

27/08/2011 - 09:45 a 11:15

**TRABAJOS LIBRES ORALES 04**

**Obstetricia Crítica**

TEHUELCHÉ

- 0210 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO QUE REQUIRIERON ADMISIÓN EN UTI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO**  
DN VASQUEZ, AV DAS NEVES, G ZAKALIK, A INTILE, F CICORA,

MG SAENZ, V APHALO, M CASANOVA, HS CANALES, C LOUDET, C BALASINI, JL SCAPPELLATO, R REINA, J SAVERO, AM SANCHEZ, JL MARENGO, P DESMERY, E ESTENSSORO

**0247 PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN UTI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

G ZAKALIK, DN VÁSQUEZ, AV DAS NEVES, D INTILE, F CICORA, MG SAENZ, V APHALO, M CASANOVA, HS CANALES, C LOUDET, C BALASINI, JL SCAPPELLATO, R REINA, AM SANCHEZ, JL MARENGO, P DESMERY, E ESTENSSORO

**0267 ABORTO INSEGURO: ENCUESTA DE OPINIÓN ENTRE TRABAJADORES DE CUIDADOS CRÍTICOS**

DN VÁSQUEZ, AV DAS NEVES, J GOLUBICKI, J PALACIOS, N BASUALDO, I DI MARCO, R VARAGLIA, C KARMAZYN, L VIDAL, C LOUDET, R RIARTE

**0276 MORBIMORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL DE PACIENTES EMBARAZADAS O PUÉRPERAS CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA QUE REQUIRIERON INTERNACIÓN EN UTI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

AV DAS NEVES, DN VÁSQUEZ, G ZAKALIK, D INTILE, F CICORA, MG SAENZ, M CASANOVA, HS CANALES, V APHALO, C LOUDET, C BALASINI, JL SCAPPELLATO, R REINA, J SAVERO, AM SANCHEZ, JL MARENGO, P DESMERY, E ESTENSSORO

**0279 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS Y EVOLUCIÓN DE EMBARAZADAS O PUÉRPERAS CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA QUE REQUIRIERON ADMISIÓN EN TERAPIA INTENSIVA EN EL SECTOR PÚBLICO VS. EL SECTOR PRIVADO DE SALUD**

DN VÁSQUEZ, AV DAS NEVES, G ZAKALIK, D INTILE, F CICORA, MG SAENZ, M CASANOVA, HS CANALES, V APHALO, C LOUDET, C BALASINI, JL SCAPPELLATO, R REINA, J SAVERO, AM SANCHEZ, JL MARENGO, P DESMERY, E ESTENSSORO

**0051 PACIENTES OBSTÉTRICAS EN CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

FG RIOS, A RISSO, J ALVAREZ, M VINZIO, A MONDELLO, N RONDINELLI, G DOMENICONI, O YUNK, V MARQUEVICH, P FALBO, L AGUILAR, DH BIENZOBAS

27/08/2011 - 09:45 a 11:15

**TRABAJOS LIBRES ORALES 05**

**Pediatría**

AUDITORIO (CENPAT)

**0045 MIRADA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SOBRE ASPECTOS BIOÉTICOS EN EL PACIENTE CRÍTICO: UN ESTUDIO EN 848 JÓVENES ESCOLARIZADOS**

P VALDEZ, G PERAZZO, L PIERINI, C RODRÍGUEZ, A REY, H CASTROGIOVANNI, B ABAZ, J FEDERICE, L VASTA, J RULO, D ELISABE

**0239 FACTORES DE RIESGO PARA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER. ESTUDIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

C BOLASELL, V APREA, F JORRO BARÓN, V ROMBOLÁ

**0122 USO DEL PRONO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS VENTILADOS CON INJURIA PULMONAR AGUDA**

A CANEPARI, A RETTA, E MONTEVERDE, RM POTERALA, A FERNÁNDEZ, JA FARIAS

**0052 INFECCIÓN SEVERA POR BORDETELLA PERTUSSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, RETROSPECTIVO**

F JORRO BARÓN, M PENNAZI, D RUFACH, S SANTOS, V ROMBOLÁ, C BOLASELL, G DEBAISI, E MARI

**0089 COQUELUCHE GRAVE, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

P TAFFAREL, G BONETTO, J SASBÓN

**0145 MONITOREO NO INVASIVO DE LA MICROCIRCULACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SHOCK SÉPTICO**

A CACCIAMANO, E BANILLE, G PAZ, M BALLACO, L LUJAN, C RESINO, A PEIRONE, O LAZZARIN

28/08/2011 - 09:45 a 11:15

**TRABAJOS LIBRES ORALES 06**

**Neumonología Crítica II**

MIMOSA

**0036 ¿SON ÚTILES LOS SUSPIROS EN EL SDRA?**

N PISTILLO, O FARIÑA, E CORREGER

**0115 TITULACIÓN DE PEEP EN EL SDRA: ENTRE LA ESPADA Y LA PARED**

N PISTILLO, O FARIÑA

**0222 ANÁLISIS DE 579 PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS INTERNADOS EN UN CENTRO DE WEANING. PREDICTORES DE MORTALIDAD Y SEGUIMIENTO AL ALTA**

M SARTORE, G PLOTNIKOW, V FELD, D VILLALBA, N RIBERO VAIRO, M BOSSO, C QUIROGA, V LEIVA, M SCRIGNA, F PUCHULU, E DISTEFANO, P EZCURRA, L RAPELA, N ROUX, E GOGNIAT, J SCAPPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRE, E DÍAZ NIELSEN

**0231 PREDICTORES DE WEANING: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 372 PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA**

D VILLALBA, G PLOTNIKOW, V FELD, N RIBERO VAIRO, M SARTORE, M BOSSO, C QUIROGA, V LEIVA, M SCRIGNA, F PUCHULU, E DISTEFANO, P EZCURRA, L RAPELA, N ROUX, E GOGNIAT, J SCAPPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRE, E DÍAZ NIELSEN

**0266 INTERCAMBIO GASEOSO, PRESIÓN TRANSPULMONAR Y STRESS INDEX EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO: EFECTO DE TRES ESTRATEGIAS DIFERENTES DE SELECCIÓN DE PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN**

PO RODRIGUEZ, J AQUINO, F DANZE, I BONELLI, M SETTEN, LP MASKIN, S ATTIE, R VALENTINI

**0338 IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO CONTINUO DEL EQUIPO TRATANTE EN EL PRONÓSTICO DE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA. COMPARACIÓN DE DOS PERÍODOS**

M MARENGO, J GUYON, J CENTORBI, J SANCHEZ, A CHENA, G ZAKALIK, AM SANCHEZ, JM PINA, D RAGGIO, R FERNANDEZ, JL MARENGO

28/08/2011 - 09:45 a 11:30

**TRABAJOS LIBRES ORALES 07**

**Infecciones en UTI II**

ARENAS A

**0038 IMPACTO DE LAS INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS. REPORTE DE CASOS EN 3 UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

M LUGARO, C PEREYRA, J VOSS, M DAZA, C POZO, E DANDREA, F RIOS, L BENITO MORI, S MUÑOZ, S FERREIRO

**0108 EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

D OTERO, A PICCIRILLI, K CINQUEGRANI, K FIQUEPRON, M DE LA ROSA, E TESTI, A FERNANDEZ, L BUSO

**0109 LA MORTALIDAD POR INFECCIÓN POR CATÉTER ES MAYOR ENTRE LOS PACIENTES HIPERTENSOS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA**

K UGO, F GAMBINO

**0180 COLONIZACIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC). EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO. ESTUDIO PROSPECTIVO**

C PEREYRA, M LUGARO, J STRATI, R SALAS, L CRISTALDO, C POZO, M DAZA ARAMAYO, E D'ANDREA, S MUÑOZ, M ALVAREZ

**0205 CUÁNTOS Y QUIÉNES SE COLONIZARON POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

L SANTORO, G CACERES, C TONELLI, W CORNISTEIN, M TORRES

BODEN, C COZZANI, G CUETO, N GOMEZ, L LOPEZ MORAL, M BADIA

**0206 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA PRECOZ: ¿SON SIEMPRE ADECUADOS LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICOS?**

P ZANARDI, G BÁSCOLO, M GOMEZ, R MARTINEZ, N SANCHEZ, M CHOY, J TEVES, M CORNELIO, E GIMENEZ

**0292 PROGRAMA DE USO DE ANTIBIÓTICOS PARA EL CONTROL DE LAS BACTERIEMIAS POR MICROORGANISMOS RESISTENTES EN UNA UNIDAD CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA**

S RUVINSKY, B ZYLBERSZTAJN, A MÓNACO, G PEREZ, M ALTHABE, R MAGLIOLA, M LENZ, L CASIMIR, N AQUINO, H LOPARDO, R BOLOGNA

28/08/2011 - 09:45 a 11:15

### TRABAJOS LIBRES ORALES 08

#### Misceláneos

ARENAS B

**0029 NIVELES DE INSULINA Y RELACIÓN INSULINA/GLUCOSA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICO**

E TANGARI, A RODRIGUEZ, G SAONA, S MERCADO, P CLADERA

**0186 UN INDICADOR DE CALIDAD NO EVALUADO FRECUENTEMENTE EN LA UCI: UTILIZACIÓN DE SONDAS PARA NUTRICIÓN ENTERAL EN LA UCI**

A PORCEL, L TUMINO, C LOUDET, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, F LAMBERT, S LARRAIN, P RODRIGUEZ, L CARRERAS, L NAVEIRO, D VASQUEZ, A DAS NEVES, R REINA, E ESTENSSORO

**0224 CONSTIPACIÓN EN LA TERAPIA INTENSIVA: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS**

P GUIMARAENS, C ECHEVARRIA, G TUHAY, F KLEIN

**0226 FACTORES ASOCIADOS A LA INTERRUPCIÓN TRANSITORIA DEL SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN TERAPIA INTENSIVA Y SU IMPACTO EN LA DEUDA CALÓRICA**

P GUIMARAENS, C ECHEVARRIA, H FERRARO, F KLEIN

**0302 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MUERTE ENCEFÁLICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS**

IJ PREVIGLIANO, L PREVIGLIANO, M QUINTEROS, J POLISZUK, E FERNANDEZ, J LARA, A SARASINO, D CERASO

**0114 EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA ANTE NUEVAS TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS: PRONACIÓN, ÓXIDO NÍTRICO (NO), CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO) E INSUFLACIÓN DE GAS TRAQUEAL (TGI) EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO**

V VILLANUEVA FLORES, L RUIZ MORENO, MI MEGY, HA DELGADO

28/08/2011 - 09:45 a 11:15

### TRABAJOS LIBRES ORALES 09

#### Sepsis

TEHUELCHÉ

**0021 EVOLUCIÓN HACIA DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA EN PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA**

D KOCIAK, A BALDUCCI, J BERRETA, R AMAYA, F DE FEO, H NICHIARELLI, R RÍOS, MF VÁZQUEZ, MV LAPLACETTE

**0075 CUANTIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS MORFOLÓGICOS DEL NEUTRÓFILO DURANTE LA FAGOCITOSIS BACTERIANA POR**

**MEDIO DE LOS PARÁMETROS VCS PROVISTOS POR UN CONTADOR HEMATOLÓGICO**

JA VAZQUEZ, MC ADDUCCI

**0085 CARACTERIZACIÓN CUANTITATIVA DE LA PERFUSIÓN MICROCIRCULATORIA EN VOLUNTARIOS SANOS Y PACIENTES SÉPTICOS**

VS KANOORE EDUL, C ENRICO, B LAVIOLLE, A RISSO VAZQUEZ, C INCE, A DUBIN

**0195 ACCESO VENOSO FEMORAL COMO ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL**

F LIPOVESTKY, M GARCÍA AURELIO, F FRUCHTENICHT, L CANTARELLI, A CARDENAS, M TOLEDO

**0321 VALORACIÓN DE LA COMPACTACIÓN ABDOMINAL ASPIRATIVA EN LA PERITONITIS INFECCIOSA SECUNDARIA GENERALIZADA QUE NO PUEDE RESOLVERSE A PESAR DE LA CIRUGÍA INICIAL Y 3 O MÁS REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

J BERRETA, D KOCIAK, A BALDUCCI, F DE FEO, R AMAYA, D FERRO, A CORONEL, G MINCARELLI, M ORTIZ

**0322 HIPOTENSIÓN ARTERIAL INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍAS DE CADERA**

FD MASEVICIUS, MG VIDAL, PS LOPEZ, ME ALTES, N INGESON, A RISSO VAZQUEZ, CC CARO, V CRETON, O GARCÍA, A DUBIN

28/08/2011 - 09:45 a 11:15

### TRABAJOS LIBRES ORALES 10

#### Gestión y Costos

AUDITORIO (CENPAT)

**0025 LOS PACIENTES CRÓNICOS OCUPAN LAS CAMAS DE LOS PACIENTES AGUDOS: UN DILEMA COSTO ASISTENCIAL**

M DE LA ROSA, K FIQUEPRON, L BUSO, K CINQUEGRANI, A PICCIRILLI, AL FERNÁNDEZ

**0091 SECUELAS FÍSICAS Y FUNCIONALES LUEGO DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SERIE DE CASOS**

AV DAS NEVES, DN VÁSQUEZ, MG SÁENZ, J MOREIRA, R GONZALVO, C LOUDET, C BALASINI, G FERRARA, R REINA, E ESTENSSORO, D INTILE

**0097 SECUELAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES SOBREVIVIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO, PROSPECTIVO Y LONGITUDINAL**

R GONZALVO, A DAS NEVES, D VÁSQUEZ, MG SAENZ, N ANZORANDÍA, J MOREIRA, R REINA, E ESTENSSORO, D INTILE

**0107 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS REALIZADOS POR LOS RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA EN UN PERIODO DE 11 MESES**

R MARTINEZ, N SANCHEZ, P ZANARDI, G BÁSCOLO VIVIANI, E GIMENEZ, J TÉVEZ, M CHOY, R CATALÁN, M GOMEZ

**0174 CALIDAD DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN LA UCI: INCIDENCIA Y CAUSAS DE SUSPENSIONES DE LA NUTRICIÓN ENTERAL**

L TUMINO, C LOUDET, A PORCEL, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, F LAMBERT, C BUSTAMANTE, S TAL BENZECRY, L DI LUCA, F IGLESIAS, D VASQUEZ, G SÁENZ, H CANALES, R REINA, E ESTENSSORO

**0248 CALIDAD DE VIDA AL ALTA DE TERAPIA INTENSIVA. EVALUACIÓN CON EUROQOL 5D. ESTUDIO PROSPECTIVO**

AV DAS NEVES, DN VÁSQUEZ, D INTILE, MG SÁENZ, J MOREIRA, R GONZALVO, G FERRARA, C LOUDET, C BALASINI, R REINA, E ESTENSSORO

27/08/2011 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 01**

**Acreditación - Bioética - Gestión**

Foyer Sala Tehuelche

- 0059 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL LUCIO MOLAS, SANTA ROSA, LA PAMPA**  
JM SANSON, LR VIGLIOTTA, M ALVAREZ, D BENSUSAN, V MESSLER, C FLORES, M GERVAISONNI
- 0260 DE LA AVIACIÓN A LA TERAPIA INTENSIVA: IMPLEMENTACIÓN DEL CHECKLIST**  
P FALVO, V MARQUEVICH, J ALVAREZ, MF UNGAR, D CZERWONKO, JC ESCARDO, S COSENZA, P PRATESI
- 0077 EL MÉDICO INTENSIVISTA ANTE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE: UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DE UNA SERIE DE CASOS**  
A JULIARENA, S COSENZA, J PALMA BUFILL, R PINEDA, P PRATESI
- 0005 FACTORES PREDICTIVOS DE ESTADÍA PROLONGADA**  
MG MORALES, SA COLLADO, I IBAÑEZ
- 0176 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES EGRESADOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL POSADAS ENTRE SEPTIEMBRE DE 2008 Y AGOSTO DE 2010**  
DH BIÉNZOBAS, G MACIÁ, FG RÍOS, L AGUILAR, M KIRSCHBAUM
- 0218 DEMANDA RECHAZADA Y LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA DISPONIBILIDAD DE CAMA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA (UTIM)**  
ME BRAÑA, D TEDESCO, G QUEIROZ, R MATTEI, R FIORENTINO, A NISHIOKA, N ARIAS, M LABORDE, V AMAYA AKKAUY, N LOSCOCCO, G CUETO
- 0229 ¿LA ADMISIÓN EN UTI "FUERA DE HORA" IMPLICA MAYOR MORTALIDAD?**  
L BARAC, S MARINSALDA, M BACIGALUPPI, M ARAMBURU, M LEDESMA, A CHAVEZ, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0301 EL PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DEMENCIA EN TERAPIA INTENSIVA: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA, COMPLICACIONES Y RESULTADOS**  
L PREVIGLIANO, RP RIPOL, I PREVIGLIANO
- 0326 NIVEL DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO**  
PF VOGL, RV HERNÁNDEZ, MC ORLANDI, JC VIVERO, V TOMASONE, A MORALES

27/08/2011 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 02**

**Infecciones en UTI I**

Foyer Sala Tehuelche

- 0008 PRESENTACIÓN DE 2 CASOS DE SHOCK SÉPTICO POR SAMR DE LA COMUNIDAD**  
RJ URBANEJA, J ARROYO, M CABRAL, F FERNANDEZ
- 0024 FRANCA DISMINUCIÓN DE NAV EN UTI ADULTOS DEL HOSPITAL SAN LUIS TRAS LA CONCIENTIZACIÓN DEL PERSONAL EN EL USO DE MEDIDAS PREVENTIVAS CLAVES**  
MB FERNANDEZ, F CASAS, J FUNEZ, M CAMARGO, S MORA, L GARCÍA, A SOSA
- 0027 SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO DEL ADULTO SECUNDARIO A STRONGYLOIDIASIS DISEMINADA**  
MA VELÁSQUEZ, P ALBORNOZ, N COLQUE, J HERNANDEZ, L SILVA, F TROGLIO, B LLAPUR
- 0050 PRIMERA COMUNICACIÓN DE AISLAMIENTO DE ENTEROCOCCUS FAECALIS PORTADOR DEL GEN VANB EN EL HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERÓN**

SI CASTRO, A CUIROLO, A TUDURI, S FIGUEROA, S PALOMBARANI, G SLY, M MOLLERACH, M ALMUZARA, O CRISTALDI, J RISSO PATRÓN

- 0060 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) EN PACIENTES ADULTOS INGRESADOS EN TERAPIA INTERMEDIA DEL HOSPITAL DR LUCIO MOLAS, SANTA ROSA (LP)**  
V MESSLER, JM SANSON, LR VIGLIOTTA, M ALVAREZ, D BENSUSAN, C FLORES, V GARAY, M GERVAISONNI
- 0069 SÍNDROME DE AUSTRIAN: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA INFECCIÓN NEUMOCÓCCICA**  
V RODRÍGUEZ, E LEISTAD, D URIBE, M COSTILLA, J SAGARDÍA, F VILLAREJO
- 0087 ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA. REPORTE DE CASOS**  
MC PALACIO, A PEREZ, JC MEDINA, R SANTOS, H SANTAMARÍA, G SANDOVAL, F KIRILUK, E GUERRA, R IZURIETTA, B SOLANO
- 0088 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, ¿CÓMO ESTAMOS HOY?**  
A DELARRIVA, E GARCÍA, S HERRERA, M GARCÍA, J CELIA, M RUIZ, J FERNANDEZ, J ORTEGA, S CARRIZO, N BONETTO, S ROJAS, M BERNALDO DE QUIROZ, G MAMY, N NICKELS, S ORTIZ
- 0118 INFECCIONES ASOCIADAS CON NEUROCIRUGÍA: UNA REVISIÓN DE CINCO AÑOS**  
SI CASTRO, P BOSCHINI, O CRISTALDI, G ROBERT, P CASTRO, F MALANCA, G GUTIÉRREZ, M VÁZQUEZ, A PEDERNERA, P SOTO-MAYOR
- 0123 CAMARSA: EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE UNA PACIENTE PUÉRPERA**  
N PINCA, L SCORZATO, R GRIGNET, A ROMEO, O PORFILIO, M PERRONE, W RIZZARDI, J VILLANUEVA

27/08/2011 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 03**

**Neurointensivismo I**

Foyer Sala Tehuelche

- 0081 STENT CEREBRAL EN UN PACIENTE EN COMA CON DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA BASILAR**  
D GONZÁLEZ, M CURONE, A CECILIANO, J RIOS, F VILLASANTE
- 0104 TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR. AÑOS 2008-2009. ESTUDIO RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL DE CASUÍSTICA**  
G MARTINELLI, C ARANCIBIA
- 0136 INFARTO CEREBRAL POR MIXOMA AURICULAR**  
C JUAREZ, A FLORES, R SUELDO
- 0152 DIAGNÓSTICO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE CON DOPPLER TRANSCRANEANO. REPORTE DE UN CASO**  
S CHAPELA, E DEAN, S CEVALLOS VARGAS, E DESCOTTE, FM BALLESTERO, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF
- 0153 EVALUACIÓN DE VENTANA TERAPÉUTICA DEL ACV PARA EL USO DE TROMBOLÍTICOS EN EL PARTIDO DE MALVINAS ARGENTINAS**  
M CHALLAPA, R LOPEZ RAMOS, G THOFEHRN, AL MONSON, RB TORREZ, LA AGUILAR
- 0154 ENCEFALITIS HERPÉTICA POSTQUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA HOLOCRANEANA EN EL CÁNCER DE PULMÓN. REPORTE DE DOS CASOS**  
F GRASSI, S SILLITANO, E REQUESENS, M FERREYRA, E BORSINI, F BALLESTERO, MA BLASCO, MA VELTRI
- 0156 MIOCARDIOPATÍA POR STRESS ASOCIADO A NEUROLÉPTICO MALIGNO**  
S SILLITANO, F GRASSI, E REQUESENS, S CEBALLOS VARGAS, MS RAÑA, ED SOLOAGA, E BORSINI, FJ CHERTCOFF
- 0165 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CORTICAL O DE LA CONVEXIDAD ESPONTÁNEA (NO TRAUMÁTICA): ETIOLOGÍA, PRESENTACIÓN CLÍNICA, COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO**

**EN UNA SERIE DE 24 PACIENTES**

JA MOSCHINI, MF DÍAZ, A HLAVNICKA, N WAINSTEIN

- 0175 ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A ECLAMPSIA. REPORTE DE UN CASO**  
R SALAS, J STRATI, L BENITO MORI, P SCHOON

27/08/2011 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 04****Pediatría I**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0100 SÍNDROME DE HIPEREOSINOFILIA IDIOPÁTICA SEVERA EN UN NIÑO**

AM VÉLEZ, JM MENSELLA, P NAKASCHIAN, D ESANDI, DE ALLENDE, J TRENTADUE

- 0101 EXPULSIÓN ASINTOMÁTICA RECTAL DEL EXTREMO DISTAL DE UN CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL**  
GN PUJALES, L MIRAGLIA

- 0102 MENINGITIS BACTERIANA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE**

M PENAZZI, P NUÑEZ, N KREJCIK, E MARI, P PACHECO

- 0104 INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, CITOMEGALOVIRUS Y SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UNA LACTANTE DE 35 DÍAS. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ**

M PENAZZI, E MARI, P PACHECO, C BARILARI, C ABRALDES

- 0102 REVISIÓN DE LAS INDICACIONES DE TRAQUEOSTOMÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA**

M TISZLER, J CESPEDAS, M PUITA MONTERO, G CAPROTTA

- 0130 COQUELUCHE GRAVE EN LACTANTES INGRESADOS EN UCIP, EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES**

H ALESIO, M TISZLER, P GONZALEZ CROTTI, G CAPROTTA

- 0184 COQUELUCHE GRAVE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN TIERRA DEL FUEGO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

H HERRERA, C CUEVAS ROS, D DUARTE, V ALONSO, P MONTES, G FILIPPA, V LOPEZ, F PLANO

- 0187 INTOXICACIÓN POR HIERRO: REPORTE DE UN CASO**

C BERRONDO, I KO, P CARDOSO

- 0193 ESCORPIONISMO POR TITYUS CONFLUENS EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES**

LA NUÑEZ, BJ RIGONATTO, SF ESPAÑOL

- 0194 TRAUMATISMO DE CRÁNEO EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

SE ARENALES, LM SANCHEZ OTAOLA, EA MARI, ME PENAZZI, PN PACHECO

27/08/2011 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 05****Reporte de Casos de interés I**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0155 DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR. REPORTE DE UN CASO**

E DEAN, SP CHAPELA, M FERREYRA, S CEVALLOS VARGAS, E REQUESENS, EJ DESCOTTE, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF

- 0172 GRANULOMATOSIS DE WEGENER**

VB LARA, M GARRIBIA, D OLMOS, B PASTERIS, M LEIVA, M MOYA

- 0181 INTOXICACIÓN AGUDA POR PLOMO EN PEDIATRÍA**

ME BOBBIO, J FARIAS, L WAITOLLER, N ALTAMIRANO, L ROFFI

- 0189 INTOXICACIÓN VIA PARENTERAL POR ORGANOFOSFORADO**

**ASOCIADO A UN PIRETROIDE, REPORTE DE UN CASO**

A MANZUR, C GONZÁLEZ, M ARCE, JL MARENGO, R FERNÁNDEZ, S SARACCO

- 0275 PERCEPCIÓN Y USO DEL TIEMPO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: INVESTIGACIÓN ANTROPOLÓGICA EN EL HTAL. FERNÁNDEZ DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

M CAMEJO

- 0286 TUMOR PSEUDOPAPILAR SÓLIDO DEL PÁNCREAS**

DE OLMOS KUTSCHERAUER, V LARA, M GARRIBIA, M LEIVA, M MOYA

27/08/2011 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 06****Trauma I**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0034 HEMATOMA CERVICAL ESPONTÁNEO ASOCIADO CON ADE-NOMA ECTÓPICO DE PARATIROIDES**

MB RETAMOZO, M BERON, GW BONGIORNI, EA ROMERO

- 0044 EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS POR OBSERVACIÓN DIRECTA EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS Y TERAPIA INTENSIVA DURANTE 10 AÑOS EN EL INTERNADO ROTATORIO EN LA UBA**

P VALDEZ, R CASTAGNA, M ZEC BASKARAD, N MANO, M SANTORO, H ZELECHOWER, J ARENZO, L VETERE

- 0056 BRADIARRITMIAS INTERMITENTE COMO CAUSA DE CONVULSIONES. REPORTE DE 3 CASOS EN EL TRANCURSO DE 2 MESES**

ANA MONSON

- 0073 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA: PRIMERAS EXPERIENCIAS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SANTO-JANNI**

DJ FIRPO, JA VAZQUEZ, S BORELLO, DN CHIACCHIARA, P CORONADO LUJAN, MA ESTRIN, VG HAYETIAN, E VEDOVATO, G CARQUEJEDA ROMAN

- 0082 VENTILACIÓN DIFERENCIAL EN TRAUMA DE TÓRAX CON PATOLOGÍA ASIMÉTRICA ¿UNA ALTERNATIVA A LA VENTILACIÓN CONVENCIONAL?**

S ROJAS, A DELARRIVA, E GARCIA, S HERRERA, M GARCIA, J CELIA, M RUIZ, J FERNANDEZ, J ORTEGA, S CARRIZO, N BONETTO, M MORENO

- 0177 PSEUDOQUISTE PULMONAR TRAUMÁTICO: REPORTE DE UN CASO**

DE DOMINGUEZ, AJ ZAZU, L CAPPONCELLI, J GALVEZ

- 0178 PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO: ROL Y FUNCIONES DE TERAPIA PEDIÁTRICA EN INCIDENTES MÉDICOS MAYORES POR TRAUMA**

RE GOMEZ TRAVERSO, H VACCARO, G DEBAISI

27/08/2011 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 07****Unidad Coronaria**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0009 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE 200 PRO BNP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDIACA**

GE TOMBOLINI, J NAVARRO, G MARTEARENA, R FIORAVANTI, J BAUCHI, D ZAVATTI, F CRIADO

- 0041 EVALUACIÓN DE 45 PARES DE MUESTRAS DE TROPONINA I ULTRASENSIBLE EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA, CORRELACIÓN CON LOS MARCADORES CLÁSICOS**

J BAUCHI, G TOMBOLINI, J NAVARRO, V TAUSSIG, D ZAVATTI, H MARTÍ, F CRIADO

- 0046 ESTUDIO COMPARATIVO DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y DISFUNCIONES MULTIORGÁNICAS EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE EN PACIENTES CON Y SIN CARDIOPATÍA**  
P VALDEZ, L LUNA, C FUKUDA, K MARQUEZ, L HEINZ, A POVEDA, V CEVALLOS, V ARIAS
- 0090 FIBRINOLÍTICOS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON ALTA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO**  
A DELARRIVA, S ROJAS, N BONETTO, A CARRIZO, E GARCÍA, S HERRERA, M GARCÍA, J CELIA, M RUIZ, J FERNANDEZ, J ORTEGA, S CARRIZO
- 0246 USO DE CHA2DS2-VASC EN LA INDICACIÓN DE ANTICOAGULACIÓN PARA PREVENIR ACV ISQUÉMICO**  
P COLAUT, MS GARCÍA KEIM, S DIPENTE, G SQUAGLIA ACOSTA, AH PEÑALOZA, J LEIVA, CE SALCEDO
- 0253 MUERTE SÚBITA EN JOVEN CON ANTECEDENTE DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA, Y ELECTROCARDIOGRAMA CON PATRÓN DE BRUGADA**  
M SEPÚLVEDA, E KREMER, D MARTÍNEZ, C LÓPEZ, P COURTADE, V BORRAJO
- 0319 INCIDENCIA DE ARRITMIAS EN TERAPIA INTENSIVA Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD**  
R SENESTRARI, G FERNANDEZ CID, N MARTIN YUANANDI, E PORJOLOVSKY, V CARIMAN, R ZAMUDIO, C GARAYALDE

28/08/2011 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 08****Enfermería - Kinesioterapia - Nefrología Crítica**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0032 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. NUESTR A EXPERIENCIA**  
W AMADOR, D CRUZ, L MAMANI, F TROGLIO, G GARZON
- 0241 IMPACTO QUE EJERCEN LOS CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS PERIOPERATORIOS BRINDADOS POR UN EQUIPO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS CON CIRUGÍA DE DUCTUS. PERIODO 2009-2010**  
A ANCE, A ACOSTA, L ALTAMIRANO, V IBAÑEZ, P ANCE, S BARON, A CABRAL, A LEIVA CASTRO
- 0294 SEGURIDAD DEL PACIENTE. PRESENTACIÓN DE CASO. FASCITIS NECROTIZANTE, ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**  
MF QUINTEROS, AG TORANZO, MP FUNES, AG GALIAN, AG DIAZ, DR CLAVERO
- 0295 UTILIDAD DE UN SCORE DE CALIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL**  
MA SALAS, CI MARTINEZ, M ENRIQUEZ
- 0296 IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE BUNDLE PARA LA DISMINUCIÓN DE NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA: EXPERIENCIA PRÁCTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL**  
MA SALAS, M SANCHEZ, A NOVAU, L FABBRO, M ENRIQUEZ
- 0327 PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTÁNEA EN NIÑOS**  
J FRYDMAN, S MORALES, P GONZALEZ CROTTI, M TISZLER, M PUITA MONTERO, G CAPROTTA
- 0192 INTOXICACIÓN POR FOSFATOS VIA ORAL EN ADULTOS**  
LA ONOFRIO, AL BOLAND
- 0255 SÍNDROME DE GOODPASTURE EN TERAPIA INTENSIVA**  
P ZINGARETTI, CE RODRIGUEZ, J ABASCAL, GF ABRILE
- 0272 GLOMÉRULONEFRITIS MESANGIAL CON DEPÓSITO C3**  
M VILLALOBOS, E ADAMOLI, A CARUSO, E GARCÍA, G PAGNIEZ

28/08/2011 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 09****Infecciones en UTI II**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0141 ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE OPERADOS EN LA UNIDAD DE PANCREATITIS EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DESDE EL ENERO 2004 AL MARZO 2010**  
LA BARREDA CEVASCO, J TARGARONA MODENA, LC MORI RODRIGUEZ, C BARREDA FELIZIANI
- 0142 NEUMONÍA POR HERPES VIRUS**  
RJ URBANEJA, F FERNANDEZ, M CABRAL, J ARROYO
- 0160 NUESTRA EXPERIENCIA EN USO DE DOTRECOGIN ALFA ACTIVADO EN PACIENTES CON NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD INTERNADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
F GAMBINO, A BALBI, F TAMAGNONE, C SANCHEZ, K UGO
- 0161 COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE OPERADOS POR LA UNIDAD PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ENERO 2004 A MARZO 2010**  
LA BARREDA CEVASCO, J TARGARONA MODENA, LC MORI RODRIGUEZ, C BARREDA FELIZIANI
- 0162 SEPSIS SEVERA POR INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN POST OPERATORIO ELECTIVO DE MAMA**  
N LUQUE, M GUAYMAS, A FELDMAN, A MARINO
- 0171 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL POLITRAUMATIZADO GRAVE**  
C BALASINI, R REINA, V VALGOLIO, M MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, S TAL BENZECRY, A PORCEL, P RODRIGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, L NAVEIRO, L CARRERAS, L DI LUCA, F IGLESIAS, S CARINO, H CANALES, L LARES, MG SAENZ, F GONZALEZ, MG VIDAL, A DAS NEVES, D VASQUEZ, G FERRARA, G MARTINS, E ESTENSSORO
- 0191 PRESENTACIÓN DE SERIE DE TRES CASOS CLÍNICOS: HIDATIDOSIS EN TERAPIA INTENSIVA DE LOCALIZACIÓN INUSUAL**  
L FERNANDEZ, F FARFAN, G VEGA, L VIDAL, L CABANA, A PLAZA, C OVIEDO, E BERNAL, O TEJERINA, D VARGAS
- 0196 REPORTE DE UN CASO: SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO POR MENINGITIS BACTERIANA A E. NEUMONIAE ASOCIADO A SME. COLEDOCIANO Y ABSCESOS INTRAHEPÁTICOS POR GRAM NEGATIVO EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**  
G VEGA, L FERNANDEZ, F FARFAN, L CABANA, L VIDAL, L LEON CEJAS, M DAUD, C PARUSSINI, L LUNA, C DIAZ, L SILVA
- 0200 PREVALENCIA DE NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD POR MICOPLASMA PNEUMONIAE**  
FJ GAMBINO, F TAMAGNONE, A BALBI, J FEIJOO, C SANCHEZ, M MONTENEGRO, A PISERA, G DECANIO, M MUÑOZ, K UGO
- 0202 PRONÓSTICO DE UNA PACIENTE CON NEUMONIA GRAVE Y COMA MIXEDEMATOSO**  
J ZAPATA, P CARRIZO
- 0207 ASPERGILOSIS INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS EN UTI**  
J MORENO, M VILLA, N VILLAVICENCIO, R TORREZ, V AMAYA, G HORNUS PLANELL, L LODEIRO, W CORNISTEIN, M TORRES BODEN, C COZZANI, G CUETO, E BRAÑA

28/08/2011 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 10****Neurointensivismo II**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0203 STATUS EPILEPTICUS NO CONVULSIVO EN UN CASO DE ENCEFALITIS HERPÉTICA**  
NJ PRINI, FA SOSA, V MOSQUEDA, B HUNTER, PD COMIGNANI

- 0208 STROKE HEMORRÁGICO EN PEDIATRÍA, EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA**  
A ESEN, M MARTINEZ, M TISZLER, G CAPROTTA
- 0220 ESTUDIO RETROSPECTIVO TRANSVERSAL DE CASUÍSTICA/ UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS, PRIMEROS DOS AÑOS**  
CA ARANCIBIA
- 0236 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
S TORRES, M CHIAROTTO, R CÓRDOBA, S SANTAGIULIANA, R RECALDE, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0240 TROMBOSIS VENOSA Y SINUSITIS ESFENOIDAL**  
R GAZZO, R BARRIENTOS, R VILLEGAS, N ECHEVERRÍA, R MARIQUE, R VACA NARVAJA, L ESPINOSA, A OLIVA, C PLOGGER, G ZABERT
- 0250 CHAGOMA CEREBRAL EN PACIENTE NO HIV**  
C RODRIGUEZ, B GABIRONDO, F MOLINA, Z ROSSETTI BIGLIANI, L GÓMEZ, M SANCHO, H GULLO, A HORNA ZABAETA, M ESPÓSITO
- 0252 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA**  
C AGUILERA, M QUINTEROS, I PREVIGLIANO, D CERASO
- 0256 SÍNDROME DEL ROBOT**  
P VILLEGAS, R BARRIENTOS, R VACA NARVAJA, C PLOGER, L ESPINOSA, G ZABERT, A OLIVA

28/08/2011 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 11****Pediatría II**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0197 UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS**  
SA MUZZIO, L ROSENDE, SF ESPAÑOL, BJ RIGONATTO
- 0199 INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE EN NIÑOS EN CUIDADOS INTENSIVOS**  
E SAGARNAGA, J CESPEDES, M TISZLER, P GONZALEZ CROTTI, G CAPROTTA
- 0213 USO DE VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA EN NIÑOS POST-OPERATORIOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR**  
Y FORTINI, P LOMBARDI, LM LANDRY, G MORENO, M ALTHABE, R MAGLIOLA
- 0219 EN POS DE UNA META: INDICADORES DE CALIDAD EN NUESTRA TERAPIA INTENSIVA**  
P CASTELLANI, D BERGNA, A BORDOGNA, G MACARRÓN, P MEDICI, F PODESTÁ, M RABINO, O RECUPERO, N TODARO, M RATTO
- 0221 LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y TRAQUEOSTOMÍA EN NIÑOS AFECTADOS POR VIRUS RESPIRATORIOS DE ACUERDO A UN PROTOCOLO DE DESTETE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA**  
G CAPROTTA, P GONZALEZ CROTTI, J FRYDMAN, C GONZALEZ
- 0225 INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA DE ETIOLOGÍA VIRAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS POLIVALENTE**  
F PODESTÁ, A BORDOGNA, P MEDICI, L MORENO, M RABINO, O RECUPERO, M RATTO
- 0228 HIPERTERMIA MALIGNA: DIAGNÓSTICO TEMPRANO MODIFICANDO LA EVOLUCIÓN DE UNA ENFERMEDAD POTENCIALMENTE LETAL**  
P MEDICI, N VIGOVICH, A BORDOGNA, W KREMSER, S LABAT, H MILANO, F PODESTÁ, M RABINO, A SPINELLI
- 0232 ACV HEMORRÁGICO EN PACIENTE CON CITOMEGALOVIRUS**  
S LABAT, D BERGNA, P CASTELLANI, G MACARRÓN, M MARRITINEZ, H MILANO, L MORENO, O RECUPERO, N VIGOVICH, P MEDICI

- 0264 FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA EN UNA PACIENTE CON DERMATOMIOSITIS**  
V ROMBOLÁ, F JORRO BARON, C BOLASELL, R ALVAREZ, G DEBAISI
- 0274 UTILIZACIÓN DE HEMOFILTRACIÓN EN EL SHOCK SÉPTICO PEDIÁTRICO**  
P OJEDA, M VERRASTRO, A GOMEZ, B RIGONATTO

28/08/2011 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 12****Reporte de Casos de Interés II**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0283 PANCREATITIS AGUDA Y DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR ÁCIDO VALPROICO (AVP)**  
R VOLOCH, C YURQUINA, G SILBERSZAC, R CASTRO, G VERDE, J SAGARDÍA
- 0291 PERFORACIÓN ILEAL: UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE**  
J RODRIGUEZ RATTARO, J SAGARDIA, G SILBERSZAC, R CASTRO, G VERDE, V CATANZARO
- 0293 MIOPATÍA VISCERAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
C FALLATTI, F VILLAREJO, M LLOLLIA, N MARQUEZ, M BERMEO
- 0303 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**  
MS MARINSALDA, M BACIGALLUPPI, MJ LEDESMA, MJ ARAMBURU, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0305 SÍNDROME DE CAUTIVERIO SECUNDARIO A DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE CUATRO VASOS. LAS LESIONES INICIALES PUEDEN NO PREDECIR LA EVOLUCIÓN**  
L BARAC, S MARINSALDA, ME IGLESIAS, V CAGLIERI, C GALLETTI
- 0309 ABSCESO HEPÁTICO PIOGENO: UTILIZACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS DISPONIBLES**  
V CAGLIERI, MJ ARAMBURU, L BARAC, E GRANERO, A MARANGONI, C GALLETTI

28/08/2011 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 13****Trasplantes**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0105 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE POR INTOXICACIÓN CON AMANITA PHALLOIDES**  
F CARINI, MD TERAN, S VILLARROEL, PA GASTALDI, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0131 ACTITUDES FRENTE A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS: ENCUESTA DE OPINIÓN**  
J CESPEDES, M TISZLER, A ESEN, G CAPROTTA
- 0134 PROCURACIÓN DE TEJIDOS EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON INFLUENZA A H1N1 NEGATIVIZADO**  
S MORALES, A ESEN, G CAPROTTA
- 0190 ENFERMEDAD DE WILSON Y FALLA HEPÁTICA FULMINANTE**  
S CAMERLINGO, S SANTAGIULIANA, A SANTA MARÍA, A PALAZO, G ABALLAY SOTERAS, S ILUTOVICH
- 0204 ¿REPRESENTA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C UN FACTOR DE RIESGO DE MAL PRONÓSTICO EN EL PERÍODO POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO?**  
C TONELLI, L SANTORO, G CACERES, G RAFFIN, D RODRIGUEZ, E BRAÑA, G CUETO
- 0227 EVOLUCIÓN CLÍNICA EN TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO**  
M SANTOPINTO, JO OSATNIK, FA SOSA, V MOSQUEDA, N PRINI, R COUCE, M ANDERS, L MC CORMACK, PD COMIGNANI

- 0235 EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA. ESTUDIO PRELIMINAR**  
P BOSCHINI, MA REYES, N ROZO GONZALEZ, C TRUJILLO, S FLORES, M SACCONI, F JUAREZ
- 0238 DONANTES HEPÁTICOS CON CRITERIOS EXTENDIDOS Y COMPLICACIONES EN TERAPIA INTENSIVA**  
JO OSATNIK, FA SOSA, M SANTOPINTO, R COUCE, V MOSQUEDA, NJ PRINI, L MC CORMACK, R MASTAI, M ANDERS, PD COMIGNANI
- 0277 CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL DONANTE**  
P CENTENO, RM ANCHORENA, H CABRERA, M AGARIE, A TARDITTI, ME ARZEL
- 0304 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO EN TRASPLANTADA HEPÁTICA**  
MJ ARAMBURU, V CAGLIERI, J ARROYO, P CARMIGNANI, C GALLETTI

28/08/2011 - 13:30 a 15:00

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 14****Trauma II**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0198 TROMBOSIS CAROTÍDEA POSTRAUMÁTICA**  
P DEBASTIANI, S TURANO, P PEREZ BRIZ, A PEREZ, M ETCHEVERRY, P LUFIEGO, G HUERTA, C ROTH, L CORSIGLIA, A MANTI, L VARGAS
- 0234 INJURIA ELÉCTRICA POR RAYO: VÍCTIMAS MÚLTIPLES. COMUNICACIÓN DE CASOS CLÍNICOS**  
D OTERO, P CASTELLANI, L MORENO, K FIQUEPRON, K CINQUEGRANI, L BUSSO
- 0282 STATUS EPILÉPTICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR ÁCIDO MEFENÁMICO**  
R VOLOCH, J RODRÍGUEZ RATTARO, G SILBERSZAC, R CASTRO, G VERDE, J SAGARDÍA, V CATANZARO
- 0285 IMPACTO DEL TRAUMA DE TÓRAX EN UTIA**  
SK VELEZ, MG VIDELA, C DANIELSEN, E CARABAJAL, M MENDOZA
- 0314 UTILIZACIÓN DE LA PROCALCITONINA (PCT) EN LA EVALUACIÓN DE LA DISNEA AGUDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR PREVIA**  
L AGUILAR, B TORRES, R LOPEZ RAMOS, G THOFERN, M CHALLAPA, A MONSON, D ROMAO, N CRUZ, M SANDOR, A MONZON, M TORO L
- 0315 MANEJO DEL TÓRAX INESTABLE: FIJACIÓN QUIRÚRGICA VERSUS VENTILACIÓN MECÁNICA**  
PD CALO, PA GASTALDI, A MARTINEZ, D SMITH, A DA LOZZO, S GIANNASI, JE SAN ROMAN
- 0317 USO DE COLLAR CERVICAL PARA EL MANTENIMIENTO TRANSITORIO DE LA VIA AEREA SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS**  
L AGUILAR, M SANDOR, A MONSON, R LOPEZ RAMOS, G THOFERN, M CHALLAPA, B TORRES

29/08/2011 - 12:45 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 15****Infecciones en UTI III**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0217 MENINGITIS AGUDA A BACILOS GRAM NEGATIVOS, ASOCIADO A HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORARIAS, EN PACIENTE PUÉRPERA**  
P RAMOS, J CAUSARANO, C GIMENEZ DURAND, C SWARZMAN
- 0223 ACCESOS VASCULARES EN TERAPIA INTENSIVA**  
N DE LA CRUZ, D PEREZ, L KUMAR

- 0230 SEPSIS POR TUBERCULOSIS**  
M BERMEO, F VILLAREJO, M LLORIA, C FALLATTI
- 0233 INCIDENCIA DE NEFROTOXICIDAD ASOCIADA AL USO DE COLISTIN EN INFECCIONES NOSOCOMIALES**  
MV ORDOÑEZ, RO FERNÁNDEZ, MB GRILLI, WD VAZQUEZ
- 0245 SHOCK REFRACTARIO, FALLO MULTIORGÁNICO Y MUERTE EN UN CASO DE FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA**  
M ROCHA ANZALDO, M WALLBERG, M FERNÁNDEZ, M CHRISTÍN, L GUZZI, M BUSICO, C CORDERO, F VILLAREJO
- 0254 DEXMETOMIDINA COMO HERRAMIENTA PARA OPTIMIZAR LA TOLERANCIA AL USO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA**  
M ROCHA ANZALDO, M BUSICO, M CHRISTIN, L GUZZI, F VILLAREJO, M FERNÁNDEZ, L BÁRCENA, J ARMELINO
- 0261 RECOMENDACIONES PARA EL USO DE PROCALCITONINA EN REAGUDIZACIÓN DEL EPOC SEGÚN UN ANÁLISIS BASADO EN EVIDENCIAS**  
M ESTEBAN, M BLANCO, S ESCIOLAZA, P DOMECCO
- 0265 REEMPLAZO VALVULAR PROTÉSICO EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA**  
A RATTO, D PEREZ, L KUMAR
- 0268 MANCHA CARBONOSA MORTAL**  
M JERMAN, ML BALLESTRACCI, MC MARTINEZ BARRETO, J ALVAREZ, R QUIROS, P PRATESI
- 0280 NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD ASOCIADA A EMPIEMA PLEUROPERICÁRDICO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS**  
N MARQUEZ, V RODRÍGUEZ, MM LLORIA, ED PEZZOLA, L AGUILAR
- 0281 NOCARDIOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO**  
E MINOLDO, R VANDERSANDE, C BERGALLO, V MOYANO, JP CASAS
- 0307 ESTREPTOCOCCO AGALACTIAE; CAUSA INUSUAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA**  
E ASINARI, MJ ARAMBURU, R CÓRDOBA, V CAGLIERI, C GALLETTI

29/08/2011 - 12:45 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 16****Neumonología Crítica**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0006 EMBOLISMO GASEOSO VENOSO, REPORTE DE UN CASO**  
F RIOS, M LUGARO, H CICHERO, G DIAZ, E BARROZO, A EMER, A RISSO, J HIDALGO, E SALAS, F QUIROGA, V HOSPITAL, A TORN
- 0014 SÍNDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR POR METÁSTASIS DE CORIOCARCINOMA**  
MC ARNAUDÍN, M DORREGARAY, Y ADALA, M RODRIGUEZ, MK GARCÍA MEZA, L CORSIGLIA, MC ROTH
- 0017 IMPORTANCIA DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA PARA RECONOCER LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA (FTE) EN UNA UNIDAD DE DESTETE PROLONGADO**  
C CESARI, B VAZQUEZ, G BENAVENT, L CRISTALDO, M DAZA, J MORALES, C POZO, C ROMANO, L RAPETTI, R BALBUENA, A ESPADA, J CORDOBA, A CURBELO, M VERONESI, G CHIAPPERO, D VIOLI
- 0033 VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA DESDE EL ENFOQUE DE TERAPEUTAS RESPIRATORIOS**  
H CESARIO, S MOGELLI, C KASPAR, M SANZ, C FRANCO, G PONCE, F LIGUORI, P PEREZ, J MONTI, R CASTAÑO, S COSENZA, P PRATESI
- 0103 SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA ASOCIADO A LIPOSUCCIÓN**  
A CARRIZO, A DELARRIVA, S ROJAS, N BONETTO, E GARCIA, S HERRERA, M GARCIA, J CELIA, M RUIZ, J FERNANDEZ, J ORTEGA, S CARRIZO

- 0135 NEUMOTÓRAX CATAMENIAL: REPORTE DE UN CASO**  
MM PANIAGUA, LL FAINLAND, LA PERO, JF CANDIA, S MARE, ML ROMERO
- 0164 ENFERMEDAD DE POMPE DEL ADULTO, PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN CASO DURANTE 4 AÑOS DE TERAPIA DE REEMPLAZO ENZIMÁTICO**  
JP ALVAREZ BERTEA, M GRAÑA, M CINI, J CORDERI, JM GOMEZ PORTILLO
- 0306 MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTE CON VÍA AÉREA DIFÍCIL**  
C GALLETTI, H NUNIA, L BARAC, G FLORES, MJ ARAMBURU, V CAGLIERI
- 0330 MANEJO VENTILATORIO DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO DE LOS PACIENTES CON ALTA SOSPECHA DE INFLUENZA A H1 N1 DURANTE LA PANDEMIA 2009**  
A TAMAYO, M GUAYMAS, N VETRANO, A ZAMUZ, C SAUDA

29/08/2011 - 12:45 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 17****Neurointensivismo III**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0262 PRONO Y PIC EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS**  
A FERNANDEZ, D PEREZ, L KUMAR, V TUCHBAUM
- 0270 DEBILIDAD MUSCULAR: ¿SERÁN CULPABLES LAS MITOCONDRIAS?**  
J GONZALEZ NIZZO, J TRUCCO, P FALVO, J NUÑEZ, A DONNA, F PLANO, J BUERI, P PRATESI
- 0284 ENCEFALITIS POR ENTEROVIRUS, A PROPÓSITO DE UN CASO**  
M GARRIBIA, V LARA, D OLMOS, M LEIVA, M MOYA
- 0288 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO**  
N JAIME, M ISA, D VEGA
- 0308 TRATAMIENTO DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN ENFERMEDAD CAROTÍDEA OBSTRUCTIVA BILATERAL SEVERA CON PLACA INESTABLE Y ESTABLE CONTRALATERAL**  
V CAGLIERI, C GALLETTI, MJ ARAMBURU, L BARAC, MJ CABRERA, H LONDERO
- 0323 EL DILEMA DE ESTAR ANTICOAGULADO**  
SA COLLADO, MG MORALES, I IBAÑEZ
- 0325 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES SECUNDARIA A EMPIEMA SUBDURAL EN PACIENTE OBESO MORBIDO**  
N COLQUE, J HERNÁNDEZ, L SILVA, M VELASQUEZ, M VALDEZ, L OLLETA
- 0334 REGISTRO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA**  
P SCHOON, L BENITO MORI, MF DÍAZ, B DORFMAN, S CARINO, C GALLETTI, G PIÑERO, S SVAMPA

29/08/2011 - 12:45 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 18****Nutrición y Metabolismo**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0125 PRECISIÓN DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA CAPILAR EN PACIENTES CRÍTICOS**  
J DOMINGUEZ, N AQUINO, L PEREZ, G MENDOZA, G CÁCERES, F COSTA, F LUNA, C BALASINI
- 0137 MIOCARDIOPATÍA DILATADA REVERSIBLE EN PACIENTE CON TIROTOXICOSIS**  
R TORREZ, M VILLA, J MORENO, N VILLAVICENCIO, V AMAYA, G HORNUS PLANELLS, L LODEIRO, C COZZANI, G CUETO

- 0140 ENFOQUE MÍNIMAMENTE INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE**  
L DIETZ, I CHEONG, M BERTE, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0201 TRASTORNOS HIDROELECTROLÍTICOS EN PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO Y CONTENIDO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
M PAIZ, L GOSSEN, C MARTIN, C CORREIA DA SILVA, G LEVY, R KARATANASOPULOZ
- 0251 VALORES DE PROCALCITONINA ASOCIADOS A OTRAS PATOLOGÍAS DISTINTAS DE SEPSIS**  
S ESCIOLAZA, M ESTEBAN, M BLANCO, P DOMEQ
- 0259 SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS**  
A LEIVA CASTRO, A CABRAL, M COSTANTINI, J ZAMBRANO, L MARCOVICH, V MOYANO, G FRANCO, Z CARRIZO, V VAZQUEZ
- 0263 INMUNOSUPRESIÓN GRAVE COMO PROBABLE EFECTO DE SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN, PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
M MARTINEZ, D PEREZ, L KUMAR
- 0310 UTILIDAD DEL ÁREA DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA DE TIROIDECTOMÍA TOTAL**  
M PROCHASKO, G GRANBERG, G ROJAS, M BRITZ, M LÓPEZ, R CONTRERAS, S NICOLAS, C ANTÚNEZ, F AYALA ORTIZ, N RAIMONDI, H NUÑEZ, J GARDELLA
- 0333 EXPERIENCIA EN PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDÉMICA**  
A CORBALL, A MARTINUZZI, S ALCANTARA, M DI LEO, A PALAORO, E KREMER, C FELLER, M ORSATTI

29/08/2011 - 12:45 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 19****Obstetricia Crítica**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0040 NECROSIS PELVIPERITONEAL POR ACINETOBACTER POST HISTERECTOMÍA EN PACIENTE CON ESTEATOSIS AGUDA DEL EMBARAZO**  
G AGUILERA, MB FERNÁNDEZ, S MORA
- 0061 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO**  
G TOMBOLINI, J BAUCHI, D ZAVATTI, G MARTEARENA, F CRIADO
- 0098 HÍGADO GRASO AGUDO DE EMBARAZO COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE**  
J CENTORBI, J SÁNCHEZ, M MARENGO, J GUYON, A CHENA, J PINA, AM SÁNCHEZ, G ZAKALIK, JL MARENGO
- 0124 MIOCARDIOPATÍA DEL PERIPARTO**  
M WILLIG, G IZZO, R ANCHORENA, M ARZEL, H CABRERA, M FLORES MONTE, P CENTENO
- 0166 MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN MUJERES CON PREECLAMPSIA, ECLAMPSIA Y SÍNDROME HELLP. UNA SERIE PROSPECTIVA DE 6 CASOS**  
JA MOSCHINI, MF DÍAZ, A HLAVNICKA, N WAINSTEIN
- 0170 REPORTE DE CASO DE PLACENTA ACCRETA COMPLICADA**  
RM SALVATORE, DN SANTONI, MB CASTAÑOS
- 0216 MUJERES Y NIÑOS PRIMERO: EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**  
A GIRA, C NAVEDA GAVILANES, M BELAUSTEGUI, E ORTUÑO CAMPOS, S COSENZA, E BERUTI, P PRATESI

29/08/2011 - 12:45 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 20****Sepsis**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0030 FASCITIS NECROTIZANTE EN INMUNOCOMPETENTE**  
H RIZZI, G RAMOS, A CARTELLI, L CAMPUTARO

- 0119 FRENO MEDULAR INDUCIDO POR ANEMIA MEGALOBLÁSTICA EN UN PACIENTE SÉPTICO**  
L ALONSO RIFFO, F MUÑOZ CASTILLO, L VARGAS, E PEREZ, M PASSANISI, P NAKASCHIAN, C AGÜERO
- 0150 MIOCARDITIS AGUDA POR VARICELA**  
M SANTOPINTO, PD COMIGNANI, AF SOSA
- 0179 APENDICITIS AGUDA: PRESENTACIÓN ATÍPICA**  
I ACEVEDO, D MARZAROLI, D ALEGGRANZA, N JUAREZ, O OLIVERA, C LLERENA, A LÓPEZ, N CHACÓN, A SIRINO, G MONTI, G CARDONATTI
- 0209 SINDROME DE SHOCK TÓXICO RÁPIDAMENTE PROGRESIVO POR STREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO**  
MS VENUTI, AC RODRIGUEZ, FC CARINI, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0318 SHOCK SÉPTICO: INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA**  
L TALAMONTI, R DI BELLO, C FREYRE, G PONCIO, A ARTAYETA, G IZAGUIRRE, S SÁNCHEZ, G ELÍAS
- 0329 DROTRECOGINA ALFA ACTIVADA EN SEPSIS, EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE STILL. A PROPOSITO DE UN CASO**  
A VÁZQUEZ, V VÁZQUEZ, F GAMBINO, S BARRIOS, F SARMIENTO

29/08/2011 - 12:45 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 21****Trauma III**

FOYER SALA TEHUELCHÉ

- 0324 TRAUMA ABDOMINAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO**  
D DUARTE, F PLANO, G FILIPPA, A MONTES, J BALBI, V ALONSO, H HERRERA, A ALBERGUCCI, R MALTEZ, P MONTES
- 0332 INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA SEVERA AGUDA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO**  
F CARINI, MD TERAN, PA GASTALDI, S VILLARROEL, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0335 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL PACIENTE TRAUMATIZADO**  
LG SCALISE, C AGUILERA, C GROER, J ANGAROLA, DH CERASO
- 0336 FRACTURA TRAUMÁTICA DE CARTÍLAGO TIROIDES**  
V CARIMAN, E PORJOLOVSKY, F SANZ, L CAMPUTARO, A CARTELLI
- 0340 IMPACTO DE LA UTILIZACION DE LA DEXMETOMIDINA EN PACIENTES CRITICOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
PA GASTALDI, PD CALO, S DI STEFANO, J SINER, S VILLARROEL, S GIANNASI, E SAN ROMAN
- 0341 ALCALOSIS METABOLICA MIXTA GRAVE, SECUNDARIA A SINDROME PILORICO COMO CAUSA MECANICA DE COLESTITIS AGUDA LITIASICA GANGRENOSA**  
R TORREZ, A MONSON, M CHALLAPA, R LOPEZ, G THOFEHRN, L AGUILAR
- 0343 INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD TRAUMÁTICA EN EL PARTIDO DE MALVINAS ARGENTINAS**  
R LOPEZ RAMOS, A MONSON, M CHALLAPA, G THOFEHRN, B TORREZ, L AGUILAR

### 0005 FACTORES PREDICTIVOS DE ESTADÍA PROLONGADA

MG MORALES, SA COLLADO, I IBAÑEZ  
 Sanatorio Lavalle, Argentina.

**Objetivos:** Determinar los factores de riesgo asociados a la estadía prolongada en una terapia intensiva de adultos.

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectivo, descriptivo, longitudinal. Muestra consecutiva de 420 pte en una terapia polivalente durante el periodo Agosto 2010 a Enero 2011. Criterios de Inclusión: a) mayores de 18 años b) permanencia mayor a 24 hs. Criterios de eliminación a) datos incompletos b) egreso por alta voluntaria. Análisis estadístico en Epidat 3.1. p significativa < 0,01. Se estableció como estadía prolongada a la permanencia mayor a 5 días. Variables analizadas: demográficas, clínicas, terapéuticas.

**Resultados:** Durante 184 días ingresaron 420 pte, 2 fueron eliminados, el 52,63% sexo femenino, la edad media fue de 62,87 años (DS± 17,61), apache 10 (DS± 5,79), una estadía promedio 3,83 días (DS± 6,06), mortalidad del 11% y ocuparon el 72,05% días cama. El 42,58% (n=95) permaneció por más de 5 días con un promedio de 10,62 días (DS± 10,10), el 55,78% correspondió al sexo masculino, una edad media 68,07 (DS± 15,13), apache 13,97 (DS± 5,34), mortalidad del 21,05% y ocuparon el 45,24% días cama total.

Características como mayor de 65 años RR 4,90 p < 0,0001, sexo masculino RR 2,35 p < 0,0001, Apache > 10 RR 15,80 p < 0,0001, Diagnóstico de Ingreso Crisis HTA RR 0,43 p 0,11, Abdomen ag. RR 0,67 p 0,79, Emergencia endocrina RR 0,67 p 0,935, Arritmia RR 1,08 p 0,93, Hemorragia digestiva RR 2,75 p 0,02, Insuf. Cardíaca RR 2,72 p 0,08, Insuf. Renal RR 5,49 p 0,212, Insuf. Respiratoria RR 3,31 p < 0,0001, SCA RR 1,60 p 0,283, Sepsis RR 2,29 p 0,242, Trastorno neurológico RR 1,07 p 0,86. Antecedentes como HTA RR 1,21 p 0,251, ICC RR 3,17 p < 0,0001, ACV RR 2,42 p 0,03, Cardiopatía isquémica RR 1,64 p 0,157, EPOC RR 4,89 p 0,397, IRC RR 2,18 p 0,024, Cirrosis RR 9,78 p 0,785, Obesidad RR 2,50 p 0,002, DBT RR 2,05 p 0,028, Chagas RR 2,13 p 0,164, Tabaquismo RR 1,94 p 0,004, Etilismo RR 2,91 p 0,24, Cancer RR 1,31 p 0,33, Usos del Ventilador RR 3,93 p < 0,0001, VNI RR 3,14 p 0,473, TAM RR 2,62 p 0,402, Vía Central RR 5,44 p < 0,0001, Transfusiones RR 3,19 p < 0,0001, Cultivo positivo RR 4,74 p < 0,0001, Ampicilina-Sub RR 1,83 p 0,263, Ceftriaxona RR 4,75 p 0,394, Ceftriaxone RR 3,67 p < 0,0001, Ciprofloxacina RR 3,21 p < 0,0001, Metronidazol RR 1,81 p 0,121, Vancomicina RR 5,21 p 0,425, Imipenem RR 7,35 p 0,518.

**Conclusión:** Determinantes como sexo masculino, edad mayor de 65 años, apache mayor de 10, diagnóstico de ingreso insuf. respiratoria, antecedente de obesidad, insuf. cardíaca, tabaquismo, requerimientos del ventilador, de vías centrales, transfusiones, la presencia de algún cultivo positivo, y antibióticos como ceftriaxona y ciprofloxacina se asociaron con estadía prolongada.

### 0006 EMBOLISMO GASEOSO VENOSO, REPORTE DE UN CASO

F RIOS, M LUGARO, H CICHERO, G DIAZ, E BARROZO, A EMER, A RISSO, J HIDALGO, E SALAS, F QUIROGA, V HOSPITAL, A TORN  
 Sanatorio Las Lomas, San Isidro, Buenos Aires, Argentina.

Paciente de 69 años que ingresa a UCI en post-colocación de marcapasos definitivo, sufre durante el procedimiento, neumotórax, enfisema subcutáneo e insuficiencia respiratoria, requiere de intubación traqueal y ventilación mecánica por 24 hs, a las 48hs de su admisión a UCI se detecta imagen aérea en vena cava superior en Rx de Tórax, dicho evento se confirma por TAC de tórax observando también imágenes aéreas en venas subclavas. La paciente no presenta sintomatología atribuible a embolia aérea venosa. Creemos que el ingreso de aire se produjo a través del enfisema subcutáneo siguiendo el catéter del marcapasos, Este es un mecanismo no descrito en la literatura como origen de embolia gaseosa venosa. La

embolia gaseosa es un evento poco frecuente, pero potencialmente catastrófico, se produce como consecuencia de la entrada de aire en la vasculatura, cuando esto sucede el aire entra en la circulación venosa sistémica, luego pasa por el ventrículo derecho hacia la circulación pulmonar. Dos condiciones deben estar presentes para que se produzca una embolia gaseosa: a) Debe existir una comunicación directa entre una fuente de aire y el sistema vascular; b) Debe existir un gradiente de presión que facilite el paso del aire hacia la circulación. El aire introducido en la circulación venosa viaja al corazón derecho y luego por lo general se aloja en la circulación pulmonar, causando una embolia gaseosa venosa. El efecto de un émbolo de aire dependerá de la velocidad, del volumen de aire introducido en la circulación, así como de la capacidad del pulmón para filtrar microburbujas de aire de la circulación. Se estima que 300 a 500 ml de gas introducidos a un ritmo de 100 ml / seg es una dosis mortal para los seres humanos. El posicionamiento vertical expone al paciente a un riesgo particular de incorporación de aire en la circulación venosa, puesto que la presión venosa es inferior a la presión atmosférica en este contexto. La mortalidad en pacientes no tratados históricamente se informó superior al 90%, pero estas cifras pueden estar sesgadas por el informe selectivo de los casos catastróficos. La paciente evoluciona estable, sin complicaciones y o secuelas con "absorción" casi completa del aire en 48 hs.

**Conclusión:** Se describe un caso de embolismo venoso asociado a colocación de marcapasos definitivo, en un paciente con enfisema subcutáneo y neumotórax, (etiología no descrita en la literatura). La paciente evoluciona favorablemente con reabsorción del aire sin secuelas.

### 0008 PRESENTACIÓN DE 2 CASOS DE SHOCK SÉPTICO POR SAMR DE LA COMUNIDAD

RJ URBANEJA, J ARROYO, M CABRAL, F FERNANDEZ  
 Hospital Central Mendoza, Argentina.

**Introducción:** El SAMR, tiene emergencia en la comunidad los últimos 10 años. La presentación más frecuente es con lesión de piel y partes blandas en atletas, ADVP, personales de comunidad cerrada. Su diseminación se asocia al hacinamiento y mala higiene de piel. Se presentan dos casos de probable infección por este germen.

Varón 64 años: Obesidad mórbida, alcoholismo, DBT. No contacto nosocomial últimos 6 meses. Ingresó con lumbalgia izquierda, equivalentes febriles disnea CFIV, ortoponea de 1 semana de evolución.

E.F: Vigil, desorientado, ruidos hipofonéticos s/soplos, estable hemodinamicamente, lesión en glúteo derecho eritematosa, indurada, no fluctuante, resto normal. No meningismo, Glasgow: 04M6V3 no déficit neurológico focal. Analítica: pH: 7.42 Pco2:17.7 Po2:40 Hco3:11,EB:-13,GB: 20.300 7% cayado, glucemia :1.79,urea:1,20 g/L creatinina:26,00 mg/dL Plaquetas:90,000 mm3,TP:56%y bilirrubina: 67mg/L,cuerpos cetónicos: (-) Ionograma: K4,4 mEq/L, Na 124 mEq/L SOFA:12,APACHE:16 Rx Tórax: cardiomegalia, redistribución de flujo.ETT: FE:56%, AI:56 mm,VI: disfunción diastólica, Sin vegetaciones.ECG: sinusal, FC:145 x ',resto sin alteraciones. Dgco:sepsis de la comunidad +ICC descompensada;tto: ceftriaxona1gr c/12 hs. Mala evolución primeras 24hs. Shock Séptico, pasa UTI,IOT,ARM, inotropicos (NA),SVC: 84.6%EB:-14, reanimación por metas PL: turbio, cocos (+).Gluc:0.15,Prot.:5.6 Rto. Cel.:86.000predominio PMN, se agrega vancomicina.

Diagnóstico: Empiema extradural medular vs. espondilodiscitis + meningitis secundaria a focos metastásicos de piel.

HC x2 y LCR:+SAMR.TAC cerebro y abdomen: sin lesiones Eco abdominal: S/P, ETE:sin vegetaciones, sin alteraciones valvulares Mala evolución siguientes 24 hs, FMO (hepático, renal, respiratorio, coagulación) y óbito.

Varón 40 años: Con Poliadiccioines, sin exposición nosocomial. Ingresó por epigástralgia, polidipsia, poliuria. Ex físico: confuso mal

estado general, mucosas secas, afebril, TA: 110/70, Fc: 100 lpm. Fr: 35x'. No soplos cardíacos Rx tórax: normal, Sat Fio2 0.21 98% Lesiones abscedadas en glúteo, región perianal, pared lateral del abdomen, antebrazos. Abdomen: Normal Gw: 14/15 m6 o4 v4. Glucemia: > de 500 mg/dl, cuerpos cetónicos +++ PH: 6.92, Hco3: 3.4, EB: -29 po2: 167 mmHg; Pco2: 16.8 FIO2 0,21. Glucemia:>500g/L, Función renal: normal

Plaquetas: 287.000 mm3, TP:85% y bilirrubina:5mg/L total, cuerpos cetónicos:+++ Ionograma: K:3.1 mEq/L, Na:134 mEq/L

Mala evolución 1ras. 12 hs y pase a UTI por shock séptico más cetoacidosis. Tto: Cefazolina, infusión de insulina, ARM, inotrópicos SOFA: 5. APACHE: 16, HIV: negativo, ETE: Sin vegetaciones, no disfunciones valvulares. Hemocultivo x2 (-), secreciones de absceso de ingreso: + SAMR inicia cefepime 2 grs c/8hs, vancomicina 1 grs c/12 hs.

Diagnóstico: Shock séptico por abscesos cutáneos múltiples, debut DBT con cetoacidosis severa. Evolución favorable al 7 día pasa clínica médica.

**Conclusión:** Se debería sospechar de SAMR de la comunidad en pacientes con factores de riesgo, lesión en piel y partes blandas, y cultivos (+) primeras 48 hs.. Se debería confirmar con el factor genético PVL.

#### 0009 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE 200 PRO BNP EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

GE TOMBOLINI, J NAVARRO, G MARTEARENA, R FIORAVANTI, J BAUCHI, D ZAVATTI, F CRIADO  
Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina.

**Introducción:** El diagnóstico de insuficiencia cardíaca los síntomas, signos, y pruebas disponibles (laboratorio, ecg y radiología), carecen de la sensibilidad y especificidad suficientes. Por eso sería útil un test diagnóstico que permita realizar un diagnóstico correcto de ic. También podría ser útil como predictor pronóstico.

**Material y métodos:** En el año 2010 se realizó un estudio retrospectivo de análisis de 100 historias clínicas de pacientes que acudieron a urgencias a partir de junio de 2008 con algún indicio de ic. El dco etiológico fue dudoso. Se determinó el valor de proBNP. Los valores informados fueron: mayor a 3000, entre 3000 y normal para la edad, normal para la edad, menos de 60. El dco final se estableció sobre la base de los hallazgos clínicos, la respuesta al tratamiento y las pruebas practicadas durante la internación. En esta ocasión se sumaron los análisis de las próximas 100 historias clínicas, con el objetivo de aumentar la representatividad de la muestra

**Resultados:** En 2010 se estudiaron 100 pacientes de los cuales 53 presentaron dco final de ic, y 47 no lo presentaron. De los 47 que no presentaron dco de ic se diagnosticaron al alta 17 neumonías, 11 epoc reagudiazados, 6 cuadros de cardiopatía isquémica, 13 pacientes presentaron otro dco. Valores obtenidos de proBNP: > 3000: 38 ptes, Entre 3000 y normal para la edad: 23 ptes, Entre normal para la edad y <60: 33 ptes, <60: 6 pacientes Total: 61 ptes presentaron proBNP elevado y 39 ptes presentaron proBNP normal.

COMPARACION PROBNP CON DIAGNOSTICO FINAL DE IC: De 38 ptes con proBNP >3000, 34 presentaron dco de ic valor predictivo (+) de 89%. De 23 ptes con proBNP entre normal para la edad y >3000, 15 presentaron dco de ic: valor predictivo (+) de 65%. De 61 ptes con proBNP elevado, 49 presentaron dco de ic valor predictivo (+) de 80%. De 33 ptes con proBNP entre normal para la edad y <60, 29 no presentaron dco de ic: valor predictivo (-) de 88%. De 6 ptes con proBNP <60, 6 no presentaron dco de ic: valor predictivo (-) de 100%. De 39 ptes con proBNP normal 35, no presentaron dco de ic: valor predictivo (-) de 89%.

COMPARACION PROBNP CON APARICION DE MUERTE DURANTE LA INTERNACION Y REINTERNACION ANTES DE LOS 2 MESES: De los 38 pacientes con valor de proBNP mayor a 3000 en 11 registro muerte durante la internación (29%) y 15 fueron reinternados antes de 2 meses del alta (40%).

En esta ocasión se presentan los nuevos resultados teniendo en

cuenta que, según nuestro análisis poblacional las muestras de pacientes son comparables.

**Conclusiones:** En una población que acude a un servicio de urgencias con sospecha de ic en nuestro entorno hospitalario. La presencia de un valor de proBNP elevado ayudó a diagnosticar la presencia de IC, la presencia de un valor de proBNP normal ayudó a excluir la presencia de IC mientras que los valores > 3000 pg/ml permitieron identificar a los pacientes con un mayor riesgo de muerte hospitalaria y reinternación antes de los 2 meses. La ampliación de la muestra no modificó representativamente los resultados anteriores.

#### 0010 SÍNDROME DE HIPEREOSINOFILIA IDIOPÁTICA SEVERA EN UN NIÑO

AM VÉLEZ<sup>1</sup>, JM MENSELLA<sup>1</sup>, P NAKASCHIAN<sup>1</sup>, D ESANDI<sup>1</sup>, DE ALLENDE<sup>1</sup>, J TRENTADUE<sup>2</sup>

<sup>1</sup> UCIP Policlínico Neuquén, Argentina. <sup>2</sup> UCIP Fundación Favaloro, Argentina.

**Objetivo:** caso clínico. Niño con insuficiencia cardíaca e isquemia de SNC causados por síndrome hipereosinofílico idiopático.

**Caso Clínico:** varón de 4 a que ingresó el 1-10-09 con decaimiento, astenia e insuficiencia cardíaca (28% de FA en ecocardiograma). Se indicó digitalización EV. Ante somnolencia y bradipsiquia se realizó LCR normal, cultivo (-). TAC cerebral y RNM mostraron múltiples imágenes hiperdensas en hemisferios cerebelosos, bifrontal, temporo-parietal, occipital, y corona radiata compatibles con infartos agudos, probablemente por insuficiencia cardíaca o microémbolos. Posteriormente hemiparesia de miembro inferior y superior izq. Se agregó enoxaparina y difenilhidantoína. EcoDoppler transcraneal con vasodilatación distal por hipoflujo, sin hiperemia ni signos de trombosis. Leucocitosis franca con eosinofilia (GB: 44.000 con 40%). Se indicó meprednisona y Albendazol. Punción MO: hiperplasia linfocítica de aspecto maduro con 10% eosinófilos. Citometría de flujo normal. Laboratorio para parasitosis sistémicas negativo. Al 4to día bigeminismo, suspendiendo digital y dobutamina e indicando amiodarona que revierte taquiarritmia ventricular. Nueva ecocardiograma: infiltración miocárdica y signos de fibrosis endomiocárdica.

El 8º día se derivó a UCIP de Fundación Favaloro, donde ingresó compensado hemodinámicamente pero con insuficiencia respiratoria hipoxémica por derrame pleural bilateral, drenando 900 cc de trasudado. Se diagnosticó posteriormente sepsis por catéter yugular interno derecho a SAMS, complicándose con endocarditis bacteriana (vegetaciones mitral, tricúspideas y ventrículo derecho). Se trató con vancomicina + gentamicina y luego cefalotina durante 6 semanas.

Nueva TAC cerebral mostró isquemia difusa en SNC, sin efecto de masa. Ante empeoramiento cardíaco y arritmia supraventricular se indicó amiodarona y luego infusión con milrinona, pero requirió levosimendan por mala respuesta y fallo renal, lográndose en 24 horas estabilización de su hemodinamia y control de arritmias. Ante eosinofilia de 40 % persistente (6000-8000 eosinófilos/mm3), recibió 3 pulsos de metilprednisolona, albendazol e ivermectina. El work-up de enfermedades parasitarias fue negativo. Biopsia de MO descartó Sínd. mieloproliferativos y neoplásicos con citogenética normal; BCR/ABL y JAK-2 y FISH negativos. Se diagnosticó Síndrome Hipereosinofílico Idiopático, iniciando imatinib 400 mg/d desde 24/10/2009, logrando disminuir la eosinofilia con normalización posterior.

El niño mejoró neurológica y cardiológicamente con desaparición paulatina de las vegetaciones. Suspendió enoxaparina continuando con AAS y warfarina. Se rehabilitó con amplia recuperación de su hemiparesia izq. La eosinofilia se redujo hasta normalizarse continuando con imatinib 400 mg/día, espironolactona, carvedilol, furosemida y amiodarona. Actualmente está controlado bajo medicación, sin registrar nuevas internaciones.

**Conclusión:** El síndrome hipereosinofílico puede producir severo daño miocárdico con complicaciones cerebrales. En este caso se descartaron procesos parasitarios y oncológicos primarios.

### 0011 EXPULSIÓN ASINTOMÁTICA RECTAL DEL EXTREMO DISTAL DE UN CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL

GN PUJALES, L MIRAGLIA  
Hospital San Luis, Argentina.

La hidrocefalia es un trastorno caracterizado por el desequilibrio entre la producción y la absorción del líquido cefalorraquídeo (LCR). El objetivo del tratamiento en todos los casos es restablecer el equilibrio del LCR para normalizar la presión intracraneana. El modo más simple y eficaz es la derivación del LCR desde la cavidad ventricular hacia cualquier otra cavidad con capacidad de absorción, siendo la cavidad peritoneal la más usada. Las complicaciones abdominales de las derivaciones ventrículo-peritoneales (VDVP) son infrecuentes, siendo la incidencia de perforación de víscera hueca o pared abdominal del 0,9%, según algunas publicaciones. Se presenta un caso clínico de un paciente de sexo femenino de 4 años de edad, con antecedentes de hidrocefalia que presenta migración espontánea del extremo distal del catéter hacia la cavidad peritoneal con perforación subsecuente y asintomática del intestino con expulsión completa por el recto. Tres meses después de esta expulsión la paciente requiere internación en terapia intensiva pediátrica por hipertensión endocraneana grave requiriendo nueva VDVP.

### 0012 LA EXPRESIÓN DE ACUAPORINAS CEREBRALES (AQPS) SE ASOCIA CON DIMORFISMO SEXUAL EN LA ENCEFALOPATÍA HIPONATRÉMICA

B MASKIN<sup>1</sup>, J CESTARI<sup>1</sup>, C STRUCK<sup>1</sup>, A LESTON<sup>1</sup>, L PETRELLI<sup>1</sup>, G IORIO<sup>1</sup>, G ALEMANO<sup>1</sup>, E ZOTTA<sup>2</sup>, A DAMIANO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Posadas, Argentina. <sup>2</sup> Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, UBA, Argentina. <sup>3</sup> Biología Celular, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, Argentina.

**Introducción:** Se han descrito diferentes factores de riesgo para el desarrollo de la encefalopatía hiponatémica, entre los cuales se destacan el sexo (mujeres en edad reproductiva), hormonas como vasopresina y estrógenos y la hipoxia. Estos factores pueden inducir aumento de la incidencia de daño cerebral por hiponatremia en mujeres en edad reproductiva. Las acuaporinas (AQPs) son canales proteicos de transporte de agua y la AQP4 es la isoforma más abundante en el cerebro, fundamentalmente en la barrera hematoencefálica (BHE). La AQP4 se considera como un modulador crítico de la homeostasis del agua y los iones en el cerebro.

**Objetivo:** Determinar la expresión de AQP4 cerebral en un modelo experimental de encefalopatía hiponatémica en ratas de ambos sexos.

**Métodos:** Los experimentos fueron realizados en ratas Wistar (Bioterio F y B, UBA) machos y hembras de 200-250 g de peso. Los animales fueron divididos en cuatro grupos: Grupo A: hembras normonatremicas, n = 8; Grupo B: machos normonatremicos, n = 8; Grupo C: hembras hiponatremicas, n = 8; Grupo D: machos hiponatremicos, n = 8. La hiponatremia aguda fue inducida en los grupos C y D por la administración de vasopresina subcutánea y solución de dextrosa/H<sub>2</sub>O 5 % intraperitoneal (IP). Cuatro horas después de la administración IP de la solución de dextrosa en agua los animales de los grupos C y D fueron sacrificados y el cerebro inmediatamente removido. Las ratas normonatremicas se sacrificaron y sirvieron como controles. Se extrajo sangre por punción cardíaca para la determinación de la natremia. El cerebro fue preparado en solución fisiológica fría para la determinación de la proteína AQP4 por western blot y en formol 10 % para posterior análisis inmunohistoquímico. Los datos se expresan como promedio ± DS.

**Resultados:** En conjunto, en las ratas de los grupos C y D se encontró una significativa reducción de la natremia (mEq/L): 109.4 ± 12.7 comparada con la de los grupos controles 141.1 ± 2.1. No se observó diferencias en los valores de natremia entre ambos grupos hiponatremicos (C y D): 111.5 ± 13 vs. 112.5 ± 13. El análisis Western blot semicuantitativo mostró que la expresión de la forma

no-glicosilada de AQP4 cerebral fue similar en los cuatro grupos, en cambio se observó un incremento significativo de la forma glicosilada de AQP4 cerebral solo en las ratas hembra hiponatremicas. El estudio inmunohistoquímico detecta expresión de AQP4 en la BHE (endotelio y el proceso del pie de los astrocitos). Las ratas hembra hiponatremicas muestran expresión en ambos sitios comparada con las ratas hembra controles. Las ratas macho hiponatremicas expresan AQP4 solo a nivel endotelial, sin observarse diferencias con las ratas macho controles. Sin embargo la expresión de AQP4 en los controles macho fue significativamente menor que la expresión en los controles hembra.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que la expresión de AQP4 en el cerebro muestra dimorfismo sexual. Esta situación puede ser responsable de los malos resultados (outcome) observados en mujeres con encefalopatía hiponatémica.

### 0014 SINDROME DE HEMORRAGIA PULMONAR POR METÁSTASIS DE CORIOCARCINOMA

MC ARNAUDÍN, M DORREGARAY, Y ADALA, M RODRIGUEZ, MK GARCÍA MEZA, L CORSIGLIA, MC ROTH  
Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de La Plata, Argentina.

**Objetivos:** Comunicar un caso de insuficiencia respiratoria severa por hemorragia pulmonar debido a metástasis de coriocarcinoma.

**Materiales y métodos:** Se revisó historia clínica, laboratorios, radiografía, tomografía de tórax y abdomen, ecografía ginecológica, biopsia transbrónquica, anatomía patológica.

**Resultados:** Caso clínico: Paciente femenina de 39 años de edad, sin antecedentes patológicos pulmonares. Amenorrea de 2 meses de evolución y flujo genital amarillado. Embarazo finalizado a término 18 meses atrás, sin complicaciones. Consulta en otro centro asistencial por disnea grado II, hallándose en Rx de torax patrón intersticial bilateral. El cuadro es interpretado como neumonía de la comunidad y tratado con levofloxacina. Los estudios de laboratorio fueron normales, serologías y cultivos negativos. El examen ginecológico, no aportó datos de relevancia. Ante una evolución desfavorable se interna e indica corticoterapia, nebulizaciones con broncodilatadores y se solicita TAC de torax y abdomen, que pone en evidencia múltiples imágenes pulmonares nodulares bilaterales, y útero aumentado de tamaño y de densidad heterogénea. La rápida progresión de la disnea motivó internación en UTI, siendo derivado a nuestro hospital, donde se inicia ARM. La biopsia transbrónquica fué diagnóstica, iniciándose rápidamente tratamiento quimioterápico. El dosaje de gonadotrofinas arrojó valores muy elevados. La hemorragia pulmonar masiva causó la muerte de la paciente al 10° día de internación en UTI.

**Conclusiones:** Se ha presentado un caso de insuficiencia respiratoria severa por hemorragia pulmonar, que evolucionó fatalmente en pocos días. La valoración de los antecedentes y de los estudios complementarios solicitados permitió el diagnóstico. Si bien el coriocarcinoma y sus metástasis pulmonares son una causa infrecuente de síndrome hemorrágico pulmonar, debe considerarse entre las posibilidades diagnósticas en una paciente con embarazo reciente (finalizado o no). En este caso un dosaje elevado de gonadotrofinas orientará el diagnóstico, el cual será confirmado por el estudio histopatológico.

### 0017 IMPORTANCIA DE LA PRESENTACIÓN CLÍNICA PARA RECONOCER LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA (FTE) EN UNA UNIDAD DE DESTETE PROLONGADO

C CESARI, B VAZQUEZ, G BENAVENT, L CRISTALDO, M DAZA, J MORALES, C POZO, C ROMANO, L RAPETTI, R BALBUENA, A ESPADA, J CORDOBA, A CURBELO, M VERONESI, G CHIAPERRO, D VIOLI

Clinica AlterGarten, Argentina.

**Introducción:** La incidencia de fistulas traqueo esofágicas en pacientes en AVM es menor a 1 %. Las causas son congénitas o adquiridas; y de origen neoplásico, infeccioso (TBC, sífilis, histoplasmosis) o por traumatismo (directo, post quirúrgico o secundario a tubo o cánula traqueal). Los signos precoces de sospecha de fistula son: tos, disnea y distensión abdominal. Entre los signos tardíos prevalecen la fiebre, infecciones pulmonares reiteradas y estridor. El diagnóstico de certeza es broncoscopia.

**CASO:** Mujer de 68 años, con antecedentes de EPOC, TBQ severa, DBT II, HTA, internada en UTI por neumonía grave con AVM y traqueostomizada el día 18 de intubación por destete prolongado. Intercorrió con infección urinaria y neumonía. Es derivada a Centro de Rehabilitación en el día 38 con cánula n° 10 presentando desde el ingreso reiterados episodios de broncoespasmo, algunos relacionados con pruebas de deglución. A partir del día 50 por exacerbación en distensión gástrica se debió suspender la alimentación enteral en varias ocasiones. Plan de rehabilitación respiratoria y destete en el día 65 quedando tubo T con oxígeno suplementario a bajo flujo. Deambulación asistida y en paralelas. Video deglución informó "Pasaje de contraste a la vía aérea, a expensas de reflujo gastroesofágico". Video endoscopia digestiva alta con evidencia de "hernia hiatal, esofagitis y gastropatía erosiva", ningún estudio con sospecha de fistula. Inmediato al estudio presentó tos y broncoaspiración con desaturación e insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo ARM. Se constató distensión gástrica asociada a ciclos respiratorios. Se cambió cánula de traqueostomía por TOT N° 8.5 y es derivada a centro de agudos de alta complejidad. Se realizó fibrobroncoscopia al ingreso hallándose solo un granuloma distal a la cánula, una posterior broncoscopia con colocación de cánula de Montgomery, advierte la presencia de fistula traqueo esofágica distal a la cánula. La alimentación se realiza por K 108 (por negativa a gastrostomía). Se decide aguardar 4 semanas para mejorar el estado nutricional previo a resolución quirúrgica de la fistula, la cual se realiza a los 153 días de su internación. Actualmente en plan de rehabilitación respiratoria con oxígeno permanente y alimentación por boca sin complicaciones. Espirometría con patrón mixto.

**Discusión:** Los factores de riesgo relevantes en terapia intensiva son la presión del manguito del tubo endotraqueal (valor adecuado 25-30 mmhg) y el decúbito de sonda nasointestinal. Son importantes como signos precoces el broncoespasmo y la distensión gástrica. Si bien la broncoscopia y la videodeglución son los métodos de elección para el diagnóstico, en nuestro paciente los estudios fueron negativos y solo la distensión gástrica asociada a los ciclos respiratorios permitieron la alta sospecha. Se encontraron en la bibliografía reportes de medición de aire gástrico comparado con el aire ambiente, aun en estudio.

#### 0021 EVOLUCIÓN HACIA DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA EN PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA

D KOCIAC, A BALDUCCI, J BERRETA, R AMAYA, F DE FEO, H NICCHIARELLI, R RÍOS, MF VÁZQUEZ, MV LAPLACETTE  
Hospital "Dr. Carlos B. Udaondo", Argentina.

La disfunción multiorgánica (DMO) es el vinculante evolutivo independiente hacia muerte en la Peritonitis Secundaria Generalizada (PSG).

**Objetivo:** Analizar la incidencia de DMO en la PSG, la mortalidad hospitalaria que sigue a la DMO en esta patología, e identificar factores de riesgo independientes para esa evolución.

**Material y métodos:** Población: 195 pacientes (P) con PSG tratados entre 01/2006 y 12/2010. Se consideró disfunción multiorgánica a la falla en el puntuable 2 del SOFA o mayor para 2 o más órganos. Se buscó la correlación entre DMO y las siguientes variables: edad, sexo, Score APACHE II de ingreso (Alling), etiología, estado nutricional, cáncer vinculado a la etiología (CA), necesidad de reoperaciones, duración de la internación, gérmenes aislados de la cavidad peritoneal, infecciones hospitalarias: neumonía asociada a la venti-

lación (NAV) y no NAV, infecciones por catéter venoso central (ICVC) e infección urinaria nosocomial (IU); evolución a formas terciarias, antecedentes de HTA, diabetes (D), EPOC, insuficiencia renal crónica (IRC), hepatopatía crónica (HC), neurológicos y enteropatías crónicas. Diseño: cohortes.

**Resultados:** Entre 01/2006 y 12/2010 se trataron 195 pacientes (P) con PSG. De estos, 64P (32.9%) desarrollaron DMO y de éstos últimos, 26P fallecieron (40.1%). Sólo 1P falleció sin DMO previa (0.7%). Las siguientes variables tuvieron correlación con evolución a DMO: el mayor Alling  $p < 0.0001$ , la etiología postoperatoria, en particular las dehiscencias de suturas del tubo digestivo  $p < 0.0001$ , el CA  $p < 0.0001$ , la imposibilidad de solucionar el cuadro con la primer cirugía  $p < 0.0001$ , el déficit nutricional al ingreso  $p < 0.0001$  y la obesidad  $p = 0.0169$ , la mayor edad  $p < 0.0001$ ; la presencia de enterococo en cavidad peritoneal  $p = 0.0011$ , de acinetobacter  $p = 0.0034$ , enterobacter  $p = 0.0155$ , estafilococo coagulasa +  $p = 0.034$  y de candida  $p = 0.0342$ ; la reintubación  $p = 0.0002$ , la internación prolongada  $p < 0.001$ , NAV  $p < 0.0001$ , ICVC  $p < 0.0001$ , IU  $p < 0.0001$ , el desarrollo de SDRa  $p < 0.001$ , y los antecedentes de D  $p = 0.0083$ , EPOC = 0.0433, IRC  $p = 0.0055$  y HC  $p = 0.0152$ . De las variables cuantitativas, el valor que mejor discriminó evolución a DMO es Alling  $\geq 15$ , necesidad de internación en UTI  $\geq 14$  días, y edad  $\geq 55$  años. Los predictores independientes de evolución a DMO en PSG fueron: 1) El Alling  $\geq 15$  OR (IC95%) 63.8 (15.5-262.6). 2) La imposibilidad de resolver el cuadro en la primer cirugía 5.2 (1.5-18.1). 3) internación en UTI  $\geq 14$  días 17.6 (4.1-74.9). 4) el cáncer relacionado a la etiología 6.8 (1.9-23.5) 5) evolución con NAV 34.5 (4.4-267.5).

**Conclusiones:** La incidencia de DMO en la peritonitis secundaria generalizada es 33 %, de estos el 40 % fallece. Los predictores independientes de evolución a DMO son la presencia de un Score APACHE II a ingreso  $\geq 15$ , la imposibilidad de resolver el cuadro con la primer cirugía, la imposibilidad de dar el alta de UTI al P en 14 días, la presencia de cáncer de tubo digestivo asociado a la etiología de la peritonitis, y el desarrollo de neumonía asociada a la ventilación mecánica.

#### 0024 FRANCA DISMINUCIÓN DE NAV EN UTI ADULTOS DEL HOSPITAL SAN LUIS TRAS LA CONCIENTIZACIÓN DEL PERSONAL EN EL USO DE MEDIDAS PREVENTIVAS CLAVES

MB FERNANDEZ, F CASAS, J FUNEZ, M CAMARGO, S MORA, L GARCIA, A SOSA  
Programa Hospital San Luis, Argentina.

**Objetivo:** Mostrar la disminución en la incidencia de Neumonía Asociada a Ventilación mecánica (NAV) por gérmenes multirresistentes en nuestra Unidad luego de la toma de conciencia del personal de Salud para la aplicación de las medidas de bioseguridad.

**Materiales y Método:** Se compararon resultados obtenidos de NAV durante seis meses del año 2010 (de 01/04 al 30/09) y los cambios producidos en los seis meses siguientes (de 01/10/2010 al 31/03/2011) luego de la estricta aplicación de medidas preventivas. Dichas medidas incluyeron: -Cursos de capacitación para médicos, enfermeros, kinesiólogos, mucamas y camilleros de la unidad donde se hizo hincapié en la importancia de la labor de cada uno para lograr el objetivo. -Se implementaron medidas dirigidas a evitar las infecciones cruzadas tales como lavado de manos con clorhexidina, alcohol gel y el concepto de aislamiento de contacto. -Los procedimientos invasivos se realizaron con ropa y campos estériles. -Aspirado de secreciones bronquiales con guantes y sondas estériles eliminando su posterior uso en aspirado bucal. -Control por turno de la presión del balón del tubo endotraqueal (20 a 25 cmH<sub>2</sub>O). -Aspiración de secreciones subglóticas. -Lavados bucales con clorhexidina al 0,2 %. -Posición semisentada del paciente. -Limpieza de la unidad/paciente por turno. -Se disminuyó el número de visitas y se impuso lavado de manos al ingreso y egreso de la unidad. Las muestras de secreciones bronquiales se realizaron con técnica de miniBal con catéter protegido.

**Resultados:**

	Desde: 01/04/2010 Hasta: 30/09/2010	Desde: 01/10/2010 Hasta: 31/03/2011
Cant. Total de Pacientes	130	152
Estadía Media	8,58	5,67
SCORE APACHE II y Mortalidad Esperada	20,48 = 37,8 %	19,82 = 36,1 %
Mortalidad real en UTI	52 = 40 %	45 = 29,6 %
Pacientes con ARM y VI	88 = 67,6 %	93 = 61,1 %
Episodios con neumonía asociada a ARM	39 = 44,3 %	21 = 22,5 %
Días de Internación	772	359
Días de ARM	512	241
Gérmes prevalentes por periodo	1°- Acinetobacter = 36 %	1°- Pseudomona = 30 %
	2°- Pseudomona = 24,5 %	2°- Klebsiella = 23,8 %
	3°- Klebsiella = 21 %	3°- Acinetobacter = 23 %
	4°- Stafilococcus Au = 14 %	4°- Enterobacter = 16,6 %
	5°- Enterobacter = 4,5 %	5°- Stafilococcus Au = 6,6 %

Se observó: Disminución de NAV (del 44,3 al 22,5 %). Caída mayor del 50 % en días de ARM y en tiempo de internación. El germen prevalente en el 1er periodo fue Acinetobacter sensible a Tigeciclina y en el 2° periodo Pseudomona sensible a Piperacilina + Tazobactam.

**Conclusión:** La toma de conciencia de cada uno de los integrantes de la unidad en el rol que desempeña permitió lograr un estricto cumplimiento de las normas de bioseguridad obteniéndose, de esta manera, menor incidencia de NAV con mayor sobrevivencia de los pacientes y disminución en costos de internación.

### 0025 LOS PACIENTES CRÓNICOS OCUPAN LAS CAMAS DE LOS PACIENTES AGUDOS: UN DILEMA COSTO ASISTENCIAL

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

Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica - Hospital El Cruce de Florencio Varela, Argentina.

**Introducción:** Los avances en los cuidados intensivos generan una mayor supervivencia de los pacientes crónicos. Las características demográficas de nuestra población han ido variando y cada vez hay mayor cantidad de pacientes crónicos. Nuestro trabajo previo demostró que estos pacientes ocupan camas que podrían asignarse a pacientes agudos en épocas de epidemia respiratoria. Sin embargo esta tendencia temporal, se ha establecido como una constante en los 12 meses en los últimos años.

**Objetivo:** Comparar la utilización de camas de los pacientes crónicos vs. los pacientes agudos durante un periodo de tres años.

**Objetivos Secundarios:** Comparar costos de internación hospitalaria vs. costos de internación domiciliaria en los pacientes crónicos durante un año. Evaluar el uso de camas extras con pacientes crónicos durante los periodos de epidemia respiratoria.

**Métodos:** Evaluamos los registros de todos los pacientes ingresados en forma prospectiva (n=837) a una UTIP de 16 camas (y 4 camas extras durante epidemia respiratoria) en un periodo de 3 años (01/07/2008 – 31/12/2010). Se definieron dos grupos: crónicos (C): paciente que varió su patología de aguda a crónica durante su internación o que al menos permaneció 90 días internado en UTIP) y agudos (A). Se estiman los costos de internación en base a información del Departamento de Estadística Hospitalaria y valores estándar del mercado. Software: SATI-Q, MS Access 2003, MS Excel 2003, STATA 11 IC.

**Resultados:** Pacientes: C=21(2,5%) y A=816(97,5%). Fallecidos: C=1(4,8%) vs. A=80(9,8%), p>0,05.

Se detectaron dif. en la estadía promedio (C=103±80,9 vs. A=9,3±11,6 días. p<0,0001). Aumentaron los días cama utilizados (año 2: total=3679, C=460 vs. año 3: total=4802, C=1703). Lo mismo

sucede con los días cama en ARM (año 2: total=2300, C=336; año 3: total=3154, C=1183). Aumentó el % mortalidad por PIM2 (año 2=9,4 vs. año 3=12,0; p=0,06) y TISS28 (año 2=20,9 vs. año 3=24,8; p=0,03).

La cantidad de días camas utilizadas durante el año 3 por los pacientes crónicos, sumando camas de la unidad y camas extras, fueron 2069 días cama. Se podrían haber internado un 99,1 % más de pacientes agudos en ese periodo.

El costo de internación hospitalario de los pacientes crónicos en el año 3 fue de \$6.192.517, frente a una estimación de \$2.482.800 si hubieran permanecido en internación domiciliaria.

**Conclusiones:** La tendencia en el aumento de la gravedad en los pacientes internados deberá ser tomada en cuenta para planificar una mejor asignación de recursos dentro de la Unidad. El aumento del requerimiento de camas para enfermos críticos puede estar relacionado con la tendencia creciente de hospitalización y permanencia de pacientes crónicos en Unidades de agudos. Esto impacta directamente en los costos de la internación hospitalaria. Es necesario evaluar alternativas concretas. La agilización de la internación domiciliaria de pacientes crónicos permitiría optimizar esta situación sin afectar la calidad de atención de pacientes o conllevar al uso ineficaz de los limitados recursos de salud pensados para otro fin.

### 0027 SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO DEL ADULTO SECUNDARIO A STRONGYLOIDIASIS DISEMINADA

MA VELÁSQUEZ, P ALBORNOZ, N COLQUE, J HERNANDEZ, L SILVA, F TROGLIO, B LLAPUR

Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario, Argentina.

**Objetivo:** Instauración empírica de tratamiento antiparasitario ante situaciones de inmunocompromiso y epidemiología a favor en pacientes on sepsis, infiltrados pulmonares o abdomen agudo no quirúrgico.

**Introducción:** La strongyloidiasis es una parasitosis endémica de zonas húmedas y calurosas de la provincia de Jujuy. En pobladores de tales zonas permanece asintomática o con síntomas mínimos iniciales y puede desarrollar cuadros fatales en circunstancias de inmunocompromiso, así la misma acontece varios años posteriores a la infección. Debido al aumento del número de pacientes inmunocomprometidos, su identificación, screening y tratamiento son fundamentales para disminuir la morbimortalidad por esta infección.

**Método y Materiales:** Se presenta una paciente de 50 años de edad, oriunda de zona endémica, inmunocomprometida por corticoterapia, por uveítis bilateral idiopática de tres meses de evolución, que ingresa a UTI por encefalopatía hiponatremica durante la evolución de gastroenteritis de 7 días. Parámetros vitales normales, APACHE II 19 puntos, SOFA 7 puntos, Glasgow 9/15.

A las 48 hs. presenta infiltrados pulmonares bilaterales por lo que se inicia tratamiento antibiótico. Al 3° día insuficiencia respiratoria aguda, progresión radiológica, y deterioro de la oxigenación con requerimiento de soporte ventilatorio. Se agrega empíricamente ivermectina. Al 5° día shock séptico con insuficiencia renal aguda oligúrica. Se inicia hemodiálisis. Examen directo de materia fecal y minibal: Strongyloides Stercoralis. Evoluciona con Distress Respiratorio Agudo, Score de Murray compatible (LIS>2.5). Complicada con shock septico por Gram negativos. A los 25 días fallece.

**Resultado:** Ante la sospecha de tal infección se inició tratamiento empírico con antibióticos e ivermectina. Recién a los 18 días el examen directo de materia fecal se negativizó. Completó 14 días de tratamiento con ivermectina.

**Conclusión:** Las guías de tratamiento antimicrobiano de infiltrados pulmonares en pacientes inmunocomprometidos no contemplan la utilización de ivermectina. En zonas en la que esta patología es endémica proponemos sumar como tratamiento empírico inicial el citado antiparasitario.

Se presentó este caso clínico para destacar la importancia del screening de esta patología que debe realizarse en pacientes inmuno-

comprometidos en quienes este tipo de enfermedad es grave e incluso fatal en la mayoría de los casos ya que a pesar de haber negativizado las muestras extraídas, nuestra paciente nunca presentó mejoría de las fallas orgánicas. También es de destacar que como intercurencia presentó shock séptico por bacilos gram negativos, asociación frecuente.

#### 0028 VALORACIÓN CLÍNICA VERSUS IMAGENOLÓGICA (TOMOGRAFÍA COMPUTADA MULTICORTE) PARA EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

C LONGHI ROSSI<sup>1</sup>, A RAMOS<sup>1</sup>, P SANCHEZ<sup>1</sup>, M CAVAGNARI<sup>1</sup>, A DOGLIOTTI<sup>2</sup>, C LOVESIO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sanatorio Parque, Argentina. <sup>2</sup> Instituto Cardiovascular Rosario, Argentina.

**Objetivo:** Determinar si existe correlación entre la probabilidad pre-test –evaluada a través del score de Wells– y los hallazgos de la Tomografía Computada Multicorte (TCMS) en pacientes con sospecha clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP).

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron retrospectivamente 43 pacientes con sospecha clínica de TEP a quienes se les realizó TCMS. Se calculó la probabilidad pre-test de TEP en cada paciente empleando el score de Wells. Se construyó una curva ROC para evaluar la capacidad discriminativa de TEP del score, calculando sensibilidad y especificidad para diferentes puntos de corte.

**Resultados:** El 69,8% eran mujeres. La edad  $X = 61,4 \pm 17,3$  años. Veinticuatro pacientes (55,8%) presentaron TCMS positiva para TEP. En 19 pacientes el score de Wells fue de alta probabilidad, pero el 47,4% (9 pacientes) de ellos tuvo TCMS positiva para TEP; en 24 pacientes este score fue de probabilidad media y baja, pero se halló TEP en la TCMS en 15 pacientes (62,5%): área bajo la curva ROC: 56% (IC 95%: 40-71%).

**Conclusión:** La probabilidad pre-test de TEP evaluada a través de las variables clínicas incluidas en el score de Wells no se relacionó con las imágenes tomográficas de TEP. En nuestro estudio, la escasa sensibilidad del puntaje de riesgo hace pensar en la necesidad de confirmar la sospecha con TCMS.

#### 0029 NIVELES DE INSULINA Y RELACIÓN INSULINA/GLUCOSA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO CRÍTICO

E TANGARI<sup>1</sup>, A RODRIGUEZ<sup>1</sup>, G SAONA<sup>2</sup>, S MERCADO<sup>1</sup>, P CLADERA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalario Pereyra Rossell, Uruguay. <sup>2</sup> Facultad de Medicina, Uruguay.

El niño en situación crítica presenta alteraciones en el sistema endocrino, la hiperglicemia de estrés es una de ellas y se estableció que aumenta la morbi-mortalidad, pero existen pocos datos sobre la etiopatogenia y los niveles de Insulina en el niño crítico.

**Objetivos:** Determinar los niveles de Insulina y la relación Insulina/Glicemia en distintas patologías del paciente pediátrico crítico y establecer su relación con medidas de morbi-mortalidad.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio, observacional, prospectivo y analítico de 44 pacientes de 1 mes a 14 años en la Unidad de Cuidados Intensivos con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM), en un período de 9 meses. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética. Se realizaron tres medidas de Insulina y Glicemia: a las 24 horas del ingreso ( $T_1$ ), a las 48 horas ( $T_2$ ) y a las 24 horas del retiro de la ARM, ( $T_3$ ). Se formaron 3 grupos de pacientes: insuficiencia respiratoria aguda severa, (Grupo R), shock séptico (Grupo SS) y fallo cerebral agudo (FCA) y se compararon las medidas de Insulina, Glicemia y relación Insulina/Glicemia.

**Resultados:** La relación Insulina/Glicemia (I/G) es menor a 1 en los 3 grupos en  $T_1$ . En  $T_2$ , el grupo de FCA aumento la relación I/G en forma significativa ( $p = 0.016$ ). En  $T_3$  aumentaron la relación I/G los grupos SS ( $p = 0.039$ ) y R ( $p = 0.037$ ). No se logro establecer relación entre valores de Insulina, relación I/G y días de interna-

ción en CTI, días de ARM, requerimiento de inotrópicos, desarrollo de sepsis, score de gravedad PIM 2. Los pacientes que fallecieron ( $n=2$ ) presentaron valores bajos de Insulina y de relación I/G con un descenso en  $T_2$ .

**Conclusiones:** Los niños con shock séptico e insuficiencia respiratoria severa mostraron valores bajos de Insulina y de relación I/G, lo cual mejoró en forma significativa superada la etapa crítica. Los niños con fallo cerebral agudo tuvieron una relación I/G baja inicial que se normalizo dentro de las 48 horas del ingreso.

#### 0030 FASCITIS NECROTIZANTE EN INMUNOCOMPETENTE

H RIZZI, G RAMOS, A CARTELLI, L CAMPUTARO  
Hospital Juan C Sanguinetti, Argentina.

**Objetivo:** Presentación de un paciente inmunocompetente que padece una fascitis necrotizante de desenlace fatal.

**Caso Clínico:** Paciente femenina de 24 años de edad que ingresa a la Institución por guardia el día 17/01/11 por dolor de rápida progresión e invalidante en glúteo y muslo izquierdo de 72 hs de evolución, con antecedente de inyección IM de diclofenac.

Evoluciona internada con aumento del dolor y edema, lo cual se interpreta como TVP y se anticoagula con HBPM, se solicita IC con O y T.

A las 24 hs continua afebril, con desasosiego, deterioro gral., hipotensión arterial, acidosis metabólica. Se aprecia aumento del dolor, edema a tensión (godet -) y livideces. Se solicita serología para collagenopatías y HIV.

Ingresa a TI con dolor invalidante, cianosis en MMII, piel fría, marmórea y edema a tensión. Lab: Bcos 15.000; Hb 15 gr/dl; Glu 122; Creat 2,45; Urea 120; Na 124; K 5, TGO 190; TGP 196; TP 25%. EAB: 7,33/115/25/13/-11/82. Diag Pres shock séptico/dmo: fascitis necrotizante vs gangrena gaseosa. Se indica TTO: desbridamiento quirúrgico Vancomicina + Imipenem.

Reingresa de quirófano en ARM preanimación coloides y cristaloides, persiste con Ac Metabólica, CK: 16.600, con una caída del hto a 10 %, transfusión GRD, IC con Nefrología se indica hemodiálisis. Continúa con ac. metabólica, con alto requerimiento de vasopresores ev, en ARM, en Hemodiálisis. Sin responder a medidas, fallece 20/01/11.

**Conclusiones y Discusión:** Las infecciones graves de partes blandas, presentan una mortalidad de alrededor del 20-30%; a pesar del moderno soporte quirúrgico (amputación en un 26% de los casos), de terapia intensiva y el TTO ATB. Ante toda infección de partes blandas hay que tratar de diferenciar entre infección necrosante y no necrosante. En este caso no impresiono como Fascitis Necrotizante Tipo I, que se caracteriza por ser: 1 Polimicrobiana: anaerobios, stc y enterobacterias en el 80 % de los casos; 2 Puerta de entrada: post- quirúrgica abd., absceso perirrectal, picadura de insecto inaparente, varicela 3 lugar de afección: miembros, pared abdominal, región perianal y escrotal, 4 Fact. predisponentes: DBT, etilismo, Cx abdominal, inmunodepresión, adicción ev.

Se debe sospechar esta entidad ante la presencia del antecedente, laboratorio: con acidosis metabólica y disfunción renal, que suele preceder disfunciones asociadas.

Los signos de alarma son: dolor precoz, intenso y desproporcionado; edema a tensión, eritema de rápida progresión, signos de toxicidad sistémica, crepitación, ampollas, necrosis cutánea (tardía e inconstante).

#### 0032 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA. NUESTRA EXPERIENCIA

W AMADOR, D CRUZ, L MAMANI, F TROGLIO, G GARZON  
Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, San Salvador de Jujuy, Argentina.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVIM) genera mayores costos, prolongación de la estadía en terapia intensiva,

mayor demanda asistencial de los profesionales del servicio, e incrementa la morbimortalidad. En la actualidad nuestro país cuenta con un índice mayor en comparación a otros países. Esto nos llevo a realizar un trabajo de concientización y toma de medidas adecuadas para disminuir la tasa de dicha complicación intrahospitalaria. Nuestro servicio es una unidad clínico-quirúrgica de doce camas, con una tasa de utilización del respirador del 50%, APACHE II promedio de 10.5.

**Objetivo:** Disminuir la tasa de NAVM.

**Materiales y método:** Registro diario de tasa de utilización de ventilación mecánica y los episodios de NAVM antes y después de las medidas implementadas. El periodo evaluado fue Enero de 2009 a Diciembre de 2010. Para diagnóstico de NAVM se utilizaron los criterios del programa VIHDA perteneciente al INE, Ministerio de Salud de la Nación. Se realizo el análisis estadístico.

Las medidas implementadas fueron: Confección de norma para prevención de NAVM, incorporación de un medico infectólogo al staff, presencia continua de kinesiólogo, incorporación de un mayor numero de enfermeros, clases de capacitación para el personal (posición correcta de cabecera, posición de las tubuladuras, de las trampas de agua, uso correcto de humidificadores, técnica aséptica de aspiración de secreciones), concientización acerca del lavado de manos, individualización de materiales para cada paciente, higiene bucal con clorhexidina, control de la presión de neumotaponamiento, control de policía entre todos los miembros del staff, refuerzo de los conceptos cada trimestre, personal capacitado en lavado de material.

**Resultados:** La incidencia de NAVM antes de implementar las medidas mencionadas era del 25.8 por mil días de uso de ARM, por encima del Pc 90 del programa VIHDA, luego de las acciones implementadas observamos un descenso de la tasa de NAVM teniendo un registro de 15.7 por mil días de uso de ARM (encontrándonos por debajo del Pc 50 del programa VIHDA)

**Conclusiones:** Queremos compartir nuestra experiencia y demostrar que con medidas costo efectivas y compromiso de todo el staff se lograron los objetivos planteados.

### 0033 VENTILACION MECANICA INVASIVA DESDE EL ENFOQUE DE TERAPEUTAS RESPIRATORIOS

H CESARIO, S MOGELLI, C KASPAR, M SANZ, C FRANCO, G PONCE, F LIGUORI, P PEREZ, J MONTI, R CASTAÑO, S COSENZA, P PRATESI

Hospital Universitario Austral, Argentina

**Introducción:** La asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVMI) es una técnica que permite garantizar el soporte ventilatorio ante situaciones de fracaso respiratorio. Resulta una herramienta de fundamental importancia para el tratamiento de pacientes críticamente enfermos. Sin embargo, esta técnica, no se encuentra exenta de riesgos. Debido a ello creemos de vital importancia conocer las características de la población de pacientes que utiliza esta modalidad de soporte.

**Objetivo:** Conocer las características de la población de pacientes en AVMI nos permitirá actuar sobre aquellas variables que permitan mejorar la atención de nuestros pacientes. Describiremos las características epidemiológicas de la población sometida a AVMI en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario Austral (HUA) en un periodo de 4 años.

**Métodos:** Estudio descriptivo, longitudinal y transversal de pacientes admitidos en el periodo diciembre de 2008 a marzo de 2011 que requirieron AVMI por un tiempo mayor a 24 hs. Se llenaron fichas descriptivas del soporte ventilatorio de cada paciente confeccionadas por 10 operadores (kinesiólogos de planta y guardia). Las mismas fueron utilizadas para la confección y posterior análisis sobre una base de datos.

**Resultados:** Ingresaron a la UCI en dicho período 2476 pacientes, recibieron AVMI 264 (10%), masculinos 146 (55%), edad promedio 55.1 años (DE±17) con una mediana de 58 años. Los motivos de admisión a UCI fueron: Quirúrgicos 119 (44,9%), Médicos 135

(50,9%), Trauma 11 (4,1%). La causa más frecuente de AVMI fue insuficiencia respiratoria aguda (69%). La mediana de días en AVMI fue 8. El modo ventilatorio predominante en las mediciones fue ventilación controlada por volumen (78%). La media de volumen ajustada por peso fue 7,6 ml/kg. La media de FiO<sub>2</sub>, PEEP, Presión Plateau y Presión Pico fueron respectivamente de 38%, 6,5 cmH<sub>2</sub>O, 22 cmH<sub>2</sub>O y 33 cmH<sub>2</sub>O. La media de días desde el inicio del proceso de desconexión hasta la liberación de la AVMI fue 5,2. La prueba de ventilación espontánea más utilizada fue Presión Soporte (68%). Se realizó traqueostomía en 100 pacientes (37%). La técnica más frecuentemente utilizada fue percutánea (97%). El Apache II promedio fue 21. La mortalidad de los pacientes que requirieron AVMI fue de 26%.

**Conclusión:** Los terapeutas respiratorios son profesionales que dedican gran parte del tiempo a la atención de pacientes en AVMI, sin embargo existen pocos estudios epidemiológicos realizados desde su enfoque.

Los datos epidemiológicos reportados en este estudio son similares a los descritos en la literatura. Predominó las patologías médicas, siendo la causa más frecuente de ingreso a AVMI la Insuficiencia Respiratoria Aguda. Respecto a estudios epidemiológicos realizados previamente en la unidad no encontramos diferencias en el modo ventilatorio ni en el setting de la ventilación mecánica y solo se diferenció la muestra en la modalidad de traqueostomía realizada siendo actualmente de elección la técnica percutánea.

### 0034 HEMATOMA CERVICAL ESPONTÁNEO ASOCIADO CON ADENOMA ECTÓPICO DE PARATIROIDES

MB RETAMOZO, M BERON, GW BONGIORNI, EA ROMERO  
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina.

**Objetivo:** Reportar un caso de hematoma espontáneo cervical de un adenoma paratiroideo como causa de hemorragia mediastinal.

**Material y método:** Paciente de 61 años de edad, sexo femenino, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes tipo 2 e hipotiroidismo que presenta el día anterior a la consulta dolor latero cervical derecho con irradiación a pared anterior del tórax e interescapular asociado a odinofagia, disfagia para líquidos y hematoma en región anterior del cuello. Al examen físico hematoma en región anterior del cuello de aproximadamente 10 x 8 centímetros, tumefacto, doloroso en la zona central, pulso radial asimétrico, TA: 140/80 mmHg, FC: 85 lpm, T: 37°C, SO<sub>2</sub> 97%. Los resultados de los estudios de coagulación y hemograma fueron normales excepto una leucocitosis de 12.500 k/uL. La tomografía cervical y torácica mostró una colección semilíquida hemática en mediastino posterior, ecodoppler de vasos del cuello y ecotransesofágico normales. Se decide toracotomía exploradora donde se evidencia hematoma mediastinal y sangre en pleura, se envía material a biopsia. Reingresa a Terapia Intensiva en Asistencia Mecánica Ventilatoria, el laboratorio muestra acidosis metabólica láctica, se coloca monitoreo hemodinámico con necesidad de drogas vasoactivas.

**Resultado:** La anatomía patológica informó ruptura de adenoma quístico de paratiroides ectópico. En el laboratorio se informa una parathormona de 106 pg/ml (VN: 10-65), un calcio total 9.1 mg/dl y fósforo 1.4 mg/dl. La paciente evoluciona estable, se extuba con éxito y al séptimo día se otorga el alta al piso de internación.

**Conclusión:** La hemorragia mediastinal secundaria a un adenoma de paratiroides ectópico es una patología rara, potencialmente mortal, que constituye una emergencia quirúrgica debido a las complicaciones que pueden surgir como son la obstrucción esofágica y de la vía aérea. La importancia está en la sospecha de un hematoma no traumático asociado a hipercalcemia y equimosis regional.

### 0036 ¿SON ÚTILES LOS SUSPIROS EN EL SDRA?

N PISTILLO, O FARIÑA, E CORREGER

Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de los suspiros sobre el intercambio gaseoso y la distensibilidad (Cst) en pacientes con SDRA.

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron prospectivamente pacientes con SDRA. Se excluyeron <18 años, EPOC, hipertensión endocraneana o shock no controlable. Aspectos generales: Los pacientes fueron ventilados en decúbito dorsal o prono, bajo sedoanalgesia, en modo CMV, con un Vt de 6 ml/Kg (peso teórico) y flujo constante. La FiO<sub>2</sub> y la FR se ajustaron para obtener una Sat O<sub>2</sub> >90% y pH >7.20 respectivamente. Se utilizó circuito cerrado de aspiración. Procedimiento: Primero se realizó una maniobra de reclutamiento (MR) que consistió en aumentar la PEEP de a 2 cm H<sub>2</sub>O hasta alcanzar un valor máximo de 20 cm H<sub>2</sub>O o una Pmeseta de 40 cm H<sub>2</sub>O. La MR se suspendía si la TAM caía un 20%. Posteriormente se disminuyó la PEEP de a 2 cm H<sub>2</sub>O y se tituló su valor óptimo a partir de la obtención de la mejor relación PEEP/Cst. En caso de requerirlo, el Vt se disminuyó para alcanzar una Pmeseta <30 cm H<sub>2</sub>O. Luego de seleccionar la PEEP los pacientes fueron randomizados en dos grupos: 1) suspiro (recibieron duplas de 200 ml por encima del Vt cada 3 minutos, se toleró hasta una Ppico de 45 cm H<sub>2</sub>O) y 2) control. Se midió Pa/FiO<sub>2</sub> y Cst basal, luego de la MR y a las 12hs. Estadística: Datos: media ± DS. Para las comparaciones intragrupo se utilizó: *test t de Student*, para las intergrupo: ANOVA y para datos nominales prueba de Fisher. Significativo p < 0.05.

**Resultados:** Ingresaron 17 pacientes (suspiros: 9), todos tenían SDRA secundario a neumonía y distribución focal de los infiltrados en la TC. APACHE II: 23 (14-28), Murray: 2.5 (2.25-3) y mortalidad: 4/17. Datos basales: suspiros: Pa/FiO<sub>2</sub>: 130.4 ± 29.5, Cst: 34 ± 5.7 ml/cm H<sub>2</sub>O y controles: Pa/FiO<sub>2</sub> 103.5 ± 42.8, Cst 33.8 ± 8.2 ml/cm H<sub>2</sub>O (p= NS). La PEEP óptima fue igual en ambos: 9 (8-10 cm H<sub>2</sub>O), correspondiendo a un índice de estrés de 1 (0.96-1.05). El riesgo de recolapso alveolar sugerido por las presiones transpulmonares espiratorias fue alto en las dos ramas: suspiros: -1.4 (entre -3 y 1.1 cm H<sub>2</sub>O) y controles: 2.7 (entre -1.3 y 5.5 cm H<sub>2</sub>O) p= NS. La relación volumen suspiro/Vt fue: de 0.4 a 0.5.

La MR mejoró las condiciones basales tanto en el grupo suspiro (Pa/FiO<sub>2</sub>: 47.7% y Cst: 28.5%, p=0.02 y 0.0005 respectivamente) como en el control (Pa/FiO<sub>2</sub>: 69.8% y la Cst: 22.7%, p= 0.002 y 0.001 respectivamente). El beneficio fue transitorio en 7/8 pacientes del grupo control. A las 12 hs los niveles del Pa/FiO<sub>2</sub> (110.7 ± 50.3) y la Cst (36.3 ± 8.7 ml/cm H<sub>2</sub>O) descendieron a valores cercanos a los basales. En cambio, la mejoría obtenida con la MR en el grupo suspiro no solo perduró en 8/9 pacientes, p= 0.003, si no que se observó un aumento adicional del Pa/FiO<sub>2</sub> (23.3%, p= 0.01) y la Cst (9.8%, p= 0.04). En consecuencia, el grupo suspiro tuvo a las 12 hs niveles más altos de Pa/FiO<sub>2</sub> (114%, p=0.0001) y Cst (33.3%, p=0.02) que los controles.

**Conclusiones:** El uso de suspiros luego de la MR mejoró el intercambio gaseoso y la Cst en pacientes con SDRA secundario a neumonía.

### 0037 VIGILANCIA INFECTOLÓGICA EN CUIDADOS CRÍTICOS

ME DI LEO, A MARTINUZZI, A PALAORO, S ALCANTARA, A CORBALL, C FELLER, M ORSATTI  
HIGA R. Rossi, Argentina.

**Introducción:** Los pacientes admitidos a las unidades de cuidados intensivos (UCI) experimentan eventos adversos inesperados, siendo las infecciones nosocomiales (IN) los más frecuentes. Aumentan la morbilidad, el tiempo de estadía y los costos hospitalarios. Objetivos: Determinar incidencia y microbiología de las IN más frecuentes. Su impacto en la mortalidad y estancia en UCI.

**Materiales/Métodos:** Trabajo prospectivo observacional desde el 01/06/10 hasta el 31/12/10. Inclusión: Todo paciente que ingresa a la unidad y permanezca más de 24 hs, que durante su internación se diagnostique: Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV), Infección asociada a catéter endovascular (IAC) y/o Infección asociada a sondaje vesical (ITU).

Los criterios diagnósticos se adoptaron de las "Guías para manejo de Neumonía nosocomial, asociada al ventilador y asociada a los cuidados de salud", publicada en American Thoracic Society Do-

cuments en 2004. Para IAC se usaron las definiciones del CDC y las de la International Sepsis Forum Consensus Conference. Para ITU "Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated UTI in Adults", IDSA 2009. Los datos se cargaron en base de datos informática, resultados se expresan en media y desvío estándar o porcentaje.

**Resultados:** Durante el estudio ingresaron 160 pacientes. Insumieron 1264 d/sonda vesical (SV), 1100 días/catéter endovascular (CE) y 689 días/AVM. Incidencia de los eventos: ITU 8,7 cada 1000 d/SV, IAC 14 cada 1000 d/CE, NAV 26 cada 1000 d/AVM.

ITU: 11 casos, edad 56 ± 12 años, Apache II 17 ± 6. La indicación del SV fue monitoreo de diuresis 63%. Desde el sondaje al evento pasaron 12 ± 6 días. Estancia de 20 ± 6 días y mortalidad del 54%. Microbiología: E.Coli 45%, Candida 18%, Enterococo 18%, Proteus 9% y KES 9%. Esquema empírico: Imipenem (IMP).

IAC: 16 casos, edad 47 ± 15 años, apache II de 16 ± 7. La indicación del CE fue monitoreo 50%, nutrición parenteral 43% y drogas 6,3%. Desde su colocación hasta el evento pasaron 9 ± 5 días. Tipos IAC: Colonización del catéter 43%, Bacteremia asociada a catéter (BAC) no complicada 31%, Infección del túnel de salida 12,5% y BAC complicada 12,5%. Mortalidad del 62,5%. Microbiología: acinetobacter 31%, SAMR 19%, SCNMR 19%, E. Coli 11%, Otras 19%. Esquema empírico: IMP, Colistin y vancomicina.

NAV: 18 casos, edad 50 ± 16 años, Apache II 17 ± 4. La indicación de AVM fue neurológica 33%, Post-quirúrgico inmediato 22%, Insuficiencia respiratoria 16%, otras 18%. La NAV fue tardía en el 83%, con inicio a 11 ± 6 días. Mortalidad del 33%, la estancia 26 ± 6 días. Microbiología: P aeuruginosa 38%, acinetobacter 22%, E.Coli 11% y klebsiella 11%, otros 18%. Esquema empírico: IMP y colistin.

**Conclusiones:** Observamos que la incidencia de NAV e IAC en nuestra unidad es mayor a los valores establecidos como estándares, no ha si la incidencia de ITU. Estos eventos adversos presentan gran impacto en la duración de la estancia en la UCI y en la mortalidad de los pacientes. Consideramos prioritario establecer medidas preventivas y de control para estos eventos.

### 0038 IMPACTO DE LAS INFECCIONES POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS. REPORTE DE CASOS EN 3 UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

M LUGARO<sup>1,2</sup>, C PEREYRA<sup>1,3</sup>, J VOSS<sup>1</sup>, M DAZA<sup>1</sup>, C POZO<sup>1</sup>, E DANDREA<sup>1</sup>, F RIOS<sup>2</sup>, L BENITO MORI<sup>1</sup>, S MUÑOZ<sup>1</sup>, S FERREIRO<sup>3</sup>  
<sup>1</sup> HIGA Dr Luis Güemes, Haedo, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Las Lomas, San Isidro, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Juncal, Temperley, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Las infecciones por Enterobacterias resistentes a carbapenemes o productoras de carbapenemasas han emergido desde hace unos años. La *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenemes o productora de carbapenemasas (KPC) es la especie encontrada con mas frecuencia. La infección por KPC se asocia con altas tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente en los pacientes críticos y con internación prolongada.

**Objetivo:** Describir y analizar todas las infecciones por KPC de 3 servicios de terapia intensiva del Gran Buenos Aires desde el segundo semestre de 2010 hasta abril del 2011.

**Materiales y métodos:** Se analizaron las historias clínicas de los pacientes con diagnostico de infección por KPC en el periodo descripto. Se evaluaron variables demográficas, factores de riesgo y las características clínicas.

**Resultados:** Se documentaron 10 casos. Todos sexo masculino, edad 46±21 años, apache II de ingreso 21±6. El diagnostico de ingreso en 3 quirúrgico, 4 clínico y 3 neurocrítico. Se destacaron como factores de riesgo la internación previa 60%, la HTA y diabetes 50% y la cirugía 40%. El 100% de los pacientes recibieron antibióticos previamente a la infección con un promedio de 7 días (rango 3-21) destacándose vancomicina en el 60% e imipenem en el 50% de los pacientes. A continuación los datos mas relevantes:

	Tipo Infección	Días pre infección KPC	Días UTI	Días Htla	Germen acompañante	ATB empirico adecuado	ATB efectivo	Disfunciones orgánicas	Condición
Caso 1	Peritonitis	18	56	109	Proteus spp blee+	No	Colistin 14 ds. Tigeciclina 21 ds.	Shock septico. Renal. Hepatica. Hematológica	Alta
Caso 2	BAC	11	85	108	Proteus spp blee+	Si	Tigeciclina 15 ds.	Renal. SDRA. Heptaica	Alta
Caso 3	NAVM	7	4	7	Acinetobacter baumannii	No	No	Shock septico. DMO	Óbito asociado KPC
Caso 4	Infeccion shunt VP	49	54	172	No	No	Colistin ev intrateca 21 ds. Rifampicina 14 ds.	Shock septico.	Óbito
Caso 5	Peritonitis	3	6	6	No	No	No	Shock septico. DMO	Óbito
Caso 6	ITU bacteriémica	12	15	27	No	Si	Colistin 9 ds. Tigeciclina 7 ds.	Shock septico. Renal SDRA	Óbito asociado KPC
Caso 7	BAC	10	25	25	No	Si	Colistin 8 ds. Tigeciclina 8 ds.	No	Alta
Caso 8	ITU	12	15	18	E.Coli	No	Colistin 3 ds. Tigeciclina 3 ds.	Shock septico. Renal. SNC Hepatica	Óbito
Caso 9	NAVM	8	20	20	No	No	Colistin 5 ds. Tigeciclina 7 ds.	Renal	Vivo
Caso 10	NIH	6	36	76	No	Si	Colistin 18 ds.	Renal. Hepatico.	Óbito

**Conclusión:** La infección por KPC está en franco aumento, la presentación se asoció a elevada gravedad al ingreso, disfunción orgánica múltiple y uso de ATB de amplio espectro. La mortalidad de estos casos fue elevada y la asociada a KPC fue del 20%. Ante esta nueva problemática sería conveniente conocer la epidemiología de cada unidad para mejorar la antibioticoterapia empírica y así el pronóstico del paciente.

#### 0040 NECROSIS PELVIPERITONEAL POR ACINETOBACTER POST HISTERECTOMÍA EN PACIENTE CON ESTEATOSIS AGUDA DEL EMBARAZO

G AGUILERA, MB FERNÁNDEZ, S MORA  
Programa Hospital San Luis, Argentina.

**Objetivo:** Presentar un caso de necrosis pelvipéritoneal por acinetobacter multirresistente post cirugía ginecoobstétrica en una paciente con Esteatosis Aguda del Embarazo (EAE).

**Caso Clínico:** Paciente de 20 años de edad, cursando 36 semanas de su segunda gestación, presenta, desde un mes antes, cefalea, vómitos, prurito y dolor abdominal. Ingresa al servicio de obstetricia con intensa ictericia y laboratorio patológico de función hepática, se realiza cesárea de urgencia e ingresa a UTI. Por continuar con sangrado activo por herida quirúrgica a las 2 horas es reintervenida = Histerectomía. **A las 48 horas:** paciente estable hemodinamicamente, dieta oral, disminuye ictericia. *Ecografía abdominal:* aumento ecogénico sugerente de hígado graso, líquido subdiafragmático, perihepático y en Morrison. *Laboratorio:* Hto: 26%; GB: 25.000/mm<sup>3</sup>; Plaquetas: 36.000/mm<sup>3</sup>; Bilirrubina: D: 11,7 – I: 6 – T: 17,7; Protrombina: 24%. **5° día post cirugía:** pérdida de líquido maloliente por herida quirúrgica, ginecoobstetricia realiza cura de la misma soltando varios puntos de sutura, herida limpia con tejido vital. Se envía muestra del líquido a bacteriología. Paciente en Insuficiencia Respiratoria, PaFiO<sub>2</sub>= 100. Se conecta a ARM. Se comienza empíricamente con Imipenem + Vancomicina. Continúa con dexametasona, reposición de GRS y plasma fresco congelado según necesidad. **8° día post cirugía:** cultivo de líquido = acinetobacter multirresistente. Se rota a Tigeciclina endovenosa. Se realiza *Laparotomía exploradora:* fascitis y miositis necrotizante de herida quirúrgica. Compromete rectos anteriores del abdomen, transversos bilaterales, pared de vejiga, flancos y retroperitoneo. Realizan necrosectomía, toman muestra para cultivo y biopsia de hígado. Observan diverticulosis sigmoidea no complicada, queda con abdomen abierto y contenido. *Recto colonoscopia* para evaluar vitalidad de mucosa rectal, informa: mucosa conservada hasta ángulo recto sigmoideo, a 17 cm de margen anal, resto de mucosa (sigma) de aspecto necrótico. **9° día:** Reingresa a quirófano: Urología: resección de vejiga y ureterostomía bilateral. Ginecología: resección de cúpula vaginal. Cirugía general: sigmoidectomía y colostomía terminal izquierda. Paciente en Shock Séptico con DMO. Cultivo de tejido ne-

crotico informa acinetobacter multirresistente. **10° día:** progresión de la necrosis y de la infección de retroperitoneo. Intestino delgado, colon ascendente, ciego y transversos con áreas extensas de necrosis. Necrosis de musculo psoas. Miositis y fascitis necrotizante de bordes de laparotomía que se extiende a vulva. Proceso incompatible con la vida. **11° día:** Fallece. Biopsia Hepática: infiltrado microvacuolar de grasa en hepatocitos que confirman EAE.

**Conclusión:** La infección es una complicación frecuente en Esteatosis Aguda del Embarazo, debe sospecharse en pacientes con mala evolución clínica luego de la interrupción de la gestación. En el caso presentado, la observación de una herida quirúrgica vital retardó la laparotomía exploradora y se reintervino en forma tardía ya sin posibilidades de sobrevida.

#### 0041 EVALUACIÓN DE 45 PARES DE MUESTRAS DE TROPONINA I ULTRASENSIBLE EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CORONARIA, CORRELACIÓN CON LOS MARCADORES CLÁSICOS

G TOMBOLINI<sup>1</sup>, J BAUCHI<sup>1</sup>, J NAVARRO<sup>3</sup>, V TAUSSIG<sup>4</sup>, D ZAVATTI<sup>2</sup>, H MARTI<sup>4</sup>, F CRIADO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina. <sup>2</sup> Jefe Sección Cardiología. Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina. <sup>3</sup> Jefe del Departamento de Emergencia. Hospital Naval Puerto Belgrano., Argentina. <sup>4</sup> Servicio de Laboratorio. Hospital Naval Puerto Belgrano. Argentina, Argentina.

**Introducción:** La determinación de la Troponina se incorporado en los últimos años como herramienta diagnóstica y pronóstica en el síndrome coronario agudo (SCA). Tanto la TnT como la TnI son integrantes del aparato contractil de la célula miocárdica por lo que su elevación indica necrosis de la célula miocárdica. Desde julio 2010 hemos reemplazado la determinación de Troponina T por la de la TnI ultrasensible, medida por quimioluminiscencia, lo que permite la detección precoz del SCA aún con valores mínimamente elevados. Presentamos los primeros resultados y conclusiones de la incorporación de esta nueva herramienta diagnóstica.

**Material y método:** Analizamos en forma retrospectiva 273 muestras de TnI realizadas en el periodo julio 2010-enero 2011. De esta

población se extrajeron 45 pacientes a los que se les tomó por lo menos 2 muestras con un intervalo de tiempo entre ellas de 8-12 hrs, con un valor de corte  $f$  de 0,1 mcg/ml. Obtuvimos además los valores de CK, su fracción MB y analizamos simultáneamente los valores de creatinina plasmática (VN: 1,2 mg/ml).

Calculamos para las 3 variables el VPP y el VPN elaborando las curvas de tendencias en función del tiempo con la intención de comparar los comportamientos buscando además correlación con la creatinina plasmática. Fueron excluidos del análisis los pacientes con enfermedad renal conocida.

**Resultados:** Se analizaron 273 muestras de TnI ultrasensible tomadas entre julio 2010 y enero 2011. De esa población se analizaron 45 pares de determinaciones (16,5%) que se solicitaron ante la sospecha clínica de SCA. Falsos positivos para TnI: 2 pac.; una pericarditis aguda y una TPSV (4,5%). Todos los pacientes rotulados en forma ciega por el Servicio de cardiología como SCA (IAM o AI) fueron diagnosticados correctamente. Observamos un falso positivo exclusivo para CK y MB en una colecistitis aguda, siendo las 2 muestras de TnI negativas, lo opuesto ocurrió en 1 caso, la pericarditis aguda.

Nuestra población fue de 27 (60%) hombres y 18 p (40%) mujeres. Edad media de la muestra: 61,6 a (M: 62, H: 59,5 a). Creatinina: los pacientes No Coronarios tuvieron creatinina dentro de límites normales mientras que hallamos una tendencia a valores superiores a lo normal en los SCA, siendo mayor en el IAM que en la AI. No tuvimos falsos negativos para la TnI, no ocurriendo lo mismo para la CK y su isoenzima MB.

#### Conclusiones:

- 1- la incorporación de la determinación de TnI nos ha permitido el diagnóstico precoz y apropiado del SCA tanto IAM como AI.
- 2- Hemos hallado solo 2 casos de falsos positivos, siempre teniendo en cuenta la exclusión de los pacientes con insuficiencia renal.
- 3- Los valores de creatinina plasmática fueron significativamente superiores en la población portadora de SCA.

#### 0042 OLIGURIA EN EL POSTOPERATORIO: ¿RESUSCITACIÓN INSUFICIENTE O ANTI DIURESIS FISIOLÓGICA?

R GIANNONI, FD MASEVICIUS, A RISSO VAZQUEZ, M ALTES, D PEREYRA, N NAVARRO, L PREVIGLIANO, ML CAMPASSI, C GONZALEZ, N RUBATTO, M MOSEINCO, A DUBIN  
Sanatorio Otamendi, Argentina.

**Hipótesis:** La oliguria es una situación frecuentemente observada en el postoperatorio (pop) y es atribuida a hipovolemia, hipoperfusión tisular y a exceso de ADH. Los objetivos de nuestro estudio fueron valorar la prevalencia de oliguria durante el primer día del pop y determinar su persistencia luego de la implementación de un protocolo dirigido a optimizar metas de resucitación.

**Material y Métodos:** Entre el 01/01/11 y el 24/04/11 se estudiaron durante las primeras 24 hs los pacientes que ingresaron en el período pop inmediato.

Se definió oliguria a un ritmo diurético inferior a 0.5ml/kg/h. Se utilizó el peso teórico según la fórmula de Devine.

Aquellos pacientes oligúricos durante dos horas consecutivas o que requirieron más de 30 ml/kg de expansión para mantener un ritmo diurético adecuado fueron incluidos en un protocolo de optimización hemodinámica guiado por metas que incluía normalización de TAM, PVC, SVCO<sub>2</sub>, delta AVCO<sub>2</sub>, lactato, Hb y VPP (en caso de estar ventilado).

Los pacientes fueron asignados a los siguientes grupos: **Grupo 1:** no presentaron oliguria, **Grupo 2:** oligúricos que revirtieron con expansión, **Grupo 3:** oligúricos que no respondieron a la expansión y requirieron protocolo de optimización y **Grupo 4:** oligúricos refractarios en los que las metas de optimización estaban cumplidas. Se excluyeron pacientes insuficiencia renal crónica previa (Creatinina sérica mayor a 1.4mg/dl), ICC, y toda situación donde la indicación de diuréticos fuera perentoria.

Los datos, expresados como media  $\pm$  DS, fueron analizados con ANOVA y el test de Newman-Keuls.

**Resultados:** Fueron estudiados 66 pacientes. Un total de 48 pacientes (73%) presentaron oliguria.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
n (%)	18 (27)	26 (39)	21 (33)	1 (1.5)
APACHE	8,6 $\pm$ 5	8,9 $\pm$ 3	12 $\pm$ 4 <sup>ab</sup>	8
ASA	2,4 $\pm$ 1,2	2,2 $\pm$ 0,6	3,2 $\pm$ 1,5 <sup>ab</sup>	5
Estadía UTI (días)	1,6 $\pm$ 0,6	1,7 $\pm$ 0,9	2,4 $\pm$ 0,7 <sup>a</sup>	7
Albúmina (g/dl)	2,9 $\pm$ 0,9	2,6 $\pm$ 0,5	2,2 $\pm$ 0,6 <sup>ab</sup>	2.5
Lactato (mmol/l)	1,4 $\pm$ 0,6	1,8 $\pm$ 1,2	2,4 $\pm$ 1,4 <sup>a</sup>	1.6
Ingresos (ml)	3154 $\pm$ 1170	3813 $\pm$ 1226	4741 $\pm$ 1600 <sup>ab</sup>	9100
Diuresis (ml)	2324 $\pm$ 723	1653 $\pm$ 521 <sup>a</sup>	2057 $\pm$ 950	1000

<sup>a</sup> p menor a 0.05 con respecto al Grupo 1

<sup>b</sup> p menor a 0.05 con respecto al Grupo 2

En 5 pacientes del Grupo 3 la oliguria fue recurrente y requirieron permanente optimización. Al ingreso en UTI, el ASA, apache, estadía, lactato, albúmina, fluidos ingresados y diuresis se asociaron con la presencia de oliguria

**Conclusiones:** La oliguria es frecuente en el postoperatorio y está asociado a hipovolemia y/o hipoperfusión tisular. La presencia de oliguria como expresión única de anti diuresis postoperatoria es infrecuente.

#### 0043 INCIDENCIA, PREDICTORES Y COMPLICACIONES DE DELIRIUM EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA

Y ARZANI, JP OCHOA, MA BARBIERI, A CICOLINI, MC ESCARAIN, MF NALLAR, E GALLUCCI, R FAVALORO  
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Objetivo:** Investigar incidencia, predictores y complicaciones asociadas a la aparición de delirium (D) en el postoperatorio (POP) de cirugía cardíaca o intratorácica con circulación extracorpórea (CEC).

**Materiales y métodos:** Se analizó una base de datos que incluyó 494 pacientes (p) operados de cirugía cardiovascular en forma consecutiva en un solo centro desde el 01/09/10 al 31/03/11. Se evaluaron 393 p sometidos a revascularización miocárdica (CRM), cirugía valvular, combinada y de arco aórtico, tromboendarterectomía pulmonar y trasplante de órganos intratorácicos. Se definió D como la presencia del test Confusion Assessment Method in the Intensive Care Unit (CAM-ICU) positivo o el requerimiento de drogas antipsicóticas durante la internación en el área de cuidados críticos. Las variables continuas fueron expresadas como media  $\pm$  desvío standard y analizadas mediante el test de T o Mann Whitney según correspondiera. Las variables dicotómicas fueron expresadas como números enteros y porcentajes y analizadas con el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher. Se identificaron mediante un análisis de regresión logística los predictores independientes de D. Fueron incluidas en el modelo las variables que presentaron diferencias significativas en el análisis univariado. Posteriormente fueron evaluadas las complicaciones asociadas al D POP.

**Resultados:** De los 393 p, 86 (22%) presentaron D en el POP. Se observó una relación entre la aparición de D y la complejidad del tipo de cirugía, encontrándose mayor incidencia en el grupo de trasplante cardíaco o pulmonar (5/11 p; 45.5%) y la menor en CRM (32/144 p; 18%). Se realizó un subanálisis en CRM comparando la utilización o no de CEC, que arrojó una tendencia no significativa a favor del grupo sin CEC (21.3% vs 15.1%, p 0.28). Las variables que en el análisis univariado se asociaron en forma significativa al desarrollo de D fueron edad, Parsonnet, politransfusión, uso de milrinone, hipoxemia, shock cardiogénico y falla orgánica múltiple. Tras el análisis multivariado, los predictores independientes para el desarrollo de D fueron el shock cardiogénico (OR 1.78, IC 1.09–3.33), el uso de milrinone (OR 1.74, IC 1.02–3.28) y la edad (OR 1.05, IC 1.02–1.07). El D se asoció a un aumento en la incidencia de fibrilación auricular (FA) (32.6% vs 15%, p 0.001), ritmo nodal (16.3% vs 7.2%, p 0.018), ACV (4.7% vs 1%, p 0.044), horas de ARM (16.8 vs 30.4, p 0.047) y en los días de

estadía en UTI (3.11 vs 5.07,  $p < 0.003$ ) y hospitalaria (10.9 vs 19.7,  $p < 0.001$ ). No hubo diferencias significativas en la mortalidad entre ambos grupos (2.3% vs 4.9%,  $p < 0.38$ ).

**Conclusiones:** Uno de cada 5 pacientes desarrollaron D en el POP de cirugía cardíaca, siendo esta complicación más frecuente en p trasplantados y de edad avanzada. El shock cardiogénico y el uso de milrinone fueron predictores independientes para la aparición del mismo. El D POP se asoció significativamente a un aumento de la morbilidad (FA, ritmo nodal, ACV y tiempo de ARM) como así también de la estadía en cuidados intensivos y hospitalaria.

#### 0044 EVALUACIÓN DE LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS POR OBSERVACIÓN DIRECTA EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS Y TERAPIA INTENSIVA DURANTE 10 AÑOS EN EL INTERNADO ROTATORIO EN LA UBA

P VALDEZ, R CASTAGNA, M ZEC BASKARAD, N MANO, M SANTORO, H ZELECHOWER, J ARENZO, L VETERE  
Hospital Vélez Sarsfield, Argentina.

**Introducción:** La educación médica debería garantizar la formación de profesionales competentes que posean los conocimientos, destrezas y actitudes planificados en la formación. En general los programas no tienen en cuenta a la urgencia, que no figura como materia específica en los programas de grado.

**Objetivos:** Cuantificar las competencias adquiridas por los internos en el Departamento de Urgencias y en Terapia Intensiva, estableciendo el grado de cumplimiento entre lo planificado y lo logrado; desglosar el grado de cumplimiento según las diferentes áreas de la competencia clínica.

**Material y métodos:** Diseño prospectivo, observacional, longitudinal, analítico. Se incluyeron 93 alumnos del ciclo clínico que realizaron el internado rotatorio (2000-2009). Se valoró el cumplimiento de 42 competencias que se clasificaron por área: actitudes (10), conocimientos (5) y destrezas (27).

**Resultados:** El cumplimiento global de las competencias es del 61.18% (IC 65: 59.20, 63.13). Al desglosar por área de la competencia clínica, se halla que las ACTITUDES fueron 67.46 %, los CONOCIMIENTOS 63.28 % y las DESTREZAS 58.15 %. Clasificando a las mismas según grado de cumplimiento, se establece una escala con cumplimiento alto (76-100%), medio (51-75%) y bajo (< 51%). ACTITUDES con cumplimiento alto: no hubo; medio: adecuada relación con pacientes, disposición para colaborar, integración con médicos y enfermeros, trabajo en equipo, integración con pares, responsabilidad, lavado de manos como conducta habitual, sentido de crítica y autocrítica; bajo: no hubo. CONOCIMIENTOS con cumplimiento alto: no hubo; medio: criterios de internación, uso de exámenes complementarios, uso de drogas en general y de antibióticos en particular, diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos; bajo: no hubo. DESTREZAS con cumplimiento alto: aplicación de inyectable intramuscular, extracción de sangre venosa, correcta antisepsia; medio: colocación de sonda nasogástrica, inyectable endovenoso, manejo administrativo, uso del electrocardiógrafo, curación de heridas simples, colocación de sonda vesical (ambos sexos), nivel de alarma en paciente crítico, venopunturas, suturas simples; bajo: observar RCP, observar manejo de shock y del trauma grave, observar inmovilización, observar punción arterial, interpretación de monitores multiparamétricos y de respirador, prácticas de RCP con muñecos, prácticas de vía aérea con muñecos, taller de: colocación de collar, uso de tablas y chaleco, extracción de vehículo y remoción de casco.

**Conclusiones:** Todas las competencias actitudinales y vinculadas al conocimiento tuvieron cumplimiento medio. El 70% de las destrezas tuvo cumplimiento medio-alto (en general en situaciones más programables o comunes), vinculándose las de cumplimiento bajo a la presentación de situaciones críticas, teniendo en cuenta que los internos pasan solo el 10% del internado rotatorio en el Departamento de Urgencias o en Terapia Intensiva. Deben aumentarse las simulaciones.

#### 0045 MIRADA DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE SOBRE ASPECTOS BIOÉTICOS EN EL PACIENTE CRÍTICO: UN ESTUDIO EN 848 JÓVENES ESCOLARIZADOS

P VALDEZ, G PERAZZO, L PIERINI, C RODRÍGUEZ, A REY, H CASTROGIOVANNI, B ABAZ, J FEDERICE, L VASTA, J RULO, D ELISABE  
Hospital Vélez Sarsfield, Argentina.

**Objetivos:** Cuantificar donantes, personas que aceptan tratamientos invasivos, que firmarían órdenes de no reanimar (ONR), que avalarían transfusiones a personas contra su voluntad, que aceptan el aborto, la eutanasia, e investigación experimental, en todos los casos vinculando la respuesta con fundamentaciones. Establecer asociación entre religión y aceptación de aborto y eutanasia. Cuantificar opiniones y mitos acerca del proceso donación trasplante. Jerarquizar principios y valores bioéticos desde la óptica de adolescentes escolarizados. Establecer en un modelo logístico variables predictoras de donación y de otras situaciones que representan principios de la bioética.

**Material y métodos:** Diseño prospectivo, observacional, longitudinal, analítico. En 2007-2008 se estudiaron 848 adolescentes de 13 escuelas públicas de enseñanza media del área de responsabilidad de un hospital del GCBA, en quienes se aplicó una encuesta autoadministrada abierta-cerrada. Se interrogó sobre situaciones vinculadas a aspectos bioéticos, acerca de su opinión favorable o no y la fundamentación de la misma. Se utilizó estadística descriptiva, inferencial y regresión logística. Se consideró  $p$  valor significativo a  $aquél < 0.05$ .

**Resultados:** Los donantes representan el 75% de la muestra, el 46% desea que le implementen todo tratamiento posible, el 30% firmaría ONR, el 32% avala transfusiones a Testigos de Jehová, el 57% acepta el aborto, el 81% la eutanasia, el 62% la investigación experimental. No hay diferencias de aceptación de aborto y eutanasia entre católicos y no creyentes ( $p < 0.10$  y  $0.30$  respectivamente). El 40% ha realizado discusión familiar acerca de la donación, el 76% piensa que el comercio de órganos es factible, el 56% tiene temor a la extracción prematura de sus órganos. El valor más votado fue la veracidad, seguido de la justicia y la autonomía. La discusión familiar y la falta de miedo a la extracción precoz son predictores de donación ( $p < 0.04$  para ambas en regresión logística). La implementación de todo tipo de tratamiento se vinculó en el análisis multivariado a no firmar ONR ( $p < 0.0000$ ) y a no respetar la voluntad de los Testigos de Jehová ( $p < 0.0024$ ). La aceptación de eutanasia se vincula en el análisis multivariado con aceptar el aborto ( $p < 0.0000$ ) y firmar ONR ( $p < 0.0266$ ).

**Conclusiones:** Hay votación mayoritaria a favor de la veracidad y la justicia, predominando algunos ítems a favor de la beneficencia (no firmar ONR, aceptar donación), otros a favor de No maleficencia (no implementar todo tratamiento posible, aceptar eutanasia), otros para Autonomía (no avalar transfusiones a testigos de Jehová, aceptar el aborto, investigación experimental). Existe gran aceptación de aborto y eutanasia entre los católicos, sin diferencia con los no creyentes. La escuela media es un sitio de alto impacto para educar en bioética y derechos de ciudadanía, y se deben pensar propuestas para los adolescentes excluidos del sistema educativo.

#### 0046 ESTUDIO COMPARATIVO DE FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y DISFUNCIONES MULTIORGÁNICAS EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE EN PACIENTES CON Y SIN CARDIOPATÍA

P VALDEZ, L LUNA, C FUKUDA, K MARQUEZ, L HEINZ, A POVEDA, V CEVALLOS, V ARIAS  
Hospital Vélez Sarsfield, Argentina.

**Objetivos:** Comparar número de diagnósticos al ingreso y al alta en una UTI polivalente. Enumerar principales diagnósticos de ingreso. Cuantificar mortalidad y comparar según su origen cardiovascu-

lar o no. Cuantificar disfunciones orgánicas (DO) y determinar las predictoras de mortalidad. Cuantificar prevalencia de enfermedad vascular y de factores de riesgo vascular. Cuantificar y comparar factores de riesgo en pacientes vasculares y no vasculares, determinando predictores de enfermedad vascular.

**Material y métodos:** Diseño retrospectivo, observacional, longitudinal, analítico. La población constó de pacientes internados en una UTI polivalente durante 2008. La muestra constó de 80 historias clínicas seleccionadas al azar sobre un total de 425 internaciones (18.82%). Se registraron sexo, edad, días de internación, condición de egreso, número de diagnósticos de ingreso y alta, diagnósticos de ingreso (categorizando en vascular -V- y no vascular -NV-), número y tipo de DO durante la internación, antecedentes de enfermedad coronaria y complicaciones de la misma, antecedentes y tipo de accidente cerebrovascular, antecedentes de hipertensión, diabetes, dislipemia, sedentarismo, tabaquismo (y número de cigarrillos diarios), alcoholismo, EPOC, hepatopatía, HIV e insuficiencia renal crónica. Se utilizó estadística descriptiva, inferencial y regresión logística.

**Resultados:** Género femenino 63.75%, edad 65.17 ± 1.7 años, días de internación 11.12 ± 0.96 días. Mortalidad: 7.5%. El número de diagnósticos relevantes de ingreso fueron 1.05 y al alta 1.25 (p < 0.001). Los diagnósticos más frecuentes fueron los cardiovasculares (47.5%) seguidos por ARM/SDRA (15%). La mortalidad global fue 7.5%, en V 5.26% y en NV 9.52% (p 0.76). La media de DO fue 0.77 ± 0.14, siendo las más frecuentes la cardiovascular (21.25%), la respiratoria (18.75%) y la renal (17.5%). La única disfunción predictora de mortalidad en el análisis multivariado fue la renal (p 0.0152). Las DO fueron más frecuentes en los pacientes NV (1.03 ± 0.19 vs 0.16 ± 0.13, p 0.0005). Presentó antecedentes coronarios el 25%, y vasculares en total 30%. Factores de riesgo: sedentarismo (97.5%), hipertensión (73.75%), tabaco (46.25%), diabetes (18.75%) y dislipemia (17.5%). La media de factores de riesgo por paciente fue 2.53 (vasculares 3.16, no vasculares 2.26, p 0.0005). De los factores de riesgo, el único que se comportó como predictor de enfermedad vascular en el análisis multivariado fue la dislipemia (p 0.1822).

**Conclusiones:** El número de diagnósticos de alta fue superior al de ingreso. El principal diagnóstico de ingreso fue la patología cardiovascular, seguida de los cuadros de SDRA/ARM. La mortalidad fue baja y sin diferencias según su origen cardiovascular o no. La disfunción renal fue predictora de mortalidad. La prevalencia de enfermedad vascular fue 30%, el sedentarismo fue el factor de riesgo vascular más común, y la media de factores de riesgo por paciente fue 2.53 (superior en vasculares). La dislipemia se comportó como predictora de enfermedad vascular.

#### 0050 PRIMERA COMUNICACIÓN DE AISLAMIENTO DE ENTEROCOCCUS FAECALIS PORTADOR DEL GEN VANB EN EL HOSPITAL DE AGUDOS EVA PERÓN

SI CASTRO<sup>1</sup>, A CUIROLO<sup>2</sup>, A TUDURI<sup>1</sup>, S FIGUEROA<sup>1</sup>, S PALOMBARANI<sup>1</sup>, G SLY<sup>1</sup>, M MOLLERACH<sup>2</sup>, M ALMUZARA<sup>1</sup>, O CRISTALDI<sup>1</sup>, J RISSO PATRÓN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Bacteriología H.I.G.A. Eva Perón. San Martín. Prov. Bs As., Argentina. <sup>2</sup> Cátedra de Microbiología y Cátedra de Análisis Clínicos I. Facultad de Farmacia y Bioquímica. U.B.A., Argentina.

**Objetivos:** Analizar las historias clínicas de pacientes entre enero 2010 y enero 2011, considerando los rescates de *Enterococcus faecalis* VanB en distintas muestras. La resistencia a glucopeptidos en Argentina se debe fundamentalmente a la emergencia de un clon epidémico de *Enterococcus faecium* con genotipo vanA. No obstante, si bien la resistencia a vancomicina (VAN) en *Enterococcus faecalis* con genotipo vanB (vanB EFA) ya ha sido reportada en nuestro país, el presente trabajo representa la primera comunicación del aislamiento de vanB EFA en nuestro hospital.

**Materiales y Métodos:** Se trató de 9 pacientes (5 femeninos y 4 masculinos) internados en Clínica Médica y Terapia Intensiva. Las variables a analizar fueron: edad, días de internación, APACHE, SAPS, diagnóstico de ingreso, procedimientos invasivos y rescate bacteriológico en distintos materiales. La caracterización molecular de la resistencia a vancomicina se realizó por PCR con cebadores específicos para el genotipo VanB.

**Resultados:** La mediana de edad fue 36 (R 18-85). Ocho pacientes requirieron UTI, con M días: 39 (R12-431); APACHE de ingreso M: 17 (R15-29); SAPS M: 38.5 (R 19-50). La paciente de Clínica estuvo internada 77 días. Los diagnósticos de ingreso fueron: insuficiencia respiratoria 2, politrauma 1, insuficiencia renal crónica reagudizada 1, crisis asmática 1, quirúrgicos 4 (una amputación supracondílea y tres neuroquirúrgicos). Enfermedad de base y factores predisponentes para infección fueron: diabetes 1, cáncer de recto y linfoma no Hodgkin 1, tumor cerebral 1. Ninguno requirió alimentación parenteral total. Seis fallecidos. Los aislados fueron recuperados de hemocultivo (7), urocultivo (2), LCR (1) y líquido pleural (1). Tiempo al rescate de *Enterococcus faecalis* vanB: M: 27 días (R 3-138). Como resultado de la PCR se obtuvo un amplicon de 618 pb, cuya secuenciación fue compatible un 100% con el gen vanB.

Los procedimientos invasivos fueron: hemodiálisis 1, traqueostomía y gastrostomía 1, toilette de escara sacra 1, tubo pleural por empiema 1. Un paciente fue sometido a craniectomía descompresiva, evacuación de hematoma subdural y hematoma extradural y colocación de ventriculostoma; otro requirió lumbotomía y ventriculostoma; el tercero inicialmente ventriculostoma, clipado de aneurisma y luego shunt.

Los antibióticos más empleados, previo al rescate, fueron: vancomicina y colistin (5), imipenem (6), ciprofloxacina (4), ampicilbactam (2), tazonom (2); ceftazidime (1), meropenem (1), amikacina (1). Hubo tratamiento adecuado para el rescate de *Enterococcus* en 6 pacientes (ampicilbactam 2, ampicilina 1, imipenem 2, tazonom 1).

**Conclusiones:** Los pacientes tuvieron larga internación, exposición a vancomicina, colistin e imipenem predominantemente y procedimientos invasivos múltiples descriptos como factores de riesgo. Son necesarias la vigilancia epidemiológica y las medidas de control de colonización o infección por enterococo resistente a vancomicina, así como el uso racional de este antibiótico.

#### 0051 PACIENTES OBSTÉTRICAS EN CUIDADOS INTENSIVOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

FG RIOS<sup>1</sup>, A RISSO<sup>2</sup>, J ALVAREZ<sup>3</sup>, M VINZIO<sup>4</sup>, A MONDELLO<sup>1</sup>, N RONDINELLI<sup>1</sup>, G DOMENICONI<sup>4</sup>, O YUNK<sup>4</sup>, V MARQUEVICH<sup>3</sup>, P FALBO<sup>4</sup>, L AGUILAR<sup>1</sup>, DH BIENZOBAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Prof. A Posadas, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Otamendi Miroli, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Universitario Austral, Argentina. <sup>4</sup> Sanatorio Trinidad San Isidro, Argentina.

**Objetivo:** Describir las características y evolución de las pacientes embarazadas ingresadas en UCI.

**Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico (4 centros). abarcando 24 meses. se incluyen todas las pacientes admitidas a UCI (por cualquier etiología).

**Resultados:** Ingresaron a UCI 6171 pacientes, 242 obstétricas (3,9%), características en tabla 1, la principal etiología fue la patología hipertensiva (preeclampsia, eclampsia), seguidas por las hemorragias obstétricas (acretismo, atonía uterina, placenta previa, embarazo ectópico) y en tercer lugar por sepsis y HELLP (tabla 2). Las causas no-obstétricas incluyen asma, neumonía, etc. 96 (39,7%) pacientes eran primiparas, 66 (27%) de las pacientes se admitieron con menos de 34 semanas de gesta (26 ± 8 semanas). cuarenta y tres pacientes (18,8%) tenían al menos una comorbilidad, 89% eran embarazos controlados. Se realizó cesarea en el 79% de los pacientes. la mediana de semanas de gestación fue de 36 (33-38) semanas. La mortalidad fue mayor entre las pacientes admitidas por causas no obstétricas, siendo esta mas jovenes y con una mayor estadia en UCI

y hospitalaria. Requirieron ventilación mecánica (VM) el 12,5%, el tiempo de VM fue 1 (1-3) días. el SOFA fue 1 (0-3).

**Conclusiones:** La hipertensión y las hemorragias asociadas a embarazo fueron las principales causas de ingreso a UCI, seguida por sepsis. La mortalidad fue baja y los scores SOFA y APACHE II probablemente no reflejan la gravedad de las pacientes embarazadas.

Tabla 1	Total	Obstetricas	No-Obstetricas	P
Pacientes (n%)	242	212 (87,6%)	30 (16,4%)	<0,001
Edad (años)	31 ± 7	32 ± 7	27 ± 8	0,012
Apache II	6 (3-8)	5 (3-8)	8 (4,5-10)	0,288
Estadia UCI (Días)	2 (2-4)	2 (2-3)	5 (2-8)	0,001
Estadia Hospital (Días)	6 (4-8)	5 (4-7)	18 (13-23)	<0,001
Ventilacion mecanica (n%)	30 (12,5%)	23 (11%)	7 (23%)	0,308
Mortalidad Materna	5 (2%)	1 (0,47%)	4 (13%)	0,001

Motivo de Ingreso	Tabla 2
Preeclampsia	112 (46%)
Eclampsia	17 (7%)
HELLP	23 (9,5%)
Aborto septico	11 (4,6%)
Sepsis	14 (5,8%)
Hemorragias post parto	39 (16%)
Otras	16 (6,7%)

#### 0052 INFECCIÓN SEVERA POR BORDETELLA PERTUSSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, RETROSPECTIVO

F JORRO BARÓN<sup>1</sup>, M PENNAZI<sup>1,2</sup>, D RUFACH<sup>1,3</sup>, S SANTOS<sup>1,3</sup>, V ROMBOLÁ<sup>1</sup>, C BOLASELL<sup>1</sup>, G DEBAISI<sup>1</sup>, E MARI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Pedro de Elizalde, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Niños San Justo, Argentina. <sup>3</sup> HIGA Eva Perón (ex Castex), Argentina.

**Introducción:** La infección por *bordetella pertussis* es una enfermedad frecuente y extendida en todo el mundo, prevenible con la vacunación, con una alta mortalidad en niños menores de 6 meses. Se caracteriza por fallo respiratorio severo, hipertensión pulmonar e hiperleucocitosis.

**Objetivo:** Describir la epidemiología y presentación clínica de la *b. pertussis* en tres UCIP de la República Argentina. Relacionar los factores pronósticos y nuevos tratamientos.

**Material y Métodos:** Se revisaron historias clínicas de tres UCIP (HIGA Eva Perón, Hospital de Niños de San Justo, Hospital Elizalde) desde 01/01/07 al 31/12/10, con diagnóstico de infección por *b. pertussis* identificados en las respectivas bases de datos. Los datos fueron analizados con Stata 10.1, expresados en media y desvío estándar, mediana e intervalo intercuartilo, se uso Test de T o Wilcoxon Rank-sum test, y Fischer's exact test.

**Resultados:** Se analizaron 41 historias clínicas, edad 3(2-4) meses, peso 5±1,5 kg, PIMII 1,3(0,9-7,14), mortalidad 46%, Ventilación mecánica (VM) 68%, leucocitosis máxima 53900/mm<sup>3</sup> (38300-75400), frecuencia cardíaca máxima (FCM) 190±26/min, 68% no recibió ninguna vacuna para *b. pertussis*. Se encontraron diferencias entre vivos y muertos en: score de PIMII (p<0,01), leucocitosis máxima (p<0,01) y FCM (p<0,01) junto a la insuficiencia respiratoria al ingreso (IRA) (p=0,05), la presencia de Hipoxemia (p<0,01), requerimiento de VM (p<0,01) y presión media en la vía aérea (p<0,01). Dentro de los pacientes tratados con leucodepleción (n=15) no se observaron diferencias en la evolución, con un volumen de recambio de 120±48 ml/kg; solo 4 de los 15 pacientes sobrevivieron (27%).

**Conclusiones:** La FCM, la hiperleucocitosis, la presencia de IRA y requerimiento de VM son factores de peor pronóstico. La implementación del tratamiento de leucodepleción no disminuyó la mortalidad, aunque se requieren más estudios para aseverarlo.

#### 0056 BRADIARRITMIAS INTERMITENTE COMO CAUSA DE CONVULSIONES. REPORTE DE 3 CASOS EN EL TRANS-CURSO DE 2 MESES

ANA MONSON

Hosp. de Trauma y Emergencias, Argentina.

**Objetivos:** Enfrentados a la atención de pacientes adultos con episodios convulsivos de inicio reciente y con estudios neurológicos de tipo anatómicos así como fisiológicos sin alteraciones, detectamos en 3 pacientes bradiarritmias intermitentes como causa de los mismos.

**Material y métodos:** Analizamos 3 casos donde se obtiene un registro de bradicardia durante episodios comiciales.

**Resultados:**

1°. Pte de 77 años, ex TBQ, con antecedentes de trauma facial y muñeca por lipotimia, dicho paciente consulto a nuestro servicio en reiteradas oportunidades por convulsiones tónico clónicas generalizadas que se autolimitaban, en todas sus consultas el ECG fue normal durante el periodo posictal. Las convulsiones nunca habían sido presenciadas por un médico hasta ese momento. Intercurre con nuevo episodio convulsivo mientras se encontraba monitorizado evidenciado un bloqueo AV completo, en el contexto de un síndrome coronario agudo. La TC de cerebro fue en todas las oportunidades de sus consultas normal.

2°. Pte de 82 años, masculino, con antecedentes de EPOC, TBQ, ingresa derivado del consultorio por disnea. Refiere presentar convulsiones el ultimo mes, siendo estudiado por neurología con EEG normal, TC sin alteraciones y sin lesiones que expliquen las convulsiones. A su ingreso se observa en el ECG un bloqueo AV de segundo grado tipo II. Este paciente presentaba, hace 20 días un ECG regular y sinusal, con extrasístoles supraventriculares. El bloqueo retorna a ritmo sinusal espontáneamente durante su internación.

3°. Pte. Femenina, 80 años, con miocardiopatía dilatada, medicada con B bloqueantes, ingresa por cuadro de convulsiones generalizadas tónico clónicas, controlada con BZP. A su ingreso se constata bradicardia sinusal de 39 LMP, se realiza TC de cerebro sin lesión aguda ni isquémica. Presentaba de la semana anterior un ECG con ritmo sinusal con frecuencia de 56 LMP.

**Conclusión:** Encontramos como patrón común la presencia de convulsiones en pacientes con bradicardias intermitentes evidenciadas en ECG durante el periodo posictal, en individuos con ECG de frecuencia normal hasta ese momento, con por lo menos de 2 FRC. Debido a los resultados obtenidos y en vista de la revisión de trabajos en cuanto a algoritmos de tratamiento de síndromes Convulsivos, si bien se describe como posible causa en algunas publicaciones, proponemos la inclusión de monitoreo cardíaco ECG de 24 horas en pacientes adultos, con factores de riesgo coronario que presenten inicio de episodios convulsivos.

#### 0059 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL LUCIO MOLAS, SANTA ROSA, LA PAMPA

JM SANSON, LR VIGLIOTTA, M ALVAREZ, D BENSUSAN, V MESSLER, C FLORES, M GERVASONNI

Establecimiento Asistencial, Argentina.

**Introducción:** La unidad de Terapia Intermedia fue creada en julio del 2009 a raíz de la necesidad de cama en la provincia en el contexto de la epidemia del H1N1, cuenta con 5 camas con monitoreo y respirador y una de ellas corresponde a una sala de aislamiento. Esta unidad pertenece al hospital de la capital provincial siendo referencia o centro de derivación de los demás hospitales o centros de salud públicos y privados.

**Objetivo:** Conocer las características epidemiológicas actuales de los pacientes ingresados a la unidad de terapia intermedia de adultos Hospital Lucio Molas, de Santa Rosa La Pampa.

Establecer cual es la incidencia de pacientes con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y Ventilación no Invasiva

(VNI) e infecciones (NAV) y relacionadas a catéteres. Determinar el giro cama de la Unidad.

**Material y método:** Se realiza un estudio descriptivo, confeccionando una base de datos en planilla de Excel, considerando un periodo comprendido desde 01 de julio de 2009 hasta 28 de febrero del 2011. Se toman en cuenta las variables como n° pacientes, sexo, edad, APACHE II, ISS, TRISS, días de internación y mortalidad.

Se identifica el diagnóstico de ingreso y se los clasifica según su patología en clínicos, cardiológicos, politraumatizados y postoperatorios.

Se establece la necesidad y días de ARM, necesidad de VNI, neumonía asociada a respirador, requerimiento de catéter venoso central y sus complicaciones. También se identifican gérmenes prevalentes y la sensibilidad y resistencia a los antibióticos. Se instaura en un principio el antibiótico empírico y luego se adecua a la sensibilidad del antibiograma.

**Desarrollo:** En dicho periodo ingresaron un total de 400 pacientes: hombres 59.75% (239), mujeres 40.25% (161), con un APACHE II 10 (11.3 % mortalidad esperada), ISS 19, TRISS 53.3.

La edad promedio fue de 53 años con 6.19 días de internación, y una mortalidad observada del 16.7%.

De la clasificación de los pacientes según su patología resulta: Clínicos 43.75% (175), Postoperatorios 23% (92), Cardiológicos 20.25% (81) y Politraumatizados 13% (52).

Requirieron ARM 24% (96) pacientes, necesitando 739 días de ARM, promedio 7.13 días ARM.

De los pacientes ingresados se realizó VNI en 22 (5.5%).

Incidencia de NAV 17 %, densidad de incidencia 20.54 c/1000 días de ARM.

Se colocaron un total de 156 catéteres venosos centrales, 64.7% (101) subclavias, 12.8% (20) yugular anterior, 14.7% (23) yugular posterior y femoral 0.64 (1). Días TOTALES de catéter 1062; SC: 812 (64.7%), YA: 117 (12.8%), YP: 131 (14.7%) F: 1 (0.64), promedio 6,74 días por catéter.

Se contaminaron 4 catéteres y se evidenciaron 6 Sepsis por catéter (retro o punta c/hemocultivo +), con una densidad de incidencia 5.65 infecciones c/1000 días de catéter.

**Conclusión:** De los pacientes ingresados el 45 % correspondieron a clínicos, el 24 % requirió ARM con 5.5% VNI, la incidencia de NAV fue del 20,54% c/ 1000 días de ARM y de 5.65 Sepsis c/1000 días de catéter, siendo el acceso mas utilizado la subclavia. Giro cama fue de 4.

#### 0060 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (NAV) EN PACIENTES ADULTOS INGRESADOS EN TERAPIA INTERMEDIA DEL HOSPITAL DR LUCIO MOLAS, SANTA ROSA (L P)

V MESSLER, JM SANSON, LR VIGLIOTTA, M ALVAREZ, D BEN-SUSAN, C FLORES, V GARAY, M GERVAISONNI  
Establecimiento Asistencial "Dr. Lucio Molas", Argentina.

**Introducción:** La neumonía asociada a la ventilación mecánica es una patología frecuente en los pacientes que requieren ventilación mecánica, su relevancia es variable y es un factor independiente de muerte. El tratamiento antibiótico inicial es empírico, debiéndose ajustar a la sensibilidad y resistencia de los gérmenes aislados en nuestra unidad de cuidados intermedios.

**Objetivos:** Determinar la incidencia y densidad de incidencia de Neumonía asociada a respirador.

Analizar y comparar las variables de los que presentaron NAV con los que no.

Establecer cuales son los gérmenes causales.

Que efectividad hay en la terapéutica antibiótica empírica inicial

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, se considera un periodo de 01 de julio del 2009 al 28 de febrero del 2011 donde se registraron los pacientes que requieren ARM. Se consideran variables como APACHE II, ISS, TRISS, días de internación, días de ARM, tipo

de muestra (BAL o minibal), germen y si la terapia empírica resulta adecuada según antibiograma.

Se comparan las variables como APACHE II, días de ARM, días de internación y mortalidad entre los pacientes que presentaron NAV y los que no.

**Resultado:** En el periodo ingresaron 96 pacientes a ARM (24% del total de pacientes), edad 54 años, mortalidad observada 59.38%, 18.69 días de internación, APACHE II 18.2, ISS 25.1, TRISS 42.5. Insumieron 779 días de ARM, 7.03 días promedio de ARM, tipo de muestra: BAL y minibal.

De los pacientes que requirieron ARM 60 (62.5%) correspondieron a clínicos, 15 (14.4%) a politraumatizados, 20 (19.2%) a postoperatorios quirúrgicos y 1 (0.96%) a cardiológicos.

Se registraron 16 eventos interpretados como NAV en 12 pacientes (4 politraumatizados), incidencia de NAV 17%, densidad de incidencia NAV 20.54 episodios c/1000 días de ARM.

El 12.5% (n° 2) se consideraron "tempranas", involucrando gérmenes como estafilococo aureus multisensible en el 100% de los casos. El 87.5% (n° 14) de los episodios se interpretaron como "tardías"; involucrando a gérmenes como: Pseudomona aeruginosa 7 (50%), acinetobacter 2 (14.28%), estafilococo aureus 4 (28.57%) y un caso (7.15%) con estafilococo aureus mas Pseudomona aeruginosa.

El tratamiento antibiótico empírico fue el adecuado según la sensibilidad y resistencia obtenidas en el cultivo bacteriológico en un 80 % de los eventos. En "NAV tempranas" la efectividad fue 100%, "NAV tardías" 79%

**Conclusión:** La incidencia de NAV es similar a los datos publicados. Los gérmenes responsables fueron estafilococo aureus multisensible en NAV tempranas y pseudomona aeruginosa en NAV tardías. El antibiótico empírico fue el adecuado en la mayoría de los casos.

#### 0061 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

G TOMBOLINI, J BAUCHI, D ZAVATTI, G MARTEARENA, F CRIADO  
Hospital Naval Puerto Belgrano, Argentina.

**Introducción:** La miocardiopatía periparto una rara condición que se presenta a fines del embarazo o en los primeros meses del posparto con una incidencia que oscila entre 1: 3000/30000 embarazos. Es una falla cardíaca que puede llevar a insuficiencia cardíaca congestiva.

**Criterios diagnósticos:**

- Falla cardíaca en el último mes de embarazo o en los 5 primeros meses posparto.
- Ausencia de causa demostrable.
- Ausencia de enfermedad cardíaca demostrable antes del último mes de embarazo.
- Ecocardiograma con falla en la función sistólica izquierda.

**Caso clínico:** Paciente de 29 años, primigesta, que cursa embarazo en 33 semanas por FUM, ingresa por amenaza de parto prematuro. No presenta antecedentes patológicos de relevancia ni recibe ninguna medicación.

Ingresa a la unidad de preparto hipertensa y es medicada con nifedipina 30 cada 8 y reposo.

En el primer día de internación desarrolla un cuadro de taquicardia con 230 de FC. Presenta disnea de reposo y edema de miembros inferiores. En la auscultación presenta rales húmedas bilaterales de vértice a base, también presenta aumento del área cardíaca con un evidente soplo de regurgitación de intensidad 3 a 4.

La clínica y ECG señalado nos hace plantear el diagnóstico de una taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) y con dicho diagnóstico la paciente se hospitaliza para su estudio y manejo en UTI. Se plantea el diagnóstico de miocardiopatía periparto.

**Actuación:**

- Ecocardiograma: miocardiopatía dilatada con déficit severo de función ventricular izquierda, insuficiencia mitral moderada e hipertensión pulmonar moderada, derrame pericárdico, derrame pleural izquierdo.

## ■ Resúmenes

- Tratamiento pre parto de arritmia con amiodarona también recibió digoxina y furosemida.
- Se indica cesárea abdominal de urgencia.
- Tratamiento con furosemida, espironolactona y dosis bajas de beta bloqueantes.
- HNPB.
- Se repite ecocardiograma (luego de 10 días del primero y 9 días de la cesárea): ecocardiograma normal, solo persiste derrame pericárdico leve.

**Discusión:** Se presenta ese caso no solo por la rareza de esta patología si no que llamo la atención

la forma en que se presentó por lo agudo del cuadro que se contradice con la evolución gradual de los síntomas que se indica en la literatura. Si bien nuestra paciente presentó síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva, lo más significativo fue, la arritmia cardíaca que se constituyó en un problema de difícil manejo. El ecocardiograma fue nuestro método diagnóstico más importante y fue evidente mejoría de los parámetros ecocardiográficos luego del tratamiento. Diversas series establecen una mortalidad entre un 25% y 50%. El pronóstico de esta patología está marcado por: la progresión de la falla ventricular, los fenómenos tromboembólicos y las arritmias. Nuestro tratamiento se dirigió a controlar estos factores evidenciándose, desde la instauración de él, una franca y rápida mejoría. Actualmente nuestra paciente se mantiene en control completando 24 meses de evolución sin fallo de bomba.

#### 0069 SÍNDROME DE AUSTRIAN: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA INFECCIÓN NEUMOCÓCCICA

V RODRÍGUEZ, E LEISTAD, D URIBE, M COSTILLA, J SAGAR-DÍA, F VILLAREJO

Hospital Nacional Profesor A. Posadas, Argentina.

Antes del descubrimiento de la penicilina, el neumococo era una de las causas más comunes de endocarditis, actualmente representa menos del 1%. Presentamos el caso de un paciente con síntomas neurológicos e insuficiencia valvular aórtica en el contexto de infección neumocócica.

**Caso clínico:** Paciente de 65 años con antecedentes de tabaquismo y etilismo que consulta al servicio de urgencias por cuadro caracterizado por fiebre de 48 hs de evolución acompañada de visión borrosa y disartria. Al examen físico paciente vigil, sin respuesta a ordenes simples, mirada desviada a la izquierda, plejía braquial derecha, sonidos guturales y lesión equimótica en maléolo externo de MID. TC de cerebro sin hallazgos patológicos. Requiere IOT por deterioro del sensorio. Secreciones mucopurulentas. Se realiza punción lumbar: líquido turbio, glucorraquia menor a 10mg/dl, proteinorraquia: 119 y ácido láctico: 11.1mmol/l. Se toman hemocultivos y urocultivo y se inicia tratamiento con Ceftriaxone, ampicilina, vancomicina y dexametasona. Rx de tórax con infiltrados bilaterales. No se procesa aspirado traqueal.

Laboratorio: urea: 2.13 creatinina: 3.6, ionograma: 131/4.3/95. EFNA: 0.25% EFU: 17% EAB: 7,35/26/95/14/-9.6/96% láctico: 3.6.

Evoluciona con shock séptico e insuficiencia renal que requiere hemodiálisis.

Se aísla de LCR y HMC 2/2 neumococo oxacilina sensible, por lo cual se suspende la vancomicina y la ampicilina y continua con Ceftriaxone, rifampicina y glucocorticoides.

Intercurre con neumonía asociada a la VM por lo que se rota el antibiótico a vancomicina-meropenem-colistin. Evoluciona con shock, requiere monitoreo hemodinámico invasivo con patrón distributivo y depresión miocárdica, requiere infusión de vasopresores e inotrópicos.

Se realiza ecocardiograma transesofágico que evidencia insuficiencia aórtica severa, con imagen compatible con vegetación.

Evoluciona con shock refractario y fallece.

**Conclusiones:** La tríada de neumonía, endocarditis y meningitis neumocócica es conocida como síndrome de Austrian. El síndro-

me, descrito en 1957, se caracteriza por afectar principalmente a las cavidades izquierdas del corazón y por presentar una gran agresividad; la destrucción valvular es casi constante.

La afectación meníngea se debe a embolias originadas en las cavidades izquierdas.

A pesar del correcto tratamiento antibiótico y las medidas de soporte básico, el principal factor pronóstico de la enfermedad es la destrucción valvular, y ésta es la principal causa de muerte.

#### 0072 MENINGITIS BACTERIANA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

M PENAZZI, P NUÑEZ, N KREJCIK, E MARI, P PACHECO

Hospital 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 a nuestra Unidad 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, describir 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 período 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 período de estudio. Prevalencia: 3% (29/901). El 58,6% 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.

#### 0073 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA: PRIMERAS EXPERIENCIAS EN LA TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL SANTO-JANNI

DJ FIRPO, JA VAZQUEZ, S BORELLO, DN CHIACCHIARA, P CORONADO LUJAN, MA ESTRIN, VG HAYETIAN, E VEDOVATO, G CARQUEIJEDA ROMAN  
Hospital Santojanni, Argentina.

**Introducción:** En los últimos años se ha popularizado la práctica de traqueostomias por vía percutánea. La misma puede ser llevada a cabo tanto por médicos cirujanos como médicos intensivistas.

**Objetivo:** Cuantificar los resultados de un procedimiento invasivo sobre la vía aérea llevado a cabo en equipo por médicos y kinesiólogos especialistas en terapia intensiva.

**Material y métodos:**

Lugar: Unidad de terapia intensiva de 12 camas, Hospital Universitario de alta complejidad dependiente del GCBA.

Diseño: Trabajo de tipo prospectivo, de cohorte, observacional.

Criterios de ingreso:

- Pacientes que cumplen criterios para realización de traqueostomía.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con alteraciones anatómicas del cuello.
- Pacientes con severas alteraciones del coagulograma.
- Pacientes con inestabilidad hemodinámica.
- Pacientes con hipoxemia refractaria.
- Pacientes con enfermedad activa no resueltas.

Mediciones: Se registrarán al ingreso a la unidad, los datos correspondientes a sexo, edad, así como variables correspondientes a APACHE II, SAPS II, antecedentes, días de ARM.

Análisis estadístico: Los datos cuantitativos se describen como media y desviación estándar y se refiere su IC95%. Los datos cualitativos se expresan en proporción, con su IC95%. El análisis se llevó a cabo por medio del programa Statistix 7.0 Analytical software 2000

**Resultados:** Se estudiaron un total de 15 pacientes. Sexo masculino 9 (60%), edad:  $58.6 \pm 3.31$  IC95%: 51.1-65.7, Rango: 27-74 APACHE II:  $17.2 \pm 1.45$  IC95% 14.1-20.4 Rango: 8-27, días de internación:  $15.8 \pm 1.68$  IC95% 12.2-19.4 Rango 3-30. éxito: 14 p (0.933). complicaciones: 1 p (6.7%) (sangrado) se logró el destete en 11 p (73.3%) y fallecieron 9 p (60%) de los pacientes que no lograron destetarse (4) 3 p fallecieron (75%), mientras que de los que lograron destetarse 11 p, (73.3%) fallecieron 3 p (27.3%) el total de 6 p fallecidos corresponde al 40 % de los pacientes considerados en el estudio.

**Conclusiones:** La traqueostomía percutánea parece ser un procedimiento seguro y con escasas complicaciones en pacientes seleccionados. La misma se puede llevar a cabo por especialistas de terapia intensiva sin tener que recurrir a los cirujanos.

#### 0074 INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, CITOMEGALOVIRUS Y SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UNA LACTANTE DE 35 DÍAS. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

M PENAZZI, E MARI, P PACHECO, C BARILARI, C ABRALDES  
Hospital 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 descritos 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 dis-

persas 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, riñón, 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.

#### 0075 CUANTIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS MORFOLÓGICOS DEL NEUTRÓFILO DURANTE LA FAGOCITOSIS BACTERIANA POR MEDIO DE LOS PARÁMETROS VCS PROVISTOS POR UN CONTADOR HEMATOLÓGICO

JA VAZQUEZ, MC ADDUCCI

Hospital Italiano "Centro Agustín Rocca" (HICAR) San Justo, Argentina.

**Introducción:** Normalmente, el recuento leucocitario se realiza por medio de contadores hematológicos. La diferenciación entre las distintas subpoblaciones de leucocitos se realiza por un procedimiento de dispersión de luz, que brinda información acerca de las características leucocitarias referentes al volumen (V), la conductividad (C) y el scatter (S).

**Objetivo:** Describir las variaciones de los parámetros VCS del neutrófilo causados por la fagocitosis de un cultivo bacteriano

**Material y métodos:** Se trata de un estudio de tipo experimental, in vitro, prospectivo, en el cual se evalúan los cambios de los parámetros VCS en función del tiempo cuando son sometidos a la exposición de una dosis de bacterias Gram positivas. Se tomo como Gold Standard la presencia de alteraciones morfológicas en dichas células en el frotis de sangre periférica. Los valores basales así como los obtenidos a los 60 minutos se describen con su media, error estándar, e (IC95%). Las diferencias entre grupos se evaluó por medio del test t de Student.

**Resultados:** Se analizaron un total de 56 muestras. Los datos basales fueron: V  $144.57 \pm 0.36$  (143.8-145.3). C  $143.5 \pm 0.37$  (142.7-144.3) S  $143.1 \pm 0.39$  (142.3-143.9). A los 60 minutos los valores fueron: V  $147.4 \pm 0.63$  (146.1-148.7) C  $140.1 \pm 0.41$  (139.3-140.9). S  $123.7 \pm 0.38$  (122.9-124.5). Las diferencias entre los parámetros en estudio es  $p < 0.0001$

**Conclusiones:** La exposición de una muestra de sangre a una carga de S. aureus determina un proceso de fagocitosis que se evidencia a través de un contador hematológico a partir de los 60 minutos por medio del aumento del volumen, así como la disminución de la conductividad y el Scatter.

### 0077 EL MÉDICO INTENSIVISTA ANTE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE: UNA APROXIMACIÓN A PARTIR DE UNA SERIE DE CASOS

A JULIARENA, S COSENZA, J PALMA BUFILL, R PINEDA, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** El desarrollo científico-técnico de la medicina actual ha generado una enorme batería de recursos disponibles para el diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades. Esto ha generado dificultades a la hora de discernir qué recursos son los apropiados para cada paciente. En ocasiones se ha pretendido corregir el dilema bioético a través del consentimiento informado. Presentamos esta serie de casos para discutir desde un punto de vista bioético los alcances del principio de autonomía y la responsabilidad del médico a la hora de tomar esas decisiones.

**Objetivo:** El objetivo de la presentación es analizar desde un punto de vista bioético el derecho a la autonomía del paciente en terapia intensiva, su alcance y sus límites.

**Métodos:** Estudio descriptivo, de una serie de casos de pacientes admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Austral que requirieron decisiones que involucraron aspectos bioéticos.

#### Resultados:

Casos clínico 1: Paciente con abdomen agudo que se niega a la cirugía. La indicación quirúrgica era dudosa, el riesgo de la cirugía era alto por la condición clínica del paciente (shock distributivo con signos de mala perfusión periférica). Había una alternativa menos riesgosa, quizá menos efectiva, que el paciente aceptaba (antibióticos). La negativa del paciente se debía al temor de verse confinado a la ARM de por vida. El temor era razonable por los antecedentes del paciente y la situación clínica del paciente.

Caso clínico 2: Paciente con quemadura facial que rechaza la intubación orotraqueal. Era una urgencia y el tratamiento era claramente beneficioso. La negativa del paciente estaba motivada por el temor y la falta de conocimiento de los riesgos de la situación.

Caso clínico 3: Paciente con enfermedad neuromuscular que rechaza la asistencia ventilatoria mecánica electiva. La indicación de ARM era la dificultad del paciente de proteger la vía aérea. El paciente se negaba, excepto que estuviera en insuficiencia respiratoria.

**Conclusión:** Creemos que el consentimiento informado no anula la obligación del médico de emplear su ciencia y conciencia al servicio de la vida y de la salud del enfermo. El consentimiento no le ahorra al médico la obligación de discernir qué es lo mejor en cada caso para cada paciente. La aceptación o rechazo de un método diagnóstico o terapéutico es uno de los elementos de juicio para el médico a la hora de tomar estas decisiones. El equipo médico debe respetar la autonomía del paciente siempre que la decisión del paciente no sea contraria a la ética.

### 0081 STENT CEREBRAL EN UN PACIENTE EN COMA CON DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE ARTERIA BASILAR

D GONZÁLEZ, M CURONE, A CECILIANO, J RIOS, F VILLASANTE  
Clínica y Maternidad Suizo-Argentina, Argentina.

Paciente de 29 años de edad, sin antecedentes relevantes, que ingresa a la unidad de cuidados intensivos en coma, Glasgow 5/15, con déficit motor izquierdo y pupilas mióticas y reactivas. El cuadro clínico comenzó 3 hs. antes de su ingreso con disartria y paresia braquial izquierda. Se realizó intubación orotraqueal y ventilación mecánica, evolucionando con estabilidad hemodinámica. La TAC de Cerebro realizada no mostró lesiones agudas observándose la arteria basilar hiperdensa y la RMN de Cerebro presentó difusión positiva a nivel bulboprotuberancial y en hemisferio cerebeloso izquierdo. Debido a estos hallazgos se realizó Angiografía Digital Cerebral y de Vasos del Cuello que evidenció la trombosis total de la arteria Basilar por disección arterial. Se realizó Angioplastia Mecánica del trombo lográndose la revascularización parcial de la arteria basilar e implante de stent lográndose cubrir la totalidad

de la disección. Finalmente se realizó antiagregación plaquetaria endovascular con Abciximab. El paciente evolucionó en ARM, bajo sedoanalgesia, con pupilas mióticas reactivas, reflejos de tronco cerebral y corneano conservados y TAM mayor de 100 mmHg. requiriendo apoyo inotrópico. Recibió tratamiento con Aspirina y Heparina Sódica en rango de anticoagulación. A las 24 y 48 hs. de evolución se realizó TAC de Cerebro donde se descartó hemorragia como complicación del tratamiento y nueva TAC de Cerebro a las 72 hs donde se observaron lesiones hipodensas en cerebelo a predominio en hemisferio cerebeloso izquierdo y porción dorsal del tronco cerebral compatibles con infarto cerebral. El Doppler Transcraneano mostró velocidades normales. Evolucionó vigil sin sedantes por lo que se extubó sin complicaciones. La anticoagulación fue suspendida a las 72 hs. continuando tratamiento antiagregante con Aspirina y Clopidogrel. El paciente evolucionó lúcido, con paresia braquial izquierda moderada, diplopía, compromiso del VI par craneal derecho y dismetría. Evolución clínico neurológica favorable.

**Comentarios:** La descripción de este caso tiene como objetivo considerar la utilidad de disponer de métodos diagnósticos complementarios adecuados que permitieron la realización de un tratamiento no habitual para esta patología con resultado satisfactorio.

### 0082 VENTILACIÓN DIFERENCIAL EN TRAUMA DE TÓRAX CON PATOLOGÍA ASIMÉTRICA ¿UNA ALTERNATIVA A LA VENTILACIÓN CONVENCIONAL?

S ROJAS, A DELARRIVA, E GARCIA, S HERRERA, M GARCIA, J CELIA, M RUIZ, J FERNANDEZ, J ORTEGA, S CARRIZO, N BONETTO, M MORENO  
Hospital Regional "Victor Sanguinetti" Comodoro Rivadavia, Chubut., Argentina.

**Introducción:** La ventilación pulmonar diferencial es un método ventilatorio poco utilizado y poco conocido en cuidados críticos. En el trauma de tórax, esta modalidad ventilatoria, estaría indicada en las situaciones que generan una injuria pulmonar asimétrica y que resultan en una desproporcionada alteración de la mecánica ventilatoria.

**Objetivo:** Revisar mediante un caso clínico las indicaciones de inicio, los parámetros ventilatorios utilizados y finalización de la ventilación pulmonar diferencial en el trauma de tórax.

**Caso clínico:** Paciente de 25 años, sin antecedentes, ingresa a terapia intensiva por trauma cerrado de tórax por caída de altura, presentando contusión pulmonar bilateral a predominio derecho, hemoneumotórax y 7 fracturas costales derechas. Se coloca tubo de tórax derecho e ingresa a quirófano por hemotórax masivo y neumotórax persistente, presentando lesión en lóbulo superior de 2 cm y en lóbulo medio derecho, se realiza rafia. Presenta en posoperatorio inmediato shock hipovolémico. Evoluciona, a las 48 hs, con SDRA severo con hipercapnia grave y fistula broncopleurales derecha de alto débito, motivo por el cual se decide realizar ventilación diferencial con tubo doble lumen derecho y dos respiradores con volumen corriente bajo manteniendo presión meseta < 26 cmH<sub>2</sub>O. Como intercurencia presenta neumonía intrahospitalaria tardía que evoluciona favorablemente con tratamiento antibiótico, se realiza ventilación diferencial durante 11 días mejora SDRA, persiste con la fistula y se decide ventilación convencional ya que implementación de la ventilación diferencial revirtió las alteraciones en el intercambio y ayudó a la recuperación del paciente.

**Conclusión:** Esta modalidad ventilatoria debería ser considerada en pacientes con trauma pulmonar y patología pulmonar asimétrica que presentan con métodos ventilatorios convencionales, alteraciones en el intercambio gaseoso y riesgo de biotrauma. En la contusión pulmonar la disminución de la distensibilidad, la hipoxemia refractaria, el aumento del shunt como efecto paradójico con la PEEP, la sobredistensión del pulmón menos lesionado y el deterioro cardiovascular como consecuencia de la PEEP son indicaciones de ventilación pulmonar diferencial. En la fistula broncopleurales debe ser considerada en aquellos pacientes en los que la pérdida de ai-

re excede el 50% del volumen corriente, en hipoxemia refractaria en la cual el aumento de la PEEP exacerba la pérdida, en acidosis respiratoria severa y en colapso pulmonar persistente a pesar de un adecuado drenaje. Según la bibliografía el volumen corriente inicial debería ser de 4-5 ml/kg evitando una Pplat > 26 cmH<sub>2</sub>O, los restantes parámetros deben ajustarse con el objetivo de optimizar la oxigenación; en el caso de la fístula broncopulmonar se debe reducir al mínimo la pérdida de aire, disminuyendo el tiempo inspiratorio, la frecuencia respiratoria y el flujo inspiratorio.

### 0085 CARACTERIZACIÓN CUANTITATIVA DE LA PERFUSIÓN MICROCIRCULATORIA EN VOLUNTARIOS SANOS Y PACIENTES SÉPTICOS

VS KANOORE EDUL<sup>1,2</sup>, C ENRICO<sup>1,2</sup>, B LAVIOLLE<sup>3</sup>, A RISSO VAZQUEZ<sup>2</sup>, C INCE<sup>4</sup>, A DUBIN<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Cátedra de Farmacología Aplicada, La Plata, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Otamendi y Miroli, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> CHU de Rennes - Université de Rennes 1, Service de Pharmacologie Clinique, Rennes, Francia. <sup>4</sup> Academic Medical Center, University of Amsterdam, Translational Physiology, Amsterdam, Países Bajos.

	Densidad Capilar Total (mm/mm <sup>2</sup> )	IFM	PVP	VGR (um/seg)	DCP (mm/mm <sup>2</sup> )	IH	CVGR
Voluntarios sanos	16.7 [15.5-17.6]	2.98 [2.96-2.99]	1.00 [0.99-1.00]	1367 [1266-1470]	16.6 [15.4-17.6]	0.01 [0.00-0.02]	0.39 [0.34-0.48]
Pacientes sépticos	16.4 [15.8-17.8]	2.24 [1.89-2.48]	0.84 [0.71-0.94]	846 [718-950]	13.8 [11.9-14.90]	0.17 [0.07-0.40]	1.79 [1.59-2.10]
p-valor	0.672	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

El índice de flujo microvascular se correlacionó significativamente con la proporción de capilares perfundidos ( $r=0.95$ ,  $p<0.001$ ) y con la VGR ( $r=0.85$ ,  $p<0.001$ ). Solo el 5% de los capilares de los pacientes sépticos presentaron VGR mayor que el percentilo 75 de los voluntarios sanos.

**Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes sépticos, la principal característica de la microcirculación sublingual fue la heterogeneidad y la perfusión reducida. Además, no se encontró ni disminución de la densidad capilar total ni flujo hiperdinámico. Estudio subsidiado por el subsidio PICT-2007-00912, Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, Argentina.

### 0087 ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA. REPORTE DE CASOS

MC PALACIO, A PEREZ, JC MEDINA, R SANTOS, H SANTAMARÍA, G SANDOVAL, F KIRILUK, E GUERRA, R IZURIETTA, B SOLANO  
Sanatorio Prof Itoiz, Avellaneda, Bs As., Argentina.

**Introducción:** La encefalomiélitis aguda diseminada (ADEM) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central, habitualmente de curso monofásico, que ocurre después de infecciones virales o bacterianas o post inmunización, de inicio subagudo o agudo, que afecta a niños y adultos jóvenes. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico, los hallazgos de la RMN cerebral y el líquido cefalorraquídeo, debiendo realizar ocasionalmente estudio histopatológico, con biopsia cerebral.

Los síntomas neurológicos focales comprenden piramidalismo, ataxia, neuritis óptica, déficit motor, alteración de pares craneales y mielopatía. Suelen recuperarse por completo, pueden dejar secuelas o ser fatal.

**Objetivo:** Comunicar tres casos de ADEM, entidad de difícil diagnóstico inicial debido a su presentación variada y baja incidencia.

#### Métodos:

CASO 1: masculino de 32 años, sin antecedentes de importancia, con prodromo de 48 hs de tendencia al sueño, ingresa por episodio convulsivo generalizado y déficit motor FBC izquierdo, requiere ARM por deterioro de sensorio.

Fiebre, se realiza TC cerebral y punción lumbar, LCR hiperproteinoorraquia, se inicia tto con ceftriaxona y aciclovir.

RMN cerebral imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR parietal derecha, ganglios de la base bilaterales, simétricas y cerebelo izquierdo.

**Introducción:** Las alteraciones de la microcirculación juegan un rol fundamental en la patogénesis de la sepsis y se han convertido en un potencial y atractivo objetivo terapéutico de resucitación. Sin embargo, hasta la actualidad no se ha realizado una caracterización completa y profunda de la microcirculación tanto en sujetos sanos como en pacientes sépticos.

**Objetivos:** 1. Comparar cuantitativamente la microcirculación entre sujetos sanos y pacientes sépticos. 2. Descartar el flujo hiperdinámico como un componente de la microcirculación de los pacientes sépticos.

**Métodos:** Se evaluó la microcirculación sublingual de 23 voluntarios sanos y 22 pacientes sépticos utilizando un sistema de videomicroscopía SDF imaging y el software AVA 3.0. La velocidad de los glóbulos rojos (VGR) se midió utilizando el diagrama espacio/tiempo. El índice de flujo microvascular (IFM) capilar fue calculado a partir del promedio del valor de flujo individual de cada capilar. Los datos se expresan como mediana y percentilos 0.25 y 0.75 y se compararon utilizando el Test de Mann Whitney.

**Resultados:** En comparación con los sujetos sanos, los pacientes sépticos presentaron disminución del IFM capilar, de la proporción de vasos perfundidos (PVP), la VGR, y la densidad capilar perfundida (DCP). Además, los pacientes sépticos presentaron mayor índice de heterogeneidad (IH) en el flujo y coeficiente de variabilidad de la VGR (CVGR). **Tabla 1:**

Se descarta infección de SNC, se inicia metilprednisolona, evoluciona favorable.

CASO 2: masculino de 48 años, con antecedentes de neumonía de 20 días previos al ingreso, presenta deterioro de sensorio y disartria, requiere ARM por Glasgow deprimido.

Se realiza TC cerebral y punción lumbar, LCR linfocitosis, se inicia ATB y aciclovir.

RMN cerebral imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR temporal bilateral, tronco, frontal izquierdo y paraventricular izquierda.

Se descarta infección del SNC, se inicia metilprednisolona, evolución favorable.

CASO 3: masculino de 31 años con antecedentes de consumo de cocaína, que ingresa por cuadro de confusión mental, afasia de expresión y paresia FBC derecha.

RMN cerebral imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR bifrontales y temporal derecha con realce al contraste.

Se realiza tto con ceftriaxona, pirimetamina, clindamicina y leucovorina empírico. Se solicita HIV y se desea descartar infección del SNC (absceso/toxoplasmosis), evaluado por infectología y neurocirugía se realiza biopsia estereotáxica cerebral.

Se recibe diagnóstico de signos de desmielinización aguda, se inicia metilprednisolona, evoluciona desfavorable, fallece a los 65 días de internación.

**Conclusión:** En los casos de sospecha de ADEM, debemos descartar infección del SNC antes de iniciar inmunosupresión.

En general el pronóstico es bueno, los dos primeros casos tuvieron buena evolución y con recuperación motora, mientras que el caso 3 presentó una evolución desfavorable y desenlace fatal.

Esta entidad debe ser reconocida y tratada precozmente por su gravedad y repercusión funcional.

### 0088 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA, ¿CÓMO ESTAMOS HOY?

A DELARRIVA, E GARCIA, S HERRERA, M GARCIA, J CELIA, M RUIZ, J FERNANDEZ, J ORTEGA, S CARRIZO, N BONETTO, S ROJAS, M BERNALDO DE QUIROZ, G MAMY, N NICKELS, S ORTIZ

Hospital Regional "Victor Sanguinetti". Comodoro Rivadavia. Chubut, Argentina.

**Introducción:** La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la infección nosocomial más frecuente en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y su incidencia puede ser tomada como medida de calidad de atención.

**Objetivo:** Analizar las características de los pacientes internados en UTI que requirieron asistencia respiratoria mecánica (AVM) comparando el grupo que presentó NAV con aquellos que no la presentaron (NoNAV) y establecer los microorganismos aislados en NAV temprana y tardía, como también mecanismos de resistencia implicados.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes internados en UTI, desde 01/01/2010 hasta 31/01/2011, que requirieron AVM. Para el diagnóstico se utilizaron criterios clínicos, radiológicos, el CPIS y estudios bacteriológicos de aspirado traqueal o minibal cuantitativo. Se tuvieron en cuenta las variables edad, sexo, APACHE II, días de internación en UTI, días de AVM y mortalidad. En pacientes con NAV se evaluaron motivos de ingreso, tiempo de aparición de NAV (temprana o tardía) y microorganismos aislados. Los resultados se expresaron como mediana y cuartiles (Q1-Q3) para variables no paramétricas y como porcentaje las variables nominales. Las relaciones univariadas entre las variables poblacionales se analizaron por el método de Mann Whitney. Se consideró significativa un  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Requirieron AVM 126/213 (59,15%) pacientes, 29/126 (23%) presentaron 33 episodios de NAV. La edad fue similar en ambos grupos, aunque predominó el sexo femenino en grupo NAV. Los días de AVM e internación fueron significativamente mayores en pacientes con NAV; la mortalidad fue mayor en NAV, pero sin significación estadística respecto a NoNAV. Los motivos de ingreso a AVM fueron 15/29 (51,7%) clínicos, 13/29 (44,8%) trauma y 1/29 (3,5%) quirúrgicos programados. Se constataron 8/29 (24%) episodios de NAV temprana y 25/29 (76%) de tardía. Las muestras enviadas para estudio bacteriológico correspondieron a aspirado traqueal 16/33 (48%) y a minibal 17/33 (52%). Se obtuvo un 26/33 (79%) de rescate microbiológico, 7/33 (21%) de las muestras en las que no se aisló germen, 3/33 (9%) eran intraantibiótico. En NAV temprana los microorganismos aislados fueron *S. aureus* 4/7 (7%), *S. pneumoniae* 2/7 (29%) y *E. coli* 1/7 (14%); y en NAV tardía *P. aeruginosa* 12/20 (60%), *A. baumannii* 4/20 (20%), *S. maltophilia* 2/20 (10%), *B. cepacia* 1/20 (5%) y *E. aerogenes* 1/20 (5%). Los mecanismos de resistencia presentes fueron BLEE y en *P. aeruginosa* impermeabilidad y eflujo.

**Conclusión:** La tasa de riesgo acumulado de NAV en nuestra UTI fue 37,20 casos/1000 días AVM; la aparición de la misma prolongó el tiempo de AVM y de estadía en UTI. Respecto de los microorganismos encontrados en NAV temprana y tardía, los hallazgos fueron similares a lo observado en la literatura, no encontrándose mecanismos de resistencia por carbenemas tipo metalobetalactamasas ni KPC, por ello consideramos importante el uso racional de antibióticos evitando así la aparición de nuevos mecanismos de resistencia.

### 0089 COQUELUCHE GRAVE, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO ALTERNATIVO

P TAFFAREL, G BONETTO, J SASBÓN

Hospital J.P. Garrahan, Argentina.

**Introducción:** La coqueluche es una enfermedad infectocontagiosa que puede presentar evolución fatal en pacientes menores de un año, con hipoxemia e hipertensión pulmonar refractaria al

tratamiento, consecuencia de un síndrome de hiperviscosidad y trombosis arteriolar responsable del colapso cardiocirculatorio; La reducción de la masa circulante de leucocitos, mediante exanguinotransfusión sería una opción válida como tratamiento

**Objetivo:** Describir la evolución de los pacientes con coqueluche en esta institución y determinar la existencia de predictores de mortalidad. Describir y analizar el impacto de la exanguinotransfusión (ET) como tratamiento alternativo.

**Pacientes y Métodos:** Análisis retrospectivo de 41 historias clínicas de pacientes (Ptes) con diagnóstico de coqueluche en el periodo 01/2003 a 03/2011. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, peso, esquema de vacunación completo según edad, nacido de término o no, causa de ingreso a UTI y PIM II (índice de mortalidad pediátrica). Durante la evolución en UTI se revisó la existencia de taquicardia (mayor 190 por minuto), hipertensión pulmonar (HTP) confirmada por ecografía y tratamiento de la misma, requerimiento de ARM y días de la misma, requerimiento de ventilación de alta frecuencia oscilatoria, hipoxemia (PAFI  $< 200$  y/o IO  $> 13$ ), máximo valor de leucocitos y plaquetas, necesidad de drogas vasoactivas, requerimiento de Hemofiltro y/o Adrenalina a dosis  $> 0.2$  gamas/Kg/minuto (AD  $> 0.2$ ). Finalmente se analizó el impacto de la ET efectuada a 9 Ptes como tratamiento alternativo

**Resultados:** La mortalidad global fue del 41.4 % (n=17), se encontró diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) como predictor de mortalidad en el mayor valor de leucocitosis, la presencia de frecuencia cardíaca mayor a 190 por minuto (Fc  $> 190$ ), hipoxemia, en el requerimiento de AD  $> 0.2$  y de terapia de reemplazo renal. El 55.5% de los Ptes que fueron sometidos a ET fallecieron (5 de 9 Ptes), en el análisis de los grupos que fallecieron vs los que sobrevivieron al procedimiento se encontró diferencia significativa en la edad (siendo menor en los fallecidos), en la presencia de hipoxemia, la existencia de HTP y finalmente en el requerimiento de AD  $> 0.2$ , variables que estuvieron presentes en una mayor proporción en el grupo de los ptes sometidos a exanguinotransfusión que fallecieron.

Se analizaron las variables hipoxemia, Fc  $> 190$ , AD  $> 0.2$  y leucocitosis mayor a 50000/mm<sup>3</sup>, en todos los Ptes que las mismas estuvieron presentes, en relación con ET y mortalidad, siendo los resultados en todos los casos no significativos ( $p > 0.05$ ).

**Conclusión:** El mayor valor de leucocitosis, la presencia de Fc  $> 190$  por minuto, hipoxemia, el requerimiento de AD  $> 0.2$  y de terapia de reemplazo renal se asocian a mayor mortalidad en la coqueluche, una vez que las condiciones clínicas desfavorables, como hipoxemia, Fc  $> 190$ , AD  $> 0.2$  y leucocitosis mayor a 50000/mm<sup>3</sup> están presentes la ET no aportaría beneficio.

### 0090 FIBRINOLÍTICOS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON ALTA SOSPECHA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO

A DELARRIVA, S ROJAS, N BONETTO, A CARRIZO, E GARCIA, S HERRERA, M GARCIA, J CELIA, M RUIZ, J FERNANDEZ, J ORTEGA, S CARRIZO

Hospital Regional "Victor Sanguinetti" Comodoro Rivadavia, Chubut., Argentina.

**Introducción:** En el paro cardiorrespiratorio con alta sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP) se debe considerar la infusión de fibrinolíticos durante la reanimación cardiopulmonar, y se debe prolongar los tiempos de reanimación posteriores a la infusión.

Paciente de 38 años edad con antecedentes de obesidad, sedentarismo, tabaquista severa, ingesta de anticonceptivos orales. Presento en horas de la mañana episodio de malestar general asociado a síncope y disnea. Ingresó por guardia con cianosis facial, mala perfusión, se realiza electrocardiograma que evidencia taquicardia supraventricular. Evoluciona con bradicardia extrema y paro cardiorrespiratorio. Se realiza intubación orotraqueal y se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada, retornando a circulación espontánea con ritmo de taquicardia de complejo angosto sin onda P. Se interna en UTI se conecta a AVM, presenta desaturación

persistente (EAB pH: 6.90, PCO<sub>2</sub>: 58.5 mmHg, PO<sub>2</sub>: 68.2 mmHg, Bicarbonato: 11.4 mmol/l, EB: -21.9, Sat.O<sub>2</sub>: 70.7%). Ionograma normal. Realiza nuevo paro cardiorrespiratorio, AESP, se reinicia reanimación cardiopulmonar, retorna a circulación espontánea en varias oportunidades. Aproximadamente a los 20 minutos de RCP por sospecha de tromboembolismo pulmonar se decide iniciar tratamiento fibrinolítico con estreptoquinasa. Evoluciona de AESP a FV, luego de 60 minutos de reanimación se suspende la misma. Se realiza necropsia que evidencia hallazgos macroscópicos y biopsia compatible con diagnóstico de TEP masivo.

En pacientes con paro cardiorrespiratorio asociado a TEP es razonable la administración de fibrinolíticos evidencia clase IIa. Se debe considerar realizar RCP durante al menos 60-90 minutos antes de la finalización de intentos de reanimación.

Estudios aleatorios demostraron que el tratamiento trombolítico resuelve rápidamente la obstrucción tromboembólica y tiene efectos beneficiosos en los parámetros hemodinámicos. No se demostró una mejoría en el tratamiento con fibrinolíticos en la etapa prehospitalaria en un estudio randomizado doble ciego.

**Conclusión:** El tratamiento fibrinolítico durante la reanimación cardiopulmonar con sospecha de TEP debe considerarse como opción de tratamiento en pacientes que no responden a las maniobras de RCP estandarizadas. Los fibrinolíticos no están contraindicados en el PCR, incrementan la tasa de recuperación a circulación espontánea, la supervivencia y la función neurológica a largo plazo. No debe ser utilizado de rutina ya que se asocia con aumento de riesgo de sangrado intracraneal. La mortalidad es elevada en pacientes con embolectomía quirúrgica posterior al paro cardiorrespiratorio. En pacientes que no son candidatos al tratamiento fibrinolítico está indicada la trombectomía mecánica percutánea.

#### 0091 SECUELAS FÍSICAS Y FUNCIONALES LUEGO DE LA ENFERMEDAD CRÍTICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SERIE DE CASOS

AV DAS NEVES<sup>1</sup>, DN VÁSQUEZ<sup>1</sup>, MG SÁENZ<sup>2</sup>, J MOREIRA<sup>3</sup>, R GONZALVO<sup>2</sup>, C LOUDET<sup>3</sup>, C BALASINI<sup>2</sup>, G FERRARA<sup>2</sup>, R REINA<sup>2</sup>, E ESTENSSORO<sup>2</sup>, D INTILE<sup>4</sup>

<sup>1</sup> HIGA Gral San Martín -Fundación para la Asistencia e Investigación en la Enfermedad Renal-FINAER, Argentina. <sup>2</sup> HIGA Gral San Martín, Argentina. <sup>3</sup> Fundación para la Asistencia e Investigación en la Enfermedad Renal-FINAER, Argentina. <sup>4</sup> Sanatorio Anchorena, CABA, Argentina.

**Introducción:** A medida que mas pacientes sobreviven a la internación en UTI es necesario conocer las secuelas a largo plazo. Secuelas tales como debilidad y dolor tienen gran impacto en la calidad de vida al alta.

**Objetivo:** Describir la frecuencia y evolución de las secuelas físicas entre pacientes que requirieron ARM por mas de 48 hs entre 1/4/2010 y 17/4/2011.

**Métodos:** Estudio prospectivo de serie de casos.

**Resultados:** Datos demográficos: edad 33 [25--50], sexo masculino 71%, estadía en UTI 30 [14-51], estadía hospitalaria 60 [34-102] días, score APACHEII 14,6 +- 6.4 puntos, 57% sin comorbilidades. Motivo de ingreso: Trauma 49%, causas médicas 25,5%, quirúrgico de urgencia 15,7% y quirúrgico programado 9,8%. Tabla 1.

Secuela	1 mes n=39	3 meses n=25	6 meses n=12	12 meses n=7
Debilidad	22(57)	16(54)	6(41,7)	0
Incapacidad sentarse/pararse	10(26)	5(20)	3(27,3)	0
Deambula	17(43,6)	14(56)	7(58,3)	5(71)
Sin ayuda	9(23,1)	9(36)4(16)	2(17)	0
Con Ayuda	13(33,3)		3(25)	0
No deambula				
Escaras	27(69)	12(48)	4(30)	0
Fatiga	24(37,8)	9(36)	1(9)	0

Disnea	5(14)	7(28)	0	0
Dolor/Malestar	28(72)	13(53)	7(58)	1(20)
FocoMotor	16(41)	8(32)	2(18,2)	0
Trastorno de deglución	14(35,8)	8(32)	2(18,2)	0
Obstrucción vía aérea post intubacion	5(12)	2(12)	1(8,3)	0
Traqueostomía	8(20,5)	3(12)	2(15)	0
Tratamiento kinesiológico	21(62)	12(48)	4(36)	1(20)

**Conclusión:** Las secuelas físicas más frecuentes al mes fueron el dolor (72%), escaras (70%), debilidad (57%) e incapacidad para deambular sin ayuda (56,4%). El dolor continuo siendo una de las secuelas mas frecuentes a los 6 meses (53). En el caso de las escaras, si bien su frecuencia disminuyo, es aún del 30% a los 6 meses del alta. -La recuperación funcional motriz se mide en meses mas que semanas. A los 6 meses el 41% expresa debilidad y el 27% aún tiene incapacidad total para sentarse/pararse. Esta secuela podría explicarse por la presencia de foco neurológico motor, pero también causas extrapulmonares como debilidad, fatiga, dolor y úlceras por decúbito. -La obstrucción de vía aérea posterior a la intubación es una secuela grave y transitoria que presentaron el 12% de los pacientes al mes del alta. -La detección y rehabilitación precoz de las secuelas físicas durante y después de la estadía en UTI podría reducir la gran incidencia y duración de la morbilidad física al alta, mejorando la calidad de vida. Y reduciendo los costos asociados a la incapacidad.

#### 0097 SECUELAS PSICOLÓGICAS EN PACIENTES SOBREVIVIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO, PROSPECTIVO Y LONGITUDINAL

R GONZALVO<sup>1</sup>, A DAS NEVES<sup>1,2</sup>, D VÁSQUEZ<sup>1,2</sup>, MG SAENZ<sup>1</sup>, N ANZORANDÍA<sup>2</sup>, J MOREIRA<sup>2</sup>, R REINA<sup>1</sup>, E ESTENSSORO<sup>1</sup>, D INTILE<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Terapia Intensiva, Hospital Interzonal General de Agudos "Gral San Martín", La Plata, Argentina. <sup>2</sup> Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal-FINAER, La Plata, Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Anchorena, CABA, Argentina.

**Introducción:** Las consecuencias físicas en los pacientes que sobreviven a la internación en una unidad de cuidados intensivos (UCI) han sido tradicionalmente bien estudiadas. Sin embargo, las secuelas psicológicas de la enfermedad crítica son menos conocidas.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de secuelas psicológicas (stress postraumático, ansiedad y depresión) en sobrevivientes de una internación en UCI durante un año de seguimiento.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal que incluyó a todos los pacientes sobrevivientes a la UCI entre el 01-04-2010 y el 30-04-2011, y que recibieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) durante ≥48 horas. Se excluyeron aquellos pacientes que no recibieron ARM invasiva o no dieron el consentimiento informado. Se siguieron por consultorio de Seguimiento de Pacientes Críticos a 1, 3, 6 y 12 meses del alta de UCI.

Los trastornos de ansiedad y depresión fueron diagnosticados utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria "HADS" (Hospital Anxiety and Depression Scale) a 1, 3, 6 y 12 meses del alta de UCI (un puntaje ≥11 indica la existencia de un problema clínico). La evaluación de stress postraumático se realizó mediante la escala de trauma de Davidson (punto de corte: 40 puntos) a los 3 meses del alta de UCI.

Se registraron edad, género, APACHE II y categoría diagnóstica a la admisión a UCI.

El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS 11.0 para Windows. Los datos se presentan como medias, desvío estándar

y medianas para variables continuas y distribución de frecuencias para datos categóricos.

**Resultados:** De un total de 195 pacientes ingresados a la UCI durante el periodo de tiempo que duró el estudio, 51 pacientes reunieron los criterios de inclusión; 28 pacientes completaron el cuestionario HADS y 22 de ellos completaron la escala de Davinson. Sólo 5 de los 28 (18 %) pacientes completaron el año de seguimiento.

La edad de estos pacientes fue de  $34 \pm 13$  años, 15 (54%) masculinos, APACHE II de  $15 \pm 7$ , y el diagnóstico de admisión más frecuente fue trauma.

**Escala de Davidson** (22 pacientes): el 27% cumplieron criterios de síndrome de stress postraumático.

**Escala HADS** (28 pacientes): 1 mes: 21% ansiedad y 14% depresión; 3 meses: 14% ansiedad y 23% depresión; 6 meses: 30% ansiedad y 30% depresión; 1 año: 0% ansiedad y 20% depresión.

**Conclusión:** En coincidencia con la literatura referente al tema, estos pacientes presentaron una alta prevalencia de ansiedad, depresión y stress postraumático. Se evidencia la necesidad de implementar estrategias de seguimiento para el diagnóstico y tratamiento precoz de estos trastornos.

#### 0098 HÍGADO GRASO AGUDO DE EMBARAZO COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA FULMINANTE

J CENTORBI, J SÁNCHEZ, M MARENGO, J GUYON, A CHENA, J PINA, AM SÁNCHEZ, G ZAKALIK, JL MARENGO  
Hospital Luis C. Lagomaggiore, Argentina.

**Introducción:** El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) trastorno metabólico grave, poco frecuente, que se manifiesta a partir de la semana 26 de gestación y hasta después del parto, con mayor incidencia entre las semanas 34 y 37 de gestación. El (HGAE) ocurre aproximadamente en uno de cada 13000 embarazos, con mortalidad hasta del 20%. Cursa con esteatosis microvesicular por alteración mitocondrial, pudiendo evolucionar a fallo hepático fulminante. Se manifiesta por alteración severa de la coagulación, ictericia e hipoglucemia. Como diagnósticos diferenciales se deben descartar, púrpura trombótica trombocitopénica, síndrome HELLP y sepsis. Las complicaciones más frecuentes son: insuficiencia hepática fulminante, insuficiencia renal, hemorragia genital, coagulación intravascular diseminada, convulsiones y coma. La muerte materna suele ser por fallo multiorgánico, hemorragia posparto, sepsis o ambas. El tratamiento definitivo consiste en la finalización del embarazo. La biopsia hepática confirma el diagnóstico.

**Objetivo:** Reporte de un caso clínico de hígado graso agudo del embarazo como causa de insuficiencia hepática fulminante.

**Material y métodos:** Revisión y análisis de Historia Clínica.

**Descripción de caso:** Mujer de 32 años sin antecedentes patológicos conocidos, cursando embarazo de 38 semanas, que ingresa a obstetricia por presentar feto muerto y retenido, ictericia, bradipsiquia, con estabilidad hemodinámica. Laboratorio: LDH 1879, FAL 2522, Creatinina 34,55 mg/l, Uremia: 0,24 g/l, Uricemia: 71,07 g/l, GOT 530, GPT 283, TP 11%, TTPK 114 seg, RIN 8,47, Fibrinógeno no dosable, Hematocrito y plaquetas normales. Ingres a UTI en el postoperatorio inmediato de cs de urgencia. A las 24 hs presenta fallo multiorgánico, con necesidad de soporte hemodinámico y ventilatorio. Ante el hallazgo ecográfico compatible con endomiometritis, se realiza histerectomía. A las 12 h presenta mejoría de fallo hemodinámico, persistiendo con fallo hepático y neurológico, ante la sospecha diagnóstica de fallo hepático agudo fulminante de causa secundaria (hígado graso del embarazo) se solicita evaluación de INCUCAI. Acordándose tratamiento de soporte y control evolutivo. Al quinto día de internación presenta evolución tórpida, desarrolla shock séptico, fallo multiorgánico, falleciendo a las 48 hs. Se confirma diagnóstico anatomopatológico de hígado graso.

**Conclusión:** Si bien la insuficiencia hepática fulminante asociada a (HGAE) es poco frecuente, se debe sospechar en embarazadas durante el tercer trimestre, que presenten ictericia, trastornos en la coagulación y encefalopatía. Esta demostrado que la adecuada

reanimación en UTI y la interrupción del embarazo son claves para disminuir las complicaciones y la morbimortalidad materno-fetal.

#### 0102 REVISIÓN DE LAS INDICACIONES DE TRAQUEOSTOMÍA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

M TISZLER, J CESPEDES, M PUITA MONTERO, G CAPROTTA  
Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Revisar las indicaciones de traqueostomía, tiempo de ventilación mecánica pretraqueostomía, tiempos de ARM postraqueostomía, morbilidad y mortalidad dentro de nuestra unidad.

**Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de una serie de casos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos polivalente con capacidad de 20 camas, en un hospital de trauma y emergencia ubicado en el partido de Malvinas Argentinas, provincia de Buenos Aires, Argentina.

La serie abarca 7 pacientes asistidos durante el período junio-agosto del 2009, pico de la epidemia estacional de Influenza A H1N1 en Argentina.

**Resultados:** Las indicaciones para realizar traqueostomía en nuestra serie fueron la ventilación mecánica prolongada y las enfermedades neurológicas.

El tiempo de ARM hasta la realización de traqueostomía fue en promedio de 32 días. Los días de ventilación mecánica postraqueostomía fueron 22.

Se realizaron endoscopías respiratorias en el 57% de los pacientes, resultando patológicas en el 100% de los casos.

Dentro de las complicaciones observamos: 3 obstrucciones, 2 decanulaciones accidentales y 1 granuloma del ostoma, como único evento adverso alejado.

El 72% de los pacientes egresaron de la unidad, para su internación en sala de pediatría. Sólo fallecieron 2 pacientes de la serie, ninguno por causas relacionadas con la traqueostomía.

Hasta la actualidad no se han registrado reingresos a la UCIP.

**Conclusiones:** Los pacientes pediátricos que requieren traqueostomía conforman una población heterogénea y en pleno crecimiento dentro de la UCIP.

Coincidiendo con la bibliografía analizada, los pacientes que requieren traqueostomía debido a ventilación mecánica prolongada, presentan mayor estadía en UCIP comparada con el promedio de los pacientes asistidos en la misma.

Si bien la endoscopia no es reconocida como gold standard en la definición del momento oportuno para indicar el procedimiento, actualmente se considera como el método diagnóstico de elección, sumado a la evaluación particular de cada paciente.

Destacamos que el total de los procedimientos fueron realizados en quirófano por el equipo de cirugía pediátrica del Hospital.

Dado que la obstrucción y la decanulación accidental son las complicaciones más frecuentemente reportadas tanto en la literatura internacional como en nuestra serie, realizamos la capacitación de los padres, para el manejo integral de los niños traqueostomizados por medio de un programa educacional, previo al egreso hospitalario.

#### 0103 SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA ASOCIADO A LIPOSUCIÓN

A CARRIZO, A DELARRIVA, S ROJAS, N BONETTO, E GARCIA, S HERRERA, M GARCIA, J CELIA, M RUIZ, J FERNANDEZ, J ORTEGA, S CARRIZO  
Hospital Regional "Victor Sanguinetti" Comodoro Rivadavia, Chubut., Argentina.

**Introducción:** El síndrome de embolia grasa (SEG) tiene una incidencia < 1%, produce un trastorno complejo de la homeostasis con disfunción multiorgánica. Su presentación clínica puede ser fulminante con embolización pulmonar y sistémica de grasa, insuficien-

cia ventricular derecha y colapso cardiovascular, ante la sospecha el tratamiento indicado es la extracción mecánica del émbolo graso. Paciente de sexo femenino de 30 años de edad con antecedentes de colocación de prótesis mamaria hace 2 años, malla abdominal por eventración. Cursando segundo día de posoperatorio inmediato de liposucción en abdomen y caderas. Presenta en horas de la mañana episodio de dolor abdominal asociado a disnea, taquipnea, cianosis e hipotensión arterial. Evoluciona con paro cardiorrespiratorio, se realizan maniobras de reanimación avanzada con éxito. Ingresa a unidad de cuidados intensivos intubada, se conecta a AVM. Se realiza ecografía abdominal que muestra líquido libre en cavidad abdominal, paracentesis por sospecha de shock séptico a foco abdominal, secundario a perforación de víscera hueca, líquido abdominal hemorrágico postcentrifugado, amarillo, recuento de células 890/mm<sup>3</sup> (54% neutrófilos y 46% linfocitos), proteínas 3,126 g/l, LDH 1999, Albúmina 1,7 g/l, glucemia 1,63 g/l, FAL 59 g/l. Se solicita TAC de abdomen y pelvis que informa mediastino sin evidencias de adenopatías, aumento de la densidad de la grasa mediastinal, vasos mediastinales de calibre conservado, hilos congestivos, dilatación ventricular derecha y a nivel de arteria pulmonar izquierda imagen compatible con trombo. Se realiza electrocardiograma patrón compatible con TEPA, se inicia anticoagulación. Evolución con inestabilidad hemodinámica con requerimientos de drogas vasoactivas y coagulación intravascular diseminada. Se realiza cateterismo arterial que evidencia trombo en arteria pulmonar izquierda, se decide trombectomía mecánica. Se constata mejoría hemodinámica con disminución de los requerimientos de drogas vasoactivas persistiendo con dilatación de cavidades derechas con función del ventricular izquierda conservada por ecocardiograma. Intercurre con insuficiencia renal aguda RIFLE F con requerimientos de hemodiálisis aguda. Presenta pupilas midriáticas arreactivas. Se realiza TAC de encéfalo que evidencia hemorragia subaracnoidea Fisher III. Se diagnostica muerte encefálica.

**Conclusión:** El SEG es una combinación de signos y síntomas respiratorios, hematológicos, neurológicos y cutáneos relacionados con traumatismos, complicaciones quirúrgicas y médicas. Su diagnóstico es clínico. Los émbolos de grasa obstruyen la microvasculatura generando una reacción local, daño endotelial y respuesta inflamatoria difusa; los ácidos grasos libres son tóxicos e incrementan el daño. En la embolia pulmonar es importante diferenciarla del tromboembolismo pulmonar. La trombectomía mecánica es el tratamiento indicado.

#### 0104 TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR. AÑOS 2008-2009. ESTUDIO RETROSPECTIVO, TRANSVERSAL DE CASUÍSTICA

G MARTINELLI, C ARANCIBIA

Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba - Córdoba, Argentina.

**Objetivos:** Fija los siguientes variables: edad, sexo, etiología, clasificación según vertebra afectada, tratamiento, complicaciones.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de casuística de pacientes con traumatismo raquimedular atendidos en el Hospital Municipal de Urgencias en 2008 y 2009.

**Resultados:**

**2008:** 456 pacientes (p); edad: 80% (364) 20-30 años; 15% (68) 36-50 años; 5% (24) + de 50; sexo: 75% (342) masculino (m), 25% (114) femenino (f); etiología: colisión vehicular: 85% (388); auto 20% (91): 80% (73) m, 20% (18) f; moto: 80% (365) 90% (329) m, 10% (36) f; herida arma de fuego: 10% (45); 95% (43) m, 5% (2) f; herida arma blanca 5% (23) 100% (23) m. Clasificación según vertebra afectada. Lesión columna cervical 60% (273); axial (c1-c2): 90% (246), 234 (95%) m, 12 (5%) f; subaxial (c3-c7) 10% (27), 22 (85%) m, 5 (15%) f; lesiones toracolumbares: dorsal 7% (32), 90% (29) m, 10% (3) f; lumbar 30% (137), 76% (103) m, 24% (34) f; sacro: 3% (14) 60% (8) f, 40% (6) m. Tratamiento: médico 35% (160); quirúrgico 65% (296), ortesis 80% y vertebroplastia 20% de los casos.

**2009:** 580p, edad: 93% (539) 20-35 años, 4% (23) 36-50 años, 3% (18 + de 50 años, sexo 75% (435) m, 25% (145) f.

**Etiología:** Colisión vehicular 90% (522); auto 45% (234), 70% (167) m, 30% (67) f; moto 55% (288) 90% (259) m, 10% (29) f. Herida arma de fuego: 7% (40) 100m. herida arma blanca 3% (17) 100% m. Clasificación según vertebra afectada: lesión columna cervical 75% (435), axial (c1-c2) 90% (391) 100% m, subaxial (c3-c7) 10% (44) 90% (39) m, 10% (5) f; lesiones toracolumbares: dorsal 10% (58) 95% (55) m, 5% (3) f; lumbar 10% (58) 91% (53) m, 9% (6) f; sacro 5% (29) 95% (27) f, 5% (2) m. Tratamiento: médico 25% (145); quirúrgico 75% (435), ortesis 80% y vertebroplastia 20% de los casos.

**Conclusiones:** El 80% en 2008 y el 93% de los pacientes tenían entre 20 y 35 años, el 75% de los pacientes en ambos años eran de sexo masculino, la colisión vehicular representa el 75% en 2008 y el 85% en 2009 como causa etiológica. La lesión de columna cervical fue la más frecuente. 75% en 2008-60% en 2009, representada la lesión axial el 90% de los casos en los 2 años. La mayoría necesitó tratamiento quirúrgico 75% en 2008 y 65% en 2009.

#### 0105 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE POR INTOXICACIÓN CON AMANITA PHALLOIDES

F CARINI, MD TERAN, S VILLARROEL, PA GASTALDI, S GIANNASI, E SAN ROMAN

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Presentar un caso de hepatitis aguda grave en paciente previamente sana por intoxicación con amanita phalloides, su evolución inmediata, utilización de Prometheus como terapia de sostén y trasplante hepático.

**Desarrollo:** Paciente de 68 años de edad que ingresa a nuestro hospital derivada de otro centro con diagnóstico de hepatitis aguda grave por intoxicación con amanita phalloides. Refiere consumo de hongos silvestres 48 hs antes de la internación, por la tarde de ese día presenta vómitos, diarrea, dolor abdominal severo y deterioro del estado general. Consulta en otro centro con alteración del hepatograma, lúcida. Al ingreso a nuestro hospital, enzimas hepáticas elevadas (> 8000), falla renal progresiva, sin encefalopatía. Inicia Prometheus® (terapia de sostén extracorpóreo no celular) con buena tolerancia. RIN > 3, ingresa en lista de trasplante hepático con MELD 33. Se realiza trasplante hepático de donante cadavérica a las 24 hs del ingreso, cirugía sin complicaciones. Ingresa a Terapia Intensiva, evoluciona estable, recupera sensorio progresivamente. Hepatograma en mejoría progresiva. Continúa con falla renal oligúrica y requerimiento de hemodiálisis.

**Conclusión:** Se presenta el caso de una paciente con insuficiencia hepática aguda por intoxicación con amanita phalloides y la aplicación de una novedosa técnica de sostén extracorpóreo (Prometheus®), y se resalta la necesidad de revisar los criterios para el ingreso de este tipo de pacientes en lista de trasplante, aún cuando no presenten encefalopatía al momento de la evaluación.

#### 0107 ANÁLISIS DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS REALIZADOS POR LOS RESIDENTES DE TERAPIA INTENSIVA EN UN PERÍODO DE 11 MESES

R MARTINEZ, N SANCHEZ, P ZANARDI, G BÁSCOLO VIVIANI, E GIMENEZ, J TÉVEZ, M CHOY, R CATALÁN, M GOMEZ HIGA Dr. Oscar Alende, Argentina.

**Introducción:** Terapia Intensiva es una especialidad que pertenece a la Medicina Interna, teniendo como objetivo el diagnóstico y tratamiento de los enfermos críticos requiere de conocimientos y destrezas especializadas. Entre los objetivos generales de una Residencia en Terapia Intensiva está el adquirir las destrezas necesarias para la realización de los procedimientos invasivos comunes a un área de cuidados críticos. El proceso de evaluación de estas destrezas no está suficientemente desarrollado como en las especialidades quirúrgicas

**Objetivos:** Conocer los procedimientos invasivos realizados por los Residentes de Terapia Intensiva, sus tasas de éxito y sus complicaciones, evaluando el proceso de aprendizaje

**Material y métodos:** Durante un periodo de 11 meses cada médico residente es monitoreado con un "cuaderno de bitácora" donde constan todos los procedimientos y destrezas técnicas realizadas y para las que haya certificado su destreza. Las variables analizadas son: tipo de procedimiento (cateterización venosa, cateterización arterial, acceso a la vía aérea, otras), año de residencia, éxito en la maniobra, y complicaciones más comunes.

**Resultados:** En un periodo de 11 meses (mayo 2010-marzo 2011) se realizaron 878 procedimientos invasivos distribuidos en: Cateterismos arteriales 240 (27.3%), cateterismos venosos 351 (40%) acceso a vía aérea 195 (22,2%) y otros procedimientos 92 (10,5%). La cateterización arterial más usada fue la radial 194 (80,2%) seguido de femoral 25 (10,3%) y la cateterización venosa más realizada fue la yugular 222 (64%), seguido de subclavia 76 (21.9%) y catéter en la arteria pulmonar 14 (4.0%). Otros procedimientos realizados fueron punciones lumbares 55, punciones pleurales 12 y tubos pleurales 14. La tasa de éxito global fue de 88,4%, siendo progresivo el éxito de acuerdo a la experiencia del operador (jefe de residentes 98%, residentes de 2° 93,5% y residentes de 1° 83,3%). No hallando diferencias significativas entre la tasa de éxito en los distintos procedimientos (cateterización arterial 87,5% de éxito, cateterización venosa 90,3%, vía aérea 90,3%). Complicaciones: La mayor complicación del acceso a la vía aérea fue la intubación esofágica, ocurrió en 8 ocasiones (1,7%) y no ocurrió luego del primer año de entrenamiento. Las complicaciones mayores relacionadas con el cateterismo venoso fueron: neumotórax (1,1%) y punción arterial accidental (2,2%).

**Conclusiones:** Durante el periodo de 11 meses analizado se efectuó un número importante (n=878) y variado (más de 20) de procedimientos. Con una tasa alta de éxitos (cerca a 90%), la curva de aprendizaje se ve reflejada en el incremento progresivo de procedimientos exitosos en la medida que aumenta el entrenamiento. Las complicaciones se hallan por debajo de la media informada en la literatura para médicos en entrenamiento. Sería deseable que al igual que en las especialidades quirúrgicas para la acreditación como especialista en Terapia Intensiva fuera necesario agregar en los antecedentes una lista certificada de las prácticas realizadas.

#### 1018 EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

D OTERO, A PICCIRILLI, K CINQUEGRANI, K FIQUEPRON, M DE LA ROSA, E TESTI, A FERNANDEZ, L BUSO  
Hospital El Cruce. Alta Complejidad en red. Florencio Varela. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMRC), aumentó su prevalencia significativamente desde la década del 80 a nivel mundial generando alta morbimortalidad en pacientes previamente sanos. Es el mayor responsable de las infecciones de piel y partes blandas en la población pediátrica. En nuestra Unidad tuvimos la percepción que este patógeno predominaba sobre el resto de las infecciones Staphylococcicas.

##### Objetivos primarios

- Conocer la prevalencia y mortalidad de SAMRC en pacientes internados en nuestra población.
- Establecer días de estadía en UTIP y días de requerimiento de ventilación mecánica.

##### Objetivo secundario

- Identificar el foco de origen predominante de esta infección en nuestra serie.

**Material y Métodos:** Trabajo descriptivo prospectivo. Se analizaron los registros de todos los pacientes internados en la UTIP ingresados en la base de datos SATI-Q (cargados en tiempo real) y datos

obtenidos del sistema SIGEHOS en el período de Julio de 2008 a Julio de 2010.

##### Resultados:

- 699 Total de Pacientes
- 30 Pacientes con infección comprobada por *Staphylococcus* (4,29%), 21 pacientes con SAMR, 14 pacientes con SAMRC (67% de los SAMR)
- Masculinos 57 %
- Fallecidos: 3 (10 %) (RME = 1,37)

	Media (DS) (Rango)
Estadía	22,6 (23,1) (2-83) SAMR=24 / NO SAMR=19
Edad (años)	5 (5.54) (0-16)
% Prob Mortalidad PIM2	7.31 (10.43) (0-50)
TISS 28	23 (4.1) (17-34)
Días de ARM	23.15 (24.2) (3-80)
(19 pacientes:63%)	SAMR (n=12) 27/ No SAMR (n=7) 16

##### Conclusiones:

- Confirmamos nuestra percepción respecto a que el SAMR es el tipo predominante frente a las infecciones por *Staphylococcus*.
- Del total de los pacientes ingresados durante el período analizado 4% (n=30) tuvo infección comprobada por *Staphylococcus*. En 21 pacientes se aisló SAMR, catorce fueron de la comunidad.
- La mortalidad por infección por *Staphylococcus* fue del 10% (3 pacientes) de los cuales dos fueron por SAMR (67% del total) 1 sólo por SAMRC (33% del total).
- La estadía en UTIP y en ARM fue mayor para los pacientes que aislaron SAMR respecto a los pacientes infectados por otros *Staphylococcus*. (aunque no fue estadísticamente significativa, P>0.05)
- El foco de origen de la infección fue predominantemente pulmonar 21 pacientes (70%).
- Considerando que la mayor parte de nuestras infecciones severas por *Staphylococcus* son SAMR y que el 70 % tiene como foco de origen la infección pulmonar, se justificaría incluir como tratamiento empírico inicial la cobertura para este patógeno utilizando esquemas antibióticos con adecuada penetración pulmonar.

#### 1019 LA MORTALIDAD POR INFECCIÓN POR CATÉTER ES MAYOR ENTRE LOS PACIENTES HIPERTENSOS INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA

K UGO, F GAMBINO  
Hospital Militar Central, Argentina.

**Objetivos:** Demostrar que la mortalidad entre los pacientes con sospecha de sepsis por catéter internados en Terapia Intensiva es mayor entre los pacientes hipertensos.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo de 95 pacientes internados en Terapia Intensiva con sospecha de infección por catéter de vía central. En cada uno de ellos se tuvo en cuenta la edad, antecedentes de hipertensión arterial, diagnóstico de ingreso, signos de infección por catéter, resultados de cultivo de catéter y evolución. Todos los datos fueron evaluados por regresión lineal con p menor a 0,05 significativo.

**Resultados:** De los 95 pacientes adultos incluidos internados en UTI con sospecha de infección por catéter:

El diagnóstico de infección por catéter se realizó por signos clínicos como fiebre, descompensación hemodinámica, requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, uso de inotrópicos y por cultivo de la punta de catéter de vía central.

57 (60%) pacientes era hipertensos. De los 95 pacientes, 30 (32%) presentaron cultivos de catéter positivo de los cuales 18 eran hipertensos y 7 fallecieron. Entre los 65 (68%) con cultivo negativo de punta de catéter, 39 eran hipertensos y fallecieron 17 (p 0.05).

Entre los hipertensos 43 requirieron ventilación mecánica invasiva por más de 14 días y 49 (86%) fueron tratados con vasopresores.

**Conclusiones:** Entre los pacientes internados en Terapia Intensiva

que presentan signos de infección por catéter la mortalidad fue mayor entre los hipertensos siendo del 29% mayor que entre los no hipertensos ( $p < 0.05$ ).

#### 0114 EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA ANTE NUEVAS TERAPÉUTICAS ALTERNATIVAS: PRONACIÓN, ÓXIDO NÍTRICO (NO), CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO) E INSUFLACIÓN DE GAS TRAQUEAL (TGI) EN UN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

V VILLANUEVA FLORES, L RUIZ MORENO, MI MEGY, HA DELGADO

CEMIC, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El paciente politraumatizado necesita de cuidados especiales de enfermería, en relación con el trauma mismo y las complicaciones respiratorias severas que presentan y que no responden a tratamientos convencionales, requiriendo nuevas terapias alternativas (pronación-NO-ECMO-TGI).

**Objetivo:** Relatar la experiencia de los cuidados y la importancia del rol de enfermería brindados a un paciente adulto frente a tratamientos no convencionales.

**Material y Método:** Revisión y análisis de la historia clínica de un paciente ingresado a la unidad de terapia intensiva (UTI) por politrauma.

**Presentación:** Paciente masculino de 26 años que ingresó a terapia intensiva politraumatizado; con trauma craneal (cefalohematoma parietal derecho), neumoperitoneo, múltiples fracturas costales, hemoemotórax bilateral y contusión pulmonar. Ingresó intubado, 2 drenajes pleurales bilaterales. Monitoreo de presión intracraneal; recibió transfusiones de hemoderivados y soporte nutricional (enteral-parenteral); requirió sedoanalgesia extrema (bradicardia por dexmedetomidina). Entre las complicaciones: autoextubación 2 veces; retiro vía central; desplazamiento drenaje pleural y cánula traqueal durante la rotación prona; neumonía química (macroaspiración); hemodiálisis por oliguria, acidosis severa e hiperkalemia; sepsis por neumonía. Al 2° día de internación evolucionó con distres respiratorio agudo, empeorando hipoxemia y acidosis hipercapnica al día 17, por lo cual se realizó ventilación en posición prona y administración de ON, con leve mejoría de parámetros ventilatorios y de oxigenación, estrategias que se mantuvo por 14 días. Al día 35 de VM comenzó con hipoxemia refractaria e hipercapnia progresiva con acidosis severa, en este contexto se inició ECMO con evolución favorable mejorando valores del intercambio gaseoso y ventilatorio, desconectando luego de 9 días. 24 hs post-ECMO presentó acidosis e hipercapnia iniciando TGI. Luego de 14 días de concluido el soporte extracorpórea, se logró destete definitivo de la VM. Últimas complicaciones: trombosis venosa profunda, convulsiones e infección urinaria. A los 89 días de internación egresó a centro de rehabilitación.

**Conclusión:** En esta presentación describimos el caso de un paciente al que se aplicó ECMO cuando otras terapéuticas como maniobras de reclutamiento, la ventilación prona y la inhalación de NO han fracasado; y la finalidad nuestra es mejorar los cuidados de enfermería, considerando importante que se cuente con enfermeros/as actualizados y capacitados para brindar los cuidados específicos a estos pacientes cuando se aplica nuevas terapéuticas. Destacamos el esfuerzo ante este gran desafío alternativo que afrontó enfermería en el proceso de atención integral del paciente y la familia.

#### 0115 TITULACIÓN DE PEEP EN EL SDRA: ENTRE LA ESPADA Y LA PARED

N PISTILLO, O FARIÑA

Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Argentina.

**Introducción:** La determinación de la mejor PEEP a partir de la curva PEEP/distensibilidad (Cst) es una técnica sencilla y ampliamente difundida, sin embargo no se ha establecido su margen de seguridad.

**Objetivo:** Determinar el riesgo de sobredistensión o desreclutamiento, del nivel de PEEP seleccionado con la curva PEEP/Cst, empleando técnicas disponibles a la cabecera de la cama.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo que incluyó pacientes con SDRA. Se excluyeron: < 18 años, hipertensión endocraneana o shock no controlable y EPOC. Aspectos generales: Los pacientes fueron ventilados en modo CMV, con un Vt de 6 ml/Kg (peso teórico) y flujo constante. La FiO<sub>2</sub> y la FR se ajustaron para obtener una Sat O<sub>2</sub> >90% y pH >7.20 respectivamente. Maniobra de reclutamiento (MR): se aumentó progresivamente la PEEP de a 2 cm H<sub>2</sub>O hasta alcanzar un valor máximo de 20 cm H<sub>2</sub>O o una Pmeseta de 40 cm H<sub>2</sub>O. Criterio de suspensión: caída de la TAM > 20 % y/o Sat <90% con FiO<sub>2</sub> 100%. Titulación de PEEP: luego de la MR, se descendió la PEEP de a 2 cm H<sub>2</sub>O hasta obtener la mejor relación PEEP/Cst. De ser necesario el Vt se disminuyó hasta alcanzar una Pmeseta < 30 cm H<sub>2</sub>O. En cada parada se midió: Cst, índice de estrés (IE), SatO<sub>2</sub> y las presiones transpulmonares al final de la inspiración (PTPi) y de la espiración (PTPe). Se consideró riesgo aumentado de sobredistensión un IE > 1.1 y/o PTPi > 20 cm H<sub>2</sub>O y de desreclutamiento un IE < 0.9 y/o PTPe < 0 cm H<sub>2</sub>O. Se calculó Pa/FiO<sub>2</sub> al inicio y con la PEEP óptima. En un subgrupo de pacientes se realizó seguimiento de las variables durante 12 horas.

**Estadística:** Datos: media ± DS. Se reconoció la PEEP óptima y la fluctuación de las variables en las paradas: 2, 4 y 6 cm H<sub>2</sub>O por encima de la misma. Los datos se compararon con prueba t Student para muestras apareadas. Correlación con test de Pearson. Significativo  $p = 0.05$ .

**Resultados:** Ingresaron 23 pacientes con SDRA secundario a neumonía e infiltrados focales en la TC. La PEEP óptima fue 8 (6-14 cm H<sub>2</sub>O). Aunque dicha PEEP se asoció con valores adecuados de IE ( $1 \pm 0.05$ ), los niveles de PTPe fueron bajos ( $0.6 \pm 4.6$  cm H<sub>2</sub>O), lo que sugirió mayor riesgo de desreclutamiento. El seguimiento en 8 pacientes durante 12 hs posteriores a la MR, demostró que el beneficio obtenido con la misma fue transitorio, ya que en 7 de ellos descendió tanto la Pa/FiO<sub>2</sub> (69%,  $p = 0.01$ ) como la Cst (30%,  $p = 0.04$ ), a valores cercanos a los basales. Por otro lado, si bien a partir de 4 cm H<sub>2</sub>O por encima de la PEEP óptima, el IE fue sugerente de sobredistensión ( $1.13 \pm 0.1 - 1.16 \pm 0.1$ ), las PTPi permanecieron normales en todas las paradas ( $9.3 \pm 7.6$  a  $14.9 \pm 5.8$  cm H<sub>2</sub>O). La SatO<sub>2</sub> no presentó cambios (97.3 a 97.8%).

**Conclusiones:** Los niveles óptimos de PEEP obtenidos con la curva PEEP/Cst por lo general fueron bajos y podrían favorecer al recollo alveolar luego de la MR. Por otro lado, el margen entre la PEEP óptima y el IE compatible con sobredistensión pulmonar fue estrecho. No hubo concordancia entre IE y PTP para definir tanto sobredistensión como desreclutamiento.

#### 0116 IMPACTO DE DOS REGÍMENES DE DOSIS DE VANCOMICINA EN INFUSIÓN CONTINUA SOBRE LA CONCENTRACIÓN SÉRICA DE VANCOMICINA EN PACIENTES CRÍTICOS

C BALASINI<sup>1</sup>, M CARRI<sup>2</sup>, P MONTEFIORE<sup>1</sup>, E VALGOLIO<sup>1</sup>, C MARCHENA<sup>1</sup>, AL GONZÁLEZ<sup>1</sup>, L TUMINO<sup>1</sup>, F LAMBERT<sup>1</sup>, S TAL-BENZECRY<sup>1</sup>, A PORCEL<sup>1</sup>, MC BUSTAMANTE<sup>1</sup>, S LARRAIN<sup>1</sup>, P RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, L NAVEIRO<sup>1</sup>, L CARRERAS<sup>1</sup>, L DI LUCA<sup>1</sup>, F IGLESIAS<sup>1</sup>, S CARINO<sup>1</sup>, H CANALES<sup>1</sup>, E ESTENSSORO<sup>1</sup>, R REINA<sup>1</sup>, J VALLI<sup>2</sup>, M LARES<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Interzonal de Agudos "General San Martín", La Plata, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Laboratorio, Hospital Interzonal de Agudos "General San Martín", La Plata, Argentina, Argentina.

**Objetivo:** Comparar el porcentaje de pacientes que alcanzaron las concentraciones séricas de vancomicina (CSV) recomendadas de 15-30 mg/L usando dos diferentes regímenes de dosis de vancomicina en infusión continua (VIC): 2 g/día vs. 3 g/día.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte de pacientes internados en la UTI con función renal normal tratados con VIC. Desde el 17/05/2008 al 13/03/2010 (P1) la vancomicina fue administrada

como una dosis de carga de 15 mg/kg durante 2 horas seguido por VIC de 30 mg/kg/d (promedio 2 g/d) Luego, desde el 14/03/2010 al 06/01/2011, la dosis fue modificada a una dosis de carga de 15 mg/kg durante 2 horas seguido por VIC de 45 mg/kg/d (promedio 3 g/d) Se monitoreó la CSV 2 veces/semana con Fluorescence Polarization Immunoassay (FPIA). Los datos clínicos y de laboratorio fueron recolectados y analizados de acuerdo a su naturaleza.

**Resultados:** Se realizaron 288 mediciones de CSV en 130 pacientes, 83 (64%) en P1 y 47 (36%) en P2. Los grupos fueron similares en: Edad: 41±19 vs. 41±19; APACHE II: 17±7 vs. 15±6; SOFA 24 hs: 7±3 vs. 7±4; diagnósticos de admisión; sitios de infección; y días en ventilación mecánica: 20 [11-37] vs. 15 [7-26] y en el hospital: 24 [13-44] vs. 23 [11-50] Las diferencias entre P1 y P2 fueron: a) CSV 15-30 mg/L: 37% vs. 66% (p= 0.002); mortalidad 39% vs. 33% (p= 0.6); b) CSV <15 mg/L: 58% vs. 30% (p= 0.002), mortalidad: 15% vs. 7% (p= 0.46) Todos los patients con CSV <15 mg/L tuvieron hipoalbuminemia (<3,5 g/dL) Durante P1, en 69% de los pacientes con CSV <15 mg/L, la dosis de vancomicina fue incrementada a 3 g/d, in 12% cambiada por linezolid, y en 19% suspendida.

**Conclusiones:** 1) El monitoreo de la CSV permitió identificar pacientes en rango subterapéutico; 2) Comparado con los pacientes con dosis estándar de vancomicina (2 g/d), más pacientes con dosis mayores (3 g/d) significativamente alcanzaron la CSV recomendada de 15-30 mg/L; 3) La hipoalbuminemia estuvo presente en todos los pacientes con rango subterapéutico; 4) La mortalidad fue similar en ambos periodos; 5) La medición de la CSV es una herramienta útil para ajustar las dosis de vancomicina en los pacientes críticos.

#### 0117 ANÁLISIS DEL FRACASO DE LA EXTUBACIÓN. NEUROCRÍTICOS VS MEDICOQUIRÚRGICOS

M LUGARO, C PEREYRA, L CRISTALDO, C ROMANO, R SALAS, J STRATI, G BENAVENT, M PRIETO, D VIOLI, L BENITO MORI HIGA Dr Luis Güemes, Haedo, Argentina.

**Introducción:** En la extubación influyen numerosos factores desde los propios del paciente hasta los adquiridos por la causa de ingreso y la estadía en terapia intensiva.

**Objetivo:** Analizar las causas del fracaso de extubación de una unidad polivalente de los pacientes neurocríticos vs medicoquirúrgicos ingresados desde el 01/05/10 hasta el 31/12/10.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional prospectivo. Se incluyó la primera extubación programada de todos los pacientes ingresados en la unidad de terapia intensiva, registrando a través de un formulario factores de riesgo previos y durante la internación con énfasis en las condiciones durante y posteriores a la extubación.

**Resultados:** Total 56 pacientes: 26 neurocríticos y 30 medicoquirúrgicos.

	Extubados (56)	Neurocríticos (26)	Neu. Fracaso (7)	MedicoQx (30)	MeQx Fracaso (11)
Edad	47±19	37±17	39±18	56±17	58±17
Apache II	22±7	20±7	19±5	23±7	22±5
Días IOT	3 (1-16)	4 (1-16)	4 (1-11)	3 (1-16)	3 (1-9)
Días UTI	11 (1-38)	12 (1-38)	15 (8-38)	11 (1-22)	18 (1-22)
EPOC n (%)	14 (25)	0 (0)	0 (0)	14 (47)	6 (55)
Cirugía n (%)	11 (20)	2 (8)	0 (0)	9 (30)	2 (18)
NeuroQx n (%)	18 (32)	18 (69)	7 (100)	0 (0)	0 (0)
Ph PreExt	7,41±0,06	7,42±0,06	7,43±0,06	7,40±0,06	7,43±0,06
CO2 PreExt	37,2±6,67	35,5±6,25	36,3±6,05	38,9±6,76	40,9±7,56
PAFI PreExt	289±105	299±127	207±35	279±82	266±94
GCS	11±1	10±1	10±1	11±1	10±1
Balance 24hs ml	26±2184	-195±1923	867±2051	211±2398	-161±1621
Sépticos n (%)	30 (54)	9 (35)	3 (43)	21 (70)	10 (91)

En total hubo 18 pacientes (32%) que fracasaron en la extubación. Neurocríticos 7 (27%), 3 por deterioro de sensorio, 2 por mal

manejo de secreciones y 2 por laringoespasmos/estridor. Medicoquirúrgicos 11 (37%), 4 fueron por hipoxemia, 3 por sepsis, 2 por shock y 2 electivos por procedimientos (cirugía). No hubo diferencias significativas en el Ph, CO<sub>2</sub>, PAFI, GCS, balance y SOFA.

**Conclusiones:** En el fracaso de extubación del grupo neurocrítico predominan los problemas para mantener la patente de la vía aérea a diferencia del medicoquirúrgico donde las causas fueron la hipoxemia, infección y shock. Esto plantea una estrategia diferente para cada grupo de pacientes a ser estudiada con mayor profundidad.

#### 0118 INFECCIONES ASOCIADAS CON NEUROCIURGÍA: UNA REVISIÓN DE CINCO AÑOS

SI CASTRO, P BOSCHINI, O CRISTALDI, G ROBERT, P CASTRO, F MALANCA, G GUTIÉRREZ, M VÁZQUEZ, A PEDERNA, P SOTOMAYOR

1. Unidad de Terapia Intensiva H.I.G.A. Eva Perón. San Martín. Prov. Bs As., Argentina.

**Objetivos:** Analizar las epidemias de pacientes operados entre 2006 y 2010, considerando todas las infecciones vinculadas con el procedimiento neuroquirúrgico.

**Material y métodos:** Se consideraron 292 pacientes: 79 de 2006 (48 masculinos y 31 femeninos), 57 de 2007 (47 masculinos y 10 femeninos), 56 de 2008 (42 masculinos y 14 femeninos), 37 de 2009 (25 masculinos y 12 femeninos), 63 de 2010 (45 masculinos y 18 femeninos). Se tuvieron en cuenta episodios de meningitis postquirúrgica, cerebritis e infección de herida quirúrgica. Las variables analizadas fueron: edad, días de internación, motivo de ingreso, tipo de cirugía, APACHE, SAPS, monitoreo intracraneano y rescate bacteriológico en líquido cefalorraquídeo (LCR) o colecciones.

**Resultados:** En 2006, la mediana de edad fue 50.5 y la de días de internación 6; en 2007, M de edad: 38 y M días de internación: 6; en 2008 M de edad: 52.2 y M días de internación: 5. En 2009, M de edad: 54 y M días de internación: 8; en 2010, M de edad: 48 y M días de internación: 5. La mediana de edad de todos los años fue 50.5 y la de días de internación, 6.

Las patologías de base fueron: trauma de cráneo 119, herida de arma de fuego en cráneo 27, hematoma cerebral 34, tumor cerebral 30, hemorragia subaracnoidea 36, hematoma subdural 15, cirugía de columna 3, herida de arma blanca en cráneo 1, empiema subdural 1, accidente cerebrovascular isquémico 3, malformación arteriovenosa 1, hidrocefalia 1. Los procedimientos quirúrgicos iniciales fueron: evacuación de hematoma subdural 75, evacuación de hematoma extradural 26, craniectomía descompresiva 58, resección de tumor o metástasis 29, clipado de aneurisma 5, evacuación de hematoma intracerebral 35, evacuación de contusión 4, toilette quirúrgica 4, polectomía 7, cerebritis 1, laminectomía cervical 2, evacuación de absceso cerebral 2, shunt V-P 1, drenaje siringoaracnoideo 1, evacuación de empiema subdural 1, y colocación de monitor de presión intracraneana (PIC) 37.

La mediana de APACHE de todos los años fue 20 y la de SAPS, 37. En cuanto al monitoreo de PIC, los resultados fueron: en 2006, la M de utilización fue 5 días (R 1-26), en 2007, la M fue de 5 (R 1-20), en 2008 fue 6 (R 1-29); en 2009 fue 6.5 (R 1-35), y en 2010 la M fue 7 (R 1-60). Fallecieron 126 pacientes (43%).

Rescate de gérmenes en LCR hallados: *Proteus* 1, *Stafilococcus coagulasa negativo* 4, *Acinetobacter* 10, *Pseudomonas aeruginosa* 6, *Pseudomonas pútda* 1, *Stafilococcus meticilinosensible* 1, *Klebsiella* 1, *Stafilococcus meticilinoresistente* 2, *Enterobacter cloacae* 4, *Enterococcus faecalis* 1. Hubo cuatro episodios de cerebritis, uno asociado a *Acinetobacter* en LCR, y un absceso cerebeloso, con *Enterobacter cloacae* en LCR.

**Conclusiones:** Los pacientes tuvieron edad avanzada, APACHE de ingreso elevado, numerosos procedimientos quirúrgicos y elevada mortalidad global. El germen predominante en meningitis postquirúrgica fue *Acinetobacter* y en segundo lugar, *Pseudomonas*.

### 0119 FRENO MEDULAR INDUCIDO POR ANEMIA MEGALOBLÁSTICA EN UN PACIENTE SÉPTICO

L ALONSO RIFFO, F MUÑOZ CASTILLO, L VARGAS, E PEREZ, M PASSANISI, P NAKASCHIAN, C AGÜERO  
Policlínico Neuquén, Argentina.

**Introducción:** La anemia megaloblástica es una entidad infrecuente en los pacientes adultos. Su libre evolución conlleva a cuadros severos.

El diagnóstico no siempre es fácil, debido a que los índices hematimétricos, se pueden alterar por otras causas concomitantes (ej. ferropenia), siendo necesario reunir múltiples pruebas de laboratorio para el diagnóstico.

La trombocitopenia y leucopenia son reconocidas en las fases iniciales, aunque es raro, que lleguen a comprometer la inmunidad hasta la aplasia medular.

**Objetivos:** El propósito de este trabajo es presentar un caso clínico en el que se objetiva que la libre evolución de una anemia megaloblástica, que conlleva hacia el freno medular, inmunosupresión severa y síndrome séptico.

**Caso clínico:** Paciente de 41 años de edad, femenino con antecedentes de pancitopenia (2001), sin etiología clara y sin seguimiento posterior; internación por pancitopenia secundaria a urosepsis por E. fecales (2010), PAMO sin anomalías en esa oportunidad. Ingresó derivada de institución médica, con cuadro de inicio insidioso, con dolor generalizado a predominio lumbar, fiebre, sedimento urinario patológico, leucopenia, trombocitopenia severa y anemia moderada. Evolucionó con sepsis grave, SDRA, ARM y vasoactivos. Se pancultivó y se inició tratamiento empírico para neutropenia febril. PAMO indica marcada hipoplasia de serie eritroide y mieloides, con presencia de mielocitos aislados compatible con aplasia medular. El monitoreo hemodinámico invasivo indicó RVS baja e IC elevado. Se recibieron hemocultivos y urocultivo positivos a E. Coli sensible. Evolucionó tórpida, shock séptico refractario, SDMO, intercorrientes infecciosas, severa pancitopenia refractaria al tratamiento con filgrastim. En una segunda PAMO, se visualizan células megaloblásticas. Se plantea como diagnóstico diferencial, anemia megaloblástica. Recibió tratamiento con vitamina B12, luego de dosar valores séricos disminuidos. Tras ésta última intervención, presenta mejoría notable tanto de serie eritroide como mieloides, con resolución del cuadro séptico, permitiendo destete de paciente, normalización del hemograma y alta de Terapia.

**Discusión:** La anemia megaloblástica puede ser enmascarada por alteraciones concomitantes del paciente, lo que limita la aplicación del VCM, obligando a otras técnicas para su estudio.

En este caso se realiza el diagnóstico al objetivar en médula las células megaloblásticas y tras obtener valores séricos disminuidos de vit. B, con la respuesta favorable tras su administración.

Interpretamos que la paciente padeció un cuadro séptico grave, inducido por una pancitopenia severa, secundario a la libre evolución de una anemia megaloblástica.

### 0122 USO DEL PRONO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS VENTILADOS CON INJURIA PULMONAR AGUDA

A CANEPARI, A RETTA, E MONTEVERDE, RM POTERALA, A FERNÁNDEZ, JA FARIAS  
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Unidad de Cuidados Intensivos, Argentina.

**Objetivo:** Describir la utilización de la posición prona y su impacto en los resultados en una cohorte internacional de pacientes pediátricos con injuria pulmonar aguda en ventilación mecánica (VM).

**Métodos:** Análisis de la base de datos de una cohorte prospectiva y multicéntrica incluyendo 1185 pacientes pediátricos que recibieron ventilación mecánica por más de 12 horas.

**Resultados:** Un total de 197 pacientes (17%; intervalo de confianza de 95% [IC95%] 15 a 19%) fueron diagnosticados con injuria pulmonar aguda (IPA) en base a criterios de consenso. De estos,

81 (41%; IC95%, 34 a 48%) fueron ventilados en posición prona (VP). La mediana de días de VP fue 4 (rango intercuartil [RIC], 3 a 6 días). Los pacientes en VP fueron significativamente más pequeños (7 vs. 10 meses), de menor peso (7 vs. 9 kg) y estaban más hipoxémicos (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 102 vs. 140), (p<0,05, p<0,05 y p<0,001, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas con respecto a mortalidad entre ambos grupos (p=0,09). Si bien globalmente, el grupo de pacientes en VP tuvo más días de VM (10 vs. 8 [p<0,05]), aquellos considerados respondedores al segundo día post VP tuvieron menos días de VM, característica que se repitió en los subgrupos con PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor a 200 y menor a 150 (p<0,05, p<0,01 y p<0,01, respectivamente).

**Conclusiones:** La VP es comúnmente utilizada en pacientes con IPA, especialmente en el grupo con mayor hipoxemia. Su uso, si bien no se acompaña de una reducción en la mortalidad está vinculado, en sujetos respondedores, a menos días de VM.

**Palabras clave:** ventilación mecánica, posición prona, injuria pulmonar aguda.

### 0123 CAMARSA: EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE UNA PACIENTE PUÉRPERA

N PINCA, L SCORZATO, R GRIGNET, A ROMEO, O PORFILIO, M PERRONE, W RIZZARDI, J VILLANUEVA  
Hospital General de Agudos "José María Penna". CABA, Argentina.

**Introducción:** El *Stafilococo aureus* meticilino resistente de la comunidad (COMARSA) puede presentar una evolución rápidamente desfavorable al infectar heridas postcesárea.

**Objetivo:** Presentar un caso que pretende ejemplificar el comportamiento de este agente etiológico.

**Caso:** Paciente de 18 años de edad, ingresa al Servicio de Obstetricia con embarazo de 40 semanas controlado y evoluciona con distonía dinámica resuelta por cesárea abdominal. Al tercer día se observa reacción cutánea abdominal máculo-eritemato-papulosa atribuida al uso de faja abdominal por lo cual inició tratamiento con difenhidramina y corticoides IV. Evoluciona rápidamente con diseminación del eritema a toda la superficie cutánea. A las 24 hs presenta fiebre, dolor abdominal, diarrea y vómitos sin compromiso hemodinámico e inicia tratamiento con cefalotina, evolucionando con taquipnea y taquicardia por lo cual ingresa a UTI. Parámetros de laboratorio y Rx tórax normales. ECG: taquicardia sinusal. Ecografía abdominal: ausencia de peristaltismo, asas dilatadas, útero aumentado de tamaño sin restos ovulares y Douglas libre. Persiste taquipnea e hipertermia y se agrega desorientación temporoespacial y se decide intubación orotraqueal y se toman 2 hemocultivos, urocultivo, cultivo de loquios e inicia tratamiento ATB con Vancomicina e Imipenem. Persiste con SIRS, con evolución desfavorable. A las 36 hs de su ingreso a UTI presenta paro cardiorrespiratorio del cual se recupera. Al 3° día en UTI, cursa shock séptico, abdomen distendido, sin ruidos hidroaéreos decidiéndose laparotomía exploradora y hallándose peritonitis purulenta que abarca 4 cuadrantes, sin lesión aparente de útero y anexos los cuales se conservaron. Se efectuó lavado de cavidad y se envió a cultivo líquido peritoneal, líquido prevesical y punción de absceso. Tanto en los cultivos de ingreso como los de material quirúrgico se aisló COMARSA. La paciente falleció.

**Conclusiones:** Si bien es importante el diagnóstico y tratamiento tempranos de la infección y su agente causal, su comportamiento puede resultar de tal agresividad difícil de erradicar y más aun en un estado de inmunosupresión postparto sumado al uso de corticoides. Esta conjunto de factores desencadena una cascada de eventos desfavorables que pueden llevar a la muerte.

### 0124 MIOCARDIOPATÍA DEL PERIPARTO

M WILLIG, G IZZO, R ANCHORENA, M ARZEL, H CABRERA, M FLORES MONTE, P CENTENO  
HZGA Simplemente Evita G Catán, Argentina.

**Introducción:** La miocardiopatía periparto es una patología con una incidencia de 1/3000 nacidos vivos. Ocurre entre el último mes de embarazo hasta el 5° mes post parto. La mortalidad es 20% en las series reportadas. Su causa es desconocida y el tratamiento no estaría estandarizado.

En nuestro Servicio el 5% del ingreso corresponde a causas gineco-obstétricas (N=30), de las cuales el 10% fue por insuficiencia cardíaca (N=3)

**Objetivos:** Descripción de tres casos clínicos de miocardiopatía periparto presentado en el hospital en el periodo comprendido entre el 1/1/2010 hasta 1/12/2010

Primer caso: paciente de 17 años de edad, 30 días pos parto, que consulta por el servicio de emergencia por disnea clase funcional II de comienzo agudo. Al examen físico presento BEAB con rales crepitantes bibasales TA 103/70 mmHg, FC 90 T36 FR 28, Laboratorio: anemia Hb 8,7 gr/dl, Na 130 mEq/l, TGO 261/TGP 131/BT 1,2 Proteinuria negativa, ECG: taquicardia sinusal 120 lpm, ecocardiograma: DDVI 67 mm, SIV 8mm, Fey 24%, Fac 20%, AI 38 mm, hipokinesia global, aneurisma de VI con trombo, Evoluciono con shock cardiogénico Monitoreo: VM 3 l/min - IC 1,7 - PW 27 RVS 2429 - RVP 282 - PVC 14. Se inicia tratamiento con carvedilol, Anticoagulación, Espironolactona, enalapril, furosemida, con buena respuesta al mismo.

Segundo caso: Paciente de 18 años de edad, dos días pos parto, comienza con disnea clase funcional IV, al examen físico presento rales crepitantes bibasales mas edemas de miembros inferiores, TA 130/80 mmHg FC 75 T36 FR 25, Laboratorio: Hb 9,1gr/dl, Proteinuria negativa, ECG: sinusal, FC 80 lpm, T negativas V1-V3 simétricas, ecocardiograma: DDVI 66 mm, SIV 9,8 mm, Fey 47%, Fac 31%, AI 60 mm, motilidad conservada. Se inicia tratamiento con Carvedilol, enalapril, furosemida, con buena respuesta al mismo.

Tercer caso: Paciente de 19 años de edad, cursando embarazo de 32 semanas gestacional, consulta por el servicio de emergencias por disnea clase funcional IV, al examen físico presento rales crepitantes en ambos campos pulmonares mas edemas de miembros inferiores, R3, TA 140/110 mmHg FC 90 T36 FR 38, Laboratorio: Hb 9 gr/dl, acidosis metabólica BIC 15 mmol/l. Proteinuria negativa, ECG: sinusal, FC 75 lpm, ecocardiograma: DDVI 57 mm, SIV 9,7 mm, Fey 57%, Fac 42%, AI 47 mm, motilidad conservada, Evoluciono con insuficiencia respiratoria, ARM. Se inicia tratamiento con Carvedilol, enalapril, espironolactona, furosemida, con buena respuesta al mismo, se realiza cesarea posterior al egreso de UTI.

**Conclusión:** Se describe una serie de casos presentados en el Servicio de Terapia Intensiva. Se destaca la importancia de la evaluación por ecocardiograma de las pacientes. A diferencia de los casos reportados el tratamiento se realizo con carvedilol con buena respuesta. En esta serie el outcome fue favorable con alta nosocomial de las 3 pacientes.

### 0125 PRECISIÓN DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA LA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA CAPILAR EN PACIENTES CRÍTICOS

J DOMINGUEZ, N AQUINO, L PEREZ, G MENDOZA, G CÁCERES, F COSTA, F LUNA, C BALASINI

Terapia Intensiva Hospital "Ignacio Pirovano". CABA., Argentina.

**Objetivos:** Evaluar si el método para medir la glucemia capilar en pacientes criticos con tiras reactivas cromógenas es preciso y seguro, para ello decidimos compararlo con el gold standard que es la glucemia.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo observacional de pacientes mayores de 18 años ingresados en la Terapia Intensiva (UTI) que requirieron control de glucemia por laboratorio y glucosa capilar con las tiras reactivas. Se recolectaron variables epidemiológicas y scores de gravedad. Se consideró glucemia normal entre 70 y 150 mg/dl, hipoglucemia <70 mg/dl e hiperglucemia > 150 mg/dl. Se realizó un estudio piloto con 50 muestras para calcular el tamaño de la muestra dando una n=100 con  $\alpha=0.05$  y  $\beta$ DS mediana (mdn) y porcentajes,  $seg \pm = .80$ . Los datos se presentan como

media ún su naturaleza. Las comparaciones se efectuaron con tests t. Se realizó correlación de Pearson. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ . El análisis se realizó con STATA 11.

**Resultados:** Fueron evaluadas 387 pares de muestras de 45 pacientes. Las características de los pacientes fueron las siguientes: 67% masculinos, edad  $53 \pm 17$ , APACHE II  $15 \pm 7$ , 29% clínicos, 47% quirúrgicos, 24% trauma y la mortalidad fue del 20%. El rango entre la extracción sanguínea y la entrega del resultado fue de 1 a 4 hs. Si evaluamos las glucemias:

GLUCEMIA	n	HGT <70 (%)	HGT 80 a 150 (%)	HGT >150 (%)
HIPOGLUCEMIA (%)	23	2 (9)	18 (78)	3 (13)
NORMOGLUCEMIA (%)	266	6 (2)	205 (84)	35 (14)
HIPERGLUCEMIA (%)	68	1 (1)	55 (56)	42 (42)

Si Si evaluamos los HGT:

HGT (n)	n	Glucemia <70 (%)	Glucemia 80 a 150 (%)	Glucemia >150 (%)
<70	1	2 (18)	6 (55)	2 (18)
70 - 150	301	18 (6)	55 (19)	3 (1)
>150	85	3 (4)	35 (43)	44 (54)

**Conclusiones:** El control de la glucemia disminuyó la morbilidad y mortalidad en los pacientes de TI, debiendo mantenerlos en valores seguros evitando la hipoglucemia. El control con tiras reactivas por métodos colorimétricos es impreciso y se correlaciona pobremente con la glucemia de laboratorio, llevando a cometer errores en las decisiones terapéuticas que afectan la seguridad del paciente.

### 0129 COLONIZACIÓN CON ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

N SANCHEZ, R MARTINEZ, M GOMEZ, P ZANARDI, G BÁSCOLO, J TÉVES, M CHOY, M CORNELIO, E GIMENEZ, P GARI, D CHIANALINO

H.I.G.A Dr. Oscar Alende, Argentina.

**Introducción:** Hace dos décadas se detectaron las primeras cepas de enterococo vancomicina resistente (EVR) en Francia e Inglaterra, a comienzo de los 90 en Estados Unidos se observaron brotes nosocomiales esporádicos. En la actualidad existe una colonización endémica en la mayor parte de los hospitales.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de colonización en pacientes internados en una terapia intensiva polivalente, identificar factores de riesgo que predisponen a colonización y determinar la incidencia de infecciones invasoras por EVR.

**Material y Método:** Con un diseño descriptivo observacional prospectivo se estudiaron en forma consecutiva todos los pacientes admitidos en terapia intensiva por más de cuatro días en el período de julio del 2010 a marzo de 2011.

Fueron evaluadas las características de población y se tomaron muestras de hisopados anales luego de 72 hs de admisión y una vez cada 7 a 10 días durante la internación. La identificación de EVR se realizó con métodos convencionales.

Para controlar los grupos de pacientes colonizados y no colonizados se analizaron las variables cualitativas con chi cuadrado y/o test de Fisher según correspondiera y las cuantitativas con test t Student.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio se analizaron 552 pacientes 35,3 % de mujeres y 64, 5% varones, de una edad promedio de 45,1 años con desvío estándar de 17,9. De la población total 225 pacientes (56%) no fueron hisopados y las causas fueron alta de UCI en 117 pacientes o fallecimiento en 125 pacientes que ocurrieron antes de las 72 horas.

Cuatro pacientes eran EVR positivos al momento de la admisión y todos tenían internaciones previas. Ningún paciente con menos de 5 días de internación fue colonizado con EVR. El 29,3 % de los pacientes hisopados fue positivo para EVR (66 de 225). El 11.9% de la población fue colonizada.

El primer hisopado fue positivo en 35 pacientes (15.4%), el segundo en 25 (40,9%) y el tercero en 6 (50%) los cuales se hicieron en promedio los días: 3.3 (ds 1.4), 9,6 (ds 3.1) y 22.8 (ds 6.6)

No hubo diferencias significativas entre los colonizados y los no colonizados en lo referido al sexo, edad, apache II al ingreso, fallas orgánicas, ventilación mecánica, síndrome de distrés respiratorio del adulto o mortalidad.

Los pacientes colonizados presentaron una internación más prolongada y más días de internación en el hospital previos a la admisión a UCI.

Dos pacientes durante periodo analizado desarrollaron enfermedad sistémica relacionada con EVR, (infección del sistema nervioso asociada a derivación ventricular externa y peritonitis terciaria) ambos pacientes fallecieron.

**Conclusiones:** La prevalencia de la colonización por EVR esta dentro de los valores esperados para la población estudiada, la mayoría de los pacientes son asintomáticos pero durante el periodo de observación se desarrollaron 2 episodios de enfermedades sistémicas por este patógeno. La aparición de cepas de EVR en un centro de salud obliga a tomar medidas de vigilancia para identificar los reservorios e implementar medidas de control de la diseminación.

### 0130 COQUELUCHE GRAVE EN LACTANTES INGRESADOS EN UCIP, EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

H ALESIO, M TISZLER, P GONZALEZ CROTTI, G CAPROTTA  
Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** El objetivo de nuestro trabajo es describir la presentación clínica, complicaciones y evolución de la infección grave por bordetella pertusis (BP) en lactantes en nuestra UCIP.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional en lactantes ingresados en la unidad de cuidados críticos pediátricos (UCIP) del Hospital Federico Abete, con diagnóstico de coqueluche grave. Se incluyeron pacientes pediátricos ingresados en UCIP, desde el 1 de febrero al 30 de setiembre del año 2010, con diagnóstico confirmado por PCR real time de infección por BP.

Se recabaron datos sobre edad y sexo, tiempo de evolución de los síntomas previos al ingreso en UCIP, antecedentes patológicos, dosis recibidas de vacuna DTP, motivo de ingreso en UCIP, recuento de leucocitos, plaquetas y eritrocitos al ingreso.

Se analizaron complicaciones, tratamientos recibidos, requerimientos de ventilación mecánica (VM) e índice de oxigenación (IO) en los primeros 4 días de VM. El coeficiente de Pa/Fio2 se calculó diariamente para cada paciente, durante su estadía en VM.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado ingresaron a UCIP 141 pacientes con infección respiratoria aguda grave (IRAG), 7 de ellos con PCR positiva para BP. Prevalencia de sexo masculino 1,3:1, la edad media en meses 3,4 (1-9). El 57% tenían antecedentes patológicos al ingreso (n:4). El motivo de ingreso fue IRAG 58% (n:4) y apneas 42% (n:3). Ningún paciente tenía esquema completo de vacuna DTP, el 72% no había recibido ninguna dosis.

El 100% presentó alteraciones características de laboratorio: leucocitosis media 58.000 (20.000 – 110.000), hiperplaquetosis media 546.000 (430.000 – 680.000), hematocrito promedio 24%.

La VM invasiva se utilizó en el 85% de los casos (n:6), media de días 12,4 (2-32).

El 50% de los ingresados en VM (n=3) tenían IO > 16.

El 72% (n:5) presentó SDRA y clínica compatible con hipertensión pulmonar (HTP). La mortalidad fue de 28,5% (n:2).

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes tenían antecedentes patológicos al ingreso, y presentaron una alta incidencia de complicaciones graves como SDRA e HTP, no obstante la mortalidad fue inferior a la descripta en la bibliografía.

### 0131 ACTITUDES FRENTE A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS: ENCUESTA DE OPINIÓN

J CESPEDES, M TISZLER, A ESEN, G CAPROTTA  
Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Conocer y comparar las actitudes de la población médica y de la comunidad en general del Municipio de Malvinas Argentinas en torno a la donación de órganos.

**Materiales y métodos:** Se efectuó una encuesta voluntaria y anónima de 24 preguntas de selección múltiple aplicada a 100 profesionales médicos y a 103 personas de la comunidad mayores de 18 años. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, de grupos paralelos.

#### **Resultados:**

Personas que se negaron a realizar la encuesta: Médicos 0% Comunidad 2.9%.

Estuvo involucrado en algún proceso de donación: Médicos 33% Comunidad 23%.

Información escasa: Médicos 25% Comunidad 32%.

Cree que faltan órganos: Médicos 89% Comunidad 79%.

Donaría sus órganos: Médicos 88% Comunidad 77%.

Sabe que una persona con muerte encefálica no puede recuperarse: Médicos 90% Comunidad 28%.

Conoce la ley de donante presunto: Médicos 72% Comunidad 10%.

Prefiere que el médico que trato al enfermo sea el que solicite permiso de donación de órganos: Médicos 34% Comunidad 59%.

**Conclusiones:** Se observó un alto nivel de interés en el llenado de la encuesta manifestado en el bajo porcentaje de abstención.

Aún persisten errores conceptuales acerca del tema, que podrían influir en el bajo número de donantes.

Se observan conceptos errados acerca de muerte encefálica.

Es fundamental que el médico conozca el tema y lo considere como algo habitual dentro de su actividad.

Podemos decir que entre los médicos y la comunidad en este estudio parece existir una actitud positiva hacia la donación de órganos.

Se observa la necesidad de efectuar evaluaciones locales e implementar programas educativos, sobre todo dirigido a cuestiones normativas, médicas, operativas y éticas.

### 0134 PROCURACIÓN DE TEJIDOS EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON INFLUENZA A H1N1 NEGATIVIZADO

S MORALES, A ESEN, G CAPROTTA  
Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Durante la epidemia de gripe A H1N1 que azotó a nuestro país en el 2009 cayeron de forma notable la procuración y el implante de órganos y tejidos.

En el Consenso "Procuración y Trasplante en el contexto de la Epidemia de Influenza A H1N1 en Argentina" realizado entre INCUCAI, CUCAIBA, Buenos Aires Trasplante, SAT, SATI y SADI en la reunión de trabajo del 3 de julio de 2009 se definieron los lineamientos que se seguirían en el país frente a este nuevo desafío.

Nuestro Hospital se encuentra bajo programa y cuenta con coordinadores hospitalarios pediátrico y de adultos. Durante la pandemia fue designado como centro de derivación provincial.

En este contexto y con las evidentes diferencias que entrañan los procesos de procuración en adultos y en niños presentamos un caso de un donante pediátrico de válvulas cardíacas con virus Influenza A H1N1 negativizado.

**Materiales y métodos:** Paciente de 9 meses de edad previamente sano que ingresó en junio de 2009 por presentar un cuadro de dificultad respiratoria secundario a una bronquiolitis con inmunofluorescencia indirecta (IFI) positiva para virus Influenza A. Se medicó con Oseltamivir a dosis recomendadas. Se realizó PCR Real Time con resultado positivo para H1N1.

Evolucionó en forma tórpida con altos requerimientos de ventilación mecánica convencional y alta frecuencia durante 29 días.

Presentó síndrome de dificultad respiratorio aguda (SDRA) desde el ingreso.

Bajo protocolo interno del servicio se realizó PCR real time cada 5 días para valorar la negativización de la replicación viral.

Al día 22 de su internación el paciente logró pruebas negativas de PCR.

El paciente falleció 7 días después de dicho resultado como consecuencia de una hipoxia refractaria a todas las medidas tomadas.

**Resultados:** Con cultivos y PCR real time para Influenza A H1N1 negativos, se ofreció a la familia la donación de tejidos en parada cardíaca. La familia firmó el acta de autorización y se procedió a la ablación de válvulas cardíacas.

**Conclusiones:** La normatización de la procuración durante situaciones especiales como la epidemia de Influenza A H1N1 permite tener pautas claras y comunes para abordar la franca caída de donación en implante de órganos y tejidos pero combinadas con la detección efectiva y una comunicación fluida y frontal con los familiares directos resultarán en un aumento de la procuración.

A la fecha no se ha notificado otro donante pediátrico H1N1 negatizado.

### 0135 NEUMOTÓRAX CATAMENIAL: REPORTE DE UN CASO

MM PANIAGUA, LL FAINLAND, LA PERO, JF CANDIA, S MARE, ML ROMERO

Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez, Argentina.

**Introducción:** El neumotórax catamenial (NTC) es una entidad poco frecuente, 2 a 6% de los neumotórax espontáneos, que afecta exclusivamente a las mujeres. Aunque la variabilidad en el curso clínico crea conflictos a la hora de definir una teoría etiológica, todos los casos publicados demuestran una coincidencia sincrónica con el ciclo menstrual: no todos los ciclos menstruales cursan con neumotórax, pero cada episodio de NTC se asocia con la menstruación. Presentamos un caso de NTC, con diagnóstico histopatológico compatible.

**Resumen de Historia Clínica:** Paciente de 43 años de edad con antecedentes de ooforectomía izquierda por quiste ovárico complicado por endometriosis, tabaquista severa, hipotiroidismo, epilepsia, neumotórax espontáneo en 3 oportunidades resueltos con avenamiento pleural.

Refirió tos y disnea de 12 hs de evolución, asociado a dolor opresivo en hemitórax derecho sin antecedentes de traumatismo. Se realizó radiografía de tórax que evidenció neumotórax derecho grado II, se decidió avenamiento pleural. Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en post operatorio (POP) inmediato con tubo de avenamiento pleural oscilante y burbujeante. Al interrogatorio dirigido se rescató que los episodios de neumotórax previos habían sido coincidentes con el ciclo menstrual, así como en esta oportunidad.

Evolucionó hemodinámicamente estable, se retiró avenamiento pleural a las 48 hs, con radiografía control que evidenció persistencia de neumotórax grado I sin repercusión hemodinámica ni compromiso respiratorio. Pasó a sala general.

Durante su estadía en Clínica Médica, recurrió con neumotórax, se solicitó TAC de tórax que evidenció hidroneumotórax derecho, se decidió videotoracoscopía donde se realizó resección de vértice pulmonar más pleurodesis, sin evidenciar lesión sospechosa de endometriosis pulmonar, con colocación de dos avenamientos. Se envió muestra para anatomía patológica.

Reingresó a UCI, donde evolucionó favorablemente, se retiraron tubos de avenamiento pleural, pasó a sala general, evolucionó estable, afebril. Se decidió alta.

Se recibió informe anatomopatológico que asoció el cuadro con un foco hemangiomatosis-like pulmonar asociado a NTC, según inmunohistoquímica.

**Conclusión:** El NTC, debe sospecharse en pacientes femeninas con neumotórax espontáneo coincidente con el ciclo menstrual. Suele requerir tratamiento hormonal y/o quirúrgico.

Se presenta de manera característica en mujeres en la tercera o cuarta década de la vida, durante las primeras 48 a 72 hs del inicio de ciclo menstrual, la mayoría de las pacientes reportadas presentaron neumotórax derecho. Cabe destacar que en muchos casos no se ha obtenido resultado concluyente en la videotoracoscopía. Es relevante la comunicación del caso para considerarlo como diagnóstico diferencial ante la presencia de pacientes con características similares y una etiología dudosa.

### 0136 INFARTO CEREBRAL POR MIXOMA AURICULAR

C JUAREZ, A FLORES, R SUELDO

Hospital Angel C. Padilla - San Miguel de Tucumán, Argentina.

**Introducción:** El Mixoma auricular es el tumor cardíaco primario más frecuente, constituyendo más del 50% de los tumores benignos cardíacos. Tienen una gran variedad de presentación clínica, entre ellos los eventos embólicos vasculares cerebrales y oftálmicos en adultos jóvenes de 30 a 60 años más frecuente en mujeres en una proporción de dos a uno. La localización más frecuente es la aurícula izquierda. El diagnóstico se establece por los síntomas (palpitaciones, mareos, desmayos), ecocardiografía, cateterismo cardíaco y biopsia. Los exámenes a solicitar en pacientes jóvenes con ACV isquémico son:

- Generales: hemograma, VSG, glucemia, ECG, Rx de tórax y TAC de cerebro.

- Específicos: coagulograma, proteína C y S, antitrombina III, anticoagulantes lúplicos, anticuerpos anticardiolipinas, anticuerpos antinucleares y antiDNA, VDRL, TPHA o ftaAbs, HIV, examen químico y citológico del LCR, ecodoppler carotídeo, ecocardiograma transtorácico y transesofágico, RMN de cerebro y angiografía de vasos cerebrales y del cuello, angiografía carotídeas y vertebral por cateterismo, biopsia.

Aunque los mixomas son benignos, suelen ser llamados "el gran simulador" porque puede simular no sólo enfermedades cardíacas sino también infectológicas, inmunológicas o malignas. El tratamiento debe ser quirúrgico.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 32 años, con antecedentes de desasosiego, palpitaciones y cefalea con tratamiento psiquiátrico desde hace 6 años. No refiere otros antecedentes patológicos. Ingresó con deterioro del sensorio y hemiplejía FBC izquierda, se realiza TAC de cerebro estándar que muestra edema cerebral con colapso ventricular. Y al no ser concluyente se realiza RMN cerebral que evidencia infarto isquémico en territorio de la arteria cerebral media del lado derecho, con edema cerebral y desviación de la línea media. A las 24 hs presenta mayor deterioro del sensorio y cambio pupilar, requiriendo AVM y posterior conducta quirúrgica con craneotomía descompresiva y deslaquetamiento. Se realizaron estudios complementarios para determinar las causas probables de ACV isquémico, dentro de los cuales el ecocardiograma evidenció la presencia de una masa tumoral en aurícula izquierda como responsable del cuadro embolígeno. Paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista clínico y neurológico con Glasgow 13/15 con hemiparesia a predominio crural izquierdo y se planifica traslado a centro cardiológico para resolución quirúrgica definitiva y diagnóstico anatómico-patológico de mixoma cardíaco.

**Conclusión:** Pacientes menores de 60 años que presentan un cuadro neurológico u Oftálmico debe sospecharse un origen cardioembólico, y dentro de los estudios a realizar debe incluirse el Ecocardiograma para descartar un Mixoma Cardíaco como fuente embolígena. El diagnóstico precoz es importante para prevenir complicaciones, el tratamiento quirúrgico no debe demorarse. La mortalidad es baja y el pronóstico alejado es excelente.

### 0137 MIOCARDIOPATÍA DILATADA REVERSIBLE EN PACIENTE CON TIROTOXICOSIS

R TORREZ, M VILLA, J MORENO, N VILLAVICENCIO, V AMA-

YA, G HORNUS PLANELLS, L LODEIRO, C COZZANI, G CUETO UTI Argerich, Argentina.

**Introducción:** Si bien las manifestaciones cardiovasculares del hipertiroidismo son frecuentes, no lo es tanto para la miocardiopatía hipertiroidéica, que se presenta en un muy bajo porcentaje de los casos.

**Materiales y métodos:** Revisión y análisis de un caso.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 26 años, que comienza con eritema y edema malar, fiebre, náuseas y diarrea profusa 48hs antes de su admisión a guardia. Como antecedentes personales presentaba diagnóstico reciente de hipertiroidismo, medicado con metimazol, propranolol y digoxina en forma ambulatoria. Un eco2D previo al ingreso informó un VI dilatado (DDVI 6,5), dilatación biauricular severa, hipertensión pulmonar (APs50), FSVI conservada. En la admisión se constata clínica de ICC, celulitis facial izquierda con signos de SIRS, neutropenia, coagulopatía, hiperbilirrubinemia, FA, cardiomegalia y desnutrición severa. Es internado en el Shock Room. Se interpretó inicialmente como neutropenia febril de causa tóxica medicamentosa (metimazol). Se decide pancultivos, iniciar tratamiento empírico con: PTZ + Vancomicina y la administración de Filgrastim. Pasa al Servicio de Clínica Médica, sin rescate bacteriológico y con una TSH indetectable. Evoluciona con progresión de falla de bomba, fiebre y dolor abdominal. Se constata ascitis por ecografía por lo que se realiza punción abdominal de un líquido ascítico compatible con neutroascitis y con cultivo negativo. Se inicia plan empírico con Meropenem - Vancomicina - Metronidazol. Empeora y pasa a UTI en Insuficiencia respiratoria que requiere de AVM. Evoluciona con Shock de patrón Mixto (cardiogénico-vasopléjico) asociado a DMO (falla hematológica-renal-hepática-hemodinámica y cardíaca). Se inicia sostén inotrópico con DBT - Milrinona - NA. Se reinicia tratamiento con metimazol y se comienza plan con Solución de Lugol. Se recibe una TSH de 0,006mU/ml. Evoluciona con varios episodios de FAARV que se controlan con digital y se inicia anticoagulación con HBPM. Sigue con cultivos negativos. Un nuevo eco2D mostró dilatación moderada del VI, FSVI severa, FSVD leve a moderada, IM moderada, IA leve, dilatación biauricular y una FEY 26%. Evoluciona con múltiples interurrencias infecciosas que requieren varios esquemas ATB. Por ARM prolongada se traqueostomiza. Presenta polineuropatía del paciente crítico. Mejora lentamente y descomplejizado pasa a Clínica Médica. Un nuevo eco2D mostró FSVI normal, AI no dilatada, cavidades derechas normales, prolapso valva anterior válvula mitral, IM leve-moderada, IT leve y PSAP 23

**Conclusión:** Se presenta un paciente con hipertiroidismo severo y MCD en el contexto de crisis tirotoxicosa inducida por SIRS. Si bien el deterioro de la FSVI puede deberse a la asociación de SIRS y tirotoxicosis, remarcamos que el tratamiento adecuado y precoz de la misma puede revertir el cuadro a la normalidad.

### 0138 EVALUACIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS INDICACIONES QUIRÚRGICAS EN LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE CON NECROSIS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ENERO 2000-DICIEMBRE 2009

LA BARREDA CEVASCO<sup>1</sup>, J TARGARONA MODENA<sup>2</sup>, LC MORI RODRIGUEZ<sup>4</sup>, C BARREDA FELIZIANI<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati - Docente De La Universidad San Martín de Porres, Perú. <sup>2</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, Perú. <sup>3</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati - Universidad San Martín de Porres, Perú. <sup>4</sup> Hospital De Emergencias Jose Casimiro Ulloa, Perú.

**Introducción:** Las indicaciones aceptadas hasta el día de hoy para proceder al tratamiento quirúrgico en los pacientes con necrosis pancreática comprobada son las siguientes:

A- Punción por aguja fina (P.A.F) que presente Gram o cultivo positivo. En estos pacientes se indica la punción por TAC o ecografía, luego de comprobar que presentan dos o más criterios de punción y no presenten foco infeccioso extra pancreático.

B- Sepsis en ausencia de foco infeccioso extra pancreático, con

complicaciones locales y sistémicas que no responden al tratamiento intensivo máximo en la U.C.I. por más de 3 días, independientemente que presenten punción por aguja fina negativa.

C- Presencia de gas en la necrosis pancreática o peri pancreática en la TAC.

**Objetivo:** El objetivo del trabajo es evaluar las dos indicaciones quirúrgicas usadas mas frecuentes para el tratamiento de la necrosis pancreática.

**Material y método:** Durante el periodo de Enero del 2000 a Diciembre del 2009 se atendieron 321 pacientes con necrosis pancreática en la Unidad de Pancreatitis Aguda Grave del Hospital Rebagliati. De los cuales se intervinieron a 114.

Sesenta y siete pacientes fueron operados por presentar una PAF positiva mientras que 43 pacientes se operaron por presentar "Sepsis en ausencia de foco infeccioso extra pancreático con complicaciones locales y sistémicas"

**Resultados:** Cuando se evaluó cual de las dos indicaciones quirúrgicas era mas efectiva para detectar realmente una necrosis infectada, se pudo ver que cuando el paciente fue operado por presentar una P.A.F. positiva el 89.5% fueron realmente necrosis infectada, mientras que cuando se utilizó la indicación de "Sepsis en ausencia de foco infeccioso extra pancreático" solo el 49% de los casos fueron necrosis infectada, operando en este caso a 21 pacientes (49%) que probablemente no requerían cirugía por tratarse de una necrosis estéril.

La estancia, el reinicio de la vía oral y la morbilidad general fueron estadísticamente similares mientras que las complicaciones quirúrgicas se presentaron mucho mas frecuentes cuando se utilizó la segunda indicación (p=0.045)

**Conclusiones:** La P.A.F. es la indicación quirúrgica por excelencia en la pancreatitis aguda con necrosis. creemos que la indicación de "sepsis que no responde al tratamiento en UCI por mas de 72 horas" no debe de ser tomada en cuenta debido al gran porcentaje de necrosis estéril que se encuentra al momento de la cirugía.

### 0140 ENFOQUE MÍNIMAMENTE INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA GRAVE

L DIETZ, I CHEONG, M BERTE, D NOVAL, S ILUTOVICH  
Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

**Objetivo:** Describir el abordaje mínimamente invasivo con acceso retroperitoneal en el tratamiento de pacientes con Pancreatitis Aguda Grave.

**Material y metodo:** Descripción de caso clínico y revisión de la literatura.

**Resumen:** Paciente masculino de 46 años, colecistectomizado. Ingresó a la UCI por pancreatitis aguda grave (PAG). APACHE II 16. Laboratorio con hiperamilasemia (2243UI) y colestasis (FAL 349UI/L, BbTot/Dir 7.5/7.45mg%). ColangioRNM: dilatación de colédoco sin litos en su interior. TC de abdomen BALTAZHAR D. Requiere ventilación mecánica por encefalopatía en contexto de sepsis severa. Al 10º día se realizó punción de necrosis pancreática guiada por TC por sospecha de infección, con subsiguiente colocación de 6 drenajes percutáneos (DP) multipropósito. Cultivó *Proteus Mirabilis*, inició tratamiento antibiótico dirigido. Mejoría transitoria del cuadro con posterior deterioro clínico y aislamiento persistente de gérmenes en las diversas muestras de líquido abdominal a pesar de drenajes permeables, por lo que al día 37º de internación se realizó necrosectomía laparoscópica (NL) por lumbotomía bilateral con colocación de drenajes. Rescate de *Proteus Mirabilis*, *Morganella Morgagni* y *Candida Albicans*. Se efectuaron 3 lavados quirúrgicos y completó tratamiento antimicrobiano. Evolucionó con fístula pancreática dirigida, con resolución espontánea. Desvinculado de ARM al día 67 con 70 días totales de internación en UCI. Alta domiciliaria al día 84.

**Discusión:** La necrosis pancreática se desarrolla en la primera semana del comienzo de la PAG, principalmente en aquellos pacientes con formas severas. Tiene una mortalidad del 12% que asciende al

30% cuando se complica con infección. La necrosectomía quirúrgica, por procedimiento clásico, tiene alta morbi- mortalidad. Se han desarrollado técnicas mínimamente invasivas como la necrosectomía retroperitoneal con abordaje laparoscópico. Esta técnica ofrece el beneficio de una menor agresión quirúrgica y de no involucrar a la cavidad abdominal intraperitoneal. Las desventajas son la necesidad de procedimientos repetidos hasta que la necrosis se encuentre circunscripta ("wall-off necrosis"), lo que sucede entre la 3ª y 4ª semana, con potenciales complicaciones asociadas. En el caso descrito, el DP fue un puente para el control inicial del foco séptico, permitiendo reservar el abordaje laparoscópico de la necrosis para el control definitivo de la infección.

**Conclusión:** la NL es una herramienta útil en pacientes críticos, que logra adecuado control de la sepsis con menor agresión quirúrgica y menor incidencia de complicaciones que el abordaje clásico. El enfoque puede realizarse de forma escalonada comenzando por DP, complementándolo con NL en los casos que lo requieran. La laparotomía quedaría relegada para los casos en los que fracasa el tratamiento mínimamente invasivo.

#### 0141 ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE OPERADOS EN LA UNIDAD DE PANCREATITIS EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DESDE EL ENERO 2004 AL MARZO 2010

LA BARREDA CEVASCO<sup>1</sup>, J TARGARONA MODENA<sup>1</sup>, LC MORI RODRIGUEZ<sup>2</sup>, C BARREDA FELIZIANI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati - Universidad San Martín de Porres, Perú. <sup>2</sup> Hospital de Emergencias Jose Casimiro Ulloa, Perú.

**Introducción:** En pancreatitis aguda Grave, la complicación fatal dominante es la infección de la necrosis pancreática y ocurre en un 8 a 12% de los pacientes. El análisis microbiológico, es punto de atención; históricamente, los organismos más frecuentemente aislados en pancreatitis aguda infectada han sido las bacterias gram negativas de origen entérico, hoy en día se habla de hallazgos monobacterianos o polimicrobianos y fúngicos que ya no se explicaría por el mecanismo de traslocación bacteriana sino infecciones adquiridas en el hospital y oportunistas demostrando cambios epidemiológicos y su asociación con la morbimortalidad.

**Objetivos:** Analizar el espectro microbiológico de los patógenos encontrados en los pacientes operados por Pancreatitis Aguda Grave operados por la Unidad de Pancreatitis en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins desde Enero 2004 a Marzo 2010.

**Resultados:** Durante el periodo Enero 2004 a Marzo 2010 se han encontrado el registro de 50 casos operados por Pancreatitis aguda Grave por la UPAG. La media de la edad fue de 52.9 años. La causa más común fue biliar pero en un 64,6%, 32% no se conoce la causa y un 2.9% se consignó de origen alcohólica. El germen más frecuente fue E. coli, en un 34% del total de cultivos positivos, siendo el cultivos de las necrosectomías monomicrobianos en un 64% con E.coli un 18%seguido por otras enterobacterias 16% como klebsiella, enterobacter, enterococo, estafilococo 4% y Hongos representaron el 6% del total de cultivos. Las infecciones extrapancreáticas preoperatorios estuvieron presentes en el 61%, se encuentra asociación entre necrosectomía con cultivo positivo para hongos y antibióticoterapia preoperatoria prolongada. La mortalidad fue del 14,3% y se encuentra asociación significativa con el número mayor de 3 infecciones extrapancreáticas preoperatorias (p=0.00), así como MODS durante la evolución y falla de órganos al ingreso (p=0.01) y otros factores.

**Conclusión:** En Pancreatitis aguda Grave, el germen más frecuente asociado a necrosis infectada son el grupo de las enterobacterias con E.coli y Klebsiella principalmente, siendo monomicrobianas principalmente. Se evidencia la presencia de otras bacterias emergentes como gran positivas, stafilococo, pseudomona y hongos dentro de los valores de la literatura internacional y estas están

asociados a infecciones extrapancreáticas. Las infecciones extrapancreáticas tienen asociación significativa con la mortalidad.

#### 0142 NEUMONÍA POR HERPES VIRUS

RJ URBANEJA, F FERNANDEZ, M CABRAL, J ARROYO  
Hospital Central Mendoza, Argentina.

**Introducción:** El VHS 1,2 es la infección vírica mas frecuente en los pacientes con VIH/SIDA. Presentandose con lesiones de piel y mucosas en cavidad oral y genitales. Aquellos con < de 100 CD4 tienen riesgo de infección diseminada a cerebro, pulmón e hígado. Se presenta el siguiente caso por ser una forma infrecuente de debut como infección oportunista en VIH/SIDA.

Varón de 37 años con antecedentes: Obesidad, Fiebre Reumática, Criador de perros.

Comienza desde hace 30 días con disnea progresiva, fiebre vespertina y tos con escaso esputo blanquesino, odinofagia y poliartralgias. Evaluado ambulatoriamente, Rx con infiltrado intersticial bilateral bibasal, recibe roxitromicina por 6 días por neumonía atípica, por persistencia de síntomas, se rota a levofloxacina 500 mg +ceftriaxona 1 gr c/12 hs durante 10 días. Mala evolución e ingreso a clínica medica del hospital central con diagnostico de Neumonía Atípica de torpida evolución. Examen físico: Regular estado general T°: 38,2°C, sin lesiones en piel y mucosas. TA: 133/86, FC: 80 x' regular, R1-R2 normofonéticos, sin soplos, no signos de fallo cardiaco, crepitantes bibasales, FR: 28 x'. saturación 0.21 70% con cianosis acra y peribucal, Rx torax: infiltrados intersticial bilateral, no cardiomegalia, GB: 15.400, Baciliformes: 2%, N segmentados 82%, Linfocitos: 11%, LDH: 1001U/L, CK: 50U/L, Uremia: 39.2 mg/dL, Hto: 40%, coagulograma y plaquetas: normal. Gasometría: Po2: 62.7 mmHg, pCo2: 30.3 mmHg, Ph: 7.44, EB: -3,7, Hco3: 20.4 mm/L. hepatograma: normal. ECG: Normal. Ecocardiograma TT: sin vegetaciones, resto sin alteraciones.

Surge el antecedente de cachorros muertos, con informe de autopsia veterinaria hepatitis y neumonitis por Herpes Virus, se realiza HC x2, urocultivo. Inicia Levofloxacina 750 mg/día ev, Cef-tazidima 2 gr c/ 8 hs ev, Aciclovir a 10mg/Kg/ c/ 8 hs ev, TMP-SMX.. 24 hs iniciales mala evolución y pase a UTI por insuficiencia respiratoria. Gasometría: PAFI: 166, : Po2: 58.2mmHg, pCo2: 35mmHg, Ph: 7.45, EB: 0.3, Hco3: 24.2. Diagnosticos: SDRA + Shock Septico. Conductas: Reanimación guiada por metas, IOT y ARM protectiva, e igual esquema antimicrobiano. BAL: Herpes virus 1,2 (+), CMV (-), TBC (-), P. Jirovesi (-), bacterias (-) micológico (-) panel virológico completo (-). Elisa HIV(+), WB(+), CD4: 60. Serología : Toxoplasmosis, Chagas, VDRL, VHB, VHC: (-), Hemocultivos x2: (-). urocultivo: (-). Fondo de Ojo: normal.

**Evolución:** Se suspenden ATB, continua con aciclovir, Mejoría respiratoria y destete de drogas vasoactivas los siguientes 10 días sin otras fallas orgánicas. Intercurre con NAV por pseudomonas multiresistente (bal) y colonización por CAB, (aspirado traqueal) buena evolución. Luego de 20 días en UTI destete de ARM y pase a sala común. Comienzo de antirretrovirales (Lamivudina, AZT, Ritonavir, Lopinavir) y alta medica en los siguientes 10 días.

**Conclusión:** En toda NAC grave se debería rutinariamente pedir serología para VIH. El bajo recuento de CD4 y antecedente epidemiológico debe generar la sospecha de infecciones diseminadas de CMV y VHS 1,2.

#### 0145 MONITOREO NO INVASIVO DE LA MICROCIRCULACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SHOCK SÉPTICO

A CACCIAMANO, E BANILLE, G PAZ, M BALLACO, L LUJAN, C RESINO, A PEIRONE, O LAZZARIN  
Hospital de Niños de Córdoba, Argentina

**Introducción:** La disfunción endotelial del shock séptico afecta el tono vasomotor y/o al miocardio. Las variables derivadas del oxígeno

y la presión arterial diastólica (PAD) permiten deducir la resistencia vascular sistémica (RVS). La saturación venosa central baja (SvcO<sub>2</sub>) y la elevación de la diferencia de saturación arterio-venosa (Dsat a-vO<sub>2</sub>) y del índice de extracción de oxígeno (IeO<sub>2</sub>), indican tránsito capilar lento y aumento de la resistencia vascular sistémica (RVS). Por otro lado, SvcO<sub>2</sub> elevadas asociada a disminución de DsatA-vO<sub>2</sub> y de presión arterial diastólica (PAD) señalan disminución de la resistencia vascular sistémica (RVS).

**Objetivos:** Identificar el perfil hemodinámico y evaluar el manejo de drogas inotrópicas y vasoactivas en el shock séptico.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo-retrospectivo, observacional. Entre Enero 2008 hasta Enero 2009 se monitorizaron en la UCIP 35 pacientes (p) con shock séptico, 12 mujeres y 23 varones, edad promedio de 14 meses (r: 1 mes a 15 años).

**Resultados:** Grupo A (shock frío): 24 p, 17 presentaron disfunción contráctil y 3 hipovolemia. 10 p hipovolemia sin alteración contráctil. PAS < P5 y PAD > P50. SvcO<sub>2</sub>: 53,4%; la Dsat.a-vO<sub>2</sub>: 40,9; IEO<sub>2</sub>: 0,49. La T° diferencial (> lactatos. Se realizó fluidoterapiaé3°C), Da-vCO<sub>2</sub>: 10,7 mmHg y (10-60 mL/kg) e inodilatadores (dobutamina: 6 p, dopamina más milrinona: 8 p y 4 p adrenalina). 8 p cambiaron al grupo B, 3 respondieron a noradrenalina, 3 a azul de metileno y 2 a terlipresina. Fallecieron 5 p del grupo A. Grupo B (shock caliente): 11 p, 5 con alteración de la contractilidad y 3 con hipovolemia. PAS normales y PAD < P 5; SvcO<sub>2</sub>: 75,3%; Dsat. a-vO<sub>2</sub>: 19,9; IeO<sub>2</sub>:0,21; Da-vCO<sub>2</sub>: 9,1 mmHg y lactatos. La T° fue variable. Se indicó inoconstrictores (dopamina más noradrenalina). Los 5 p con disfunción contráctil refractarios, respondieron al azul de metileno. Fallecieron 3 p del grupo B. Mortalidad total: 22,8% (FMO).

Variable Grupo A , Grupo B , valor p  
SvcO<sub>2</sub>: 53,4 ± 5,25 75,3 ± 1,25 0,00001  
Dsat.a-vO<sub>2</sub>: 40,9 ± 3,02 19,9 ± 1,53 0,00001

**Conclusiones:**

- 1) La SvcO<sub>2</sub> y las variables derivadas del oxígeno permiten evaluar la microcirculación y detectar acidosis tisular en los estados de shock.
- 2) Los patrones hemodinámicos ayudan a realizar un manejo racional de drogas y una reposición hídrica ajustada a la volemia.
- 3) El azul de metileno emerge como agente de rescate en el shock caliente.

#### 0147 EFICACIA DE UN PAQUETE DE MEDIDAS EN LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR

F GRASSI, ED SOLOAGA, G GONZALEZ, C GIUFFRE, E DEAN, MA BLASCO, E EFRON, FJ CHERTCOFF  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Diversas medidas específicas y generales han demostrado eficacia en la prevención de la neumonía asociada al ventilador (NAV), en los últimos años se ha puesto la atención en el impacto de paquetes de medida (bundles) y el control de la adherencia.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de un paquete de medidas y el control de la adherencia en la tasa de NAV en nuestra Terapia Intensiva.

**Método:** En forma prospectiva se aplicó en todos los pacientes que reciben asistencia respiratoria mecánica (ARM) un paquete de medidas: cabecera entre 300-450, controlar y mantener la presión del manguito del tubo orotraqueal entre 20-25 cm H<sub>2</sub>O, suspensión periódica de la sedación, evaluación diaria de la necesidad de ARM, adecuada protección gástrica y profilaxis de trombosis venosa profunda. Simultáneamente se realizó una campaña de lavado de manos y se implementó la utilización de tubos orotraqueales con aspiración subglótica y el uso de clorexidina al 0,12% para la higiene bucal.

Se comparó la tasa de NAV durante el periodo de implementación de 11 meses con la tasa de los 25 meses previos mediante regresión de Poisson.

La vigilancia epidemiológica se realizó según metodología del NHSN (Nacional Healthcare Safety Network) y el control de adhe-

rencia según el IHI (Institute of Healthcare Improvement).

**Resultados:** Durante el periodo de aplicación de las medidas 162 pacientes recibieron ARM y 404 durante el periodo de control histórico. La tasa de utilización de ARM (días ARM / días internación) fue mayor durante el periodo de aplicación cuando se la comparó con los 25 meses previos, (1381/ 2253 = 0.61 vs 2840/5262 = 0.54 p<0.0001), el número de días promedio de ARM también fue mayor (8,52 ± 2,07 vs 7,03 ± 1,61 p<0.0001).

Durante los 11 meses de intervención la tasa de NAV fue inferior a la del control histórico (3,62 ‰ días ARM vs 12,32 ‰ días ARM P=0.001), con una reducción de la tasa del 70,61 %.

La adherencia al paquete de medidas fue del 97,91 % y el cumplimiento de las mismas del 90,13%.

**Conclusiones:** La aplicación de un paquete de medidas y el control de proceso se asoció a una disminución en la tasa de NAV.

#### 0150 MIOCARDITIS AGUDA POR VARICELA

M SANTOPINTO, PD COMIGNANI, AF SOSA  
Hospital Alemán, Argentina.

**Objetivo:** Describir la presentación de una patología poco prevalente en el mundo, la dificultada diagnóstica inicial y la alta tasa de mortalidad, con tratamientos no estandarizados y pobre nivel de evidencia.

**Material y Metodos:** Mujer de 40 años que consulta por fiebre, erupción dérmica vesicular, odinofagia y disnea de 48 horas de evolución.

Su hija de 9 años de edad se encontraba cursando infección por varicela 7 días previos a la consulta. Presentaba taquicardia y taquiplea con saturación de oxígeno de 84% por lo que ingreso en UTI.

Se obtuvieron hemocultivos, urocultivo y cultivo de aspirado traqueal e inició tratamiento empírico con ceftriaxona + claritromicina + oseltamivir y se indicó aislamiento respiratorio y de contacto.

Evolucionó en 2 horas con precordialgia, hipotensión y requerimiento de vasoactivos, por desaturación de oxígeno y mala mecánica respiratoria se decidió iniciar ARM.

Se realizó ecocardiograma que evidenció hipoquinesia global y derrame pericárdico con Fey 45%. Se inició tratamiento empírico con Aciclovir con sospecha de miocarditis viral.

**Resultado:** Evolucionó con hipotensión sostenida, acidosis metabólica y oliguria que requirió tratamiento con dobutamina, milrinona y necesidad de balón de contrapulsación aórtico.

Evolucionó con shock refractario y falleció 24 horas posteriores al ingreso en UTI. La confirmación diagnóstica de varicela por PCR se obtuvo 24 horas después.

**Conclusiones:** El diagnóstico de varicela en esta paciente fue hecho sobre la base de lesiones típicas en la piel, historia de exposición cerrada reciente y anticuerpos confirmatorios.

La Miocarditis en adultos ha sido observada en una amplia variedad de enfermedades virales, bacterianas y parasitarias.

Encefalitis, neumonitis, pancreatitis y nefritis pueden también observarse, particularmente en neonatos e inmunocomprometidos.

La Miocarditis o miopericarditis por varicela es infrecuente y muy variable en su presentación y evolución. Se puede presentar en forma temprana o varias semanas después de la resolución del exantema.

La insuficiencia cardíaca por miocardiopatía dilatada puede aparecer también durante el exantema o incluso varios días o semanas después del mismo, es una de sus formas clínicas y puede ser rápidamente evolutiva con desenlace fatal que no da tiempo al trasplante cardíaco.

Se han descrito diversidad de arritmias, muerte súbita, bloque auriculoventricular completo.

El dolor torácico en las miocarditis es de características pleuríticas y en otros casos isquémico, que pueden simular un infarto agudo de miocardio.

Con respecto al tratamiento con aciclovir e inmunoglobulinas, hay

reportes de buena y mala evolución con ambos tratamientos. No hay series de casos al respecto y es solo recomendación de expertos más allá de lo dispar de los resultados.

#### 0152 DIAGNÓSTICO DE FORAMEN OVAL PERMEABLE CON DOPPLER TRANSCRANEANO. REPORTE DE UN CASO

S CHAPELA, E DEAN, S CEVALLOS VARGAS, E DESCOTTE, FM BALLESTERO, ED SOLOAGA, FJ CHERTCOFF

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El foramen oval permeable (FOP) es un conducto virtual localizado en el sitio de confluencia del septum primario y el septum secundario. Las técnicas de diagnóstico están basadas en la visualización directa de su apertura o de su consecuencia funcional, la detección del shunt de derecha a izquierda. Los métodos más usados son el ecocardiograma transesofágico (ETE) y el ecocardiograma transtorácico (ETC).

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 54 años, con antecedentes de adenocarcinoma de endometrio, ingresa al servicio de terapia intensiva por ACV isquémico NISS 16/42, en ventana para trombolisis, por lo que se le indica RTPA. Durante la infusión del trombolítico, evoluciona con cianosis en miembro superior derecho y asimetría de pulsos en miembros superiores. Se realiza ecocardiograma transtorácico para intentar descartar disección aórtica y ecodoppler arterial de miembro superior derecho que evidencia trombo en arteria subclavia y humeral. Ante la sospecha de foramen oval permeable, y el riesgo de complicaciones para la realización de ETE se realiza doppler transcraneano (DTC) con solución salina agitada que evidencia hits de burbujas en arteria cerebral media. Se solicitan ecodoppler venoso de miembros inferiores y TC de abdomen con contraste y tiempos venosos, que no mostraron trombosis. A los 5 días, ante la negativa de la paciente a realizarse ETE, se realiza ETT con solución de burbujas agitadas donde se evidencia pasaje de solución salina agitada a través del septum interauricular.

**Conclusión:** Si bien el ecocardiograma doppler transesofágico es el gold estándar para el diagnóstico de foramen oval, existen alternativas válidas para realizar dicho diagnóstico. El doppler transcraneano presenta una sensibilidad descrita entre 90-97% y una especificidad 92-98%, comparada con el ETE. La decisión de realizar uno u otro método para el diagnóstico puede estar basada en las posibilidades técnicas de cada institución, en la clínica y los requerimientos del paciente, entre ellos, la imposibilidad de sedación, el uso de trombolíticos como en nuestro caso o negación del paciente a realizarse el estudio. En el ETT, en pacientes EPOC, obesos, deformidades torácicas o poco colaboradores, a veces es difícil lograr una buena ventana. Diagnóstica. En estos casos el DTC se podría presentarse como alternativa para el diagnóstico de foramen oval permeable.

#### 0153 EVALUACION DE VENTANA TERAPEUTICA DEL ACV PARA EL USO DE TROMBOLITICOS EN EL PARTIDO DE MALVINAS ARGENTINAS

M CHALLAPA, R LOPEZ RAMOS, G THOFEHRN, AL MONSON, RB TORREZ, LA AGUILAR

Htal. De Trauma y Emergencia, Dr. Federico Abete, Argentina

**Introducción:** El accidente cerebrovascular (ACV) o stroke es una patología frecuente, con una elevada prevalencia e incidencia en la población adulta. Es la primera causa de discapacidad y la tercera causa de muerte a nivel mundial. Recientes datos estadísticos de los estados unidos muestran una incidencia de 700.000 casos por año, de los cuales 500.000 son casos nuevos y 200.000 son recurrencias. Cálculos estimativos indican que se producen 200 nuevos casos de stroke por cada 100.000 habitantes con un promedio de 2% que arriban al sistema sanitario en ventana terapéutica, cifra aun mayor (5%) para estadísticas de algunos distritos españoles. Los factores como, el retraso en la llegada de estos pacientes a

un centro sanitario, la falta de medidas adecuadas en el manejo extrahospitalario, unido a los estrictos criterios de exclusión actuales, son de gran importancia y hacen que en la actualidad el tratamiento trombolítico sólo se aplique a una muy escasa población de pacientes con stroke isquémico.

Es por esto que nuestro objetivo se basa en evaluar la incidencia de pacientes que ingresan a nuestro servicio con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico y cuantos de ellos ingresan en ventana terapéutica para el uso de trombolíticos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, con revisión de las historias clínicas que abarca el ingreso de todos aquellos pacientes con diagnóstico de ACV isquémico durante el período de enero a diciembre del 2010. Se evaluó el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso al servicio de emergencias.

**Resultados:** Se registraron 875 pacientes con diagnóstico de stroke isquémico durante el período antes mencionado, de los cuales 10 pacientes ingresaron en ventana terapéutica, representando el 1.14% de la población total.

**Conclusiones:** En base a los datos recolectados, se impone la necesidad de proveer herramientas necesarias para concientizar a nuestra población en reconocer los síntomas en forma temprana. Creemos que la implementación de una política sanitaria basada en la prevención secundaria y en la optimización de la respuesta y manejo prehospitalarios son, este momento, la prioridad frente a esta patología.

#### 0154 ENCEFALITIS HERPÉTICA POSTQUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA HOLOCRAEANA EN EL CÁNCER DE PULMÓN. REPORTE DE DOS CASOS

F GRASSI, S SILLITANO, E REQUESENS, M FERREYRA, E BORSINI, F BALLESTERO, MA BLASCO, MA VELTRI

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El virus del herpes simple (VHS) es la causa de encefalitis viral más frecuente en los humanos. El tratamiento disminuye la mortalidad al 30 %.

La infección del sistema nervioso central se produce por transmisión retrograda a través de las fosas nasales o por reactivación del virus en estado latente alojado en el ganglio trigémino. Entre los factores que estimulan la replicación viral, y el desarrollo de la enfermedad, se encuentra la luz solar, trauma, inmunosupresión y la radioterapia.

**Caso clínico 1:** Hombre de 68 años de edad, con antecedente de cáncer de células pequeñas de pulmón en tratamiento con quimioterapia y radioterapia con remisión parcial, recibió luego radioterapia holocraneana profiláctica. Cinco días después es internado por fiebre e inestabilidad de la marcha, a las 24 horas de internación, presenta convulsiones tónico-clónicas generalizadas inicia tratamiento con ácido valproico, evolucionando con mayor deterioro neurológico. El LCR mostró pleocitosis linfocitaria con glucorraquia normal y proteinorraquia ligeramente aumentada. Ante la sospecha de encefalitis herpética, inicia tratamiento con aciclovir. A la semana del ingreso, se recibe el informe de PCR para HSV en LCR, resultando positivo. Con requerimientos de ARM prolongada, traqueostomía y múltiples intercurencias infecciosas fallece a los 28 días del ingreso.

**Caso clínico 2:** Mujer de 57 años de edad, con diagnóstico de cáncer de células pequeñas de pulmón con quimioterapia y radioterapia y posterior tratamiento quirúrgico de rescate. En mayo presenta cefalea y vómitos se realiza diagnóstico de metástasis cerebral inicia tratamiento con corticoides y radioterapia. Un mes después es internada por deterioro del sensorio, y un EEG muestra un status no convulsivo. El LCR fue compatible con encefalitis viral y la PCR positiva para Herpes simple virus. Realiza tratamiento completo con aciclovir por 21 días. Fallece 40 días posteriores a la internación.

**Conclusión:** Si bien la inmunosupresión ha sido descrita como causa predisponente de encefalitis herpética, en la literatura se encuentran casos aislados de la misma en pacientes que recibieron

radioterapia holocraneana. Pensamos que debería incluirse como diagnóstico diferencial en todos los pacientes que presentan síntomas neurológicos sugestivos luego de haber recibido tratamiento con quimio y radioterapia holocraneana.

### 0155 DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR. REPORTE DE UN CASO

E DEAN, SP CHAPELA, M FERREYRA, S CEVALLOS VARGAS, E REQUESENS, EJ DESCOTTE, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La disección de las arterias esplánicas sin compromiso aórtico es un hecho relativamente raro y su etiopatogenia es aún desconocida. La clínica depende del sitio comprometido, y son sintomáticas en el 50 % de los casos. El tratamiento de la disección espontánea de la arteria mesentérica superior no está bien establecido incluyendo desde el tratamiento sintomático hasta la cirugía pasando por la anticoagulación y la reparación endovascular.

Se han reportado hasta el 2010 menos de 80 casos en la literatura desde que fue descrita en 1947 y si bien nos es raro encontrar a la hipertensión y a la arterioesclerosis asociadas todavía no se sabe si son causa per se o solo factores de riesgo. Las enfermedades del tejido conectivo, la displasia fibromuscular, la necrosis media cística y el trauma abdominal en cambio, aparecen pocas veces descritas.

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 57 años tabaquista severo, sin otro antecedente de relevancia, que se presenta a la guardia por epigastralgia súbita irradiada en cinturón.

Recibe tratamiento sintomático inicialmente y por persistencia del dolor ante una nueva consulta. se realiza una ecografía abdominal que se informa como normal y luego una angioTC de abdomen que mostró disección de la Arteria mesentérica superior (AMS) a 1-2 cm del ostium con flap de 6 mm y alteración de la grasa peri mesentérica, sin signos de sufrimiento intestinal. (Fig 1)

Ingres a UTI derivado hemodinámicamente estable, con dolor urente a la palpación profunda en abdomen. Al laboratorio de ingreso: LDH: 581 UI/L y CPK 2851 UI/L (1%MB). Se inicia tratamiento médico y luego anticoagulación con infusión de heparina sódica. Evolucion a favorablemente con mejoría del dolor y catarsis positiva a las 48hs. Comienza dieta vía oral y se rota anticoagulación a acenocumarol. Pasa a sala a las 72hs, y presenta egreso hospitalario a los 7 días de esta institución.

**Conclusiones:** La literatura señala al tratamiento conservador como el elegido inicialmente con resultados exitosos; pero no existe un consenso al respecto. La terapia anticoagulante debería suspenderse una vez resuelta las imágenes y tratamiento con antitrombóticos continuado de por vida. Se reserva la intervención percutáneo/quirúrgica en aquellos pacientes con severa isquemia mesentérica o en quienes falló la terapia médica inicialmente.

### 0156 MIOCARDIOPATÍA POR STRESS ASOCIADO A NEUROLÉPTICO MALIGNO

S SILLITANO, F GRASSI, E REQUESENS, S CEBALLOS VARGAS, MS RAÑA, ED SOLOAGA, E BORSINI, FJ CHERTCOFF  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El síndrome neuroléptico maligno es un cuadro clínico poco común asociado a utilización de drogas anti psicóticas. Pude cursar con disfunción multiorgánica, y ser potencialmente fatal. La miocardiopatía por stress raramente fue descrita en esta situación.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 66 años de edad con antecedentes de Hipertensión arterial, hipotiroidismo, trastornos psiquiátricos en tratamiento con trifluoperazina, risperidona, quetiapina y alprazolam.

Ingres a nuestra institución por deterioro del sensorio en contexto de sobredosis de trifluoperazina, risperidona y quetiapina.

Al ingreso se encuentra somnolienta, taquicárdica, y con marcada rigidez muscular, evolucionando con hipotensión arterial, hipoxe-

mia y oligoanuria, requiriendo ARM, sedación, y soporte vasopresor. En el ECG se constata supra desnivel del segmento ST en cara anterior, y al laboratorio. HTO 49- Na 135 - K 3.6- CRE 3.6 - UREA 148 - CPK 57821 - TT 4.5 - GB 19500 - TGO 664 - TGP 259.

Se interpreta inicialmente el cuadro clínico como síndrome coronario con supra desnivel del segmento ST por lo cual decide realizar Cinecoronariografía, no evidenciándose lesiones angiográficamente significativas. Un Eco cardiograma mostró hipocinesia apical con FSVI conservada. La paciente evoluciona con requerimientos de vasopresores, IABP y hemodiálisis. Se descarta proceso infeccioso, interpretándose el cuadro como síndrome neuroléptico maligno y miocardiopatía por stress.

La paciente evoluciona febril, con rigidez generalizada lográndose ser extubada al duodécimo día de internación.

**Conclusiones:** Las alteraciones autonómicas son frecuentes en el síndrome neuroleptico maligno, sin embargo la miocardiopatía es inusual y raramente documentada. La fisiopatología está relacionada a la hiperactividad simpática y aumento del nivel de catecolaminas siendo responsables de la disfunción ventricular. Solo existen tres casos reportados en la literatura de miocardiopatía en contexto de síndrome neuroleptico maligno.

### 0159 INCIDENCIA DE DELIRIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTE

MS RAÑA, F BALLESTERO, SP CHAPELA, S SILLITANO, M FERREYRA, MA BLASCO, MA VELTRI, FJ CHERTCOFF  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El delirio tiene una incidencia que se encuentra entre el 20 y el 80% en pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

**Objetivos:** Describir la incidencia de delirio en pacientes internados en una unidad médico quirúrgica, e identificar factores de riesgo relacionados con mayor probabilidad de presentarlo.

**Métodos:** Estudio prospectivo observacional. Durante cuatro meses se evaluó en los primeros diez días de internación la presencia de delirio mediante la realización del test CAM- ICU, a todos los pacientes que ingresaban a la UCI. Se analizó la relación del mismo con: patología médica, sexo, edad, tabaco, alcoholismo, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad crónica, depresión, demencia, reposo (inmovilización por más de 48 hs), hipoxemia, fiebre, benzodiazepinas, morfina, fentanilo, corticoides y ventilación mecánica. Resultados: Se incluyeron 358 pacientes, 121 pacientes ingresaron por patología quirúrgica: 27 presentaron CAM ICU positivo (22,31%; IC 95%=15,25-30,78) y 237 por patología médica, presentando delirio 79 pacientes (33,33%; IC 95% 27,36-39,73).

En la Tabla 1 se presentan las variables que se asociaron en forma significativa a delirio en el análisis individual.

	CAM ICU +, n (n=106)	CAM ICU neg (n=252)	OR (IC 95%)	P
Edad >65 años	79 (74,53%)	135 (53,57%)	2,53 (1,53-4,19)	<0,0001
Demencia, n (%)	12 (11,32%)	2 (0,79%)	15,96 (3,51-72,64)	<0,0001
Benzodiazepinas, n (%)	47 (44,34%)	46 (18,25%)	3,57 (2,17-5,88)	<0,0001
Ventilación Mecánica, n (%)	45 (42,45%)	28 (11,11%)	5,90 (3,40-10,23)	<0,0001

Se construyó un modelo utilizando regresión logística múltiple (Forward & Backward Stepwise) para identificar los mejores predictores de delirio entre todas las variables analizadas. El modelo obtenido incluyó las siguientes variables: demencia (OR=15.64, IC 95%=3.26-75.10, p=0.001), ventilación mecánica (OR=5.55, IC 95%=3.02-10.21, p<0.001), alcohol (OR=4.76, IC 95%=1.10-20.69, p=0.037), benzodiazepinas (OR=2.55, IC 95%=1.43-4.56, p=0.001) y la edad mayor a 65 años (OR=2.54, IC 95%=1.43- 4.56, p=0.001).

**Conclusión:** En el análisis individual los pacientes que ingresaban

por patología médica tenían mayor incidencia de delirio, pero en el análisis multivariado los mejores predictores de delirio fueron la demencia, las benzodiazepinas, el alcohol, la ventilación mecánica y la edad mayor a 65 años.

### 0160 NUESTRA EXPERIENCIA EN USO DE DOTRECOGIN ALFA ACTIVADO EN PACIENTES CON NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD INTERNADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

F GAMBINO, A BALBI, F TAMAGNONE, C SANCHEZ, K UGO  
Hospital Militar Central, Argentina.

**Objetivos:** Determinar la evolución, y estrategia terapéutica en pacientes internados en UTI por neumonía aguda de la comunidad por micoplasma pneumoniae, luego de administrarles dotrecogin alfa activado endovenoso.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo de 4 pacientes adultos internados en UTI del HMC por NAC por micoplasma pneumoniae, en un período de 1 año, en quienes se tuvo en cuenta, edad, antecedentes personales, apache score al ingreso y a las 96 hs, SOFA score, pre y post administración de dotrecogin alfa activado, tiempo de administración de dotrecogin, Murray score pre y post, tiempo de ARM, dosis de noradrenalina pre y post, recuento de plaquetas pre y post tiempo de internación y evolución. La dosis de dotrecogin alfa activado fue en todos los casos de 20 mcg/kg/ hora por día. Todos los datos fueron evaluados por regresión logística y p menor a 0,05 fue significativo.

**Resultados.** 4 pacientes adultos fueron internados en UTI por neumonía aguda de la Comunidad con cultivo positivo a micoplasma, quienes recibieron dotrecogin alfa activado a una dosis de 20 mcg/kg/hora por día:

La media de la edad 35 años (DS=11)

La media de horas de requerimiento de dotrecogin es de 76 horas (DS=36)

La media de apache al ingreso 24

La media de apache post dotrecogin 15

La media SOFA pre y post dotrecogin 9,5 y 5,7 respectivamente

La media de tiempo de ventilación invasiva es de 15 días (DS=6,6)

La media del tiempo de internación en UTI es de 17 días (DS=6,8)

La media de requerimiento de inotrópicos post dotrecogin menor a 0,0022 gammas

La media del recuento de Plaquetas previo a dotrecogin 138000

La media del Recuento de plaquetas posterior a dotrecogin 121900.

La media del Tiempo de administración de dotrecogin es de 76 horas (DS=18)

Todos los pacientes sobrevivieron. (Mortalidad 0:4)

Datos comparativos entre los cuatro casos reclutados previo y posterior al tratamiento dotrecogin alfa activado

**Caso 1:** Apache II pre 24 y Apache II post 18, SOFA pre 9 y SOFA post 7, Dosis de noradrenalina pre 0,6 y posterior no requirió inotrópicos. Días de ARM pre 7 y post 3. Plaquetas pre 289000 y post 75700.

**Caso 2:** Apache II pre 29 y Apache II post 21, SOFA pre 10 y SOFA post 4, Dosis de noradrenalina pre 0,27 y posterior no requirió inotrópicos. Días de ARM pre 12 y post 6. Plaquetas pre 181000 y post 79000.

**Caso 3:** Apache II pre 28 y Apache II post 8, SOFA pre 10 y SOFA post 7, Dosis de noradrenalina pre 0,29 y dosis post 0,09. Días de ARM pre 18 y post 5. Plaquetas pre 51000 y post 39000.

**Caso 4:** Apache II pre 15 y Apache II post 14, SOFA pre 9 y SOFA post 5, Dosis de noradrenalina pre 0,7 y posterior no requirió inotrópicos. Días de ARM pre 5 y post 4. Plaquetas pre 63000 y post 314000.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia de los 4 pacientes internados con Neumonía Grave de la comunidad por micoplasma pneumoniae, el uso de dotrecogin alfa activado, permitió reducir la dosis de inotrópicos, demostró mejoría en los scores de evaluación de gravedad de enfermedad y neumonía y se evidenció reducción del tiempo de conexión a ventilación invasiva ( $p < 0.05$ ).

### 0161 COMPLICACIONES POST OPERATORIAS EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE OPERADOS POR LA UNIDAD PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS. ENERO 2004 A MARZO 2010

LA BARREDA CEVASCO<sup>1</sup>, J TARGARONA MODENA<sup>2</sup>, LC MORI RODRIGUEZ<sup>3</sup>, C BARREDA FELIZIANI<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati - Docente de la Universidad San Martín de Porres, Perú. <sup>2</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, Perú. <sup>3</sup> Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Perú. <sup>4</sup> Hospital Nacional Edgardo Rebagliati - Universidad San Martín de Porres, Perú.

**Introducción:** Los pacientes con pancreatitis Aguda Grave son manejados en la Unidad de Cuidados Intensivos o pueden considerarse altamente dependientes de dicha unidad. En nuestro medio y en la institución los casos de pancreatitis aguda grave tienen una morbilidad y mortalidad de gran impacto, su manejo a cambiado mucho en los últimos años

**Objetivo:** El objetivo del trabajo es evaluar las complicaciones post operatorias en los pacientes operados por pancreatitis aguda grave en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins desde Enero 2004 a Marzo 2010.

**Resultados:** Durante el periodo de Enero del 2004 a Marzo del 2010 se operaron 50 pacientes con Pancreatitis Aguda Grave en Hospital Rebagliati. La media de la edad fue de 52,9 años, el 64,6% pertenece al sexo masculino, el 57% tuvo un IMC mayor a 30, el 64% fue de etiología biliar. La mortalidad fue del 14,3% y la morbilidad post operatoria se presentó en el 87,5% de los casos, el 40% tuvo 2 o más complicaciones asociadas, el 16% requirió reoperación por absceso residual o por sangrado post operatorio, las infecciones extra pancreáticas se presentaron en el 20% siendo el 80% por infecciones asociadas a staphylococo, el 20% por el grupo de pseudomona aeruginosa, acinetobacter y cándida. El 20% cursó con Insuficiencia Pancreática post operatoria, Diabetes Mellitus secundaria que requirió manejo ambulatorio con Insulina. Otras complicaciones quirúrgicas son las fistulas pancreáticas de bajo débito (76%), que respondieron a manejo médico, los problemas severos de pared se vio en el 6% (Evisceración e infecciones severas de sitio operatorio). A largo plazo se ha visto que el 10% de ellos cursaron con pseudoquistes pancreáticos con diferentes modalidades de manejo. Existe una asociación significativa entre Disfunción Multiorgánica (DOMS), hipoalbuminemia persistente, disfunción intestinal y mortalidad ( $p=0.002$ ), ( $p=0.002$ ) ( $p=0.01$ ), la disfunción intestinal, uso de insulina y el uso de catéter venoso central prolongado tuvo asociación significativa con morbilidad ( $p=0.04$ ), infecciones intrahospitalarias ( $p=0.04$ ), - sepsis pseudomona ( $p=0.04$ ) y sepsis por acinetobacter ( $p=0.04$ ). Existe asociación significativa entre DOMS y fistulas pancreáticas ( $p=0.02$ ). El análisis de los cultivos de necrosectomías polimicrobianas tuvo asociación significativa con abscesos residuales ( $p=0.03$ ).

**Conclusiones:** Las complicaciones post operatorias tempranas en pacientes con Pancreatitis Aguda Grave operados son principalmente infecciosas por infecciones intrahospitalarias y abscesos residuales, teniendo a factores asociados significativamente a su origen. Y las complicaciones pancreáticas encontradas son la insuficiencia pancreática (Diabetes Mellitus secundaria), Fistulas pancreáticas de bajo débito y pseudoquiste pancreático.

### 0162 SEPSIS SEVERA POR INFECCIÓN DE HERIDA QUIRÚRGICA EN POST OPERATORIO ELECTIVO DE MAMA

N LUQUE, M GUAYMAS, A FELDMAN, A MARINO  
Complejo Medico de la Policía Federal Argentina Churrucá - Visca Servicio de Terapia Intensiva (CABA), Argentina, Argentina.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico sepsis severa por infección de herida quirúrgica en cirugía de implantes mamarios. Diagnóstico, evolución y tratamiento.

**Material y Métodos:** Paciente femenina de 32 años, shock séptico por colección para uterina posterior a cirugía de cesárea programada en el año 2007. Ingresó a UTI por sepsis severa cursando decimo día de colocación de prótesis mamaria realizado en centro privado que evoluciona febril refractaria al tratamiento antibiótico vía oral (cefalexina – trimetoprima sulfá - ciprofloxacina) por lo que al octavo del post operatorio fue re intervenida con extracción de prótesis mamaria y toilette objetivándose material purulento, inicia empíricamente tratamiento antibiótico con imipenem, vancomicina; al segundo día de tratamiento antibiótico pasa a terapia intensiva por sepsis severa e insuficiencia respiratoria tipo I, al examen físico induración y flogosis con flictenas en región anterior del tórax, en laboratorio: reacción leucemoide, hipoxemia y coagulopatía, se realiza tac de tórax que evidencia derrame pleural bilateral, atelectasia pasiva derecha y condensación con broncograma aéreo izquierdo. Líquido pleural con 5000 elementos (predominio PMN), evaluada por cirugía se decide conducta quirúrgica realizándose apertura de herida, drenaje de colección y colocación de tubos de avenamiento pleural bilateral. Se indica tratamiento antibiótico con imipenem, vancomicina, clindamicina y colistin. Paciente evoluciona estable hemodinámicamente, con registros febriles diarios sin descompensación, hemocultivos y material de herida quirúrgica negativos a la fecha. Al quinto día se retiran los tubos de avenamiento pleural y pasa al piso de clínica médica en seguimiento con cirugía plástica. Se solicita serologías para HIV, colagenograma y demás estudios inmunológicos.

**Conclusión:** Se presentó complicación infecciosa en cirugía electiva de mama, donde los estudios han demostrado que la profilaxis antibiótica peri operatorias reducen el riesgo de infección y que son factores predisponentes: diabetes, obesidad, inmunodepresión, alcoholismo y celulitis previa. Los gérmenes más frecuentes son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, siendo el primero predominante en heridas quirúrgicas abscedadas, que presentan bajos rescates en hemocultivos (2 a 5 %) y en material quirúrgico del 20 al 30 %. Solo el 5% evoluciona a shock séptico con aumento de la mortalidad. El manejo de estas infecciones envió de material a laboratorio para tinción de Gram, para detección de bacilos ácido-alcohol resistentes y para cultivo de gérmenes aerobios y anaerobios. En esta presentación, la paciente no presentaba factores predisponente y se había realizado profilaxis pre quirúrgica, la evolución favorable estuvo determinada por la conducta médica y quirúrgica (antibióticos de amplio espectro más toilette diarias de la zona afectada).

#### 0164 ENFERMEDAD DE POMPE DEL ADULTO, PRESENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN CASO DURANTE 4 AÑOS DE TERAPIA DE REEMPLAZO ENZIMÁTICO

JP ALVAREZ BERTEA<sup>1</sup>, M GRAÑA<sup>1</sup>, M CINI<sup>1</sup>, J CORDERI<sup>2</sup>, JM GOMEZ PORTILLO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital El Carmen, Argentina. <sup>2</sup> Fundación Favalaro, Argentina.

**Objetivos:** Comunicar la forma de manifestación de una enfermedad rara y la importancia de un tratamiento con potencial de cambio de la evolución natural.

La enfermedad de Pompe (EP), desorden autosómico recesivo por deficiencia de enzima lisosomal alfa glucosidasa ácida, con depósito anormal de glucógeno muscular. La presentación va desde la rápidamente progresiva en recién nacidos con muerte antes del año, hasta la más lenta del adulto con uso variable de silla de ruedas y ventilación mecánica. En 2006 se aprobó, basada en la forma infantil, alglucosidasa alfa para la terapia de reemplazo enzimático (TRE), hecho de gran importancia para una enfermedad hasta el momento intratable. En 2010 se publicó el estudio en adultos LOTS (1), con beneficio en la distancia caminada como test de 6 minutos (TC6M) y estabilización pulmonar como % capacidad vital forzada (%CVF).

**Materiales y Métodos:** Varón de 39 años, comienza a los 26 con debilidad y fatiga a predominio de miembros inferiores. A los 29 años

(2001) presenta Neumonía, que requirió VNI en UTI. Diagnóstico presuntivo: enfermedad neuromuscular. Alta con Bipap.

La debilidad progresa, mayor uso de Bipap, caída continua en CVF. Laboratorio: CPK: 580. EMG: Patrón miopático. Biopsia en bíceps braquial, no diagnóstica. En 2006 se dosó alfa glucosidasa linfocitaria con fracción ácida de 0.03 (valor normal: 0.49 a 1.27), diagnosticándose EP.

Tiene tres hermanos, dos varones, uno sano y otro de 43 años afectado (en TRE), una hermana de 34 años, oligosintomática, con test positivo, en plan de TRE. Los padres son asintomáticos. El paciente recibe TRE bimensual desde 2007.

**Resultados:** Presenta disnea leve en reposo, autoválido, usa bipap nocturno. Escápulas aladas y atrofia muscular proximal en miembros inferiores y peri escapulares. Fuerza proximal disminuida entre 3/5 y 4/5.

Fecha Evaluación	Sentado FVC: Litros	FVC: % Pred	Supino FVC: Litros	Supino FVC %	FVC % Relación % Sentado vs supino	Sentado FEV1: litros	Sentado FEV1 %	MIP: cmH2O	MEP: ch2O	TC6M (mts)	PCO2 mmHg
15/05/2007	1,14	21	0,51	9	57,14	1,09	25	20	40	356	
28/07/2007	1,35	25	0,47	9	64	1,28	29	20	60	304	56
08/09/2007	1,32	24	0,4	8	66,67	1,13	26	20	55	304	55
01/12/2007	1,43	26	0,53	10	61,54	1,14	26	20	55	468	
16/05/2008	1,23	23	0,52	10	56,52	1,02	24	20	50	520	52
22/05/2009	1,22	23	0,54	10	56,52	1,10	26	15	50	508	
28/11/2009	1,25	23	0,47	9	60,87	1,15	27	15	45	526	
10/07/2010	1,24	23	0,48	9	60,87	1,02	24	15	55	496	
30/07/2010	1,41	27	0,51	9,7	69	1,35	33	21	48	460	
07/04/2011	1,19	22	0,45	9	62,18	0,99	23	15	55		

**Conclusiones:** Durante 4 años con TRE: No hubo variaciones significativas en %CVF del predicho tanto en posición sentado como supina. El TC6M mostró un incremento sostenido. No hubo modificaciones en el grado de acidosis respiratoria crónica. Coincide con el estudio LOTS, y sugiere beneficio sostenido más allá del año y medio de TRE, reforzando la necesidad de trabajar en la educación para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Ref: 1 Van der Ploeg, A. A randomized study of alglucosidase alfa in Late-Onset Pompe's Disease, n engl j med 2010,362;15,1396-1406.

#### 0165 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA CORTICAL O DE LA CONVEXIDAD ESPONTÁNEA (NO TRAUMÁTICA): ETIOLOGÍA, PRESENTACIÓN CLÍNICA, COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO EN UNA SERIE DE 24 PACIENTES

JA MOSCHINI, MF DÍAZ, A HLAVNICKA, N WAINSZTEIN  
Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea FLENI, Argentina.

**Introducción y objetivo:** La hemorragia subaracnoidea (HSA) cortical o de la convexidad (HSAc) espontánea (no traumática) constituye una variedad infrecuente de HSA, por lo general no aneurismática, poco reportada en la literatura médica.

El objetivo del presente estudio es describir las etiologías, manifestaciones clínicas, complicaciones y desenlace clínico de una serie de 24 pacientes con HSAc.

**Material y métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas y los estudios de neuroimágenes de todos los pacientes con diagnóstico de HSAc evaluados en nuestra institución desde noviembre de 2004 hasta marzo de 2011 (77 meses).

La HSAc se definió como un sangrado localizado en los espacios subaracnoideos de la convexidad de los hemisferios cerebrales, sin compromiso del parénquima adyacente o extensión a las cisuras interhemisféricas, cisternas basales o ventrículos.

**Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes, 13 mujeres (54 %) y 11 varones (46 %). La edad promedio fue 63 años (±13; rango: 32-86). Se registraron factores de riesgo vascular en 17 pacientes (71 %), dislipidemia en 14 (58 %), hipertensión arterial en 10 (42 %), ta-

baquismo actual en 3 (12 %), enfermedad coronaria en 2 (8 %). Ningún paciente presentó historia previa de accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico. Se identificaron etiologías definidas angiográficamente en 15 casos (62 %): síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) en 10 (42 %), ruptura de aneurisma de la bifurcación de la arteria basilar en 1 (4 %), ruptura de fístula arteriovenosa dural craneal en 1 (4 %), trombotosis del seno venoso longitudinal superior en 1 (4 %), aterosclerosis moderada-severa de ambas arterias carótidas internas extracraneales en 1 (4 %) y aterosclerosis severa de la arteria cerebral media derecha en 1 (4 %). Ocho casos (33 %) se atribuyeron a angiopatía amiloide cerebral (AAC) probable, sin confirmación patológica. Se observó cefalea de comienzo agudo e intensidad severa en 16 pacientes (66 %), cefalea en estallido recurrente en 9 (37 %), déficit focal transitorio recurrente en 9 (37 %), déficit focal persistente en 6 (25 %), signos de irritación meníngea en 5 (21 %) y convulsiones en 1 (4 %). Se observaron hemorragias intracraneales recurrentes dentro de los 30 días en 3 pacientes (12 %): HSA difusa en 1, hemorragia intraventricular en 1 y hemorragia intracerebral en 1. No se registraron hidrocefalia o complicaciones sistémicas severas. El tratamiento incluyó drogas antiépilépticas en 18 casos (75 %) y nimodipina en 10 (42 %). Al alta de la hospitalización se registró remisión completa o casi completa de las manifestaciones clínicas en 23 pacientes (96 %).

**Conclusión:** La HSA es un síndrome clínico-radiológico de etiología no aneurismática en la gran mayoría de los casos; sus causas más frecuentes son el SVCR y la AAC. El curso clínico y el pronóstico son benignos en comparación a la HSA aneurismática.

#### 0166 MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN MUJERES CON PREECLAMPSIA, ECLAMPSIA Y SÍNDROME HELLP. UNA SERIE PROSPECTIVA DE 6 CASOS

JA MOSCHINI, MF DÍAZ, A HLAVNICKA, N WAINSTEIN  
Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea FLENI, Argentina.

**Introducción y objetivos:** Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna y perinatal en todo el mundo. Los órganos maternos principalmente afectados son el encéfalo, el hígado y los riñones. El objetivo del presente estudio es describir las manifestaciones clínicas y radiológicas de compromiso del sistema nervioso central (SNC) en mujeres con preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP.

**Material y métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva las historias clínicas y los estudios de neuroimágenes de 6 pacientes, desde diciembre de 2002 hasta junio de 2010.

**Resultados:** La edad promedio fue 31 años (rango: 23-36). Dos mujeres fueron primigestas y 4 multigestas. El diagnóstico fue preeclampsia en 3, eclampsia en 3 y síndrome HELLP en 2. Los eventos neurológicos ocurrieron durante el embarazo en 3, en el puerperio temprano en 1 y en el puerperio tardío en 2. Se registró cefalea en las 6 mujeres, síntomas visuales en 3, convulsiones en 3, déficit focal en 3 y emésis en 2. La HTA y la proteinuria estuvieron presentes en 5. Los estudios de imágenes mostraron vasoconstricción arterial cerebral en 5, encefalopatía posterior reversible en 4, hemorragia subaracnoidea cortical en 1 e infarto de tronco cerebral en 1. Se indicó tratamiento con sulfato de magnesio en 4, nimodipina en 3, drogas antiépilépticas en 3, aspirina en 2 y nifedipina en 1. Se observó buena recuperación neurológica en las 6 mujeres, sin discapacidad residual.

**Conclusión:** La cefalea fue la manifestación clínica más frecuente, mientras que la vasoconstricción arterial cerebral y la encefalopatía posterior reversible fueron las principales alteraciones radiológicas. Se registró un uso subóptimo de sulfato de magnesio. El desenlace clínico fue favorable, con buena recuperación en todos los casos.

#### 0167 INFECCIONES EN EL POLITRAUMATIZADO GRAVE

C BALASINI, R REINA, E VALGOLIO, C MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, S TAL BENZECRY, A PORCEL, P RODRÍGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, L NAVEIRO, L CARRERAS, L DI LUCA, F IGLESIAS, S CARINO, H CANALES, M LARES, MG SAENZ, F GONZALEZ, MG VIDAL, A DAS NEVES, D VASQUEZ, G FERRARA, G MARTINS, E ESTENSSORO  
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la densidad de incidencia de las infecciones asociadas al uso de dispositivos en el paciente politraumatizado grave en UTI y gérmenes más frecuentes.

**Materiales y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se consideraron todos los pacientes politraumatizados desde el 1/01/01 hasta el 31/12/07 que requirieron internación en UTI. Se evaluaron variables epidemiológicas y scores de gravedad al ingreso y al egreso mortalidad, días de estadía y de ventilación mecánica (ARM). Se consideraron las siguientes infecciones: bacteriemia asociada a catéter (BAC), neumonía asociada al respirador (NAR), infección urinaria asociada a sonda vesical (IUASV). Análisis estadístico: Los datos se presentan como media y DS, mediana y RI y %.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado ingresaron 309 pacientes politraumatizados. 33 pacientes (11%) no fueron analizados por pérdida de datos. Quedaron para el análisis 278 pacientes: edad 34±14, masculino 76%, APACHE II 18±9, Riesgo de APACHE II 28±23%, SOFA7±4, Glasgow 11±4, TISS 34±10, ISS 29±19, TRISS 40±36, TEC 73%. El porcentaje de ARM fue del 82%, los días de ARM 9 (2-22), los días de internación 8 (3-23) y la mortalidad fue del 39%. La tasa de NAR fue de 27/1000 días ARM (monomicrobiana 58%, BGN 77% y Cocos 23%); la de BAC fue 10/1000 días CVC (monomicrobiana 78%, BGN 68%, Cocos 30% y Candidas 2%); y de IUASV fue 12/1000 días SV (monomicrobiana 81%, BGN 60%, Cocos 15% y Candidas 25%).

**Conclusiones:** Los pacientes politraumatizados presentan una alta densidad de incidencia de infecciones asociadas al uso de dispositivos. Las infecciones fueron en su mayoría monomicrobianas y con predominio de BGN.

#### 0169 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN EL POLITRAUMATIZADO. GUÍAS ELABORADAS POR LOS COMITÉS DE INFECTOLOGÍA CRÍTICA Y DE TRAUMA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA (SATI)

R REINA<sup>1</sup>, G RAMOS<sup>2</sup>, C BALASINI<sup>1</sup>, H CANALES<sup>2</sup>, W CORNISTEIN<sup>1</sup>, A CREMONA<sup>1</sup>, E CUNTO<sup>1</sup>, M ESTEBAN<sup>1</sup>, A LEGARTO<sup>2</sup>, R LENDARO<sup>2</sup>, C LLERENA<sup>1</sup>, M LLORIA<sup>1</sup>, M QUINTEROS<sup>2</sup>, J VIDELA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Comité de Infectología Crítica, SATI, Argentina. <sup>2</sup> Comité de Trauma, SATI, Argentina.

**Objetivo:** Elaborar estas guías de profilaxis antibiótica (P-ATB) en el politraumatizado según nivel de evidencia disponible.

**Materiales y métodos:** Revisión de artículos durante 1970-2010 (MEDLINE, LILACS, OVID, RIMA). Se usó el GRADE para la calidad y fuerza de la evidencia

**Resultados:** 1) P-ATB dentro de la hora de cualquier cirugía; uso de medidas estériles, lavado quirúrgico del área, no rasurado; limpieza y debridamiento amplio y precoz: extracción de todo cuerpo extraño y tejido desvitalizado: P-ATB evidencia fuerte 1-A.

2) Trauma abdomen cerrado sin lesión de viscera hueca, con o sin packing: P-ATB evidencia débil 2-D; con lesión de viscera hueca, con o sin packing, P-ATB hasta 24 hs del posoperatorio 1-A.

3) Trauma de cráneo: a) colocación de sensor de PIC: P-ATB evidencia débil 2-D; b) fractura base cráneo: no P-ATB evidencia fuerte 1-A; c) fractura hundimiento con o sin atricción de partes blandas, y por arma de fuego: la P-ATB no previene las infecciones profundas (meningitis, absceso), P-ATB evidencia débil 2-D.

4) Trauma maxilofacial: a) cerrado: con o sin hemoseno, no P-ATB evidencia fuerte 1-A; b) penetrante o complejo (ruptura de senos

paranasales, pérdida de piezas dentarias, con o sin laceración de mucosa, fuerte evidencia de P-ATB de 1 día (1-shot): **1-A**; c) fractura mandibular: reducción cerrada o abierta: débil evidencia para P-ATB posoperatorio **2-D**; d) lesión de partes blandas en cara sin fractura: P-ATB débil evidencia: **2-D**; e) trauma ocular penetrante: P-ATB durante 1 día débil evidencia: **2-D**.

5) Quemados: a) profilaxis sistémica para prevenir sepsis temprana e infección de herida, no recomendada **1-C**; b) recomendación débil para quemados graves con requerimiento de ARM: prevención de neumonía e infecciones nosocomiales en pacientes de alto riesgo: **2-B**; c) procedimientos de curación simple, balneoterapia y resecciones de escara en quemadura menor del 40%, no recomendada **1-C**, no hay suficiente evidencia para recomendar o rechazar profilaxis en procedimientos mayores en quemaduras mayores de 40%, P-ATB perioperatoria para reducir riesgo de bacteriemia perioperatoria e infección de la quemadura: **2-C**; d) injertos de piel autóloga: prevenir pérdida de injertos por infección **2-C**.

6) Trauma tórax: a) colocación de drenaje: P-ATB débil evidencia **2-D**; b) aspiración de contenido gástrico: no P-ATB fuerte evidencia **1-A**.

7) Trauma pelvis y ginecounario abiertas a vagina o recto y con lesión viscera hueca: prolongar ATB hasta 24 hs del posoperatorio **1-A**  
8) Fractura expuesta huesos largos: a) iniciar P-ATB rápidamente luego de la fractura **1-A**; b) Gustillo I-II: suspender ATB 24 hs luego del cierre de herida **1-B**; c) Gustillo III: continuar ATB por 72 hs luego del trauma y no más de 24 hs del cierre de herida **1-B**.

**Conclusiones:** Fuerte evidencia: P-ATB prequirúrgica, uso de medidas estériles, lavado quirúrgico del área, no rasurado; limpieza y debridamiento amplio y precoz, trauma abdomen con lesión viscera hueca, trauma maxilofacial penetrante, fractura pelvis y de huesos largos expuestas. Baja evidencia para el resto.

#### 0170 REPORTE DE CASO DE PLACENTA ACCRETA COMPLICADA

RM SALVATORE, DN SANTONI, MB CASTAÑOS

Clínica Pelegrina, Godoy Cruz, Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La placenta accreta es una implantación placentaria anormal en donde las vellosidades se adhieren al miometrio en lugar de ser contenidas por la decidua. Es una entidad poco frecuente, 1 en 2000 partos aproximadamente, pero importante por las complicaciones que pueden surgir de su evolución o en el alumbramiento. Muchas de estas complicaciones terminan con una paciente en estado crítico, lo más habitual shock hipovolémico y coagulación intravascular diseminada (CID), y es allí donde entra en acción el médico Terapeuta.

#### Objetivos:

1. Presentar un caso de observación excepcional en el ámbito de la obstetricia crítica
2. Evaluar las consecuencias de esta patología en el ámbito de la Unidad de Terapia Intensiva (UTI)
3. Exponer la importancia del correcto manejo del shock hipovolémico y la CID desde el quirófano hasta la UTI

**Material y métodos:** La paciente estudiada es una mujer de 26 años de edad, sin antecedentes patológicos, con historia ginecológica de 6 gestas anteriores, 4 cesáreas y 2 abortos. Última cesárea dentro de los 6 meses previos al ingreso. Ingresa con diagnóstico de embarazo detenido en semana 19 de gestación y placenta previa oclusiva total en cara anterior del útero, para raspado.

Se recabó información de la historia clínica ginecológica de ingreso, el protocolo quirúrgico, la historia clínica y evoluciones de la UTI, la internación en el servicio de ginecología y el conocimiento previo de la paciente por su obstetra de cabecera.

**Resultados:** La paciente comienza, durante la extracción del feto y la placenta, con hemorragia incoercible con compromiso hemodinámico, por lo que la intervención deriva en una anexo hysterectomía de urgencia con ligadura de las arterias hipogástricas. Luego pasa a UTI con diagnóstico de shock hipovolémico y coagulopatía: se la asistió ventilatoriamente, se le realizó reanimación con crista-

loides según metas, se utilizaron vasopresores para asegurar parámetros de perfusión y se aplicó terapia transfusional en cuidados críticos. La paciente evolucionó favorablemente luego de 5 días de internación en UTI y fue pasada a sala común.

**Conclusiones:** Luego de este caso se puede concluir que si bien la placenta accreta es una entidad infrecuente, sus complicaciones pueden ser extremadamente graves. El correcto manejo de éstas, de elevada morbimortalidad, de manera inmediata y eficaz derivan en la recuperación de una paciente habitualmente joven, con muchos años de vida productiva.

#### 0171 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN EL POLITRAUMATIZADO GRAVE

C BALASINI, R REINA, V VALGOLIO, M MARCHENA, AL GONZALEZ, L TUMINO, F LAMBERT, S TAL BENZECRY, A PORCEL, P RODRÍGUEZ, MC BUSTAMANTE, S LARRAIN, L NAVERO, L CARRERAS, L DI LUCA, F IGLESIAS, S CARINO, H CANALES, L LARES, MG SAENZ, F GONZALEZ, MG VIDAL, A DAS NEVES, D VASQUEZ, G FERRARA, G MARTINS, E ESTENSSORO  
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la densidad de incidencia de las Neumonías asociadas al respirador (NAR) en el paciente politraumatizado y los gérmenes más frecuentes. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Ingresaron al estudio todos los pacientes politraumatizados desde el 1/01/01 hasta el 31/12/07 que requirieron ventilación mecánica (ARM). Se consideraron variables epidemiológicas y scores de gravedad al ingreso, y al egreso se evaluó mortalidad, días de estadía y de ARM. Se comparó la población que presentó DS, mediana (mdn) [IQ 0.25-0.75], y porcentajes,  $\text{seg} \pm \text{NAR}$  con los que no la presentaron. Los datos se presentan como media  $\pm$  su naturalidad. Las comparaciones se efectuaron con tests t, Wilcoxon o X<sup>2</sup>. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Durante el periodo estudiado ingresaron 309 pacientes politraumatizados, 229 requirieron ARM. Se observaron 97 NAR: 27/1000-días-ARM, el tiempo de comienzo fue de 5 (3-10) días. Se compararon los pacientes con y sin NAR no encontrándose diferencias significativas en edad, sexo, APACHE II, Riesgo de mortalidad por APACHE II, SOFA, TISS, Glasgow y ISS. Las diferencias significativas se evidencian en la siguiente Tabla.

	Todos=229 ptes	NAR=97 ptes	No NAR=132	p
Días UTI mdn [.25-.75]	10(3-28)	28(15-41)	4(2-9)	0.0001
Días ARM mdn [.25-.75]	9(2-22)	22(11-33)	3(1-8)	0.0001
Mortalidad (%)	47%	33%	56%	0.001

Microbiología: 58% monomicrobiana: BGN 77% (Acinetobacter 35%, Pseudomonas 26%, Klebsiella 9%); CGP 23% (SAMS 63%, SAMR 25%).

**Conclusiones:** La densidad de incidencia de NAR es alta en el paciente politraumatizado. Los pacientes con NAR presentaron más días de internación y ventilación mecánica, y menor mortalidad. Los gérmenes son a predominio de BGN: principalmente Acinetobacter y Pseudomonas, entre los cocos positivos el más frecuente fue el SAMS

#### 0172 GRANULOMATOSIS DE WEGENER

VB LARA, M GARRIBIA, D OLMOS, B PASTERIS, M LEIVA, M MOYA  
Sanatorio Del Salvador, Argentina.

**Objetivo:** Reportar un caso de Granulomatosis de Wegener.

**Material y Método:** Paciente de 68 años sin antecedentes patológicos que comienza hace varios días con tos seca sin fiebre tratada con múltiples esquemas antibióticos sin mejoría por lo que se le solicita TAC de tórax donde se observan masas sólidas de bordes espiculados a nivel apical de pulmón derecho. Ingresa a UTI en post

quirúrgico de segmentectomía apical derecha, hemodinámicamente estable, afebril, laboratorio de ingreso: Bcos: 32.400; Hto: 26; Hb: 8,3; U: 55; Cr: 1,21; Na: 134; K: 3,2; PH: 7,38; PCO2: 34; PO2: 61; HCO3: 19; EB: -4,3; SO2: 91%; SVO2: 66%; App: 66%; Kpnt: 32". Se inicia tratamiento antibiótico EV con Piperacilina /Tazobactam y Clindamicina. Evoluciona a las 72 hs. con hemoptisis severa con desaturación y descompensación hemodinámica por lo que requiere ARM y drogas inotrópicas. Se agrega Trimetoprima/Sulfametoxazol y Anfotericina B. Al día siguiente se recibe informe de Anatomía Patológica donde se confirma Granulomatosis de Wegener. Se indican 3 pulsos de Metilprednisolona y ciclofosfamida. Paciente que permanece actualmente en UTI con pronóstico reservado.

**Conclusión:** La Granulomatosis de Wegener es una Vasculitis ANCA C con Granulomatosis Necrosante que afecta tracto respiratorio, superior e inferior, y riñón. El diagnóstico precoz de esta enfermedad influye en la evolución de la misma ya que en ausencia de tratamiento adecuado el pronóstico es ominoso, con una supervivencia media de 5 meses y con una mortalidad del 90% a los 2 años.

#### 0174 CALIDAD DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN LA UCI: INCIDENCIA Y CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

L TUMINO, C LOUDET, A PORCEL, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, F LAMBERT, C BUSTAMANTE, S TAL BENZECRY, L DI LUCA, F IGLESIAS, D VASQUEZ, G SÁENZ, H CANALES, R REINA, E ESTENSSORO  
Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

##### Objetivos:

1) Determinar la incidencia de suspensiones de la NE en PC.  
2) Analizar las causas que llevan a las suspensiones de la NE en PC, los factores asociados y el posible impacto sobre la eficacia de la NE  
Diseño: Estudio descriptivo, prospectivo. Lugar: UCI médico-quirúrgica en un hospital escuela. Pacientes: Los ingresados consecutivamente durante el período de estudio con requerimiento de NE > 24hs. Período de estudio: 01/07/10-28/02/11.

Se consideraron los siguientes parámetros e indicadores relacionados:

**Eficacia de administración de NE (EfNE)** = NE administrada/NE indicada x 100.

**Suspensión mayor de NE:** cualquier interrupción de la NE durante al menos el 50% de la indicación diaria o cuando la EfNE fue ≤ 50% en un día.

**Suspensión menor de NE:** cualquier suspensión que no cumpliera el criterio de mayor.

**Causas de suspensión:** se consideraron causas médicas (SM) y no médicas (SNM).

Se relacionaron las suspensiones con los días en la UCI, días de VM y EfNE. Se analizaron las causas individuales que provocaron las suspensiones como mayores y menores

Análisis estadístico: Datos presentados como media ± DS, mediana y percentiles [25-75] o porcentajes según su naturaleza. Comparaciones con Ttest, Wilcoxon ranksum test para variables continuas,  $\chi^2$ , o Fisher para las categóricas. Significativa  $p \leq 0.05$  a dos colas. Programa STATA 9.0

**Resultados:** 49 PC con 747 días de NE, 46 PC (95%) presentaron al menos 1 suspensión, con un total de 289 suspensiones. Características: Edad  $46 \pm 20$  años, APACHEII  $14 \pm 5$ , SOFA24: 5 [2-10], días UCI 20 [7-31], días VM 10.5 [4-22], Mortalidad 27%.

43 PC (88%) presentaron al menos 1 suspensión mayor; estos pacientes tuvieron más días en UCI 22 [9-31] vs 7 [4-19],  $p < 0.05$ , más días de VM 12.5 [6-23] vs 3 [0-6],  $p < 0.05$ , y menor EfNE  $67.4 \pm 19.5$  vs  $88.5 \pm 17.7$ ,  $p < 0.05$ .

De las 289 suspensiones totales, 215 (74%) fueron mayores y 74 (26%) menores; 186 (64%) fueron de causa médica y 103 (36%) no médica. Causas de SM: shock 29%, alto residuo gástrico (ARG) 36%, vómitos 12%, distensión 7%, cirugía 10%, otros 6%. Causas de SNM: 58% espera para control Rx de sonda, 28% indeterminado

incluyendo error en indicación, 5% mecánicos, 6% falta transitoria de insumos.

Comparando suspensiones mayores vs menores se observaron significativamente más SM: 75% vs 32%,  $p < 0.01$ . En la siguiente tabla se detalla la comparación entre mayor y menor de las causas médicas.

	SM			
	Shock	ARG	Vómitos	Distensión
Suspensión mayor	30%	43%*	12%	15%
Suspensión menor	35%	9%	22%	35%

\* $p < 0.01$

##### Conclusiones:

- Las SMA de la NE fueron muy frecuentes, pero en 64% de los casos fueron SM.
- Los pacientes con SMA presentaron significativamente mayor estancia en la UCI y días de VM con impacto directo en una menor EfNE.
- Comparando entre las SM, el ARG causó significativamente más suspensión mayor que menor.

#### 0175 ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADA A ECLAMPSIA. REPORTE DE UN CASO

R SALAS, J STRATI, L BENITO MORI, P SCHOON  
Hospital Interzonal General de Agudos "Prof. Dr Luis Güemes" Haedo, Argentina.

**Introducción:** La encefalopatía posterior reversible (EPR) es una entidad clínico-radiológica de presentación aguda o subaguda como complicación neurológica de muchas enfermedades médicas (encefalopatía hipertensiva, eclampsia, fallo renal agudo y uso de fármacos, entre otros). Sus principales síntomas son cefalea, vómitos, alteración del estado mental, trastornos visuales, convulsiones y la principal característica es la presencia en RMN (secuencias T2 y FLAIR) de lesiones reversibles bilaterales en región posterior, con mayor predominio en sustancia blanca. La hipótesis del mecanismo fisiopatológico más aceptada es el desarrollo de edema vasogénico.

**Objetivo:** Reporte de un caso de encefalopatía posterior reversible asociado a eclampsia.

**Descripción caso clínico:** Paciente femenina, 18 años de edad, cursando embarazo de 25 semanas por FUM sin control ambulatorio, internada desde hace una semana en Hospital Materno Infantil con diagnóstico de pre-eclampsia. Bajo tratamiento con sulfato de magnesio, labetalol y clonidina intercurrido con cefalea, deterioro de sensorio, convulsiones, requiriendo intubación oro traqueal, ARM, conducta obstétrica de urgencia (cesárea) y posterior derivación a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Ingresó a UCI extubada, hemodinámicamente estable, GSC 13/15 (motor 6; ocular 4; verbal 3) hiperreflexia, afasia nominal, ecolalia, sin déficit motor.

Laboratorio: Hto: 29%; Glob Bcos: 10600/mm<sup>3</sup>; Plaquetas: 133.000/mm<sup>3</sup>; urea: 30mg%; creatinina 0,9mg%; GOT: 39UI; GPT: 14UI; Quick 100%; Fibrinógeno normal; HIV, HAV, HBV, HCV, Toxoplasmosis y CMV negativos.

TC encéfalo: Lesiones hipodensas múltiples a predominio lóbulo frontal, temporal y parietal izquierda Borramiento de surcos. Línea media conservada.

**Diagnósticos diferenciales:** 1) Stroke isquémico. 2) Trombosis venosa. 3) Eclampsia. 4) Encefalopatía posterior reversible. 5) Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. Por hallazgo de lesiones hipodensas en TC se descartó stroke hemorrágico, HSA y MAV.

Angiografía: vasoespasma difuso de arterias cerebrales.

Doppler transcraneano: velocidades aumentadas, asimétricas, a predominio arterias cerebral anterior y media izquierdas.

Angio RMN: lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR a nivel temporal, frontal, occipital izquierda y protuberancia derecha.

**Evolución:** Paciente con recuperación ad integrum del status neurológico previo a los 10 días del evento. Se realizó RMN control al día 20, evidenciándose franca disminución de las lesiones anterior-

## ■ Resúmenes

mente descriptas.

**Conclusiones:** La presentación y evolución clínico radiológica nos orienta al diagnóstico de encefalopatía posterior reversible asociada a eclampsia. En este caso, se observó una distribución atípica de las lesiones cerebrales.

La ERP, de acuerdo a la literatura es una entidad poco frecuente, con una incidencia asociada a eclampsia del 6,5%. Sin embargo, es necesario considerar este diagnóstico ante casos clínicos como el que se presenta.

#### 0176 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES EGRESADOS DE LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL POSADAS ENTRE SEPTIEMBRE DE 2008 Y AGOSTO DE 2010

DH BIÉNZOBAS<sup>1</sup>, G MACIÁ<sup>2</sup>, FG RÍOS<sup>1</sup>, L AGUILAR<sup>1</sup>, M KIRSCHBAUM<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Posadas, Argentina. <sup>2</sup> Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

**Introducción:** Una marcada demanda para el ingreso de pacientes en la terapia intensiva (UTI) ha motivado el presente estudio, que busca conocer el perfil epidemiológico de los pacientes internados en esta unidad. Esta presentación utiliza parte de los datos de una Tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la UNLa.

**Objetivos:** Investigar el perfil epidemiológico de los pacientes que egresaron de una unidad de terapia intensiva entre los meses de septiembre 2008 y agosto 2010. Analizar las características según edad y sexo. Clasificar a los pacientes según diagnóstico que motivó su ingreso a la terapia intensiva. Analizar el promedio de días de internación, la mortalidad, requerimiento de Asistencia Ventilatoria Mecánica (VM) y presencia de shock séptico en estos grupos de enfermedades.

**Metodología:** Estudio de tipo observacional, descriptivo transversal para determinar el perfil epidemiológico de los pacientes internados en una terapia intensiva de 26 camas entre septiembre de 2008 y agosto de 2010. Se analizó el total de los pacientes internados durante los 24 meses del estudio.

**Resultados:** Durante el período analizado egresaron 1607 pacientes. La distribución del sexo tuvo un predominio masculino (56,7%) y la mediana de la edad fue 53 años con una media de 50,8 años (DE 19). La mediana de los días de internación fue de 6, la media de 9 (DE 8,2). El score APACHE II se realizó solo entre 2009 y 2010 (n=529). La mediana general fue 16, de los fallecidos fue de 23 y de los vivos de 13. Los casos de patología clínica fueron el 59% (n=947), la quirúrgica 38% (n=611) y la obstétrica 3% (n=49). Dentro de los diagnósticos clínicos predominaron los cuadros respiratorios (41,9%), entre los diagnósticos quirúrgicos los atendidos de urgencia por cirugía general (32,6%) y neuroquirúrgicas de urgencia (29,6%), entre los 49 casos de patología obstétrica predominaron la eclampsia y preeclampsia (52%). Los pacientes que requirieron de una internación prolongada (mayor a 14 días) fue de 21,9%, siendo en los pacientes clínicos 215 (22,7%), los quirúrgicos 135 (22,1%) y obstétricas 2 casos (4,8%). Los pacientes con patología clínica respiratoria tuvieron mayor internación prolongada (32,2%), la patología quirúrgica de urgencia (28,7%) y programada (8%). La mortalidad global fue del 30,4% (n=488), con patología clínica de 37,9%, quirúrgica 21,1% y con patología obstétrica 0%. En la patología quirúrgica de urgencia la mortalidad fue de 17,6% y la programada fue de 3,7%. La VM fue requerida por el 61,5% de los pacientes y el 22,6% presentaron shock séptico al ingreso. Entre los meses de junio y agosto de 2009 se registró un aumento sobresaliente de las patologías respiratorias, atribuible a la pandemia de Influenza A H1N1.

**Conclusión:** En el período de estudio la demanda de internación estuvo principalmente dada por las patologías de urgencia siendo los pacientes con cuadros clínicos de origen respiratorio y los in-

gresados por cirugías de urgencia los grupos de enfermedades con mayor internación prolongada.

#### 0177 PSEUDOQUISTE PULMONAR TRAUMÁTICO: REPORTE DE UN CASO

DE DOMINGUEZ, AJ ZAZU, L CAPPONCELLI, J GALVEZ

Clínica de Especialidades, Argentina.

Los pseudoquistes pulmonares traumáticos son una complicación rara típicamente vista posterior a trauma cerrado de tórax. Es más común en pacientes jóvenes involucrados en colisiones de vehículos a gran velocidad. Aunque usualmente son de buen pronóstico pueden asociarse con complicaciones hemorrágicas severas (hemoptisis) e infecciones secundarias. El tratamiento en general es conservador

Paciente masculino de 18 años de edad sin antecedentes personales patológicos, tóxicos, quirúrgicos, alérgicos, ni medicamentosos que sufre evento traumático en vía pública con caída de moto y trauma de tórax cerrado en región posterior, llevando casco, con pérdida de conocimiento de segundos de duración y amnesia del hecho. Ingresó a Unidad de cuidados intensivos afebril, Tensión arterial de 100/60, con mala mecánica ventilatoria, SAO<sub>2</sub> del 80% con Fio<sub>2</sub> del 21 %, roncus bilaterales. Vigil, lúcido, Glasgow 15/15 sin foco neurológico ni meningismo. Laboratorio al ingreso: 20700 glóbulos blancos, con Hto de 35 % y Hb 11.8 g/dL sin alteraciones gaseométricas. Radiografía de tórax con opacidad heterogénea bibasal a predominio derecho. Al día siguiente se produce descenso de Hb a 8 g/dL sin signos de sangrado evidentes. TAC de tórax revela contusión pulmonar bilateral y espacios quísticos con nivel hidroaéreo, ecografía de abdomen normal. Empeoramiento de mecánica ventilatoria y desaturación con máscara de alta concentración requiriendo ARM, se repite TAC de tórax evidenciando aumento de contusión pulmonar y neumotórax grado I bilateral, tendencia a la hipotensión con requerimiento de noradrenalina. Se colocan tubos de avenamiento pleural bilateral. Evoluciona febril por lo que se realiza urocultivo, hemocultivo y LBA por fibrobroncoscopia cuyo resultado objetiva abundante sangre e inflamación de la mucosa respiratoria, se toma muestra para cultivo y se comienza con piperacilina-tazobactam (al quinto día de internación). Se coloca catéter de Swan-Ganz mostrando patrón distributivo y se interpreta el cuadro como shock séptico. Continúa con esquema antibiótico y se rota a imipenem-colistin por persistir febril, hasta ese momento cultivos sin desarrollo al tercer día de la toma. Se repite TAC de tórax donde se objetiva claramente pseudoquistes pulmonares bilaterales con niveles hidroaéreos. Aumento de leucocitosis y anemia persistente. Se repite fibroendoscopia con LBA aspirando abundantes secreciones sanguinolentas con cultivos posteriores sin desarrollo. Persistentemente febril se agrega vancomicina al esquema antibiótico. Disminuye la leucocitosis y persiste anémico requiriendo transfusiones sanguíneas repetidas. Se realiza traqueostomía percutánea al 13er día de internación. A los dos días se realiza nuevo LBA, luego del procedimiento desaturación persistente con paro cardiorrespiratorio que no responde a maniobras de resucitación avanzada. Se produce el óbito.

**Diagnóstico:** Pseudoquistes pulmonares postraumáticos con contusión pulmonar bilateral y shock séptico probablemente secundario a infección de los pseudoquistes con mala evolución.

#### 0178 PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO: ROL Y FUNCIONES DE TERAPIA PEDIÁTRICA EN INCIDENTES MÉDICOS MAYORES POR TRAUMA

RE GOMEZ TRAVERSO, H VACCARO, G DEBAISI

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

**Introducción:** La acción hospitalaria frente a un Incidente con Víctimas Múltiples (IVM) es de fundamental importancia para la

respuesta Sanitaria frente a un desastre. El Plan de Emergencia Hospitalario (PEH) es la herramienta que el equipo de salud debe utilizar en esta contingencia, teniendo por objeto tratar de preservar la vida en el mayor número de víctimas.

Presentamos el Rol y Función de Terapia Pediátrica en la respuesta hospitalaria a pacientes pediátricos traumatizados provenientes de un IVM.

**Objetivo:** El hospital debe desarrollar acciones con oportunidad, eficiencia y eficacia, dirigidas a dar respuesta frente al impacto de un evento adverso, a fin de brindar atención médica a las víctimas que se generen, reduciendo al mínimo la toma de decisiones no previstas.

La vulnerabilidad que en particular presentan los pacientes pediátricos víctimas de un desastre hace que el PEH deba desarrollar los mejores niveles de calidad y competitividad en una combinación compleja de procesos e interacciones humanas.

**Metodología:** Siendo el trauma una enfermedad tiempo dependiente, el planeamiento para la asistencia en IVM debe ser considerada dentro de la gestión de emergencia, acorde a los recursos disponibles y la respuesta a la demanda masiva.

Presentamos el PEH en sus secciones: Estados de Alerta y Nivel de Respuesta. Activación del Plan. Organización Funcional y Equipamiento. Triage. Equipos de respuesta, en especial el Equipo Rojo de Estabilización y tratamiento de urgencias. Exponiendo la modalidad programada, los medios y recursos utilizables. Considerando las características que en general debe tener un hospital pediátrico y la respuesta del equipo de terapeutas pediátricos en particular, teniendo que administrar Cuidados Críticos - Intensivos en los pacientes provenientes del IVM y en los pacientes internados.

**Resultado:** La elaboración del PEH es realizado por el Comité de Emergencia, teniendo que instruir los medios y recursos necesarios para hacer operativa la respuesta hospitalaria. Se presentan las secciones del PEH, Rol y Funciones del Equipo de Terapeutas pediátricos, estrategias de acción y procedimientos.

**Conclusiones:** La base de la organización hospitalaria para la atención de gran cantidad de pacientes pediátricos de un IVM está dada por el PEH, debiendo considerar la acción del Equipo de Cuidados Críticos - Intensivos en la asistencia de pacientes. La estructura de la cadena de mando a nivel hospitalario ante un IVM ha sido estandarizada y considerada una "best-practice" por US Occupational Safety and Health Administration y las directrices del Hospital Emergency Incident Command System (HEICS), como también por el Planeamiento Hospitalario para Desastres de la Organización Mundial de la Salud.

#### 0179 APENDICITIS AGUDA: PRESENTACIÓN ATÍPICA

I ACEVEDO, D MARZAROLI, D ALEGRANZA, N JUAREZ, O OLIVERA, C LLERENA, A LÓPEZ, N CHACÓN, A SIRINO, G MONTI, G CARDONATTI

Hospital Central de San Isidro "Dr. Melchor Posse", Argentina.

**Objetivo:** Revisar forma atípica de presentación de una enfermedad común.

**Material y método:** Se presentan dos casos clínicos de apendicitis aguda (AA) con presentación atípica (PA).

**Resultados:** **Caso 1:** femenina, 40 años, DBT II, tratamiento previo a la internación por infección urinaria alta. Consulta por aumento de diámetro de miembro inferior derecho (MID), rubor, dolor y flictenas en muslo y pierna derecha (D). Dolor a la palpación profunda en hemiabdomen D, sin defensa ni reacción peritoneal. Puño percusión lumbar derecha + (PPLD +). Doppler descarta trombosis venosa profunda. TAC de abdomen y pelvis con doble contraste (DC): retroneumoperitoneo D siguiendo los planos musculares del Psoas e Iliaco hasta la raíz de MID, donde se observa colección de 51 x 26cm adyacente a los aductores, y otra a nivel del trocánter mayor. Tratamiento antibiótico (ATB) y quirúrgico (QX)

con drenaje y debridamiento de absceso (ABS) retroperitoneal y del MID, apendicetomía por AA perforada retrocecal. Queda con abdomen (ABD) abierto y contenido. Pasa a UTI requiriendo lavado de cavidad cada 48hs. Evoluciona con falla hemodinámica, respiratoria, hepática y metabólica. Fallece 8 días post ingreso a UTI. **Caso 2:** masculino, 30 años, consulta por dolor ABD en región dorsal D, flanco D y vómitos. Fiebre, diarrea, dificultad miccional, dolor y tumefacción testicular. ABD doloroso en fosa iliaca D sin reacción peritoneal. RHA -, no elimina gases, PPLD +. Escroto doloroso con flogosis y fluctuación, placa de necrosis de 3 x 2cm. TAC de ABD y pelvis con DC: engrosamiento de fascia perirenal D, y músculo iliaco D, colon D dilatado con contornos irregulares. Tratamiento ATB y QX: apendicetomía por AA gangrenosa retrocecal, drenaje de ABS retroperitoneal y debridamiento escrotal (pioescroto). Ingres a UTI, evoluciona con falla hemodinámica, respiratoria y metabólica. Múltiples lavados de cavidad quedando con ABD abierto y contenido. Alta a los 30 días. Plástica escrotal y eventroplastia a los 90 días de externado.

**Conclusiones:** Los procesos perforativos en apéndices de ubicación retrocecal ascendente con extremo libre retroperitoneal pueden presentar una PA, con diarrea, síntomas de infección urinaria, sin signos de irritación peritoneal. Pueden generar también, ABS retroperitoneales, y los grupos etarios más comprometidos son los menores de 5 y mayores de 65 años (45-51%). En ellos se observa, fiebre de curso insidioso, síntomas inespecíficos, dolor ABD o lumbar del lado afectado. Simulan cuadros de infección urinaria alta en el 50 % de los casos y son letales cuando se asocian a falla multiorgánica. Los casos presentados escapaban al rango etario descripto. Su diagnóstico fue tardío debido a su forma clínica inespecífica, y requirieron debridación amplia de la zona afectada, con lavados ABD a repetición. Evolucionaron con Shock séptico y disfunción multiorgánica que se trataron según protocolo. Queda la enseñanza de la experiencia vivida al cambiar el pronóstico de una enfermedad de curso benigno por retrasar su diagnóstico.

#### 0180 COLONIZACIÓN POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA (KPC). EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO. ESTUDIO PROSPECTIVO

C PEREYRA, M LUGARO, J STRATI, R SALAS, L CRISTALDO, C POZO, M DAZA ARAMAYO, E D'ANDREA, S MUÑOZ, M ALVAREZ

H.I.G.A Güemes Haedo, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Las Enterobacterias resistentes a carbapenemes o productoras de carbapenemas han emergido desde hace unos años representando un nuevo desafío. Actualmente Klebsiella pneumoniae resistente a carbapenemes o productora de carbapenemasa (KPC) es la especie más frecuentemente encontrada; debido al gen productor de carbapenemasa, la diseminación de la misma es muy rápida y los pacientes con colonización serían reservorios para la transmisión y brotes.

**Objetivos:** Analizar y comparar los factores de riesgo asociados a la colonización por KPC

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, de corte transversal, periodo 1/08/2010 al 31/12/2010 en una UTI polivalente. Se incluyeron todos los pacientes hisopados, se los dividió Grupo KPC (hisopado positivo) y Grupo NO KPC (hisopado negativo). Se utilizó para el análisis estadístico test T o tabla 2x2 según corresponda. Se consideró significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados.** De un total de 113 pacientes ingresados, 80 fueron hisopados, 30 ptes (37,5%) fueron positivos y 50 (62,5%) negativos. La media de edad fue en grupo KPC 46 (13-87) y en grupo No KPC 50 (17-88) con mas predominio de sexo masculino en grupo KPC 27 ptes (90%) vs 34 ptes (68%) con  $p = 0,025$ . Las comorbilidades asma, ICC, DBT, neoplasia no hubo diferencias entre grupos.

## ■ Resúmenes

	Grupo KPC n=30	Grupo no KPC n=50	p	IC 95
Categoría diagnóstica n	Trauma 13. Clínica 7. Neuro 7. Quirúrgico 3	Clínica 20. Neuro 14. Trauma 10. Quirúrgico 6		
AP II	21 DS 8	20 DS 9	NS	
Internación previa n	8 (27%)	6 (12%)	NS	
Neurocirugía n	14 (47%)	10 (20%)	0.012	1,3-9,4
Politraumatismo n	12 (40%)	6 (12%)	0.004	1,6-15
Infección previa n	24 (80%)	30 (60%)	<0.001	4,5-70
Disf orgánica previa	28 (93%)	43 (86%)	NS	
ATB previo	27 (90%)	34 (68%)	0.025	1,1-16
Hasta 3 clases ATB	14 (47%)	22 (44%)	NS	
Mas de 3 clases ATB	13 (45%)	12 (24%)	NS	

**Conclusión:** En el grupo estudiado, la infección previa como el uso de antibiótico resultaron significativas. El uso racional de antibióticos representa una de las estrategias para lograr el control en la emergencia de organismos multiresistentes.

### 0181 INTOXICACIÓN AGUDA POR PLOMO EN PEDIATRÍA

ME BOBBIO, J FARIAS, L WAITOLLER, N ALTAMIRANO, L ROFFI

Clínica del Niño de Quilmes, Quilmes, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Presentación de un paciente que ingresa a UTIP en status convulsivo por intoxicación por plomo; recordar las características, el tratamiento y la prevención de dicha intoxicación.

**Introducción:** La exposición ambiental al plomo constituye un problema de salud pública y los niños son más vulnerables a sus efectos tóxicos debido a que se encuentran en pleno desarrollo neuropsíquico. El Centro de Control de Enfermedades (CDC) define intoxicación con niveles de plumbemia mayores a 10 µg/dl.

**Material y Métodos:** Presentación de un caso y revisión bibliográfica.

**Caso clínico:** Paciente de sexo masculino, de 10 meses de edad que ingresa por status convulsivo afebril de 3 hs aprox. de duración y que fue tratado con benzodiazepinas, difenilhidantoína y fenobarbital. Presenta laboratorio de ingreso con leucocitosis (27.500 blancos), anemia (Hto 24% y HB 7,6), acidosis metabólica, función renal normal, punción lumbar normal, TAC de cerebro normal y RX de torax normal. Se confirma plumbemia de 125 µg/dl. Inicia tratamiento quelante con edetato dicalcico disodico (EDTA) y dimercaprol (BAL). Evoluciona favorablemente, se extuba a los 6 días, quedando con distonias leves y cierta espasticidad como secuela. Se recabo que la familia vivía en antigua fábrica de baterías y que el padre trabajaba en fábrica de baterías. Se hizo screening familiar, su hermana requirió tratamiento quelante por plumbemia de 90 µg/dl.

**Conclusión:** Las fuentes de exposición pueden ser: industrial (fábricas de baterías), ambiental y doméstica (pica). Su absorción se produce por vía gastrointestinal y respiratoria. La distribución se produce en el sistema musculoesquelético (80-90%) y en tejidos blandos. La eliminación es por vía biliar y urinaria. Formas de presentación: crónica o saturnismo (síntomas inespecíficos que afectan el sistema nervioso, gastrointestinal, renal, hematopoyético y neuromuscular) y aguda (principalmente encefalopatía aguda en niños con mortalidad aprox del 25%, insuficiencia renal aguda y trastornos gastrointestinales). El diagnóstico se realiza con: plumbemia, protoporfirina libre eritocitaria y ácido aminolevulinico en orina; se realiza también hemograma, metabolismo de hierro, orina, función renal y radiografías de huesos largos. El tratamiento dependerá del nivel de plumbemia, usando quelantes EDTA, BAL, succimer, o D penicilamina cuando la plumbemia supere los 24 µg/dl (según CDC); deberá eliminarse la fuente de exposición y asegurar soporte nutricional adecuado. La prevención primaria

(búsquedas de las fuentes de exposición y educación a la población) y la secundaria (screening en poblaciones de riesgo) constituyen estrategias esenciales para mejorar el estado de salud de la población. El pediatra debe realizar una correcta anamnesis ambiental y el tratamiento deberá seguirse por un equipo multidisciplinario. No deben olvidarse las medidas de saneamiento ambiental para eliminar las fuentes plomo.

### 0184 COQUELUCHE GRAVE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN TIERRA DEL FUEGO. A PROPÓSITO DE UN CASO

H HERRERA, C CUEVAS ROS, D DUARTE, V ALONSO, P MONTES, G FILIPPA, V LOPEZ, F PLANO

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico Hospital Regional Rio Grande (HRRG), Argentina.

**Introducción:** Hace 25 años se iniciaron los reportes de casos fatales de coqueluche en lactantes menores, asociados a altos recuentos leucocitarios, hipertensión pulmonar y shock cardiogénico refractario. Siendo la población más vulnerable con una alta morbimortalidad en menores de 1 año, en especial en pacientes con inmunización incompleta o no inmunizado.

**Objetivo:** Describir el cuadro en un lactante menor de 6 meses con insuficiencia respiratoria aguda grave acompañado de hiperleucocitosis y colapso cardiocirculatorio.

**Caso clínico:** Lactante masculino RNT PAEG de 2 meses y 25 días con vacunación incompleta y antecedente de cuadro de bronquiolititis de 8 días de evolución, accesos de tos paroxística, medio epidemiológico viral positivo y test rápido para VSR negativo. Es derivado de clínica privada por presentar mala evolución clínica y radiológica en las últimas 24 hs en tratamiento con ceftriaxona, claritromicina, oseltamivir, salbutamol y oxigenoterapia. Ingresó a la UCIP del (HRRG) con tiraje universal, tos paroxística, frecuencia respiratoria (FR) 84 por minuto, saturación de oxígeno 95% con fracción inspirada de 60%, frecuencia cardíaca (FC) 170 por minuto, con enlentecimiento del relleno capilar mayor a 2 segundos, tensión arterial media (TAM) 45 mmHg. Requiere soporte ventilatorio mecánico invasivo. Scores de ingreso PRISM (Pediatric Risk of Mortality): 83.5% y PIM 2 (Pediatric Index of Mortality): 100%.

Estudios complementarios: Hematocrito 23%, Hemoglobina 7.1 g%, Globulos Blancos 120000/mm<sup>3</sup> (50% MN), Recuento de plaquetas 358000/mm<sup>3</sup>, Glucemia 0.97 g/l, uremia 0.25 g/l, creatininaemia 8.4 mg/l, GOT 36 U/l, GPT 49 U/l, lactacidemia 98 mg%. Hemocultivos x 2 (-). Radiografía de tórax: infiltrados difusos bilaterales. Se realiza toma de muestra de secreciones orotraqueales.

Evoluciona con mayor deterioro gasométrico, taquicárdico, shock, acidosis metabólica y anuria. Recibe expansores plasmáticos, apoyo inotrópico (Dopamina, Noradrenalina, dobutamina) y alcalinización sistémica con bicarbonato de sodio sin respuesta. Se diagnostica shock cardiogénico refractario e hipertensión pulmonar, a través de monitoreo hemodinámico no invasivo (Ecocardiograma) con desenlace fatal a las 24 hs de su ingreso en la UCIP. Se confirma diagnóstico de Coqueluche Grave por PCR en secreciones orotraqueales.

**Conclusión:** El caso presentado corresponde a coqueluche grave, debemos tener un alto índice de sospecha en pacientes menores de un año con hipoxemia severa, leucocitosis y colapso circulatorio refractario, con perfil epidemiológico apropiado.

### 0186 UN INDICADOR DE CALIDAD NO EVALUADO FRECUENTEMENTE EN LA UCI: UTILIZACIÓN DE SONDAS PARA NUTRICIÓN ENTERAL EN LA UCI

A PORCEL, L TUMINO, C LOUDET, MC MARCHENA, AL GONZALEZ, F LAMBERT, S LARRAIN, P RODRIGUEZ, L CARRERAS, L NAVERO, D VASQUEZ, A DAS NEVES, R REINA, E ESTENSORO

Hospital San Martín de La Plata, Argentina.

**Introducción:** La tasa de utilización de sondas (So) para recibir nutrición enteral (NE) en pacientes críticos (PC) es uno de los aspectos subvalorados de los problemas en la implementación de NE. En un trabajo previo en nuestra UCI, detectamos una alta utilización de So para administrar NE. La tasa de utilización de sondas totales (TUST) fue de 18/100 días de NE y la de sondas finas (TUSF) 17/100 días de NE. El alto recambio de So podría impactar en diversos riesgos para los PC: lesiones asociadas a la colocación, exposiciones a Rx, menor kcal recibidas y pérdida de recursos económicos.

**Objetivos:**

- 1) Determinar la TUST y la TUSF para NE en PC y compararla con valores de referencia históricos de nuestra UCI.
- 2) Analizar las causas, factores relacionados y complicaciones del recambio de So finas.

**Métodos:** Diseño: Estudio descriptivo, prospectivo. UCI médico-quirúrgica de un hospital escuela. PC ingresados del 01/07/10 al 28/02/11 con requerimiento de NE.

Parámetros e indicadores relacionados:

**TUST:** n° So totales utilizadas/días totales de NE por x100 días de NE.

**TUSF:** n° So finas utilizadas/días totales de NE por x100 días de NE.

Suspensión mayor de NE (SMA): interrupción de la NE durante al menos el 50% de la indicación diaria. El seguimiento de dichos parámetros se hizo hasta los 28 días de iniciada la NE.

Se relacionó el n° de So utilizadas con días en UCI, días de VM y SMA. Las causas de recambio de So finas consideradas fueron: 1-Autoextracción 2-Extracción accidental por personal 3-Oclusión 4-Desplazamiento 5-Desconocido.

Análisis estadístico: Datos presentados como media±DS, mediana y percentilos[25-75] o porcentajes según su naturaleza. Comparaciones con Ttest, Wilcoxon ranksum test para variables continuas y  $\chi^2$  o Fisher para categóricas. Se consideró significativa  $p \leq 0.05$  a 2 colas. Programa STATA 9.0

**Resultados:** Se evaluaron 49 PC con 747 días de NE. Características: Edad 46±20 años, APACHEII 14±5, SOFA24: 5[2-10], días UCI 20[7-31], días VM 10.5[4-22]. Mortalidad 27%. TUST: 17/100 días de NE; TUSF: 13/100 días de NE. Valor histórico: TUSF 17/100; TUST 18/100. Mediana de So/PC 1[1-3]; 24 PC(49%) utilizaron una mediana de  $\geq 2$  So, y 25(51%)<2. Los PC que utilizaron  $\geq 2$  So presentaron más días de VM 15[7-25] vs 7[1-20]- $p < 0,05$ , más días UCI 31[19-51] vs 12[7-22]- $p < 0,05$  y más SMA: 5[3-8] vs 2[1-4]- $p < 0,05$ .

Causas de recambio de So finas: autoextracción: 44%; extracción accidental: 20%; oclusión: 14%; desplazamiento: 14%; desconocido: 8%. Se registraron 2 colocaciones de So en vía aérea. Cada recambio de sonda requirió al menos una Rx de control.

**Conclusiones:**

- La TUSF resultó menor de los valores históricos de nuestra UCI, probablemente a expensas de una mayor utilización de So gruesas.
- Los PC que presentaron mayor utilización de So finas tuvieron significativamente más días de VM, de estadía en UCI y más SMA de la NE.
- La principal causa de recambio de So fue la autoextracción, evidenciando un problema de seguridad que podría ser el inicio para una oportunidad de mejora continua de la calidad.

**0187 INTOXICACIÓN POR HIERRO: REPORTE DE UN CASO**

C BERRONDO, I KO, P CARDOSO

Htal de Niños R. Gutiérrez, Argentina.

**Introducción:** La intoxicación por hierro es una de las intoxicaciones accidentales que pueden verse en niños preescolares debido a su hiperactividad, curiosidad, fase oral, comprimidos con cobertura de colores atractivos y dulces en envases sin cierre de seguridad. Además existe una falta de conocimiento del público en general sobre la potencial letalidad del hierro.

**Objetivo:** Presentación de un caso de intoxicación férrica en UCIP.

**Caso clínico:** Niño de 18 meses de edad, previamente sano, que ingresa a la UCIP derivado de un hospital periférico con diagnóstico de intoxicación por hierro. En su vivienda habría ingerido una

cantidad indeterminada de sulfato ferroso en comprimidos y a la hora de la ingestión comienza con vómitos, dolor abdominal y una deposición líquida sanguinolenta. Concorre a la guardia ingresando somnoliento, hipotónico, con dolor abdominal y nueva deposición sanguinolenta. Se le realiza lavado gástrico obteniendo abundante material con partículas de comprimidos. Se expande a 20 ml/kg de solución salina y se hace Rx abdomen no visualizándose restos del tóxico. Se solicita derivación a UCIP para monitoreo y tratamiento. Ingres a la terapia hiporreactivo, con hipotonía leve, discreta taquipnea, con acidosis metabólica moderada. Uremia levemente elevada y glucemia en el límite inferior de lo normal. Se realiza nueva expansión, corrección de bicarbonato ev rápida y se indica protección gástrica. Comienza con tratamiento quelante con deferoxamina a 15 mg/kg/h presentando en las primeras horas débito sanguinolento por la SNG, sin repetir deposiciones, y con un laboratorio con elevación de las transaminasas 3 veces mayor al valor de referencia. Ecocardiografía normal. A las 10 horas de tratamiento quelante se baja la dosis a la mitad por mejoría clínica franca y a las 15 horas se normaliza el EAB. A las 24 hs se suspende la deferoxamina con laboratorio normalizado y transaminasas casi normales. Se inicia alimentación por SNG en forma lenta y progresiva con buena tolerancia. A las 30 hs de internación pasa a piso de pediatría. Al 4° día se realiza esofagograma en donde no se observan alteraciones. A la semana se hace una endoscopia digestiva que es normal y un perfil férrico con ferremia de 27 microg/dl, TIBC 355,5 microgramos/dl, saturación de transferrina 7,6% y ferritina 0.0 ng/ml (MEIA), siendo el resto del laboratorio normal con la normalización completa de las transaminasas. Se produce su egreso hospitalario a los 11 días de internación.

**Discusión:** Se presenta este caso ya que es el único que se reporta en el servicio en más de 20 años de asistencia. Se comunica para su conocimiento y para advertir su potencial mortalidad que es del 100% sin tratamiento quelante, reduciéndose al 10% con el mismo.

**0189 INTOXICACIÓN VIA PARENTERAL POR ORGANOFOSFORADO ASOCIADO A UN PIRETROIDE, REPORTE DE UN CASO**

A MANZUR<sup>1</sup>, C GONZÁLEZ<sup>1</sup>, M ARCE<sup>1</sup>, JL MARENGO<sup>1</sup>, R FERNÁNDEZ<sup>2</sup>, S SARACCO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sociedad Española de Socorros Mutuos, Argentina. <sup>2</sup> Laboratorio de Toxicología del Cuerpo Médico Forense de Mendoza, Argentina. <sup>3</sup> Departamento de Toxicología. Ministerio de Salud de Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La intoxicación por organofosforados da síntomas muscarínicos (83%), nicotínicos (17%) y por afectación del SNC (78%).

En el caso particular de clorpirifos predominan los síntomas nicotínicos sobre los muscarínicos.

En tanto que los piretroides dan manifestaciones de tipo alérgicas, en el caso de Cirpermetrina, da un Sdr tipo II caracterizado por sialorrea, hipersensibilidad a estímulos externos, coreatetosis y parálisis. Cuando el acceso es vía parenteral se asocia a intentos autolíticos y se debe tener en cuenta la posibilidad de aparición tardía de las manifestaciones clínicas de envenenamiento y las complicaciones locales del sitio de inyección.

**Objetivo:** Comunicar un caso de intoxicación por clorpirifos asociado a cirpermetrina, con puerta de entrada intramuscular, las manifestaciones atípicas y las dificultades para su diagnóstico y manejo.

**Caso clínico:** Varón de 30 años, que ingresó a sala común por presentar desde 15 días previos epigastralgia, disbasia, debilidad muscular, agregó el día de ingreso vómitos, disartria, trastorno deglutorio, visión borrosa, HTA y sdr confusional. Al 3° día pasó a UTI por cuadriparesia marcada, miosis, bradipsiquia, sialorrea, taquicardia, nódulos en ambos MMSS, febrícula, rush cutáneo fugaz y diarrea. Al día siguiente mioclonias, necrosis a nivel del nódulo ubicado en deltoides izq. Al 3° día en UTI empeoró el cuadro neurológico, Glasgow 3/15, cuadriparesia severa, reflejos abolidos en MMSS y

presentes en los MMII, iniciándose ARM. Al 9º día agregó ileo paralítico. Persistió con HTA y taquicardia sostenida a pesar del uso de múltiples antihipertensivos.

Se realizó durante la 1ª semana: analítica completa (incluido 3 dosajes de colinesterasa), Rx Tórax, inmunológico, punción lumbar, RMN de cerebro, pancultivos y virológicos con resultados normales. EEG: encefalopatía vinculable a varias etiologías.

EMG: polineuropatía axonal leve sin bloqueo de conducción motora.

Ante la mala evolución se solicitó colaboración a toxicología Forense y se detectó Colinesterasa no dosable, se envió muestra de tejido del brazo izq y se encontró clorpirifos y cirpermetrina, se reenvió al 34º día hallándose gran cantidad de ambos tóxicos.

Al 27º día de internación se redujo dosis de atropina y presentó cuadro respiratorio que se interpretó como SDRA, al 33º día se aumentó la dosis de atropina y resolvió el mismo.

Requirió 64 días de internación en UTI, 51 días de atropina con una dosis máxima diaria de 192 mg, 32 días de nutrición parenteral, 30 días de ARM y uso de pralidoxima en 6 oportunidades, a partir del 14º día de internación.

El paciente fue dado de alta con indicación de rehabilitación y tratamiento psiquiátrico.

**Conclusiones:** Ante un paciente con un cuadro clínico de deterioro progresivo sin etiología clara sospechar la posibilidad de intoxicación, y la opción de recurrir a laboratorios especializados como toxicología forense.

La inoculación IM produce la liberación progresiva del tóxico ocasionando un cuadro de intoxicación aguda permanente, prolongando el requerimiento de atropina y del soporte vital.

#### 0190 ENFERMEDAD DE WILSON Y FALLA HEPÁTICA FULMINANTE

S CAMERLINGO, S SANTIAGULIANA, A SANTA MARÍA, A PALAZZO, G ABALLAY SOTERAS, S ILUTOVICH  
Sanatorio De La Trinidad Mitre, Argentina.

**Introducción:** La enfermedad de Wilson (EW) es una patología metabólica que ocasiona la acumulación excesiva de cobre a nivel hepático, ojos, SNC y otros órganos. Habitualmente la EW se manifiesta como hepatitis crónica o cirrosis y con menor frecuencia como hepatitis aguda o falla hepática fulminante (FHF).

**Objetivo:** Descripción de un caso de EW con desarrollo de FHF.

**Materia y Método:** Análisis de un caso y revisión de la literatura.

**Caso Clínico:** Paciente de 15 años de edad, género femenino, sin antecedentes patológicos. Consulta por dolor abdominal e ictericia de 3 días de evolución. Se interna con diagnóstico de insuficiencia hepática aguda. Laboratorio: BT 6mg/dl, TP 20%, GPT 94 U/L, GOT 197 U/L, FAL 40 U/L, Factor V 30%. Ecografía y TAC de abdomen normales. Colangiografía con esplenomegalia. Serologías para HAV, HBV, HVC, HIV y EBV negativos. IgM contra CMV 1367UA/ml. Inicia tratamiento con ganciclovir. Dosaje de VDRL, anticuerpos antiLKM, músculo liso y anti mitocondriales negativos. Se realiza estudio de hemodinamia que objetiva presión portal de 16 mmHg con discreto reflujo veno-venoso y estudio con lámpara de hendidura que evidencia anillos de Kayser Fleischer. Ceruloplasmina 24 mg/dl y cobre en suero 162 ug/dl. Cociente FAL/BT <2 y GOT>GPT. Se realiza biopsia hepática que muestra cirrosis micronodular.

Evoluciona con anemia hemolítica con prueba de Coombs negativa, marcado ascenso de BT a predominio de BD y caída del TP a 18%, sin trastornos neurológicos. Ingresa a lista de trasplante al 8º día de internación. Se realiza trasplante tipo split al 10º día. Evoluciona favorablemente externándose a los 23 días del ingreso.

**Discusión:** La EW se presenta con mayor incidencia en la población joven de 5 a 40 años, siendo más frecuente entre los 20 a 30 años. El diagnóstico clásico presenta la triada de ceruloplasmina < a 20 mg/dl, cupruria > 40 mg/24 hs. y el hallazgo de anillos de Kayser Fleischer. Sin embargo, cerca de la mitad de los pacientes no cumple

con estos criterios, generando un desafío diagnóstico. La FHF es la forma menos frecuente de presentación asociándose en la mayoría de los casos a anemia hemolítica con prueba de Coombs negativa y cociente FAL/BT < a 2. En los pacientes con enfermedad hepática asintomática que progresan a FHF esta suele ser desencadenada por infecciones virales o tóxicos y de no efectuarse el trasplante hepático el curso suele ser fatal.

La paciente descripta posee características semejantes a las mencionadas en la literatura, presentando ceruloplasmina baja, anillos de Kayser Fleischer y anemia hemolítica.

En este caso la FHF parece haber sido por una infección por CMV.

**Conclusión:** En la población menor de 40 años que desarrolla FHF, la EW debe pesquisarse de manera temprana, dada que la rápida progresión de la misma no permite desarrollar un abordaje diagnóstico secuencial.

#### 0191 PRESENTACIÓN DE SERIE DE TRES CASOS CLÍNICOS: HIDATIDOSIS EN TERAPIA INTENSIVA DE LOCALIZACIÓN INUSUAL

L FERNANDEZ, F FARFAN, G VEGA, L VIDAL, L CABANA, A PLAZA, C OVIEDO, E BERNAL, O TEJERINA, D VARGAS  
Hospital Pablo Soria, Argentina.

**Introducción:** La Hidatidosis es una zoonosis con elevada prevalencia en nuestro medio, relacionada con la ganadería e infraestructuras sanitarias deficientes. La forma habitual de infección por el *Equinococcus Granulosus* en humanos es accidental. Las localizaciones más frecuentes son el hígado y el pulmón (90%); menos del 10% de los casos el parásito atraviesa estos filtros y los quistes pueden asentar en lugares atípicos como el Retroperitoneo (0,3-3%), la Colangiohidatidosis (CH) y la afectación Pulmonar Bilateral Gigante.

**Objetivo:** Presentación de 3 casos de Hidatidosis de localización inusual internados en UTI. **Caso 1:** Varón, 29 años, oriundo de Yavi. Antecedentes: Hidatidosis en fliares. Trauma abdominal reciente. Ingreso: Abdomen Agudo y Desnutrición. TAC: "aire" en retroperitoneo. Laparotomía Exploradora: Plastrón y perforación de Sigma, vesículas rotas, pus en retroperitoneo; Op. de Hartman. UTI: Shock Séptico, Retroperitonitis e Hidatidosis Retroperitoneal. APACHE:11,SOFA:5. Anemia, neutrofilia, APP50%, acidosis metabólica. Tto: Inotrópicos, ARM, transfusiones, ATB y Albendazol. Días UTI (10). **Caso 2:** Mujer, 56 años, oriunda Yavi. Ingreso: tos crónica, disnea, hemoptisis y pérdida de peso. Epidemiología p/hidatidosis (+). Rx/TAC: grandes masas, paracardíacas D e Iz reg. Sup. y posterior. Eco abdominal: dilatación de Vena Cava, esplenomegalia, derrame pleural Iz. UTI: Pop: Quistectomía Bilateral, Insuficiencia Respiratoria. Desnutrición. APACHE:15 SOFA:3. Laboratorio: Hto 37, leucocitosis, acidosis mixta. Tto: inotrópicos, transfusiones y ATB: amplio espectro/específico. Días UTI (4). **Caso 3:** varón, 29 años. Cuadro de 5 días de evolución, Sme. Coledociano. Desnutrición. Eco/TAC: múltiples imágenes quísticas en hígado, con calcificaciones. Laboratorio: Eosinofilia, FAL 634, BT: 5,23 BD 4,21, GOT 110, GPT 231.UTI POP: Hidatectomía, Colangiohidatidosis. Colangiografía: vía biliar dilatada, quistes en el interior, comunicación con el segmento VIII. Drenaje de la Vía Biliar.APACHE:5 SOFA:5. Tto: analgesia, ATB: amplio espectro/específico. Días UTI (3).

**Comentarios:** En el país la Hidatidosis es endémica en áreas rurales, ámbito que favorece la perpetuación del ciclo parasitario. Se presentan los 3 casos por las localizaciones atípicas. Los ptes. provenían de zona montañosa, escasos recursos y consulta tardía con signos 2darios. a complicación de los quistes. En el caso 1 y 3 las lesiones quísticas, Retroperitoneal y Coledociana, fueron hallazgos I Op. El ingreso a UTI fue determinado por el deterioro fisiológico y para control Pop. En los 3 casos había desnutrición y requirió repleción nutricional. La evolución fue satisfactoria y lenta; si bien se realizaron exéresis extensas de las lesiones, a la fecha cumplen coadyuvante farmacológico específico para evitar recidivas.

**Conclusión:** Es importante la aplicación de estrategias para la pre-

## ■ Resúmenes

vección de esta zoonosis y concientización de la población rural. Los casos presentados son extremadamente infrecuentes y el tto. prioritario fue quirúrgico dada las complicaciones.

### 0192 INTOXICACIÓN POR FOSFATOS VIA ORAL EN ADULTOS

LA ONOFRIO, AL BOLAND

Hospital de Agudos José María Ramos Mejía, Argentina.

**Objetivo:** Reportar caso de falla renal aguda con alteración del medio interno más arritmia cardíaca luego de la administración de fosfatos por vía oral para la preparación de estudio colonico.

**Material y métodos:** Paciente de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial medicado con enalapril 10 mg/día, función renal normal, creatinina 0,83 mg/dl., urea 26 mmol/L, ECG normal, sin enfermedad colónica activa de base conocida, que se encontraba internado para estudio por fistula cutánea por hilo en cicatriz de Mc Burney, con fistulografía que no evidenciaba comunicación con cavidad abdominal. Luego de 12hs. de la administración de fosfatos por vía oral, a dosis recomendada como purgante (45 ml.) para la preparación colónica previa a una videocolonoscopia, desarrolla deshidratación aguda por diarrea y vómitos incoercibles con shock hipovolémico, hipocalcemia 4,5 mg/dl. hiperfosfatemia 36 mg./dl. Hipernatremia 165 mmol/L, hipokaliemia 2,3 mmol/L acidosis metabólica y alteración de la función renal. Creatinina de 4,44 mg/dl urea 59 mg/dl y taquicardia supraventricular.

**Resultados:** El paciente requirió, rehidratación, diálisis de urgencia (6 sesiones) por nefropatía aguda atribuible a toxicidad por fosfatos; 16 días de AVM por insuficiencia respiratoria; suplemento de calcio, potasio y magnesio; manejo de interurrencias infectológicas y cardiológicas. Pasó a sala luego de 37 días de UTI, de donde fue dado de alta a las 48 hs. con seguimiento ambulatorio por servicio de nefrología y cardiología, no presentando actualmente secuelas renales ni cardiológicas.

**Conclusión:** El paciente no presentaba contraindicaciones para el uso de fosfatos por vía oral, pero se encontraba en el grupo de riesgo para desarrollar injuria renal por edad y uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), la administración del producto se realizó según lo recomendado, sin embargo la falla renal aguda secundaria a la deshidratación severa y el uso concomitante de IECA, puso en riesgo la vida del paciente por un tiempo prolongado, a pesar de que no presenta secuelas hasta la actualidad podría desarrollarlas según lo descrito a mediano plazo.

Luego de la revisión de casos reportados de injuria renal asociada al uso de fosfatos, consideramos que el uso de IECA y otros fármacos que alteren la perfusión renal deberían ser contraindicaciones para el uso de estos productos catárticos.

### 0193 ESCORPIONISMO POR TITYUS CONFLUENS EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES

LA NUÑEZ, BJ RIGONATTO, SF ESPAÑOL

Hospital Pediátrico Juan Pablo II, Argentina.

**Introducción y objetivos:** El escorpionismo en pacientes pediátricos de la provincia de Corrientes se ha incrementado notablemente en los últimos años, no solo respecto de la frecuencia, sino también en cuanto a la gravedad de los accidentes. En la gran mayoría de los casos reportados, los mismos fueron ocasionados por escorpiones de la especie *Tityus trivittatus*. El Sistema de Vigilancia Epidemiológico provincial ha informado casos de escorpionismo graves, sin afecciones cardio-circulatorias graves, como ser edema agudo de pulmón o fallo ventricular.

En el presente trabajo se pretende: a) Reportar un caso de escorpionismo pediátrico grave ocasionado por *Tityus confluens*, tratado con antisuero elaborado por el Instituto Malbrán, a partir de venenos de *Tityus trivittatus*. b) Realizar una revisión bibliográfica para

valorar el impacto sobre la población pediátrica regional.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de un caso clínico ocasionado por *Tityus confluens* en la región del NEA, con revisión bibliográfica acorde, dada su significancia clínica regional.

Se trata de un paciente pediátrico (2 años) sin antecedentes patológicos. Como consecuencia del accidente, presenta un cuadro grave con signosintomatología adrenérgica y colinérgica. A la hora de exposición, recibe tratamiento con antisuero específico para veneno de escorpiones *Tityus trivittatus* (cuatro ampollas). A pesar de la foterapia el paciente presentó disfunción cardio-circulatoria, con requerimientos de inotrópicos y asistencia respiratoria mecánica.

**Resultados:** El paciente evolucionó favorablemente, presentando mejoría hemodinámica a las 72 horas de iniciado el tratamiento, retirándose los inotrópicos y el sostén respiratorio.

Mediante la revisión bibliográfica se encontraron accidentes reportados en otras Provincias de la República Argentina (Región Noroeste), no así en la Provincia de Corrientes. Por otro lado se encontró que el antisuero preparado con venenos de *Tityus trivittatus* presenta efectividad contra las toxinas del veneno de *Tityus trivittatus* y *Tityus confluens* (estudio realizado por radioinmunoanálisis)

**Conclusiones:** Hasta el momento, se han reportado casos graves y fatales por *Tityus confluens* en otras provincias de la República Argentina, no así en la provincia de Corrientes. Esto plantea una nueva problemática en Salud Pública en esta área geográfica.

El paciente tratado con antisuero elaborado a partir de venenos de *Tityus trivittatus* evolucionó favorablemente.

### 0194 TRAUMATISMO DE CRÁNEO EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SE ARENALES, LM SANCHEZ OTAOLA, EA MARI, ME PENAZZI, PN PACHECO

Hospital del Niño de San Justo., Argentina.

**Objetivos:** Describir la epidemiología del traumatismo encéfalo craneano (TEC) en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UTIP) del Hospital del Niño de San Justo durante el año 2010, valorando prevalencia, mecanismo de producción y evolución.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo por revisión de historias clínicas de pacientes entre 30 días y 18 años de edad que requirieron internación en la UCIP del Hospital del Niño de San Justo entre el 1/1/10 y el 31/12/10.

**Resultados:** De un total de 37 ingresos por TEC en nuestra Unidad, 28 pacientes (75%, BC95: 58,7-88,2) fueron varones, con una mediana de edad de 36 meses. El principal mecanismo de trauma fue la caída de altura en 20 pacientes (54,05%, BC95: 36,87-70,55) principalmente por caída de terrazas con un 24,32% (n=9); accidentes de tránsito 16,22% (n=6), aplastamientos 10,81% (n=4) todos por televisor y otros tipos de trauma 18,91% (n=7).

El ingreso en ARM fue de un 35,4% (n=13, BC95: 20,16 - 52,58) con una mediana de permanencia de 3 días. De los 13 pacientes que requirieron ARM solo en 7 se realizó monitoreo de presión intracraneana (PIC) (53,84%, BC 95: 25,03 - 80,88).

El 32,43% (n=12) de los pacientes requirió neurocirugía, de los cuales un 33,33% fueron desplazados.

En cuanto a la evolución durante la estadía en esta Unidad y condición al egreso de la misma, 4 pacientes presentaron secuelas (10,81%, BC95: 2,97-25,45) y 4 fallecieron (10,81%).

**Conclusión:** En nuestra serie el sexo masculino fue la población con mayor prevalencia de TEC, siendo más frecuente en el grupo etario de menos de 5 años. Se destaca dentro del mecanismo de trauma las caídas de altura, siendo el sitio más habitual la terraza. Analizando nuestros datos, el 51,35% (n=19) de los traumatismos ocurre en el hogar y la morbimortalidad observada en los pacientes egresados de nuestra Unidad fue del 21,62% (n=8). Esto genera un gran impacto en la familia y en la sociedad, es por eso que ratificamos la necesidad de desarrollar más políticas de prevención de accidentes domésticos.

### 0195 ACCESO VENOSO FEMORAL COMO ESTIMACIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL

F LIPOVESTKY, M GARCÍA AURELIO, F FRUCHTENICHT, L CANTARELLI, A CARDENAS, M TOLEDO  
Clínica Santa Isabel, Argentina.

**Objetivos:** La medición de la presión venosa central es una herramienta de monitoreo hemodinámico. Se desconoce hasta el momento si resulta igual la medición a nivel yugular/subclavia (PVC) comparándola con la presión venosa femoral (PVF). Se ha especulado que cambios en la presión intraabdominal (PIA) podrían hacer menos confiables las mediciones de la PVF. El objetivo de nuestro trabajo es comparar mediciones simultáneas de PVC vs PVF.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional realizado en una unidad de cuidados críticos. Se incluyeron 18 pacientes con patología crítica con requerimientos de asistencia ventilatoria mecánica, con indicación de colocación de acceso venoso central. Se registraron mediciones simultáneas de PVC y PVF. La comparación entre las dos mediciones fueron calculadas mediante el análisis de Bland-Altman. Se compararon los resultados en función de los valores de PIA baja ( $\leq 11$  mmHg) vs PIA alta ( $> 11$  mmHg).

**Resultados:** La edad promedio fue de 78 años, el APACHE promedio fue de 22, el SOFA de 8. La mediana fue de 6 [rango 2-11] mmHg para el grupo de PIA baja (n=13) y de 17 [rango 13-25] mmHg para el grupo de PIA alta (n=5). En la población global, el sesgo de las mediciones simultáneas por vía PVC y PVF fue de 0.3 mmHg. Con estos valores, el intervalo de confianza del 95% fue de 6.6 mmHg. En el grupo de pacientes con PIA baja el sesgo fue de 0.7 mmHg (IC 95% de 6,2 mmHg) y en los pacientes con PIA alta de -0.8 mmHg (IC 95% 5,8 mmHg).

**Conclusiones:** En nuestra serie de pacientes la medición de la PVC y PVF serían clínicamente intercambiables. Observamos que ningún paciente tenía un síndrome compartimental abdominal, y no encontramos diferencias en la comparación de valores de PVC y PVF relacionados con los niveles de PIA.

### 0196 REPORTE DE UN CASO: SEPSIS SEVERA Y SHOCK SÉPTICO POR MENINGITIS BACTERIANA A E. NEUMONIAE ASOCIADO A SME. COLEDOCIANO Y ABSCESOS INTRAHEPÁTICOS POR GRAM NEGATIVO EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

G VEGA, L FERNANDEZ, F FARFAN, L CABANA, L VIDAL, L LEON CEJAS, M DAUD, C PARUSSINI, L LUNA, C DIAZ, L SILVA  
Hospital Pablo Soria, Argentina.

**Introducción:** En Terapia Intensiva Sepsis y Shock séptico son de alta prevalencia y morbimortalidad. Tienen numerosas causas y no es raro que coexistan varias patologías juntas. Presentamos una paciente joven Inmunocompetente, sin antec. de patología biliar con Shock séptico por Meningitis Bacteriana (MB) a Pneumococo y con Sme. Ictérico de causa mixta, con Sme. Coledociano y Colangitis supurativa más Abscesos Hepáticos piógenos por Salmonella.

**Objetivo:** Mujer, 30 años, sin antecedentes. Derivada del interior de la Provincia por depresión aguda del sensorio y un síndrome icterico de 7 días de evolución. Al examen: hipotensa, taquicárdica, taquipneica, T 38°C, GCS: 10/15 (O4, V1, M5), Hemiplejia FBC Der. y III Par Completo Der. Pulmones s/p, abdomen distendido con dolor en HD, hepatomegalia, sin peritonismo, RHA escasos. Laboratorio: Hto 25%, GB 16100/mm<sup>3</sup>(NC 3%, NS 83%, L13%), plaquetas 62.000/mm<sup>3</sup>, VSG 120, Procalcitonina 2,59 ng/ml, BT: 6,94 mg/dl, BD: 5,29 mg/dl, GOT: 35 U/L, GPT: 57 U/L, LDH: 459 U/L, FAL: 295 U/L Alb: 2,3 g/dl, K: 2,5 mEq/L, glucemia: 99 mg/dl, APP: 46%, KPTT: 110 seg, Lactato: 1,7 mmol/L, pH: 7,49, pCO<sub>2</sub>: 25, pO<sub>2</sub>: 138, Bic. 22, EB: -2,8, Sat O<sub>2</sub>: 99%/FIO<sub>2</sub> 0,21. LCR: glucosa de 15 mg/dl, xantocrómico, tinta china (-) cultivo (+) Ecocardiograma: normal bedside. Bacteriología: Estreptococo Neumoniae LCR y 2 Hemocultivos asociado a Salmonella spp en líquido de drenaje biliar. Serología para HIV (-). APACHE II: 12, SOFA: 7. TAC: edema cerebral difuso sin abscesos. Eco. Abdominal: Hígado

homogéneo aumentado de tamaño, litiasis enclavada en colédoco y paredes vesiculares engrosadas. TAC abdomen: 2 imágenes hipodensas en lóbulo hepático iz de < 10 mm no tratable con drenaje percutáneo. Evolución: ARM: 32 ds. Drogas VA, Videoscopia con Drenaje Naso- Biliar; ATB s/rescate bacteriológico Penicilina a altas dosis (14 ds) y los abscesos hepáticos: Metronidazol/Gentamicina (21 ds). Tratamiento de I. Hepática. Pasa piso luego de 36 ds con Sop. N. Enteral y el foco neurológico, sin abscesos cerebrales en TAC.

**Comentario:** El Pneumococo es el agente que con mayor frecuencia da MB en adultos. La infección se asocia con mortalidad mayor al 20% a pesar del tto. ATB eficaz. Los factores de mal pronóstico: GCS bajo al ingreso, sepsis, neumonía y lesiones SNC. La Salmonella spp en menos del 5% da complicación grave como la colangitis y/o abscesos con una mortalidad superior al 16%. La pte. tenía smas. y signos neurológicos que llevaron al diag. de MB. La Ictericia se pensó que podía deberse al cuadro pero los DD arrojaron patología Hepatobiliar complicada. No tenía antecedentes. Se descartó Inmunodeficiencia adquirida como factor predisponente.

**Conclusión:** Ptes. asintomáticos con cálculos en la vesícula biliar predispone a las complicaciones graves y coexisten con otras patologías de ptes. Inmunocompetentes, refuerzan necesidad de resolver en forma precoz la patología bilio-digestiva.

### 0197 UTILIZACIÓN DE VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN PACIENTES CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

SA MUZZIO, L ROSENDE, SF ESPAÑOL, BJ RIGONATTO  
Hospital Pediátrico Juan Pablo II, Argentina.

**Objetivo:** La Ventilación de Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO) es un método de ventilación mecánica no convencional utilizado en el tratamiento de rescate del Síndrome de Distres Respiratorio Agudo (SDRA), cuando la hipoxemia refractaria conlleva a la necesidad de altos parámetros de ventilación pudiendo inducir mayor injuria pulmonar asociada al ventilador. Del mismo modo, es utilizado en el Síndrome de Escape de Aire ya que el volumen tidal aportado en VAFO es próximo al volumen residual, lo cual evita mayor lesión parenquimatosa. El objetivo del presente trabajo es reportar nuestra experiencia en la utilización de VAFO en el tratamiento de pacientes críticos pediátricos.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes de la unidad de cuidados intensivos de un hospital pediátrico, que requirieron VAFO en el periodo comprendido entre enero del año 2009 y abril del 2011. Se registraron 13 casos, donde se analizaron datos demográficos, indicaciones de VAFO, duración de la misma, weaning y mortalidad a los 30 días. Se aplicó una prueba t de muestras pareadas para las variables PaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, PAW (Presión media de la vía aérea) e IO (Índice de Oxigenación), al inicio, a las 12 y 24 hs de la aplicación de VAFO.

**Resultados:** Los pacientes analizados presentaron una edad promedio de 13.6 meses. Las principales causas de ingreso a ARM convencional fueron: Insuficiencia respiratoria secundaria a Neumonía bacteriana (46.1%) y Bronquiolitis (15.3%). La media de días de permanencia en ARM convencional fue de 4 ± 5.2 días, con valores de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> = 60, PAW = 23.7, IO = 32.5. Las principales indicaciones de VAFO fueron: SDRA (61.5%) y Síndrome de escape de aire (30.7%). La permanencia en VAFO fue de 5 ± 4.5 días. El valor de PaO<sub>2</sub> al ingreso a VAFO presentó diferencias significativas (p=0.0147) respecto del valor de PaO<sub>2</sub> a las 12 hs, no así respecto a la PaO<sub>2</sub> de 24 hs. Cabe destacar que el valor de PaO<sub>2</sub> a las 24 hs. presentó un aumento del 36.2 % con respecto al valor de PaO<sub>2</sub> al inicio de VAFO. El valor de PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> e IO a las 12 y 24 hs presentaron diferencias significativas (p=0,0019) respecto al ingreso a VAFO. Los valores de PAW no presentaron variaciones significativas. El 90.3% de los pacientes ingresados a VAFO presentaron disfunción hemodinámica, constatándose fallo multiorgánico en el 92.3% de la serie. La mortalidad a los 30 días fue 69.2 % (9/13), siendo el Shock séptico, la principal causa de muerte de los pacientes (90.9%; 10/13).

**Conclusiones:** Las variables gasométricas como PaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> e IO presentaron franca mejoría con la aplicación de VAFO en la serie estudiada. Si bien, la mortalidad reportada en este estudio es elevada, la misma podría atribuirse a la disfunción hemodinámica secundaria complicaciones.

#### 0198 TROMBOSIS CAROTÍDEA POSTRAUMÁTICA

P DEBASTIANI, S TURANO, P PEREZ BRIZ, A PEREZ, M ET-CHEVERRY, P LUFIEGO, G HUERTA, C ROTH, L CORSIGLIA, A MANTI, L VARGAS

H.I.E.A. y C. San Juan de Dios. La plata, Argentina.

**Introducción:** La trombosis carotídea postraumática es infrecuente y debe sospecharse en el trauma cráneo-cervical y torácico.

**Objetivo:** Describir un caso de trombosis de arteria carótida común (ACC) e interna (ACI) en el contexto de una paciente politraumatizada grave.

**Método:** Reporte de caso. Femenina de 55 años que sufre politrauma secundario a accidente vehicular en ruta (vuelco) sin sujeción que fue despedida del asiento trasero. Ingresó al Hospital de Tres Arroyos con TEC leve sin pérdida de conocimiento, con signos de shock hipovolémico, trauma cerrado de tórax con enfisema subcutáneo y trauma de miembros superiores. Rx y TC con y sin contraste: encéfalo y columna cervical normales, tórax: hiperdensidad espontánea y alteración de la densidad grasa que rodea Aorta ascendente, cayado y raíz de A. Pulmonar principal (hematoma mediastínico), sin extravasación de cte., con desviación traqueal a la derecha, derrame pleural leve y contusión pulmonar bilateral, neumotórax derecho grado I. Fracturas costales, desde la 5ª a 12ª, con enfisema posterior derecho y fractura escapular izquierda. Desinserción acromioclavicular derecha y fractura humeral bilateral.

La paciente requirió intubación orotraqueal, ARM y sedoanalgesia (SA) con drenaje torácico e inotrópicos. El ETT de inicio fue normal. Ingresó a nuestra UTI por sospecha de lesión de grandes vasos, se realizó TC de Tórax con cte, ETT y ETE con parámetros normales. Continúo con SA, en ARM, estable hemodinamicamente, con movilización de miembros inferiores. A las 48 hs. del trauma presentó midriasis izquierda y plejía derecha. Se realizó TC de encéfalo que evidenció infarto hemisférico izquierdo con signos de hipertensión endocraneana (hemisferio dominante) y Ecodoppler de vasos de cuello con oclusión total con trombo a nivel de ACC y ACI. La arteriografía certificó lo anterior, sin flap de disección. Evolucionó con muerte encefálica.

**Conclusión:** La trombosis carotídea postraumática es infrecuente (0.1-1%). El 20% de las mismas son ocasionadas por colisiones vehiculares con una alta morbimortalidad. Debe sospecharse en trauma cráneo-cervical y torácico alto. Su mecanismo es la flexoextensión y rotación forzada cervical ocasionando compresión carotídea sobre las apófisis transversas de las primeras v.cervicales o cizalla en el tórax, con lesión íntima, formación de hematoma intramural y estenosis por compresión o pseudoaneurisma. Las complicaciones son isquemia cerebral o embolia distal, compresión de estructuras vecinas o ruptura. El paciente puede presentarse sintomático/asintomático y desarrollar compromiso neurológico posterior. El diagnóstico debe sospecharse por la cinética del trauma, la clínica y confirmarse con Ecodoppler de vasos supraaórticos, angioTC, angioRNM y arteriografía. El tratamiento según el compromiso, el tiempo de evolución y el déficit neurológico puede ser la anticoagulación o cirugía. En éste caso la lesión no se sospechó porque la paciente ingresó con examen neurológico y TC normales y al requerir ARM y SA el desarrollo de síntomas neurológicos no pudieron ser evaluados.

#### 0199 INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE EN NIÑOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

E SAGARNAGA, J CESPEDES, M TISZLER, P GONZALEZ CROTTI, G CAPROTTA

Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** En Argentina las infecciones respiratorias agudas bajas representan la tercera causa de muerte en menores de 1 año.

La etiología prevalente es viral. El germen más frecuentemente detectado es el virus sincicial respiratorio (VSR). El pico estacional en la población pediátrica ocurre en los meses invernales. Sólo el 3 al 5% de los pacientes internados tendrán requerimientos de cuidados intensivos.

Nuestra unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) participa de un nuevo estudio multicéntrico junto a las principales unidades del país con el objetivo de relevar datos epidemiológicos nacionales.

Este trabajo tiene como analizar la evolución clínica de los niños internados en nuestra UCIP con infecciones respiratorias graves (IRG) en el contexto del trabajo multicéntrico mencionado.

**Material y método:** Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes admitidos en UCIP durante los meses junio y julio 2010 con IRG. Se recabaron datos demográficos, etiologías más frecuentes (diagnosticadas por inmunofluorescencia indirecta (IFI), parámetros de ventilación mecánica, complicaciones, mortalidad.

**Resultados:** En el período estudiado se internaron en UCIP 103 pacientes, 77 (75%) con IRG. Predominancia masculina 1,8: 1. Edad promedio en meses 5,46. Procedencia 39(51%) del partido, 37(48%) extrapartidarios.

Etiologías virales: parainfluenza 1,3%, picornavirus 8%, adenovirus 2,6%, VSR 38%, metaneumovirus 1,3%, influenza tipo B 1,3% Coinfecciones: picornavirus + VSR 1,3%, Bacterianas: neumococo 1,3% Sin rescate de germen 44,5%.

Requirieron ARM un promedio 3,9 días Estada en ARM en días según etiología: VSR 3,86; picornavirus 6,67; metaneumovirus 5; adenovirus 1,5; VSR + picornavirus 12, virológicos negativos 3,8.

Complicaciones presentadas por ARM Neumotorax 2,6%(2), NAV 3,9%(3).

Tasa de letalidad: 2.5%.

**Conclusión:** Si bien se trata de un trabajo multicéntrico los datos presentados corresponden únicamente a nuestra UCIP. Se observa una clara predominancia del VSR a diferencia de los hallazgos del año anterior con una baja tasa de complicaciones y una mortalidad menor a la observada en otras unidades de nuestro país y a la publicada en la literatura.

Actualmente se están procesando los datos de las demás unidades participantes con lo que se podrá arribar a conclusiones comparativas con otros centros nacionales.

#### 0200 PREVALENCIA DE NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD POR MICOPLASMA PNEUMONIAE

FJ GAMBINO, F TAMAGNONE, A BALBI, J FEIJOO, C SANCHEZ, M MONTENEGRO, A PISERA, G DECANIO, M MUÑOZ, K UGO Hospital Militar Central G 601 "Cir Mayor Dr Cosme Argerich", Argentina.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de neumonía grave de la comunidad por micoplasma pneumoniae en pacientes internados en Terapia Intensiva y su influencia terapéutica.

**Materiales y método:** Estudio prospectivo durante 2010, de 6 pacientes de entre 15 y 65 años internados en la Terapia Intensiva del Hospital Militar Central con neumonía grave de la comunidad, definida como hipotensión < 90 mmHg, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>< 250 o compromiso multilobar en la Rx Tx, requerimiento de ventilación mecánica. Se consideró edad, sexo, tiempo de internación, patrón radiológico, antecedentes, fallas orgánicas, APACHE II al ingreso, SOFA al ingreso, Murray, presencia de embolias sépticas, necesidad de utilización de Drotrecogin alfa activado y respuesta al mismo, otros esquemas antibióticos realizados y rescates bacteriológicos además de myco-

## ■ Resúmenes

plasma. Se consideraron positivos para mycoplasma los pacientes en los cuales se pudo aislar el genoma en secreciones respiratorias (PCR positiva > 1/64) y se comprobó la presencia de IGM anti-mycoplasma en suero.

**Resultados:** Entre los 6 pacientes reclutados, la media de edad de 43,1 años, y una amplia predominancia de sexo masculino (84% hombres, 16 % mujeres). El 68 % de los pacientes estudiados tuvo 4 fallas orgánicas. 4 pacientes presentaron distress respiratorio, con un promedio de MURRAY de 2,85 entre los distresados. Todos los pacientes requirieron asistencia ventilatoria mecánica. 68 % resultó positivo para micoplasma, 16 % resultó positivo para chlamydia psittaci. Solo 1 paciente obitó, resultando una supervivencia del 84%. 100% de los pacientes que recibieron Claritromicina en forma precoz (antes de las 48 hs del ingreso a UTI) sobrevivieron. 64 % de los pacientes requirieron infusión durante 96 horas de Drotrecogin alfa activado, siendo la supervivencia de este grupo del 75 % con una mortalidad del 25 %. Un 32 % de los pacientes presento embolias sépticas. En el 50 % de los pacientes se aisló otro germen como causa concomitante de neumonía al ingreso, siendo el 66 % de los mismos acompañado con neumococo y 33 % Staphylococo meticilino resistente. Un 64 % de los pacientes se complicó con neumonía asociada a ventilación mecánica, requiriendo este grupo otros esquemas antibióticos, siendo los gérmenes mayormente aislados acinetobacter (32 %, 2 pacientes) y Klebsiella (32 %, 2 pacientes). Un 64% presentó un patrón intersticial en la radiografía de tórax al ingreso, mientras que un 36 % presento un patrón de consolidación. El promedio de APACHE II al ingreso fue de 21 (mortalidad 40%) , y el SOFA promedio al ingreso fue de 7,6. Un 16 % de los pacientes era inmunodeprimido.

**Conclusión:** En esta población la incidencia de infección por Mycoplasma es mayor a la descripta.

Esto podría explicarse por la falta de búsqueda sistemática del germen, que no es sencilla de realizar.

### 0201 TRASTORNOS HIDROELECTROLÍTICOS EN PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO Y CONTENIDO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

M PAIZ, L GOSSEN, C MARTIN, C CORREIA DA SILVA, G LEVY, R KARATANASOPULOU

Hospital Vidal Corrientes, Argentina.

**Introducción:** La utilización como estrategia quirúrgica del abdomen abierto y contenido sigue siendo una alternativa válida al tiempo que la comunidad quirúrgica se familiariza con sus mecanismos de acción, ventajas y desventajas. En las unidades de Terapia Intensiva, representa una entidad con un manejo médico propio, dada su particular morbilidad y mortalidad, ya que sus alteraciones hidroelectrolíticas son variadas y frecuentes.

**Objetivo:** Describir los trastornos hidroelectrolíticos de pacientes internados en UTI con diagnóstico de abdomen abierto y contenido. **Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes internados en terapia Intensiva del Hospital J R Vidal de la ciudad de Corrientes en el período comprendido entre enero del 2008 y enero del 2010. Se analizaron los siguientes datos: hidratación, alteraciones hidroelectrolíticas durante la permanencia del abdomen abierto, motivos de ingreso, días de internación y mortalidad.

**Resultados:** En el período estudiado ingresaron 29 pacientes en postoperatorio inmediato de laparotomía, con abdomen abierto y contenido con malla de polietileno, todos con diagnóstico de peritonitis generalizada secundaria a: Apendicitis Aguda 13 pacientes (44%); lesiones intestinales secundarias a heridas de arma blanca o de fuego 9 (31%); Infarto Intestino Mesentérico 5 (17%); diverticulitis aguda perforada 2(6%). El tiempo de internación promedio fue de 28 días; tiempo de abdomen abierto y contenido 17 días, +/- 5 días. El aporte hídrico fue de 60ml/Kg./día (+/- 21ml), repartidos en plan de hidratación parenteral y alimentación enteral y parente-

ral. En 20 pacientes (68%) durante las primeras 48 hs de ingreso requirieron reanimación intensa con cristaloides por presentar signos de hipovolemia y shock, a un ritmo promedio de 1000 ml/h. El ingreso basal de sodio fue de 225 meq/d, potasio de 120 meq/d se modificó el aporte hidroelectrolítico según evaluación clínica y de laboratorio. En las primeras 48 hs se observó acidosis metabólica en 18 pacientes (62%), lo cuál tiene correlación con el número elevado de pacientes que presentaron altos requerimientos de reanimación con cristaloides.

Después de las 48hs y hasta los 7 días se observó hiponatremia en 8 pacientes (27%), hipokalemia 12 (41%), alcalosis metabólica en 14 pacientes (48%). La mortalidad fue de 7 pacientes (24%).

**Conclusiones:** En esta población el trastorno hidroelectrolítico más frecuente fue la acidosis metabólica, 62% en las primeras 48 horas, luego de este tiempo los trastornos hidroelectrolíticos observados fueron hiponatremia, hipokalemia y alcalosis metabólica.

### 0202 PRONÓSTICO DE UNA PACIENTE CON NEUMONIA GRAVE Y COMA MIXEDEMATOSO

J ZAPATA, P CARRIZO

Hospital Dr. Arturo Oñativia, Argentina.

**Introducción:** Afortunadamente en el hipotiroidismo raras veces es necesario un tratamiento de urgencia. Sin embargo puede afectar la sobrevida en las enfermedades críticas contribuyendo con hipoventilación, hipotensión, hipotermia e hiponatremia. El coma mixeдематoso mantiene una elevada mortalidad a pesar del tratamiento intensivo y es definido como un hipotiroidismo grave que cursa con un marcado deterioro de la conciencia.

**Caso Clínico:** Paciente de 72 años que ingresa a la UCC derivada de otro Hospital Regional con Dx: Neumonía Intrahospitalaria y Coma mixeдематoso. Al examen físico inicial: facie abotagada, cabello escaso y quebradizo, piel seca, pérdida de la cola de las cejas, con rales crepitantes en base de pulmón izquierdo, ruidos abdominales no auscultables y mixedema. Se corrobora inestabilidad hemodinámica con bradicardia sinusal. Con asistencia ventilatoria mecánica. Se informo dosaje de TSH =22 (N 0.27 a 4.2 uU/ml), T3=0.29 (N 0.97 a 2 ng/dl) T4= 1.36 (N 5.53 a 11 ng/dl) T4 libre= 0.8 (N 0.93 a 1.70 ng/dl). Asimismo presentaba anemia, hipopotasemia, hiponatremia, CPK 832, LDH 884. Cortisol plasmático normal. Se inicia Tratamiento con Levotiroxina Intravenosa 300 mcg, única dosis, luego 50 mcg. Cada 8 horas IV., con soporte de drogas vasoactivas, antibioterapia empírica y alimentación enteral por sonda SNY. Se realiza monitoreo endocrinológico con T4 libre cada 72 hs por lo cual y acorde a la evolución clínica de la paciente; se fueron modificando las dosis. A los diez días del ingreso la paciente continúa con 50 mcg de levotiroxina cada 8 hs. por sonda nasoyeyunal para progresar gradualmente la dosis a 150 mcg. Cada 24 hs; terminando con 200 mcg. Diarios; días después. En su evolución la paciente ha superado el compromiso hemodinámico normalizando sus signos vitales con clara mejoría del estado de conciencia a las 48 hs. de iniciado el tratamiento hormonal. Ha cursado con clara insuficiencia ventilatoria tornando difícil su destete necesitando traqueotomía percutánea, el cual culmina a los 2 meses de su estadía; produciéndose el alta de nuestro servicio al hospital de referencia.

**Conclusión:** Se debe asumir que el tratamiento no fue realizado precozmente esto pudo haber inferido en la evolución posterior de la paciente. El aumento de la CPK y LDH sugiere daño miocárdico. La neumopatía infecciosa seguramente fue un factor desencadenante en el curso de este cuadro. La hipoventilación alveolar que lleva a retener de CO<sub>2</sub>, más la hiponatremia dilucional pueden contribuir a esta situación clínica de forma negativa. La respuesta positiva al tratamiento hormonal es el aumento de T4 libre, siendo un importante parámetro la recuperación del paciente. Inicialmente el diagnóstico es clínico y autoriza a comenzar el tratamiento a la espera de los resultados de la función tiroidea ya que el retraso del mismo empeora el pronóstico.

### 0203 STATUS EPILEPTICUS NO CONVULSIVO EN UN CASO DE ENCEFALITIS HERPÉTICA

NJ PRINI, FA SOSA, V MOSQUEDA, B HUNTER, PD COMIGNANI  
Hospital Alemán, Argentina.

**Objetivos:** Reportar la asociación de status epilepticus no convulsivo en un caso de encefalitis a virus herpes simple tipo I.

**Material y Métodos:** Paciente mujer de 63 años de edad, antecedentes de HTA, migraña, DLP, Obesidad y meningitis viral a los 25 años de edad, que ingresa a emergencias por convulsiones. Presentaba cefalea holocraneana sin foto ni fono fobia, pulsátil, que cedia parcialmente con aines asociado a vómitos y diarrea de 48 hs de evolución. Asocia síndrome confusional y verborragia, e intercorre con convulsiones tónico-clónicas. Laboratorio normal y EEG afeción estructural del hemisferio der con actividad paroxística pseudo-periodica. Al cuarto día de internación en UTI presenta episodio convulsivo tónico-clónico por lo cual requiere ARM. Nuevo EEG que evidencia Status epileptico no convulsivo que mejora parcialmente con midazolam. Tratamiento con midazolam, levetiracetam, propofol y topiramato. LCR con PCR + para herpes simple tipo I, comienza tratamiento con aciclovir. Se realiza RMN cerebro: hiperintensidad en flair, en T2 y difusión temporal bilateral a predominio der, compatible con encefalitis herpética.

**Resultados:** Evoluciona con refractariedad al tratamiento, permaneciendo en status por 15 días, requiriendo ARM por 30 días. Intercurre con mioclonías faciales y abdominales que mejoran parcialmente con benzodiazepinas. Recupera el estado de conciencia a los 40 días de su internación.

**Conclusiones:** La encefalitis herpética es una patología que se asocia a una alta mortalidad y los que sobreviven evolucionan con trastornos del comportamiento, neuropsiquiátricos y convulsiones a pesar de un tratamiento adecuado. El status es una complicación que se da en un alto porcentaje de los pacientes que presentaron convulsiones. Las convulsiones no se relacionan con la mortalidad pero sí con la morbilidad a los 3 meses.

### 0204 ¿REPRESENTA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C UN FACTOR DE RIESGO DE MAL PRONÓSTICO EN EL PERÍODO POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO?

C TONELLI, L SANTORO, G CACERES, G RAFFIN, D RODRIGUEZ, E BRAÑA, G CUETO  
Hospital Cosme Argerich, Argentina.

**Objetivos:** Evaluar si aquellos pacientes con enfermedad hepática por HCV tienen peor evolución en el post trasplante que aquellos trasplantados por otras causas crónicas.

**Materiales y métodos:** Se realiza un estudio retrospectivo de una base llevada a cabo en forma prospectiva desde el año 1995 hasta 2010. Fueron incluidos todos los pacientes adultos admitidos en terapia intensiva de un hospital general de agudos en postoperatorio inmediato de trasplante hepático de donante cadavérico, excluyendo aquellos cuya indicación de trasplante era la falla hepática aguda. Las variables analizadas fueron edad, sexo, etiología (HCV vs No HCV), CHILD pre trasplante, APACHE al ingreso, complicaciones (complic) respiratorias, renales, neurológicas e infecciosas, rechazo, retraspante (retx) y mortalidad. El programa utilizado para realizar y analizar la base de datos fue SPSS 15.0.

**Resultados:** Se analiza una población de 354 pacientes, 106 pacientes con cirrosis por HCV (43 mujeres y 63 hombres) vs. 248 pacientes con otras hepatopatías crónicas (139 mujeres y 109 hombres) con una mediana de edad de  $53 \pm 9.3$  y  $40 \pm 13$  y una estadía hospitalaria de 12,9 y 16 días respectivamente y un APACHE de 20 para el grupo HCV vs 16 en el grupo control. La supervivencia a los 60 meses fue de 69% en los pacientes con hepatopatías crónicas no HCV y 50% en los pacientes HCV con una p significativa (0,04). La supervivencia a los 30 días no fue significativa (87% vs 82% para HCV). La supervivencia según el Child no fue distinta en el grupo para Child A,

Child B 85-75% y Child C 84%-81%. La supervivencia de pacientes HCV que recibieron órganos de donantes < 55 años fue de 82% y aquellos no HCV 87% y en receptores de donantes mayores a 55 años 89% vs 81% a los 30 días. En cuanto a los complicaciones y el retraspante en ningún caso fue significativamente mayor en una población que en otra, (Complicaciones neurológicas no HCV 16% y HCV 12% , complic. respiratorias HCV 5,9% y no HCV 8,54, % IRA HCV 11% y no HCV 12% y diálisis HCV 7% y no HCV 6,9% y RETX hcv 0,96% y no HCV 4%).

**Conclusiones:** En esta muestra se observó que las complicaciones postoperatorias no mostraron diferencias significativas entre HCV y el resto de las etiologías. Tampoco hubo diferencias en la sobrevida al primer mes. Sin embargo, la supervivencia a 60 meses es significativamente menor en el grupo de pacientes con HCV.

### 0205 CUÁNTOS Y QUIÉNES SE COLONIZARON POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

L SANTORO, G CACERES, C TONELLI, W CORNISTEIN, M TORRES BODEN, C COZZANI, G CUETO, N GOMEZ, L LOPEZ MORAL, M BADIA  
Hospital Cosme Argerich, Argentina.

**Introducción:** La diseminación mundial de *Klebsiella pneumoniae* con serinocarbenemasa (KPC) determinó la aparición de éste germen en nuestros hospitales. A partir del 2009 se detectaron los primeros casos institucionales y en 2010 en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). El hisopado rectal en busca de KPC es una de las estrategias de control de la diseminación a fin identificar portadores, iniciar las medidas de aislamiento y realizar cohortes.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de colonización por KPC en UTI y describir las características de los pacientes (ptes) colonizados.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, prospectivo, de ptes colonizados por KPC realizado en UTI médico-quirúrgicas de un Hospital Público que cuenta con 15 camas divididas en 2 terapias: UTI A (sala abierta de 7 camas y 1 de aislamiento) y UTI B (7 habitaciones individuales).

Inclusión: ptes adultos internados en UTI con hisopado rectal positivo para KPC (HPKPC). Todos fueron hisopados al ingreso a UTI y semanalmente. Período: Mayo 2010 a Marzo 2011. Los hisopados se procesaron con medios cromogénicos con el agregado de antibiótico. Las muestras positivas se confirmaron con discos de imipenem y ácido p-aminofenil borónico. Se analizaron: datos demográficos, epidemiológicos, motivo de ingreso, procedencia, APACHE II, antibióticos (ATBs) previos, tiempo de internación en el Hospital y en UTI hasta el HKPC+, número HKPC +, factores de riesgo, infección por KPC y mortalidad global de los colonizados.

**Resultados:** Se realizaron 632 hisopados/54 positivos: 9%. Ptes colonizados: 33 (20 en UTIA; 60,6%). Media de edad 54.5 años (rango 19-82). Mujeres 15 (45%). Tiempo medio de admisión hospitalaria al HKPC+ 31 d (8-135), tiempo medio de admisión a UTI al HKPC+ 17 d, un paciente fue HPKPC+ al ingreso UTI. El 81% provenía de otras salas, 58% ingresaban por causa quirúrgica. Comorbilidades: DBT 10 (32%), inmunosuprimidos 3 (10%); APACHE II promedio 13,6 (probabilidad de muerte hospitalaria: 18%). El 94% de los ptes tenían antibióticos previos y el 51% habían recibido más de 3 ATB. Pacientes con HPKPC+ simultáneo: 15 ptes (45,45%), 11 de UTIA (73%). Ptes con más de 1 HKPC+ 13 (39%). Todos los pacientes estaban invadidos por dispositivos al HKPC+. Un sólo paciente se infectó (3%), mortalidad global 27,3%.

**Conclusión:** La incidencia de colonización fue considerable. Los pacientes colonizados tuvieron internación prolongada, estaban invadidos con dispositivos, recibieron múltiples tratamientos ATB previos y fueron derivados de otras salas. La diseminación local se observó en el 45% de los casos predominando en la sala sin habitación individual.

A partir de los datos obtenidos se implementaron otras estrategias de contención para limitar la diseminación del patógeno.

### 0206 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA PRECOZ: ¿SON SIEMPRE ADECUADOS LOS TRATAMIENTOS EMPÍRICOS?

P ZANARDI, G BÁSCOLO, M GOMEZ, R MARTINEZ, N SANCHEZ, M CHOY, J TEVES, M CORNELIO, E GIMENEZ  
H.I.G.A. Dr Oscar Alende, Argentina.

**Introducción:** La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la infección intrahospitalaria más frecuente en los servicios de medicina intensiva. La NAV precoz es la que aparece antes de 96 hs de iniciada la ventilación mecánica, y teóricamente es causada por bacterias de la comunidad que colonizan la orofaringe. El tratamiento debe ser adecuado y temprano. Los esquemas empíricos que se utilizan son los recomendados por la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT).

**Objetivos:** Conocer la incidencia de NAV en una UTI polivalente, su etiología e investigar si la cobertura que brinda el tratamiento empírico inicial es adecuada a los patógenos aislados.

**Material y Métodos:** Estudio de diseño descriptivo observacional y prospectivo de todos los pacientes admitidos en una UTI polivalente y sometidos a ventilación mecánica en un periodo de 10 meses. Se consideró diagnóstico positivo para NAV si se reunían criterios de neumonía probable (ALAT): nuevos infiltrados pulmonares progresivos y persistentes, secreciones traqueales purulentas, aislamiento microbiológico en aspirado traqueal, fiebre o hipotermia, leucocitosis o leucopenia. Se definió tratamiento empírico inicial adecuado si cubría el 80% de los patógenos potenciales.

**Resultados:** En el período de junio 2010-marzo 2011 fueron admitidos 567 pacientes de los cuales 372 (64.5 %) fueron ventilados por más de 48 hs. Edad promedio 45.7 años (35% mujeres-65% varones). La duración promedio de la ventilación mecánica fue de 6.5 días con un total de 2.375 días/ARM. Se diagnosticaron 79 episodios de neumonía, 33 episodios neumonía/1.000 días de respirador de los cuales 9.6 fueron de NAV precoz. La mortalidad global fue de 43.8%, 45.5% para el grupo NAV precoz, la duración de la ARM fue mayor en los que presentaron NAV precoz (10.9% vs 6.8% días) así como la estancia en UTI (15.9 vs 8.8 días).

Se enviaron al laboratorio de microbiología 100 muestras de aspirados traqueales de los cuales el 59% fueron positivos. Se aislaron: 12 (20.3 %) SAMR, 10 (16%) Acinetobacter B, 8 (13.6%) Proteus, 5 (8.5%) SAMS, 4 (6.8%) neumococo, 3 (5.1) Haemophilus, 3 (5.1%) Klebsiella, 3 (5.1%) Pseudomona Ae, 2 (3.4%) E.Coli, 2 (3.4%) Enterobacter.

El tratamiento empírico inicial fue: ceftriaxona, cefotaxime, ampicilina-sulbactam indistintamente.

De acuerdo a los estudios de sensibilidad solo el 56% de los potenciales patógenos estaban adecuadamente cubiertos con el esquema empírico inicial.

**Conclusiones:** La incidencia de NAV precoz esta dentro de lo esperado para la población estudiada. No se mostró aumento de la mortalidad en este grupo pero sí más días de ARM e internación en UTI. El esquema empírico inicial implementado no fue adecuado y debería ser modificado para nuestra población de pacientes.

### 0207 ASPERGILOSIS INVASIVA POR ASPERGILLUS TERREUS EN UTI

J MORENO, M VILLA, N VILLAVICENCIO, R TORREZ, V AMAYA, G HORNUS PLANELLS, L LODEIRO, W CORNISTEIN, M TORRES BODEN, C COZZANI, G CUETO, E BRAÑA  
UTI Argerich, Argentina.

**Introducción:** La aspergilosis pulmonar invasiva (API) es una enfermedad grave, que afecta a pacientes inmunocomprometidos. La afección del SNC corresponde a la localización extrapulmonar mas frecuente (80%) con una alta mortalidad ( $\geq 90\%$ ) y de difícil diagnóstico y tratamiento.

**Objetivo:** Presentación de un caso de API con diseminación al SNC por Aspergillus terreus

**Caso clínico:** Mujer de 31 años, asmática desde la infancia, con exacerbación en el mes previo por lo que recibió frecuentemente esteroides. Ingresó a guardia por insuficiencia respiratoria en contexto de asma casi fatal. Requiere IOT y AVM, se indican corticoides EV y pasa a UTI, evolucionando con broncoespasmo severo de muy difícil manejo. Sin evidencias de SIRS ni DMO. En Rx Tx infiltrado alveolar con confluencia nodular parahiliar bilateral con rescate en miniB de SAMR de la comunidad. Cumple tratamiento efectivo por 4 semanas con vancomicina que se rota a TMS. Evoluciona con respuesta parcial, persistiendo febril y con infiltrados pulmonares. Se le realiza una TAC de Tx que muestra imágenes nodulares compatibles con abscesos, una de las cuales se punza, resultando en inflamación aguda supurada con cultivo a Acinetobacter spp y Aspergillus terreus. Inicia plan ATB con colistin + voriconazol. Una panTAC muestra como positivo ocupación de celdas mastoideas e imágenes cerebrales hipodensas bifrontales y bitemporales, sin correlación clínica. Por AVM prolongada se traqueostomiza. Mejora lentamente, logrando el weaning y se descomplejiza. Pasa a UTIM, donde evoluciona con cefalea intensa. Una RMN de cerebro informa lesiones sólidas diseminadas con edema periférico, realce anular y ventrículo lateral derecho de aspecto hidrocefálico. Se asumen como secundarias a compromiso del SNC por Aspergilosis. Pasa a la sala de Clínica Médica en tratamiento con voriconazol. Se decide seguir la evolución con imágenes y dosaje cuantitativo de galactomananos en LCR (4.9 mg/dl). Evoluciona con lenta mejoría clínica. **Discusión:** La API por Aspergillus terreus es una enfermedad infrecuente (3-4% de todas las aspergilosis) en pacientes de UTI. Se asocia a AVM, uso de anfotericina B y esteroidoterapia  $>1\text{mg/Kg/día}$ . Aun en pacientes inmunocompetentes, el uso intensivo de corticoides, es un factor de inmunosupresión suficiente para predisponer a la infección invasiva por dicho germen.

**Conclusión:** En aquellos pacientes con factores de inmunosupresión, que se presentan con imágenes pulmonares sospechosas, que no responden a tratamientos convencionales es conveniente descartar la presencia de una aspergilosis pulmonar, ya sea primaria a punto de partida de la progresión de una colonización previa, o secundaria por la emergencia de aspergillus como agente causal de infección intranosocomial.

### 0208 STROKE HEMORRÁGICO EN PEDIATRÍA, EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA

A ESEN, M MARTINEZ, M TISZLER, G CAPROTTA  
Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** El accidente cerebrovascular hemorrágico (ACVH) en la infancia tiene características epidemiológicas, fisiopatológicas y clínicas propias, diferentes de las del adulto, que dificultan el diagnóstico y tratamiento temprano. La literatura actual es escasa y contradictoria y poco basadas en la evidencia. Nuestro objetivo es describir las características de una serie de diez casos de ACVH en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de Argentina.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con ACVH ingresados en la UCI entre diciembre de 2005 y julio de 2008.

**Resultados:** Se incluyeron 10 niños, 60% varones, edad promedio de 5,9 años (0,25 – 13 años), síntomas al ingreso: convulsiones 40%, alteraciones en la conciencia 50%, cefalea y vómitos 10%. El promedio del score de mortalidad pediátrica fue de 66.4% (SD 37,7%), el índice de mortalidad pediátrica 2 fue de 31,6 (SD 4,51%), días de ventilación mecánica 5.5 (SD 2.4), permanencia en UCIP 17,3 días (SD 9.5), total de estadía 30,8 días (SD 11.6). Todos los pacientes recibieron tratamiento quirúrgico, ventriculostomía en 40%, craniectomía descompresiva 40%, 20% del tratamiento endovascular y radiocirugía 30%. La mortalidad observada fue del 10%, discapacidad moderada-severa al momento del alta de UCI 30% y sin secuelas en el 60%. Se monitoreó la presión intracraneal en el 70%

de los casos (4 catéteres intraventriculares, 2 intraparenquimatosos, y un catéter subdural). Complicaciones: un caso de meningitis relacionados con dispositivos intraventriculares.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en nuestra serie son comparables con los de la literatura internacional publicada. En cuanto a los procedimientos quirúrgicos actualmente no existen normas con evidencia sustentable que guíen el tratamiento.

### 0209 SINDROME DE SHOCK TÓXICO RÁPIDAMENTE PROGRESIVO POR STREPTOCOCCO BETA HEMOLÍTICO

MS VENUPI, AC RODRIGUEZ, FC CARINI, S GIANNASI, E SAN ROMAN

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Paciente de 51 años, sin antecedentes clínicos de importancia, que presenta cuadro de shock tóxico con streptococcemia diseminada sin foco claro. Rápidamente progresa a shock refractario con falla multiorgánica falleciendo a las 36 hs de su ingreso.

**Descripción:** El síndrome de shock tóxico (SST) es cualquier infección por streptococco que se asocie inicio súbito de shock y rápida progresión a falla multiorgánica. Descripto por primera vez a fines de los 80s, se caracteriza por casos esporádicos, sobre todo en EEUU y Europa, y episodios de pequeños brotes en lugares cerrados como hospitales y geriátricos. Se presenta generalmente en adultos, y a diferencia de lo que se suponía décadas atrás, muchos no tienen patología de base prediponente.

Como puertas de entrada del streptococco beta hemolítico de grupo A (GAS): vagina, faringe, mucosa y piel en 50%. Sitios quirúrgicos pueden ser otra entrada. Raramente faringitis. Las infecciones virales pueden predisponer. Otros predisponentes son varicela y el uso de AINES (no se sabe la causa de la asociación). Su mortalidad es del 36%.

Clínicamente se presenta en su inicio como cuadro pseudo-gripal (fiebre, escalofrío, náuseas, vómitos, diarrea) que precede a hipotensión 24-48 hs. En el 50% de los casos no se encuentra puerta de entrada. En general el sitio de infección son partes blandas, en el resto neumonía, meningitis, endoftalmítis, peritonitis, miocarditis e infección intrauterina.

La fase 2 se acompaña de taquicardia, taquipnea, fiebre persistente y en los pacientes que desarrollaran fascitis necrotizante, dolor.

En la fase 3 se presenta en forma súbita shock y falla de algún órgano (renal en el 70%). Muchos progresan rápidamente a falla multiorgánica, muriendo en 24-48hs.

Presentamos el caso por lo infrecuente y mortal de este cuadro de tan rápida evolución y complejidad en su tratamiento.

### 0210 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO QUE REQUIRIERON ADMISIÓN EN UTI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

DN VASQUEZ<sup>1,2,3</sup>, AV DAS NEVES<sup>1,3</sup>, G ZAKALIK<sup>4</sup>, A INTILE<sup>2</sup>, F CICORA<sup>3</sup>, MG SAENZ<sup>1</sup>, V APHALO<sup>2</sup>, M CASANOVA<sup>2</sup>, HS CANALES<sup>1</sup>, C LOUDET<sup>1</sup>, C BALASINI<sup>1</sup>, JL SCAPPELLATO<sup>2</sup>, R REINA<sup>1</sup>, J SAVERO<sup>2</sup>, AM SANCHEZ<sup>4</sup>, JL MARENGO<sup>4</sup>, P DESMERY<sup>2</sup>, E ESTENSORO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIGA Gral. San Martín de La Plata, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Anchorena, CABA, Argentina. <sup>3</sup> Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal-FINAER-, La Plata, Argentina. <sup>4</sup> Hospital L. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La enfermedad hipertensiva del embarazo es la causa más frecuente de ingreso a las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La preeclampsia se asocia con aumento de la morbi-mortalidad materna y neonatal

**Objetivos:** Describir las características y evolución de pacientes

obstétricas (embarazadas  $\leq 42$  días postparto) con enfermedad hipertensiva del embarazo que requirieron admisión a UTI.

**Método:** *Diseño:* Estudio de serie de casos multicéntrico, descriptivo y analítico. *Población:* embarazadas o puérperas con enfermedad hipertensiva del embarazo que requirieron admisión a UTI. *Localización:* 3 UTIs, dos del sector público y una del sector privado.

**Resultados:** Se incluyeron 184 pacientes, 161 pacientes (87.5%) en el sector público y 23 (12.5%) en el privado. La edad fue de  $26 \pm 8$  años. La procedencia fue Quirófano 70 (41.7%), Internación general 43 (25.6%), Otra Institución 42 (25%) y Guardia 13 (7.7%). La estadía en UTI fue de 3[2-6] días, la hospitalaria de 8[5-12] días, la mortalidad en UTI y la hospitalaria fue de 6(3.3%). El APACHE II fue 9[6-14], el SAPS II fue de 15[11-22.5], TISS de  $20 \pm 6$ , el SOFA fue de 2[1-4] días, la escala Glasgow fue de  $13.8 \pm 3$  y 103/114(90%) tenían score de Charlson=0. El 24.5% de las pacientes (45) requirió ARM invasiva, con una duración de 1[1-6] días y el 5.4% requirió VNI (6). Entre los antecedentes que no puntúan en el Charlson: 22 pacientes (12%) tenían HTA crónica, 6 (3.2%) obesidad y 5 (2.7%) preeclampsia en embarazo previo. Entre los que puntúan en el Charlson, 8 pacientes (4.3%) tenían DBT. La categoría de ingreso fue: Médica 116 (64%), Quirúrgica Urgencia 64 (35%) y Quirúrgica Programada 1(1%). El 80% (145) ingreso a UTI Postparto. Los motivos de ingreso fueron: Eclampsia 63 (34%), Preeclampsia severa 61 (33%), HELLP 33 (18%), Eclampsia-HELLP 18 (10%), HTA crónica 5 (3%) e HTA gestacional 4 (2%). La mortalidad predicha por APACHE Y SAPS II era de 14% y 7% respectivamente. Las 6 pacientes fallecidas provenían del sector Público. Ninguna había tenido control prenatal adecuado. Las causas de muertes en las 6 pacientes fallecidas fueron: ACV hemorrágico (3:50%) y MODS (3: 50%). La causa de ingreso en estas 6 pacientes había sido: Preeclampsia severa (4:67%), Eclampsia (1: 16%) y Eclampsia-HELLP (1: 16%).

**Conclusiones:** La mayoría de las pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo que requirieron internación en UTI provenían del Sector Público e ingresaron a UTI desde el quirófano. Un 90% de las mismas no tenía comorbilidades que puntúen por el score de Charlson, aunque un 18% tenían antecedentes de HTA, obesidad y preeclampsia en embarazo previo, que son factores de Riesgo para preeclampsia. Los motivos de ingreso en 3/4 de las pacientes fueron Eclampsia y Preeclampsia severa. Los scores de APACHEII y SAPS sobreestimaron la mortalidad entre estas pacientes, que fue del 3.3%. Las principales causas de mortalidad fueron el ACV hemorrágico y el MODS. Ninguna de las pacientes que falleció había recibido control prenatal.

### 0213 USO DE VENTILACIÓN DE ALTA FRECUENCIA EN NIÑOS POST-OPERATORIOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Y FORTINI, P LOMBARDI, LM LANDRY, G MORENO, M ALTHABE, R MAGLIOLA

Hospital de Pediatría "J.P. Garrahan", Argentina.

**Introducción y objetivo:** El uso de la ventilación de alta frecuencia en cirugía cardiovascular (CCV) pediátrica está limitado por la inestabilidad hemodinámica de estos pacientes. Sin embargo puede ser una alternativa útil en el postoperatorio de algunos niños, aún en aquellos donde el impacto hemodinámico esperable es mayor, como ventrículos únicos o disfunción severa de ventrículo derecho. El objetivo es describir los resultados del uso de ventilación de alta frecuencia en pacientes postoperatorios de cirugía cardíaca, utilizada como rescate de insuficiencia respiratoria refractaria.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes tratados con ventilación de alta frecuencia en el postoperatorio de CCV desde 2001 a 2010. Se registraron variables demográficas, diagnóstico, tipo de cirugía, parámetros de ventilación mecánica, complicaciones y mortalidad. Los resultados se expresan como mediana y rango, o como valores absolutos y porcentaje según corresponda.

**Resultados:** 16 pacientes con una mediana de edad de 13 m (r 1-72), y de peso 7.9 kg (r 3-18). Nueve de ellos con cardiopatía cianótica

(Fallot 4, Ventrículo único 2, otros 3) y todos con cirugía correctora excepto los VU. Al momento de la indicación 11 tenían hipoxemia y 5 hipoxemia e hipercapnia, en ambos casos refractarios a la ARM convencional con técnica de protección pulmonar y titulación de Peep. La PAW inicial promedio fue  $26.5 \pm 4.5$  con un  $\Delta P$   $51 \pm 6$  y el tiempo de tratamiento fue de  $4 \pm 2.8$  días. El 62% presentó algún grado de intolerancia hemodinámica (aumento de requerimiento de inotrópicos y/o volumen), pero ninguno requirió cambio de modo ventilatorio por esta causa. El tiempo total de asistencia respiratoria mecánica convencional fue 6.5 días (1-37), la mediana de internación en UCI 19 días (5-53) y la sobrevida 44%.

**Conclusiones:** En casos seleccionados la ventilación de alta frecuencia puede ser una alternativa válida de rescate en pacientes postoperatorios de CCV, antes de considerar la asistencia con ECMO.

#### 0214 TRASPLANTE RENAL Y COMPLICACIONES EN TERAPIA INTENSIVA

V MOSQUEDA, NJ PRINI, JO OSATNIK, FA SOSA, MM KLEINERT, B HUNTER, E SORIA, F CICORA, MM SANTOPINTO, R COUCE, PD COMIGNANI

Hospital Alemán, Argentina.

**Objetivo:** Determinar la incidencia y factores involucrados en el retraso de la función del injerto (RFI) y estudiar otras complicaciones vinculadas con la inmunosupresión.

**Material y Métodos:** Se analizaron los pacientes trasplantados desde el año 2009 hasta la actualidad, excluyendo pacientes pediátricos. Las complicaciones del trasplante fueron evaluadas hasta el día 30 y se definió RFI como la necesidad de diálisis antes del séptimo día. Se usó para el análisis de datos estadístico el Test de Anova y chi cuadrado.

**Resultados:** Se evaluaron 42 pacientes de los cuales 24 eran de donante cadavérico y 18 de donante vivo. De los donantes cadavéricos 14 presentaron RFI y de los donantes vivos solo 1. Se compararon los que no hicieron RFI vs los que sí lo hicieron. Apache (mediana) 13.5 vs 13, p 0.220.

Edad (mediana) 44 vs 43, p 0.540.

Tiempo de isquemia fría (mediana) 140 vs 1155 min, p < 0.001.

Índice de resistencia (mediana) 0.71 vs 0.70, p 0.335.

Con respecto a la medicación inmunosupresora se comparó basiliximab vs timoglobulina, no hubo diferencia significativa en la génesis de RFI (p 0.260) y sí las hubo en las complicaciones infecciosas dentro de los 30 días del trasplante. Con basiliximab hubo 4% de infecciones vs 47% de timoglobulina, p 0.002.

Con respecto a la inmunosupresión con micofenolato 1440 mg vs 2160 mg, no hubo diferencia significativa en RFI y no aumentaron las complicaciones infecciosas con el aumento de la dosis.

**Conclusiones:** El RFI es una complicación muy frecuente en la población trasplantada renal con donante cadavérico, la única variable que correlacionó fue el tiempo de isquemia fría. La inmunosupresión con timoglobulina no previno el RFI y tuvo más complicaciones infecciosas con respecto al basiliximab. El aumento de la dosis del micofenolato no incrementó las complicaciones infecciosas y no hubo cambios con respecto al RFI.

#### 0216 MUJERES Y NIÑOS PRIMERO: EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES OBSTÉTRICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

A GIRA, C NAVEDA GAVILANES, M BELAUSTEGUI, E ORTUÑO CAMPOS, S COSENZA, E BERUTI, P PRATESI

Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** Las pacientes embarazadas representan un pequeño número de las admisiones en áreas de cuidados críticos. Existen pocos estudios en nuestro país que describan las características de esta población. Los cuidados del binomio madre-hijo representan un gran desafío.

**Objetivo:** Identificar pacientes embarazadas y en puerperio que fueron admitidas a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por complicaciones asociadas al embarazo o situaciones clínicas en las que el embarazo pudo haber afectado en forma adversa.

**Métodos:** Análisis demográfico, retrospectivo de HC informatizadas mediante base de datos de UCI.

**Resultados:** Durante el período 09/2000 hasta 03/2011 ingresaron 118 pacientes obstétricas complicadas representando 0.9% de los partos atendidos en la unidad en dicho período y 1.7% de las pacientes admitidas a UCI.

Las admisiones fueron divididas en relacionadas con el embarazo, denominadas causas obstétricas (84%) y no relacionadas con el embarazo, llamadas causas no obstétricas (16%).

Las complicaciones más frecuentes fueron síndromes hipertensivos del embarazo que representaron el 64% de las causas obstétricas asociándose en 25% de los casos a *sme* HELLP, seguidos por metrorragias de cualquier etiología con 29%.

Las causas no obstétricas más frecuentes se relacionaron con complicaciones respiratorias (37%).

La media de edad fue 31.6 años (DE 5.9) y la media ApII fue 9.

La estadía promedio en UCI fue 4,5 días. Siendo 3.2 días para causas obstétricas y 11.4 días para causas no obstétricas. El 68% de las pacientes permaneció en UCI <3 días.

La mortalidad materna fue de 3%. No fallecieron pacientes en el grupo de causas obstétricas y fallecieron 21% en el grupo de causas no obstétricas. La mortalidad fetal fue de 15%, 13% para causas obstétricas y 26% para no obstétricas.

Evolucionaron con shock 19% de las pacientes, correspondiendo 65% a shock hipovolemicos. Presentaron shock 15% de pacientes obstétricas y 42% de pacientes no obstétricas. La media de internación para pacientes con shock fue 9.7 días, requiriendo ARM 84%. La mortalidad materna fue 21% y fetal 26%.

Requirieron ARM 18% de las pacientes, la media de internación en este grupo fue 13.5 días, la mortalidad materna 19% y fetal 38%. La media de edad gestacional al ingreso a UCI fue 32 semanas (DE 8.7).

Las complicaciones en pacientes con causas obstétricas se presentaron según trimestres: 1ero 5%, 2do 11% y 3ero 81%. Las complicaciones en pacientes con causas no obstétricas se presentaron según trimestres: 1ero 16%, 2do 42% y 3ero 42%.

**Conclusiones:** La admisión de pacientes obstétricas a nuestra UCI representa un pequeño número de las admisiones generales en la unidad y está asociada a una baja tasa de mortalidad. Evidenciamos en este estudio una reducción en la mortalidad materno-fetal respecto de nuestra serie reportada en el año 2006. A diferencia de otras series nacionales no tuvimos casos de muertes debidas a aborto séptico, siendo esta última entidad muy poco frecuente en nuestra institución. Las 4 pacientes fallecidas obedecieron a etiologías no obstétricas.

#### 0217 MENINGITIS AGUDA A BACILOS GRAM NEGATIVOS, ASOCIADO A HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCOLARIS, EN PACIENTE PUÉRPERA

P RAMOS, J CAUSARANO, C GIMÉNEZ DURAND, C SWARZMAN

Hospital Público Materno Infantil, Argentina.

**Introducción:** La infección con el nematodo *Strongyloides Stercolaris* es letal en potencia debido a su capacidad para causar una autoinfección enorme, en particular en el huésped inmunocomprometido. Tiene la capacidad de completar su ciclo vital mediante formas asexuadas, esto le da la posibilidad de permanecer en el huésped indefinidamente.

**Caso clínico:** Mujer de 38 años de edad, ingresa a esta institución derivada del interior de la provincia, con embarazo de 32 semanas e hiperemesis gravídica, hepatopatía. Internada en sala común se evidencia deshidratación, desnutrición moderada a severa, abdomen agudo, íleo; embarazo con RCI y oligoamnios severo. Labo-

ratorio con hto 27%, eosinófilos 2%, GOT 136 U/L, GPT 143U/L, HIPONATREMIA, Na : 118 meq/l. Se programa cirugía, en el mismo acto: cesárea más laparotomía exploradora. RN de 1665 grs, de 34 semanas, que se interna en Neonatología. En la exploración de abdomen no se evidencia patología de resolución quirúrgica. En el post quirúrgico, la paciente continúa con ileo de débito importante por SNG, por lo que se inicia AP. Realiza un síndrome tipo Löffler, ante esta situación, con epidemiología positiva se inicia tratamiento para TBC. El laboratorio no evidencia cambios significativos, perfil para hepatitis a,b,c : negativos. HIV: negativo. Descenso de GOT a 42 U/L, GPT a 39 U/L. Se inicia tolerancia con líquidos VO, con mala tolerancia por vómitos y distensión abdominal. Se realiza Videoesoscopia digestiva alta que informa: marco duodenal friable, con obstrucción a nivel de ángulo de Treitz, descartar TBC con enfermedad de Crohn, enfermedad de Whipple. Se envía material a biopsia; informe posterior duodenitis crónica compatible con S.S. Inicia tratamiento con Ivermectina por vía enteral, SNG, con regular tolerancia. Posteriormente ingresa a UTI, por fiebre mas síndrome convulsivo. Se realiza TAC de cerebro de urgencia: normal. Punción lumbar: líquido turbio, directo para Gram:- Cultivo E. Coli. La paciente evoluciona con Shock Séptico con falla multiorgánica y fallece.

**Comentario:** En condiciones de inmunocompromiso el ciclo de "autoinfectividad" se amplifica y ocasiona el síndrome de hiperinfección, el cual se caracteriza por un aumento de larvas filariformes en heces y esputo, y sus manifestaciones clínicas son el producto de la migración de esta, sangrado digestivo, dificultad respiratoria. Este síndrome se acompaña de sepsis y meningitis por BNG. Como factores de riesgo podemos mencionar trastornos en la motilidad intestinal, desnutrición, neoplasias, terapia inmunosupresora, alcoholismo.

### 0218 DEMANDA RECHAZADA Y LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA DISPONIBILIDAD DE CAMA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA (UTIM)

ME BRAÑA, D TEDESCO, G QUEIROZ, R MATTEI, R FIORENTINO, A NISHIOKA, N ARIAS, M LABORDE, V AMAYA AKKAU, N LOSCOCCO, G CUETIA  
Hospital C. Gergerich, Argentina.

**Objetivo:** Cuantificar la demanda rechazada, sus características y los factores asociados a la disponibilidad de camas.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y longitudinal realizado en una unidad de terapia intermedia de adultos con 6 camas de dotación en un lapso de 6 meses (octubre de 2010 a abril de 2011) Se registro en forma diaria la demanda rechazada, la procedencia del pedido, el motivo y la causa prioritaria del rechazo. Variables asociadas: demora en el pase de pacientes de UTIM a sala, aislamientos, camas no disponibles y giro cama.

**Resultados:** Se rechazaron 91 solicitudes de ingresos, 44 (48.35%) de UTIs, 27 (29.67%) de guardia, 15 (16.48%) de salas, 3 (3.30%) del quirófano y 2 (2.20%) de unidad coronaria. El motivo del pedido fue control evolutivo 46 (50.55%), urgencias clínicas 34 (37.36%), 6 (6.59%) cirugías de urgencia y 5 (5.50%) para programadas. 41 (45.05%) pedidos se rechazaron por falta de cama en sala general para pase de pacientes desde UTIM, 24 (26.38%) por no haber cama libre ni pacientes en condiciones de pase, 19 (20.88%) a causa de aislamiento de contacto, 5 (5.49%) por falta de recurso humano y 2 (2.20%) por diferencia de género. De los factores asociados, la demora en días para pase de UTIM a la sala fue de 0 días para 42 pacientes (47.67%), de 1 día para 18 (20.93%), 2-3 días para 14 pacientes (16.28%), 4-10 días para 10 pacientes (11.63%) y más de 10 días para 3 pacientes (3.49%). El giro cama fue del 20.35 en este lapso con un promedio de permanencia de 7.19; 2 camas permanecieron no disponibles durante 10 días por arreglos y 30 días por falta de personal de enfermería.

**Conclusiones:** El 48.35% de los rechazos fueron pedidos de cama desde UTIs. El motivo de las solicitudes fue en un 50.55% el control evolutivo. El 45.05% de los rechazos se realizó habiendo pacientes

en condiciones de continuar la evolución en sala de menor complejidad. En un 47.67% el pase de pacientes de UTIM a la salas se concreta sin demoras, pero los lapsos de espera llegan a más de 10 días. El aislamiento de contacto fue causa de rechazo en un 20.88%. Hubo pérdida de 80 días camas por mantenimiento y falta de recursos humanos. El giro cama y promedio de permanencia están dentro de los estándares.

### 0219 EN POS DE UNA META: INDICADORES DE CALIDAD EN NUESTRA TERAPIA INTENSIVA

P CASTELLANI, D BERGNA, A BORDOGNA, G MACARRÓN, P MEDICI, F PODESTÁ, M RABINO, O RECUPERO, N TODARO, M RATTO  
HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Medir la calidad de atención es fundamental en Terapia Intensiva, existiendo indicadores preestablecidos que permiten evaluarla.

Desde el año 2005 comenzamos con la recolección de datos, estableciendo indicadores de resultado y, en el último año un indicador de proceso; esto nos permitió compararnos con estándares nacionales e internacionales y con nosotros mismos en el tiempo, pudiendo así definir si logramos nuestra meta o que debemos cambiar para optimizar la calidad de atención de nuestro servicio.

**Objetivo:**

- 1) Mostrar los indicadores utilizados en nuestra unidad desde el año 2005.
- 2) Utilizarlos para evaluar nuestra calidad de atención a través del tiempo.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo observacional, evaluando los indicadores de resultados desde el 2006 al año 2010 y un indicador de proceso durante el 2010, utilizando como base de datos el programa Sati Q.

**Resultados:** En los últimos 5 años en los cuales se realizó la medición sistemática de los indicadores de calidad de nuestra especialidad, ingresaron un promedio de 430 pacientes/año, con un PIM 2 promedio de 13,03% y un TISS 28 promedio de 22.50. La edad promedio en meses de los pacientes fue de 52 (rango entre 1 y 276 y una mediana de 22).

El motivo de ingreso correspondió a: etiología respiratoria 34,72%, cardiológica 3,83%, causa externa 14,89 %, neurológica 14,21 %, postquirúrgica 15,23% y otras 17,12 %

Los indicadores de resultado medidos y sus resultados a través del tiempo (2006-2010) fueron:

INDICADORES DE RESULTADO	2006	2007	2008	2009	2010
Reingresos no programados (estándar 4%)	5.25	3.95	3.79	1.04	2.28
Neumonía asociada a ventilación mecánica (estándar 18 episodios por 1000 días de VM)	17.76	20.61	14.10	13.26	6.76
Infección asociada a catéter venoso central (estándar 4 episodios por 1.000 días de CVC)	12.18	14.36	8.92	5.34	8.14
Infección del tracto urinario asociada a sonda vesical (estándar 6 episodios por 1000 días de sondaje)	8.32	7.71	6.97	7.10	8.68
Razón mortalidad estandarizada (Tasa: 1 +/- 0.10)	1.69	1.36	1.32	1.15	1.37

El indicador de proceso medido durante el 2010 fue transfusión inadecuada de glóbulos rojos (TGRD) siendo nuestro resultado 1.72% y el estándar del 5%

**Comentario:** La adopción de un sistema de monitorización de indicadores, implica el compromiso del servicio, de actuar en los momentos en que la práctica evaluada presente resultados por debajo del estándar, discutiendo éstos, buscando sus causas, y actuando para mejorarlos. En caso contrario

## ■ Resúmenes

la medición se convierte en rutinaria, y sin ninguna utilidad en la gestión clínica del servicio.

El ejercicio continuo del control de calidad no solamente genera una mayor satisfacción a los pacientes, sino que en el caso de los sistemas públicos de salud, genera un beneficio para la sociedad toda.

## 0220 ESTUDIO RETROSPECTIVO TRANSVERSAL DE CASUÍSTICA/UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS, PRIMEROS DOS AÑOS

CA ARANCIBIA

Hospital Municipal de Urgencias de Córdoba - Córdoba, Argentina.

**Objetivos:** Fija las siguientes variables: causa de ingreso, distribución de los pacientes por décadas, mortalidad, tiempo de estadía.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de cauística en pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intermedios(UCI) los dos primeros años de funcionamiento (4/8/08-3/8/10), se obtuvieron los datos del archivo central del Hospital.

**Resultados:** Primer año (4/8/2008 al 3/8/2009). Causa de ingreso: el grupo estaba constituido por 336 pacientes, de los cuales 262 (77.97%) fueron hombres (M) y 74 (22.03%) mujeres (F), fueron divididos en 30 categorías diagnósticas, siendo los 4 más frecuentes: traumatismo de cráneo 75 casos (25.89%) 63(M) (84%) y 12(F) (16%); heridas de arma de fuego 35 casos (19.41%), 33(M) (94.28%) y 2(F) (5.72%); politraumatismo 37 casos (19.41%), 33(M) (94.28%) y 2(F) (13.52%); politraumatismo 37 casos (11%), 32(M) (86.48%) y 5(F) (13.52%); insuficiencia coronaria 24 casos (7.13%) 19(M) (79.16%) y 5(F) (20.84%). **Distribución por décadas:** 11-20:58(M) (21.13%), 12(F) (16.21%); 21-30:62(M) (23.66%), 10(F) (13.51%); 31-40:28(M) (10.68%), 11(F) (14.26%); 41-50:37(M) (14.18%), 6(F) (8.10%); 51-60:33(M) (12.59%), 12(F) (16.21%); 61-70:25(M) (19.54%), 10(F) (13.51%); 71-80:15(M) (5.72%), 8(F) (10.81%); 81-90:4(M) (1.52%), 5(F) (6.75%). Total 262(M) 100%, 74(F) 100%. Mortalidad. 4 (1.19%) todos de sexo femenino, 2 por neumopatía y 2 por sepsis. Tiempo de estadía: el 81.24% de los pacientes estuvieron entre 1 y 5 días en UCI. El tiempo máximo de estadía fué de 47 días (1 paciente). **Segundo año (4/8/2009 al 3/8/2010).** Causa de ingreso: el grupo estaba constituido por 367 pacientes, 278(M) (75.7%) y 89(F) (24.26%). Fueron divididos en 30 categorías diagnósticas, siendo las 4 más frecuentes: traumatismo de cráneo 74 casos (20.16%), 64(M) (86.48%) y 10(F) (13.52%); politraumatismo 43 casos (11.71%) 33(M) (76.74%) y 10(F) (23.26%); heridas de arma de fuego 34 casos (9.26%) 33(M) (97.05%) y 1(F) (2.95%); insuficiencia coronaria 27 casos (7.35%) 25(M) (92.59%) y 2(F) (7.41%). **Distribución por décadas:** 11-20:40(M) (14.38%), 10(F) (1.12%); 21-30:63(M) (22.66%), 12(F) (12.48%); 31-40:40(M) (14.38%), 11(F) (12.35%); 41-50:33(M) (11.87%), 13(F) (14.60%); 51-60:33(M) (11.87%), 17(F) (19.10%); 61-70:34(M) (12.23%), 12(F) (13.48%); 71-80:25(M) (8.99%), 9(F) (10.11%); 81-90:9(M) (3.23%), 1(F) (1.12%); 91/100:1(M) (0.35%), 4(F) (4.49%), total: 278(M), 29(F). Mortalidad: no hubo. Tiempo de estadía el 83% de los pacientes estuvieron entre 1 y 5 días, el tiempo máximo de estadía fué de 29 días (1 paciente).

**Conclusiones:** Las cuatro causas más frecuentes de ingreso fueron: traumatismo de cráneo, heridas de arma de fuego, politraumatismo e insuficiencia coronaria, representando el 51.86% del total en 2008 y el 58.48% del total en 2009. La mortalidad fue del 1.19% (4 pacientes) en 2008. No hubo mortalidad en 2009. El tiempo de estadía fué de 1 a 5 días en el 81.24% de los casos en el 2008 y del 82.43% en el 2009. Los pacientes con edades entre 11 y 40 años representaban el 53.86% en 2008 y el 47.84% en 2009. En 2008 el 77.97% de los ingresos fueron hombres y en el 2009 el 75.7%.

## 0221 LIBERACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y TRACHEOSTOMÍA EN NIÑOS AFECTADOS POR VIRUS RESPIRATORIOS DE ACUERDO A UN PROTOCOLO DE DESTETE

## EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE ARGENTINA

G CAPROTTA, P GONZALEZ CROTTI, J FRYDMAN, C GONZALEZ

Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Describir el destete dificultoso de pacientes con secuelas respiratorias como consecuencia de infecciones virales en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

**Materiales y métodos:** Trabajo descriptivo retrospectivo observacional. Se presentan 3 casos de pacientes secueledos por infección viral que requirieron destete prolongado y traqueostomía. La estrategia realizada en estos pacientes fue planteada como una disminución gradual del soporte ventilatorio, combinando ventilación controlada por presión (PCV) con períodos crecientes de CPAP + PS, y luego CPAP + PS con intervalos crecientes de ventilación con pieza de tubo en T. Se confeccionó una planilla de datos en los que se evaluó: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de oxígeno, Pimax, Pemax, mecánica ventilatoria, utilización de músculos accesorios, confort e índice de Tobin.

**Resultados:** El promedio de edad fue de 3.5 meses, con diagnóstico de ingreso insuficiencia respiratoria aguda baja con Influenza A H1N1 y dos de ellos, virus sincicial respiratorio. Ingresaron en asistencia ventilatoria mecánica y con síndrome de distres respiratorio agudo desde el inicio, presentando hipoxemia refractaria y altos parámetros de ventilación mecánica. Las pruebas de ventilación espontánea para los 3 casos fueron exitosas, pero con extubaciones fallidas. Se realizaron endoscopias a todos los pacientes, siendo todas ellas patológicas. Se decidió realizar traqueostomía a los 3 y comenzar el plan de destete. Debido a la dificultad para la liberación de la presión positiva, una vez realizada la traqueostomía, se consideraron los factores intervinientes en la capacidad y carga del sistema respiratorio, optimizando cada uno de ellos. El promedio de días de asistencia ventilatoria mecánica fue de 69 y weaning 31.

**Conclusión:** Los pacientes estudiados sufrieron un destete dificultoso secundario a la importante secuela respiratoria. Reportamos resultados satisfactorios en el contexto de la implementación de un protocolo dirigido y ordenado.

## 0222 ANÁLISIS DE 579 PACIENTES TRAQUEOTOMIZADOS INTERNADOS EN UN CENTRO DE WEANING. PREDICTORES DE MORTALIDAD Y SEGUIMIENTO AL ALTA

M SARTORE<sup>1,4</sup>, G PLOTNIKOW<sup>1,3</sup>, V FELD<sup>1,4</sup>, D VILLALBA<sup>1,4</sup>, N RIBERO VAIRO<sup>1,4</sup>, M BOSSO<sup>1,4</sup>, C QUIROGA<sup>1,3,4</sup>, V LEIVA<sup>1,3,4</sup>, M SCRIGNA<sup>1,4</sup>, F PUCHULU<sup>1,4</sup>, E DISTEFANO<sup>1,3,4</sup>, P EZCURRA<sup>1,4</sup>, L RAPELA<sup>1,4</sup>, N ROUX<sup>1,4,5</sup>, E GOGNIAT<sup>1,4,5</sup>, J SCAPELLATO<sup>3</sup>, D INTILE<sup>3</sup>, F PLANELLIS<sup>1</sup>, D NOVAL<sup>1</sup>, P BUÑIRIGO<sup>1</sup>, R JOFRE<sup>1</sup>, E DÍAZ NIELSEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clínica Basilea, Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Anchorena, Argentina. <sup>4</sup> A.I.R.E Kinesiología Respiratoria, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Italiano, Argentina.

**Objetivo:** Analizar y describir retrospectivamente la evolución de 579 pacientes traqueotomizados internados en un centro de weaning (CW), determinar predictores de mortalidad global y realizar un seguimiento de sobrevida al alta.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se confeccionó una base de datos con la información extraída de las historias clínicas de 579 pacientes que ingresaron al servicio de Cuidados Respiratorios de un (CW) en el período comprendido entre Mayo de 2004 y Enero de 2011.

Se analizaron como posibles predictores de mortalidad global: sexo, edad, antecedentes (EPOC, hipertensión arterial, ACV, obesidad, patología oncológica, tabaquismo, oxígeno crónico domiciliario e internaciones previas en UTI); motivo de ingreso a UTI: médico o quirúrgico; diagnóstico de ingreso a UTI (EPOC reagudizado, ACV o postoperatorio de abdomen); días de internación y días de asisten-

cia ventilatoria mecánica (AVM) en UTI; dependiente o no de AVM al ingreso al CW; albúmina, creatinina y hemoglobina al ingreso al CW; desvinculación de AVM y días de AVM en CW; días de AVM totales (en CW más UTI).

Para el análisis estadístico de la muestra se utilizó regresión logística, método de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Los resultados se expresan en Media y SD, Mediana y rango intercuartil o proporción según corresponda.

**Resultados:** De los 579 pacientes la media de edad fue 67 años (rango 15 y 95), el 60% fueron hombres. El motivo de ingreso a UTI fue: médico 84% y quirúrgico 16%. De un total de 410 pacientes con requerimiento de AVM (372 ingresaron con AVM y 38 se ventilaron en el centro de weaning) el 45% logró ser desvinculado. Al eliminar los fallecidos durante la internación el total de pacientes en AVM fue de 257 y el porcentaje de desvinculación fue del 63%.

El 35% de los pacientes ingresados logró el alta médica, otro 30% se derivó a centro de mayor complejidad, un 3% se fue de alta por otras causas y la mortalidad durante la internación fue del 32%. El 75% de los pacientes seguidos al alta continuaba vivo al año y el 50% a los 3 años.

Como predictores de mortalidad se hallaron ACV como antecedente previo al ingreso a UTI ( $p < 0.05$ ; OR 2.4; IC 1.13-5.06), valor de hemoglobina al ingreso al CW ( $p < 0.05$ ; OR 1.27; IC 1.03-1.56) y la edad ( $p < 0.05$ ; OR 1.03; IC 0.95-.99).

**Conclusiones:** Los resultados muestran una mortalidad elevada durante la internación en el centro de weaning (32%) sumado a un alto porcentaje de pacientes que requirieron ser derivados a centro de mayor complejidad (30%). Como predictores de mortalidad se encontraron *antecedente de ACV previo al ingreso a UTI, el nivel de hemoglobina al ingreso al centro de weaning y la edad*. El resto de los predictores analizados no correlacionaron con mortalidad. La sobrevida al alta del centro de weaning fue elevada tanto al año (75% vivos) como a los 3 años (50% vivos). Excluyendo al grupo de pacientes en AVM que falleció durante la internación se halló un alto porcentaje de pacientes desvinculados (63%).

### 0223 ACCESOS VASCULARES EN TERAPIA INTENSIVA

N DE LA CRUZ, D PEREZ, L KUMAR  
Hospital Abete, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar las complicaciones asociadas a catéteres venosos centrales de 7 french Arrow® bajo la técnica de Seldinger en la UTI adultos del hospital de trauma Federico Abete.

**Materiales y métodos:** Se realiza un estudio de cohorte prospectivo donde se evaluaron todos los accesos vasculares colocados desde 30/08/2010 hasta el 15/10/2010 en UTI Adultos, separando la población en pacientes quirúrgicos y médicos, evaluando: edad, APACHE al ingreso, localización, cantidad de punciones realizadas hasta la colocación, permanencia y complicaciones como: infecciones asociadas a catéter, neumotórax, hematoma, trombos evidenciados por ecodoppler. Se excluyeron pacientes que no contaron con este estudio.

**Resultados:** Se evalúa muestra total de 29 pacientes. Pacientes con patología quirúrgica 19 accesos vasculares: edad 33(17-70) y APACHE de ingreso 19(12-23), se colocaron 6 accesos subclavios 31.5%, 13 yugulares 68%, permanencia 7 días(2-10), cantidad de punciones 2(1-4), 2 presentaron hematoma, 3 infección asociada a catéter, aislándose como germen Klebsiella en 2 pacientes y Stafilococcus Aureus Coagulasa Negativo Meticilino Sensible (SACN MS) en el restante, 1 neumotórax por acceso venoso yugular. Se evidencia trombosis en 9 (47%), 6 corresponden a acceso yugular, 3 acceso subclavio, oclusión de mayor al 50% en 3 pacientes, menor al 50% en 4 y 1 con oclusión del 100%. En pacientes con patología clínicos se evaluaron 10 accesos vasculares: edad 70(27-72) APACHE 18 (12-26), se colocaron 9 accesos yugulares, 1 acceso femoral, permanencia 8 días (5-12), cantidad de punciones realizadas 2(1-3), se constataron 2 accesos con infección asociada a catéter por klebsiella y SACN MS, se evidenció 1 neumotórax por acceso yugular, trombo-

sis en accesos venosos yugulares 4 (40%), siendo 75% con oclusión mayor al 50% de la luz.

**Conclusiones:** Población de pacientes quirúrgicos fue más joven. APACHE, permanencia de catéter y cantidad de punciones fue similar en ambas poblaciones. Todos los catéteres, que presentaron infección corresponden a acceso yugular. Germen más frecuente aislado fue Klebsiella. Se evidencia una elevada tasa de trombosis asociado a catéter 40-47% que requirieron tratamiento médico. Es necesario determinar estrategias destinadas a disminuir esta complicación que serán evaluadas en un segundo estudio.

### 0224 CONSTIPACIÓN EN LA TERAPIA INTENSIVA: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

P GUIMARAENS, C ECHEVARRIA, G TUHAY, F KLEIN  
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de constipación, los factores de riesgo asociados y su impacto en el pronóstico de los pacientes.

**Materiales y Métodos:** Análisis prospectivo de datos recolectados durante 3 meses en pacientes ingresados a la unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital universitario. Criterio de inclusión: internación por 3 o más días. Criterio de exclusión: pacientes sometidos a cirugía de intestino. Se registraron datos epidemiológicos (edad, sexo, APACHE II), motivos de ingreso y parámetros de evolución diaria. Se consideró constipados a aquellos pacientes sin evacuación intestinal por 3 días consecutivos. Las variables continuas se expresaron en promedio y desvío estándar, o mediana y rangos, y las variables categóricas se expresaron en números y porcentajes. Análisis estadístico con SPSS versión 17.0.

**Resultados:** Se analizaron 24 pacientes, 62.5% mujeres, edad promedio 59.5±12.7 años, APACHE II 18.5±6.1. Veintiún pacientes (87.5%) ingresaron intubados con una mediana de días libres de asistencia ventilatoria mecánica (AVM) al día 28 de 18 (0-28) días. Motivo de ingreso: médico en 16 pacientes (66.6%). Diecisiete pacientes (71%) presentaron constipación. Mortalidad global en UTI: 21%. Al comparar resultados por grupo de pacientes (constipados/no constipados) no hubo diferencia en cuanto a sexo, motivo de ingreso, APACHE II, uso de opioides, shock o requerimientos de hemodiálisis. Hubo diferencia significativa en la media de edad, con 63±10.3 años para los pacientes constipados y 50±14.1 años para los no constipados ( $p = 0.018$ ). De los pacientes no constipados, un 42% recibió nutrición enteral (NE) precoz (24hs del ingreso); de los constipados sólo un 35% ( $p = 0.012$ ). El grupo constipados presentó una mediana de 9 (4-38) días en la UTI, los no constipados de 5 (4-12) días ( $p = 0.019$ ). Se observó una significación estadística en los días libres de AVM al día 28 [21(0-28)/24(16-26)]  $p = 0.042$ , no así en la mortalidad en UTI ni hospitalaria.

**Conclusiones:** La incidencia de constipación en la muestra estudiada fue del 71%. Los pacientes más jóvenes y aquellos que recibieron nutrición enteral precoz presentaron menor incidencia de constipación con una diferencia estadísticamente significativa. Los pacientes con constipación permanecieron internados en la UTI por más tiempo y tuvieron menos días libres de AVM. Estos resultados ponen de manifiesto que sólo una intervención simple como iniciar NE precoz, podría disminuir el desarrollo de esta complicación y sus efectos secundarios.

### 0225 INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA DE ETIOLOGÍA VIRAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS POLIVALENTE

F PODESTÁ, A BORDOGNA, P MEDICI, L MORENO, M RABINO, O RECUPERO, M RATTO  
HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) aún ocupan un lugar muy importante entre las causas de morbilidad

## ■ Resúmenes

y mortalidad en los niños. Los virus respiratorios tienen particular importancia como agentes causales.

**Objetivos:**

- 1) Determinar incidencia y características demográficas y epidemiológicas de las IRAB de etiología viral en nuestro servicio en el período comprendido entre el 01/01/10 y el 31/12/10.
- 2) Describir y analizar factores de riesgo y enfermedades comórbidas.
- 3) Describir la evolución.
- 4) Determinar si existe relación entre alguna variable y la mortalidad.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos de IRAB de etiología viral en niños de 1 mes a 14 años de edad en nuestra unidad de Terapia Intensiva durante el período comprendido entre el 01/01/10 y el 31/12/10.

**Resultados:** De un total de 438 pacientes, 159 (36,3%) presentaron IRAB, aislando en 70 de ellas un agente etiológico viral (44%): Virus Sincicial Respiratorio (VSR) en el 61,4%, Adenovirus (21,4%), Parainfluenza I y III (10%), Influenza A y B (5,7%) y Pmetaneumovirus (1,4%).

La mediana de edad, en meses, fue de 5 para el VSR, 9 para el Adenovirus, 10,5 para el Influenza, 35 para el Parainfluenza y 10 el Pmetaneumovirus.

Al momento del ingreso el 44% de los pacientes (31) presentaban factores de riesgo asociados; considerándolos individualmente los portadores de Adenovirus tenían factores de riesgo en el 60% (9), los afectados por Parainfluenza en el 57% (4), aquellos con Influenza en el 50% (2) y con VSR en el 31% (16).

En el 77% (54) el origen de la infección viral fue extrahospitalaria, pero en los casos de Adenovirus predominaron las infecciones intrahospitalarias (53,3%). Presentaron coinfección 19 pacientes (27,1%), siendo ésto más frecuente en las infecciones por Adenovirus (60%), seguidos por Influenza (50%), Parainfluenza (28,5%) y VSR (14%).

El 84,2% requirió asistencia respiratoria mecánica.

De los pacientes que presentaron IRAB fallecieron 17 (10,7%), 14 de ellos con etiología viral aislada (82,3%). La mayor mortalidad se observó en los casos de Adenovirus (53,3%), seguido por los de Influenza (25%), el Parainfluenza (14,3%) y VSR (9,3%).

El 42,8% (6) de los pacientes fallecidos presentaban coinfecciones y el 42,8% (6) presentaban comorbilidades, siendo esto observado en el 50% de aquellos con infección por Adenovirus y VSR.

**Conclusiones:** Al igual que en la bibliografía, el VSR fue el agente causal predominante en nuestra unidad, no ocurriendo lo mismo con el Adenovirus, que fue hallado como segundo germen aislado en orden de frecuencia, siendo en su mayoría de origen intrahospitalario.

Coincidiendo con lo publicado, la mayoría de los pacientes infectados por Adenovirus eran portadores de enfermedades comórbidas, presentando peor evolución, complicaciones y mayor mortalidad.

## 0226 FACTORES ASOCIADOS A LA INTERRUPTIÓN TRANSITORIA DEL SOPORTE NUTRICIONAL ENTERAL EN TERAPIA INTENSIVA Y SU IMPACTO EN LA DEUDA CALÓRICA

P GUIMARAENS, C ECHEVARRIA, H FERRARO, F KLEIN  
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Objetivo:** Identificar posibles causas de suspensión transitoria en la administración de nutrición enteral (NE), su incidencia, y su impacto en el aporte efectivo de las calorías indicadas.

**Materiales y métodos:** Evaluación prospectiva de datos de pacientes internados en una unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital universitario. Se incluyeron durante 3 meses todos los pacientes adultos que permanecieron en la UTI por más de 72hs y recibieron NE (exclusiva o asociada a nutrición parenteral). Se reportan las variables continuas como promedios y desvío estándar, las variables dicotómicas se expresan en valor absoluto y relativo porcentual.

**Resultados:** Se analizaron 29 pacientes (p). Edad promedio 59,9±12,7 años, sexo femenino: 19p (65,5%), motivo de ingreso médico: 16p (55,2%), APACHE II 18,2±5,9, estadia en terapia 10,1±6,7 días. Ingresaron conectados a asistencia ventilatoria mecánica (AVM) 24p (82,8%), con shock de cualquier etiología: 13p (44,8%). Motivo de indicación del soporte nutricional: incapacidad de utilizar la vía oral 22p (75%), contraindicación de uso del tracto gastrointestinal 4p (14%), ingesta oral insuficiente 3p (10%). En 16p (72%) se inició la NE dentro de las primeras 48hs. De 210 días de NE indicada, sólo en 86 días (41%) se administró el 90% o más de las calorías indicadas. Las suspensiones transitorias de la NE correspondieron a distintas causas: 54 veces (26%) por intolerancia (residuo gástrico > 500ml/día, diarrea, distensión, dolor abdominal o vómitos), 14 veces (7%) por inestabilidad hemodinámica (HD), 13 veces (6%) por procedimientos médicos (traqueostomías, extubación, estudios por imágenes, cirugías) y 8 veces (4%) por complicaciones mecánicas de la sonda de alimentación. En 16 oportunidades (8%) no se pudo identificar el motivo, por falta de registro. El aporte calórico diario fue de 844±335 kcal/día lo que representó una adecuación calórica del 52%. (Excluyendo los días de ayuno en período postoperatorio inmediato). La mediana de deuda calórica por paciente y por tiempo de internación fue de 7720 (800-26300) kcal.

**Conclusiones:** En este grupo de pacientes, las principales causas de suspensión de la NE fueron la intolerancia gastrointestinal, la inestabilidad HD y los procedimientos médicos. Secundario a esto, se generó un déficit en la adecuación calórica diaria de casi un 50%. La implementación de protocolos para la administración de NE, el desarrollo de algún sistema de puntuación con marcadores de la perfusión intestinal y tisular para definir cuándo sería el momento indicado para iniciar o suspender la NE y la optimización en la dinámica de los procedimientos médicos, podrían disminuir la deuda calórica de los pacientes críticos.

## 0227 EVOLUCIÓN CLÍNICA EN TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

M SANTOPINTO, JO OSATNIK, FA SOSA, V MOSQUEDA, N PRINI, R COUCE, M ANDERS, L MC CORMACK, PD COMIGNANI

Hospital Alemán, Argentina.

**Objetivos:** Describir la evolución clínica post operatoria de pacientes sometidos a trasplante hepático en Terapia Intensiva entre marzo de 2008 y noviembre de 2010.

**Material y Métodos:** Se registro en forma prospectiva datos correspondientes a la evolución en terapia intensiva de pacientes en fallo hepático que requirieron trasplante hepático ortotópico. Se incluyeron 68 pacientes consecutivos con una edad media de 55 años, 44 masculinos (64%) con un MELD promedio 18,16, (DS 7,05) y un APACHE II de ingreso a UTI 14,64.

**Resultados:** Como complicaciones principales 27 pacientes (39%) presentaron disfunción renal valorada por criterios de RIFLE, 12 de los cuales fueron fallo (F) y 9 requirieron hemodialisis. Doce pacientes requerían diuréticos en el pretrasplante y presentaron disfunción renal postoperatoria. Treinta y siete (54%) presentaron shock perioperatorio, definida por dosis de vasoactivos, de los cuales un 70% curso con fallo renal. Hacia el final de la cirugía 16 pacientes presentaron síndrome de reperfusión y tuvieron un pico de transaminasas de 1980 (DS 4369) en comparación con 1597 (DS 2672) en el total de la población. Disfunción primaria del injerto (DPI) se observó en 15 casos, 5 de los cuales registraron un pico de transaminasas mayor a 3000. Un caso de fallo primario del injerto (FPI) requirió ser retransplantado, la mortalidad global fue de 4 pacientes (6%).

**Conclusiones:** La disfunción renal es una complicación frecuente en el trasplante hepático. La inestabilidad hemodinámica perioperatoria y la condición pretrasplante son factores predisponentes. A pesar de que la DPI fue una complicación frecuente, la mortalidad o la necesidad de re-trasplante fueron bajas.

### 0228 HIPERTERMIA MALIGNA: DIAGNÓSTICO TEMPRANO MODIFICANDO LA EVOLUCIÓN DE UNA ENFERMEDAD POTENCIALMENTE LETAL

P MEDICI, N VIGOVICH, A BORDOGNA, W KREMSER, S LABAT, H MILANO, F PODESTÁ, M RABINO, A SPINELLI  
HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La Hipertermia Maligna (HM) es una enfermedad caracterizada por una crisis fulminante del hipermetabolismo muscular, dado por un trastorno en la regulación del calcio intracelular, el cual puede ser desencadenado por drogas anestésicas y/o factores ambientales. Ocurre en aproximadamente 1 de cada 50.000 personas.

La anamnesis es esencial para identificar a los sujetos susceptibles. La presentación clínica es variable. Esto es debido a que los agentes desencadenantes difieren, el estado preoperatorio de los pacientes no es uniforme y la etiología no es idéntica en todos los casos.

La identificación temprana de un episodio de HM no siempre es fácil, porque muchos de los signos clínicos son variables e inespecíficos. La rigidez muscular (especialmente del músculo masetero), el aumento de la temperatura luego de la administración de agentes desencadenantes (anestésicos), la hipercapnia a pesar de una adecuada ventilación, la mioglobinemia, la mioglobinuria y la marcada elevación de los valores de CPK son hallazgos típicos. La taquicardia inexplicada y la elevación de los niveles de dióxido de carbono al final de la espiración pueden considerarse signos de alarma.

El éxito en el diagnóstico precoz de HM depende del mantenimiento de un alto grado de vigilancia y sospecha.

**Objetivo:** Describir un caso clínico de presentación inusual y de difícil reconocimiento.

**Resumen:** Paciente de sexo femenino de 16 años que ingresa al hospital para cirugía correctora. Es traída a UTIP desde quirófano, con diagnóstico de HM luego de realizársele inducción anestésica endovenosa con propofol, atracurio y fentanilo.

Según el parte anestésico, luego de 5 minutos de anestesia balanceada con sevoflurano y remifentanilo se produce taquicardia sinusal con hipotensión e hipercapnia. Se modifican parámetros ventilatorios y se realizan controles seriados de estado ácido base constatándose acidosis respiratoria y metabólica con ácido láctico elevado. Se solicita CPK (998U/L), aplicando posteriormente carga de 2,5mg de dantrolene endovenoso, controlando así el cuadro. Se fuerza diuresis con líquidos y furosemida lográndose buen ritmo diurético. Se decide su ingreso a UTIP.

Durante su internación se realizaron controles seriados de CPK y mioglobinuria y se modificaron las dosis de dantrolene de acuerdo a los resultados obtenidos hasta su suspensión. La paciente evolucionó favorablemente suspendiendo el tratamiento a las 96hs.

**Comentario:** La prevención de la HM es fundamental en el manejo de la misma. Desafortunadamente en la actualidad no existe ningún test de laboratorio específico para su diagnóstico, por lo que es primordial el monitoreo continuo de los signos vitales para el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno durante la inducción anestésica.

Una vez establecida la enfermedad, su progresión es rápida y si no se instaura tratamiento en forma temprana, en minutos puede desarrollarse una severa acidosis e hipertermia. La rápida administración de dantrolene aborta inmediatamente el síndrome.

### 0229 ¿LA ADMISIÓN EN UTI "FUERA DE HORA" IMPLICA MAYOR MORTALIDAD?

L BARAC, S MARINSALDA, M BACIGALUPPI, M ARAMBURU, M LEDESMA, A CHAVEZ, V CAGLIERI, C GALLETTI  
Sanatorio Allende, Argentina.

**Introducción:** Idealmente, el cuidado de los pacientes críticos debería ser óptimo durante las 24 horas del día. Existen diferentes estudios en una gran diversidad de Unidades de Terapia Intensiva

(UTI) en el mundo que han querido demostrar si existe relación entre el horario de ingreso y la mortalidad, no llegando a un acuerdo en los resultados.

**Objetivos:** Demostrar si existe relación entre el horario de ingreso de los pacientes a la Unidad de Terapia Intensiva y la mortalidad de los mismos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes admitidos en la Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio Allende desde el 01 de julio de 2010 hasta el 31 de septiembre de 2010. De cada uno de los pacientes se registró horario de ingreso determinando de esta manera dos grupos, "dentro de hora" (08.00-17.00 hs de los días de semana) y "fuera de hora" (17.00-08.00 hs de los días de semana, y las 24 hs de fin de semana y feriados), y las siguientes variables individuales: edad, sexo, motivo de ingreso, score de APACHE II y score de TISS.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 243 pacientes en éste análisis. El 67% atendidos fuera de hora, el resto dentro de hora. El 10.7% murieron, de los cuales el 12,88% de los ingresados fuera de hora, mientras que el 6,35% de los ingresados dentro de hora (p 0,11). Por otra parte, se estudió la independencia de las variables individuales. En todos los casos hubo una p significativamente estadística (<0,05) excepto en el caso de la edad con una p 0,09. Característicamente los pacientes admitidos con causa quirúrgica y traumática, fallecieron el 4,76% de los que fueron admitidos fuera de hora, y el 0% dentro de hora.

**Conclusiones:** Varios análisis describen la diferencia en la mortalidad entre los pacientes según el horario de admisión en UTI. Lamentablemente, todos estos estudios definieron los grupos de horario de ingreso de manera diferente. Además también sugieren que el tamaño pequeño de la muestra puede hacer que no se detecten diferencias en la mortalidad. De acuerdo a éste estudio se concluye que no existe evidencia estadística que respalde la presunción de que el porcentaje de fallecimientos es mayor fuera de hora que dentro de hora. Sin embargo esto sí ocurre cuando se analizan eventos independientes como por ejemplo motivos de ingreso y score de TISS y de APACHE II. Los grupos postoperatorio y trauma fueron más vulnerables, en relación al grupo clínico.

Palabras claves: mortalidad hospitalaria, tiempo de admisión, UTI, APACHE II.

### 0230 SEPSIS POR TUBERCULOSIS

M BERMEJO, F VILLAREJO, M LLORIA, C FALLATTI  
Hospital Posadas, Argentina.

**Objetivo:** Comunicar un caso clínico de sepsis y falla multiorgánica por tuberculosis.

**Material y métodos:** Reporte de caso.

**Resultados:** Paciente masculino de 21 años, sin antecedentes de importancia. Inicia el 07/01/11 con registros febriles diarios de hasta 40° centígrados, asociado a astenia y adinamia. Internado en clínica médica el 17 de enero por fiebre, leucocitosis y coagulopatía. Serologías para HIV, hepatitis B, C, VCA y brucelosis negativas; IgG e IgM para CMV negativos. se realizan también un dosaje de complemento que esta dentro de límites normales, Fan y ANCA que fueron negativos. BAAR en esputo negativo. TC de tórax que muestra una lesión de aspecto secular en la base pulmonar derecha.

Presenta fiebre diaria y bacteremias por lo que se trato con vancomicina y tazonam. Evoluciono El 29/01/11 con insuficiencia respiratoria e infiltrados en la radiografía de tórax recibiendo solumedrol 1 gramo y se inicia tratamiento antifímico con 4 drogas, ingresando a UTI el mismo día requiriendo ARM desde el ingreso.

El 30 de enero se realiza BAL donde se aíslan 5 BAAR en 100 campos, interpretándose el cuadro previo como secundario a tuberculosis. Evoluciono con hepatitis y coagulopatía por lo que se suspende la pirazinamida e isoniazida, continuando con rifampicina etambutol levofloxacina y estreptomina sin mejoría en el hepatograma. El 03/02/11 agrega hemorragia digestiva por gastritis erosiva A partir del 01 de Febrero intercorre con plaquetopenia a la que se agrega

## ■ Resúmenes

leucopenia extrema realizando una PAMO el 04 de enero sin que se obtenga material. Evoluciona con shock con requerimiento de noradrenalina.

El 06/02/11 intercorre con paro cardíaco monitorizado que sale tras 5 minutos de RCP, quedando posteriormente con altas dosis de noradrenalina, falleciendo el mismo día.

**Conclusiones:** Se trata de un paciente con cuadro febril, secundario a tuberculosis que desarrolla sepsis y falla multiorgánica, que recibió tratamiento tardío, presentando mala evolución.

### 0231 PREDICTORES DE WEANING: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 372 PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

D VILLALBA<sup>1</sup>, G PLOTNIKOW<sup>1,2,3</sup>, V FELD<sup>1,2</sup>, N RIBERO VAIRO<sup>1,2</sup>, M SARTORE<sup>1,2</sup>, M BOSSO<sup>1,2</sup>, C QUIROGA<sup>1,2,3</sup>, V LEIVA<sup>1,2,3</sup>, M SCRIGNA<sup>1,2</sup>, F PUCHULU<sup>1,2</sup>, E DISTEFANO<sup>1,2,3</sup>, P EZCURRA<sup>1,2</sup>, L RAPELA<sup>1,2</sup>, N ROUX<sup>1,2,4</sup>, E GOGNIAT<sup>1,2,4</sup>, J SCAPELLATO<sup>3</sup>, D INTILE<sup>3</sup>, F PLANELLIS<sup>1</sup>, D NOVAL<sup>1</sup>, P BUÑIRIGO<sup>1</sup>, R JOFRE<sup>1</sup>, E DÍAZ NIELSEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clínica Basilea, Argentina. <sup>2</sup> A.I.R.E Kinesiología Respiratoria, Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Anchorena, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Italiano, Argentina.

**Objetivo:** Describir la población que ingresó a nuestro centro de weaning (CW) en asistencia ventilatoria mecánica invasiva (AVM), analizar su evolución y determinar los predictores de éxito/fracaso de la desvinculación de la AVM.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de los 372 pacientes con dependencia de AVM al ingresar al servicio de Cuidados Respiratorios de un centro de weaning en el período comprendido entre Mayo de 2004 y Enero 2011. Se confeccionó una base de datos con antecedentes previos a la internación en la unidad de terapia intensiva (UTI), datos de la internación en UTI y durante la internación en el centro de weaning (condiciones al ingreso, AVM, manejo de la vía aérea y complicaciones).

Se analizaron como posibles predictores de weaning: sexo, edad, antecedentes (EPOC, hipertensión arterial, ACV, obesidad, patología oncológica, tabaquismo, oxígeno crónico domiciliario e internaciones previas en UTI); motivo de ingreso a UTI: médico o quirúrgico; diagnóstico de ingreso a UTI: EPOC reagudizado, ACV o postoperatorio de abdomen; días de internación y días AVM en UTI; albúmina, creatinina y hemoglobina al ingreso al centro de weaning.

Para el análisis estadístico de la muestra se utilizó Regresión logística, Método de Kaplan-Meier y Regresión de Cox.

Los resultados se expresan en Media y SD, Mediana y rango intercuartil o proporción según corresponda.

**Resultados:** La media de edad de los pacientes ingresados fue de 69 años (rango 16 y 95), el 57% fueron hombres. La mediana de días de internación en UTI fue de 34 (rango 7-165). El 85% de los pacientes ingresaron a UTI por causa médica y el 15% restante por causa quirúrgica.

Durante la internación en el centro de weaning lograron desvincularse de la AVM el 43% de los pacientes con una mediana de días de desvinculación de 22 (rango 2-221). El 67% de estos pacientes se pudo desvincular de primera intención. Al eliminar el grupo que fallecieron durante la internación el total de pacientes en AVM fue de 275 y el porcentaje de desvinculación fue del 59%. El 5% de los pacientes logró solo desvinculación parcial.

Se encontró a la edad como un fuerte predictor de fracaso de weaning ( $p < 0.05$ ; OR 0.98; IC 0.96-0.99). Cuando estudiamos a la subpoblación con destete parcial, a la edad ( $p < 0.05$ ; OR 0.96) se le sumó el antecedente de EPOC ( $p < 0.05$ ; OR 6.66) como predictor positivo.

**Conclusiones:** El motivo de ingreso más frecuente a UTI fue debido a causas médicas.

El porcentaje de desvinculación fue alto al considerar el grupo de pacientes en AVM que no falleció durante la internación (59%).

La mayor parte de los pacientes fueron desvinculados en el primer intento de weaning (67%).

El único predictor encontrado para fracaso de weaning fue la edad, mientras que el resto de los predictores analizados no tuvieron correlación.

### 0232 ACV HEMORRÁGICO EN PACIENTE CON CITOMEGALOVIRUS

S LABAT, D BERGNA, P CASTELLANI, G MACARRÓN, M MARTINEZ, H MILANO, L MORENO, O RECUPERO, N VIGOVICH, P MEDICI  
HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El déficit de vitamina K es una causa de hemorragia. En el recién nacido es donde se presenta con mayor frecuencia. Existen numerosas etiologías dentro de las cuales la infección secundaria a CMV es infrecuente.

**Objetivo:** Presentar una manifestación atípica de una enfermedad infecciosa común y demostrar la importancia de la reinterpretación diagnóstica.

**Resumen:** Paciente de 2 meses de edad, de sexo masculino, sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Ingresó al hospital por intolerancia alimentaria. Durante su internación comienza con hipertermia por lo que se realizan cultivos, siendo la punción lumbar informada como traumática y se indica tratamiento antibiótico cubriendo foco meníngeo. Posteriormente por presentar alteración del sensorio, palidez generalizada y sangrado por venopunturas se decide su pase a Unidad de Terapia Intensiva. Se interpreta el cuadro como sepsis severa y síndrome hemorrágico. Por estatus convulsivo refractario ingresa en Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM), se solicita tomografía axial computada de cerebro que muestra volcado ventricular con hipodensidad del parénquima a predominio occipital y hemorragia subaracnoidea (HSA) en hemisferio derecho. Se reinterpreta el cuadro clínico como HSA a descartar etiología. Fondo de ojo (hemorragia retiniana unilateral). Se interconsulta con servicio de hematología, quien indica iniciar tratamiento con vitamina K, por sospecha de déficit severo de la misma y solicitan serologías y antigenemia para citomegalovirus (CMV). El paciente evoluciona favorablemente después de 3 días con este tratamiento. Posteriormente se reciben resultados de serologías y antigenemia para CMV positivas.

**Comentario:** La reinterpretación del cuadro clínico y etiológico fue esencial para obtener un diagnóstico definitivo, modificando de esta forma la evolución del paciente. La enfermedad hemorrágica por déficit de vitamina K secundaria a etiología infecciosa es una entidad infrecuente y más aún por CMV.

Cabe destacar que la incidencia de infección congénita por CMV es del 0,2 a 2,4% de todos los nacidos vivos y tiene una incidencia del 10% al 60% durante los primeros 6 meses de vida. La infección durante los primeros meses a través de la orina o la lactancia es de cinco a sesenta veces más frecuente que la transmisión placentaria.

### 0233 INCIDENCIA DE NEFROTOXICIDAD ASOCIADA AL USO DE COLISTIN EN INFECCIONES NOSOCOMIALES

MV ORDOÑEZ, RO FERNÁNDEZ, MB GRILLI, WD VAZQUEZ  
Hospital Español de Mendoza, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar incidencia y severidad de disfunción renal asociada al tratamiento con colistín endovenoso.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional sobre pacientes internados en UTI que sufrieron infecciones nosocomiales causadas por bacterias Gram (-) multiresistentes y que recibieron tratamiento con colistín EV. Se registraron datos demográficos, diagnóstico, APACHE II al ingreso y probabilidad de morir, niveles de creatinina sérica al ingreso a UTI, al comienzo del proceso infeccioso, nivel máximo y al egreso de UTI. Volumen de diuresis al

ingreso, mínimo durante la estadía en UTI y al egreso. Se definió como función renal anormal basal a creatinina sérica  $> 1.4$  mg/dL o una tasa de filtración glomerular  $< 60$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup> por fórmula MDRD. Se excluyeron pacientes en tratamiento con colistín  $< 4$  días o con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico o no. El grado de afectación renal durante el tratamiento ATB fue valorado por los criterios de RIFLE.

Los datos cuantitativos se expresan como medias  $\pm$  desvíos estándar (DS) y los cualitativos como proporciones o porcentajes e intervalos de confianza 95% (IC<sub>95%</sub>). Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó Wilcoxon Signed Rank test. Las variables cualitativas fueron analizadas mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró significativa  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Fueron analizados 34 pacientes cuya edad media fue de  $59,3 \pm 18,1$  años y el 82,3% pertenecía al sexo masculino. La infección más frecuente fue la neumonía asociada a Ventilación mecánica, (NARM), 76,5% de los casos y el aislamiento más frecuente fue *Acinetobacter baumannii*, (73%).

El promedio de tratamiento con colistín fue de  $9,7 \pm 4,8$  días y una dosis acumulada promedio de  $2870 \pm 1544$  mgs. Al momento de comenzar el tratamiento antibiótico, el 44,1% de los pacientes presentaba algún nivel de deterioro de la función renal; intra tratamiento se produjeron 9 casos nuevos y 6 de progresión de disfunción renal, 12 de ellos con criterios de falla renal (35,2%). Solo 6 pacientes requirieron terapia dialítica transitoriamente y al egreso de UTI solo persistía 1 solo caso de falla aparecido intra tratamiento, (5,2%); 26 pacientes recuperaron función renal normal o basal de ingreso a UTI.

#### Conclusiones:

- 1) Nuestra población de pacientes expuestos a colistín por más de 4 días, presentó un porcentaje importante de lesión renal severa ("de novo" o progresión de alteración previa).
- 2) La reversibilidad de la lesión atribuible a colistín se produjo en el 80% de los casos.
- 3) Dada la escasez de nuevos antimicrobianos y la alta mortalidad de las infecciones por gérmenes multirresistentes, nuestros datos nos sugieren una buena relación riesgo beneficio en el uso de colistín, para su tratamiento.

### 0234 INJURIA ELÉCTRICA POR RAYO: VÍCTIMAS MÚLTIPLES. COMUNICACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

D OTERO, P CASTELLANI, L MORENO, K FIQUEPRON, K CINQUEGRANI, L BUSSO

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, Argentina.

**Introducción:** Las lesiones provocadas por rayo constituyen una entidad infrecuente, pero conllevan un elevado riesgo de complicaciones. Pueden involucrar a todos los sistemas y órganos, estando la mortalidad a corto plazo por lo general asociada a afectación cardíaca.

Se presentan un grupo de 7 pacientes pediátricos afectados en forma simultánea por rayo eléctrico.

**Reporte:** Ingresan al servicio de emergencia un grupo de siete niños, varones, de entre 4 y 15 años de edad que fueron alcanzados por la corriente eléctrica de un rayo mientras se encontraban en cercanía de una pileta en una colonia de vacaciones.

Tres pacientes ingresaron en paro cardiorespiratorio, uno obitó inmediatamente a pesar de las maniobras de reanimación y los otros dos pacientes revirtieron el cuadro e ingresaron a sala de cuidados intensivos luego de la estabilización inicial en guardia. Los 4 restantes recibieron monitoreo no invasivo por 24 horas con evolución favorable, pasaron a cuidados intermedios sin complicaciones.

Caso 1: paciente de 9 años con TISS 28 : 52 y PIM 2: 99,64 presentó episodios de arritmias ventriculares desde su admisión hospitalaria con evolución clínica desfavorable falleciendo a las 3 horas del ingreso en UTIP.

Caso 2: paciente de 8 años con TISS 28: promedio 44 y PIM 2: 97,75;

permaneció hemodinámicamente estable con soporte inotrópico (dopamina entre 8 y 10  $\mu$ g/kg/min) y arm presentando signos clínicos de muerte encefálica al 5to día, certificándose el mismo con EEG plano en las siguientes 24 hs.

Se realizó durante la internación: ecocardiograma que informó: Deterioro leve de la función sistólica del ventrículo izquierdo, función sistólica de ventrículo derecho conservada, derrame pericárdico leve, trastornos segmentarios de la motilidad en territorio teórico de descendente anterior y circunfleja.

Fondo de ojo: ambos ojos: no se puede visualizar retina (segmento posterior) por medios opacos. leve reflejo rojo en ojo izquierdo.

TAC de cerebro: Isquemia cerebral masiva.

**Discusión:** La mortalidad en todo el mundo de los rayos se estima en 0,2 a 1.7 muertes por millón de personas. La causa principal de muerte es la fibrilación ventricular o asistolia, que se produce como resultado de la despolarización miocárdica debido a la masiva descarga de corriente eléctrica. En algunos casos en que el ritmo cardíaco no se encuentre afectado, el paro respiratorio debido a la parálisis del centro respiratorio juega un factor crítico en la mortalidad.

Sobre los tres pacientes inconscientes y en paro cardiorespiratorio trabajaron tres grupos diferentes de enfermeros, médicos emergentólogos y terapeutas pediátricos entrenados en reanimación. En los tres pacientes se identificó asistolia.

El Glasgow fue de 3/15 en este grupo de pacientes.

En el mecanismo de la lesión cardíaca se involucra la lesión térmica directa así como la alteración de la circulación miocárdica por espasmo y/o trombosis de la arteria coronaria.

La revisión bibliográfica describe a las alteraciones del ritmo cardíaco como las asociadas a mayor mortalidad.

### 0235 EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN TERAPIA INTENSIVA ONCOLÓGICA. ESTUDIO PRELIMINAR

P BOSCHINI, MA REYES, N ROZO GONZALEZ, C TRUJILLO, S FLORES, M SACCONI, F JUAREZ

Instituto de Oncología Angel H. Roffo, Argentina.

**Objetivos:** Analizar y comentar un grupo de pacientes con patología oncológica y repercusión peritoneal, a quienes se les realizó quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QIH) ingresados a Terapia Intensiva, un recurso terapéutico en desarrollo.

**Material y métodos:** trabajo retrospectivo y prospectivo sobre un grupo de 8 pacientes a quienes se le realizó QIH internados en la terapia intensiva. Enfermedades de base, score APACHE II de ingreso, complicaciones en general, estadía en terapia intensiva, injurias orgánicas post operatorias y/o fracasos orgánicos, requerimiento de inotropicos, necesidad de ventilación mecánica, mención de sobrevida en esta serie de pacientes.

**Resultados:** Ocho pacientes fueron sometidos a QIH. Promedio de edad: 51.25 años (27-63). Promedio de APACHE II: 8.5 (3-14). Tiempo de estadía en UTI: 5.37 días (3-11). Dos pacientes eran portadoras de cáncer de ovario, dos con pseudomixoma peritoneal, 3 con diagnóstico de mesotelioma peritoneal y un paciente con cáncer de recto. Cinco pacientes requirieron asistencia respiratoria mecánica (ARM) con un promedio de días ventilados de 2.4 (1-5). Las drogas utilizadas fueron cis-platino, doxorubicina y mitomicina intraperitoneal a temperatura de 42°C. Tres pacientes requirieron inotropicos en el postoperatorio por alteración hemodinámica. Las complicaciones en porcentajes fueron, sobre el total de complicaciones halladas (N:31): Acidosis metabólica: 25.80%. Leucocitosis, hipokalemia y elevación de urea y creatinina: 9.6% cada una. Hiperglucemia, descenso del hematocrito y neumonía intrahospitalaria: 6.45% cada una. Shock posterior al ingreso, hematoma abdominal, isquemia cardíaca, neumotórax, colección abdominal e hiponatremia: 3.22% cada una. No hubo pacientes fallecidos en este grupo estudiado. Dos de los pacientes que requirieron ARM por lapsos mas prolon-

gados (4-5 días), presentaron alteraciones reversibles de la funcionalidad renal. Ningún paciente debió ser hemodializado.

**Conclusiones:** Los pacientes sometidos a la QIH presentaron complicaciones importantes a pesar de no haber habido mortalidad en esta pequeña serie de pacientes. Los tumores de ovario, peritoneales y rectales fueron las patologías de base. La acidosis metabólica fue la complicación mas frecuente y se debe monitorizar la funcionalidad renal de manera minuciosa, de acuerdo a las complicaciones halladas. La incidencia de ARM fue elevada.

### 0236 CRANIECTOMIA DESCOMPRESIVA EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

S TORRES, M CHIAROTTO, R CORDOBA, S SANTAGIULIANA, R RECALDE, D NOVAL, S ILUTOVICH  
Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

**Introducción:** La Craniectomía Descompresiva (CD) ha sido reportada como una herramienta útil en el tratamiento de la Hipertensión Endocraneana (HEC) en pacientes (pac.) con trauma de craneo y mas recientemente infarto cerebral extenso. La experiencia con CD en la Hemorragia Subaracnoidea Aneurismática (HSA) es mucho mas limitada.

**Objetivos:** Presentar la experiencia en CD en pac. con HSA. Describir características clínicas, momento quirúrgico y resultados funcionales.

**Material y Métodos:** Revisión de Historias Clínicas de pac. con HSA sometidos a CD entre 2008 y 2011.

Se describen: hallazgos clínicos (Hunt y Hess), tomográficos (Fisher), localización aneurismática, tiempo quirúrgico, desarrollo de vasoespasmio (Doppler Transcraneano), presión intracraneana (PIC). Los resultados funcionales se evaluaron al mes, 6 y 12 meses mediante la escala "Glasgow Outcome Scale" (GOS).

**Resultados:** En el período evaluado se internaron 5 pac. con HSA a los cuales se les realizó oclusión del aneurisma y CD. Todos ingresaron con mal grado (Fisher 3-4), Hunt y Hess: 2 pac.: 4; 2 pac.: 2; un pac.: 1. Dos pac. fueron varones y 3 mujeres con edades 47 a 69 años. Tres pac. tenían aneurisma silviano, 1 comunicante anterior, 1 carotideo. La exclusión se realizó en todos antes de las 48 Hs de ingreso (4 con clips y 1 con coils). En 4 pac. se realizó precozmente (48 hs de ingreso); en 3 de ellos con la cirugía del aneurisma y en 1 durante cirugía de drenaje de hemorragia intracraneana (colocación previa de coils). En un pac. se realizó CD al 5º día para el control de HEC secundaria a isquemia. Dos pac. presentaron hemorragia intracraneana (HIC), anisocoria (que corrigió en post-op) e hidrocefalia que requirió drenaje. En 2 pac. la CD fue decidida en el acto quirúrgico de clipado del aneurisma por la presencia de isquemia y/o edema. Cuatro pac. mantuvieron PIC controlada post cirugía. Uno falleció al 5º día por HEC refractaria.

Cuatro pac. desarrollaron vasoespasmio severo tratado con medidas convencionales requiriendo terapia endovascular en dos casos.

Tres pac. tuvieron malos resultados (1 fallecido; 2 GOS: 2) y esto se asoció a HIC, anisocoria al ingreso, hidrocefalia, vasoespasmio severo e infarto. Dos pac. tuvieron buenos resultados: GOS a los 6 meses: 4 y 5; GOS al año: ambos 5.

**Discusión:** Los pac. descriptos mostraron resultados funcionales similares a los reportados en la literatura. Los peores resultados se asociaron a HIC, anisocoria e infarto. La CD amplia con plástica de dura permite adecuado control de la PIC y corrige el desplazamiento de la línea media. Sin embargo los resultados funcionales fueron similares a los reportados en poblaciones semejantes sin CD. Los datos tomográficos, los hallazgos intraoperatorios y la medición de PIC son determinantes para la decisión de realizar CD.

**Conclusión:** La CD en la HSA de mal grado contribuye a controlar la HEC y podría reducir la mortalidad. Sólo se han publicado pequeñas series de casos y no se ha demostrado aún un claro beneficio funcional. Resultados promisorios se han reportado en subpoblaciones seleccionadas.

### 0238 DONANTES HEPÁTICOS CON CRITERIOS EXTENDIDOS Y COMPLICACIONES EN TERAPIA INTENSIVA

JO OSATNIK, FA SOSA, M SANTOPINTO, R COUCE, V MOSQUEDA, NJ PRINI, L MC CORMACK, R MASTAI, M ANDERS, PD COMIGNANI  
Hospital Alemán, Argentina.

**Objetivos:** Analizar la evolución clínica en terapia intensiva de receptores de trasplante hepático de órganos con criterios expandidos de donación (CED).

**Material y Métodos:** Se registro en forma prospectiva datos correspondientes a la evolución en terapia intensiva de pacientes con fallo hepático que requirieron trasplante ortotópico. Se definieron criterios de donación expandidos de acuerdo a tabla y disfunción renal por RIFLE.

Paro cardiaco mayor a 15min	Hipotension sostenida < 60 mmHg por > 1 hs.	Edad > 55 a
Infeccion VHB	Vasopresores (Dopa > 10 ug/kg/m, NA > 0.20 ug/kg/m)	NA > 155 mEq/l
Estadia UTI > 5 dias con ARM	Infeccion nosocomial con HC + o Neumonia	TGO > 170 UI/l
Isquemia fria > 12 hs.	VMI > 30 kg/m <sup>2</sup>	% grasa Biopsia

**Resultados:** Se incluyeron 68 pacientes consecutivos con una edad media de 55 años, 64% masculinos con un MELD promedio de 18.16 y un APACHE II de ingreso a UTI 14.64. Se utilizaron órganos con criterios expandidos en 46 casos (67%). El APACHE II global 16 (DS 3.7), 15.4 en receptores sin CED y 16.7 con CED. Presentaron disfunción renal postoperatoria 27 pacientes, 35% injuria y 28% fallo según RIFLE, 9 pacientes requirieron hemodialisis. En receptores con CED hubo una incidencia de 47% de fallo renal en comparación a 81% en los pacientes sin CED. Se registro un pico de transaminasas global de 1597 UI/l, 2077 y 1186 con CED y sin CED respectivamente. La estadia media en UTI fue de 6.22 días, 5.89 sin CED y 7.25 en los con CED. La estadia hospitalaria no difirió entre los grupos. Presentaron disfunción primaria del injerto (DPI) 15 pacientes, 5 de los cuales registraron un pico de transaminasas mayor a 3000 UI/l, 1 paciente requirió retrasplante.

**Conclusiones:** A pesar de un discreto incremento en el pico de transaminasas y en el APACHE II de ingreso a UTI, la utilización de órganos con criterios expandidos en UTI no produjo mayor incidencia de disfunción renal ni de días de UTI ni de estadia hospitalaria. La morbimortalidad no se vio alterada por la utilización de este tipo de órganos.

### 0239 FACTORES DE RIESGO PARA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER. ESTUDIO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

C BOLASELL, V APREA, F JORRO BARÓN, V ROMBOLÁ  
Hospital de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

**Introducción:** Los dispositivos intravasculares son seguros y de uso rutinario en pacientes críticos ya que permiten la administración de líquidos endovenosos, fármacos, hemoderivados y nutrición parenteral, como también el monitoreo hemodinámico. Sin embargo, no están exentos de complicaciones tanto mecánicas como infecciosas, siendo esta última un problema de salud relevante ya que representa un aumento en la morbilidad y mortalidad, prolongación del tiempo de estadia y aumento de los costos.

**Objetivos:** Determinar la tasa de bacteriemia asociada a catéter (BAC) y los factores de riesgo relacionados, en una unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP).

**Material y métodos:** Se analizaron los datos de todos los pacientes ingresados en la UTIP del Hospital Elizalde a los cuales se les coloco catéter venoso central entre febrero del 2009 y enero del 2011. Para el análisis estadístico se uso STATA 10.1, las variables se expresaron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, se

utilizó test de Chi2 o Fischer's exact test,  $p < 0,01$  como estadísticamente significativa. Las variables analizadas como probables factores de riesgo para BAC fueron: tiempo de permanencia, nutrición parenteral, número de lúmenes y sitio de inserción. Se utilizó la definición de BAC del CDC.

**Resultados:** Se analizaron 444 catéteres (3252 días), edad 7 (3-24) meses, permanencia del catéter 7 (5-9) días, el 75% se colocaron en vena femoral, 84,6% doble lumen. La principal causa de retiro fue el fin de la indicación 52,3% y 23,6% por fiebre. La tasa de BAC cada 1000 días de uso de catéter fue de 9,84. Se observó que el tiempo de permanencia mayor a 7 días es un factor de riesgo asociado a BAC ( $p < 0,01$ ), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas para NPT, número de lúmenes y sitio de inserción. El 57% de los pacientes cuyo catéter se retiró por fiebre presentaron BAC ( $p < 0,01$ ).

**Conclusión:** La tasa de BAC cada 1000 días de uso de catéter fue de 9,84. El tiempo de permanencia mayor a 7 días es un factor de riesgo para BAC. La presencia de fiebre se asocia a mayor incidencia de BAC.

#### 0240 TROMBOSIS VENOSA Y SINUSITIS ESFENOIDAL

R GAZZO, R BARRIENTOS, R VILLEGAS, N ECHEVERRIA, R MANRIQUE, R VACA NARVAJA, L ESPINOSA, A OLIVA, C PLOGGER, G ZABERT  
Clínica Pasteur, Argentina.

**Materiales y metodos:** Paciente de sexo femenino de 35 años de edad con antecedentes de ovario poliquístico, 3 gestas, embarazos de alto riesgo, preeclampsia y cesarea 6 meses antes, lactando. Consulta por presentar dolor retroocular izquierdo de 3 meses de evolución, con aumento de la intensidad en los últimos 20 días, fotofobia y vómitos. Se realiza TAC de encefalo con hiperdensidad de arteria cerebral media izquierda, se realiza punción lumbar: normal. Se externa con evaluación por ambulatorio con neurologo, quien por continuar con igual clínica agregando diplopia con afectación del V y VI par craneal, solicita resonancia de encefalo: seno cavernoso izquierdo engrosado isointenso en T1 e hipointenso en T2 con intensidad homogénea luego del contraste y microadenoma de hipofisis (que no justifica la clínica) con sospecha de meningioma. Se inicia con dexametasona y se solicita angioRNM venosa que informa trombosis subtotal de seno cavernoso izquierdo por lo que se realiza anticoagulación. Evoluciona favorablemente. Con controles posteriores se constata sinusitis del seno esfenoidal que se interpreta como probable causa etiológica.

**Conclusión:** Se presenta este caso por la clínica solapada de trombosis venosa endocraneana, y su baja frecuencia en este tipo de presentación. Que lleva a realizar diagnósticos diferenciales con otras etiología más frecuentes. Siempre hay que pensar la posibilidad de esta entidad.

#### 0241 IMPACTO QUE EJERCEN LOS CUIDADOS INDIVIDUALIZADOS PERIOPERATORIOS BRINDADOS POR UN EQUIPO ESPECIALIZADO DE ENFERMERÍA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS CON CIRUGÍA DE DUCTUS. PERIODO 2009-2010.

A ANCE, A ACOSTA, L ALTAMIRANO, V IBAÑEZ, P ANCE, S BARON, A CABRAL, A LEIVA CASTRO  
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "V. Tetamanti". Mar Del Plata. Buenos Aires. Argentina, Argentina.

**Objetivo:** Analizar el impacto de los cuidados enfermeros perioperatorios, brindado por equipo de enfermería conformado en 2009, en recién nacidos prematuros menores de 1500 gramos (RNP < 1500grs), en relación a la implementación del protocolo de cuidados.

**Materiales y método:** Estudio prospectivo, descriptivo. Muestra: RNP < 1500grs que durante el año 2009-2010 fueron intervenidos

por cirugía de ductus (QX). La recolección de datos de cuidados enfermeros se realiza a través de instrumento estructurado, a detallar: 1) PREOPERATORIO: posición del paciente, ecocardiografía; administración indometacina, antibiótico, sedación e inotrópicos; baño antiséptico; accesos vasculares (AV), nutrición parenteral (NP). 2) INTRAOPERATORIO: control de sedación e inotrópicos, tensión arterial media (TAM), frecuencia cardíaca, drenaje, tubo endotraqueal. 3) POSTOPERATORIO (pop): control de dolor, vía aérea, termorregulación, drenaje; higiene y confort; balance hídrico, accesos vasculares, nutrición parenteral.

**Resultados:** En año 2009: de la internación en Neo (n=918), n=94 corresponde a < 1500grs, con diagnóstico de ductus n=37 (39.36%), siendo QX n=4 (4.25%) y Cierre con medicación n=33 (35.10%). Peso promedio 852 grs (r 625-1020), Edad Gestacional promedio 27.5 semanas (r 25-30), Fecha de cirugía promedio a los 22.5 días de vida (r=12-32). El 100% con NP desde día 2 y promedio 7 días pop (r 5-10). En año 2010: de la internación en Neo (n=900), n= 90 corresponde a < 1500grs, con diagnóstico de ductus n=37 (41%) siendo QX n=8 (21.62%) y Cierre con medicación n=29 (78.38%). Peso promedio 828 grs (r 640-1195), Edad Gestacional promedio 26.25 semanas (r 24-28), Fecha de cirugía promedio a los 20.62 días de vida (r 11-34). El 100% con NP desde día 2 y promedio 10 días pop (r 7-24), óbitos n=2.

En ambos periodos el 100% alimentados precozmente con leche humana y sostenidos con NP con aporte calórico promedio de 62 cal/kg/día y 3.5grs aminoácidos, sin complicaciones metabólicas medidas por hiperglucemia e hipertrigliceridemia.

El cumplimiento de los ítems detallados del protocolo perioperatorio, en 2009-2010, fue del 100%, optimizado con la formación continua del equipo y revisión constante de los procesos.

**Conclusiones:** La provisión de cuidados por parte de un equipo especializado de enfermeros logra mostrar un alto índice de eficacia y eficiencia en la instauración de los protocolos y los resultados obtenidos en los cuidados perioperatorio en este grupo de pacientes. Los resultados coinciden con lo establecido desde el Consenso clínico de la Sociedad Iberoamericana de Neonatología (SIBEN) en el año 2008.

#### 0245 SHOCK REFRACTARIO, FALLO MULTIORGÁNICO Y MUERTE EN UN CASO DE FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA

M ROCHA ANZALDO, M WALLBERG, M FERNÁNDEZ, M CHRISTÍN, L GUZZI, M BUSICO, C CORDERO, F VILLAREJO  
Clínica Olivos, Argentina.

**Objetivo:** Reportar un caso de fiebre hemorrágica argentina, que evolucionó con shock refractario, rhabdomiólisis, falla multiorgánica y muerte.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 45 años, obeso, con antecedentes de SAHOS en tratamiento con Ventilación No Invasiva nocturna, que comienza su enfermedad actual 1 semana después de un viaje a Sierra de los Padres, provincia de Buenos Aires, con fiebre elevada, mialgias, cefalea y malestar general. Debido a que empeora el cuadro clínico consulta una semana después. En el laboratorio se observa leucopenia (3000 mm<sup>3</sup>) y CPK 17000 U. El paciente se encontraba lúcido, hemodinámicamente compensado, con intensos dolores musculares. Bruscamente presenta deterioro del estado de conciencia y convulsiones, requiriendo intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Evoluciona posteriormente con shock, que no responde a administración de fluidos, ni a la administración creciente de vasoconstrictores. Se realiza TAC de cerebro que no muestra presencia de hemorragia subaracnoidea ni masas ocupantes. PL sin datos patológicos. Evoluciona con oliguria y falla renal. Hipoxemia severa refractaria al incremento de FIO<sub>2</sub>. Diátesis hemorrágica con sangrado pluriorifical, petequias y equimosis. KPTT, tiempo de protrombina prolongados y plaquetopenia. Incremento de transaminasas e hiperbilirrubinemia. Se inicia hemodiálisis, evoluciona con shock refractario y fallece cuarenta y ocho horas después de su ingreso. Se solicita serología para dengue, hantavirus, leptospirosis,

influenza H1N1, triquinosis, HIV y virus Junín. Se recibe serología positiva para este último.

**Conclusión:** Este es un paciente con diagnóstico de certeza (PCR en suero) de fiebre hemorrágica argentina, realizado retrospectivamente a la evolución de un cuadro clínico caracterizado por síndrome febril, mialgias generalizadas, malestar general y cefaleas que evoluciona luego con convulsiones, shock refractario, falla de órganos (hepática, hematológica, hemodinámica y renal) y muerte. El reporte resulta interesante por lo infrecuente de la enfermedad en los últimos decenios, por lo menos en una forma tan grave y de evolución letal, en especial para reconsiderar potenciales nuevas áreas epidemiológicas de riesgo para virus Junín.

#### 0246 USO DE CHA2DS2-VASC EN LA INDICACIÓN DE ANTI-COAGULACIÓN PARA PREVENIR ACV ISQUÉMICO

P COLAUT, MS GARCÍA KEIM, S DIPENTE, G SQUAGLIA ACOSTA, AH PEÑALOZA, J LEIVA, CE SALCEDO  
Hospital Militar Regional Córdoba, Argentina.

**Objetivos:** Evaluar el uso del Score CHA2DS2-VASC en la indicación de anticoagulación.

Determinar el impacto de la aplicación del Score en la prevención de eventos embólicos cerebrales.

**Material y Métodos:** Se realizó estudio retrospectivo transversal basado en el registro de historias clínicas de pacientes ingresados a Terapia Intensiva del Hospital Militar Córdoba desde Abril del 2010 a Marzo del 2011. Criterios de Inclusión: todos los pacientes con fibrilación auricular (FA) crónica al ingreso. Criterios de Exclusión: pacientes con Accidente Cerebrovascular (ACV) Hemorrágico y FA Aguda. Se aplicó el Score CHA2DS2-VASC a todos los pacientes que ingresaron y se los clasificó en alto riesgo (mayor o igual a dos puntos) o bajo riesgo (menor a dos puntos). se registró cuales de ellos estaban anticoagulados y la presencia de ACV Isquémico previo. Se analizaron los datos con SPSS 17.1

**Resultados:** Se analizaron 40 pacientes: 19 eran mujeres (47%) y 21 eran varones (53%) con un promedio de edad de 69 años. De ellos; 32 pacientes (80%) presentaban 2 o más puntos del Score. En este grupo, 7 estaban anticoagulados y 25 no, de los cuales 6 registraban ACV Isquémico previo.

En el grupo de bajo riesgo (pacientes que no reunían más de dos puntos del Score) eran 8 (20%) y no estaban anticoagulados. Ninguno de ellos registraba ACV Isquémico previo.

Encontramos que el OR es de 2.7 para el factor, con VPP de 93 % y VPN de 97 %, Sensibilidad 94 % y Especificidad del 95 %.

**Conclusión:** En la muestra estudiada se destaca la falta de utilización del Score como determinante de anticoagulación. No anticoagular a los pacientes con puntaje del Score de alto riesgo se asoció con mayor riesgo de ACV Isquémico.

Los pacientes que se clasificaron de bajo riesgo no presentaron ACV Isquémico.

#### 0247 PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO EN UTI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

G ZAKALIK<sup>1</sup>, DN VÁSQUEZ<sup>2,3,4</sup>, AV DAS NEVES<sup>2,4</sup>, D INTILE<sup>2</sup>, F CICORA<sup>4</sup>, MG SAENZ<sup>2</sup>, V APHALO<sup>3</sup>, M CASANOVA<sup>3</sup>, HS CANALES<sup>2</sup>, C LOUDET<sup>2</sup>, C BALASINI<sup>2</sup>, JL SCAPPELLATO<sup>3</sup>, R REINA<sup>2</sup>, AM SANCHEZ<sup>1</sup>, JL MARENGO<sup>1</sup>, P DESMERY<sup>3</sup>, E ESTENSSORO<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital L. Lagomaggiore, Mendoza, Argentina. <sup>2</sup> HIGA Gral. San Martín, La Plata, Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Anchorena, CABA, Argentina. <sup>4</sup> Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal-FINAER, La Plata, Argentina.

**Introducción:** La enfermedad hipertensiva del embarazo es la patología más frecuente de ingreso a UTI de pacientes obstétricas. Su presentación clínica en UTI ha sido escasamente estudiada.

**Objetivos:** Describir la presentación clínica de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo que requieren admisión en UTI.

**Método:** *Diseño:* Estudio de serie de casos, multicéntrico, descriptivo y analítico. *Población:* embarazadas o púerperas con enfermedad hipertensiva del embarazo que requirieron admisión en UTI. *Localización:* 3 UTIs, 2 del sector público y una del sector privado.

**Resultados:** Se incluyeron 184 pacientes, 161 del sector público y 23 del sector privado. La PAS al ingreso fue de 160 ±30 mmHg y la PAD de 100 ± 20mmHg. Entre las alteraciones neurológicas, la eclampsia se documentó en 81 pacientes (44% del total de pacientes). Las otras manifestaciones neurológicas se presentaron en 101/113 (89.4%) y fueron las siguientes: Cefalea 57 (56%), Deterioro del sensorio 8(8%), Hiperreflexia 6(6%), Mareos 6(6%) y otras 4 (4%). Las alteraciones visuales se documentaron en 34/65 (52.3%) y fueron visión borrosa 14 (41%), Fotopsias 13 (38%), Amaurosis 6 (18%) y Fotofobia 6 (18%). Las alteraciones Renales se presentaron en 66/101 (65%) y constaron de: aumento de creatinina 26 (47%), Oliguria 26 (47%), IRA o anuria 14 (16%), con requerimiento de diálisis en 3 pacientes. Las manifestaciones gastrointestinales (GI) se constataron en 46/70 (65.7%) y fueron dolor abdominal (epigastria, dolor hipocondrio derecho) 35 (76%), vómitos 8(17%), náuseas 6(13%) y hematoma hepático 2 (1.08% del total de pacientes). Se realizó fondo de ojo en 29/184 (15.8%), con los siguientes hallazgos: Estrechamiento arteriolar 7 (24%), Cruces AV patológicos 2 (7%), Exudados blandos 2 (7%), Desprendimiento de retina 2 (7%), (1.08% del total de ptes), Edema papila 1 (3.4%) y Hemorragia 1 (3.4%). En 17 de las 184 pacientes (8.7%), se realizó ecocardiograma, donde se documentó alteración de la relajación en 5 pacientes (29%), HVI en 4 (23.5%), IM leve en 3 (17.6%) y derrame pericárdico leve en 2 (11,7%).

**Conclusiones:** La proporción de pacientes con eclampsia fue francamente superior comparado a países desarrollados. Las alteraciones neurológicas, principalmente la cefalea, fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes. Siguen en orden de frecuencia las alteraciones gastrointestinales, manifestadas principalmente por dolor abdominal (epigástrico o en hipocondrio derecho). Luego aparecen las alteraciones renales, de las cuales las más frecuentes fueron oliguria y ascenso de la creatinina; aunque no debemos desdeñar un 16% de pacientes que presentaron IRA. Por último encontramos las alteraciones visuales, principalmente visión borrosa y fotopsias. El fondo de ojo se realizó en solo el 16% de las pacientes, siendo el estrechamiento arteriolar el hallazgo más frecuente. El ecocardiograma se realizó en menos del 10% de las pacientes y la alteración más frecuente fue alteración de la relajación del VI e HVI.

#### 0248 CALIDAD DE VIDA AL ALTA DE TERAPIA INTENSIVA. EVALUACIÓN CON EUROQOL 5D. ESTUDIO PROSPECTIVO

AV DAS NEVES<sup>1,4</sup>, DN VÁSQUEZ<sup>1,2,4</sup>, D INTILE<sup>2</sup>, MG SAENZ<sup>1</sup>, J MOREIRA<sup>4</sup>, R GONZALVO<sup>1</sup>, G FERRARA<sup>1,2</sup>, C LOUDET<sup>1</sup>, C BALASINI<sup>1</sup>, R REINA<sup>1</sup>, E ESTENSSORO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIGA Gral San Martín, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Anchorena-CABA, Argentina. <sup>4</sup> Fundación para la Asistencia e Investigación en la Enfermedad Renal-FINAER, Argentina.

**Introducción:** A medida que más pacientes sobreviven a una internación en UTI, es una necesidad conocer las secuelas a largo plazo. La calidad de vida relacionada a la salud luego de la enfermedad crítica persiste por debajo de la media para la población general aún 5 años después del alta.

**Objetivos:** Evaluar la calidad de vida de los pacientes que sobrevivieron a la internación a UTI mediante el scoreEuroQol 5D a 1,3,6, y 12 meses del alta de UTI.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio prospectivo de serie de casos. *Criterios de inclusión:* Todos los pacientes bajo ARM invasiva por 48 hs o más que sobrevivieron a UTI desde 1/4/2010 al 1/4/2011.

**Resultados:** 51 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. Se entrevistaron 36/51 al mes, 25/34 a 3 meses, 12/15 a 6 meses y 5/7 al año. Datos demográficos: Edad 33[25-50], 71% sexo masculino, APACHE II 14,6 ± 6,4 puntos, 57% sin comorbilidades. El motivo de ingreso principal fue trauma 49%, causa médica 25%, quirúrgica

gico de urgencia 15,7 % y quirúrgico programado 9,8%. VerTabla. **Conclusiones:** La calidad de vida al alta de UTI se encuentra muy deteriorada en la mayoría de las dimensiones. La dimensión más afectada a largo plazo es la realización de actividades cotidianas, con una diferencia significativa entre los que presentan problemas severos+ moderados versus los que no tienen problemas, al 1 y 3 meses. Al mes 77% de los pacientes presenta dolor/ malestar y 69% trastornos de la movilidad, los cuales mejoran en el tiempo.

Aproximadamente el 50% de los pacientes perciben ansiedad/ depresión a 1,3, y 6 meses. La percepción del estado de salud por los propios pacientes medida por EVA es de 70/100 al 1, 3, 6 meses y de 90/100 al año, lo que puede correlacionarse con la mejoría en el index en la evolución.

Tabla de resultados a: Datos expresados como n (%) o mediana[RI] b: 2+3: Expresa a la dimensión como % de presencia de algún problema moderado + severo. EQ\_EVA Escala Visual Análoga

	1 mes	2+3 <sup>b</sup>	3 meses	2+3 <sup>b</sup>	6 meses	2+3 <sup>b</sup>	12 meses	2+3 <sup>b</sup>
<b>MOVILIDAD</b>								
1-Sin Problemas	11(30,55)	69,43	11(45,83)	54,16	7(58,33)	41,66	5(100)	0
2-Algunos Problemas	15(41,66)	P=0.07	7(29,16)	P=0.67	2(16,66)	P=0.44	0	
3-Problemas Severos	10(27,77)		6(25)		3(25)		0	
<b>CUIDADO PERSONAL</b>								
1- Sin Problemas	20(55,55)	44,44	12(50)	49,99	7(58,33)	41,66	5(100)	0
2-Algunos Problemas	7(19,44)	P=0.5	7(29,16)	P=0.99	2(16,66)	P=0.44	0	
3-Problemas Severos	9(25)		5(20,83)		3(25)		0	
<b>ACTIVIDADES COTIDIANAS</b>								
1-Sin Problemas	9(25)	72,21	5(20,83)	79,16	4(16,66)	66,66	5(100)	0
2-Algunos Problemas	10(27,77)	P=0.018	11(45,83)	P=0.02	5(41,66)	P=0.13	0	
3-Problemas Severos	16(44,44)		8(33,33)		3(25)		0	
<b>DOLOR/MALESTAR</b>								
1- Sin Problemas	7(19,44)	77,77	9(37,50)	54,16	5(41,66)	58,33	4(80)	20
2-Algunos Problemas	19(52,77)	P=0.0006	8(33,33)	P=0.45	6(50)	P=0.58	1(20)	
3-Problemas Severos	9(25)		5(20,83)		1(8,33)		0	
<b>ANSIEDAD/ DEPRESIÓN</b>								
1-Sin Problemas	14(38,88)	55,55	10(41,66)	49,99	6(50)	49,99	5(100)	0
2-Algunos Problemas	12(33,33)	P=0.35	5(20,83)	P=0.70	5(41,66)	P=0.58	0	
3-Problemas Severos	8(22,22)		7(29,16)		1(8,33)		0	
EQ-EVA (0 a 100)	70[0-100]		70[0-100]		70[50-100]		90[70-99]	
EQ-Index (0 a 1)	0.31[-0.59 - 1.0]		0.51[-0.59 - 1.0]		0.69[-0.43-1.0]		1.0[.80-1.0]	

## 0250 CHAGOMA CEREBRAL EN PACIENTE NO HIV

C RODRIGUEZ, B GABIRONDO, F MOLINA, Z ROSSETTI BGLIANI, L GÓMEZ, M SANCHO, H GULLO, A HORNA ZABALETA, M ESPÓSITO  
HIGA Vicente López y Planes de General Rodríguez, Argentina.

**Objetivo:** Presentar un caso de Chagas de localización cerebral en un paciente no HIV.

**Material y método:** Paciente femenina de 42 años oriunda de Santiago del Estero. Antecedentes: glaucoma de ojo izquierdo con diagnóstico hace diez años, descenso ponderal, (10% en tres meses) y cefalea. Concorre a la guardia por presentación aguda de hemiparesia fasciobraquiocrural derecha, afasia de expresión.

Se interna en neurocirugía, se realiza TAC de cerebro simple: imagen hipodensa frontoparietal izquierda de límites difusos, desplazando línea media. Se indica biopsia cerebral.

**Estudios solicitados:**

Laboratorio de ingreso: HCT 30,5- HB 10,2 - Leu 14.800 (48,9/40.8/3.9/5.1/1.3) Pla 187.000- Urea 32- Crea 1.0- Glu 120- Ionogr 143/4.4/108

Marcadores tumorales Ca 19-9 , Ca 125, Ca 15-3 negativos.

Serología ELISA para: HIV, HCV, AgHB, anticoreHB, Toxoplasmosis: No reactivos

VDRL no reactiva .Serología para Chagas: HAI > 1/16, ELISA +, IFI +. Colagenograma LAR, Células LE, FAN y Anca C negativos.

PCR ++

IGE: 0,5 UI/ml (adultos hasta 100)

Proteinograma en sangre:  $\alpha$ 1 y  $\alpha$ 2 levemente aumentadas,  $\gamma$  0,68 (0.85-1.70).

RNM de cerebro: Lesión expansiva frontoparietal izquierda con realce anular y edema periférico, e imagen similar a nivel occipital.

**Biopsia cerebral:**

- Anatomía patológica: Tejido cerebral con áreas de necrosis asociadas con cúmulos de macrófagos con amastigotes dentro de su citoplasma.

- Bacteriología coloración de May Grownald Giemsa por microscopía directa, muestra amastigotes, se sospecha tripanosomiasis vs leishmaniasis. Hospital Muñiz confirmó resultado positivo para tripanosoma cruzi. Cultivo BAAR negativo

**Tratamiento:** A las 72 hs, con diagnóstico presuntivo de Leishmaniasis/Chagas, se inicia tratamiento con beznidazol ( 200mg c/12 hs VO) y anfotericina B que se suspende luego de la confirmación diagnóstica (DA 145 mg).

**Evolución:** Cursó postquirúrgico inmediato en terapia intensiva (UTI). A las 24 hs, presentó cuadro de hipertensión endocraneana requiriendo craniectomía descompresiva. Evolucionó favorablemente, derivándose a clínica médica. Al 13° día intercurrió con sepsis por Acinetobacter Baumannii en hemocultivos x 2 (sensible a colistín), con buena respuesta al tratamiento antibiótico. Al 21° día presentó meningitis postquirúrgica por Serratia Marcescens; se medica según antibiograma. Progresó desfavorablemente reingresando a UTI, con requerimiento de ARM e inotrópicos a altas dosis, desarrollando shock séptico refractario. Fallece al 43° día de ingreso.

**Conclusión:** Según la bibliografía disponible se observa una baja incidencia de afectación cerebral por la enfermedad de Chagas, presentándose generalmente en pacientes con HIV. En neuroimágenes, el hallazgo de chagomas es indistinguible de procesos neoplásicos u otras afecciones. Dada la infrecuencia y el subdiagnóstico de ésta patología, la deberíamos tener en cuenta en pacientes con lesiones ocupantes de espacio cerebral y medio epidemiológico positivo, aún en pacientes no HIV.

### 0251 VALORES DE PROCALCITONINA ASOCIADOS A OTRAS PATOLOGÍAS DISTINTAS DE SEPSIS

S ESCIOLAZA, M ESTEBAN, M BLANCO, P DOMEQ  
Laboratorio Domeq Lafage, Hospital Aleman. Av. Pueyrredón 1640. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Representamos un laboratorio que estudia la implementación de Procalcitonina (PCT) tanto en unidades cerradas como abiertas con la finalidad de incorporarla a su menú de prácticas. Según un análisis crítico de la bibliografía se recomienda su uso para infecciones respiratorias agudas (RA), incluyendo desde bronquitis hasta reagudización del EPOC y neumonía, pronóstico de bacteriemia en infecciones urinarias (IUT) y monitoreo de pacientes sépticos (S). El fabricante (Roche, instrumento Cobas e601) sólo informa el percentilo 95 de sujetos normales y valores de corte para diferenciar SIRS de Sepsis. Los valores informados en la bibliografía para estos usos son obtenidos por un método e instrumento diferentes al que se utilizará en nuestro laboratorio.

**Objetivo:** Conocer los valores de PCT asociados a las distintas patologías mencionadas según nuestro método e instrumento y compararlos con los reportados en la bibliografía.

**Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos de utilidad diagnóstica de la PCT y se evaluó la categoría de la calidad de la evidencia. En los artículos válidos se identificaron los puntos de corte recomendados para administrar terapia antibiótica y predecir bacteriemia. Se les realizó la medición de PCT a 30 pacientes con fiebre y sospecha de: RA, IUT, sepsis y otras infecciones (abdominales, endocarditis, piel y partes blandas), antes o durante las 6 primeras horas de tratamiento antibiótico. Se evaluaron los resultados clasificando a los pacientes en 2 grupos: con y sin rescate microbiológico (CR / SR). La determinación de PCT se realizó por electroquimioluminiscencia en un instrumento Cobas e501 (Roche). El percentilo 95 de pacientes normales para este método es 0.046 ng/ml.

#### Resultados:

	RA CR	RA SR	IUT CR	SEPSIS CR	SEPSIS SR
Rango (mín - máx) / ng/ml	0.118* - 0.97	0.046 - 0.232	0.425 - 0.894	1.64 - 16.48	0.072 - 0.982
Nro pacientes	6	6	2	2	4

\*Este valor corresponde a un paciente con neumonía atípica y se rescate de *Stenotrophomonas maltophilia* de dudosa significancia clínica.

La recomendación de la bibliografía es la administración de antibióticos cuando la PCT es mayor a 0.25 en RA. En IUT el mismo valor es utilizado para predecir bacteriemia. En el caso de sepsis, según el fabricante de nuestro reactivo, es 0.5. Los valores obtenidos en nuestros pacientes se correlacionan con los reportados en los artículos de utilidad diagnóstica.

**Conclusión:** Con nuestro método e instrumento podríamos utilizar los valores de corte recomendados por la bibliografía y el fabricante. Debido a la diferencia entre los valores para sepsis y el resto de las patologías, la inclusión de los distintos valores de corte en el informe de los pacientes ayudaría a su interpretación.

### 0252 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA

C AGUILERA, M QUINTEROS, I PREVIGLIANO, D CERASO  
Hospital Fernández, Argentina.

**Introducción:** La trombosis venosa cerebral es una forma poco frecuente de stroke (0.5%) con una baja tasa de mortalidad. Su incidencia es de 7/millón/año en población adulta. Presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas, desde la cefalea aislada hasta el coma, siendo la hipertensión endocraneana uno de sus mecanismos fisiopatológicos más importantes. Se presenta un caso clínico con el objetivo de discutir el manejo de la misma en dicha patología.

**Caso clínico:** Paciente de 15 años de edad, sin antecedentes patol-

gicos conocidos, G1 P0, cursando semana 14 de embarazo, consulta por cefalea holocraneana + otalgia izquierda + vómitos de 4 días de evolución.

GSC de ingreso 10/15 M6 O3 V1 sin foco motor, pupilas midriáticas reactivas, bradipsíquica. Hemodinamicamente estable, proptosis del ojo izquierdo pulsátil. Rigidez generalizada, resto del examen físico sin particularidades.

Eco obstétrica: actividad cardiaca positiva.

#### Laboratorio:

GB 18.600 PLAQ 31000 HCTO 40.7 GLU 142 CREAT 0.4 UREA 32.7 NA 143.5 K 3.5 CL 106 TGO 21 TGP 14 FAL 140 BT 1 TP 98 KPTT 21 TC de encéfalo: no evidencia lesiones isquémicas ni hemorrágicas agudas.

AngioRMN de encéfalo: oclusión masiva de los senos duros (longitudinal superior, seno recto y senos laterales) de evolución subaguda-crónica.

Con el diagnóstico de trombosis venosa cerebral, se realiza perfil reumatológico e inicia anticoagulación.

Evoluciona con deterioro del sensorio, anisocoria derecha, GSC 6/15 M3 O2 V1 requerimiento de intubación orotraqueal y ARM, que se extiende por 18 días.

Se coloca catéter de PIC, el cual permanece por 12 días, presentando HTE severa, requerimiento de coma barbitúrico y noradrenalina para mantener PPC adecuada. Controles tomográficos sin cambios agudos y EEG sin actividad comicial.

Sufre aborto espontáneo incompleto, con posterior requerimiento de raspado uterino evacuador.

#### Presenta como interurrencias:

- infecciones intrahospitalarias
- plaquetopenia autoinmune, recibe solumedrol y gammaglobulina.
- trombosis de la Vena Cava inferior, aún estando en rango de anticoagulación, por lo que se coloca filtro removible.

Se diagnostica: Síndrome antifosfolípido (anticogulante lúpico positivo, trombosis mayor, plaquetopenia)

Se realiza nueva AngioRMN de cerebro que informa: Trombosis parcial de seno transversal y sigmoideo izquierdo. El resto, permeabilidad conservada.

Evoluciona en forma favorable, lucida, sin foco neurológico y posteriormente es dada de alta.

**Discusión:** El manejo de la trombosis venosa cerebral está dirigido a el tratamiento de la condición de base, tratamiento sintomático y prevención de las complicaciones. Existe controversia en cuanto a las posibilidades terapéuticas de la hipertensión intracraneal pero creemos que el monitoreo de la perfusión cerebral, la reducción del daño neuronal secundario y la prevención de la trombosis, conforman los pilares fundamentales para obtener un outcome neurológico favorable.

### 0253 MUERTE SÚBITA EN JOVEN CON ANTECEDENTE DE BLOQUEO DE RAMA DERECHA, Y ELECTROCARDIOGRAMA CON PATRÓN DE BRUGADA

M SEPÚLVEDA, E KREMER, D MARTÍNEZ, C LÓPEZ, P COURTADE, V BORRAJO  
Cmic, Argentina.

Paciente de sexo masculino, de 18 años, con antecedente de bloqueo completo de rama derecha (BCRD); sin antecedentes patológicos familiares. Presenta en su domicilio pérdida brusca de conocimiento, seguida de convulsiones tónico clónicas generalizadas y vómitos. Asistido en el lugar por médico, se constata paro cardiopulmonar y se inicia RCP básica hasta ser trasladado a hospital público local. Se lleva a cabo intubación orotraqueal y medidas avanzadas de reanimación. Se lo deriva a Unidad de Terapia Intensiva de institución privada, donde se constata Glasgow 3/15, pupilas midriáticas arreactivas, inestabilidad hemodinámica. Se conecta a ARM con necesidad de sedoanalgesia para lograr adaptación. LCR fisicoquímico: normal.

Metabolitos de cocaína: negativos; metabolitos de marihuana: negativos.

RX tórax: infiltrados pulmonares en campos medios e inferiores.

TAC de cráneo sin contraste: edema difuso, sin sangrado.

Ecocardiograma: deterioro severo de la función sistólica del VI; hipoquinesia difusa; movimiento asincrónico del septum interventricular; fracción de eyección estimada en 35 %; dilatación del VD con deterioro de la función sistólica a predominio de segmentos apicales.

Eco Doppler de Vasos de Cuello: normal.

Eco Doppler transcraneal: patrón de encefalopatía anóxica.

Cursa con mala evolución con fallas orgánicas múltiples, y shock refractario. Inicia hemodiálisis de urgencia.

Presenta episodio de taquicardia ventricular sin pulso, que responde a desfibrilación y medidas avanzadas de reanimación. Se indica carga de amiodarona, observándose luego de iniciado el goteo, trazado de ECG compatible con patrón de Brugada.

Horas más tarde presenta nuevo cuadro de arritmia, sin responder a maniobras ni drogas. Se constata el óbito.

Planteamos como diagnóstico probable síndrome de Brugada oculto, en base a los hallazgos electrocardiográficos observados luego de la administración de amiodarona, y al cuadro presentado en paciente joven con antecedente de BCRD.

El síndrome de Brugada es una entidad que se observa principalmente en adultos jóvenes, que se debe considerar en pacientes que presentan muerte súbita, más un patrón electrocardiográfico característico.

En menores de 45 años la muerte súbita en ausencia de enfermedad estructural representa 10-12% de los casos. En el síndrome de Brugada la mayoría de los pacientes afectados son asiáticos (0,7-1%). En Estados Unidos tiene una prevalencia de 0,4%. Es más frecuente en hombres.

Se trata de un trastorno autosómico dominante con penetrancia variable que involucra al gen canal de sodio SCN5A. Otras anomalías genéticas en canales iónicos podrían estar implicadas.

Se asocia con un patrón particular en el ECG consistente en un pseudo BCRD y elevación del ST de V1 a V3. Este patrón puede observarse en forma intermitente, y puede hacerse evidente mediante pruebas de provocación farmacológica (flecainida, procainamida, ajmalina, pilscainide, amiodarona).

Se discute la indicación de cardiodesfibrilador implantable en estos pacientes.

#### 0254 DEXMEDETOMIDINA COMO HERRAMIENTA PARA OPTIMIZAR LA TOLERANCIA AL USO DE VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA HIPOXÉMICA

M ROCHA ANZALDO, M BUSICO, M CHRISTIN, L GUZZI, F VILLAREJO, M FERNÁNDEZ, L BÁRCENA, J ARMELINO  
Clínica Olivos, Argentina.

**Objetivo:** Comunicar el beneficio del uso de dexmedetomidina en el paciente con insuficiencia respiratoria que presenta intolerancia a la VNI. Reportar asimismo, el potencial beneficio de la VNI en el contexto de insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica causa infecciosa, situación en la que el uso de este método es controvertido.

**Caso Clínico:** Paciente de 44 años, ex tabaquista (120 paquetes/año) de oficio constructor, frecuente contacto con roedores. Consulta a la Clínica por cuadro de 7 días de evolución, caracterizado por náuseas, vómitos y mialgias. En las últimas 72 hs. agrega astenia, registros febriles y disnea. Al examen físico se lo constata taquipneico y concrepitanes pulmonares bibasales. Pulsí-oximetría: insaturación (83% al aire ambiente) requiriendo oxígeno suplementario con máscara (sistema Venturial 0.5 de FIO2).

Laboratorio: EAB 7.44/26/72/17.7/-4/94.9 (FIO20.5)

Plaquetas 95.000

Blancos 3900

TGO/TQP 82/66

BT 0.75

LDH 324

HIV (-)

Ingresa a terapia intensiva, inicia tratamiento con ceftriaxona, claritromicina, oseltamivir. Se realizan cultivos, panel viral (H1N1) y serologías virales para patógenos emergentes. Evoluciona a las 24 hs con mayor compromiso en la oxigenación arterial requiriendo máscara de reservorio. En la radiografía de tórax se evidencia infiltrado reticuloacinar en 4 cuadrantes. Ecocardiograma: FS de VI conservada, sin valor patológico. Al día siguiente en contexto de taquipnea y regular dinámica ventilatoria, se decide comenzar con VNI presentando mala tolerancia por disconfort y desasosiego. Se inicia infusión con dexmedetomidina, logrando buena adaptación. Realiza VNI durante 24 hs y luego en forma intermitente por las 48 hs siguientes, destetándose definitivamente luego de ese lapso. Al 5to día de internación, se recibe el resultado de la serología positiva para hantavirus. Con buena evolución clínica al décimo día de internación pasa a sala.

**Conclusión:** En los pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica, refractaria a la oxigenoterapia, la administración de VNI puede ser una herramienta terapéutica exitosa, aunque su uso en este escenario sea controvertido. Los pacientes con este tipo de patología pueden presentar fracaso del uso de VNI, ya sea por: 1) Persistencia de la hipoxemia aún con la administración de VNI, por lo que es necesario un monitoreo cercano de estos pacientes, para evitar retrasos indebidos de la intubación orotraqueal. 2) Evolución con severa intolerancia al método por desasosiego, disconfort e importante sensación de disnea. Para lograr mejorar esta contingencia, se decidió utilizar dexmedetomidina, lo que permitió conseguir una adecuada adaptación a la interface, reducir la sensación de disnea, sin requerimiento de intubación orotraqueal ni de ventilación mecánica invasiva.

#### 0255 SÍNDROME DE GOODPASTURE EN TERAPIA INTENSIVA

P ZINGARETTI, CE RODRIGUEZ, J ABASCAL, GF ABRILE  
Nuevo Hospital Rio Cuarto, Argentina.

El S. de Goodpasture es una rara enfermedad caracterizada por un trastorno inmunitario debido a la producción de anticuerpos que se unen al dominio no colágeno de la cadena alfa-3 del colágeno tipo IV; el de mayor proporción en la membrana basal del glomérulo y del pulmón. Se presenta con hemorragia pulmonar e IRA (GNRP).

**Caso Clínico:** Paciente femenina de 36 años sin APP, en puerperio tardío, que ingresa a UTI en por sopor y oligoanuria. **LABORATORIO:** Urea: 229 mg/dl Creatinina: 9.6 mg/dl Na: 137 mEq/L K: 4.2 mEq/L Cl: 113 mEq/L EAB: 7.28 /22/77/10 /-14/94 % FeNa: 4% Efu: 50% Rx de torax: normal.

**Sedimento Urinario:** 40 leucocitos x cpo, 20 células x cpo, 20 hematies x cpo, Células redondas, Proteínas +++

Paciente oligúrica con empeoramiento progresivo de la función renal, se inicia terapia de reemplazo renal. Externadose de UTI a las 48 hs de su ingreso con mejoría de su cuadro clínico.

**REINGRESO:** Paciente febril, estuporosa, taquicárdica, taquipneica, con mala mecánica reparatoria, hipotensión arterial, oligoanuria, se procede a IOT, se conecta a ARM bajo sedoanalgesia con necesidad de drogas vasopresoras Noradrenalina. Se pancultiva (Hemocultivos, urocultivo, Minibal) y se inicia tratamiento antibiótico empírico con PTZ mas Vancomicina. **LABORATORIO:** Urea: 71 mg/dl, Creatinina 4.4 mg/dl Na: 139 mEq/L K: 3.4 mEq/L EAB: 7,35/45/80/-1/94% Rx de torax infiltrados bilaterales.

Luego comienza con hemoptisis importante, se realiza traqueostomía percutánea, se reciben cultivos *negativos*. Se solicita colagenograma, con diagnóstico de S. Riñón Pulmón, se inicia pulso de Metilprednisolona.

**Colagenograma:** FAN:(-), ANTI DNA:(-), C3:100, C4:70, ANCA:(-), ANCAp:(-), Anti MB: NEGATIVO.

Paciente sin mejoría de Rx de tórax, persistencia de infiltrados bilaterales, continuando con hemoptisis, necesidad de transfusiones,

se programa biopsia renal, y se comienza *PLASMAFERESIS*: cumpliendo 15 ciclos. Con mejoría transitoria de la hemoptisis, no así de los infiltrados pulmonares, siguiendo con HDI, diaria. Se realiza TC de torax que evidencia infiltrados alveolointestinales bilaterales. *Bx Renal*: Glomerulonefritis con semiluna celular global en 100% de los glomérulos con extensa necrosis fibrinoide de MB. Ruptura de Capsula de Bowman. NTA severa. Infiltrado inflamatorio intersticial moderado

*Inmunofluorescencia*: Ig G en tubulos de medula.

*Inmunohistoquímica* Ig G: deposito lineal en MB, Ig A: (-) IgM (-). Con el diagnostico de *S de Goodpasture*, con anticuerpos anti MB negativo, pero con biopsias renales positivas, la mala evolución de la paciente, persistencia de infiltrados pulmonares, ARM prolongado, se indica ciclos de *RITUXIMAB*: 500 mg/semana por 5 semanas, continuando con hemodialisis diaria. Paciente sin mejoría de infiltrados pulmonares, anurica luego de 25 días de internación presenta NAVM, shock septico, DMO y fallece. El *S. de Goodpasture* es una entidad poco frecuente en UTI y en la mayoría de los casos presenta anti MB +.

### 0256 SINDROME DEL ROBOT

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

**Objetivos:** Presentación de un caso de déficit neurologico minimo en UTI.

**Material y métodos:** Paciente de sexo femenino, de 81 años de edad, que ingresa derivada del interior de la provincia del Neuquen, con cuadro de Emergencia hipertensiva con Edema agudo de Pulmon, evidenciándose en ECG fibrilación auricular de alto pasaje ventricular.

Evoluciona con Síndrome confusional agudo y excitación psicomotriz, se realiza TAC de encéfalo sin contraste donde se evidencia lesiones hemorrágicas a nivel talámico derecho, presentando lesiones isquémicas occipital derecha antigua. Evoluciona con deterioro del sensorio por lo que requiere de ARM.

Presenta arrestocirculatorio por hipoxia que requiere de RCP avanzado durante 25 minutos.

Al cursar en día 35 de internación se encuentra vigil, pupilas no evaluables por cirugía ocular, no obedece ordenes simples, presenta movimientos incoordinados de miembros, presenta reflejos osteotendinosos disminuidos sin rigidez, y fascie de dolor.

Se realiza AngioResonancia magnética: que informa hipoplasia del segmento intracraneano de arteria vertebral izquierda, a nivel de la bifurcación silviana izquierda, se identifica imagen sugestiva de infundíbulo aneurismático de 4.2 mm no complicada. Sistema ventricular de morfología y posición conservado, asimétrico a expensas de la prolongación occipital y temporal derecha la cual es de mayor tamaño a consecuencia de fenómeno retráctil debido a secuela vascular en territorio de arteria cerebral posterior derecha con pérdida del parénquima encefálico e hiperintensidad de señal en secuencia Flair y T2, subcortical en territorio isquémico, secuela vascular. Se identifican imágenes focales hipointensas en secuencia T1, en topografía de ambos talamos paraventricular izquierda y tálamo capsular izquierda las cuales se visualizan hipointensas en secuencia FLAIR e hiperintensas en secuencia T2 indicativas de secuelas vasculares.

Se sospecha de estado neurológico compatible con lesión bilateral de tálamo y se solicita arteriografía para evaluar variable anatomica de arteria de Percheron. No se realiza el mismo por obito.

**Conclusiones:** Por ser un caso poco frecuente, nosotros creemos que con un examen físico - clínico meticuloso, se puede llegar a la sospecha de los síndromes talámicos.

Las imágenes son sugestivas de alteraciones anatomicas que clasifican a los Infartos talámicos en: anterior, territorios paramediano, inferolateral y posterior, que se irrigan respectivamente, por los vasos paramediano, thalamogeniculate, y las arterias coroideas pos-

teriores. Esta clasificación se basó inicialmente en neuroanatómicos y neuropatológicos y más tarde confirmada por técnicas de imagen tomografía computarizada y resonancia magnética.

### 0259 SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICOS

A LEIVA CASTRO, A CABRAL, M COSTANTINI, J ZAMBRANO, L MARCOVICH, V MOYANO, G FRANCO, Z CARRIZO, V VAZQUEZ

Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Victorio Tetamanti, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

#### Objetivos:

- 1- Describir la implementación del soporte nutricional enteral precoz en pacientes pediátricos críticamente enfermos.
- 2- Analizar el aporte calórico logrado luego de la estabilidad hemodinámica y al 5° día de internación.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo de los niños ingresados a una Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) polivalente durante la primera semana de permanencia (Período Septiembre de 2010 a Febrero de 2011). Se registró sexo, edad, diagnóstico, inicio de la nutrición enteral (NE) por sonda nasogástrica (SNG), porcentaje de aporte calórico medido a partir de la Recomendación Diaria Alimentaria (RDA) según sexo y edad en el paciente crítico corregido por factor de stress, al primer y al quinto día de internación.

De las 120 historias clínicas analizadas se excluyeron los fallecidos a las 24 horas del ingreso, los que recibieron Nutrición Parenteral Total (NPT), los que permanecieron menos de 7 días y los que no se pudieron completar los datos.

Se realizó medición de residuo gástrico, como método significativo de intolerancia digestiva.

**Resultados:** De un total de 120 niños ingresados a la UTIP, 71 recibieron NE durante la primera semana. Masculinos 40, femeninos 31, edad entre 1 mes y 14 años (promedio 3,1 años). Los diagnósticos fueron: Enfermedad respiratoria (R) n=32, Politraumatismos (TEC) n=13, Post quirúrgicos (QX) n=12, patología renal (RENAL) n=6, sepsis (S) n=5, patología cardíaca (CARD) n=2 y oncológico n=1. Se inició la NE con fórmula polimérica entre el primer y quinto día de internación con un promedio de 3,3 días. El promedio del aporte calórico recibido fue del 40,95% en el primer día y el 73% al quinto día de internación. Del total de la muestra ninguno presentó intolerancia a la NE.

**Conclusiones:** La NE precoz en el paciente crítico es una herramienta de vital importancia desde su ingreso a la UTIP, siendo de difícil implementación el cumplimiento de la meta calórica prescripta, dado el compromiso metabólico de los pacientes. No obstante, se puede lograr desde un equipo interdisciplinario que siga atentamente la evolución clínica y nutricional, con el fin de realizar un adecuado sostén metabólico.

### 0260 DE LA AVIACIÓN A LA TERAPIA INTENSIVA: IMPLEMENTACIÓN DEL CHECKLIST

P FALVO, V MARQUEVICH, J ALVAREZ, MF UNGAR, D CZERWONKO, JC ESCARDO, S COSENZA, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** La terapia intensiva es una disciplina orientada al tratamiento de pacientes críticamente enfermos con riesgo de vida. Debido a estas características se requiere profesionales con alto nivel de especialización, compromiso y responsabilidad lo cual genera niveles elevados de stress y fatiga. Esto produce, en algunas ocasiones, errores que se pueden traducir incluso en la muerte del paciente.

Los checklist introducidos por la industria aeronáutica y posteriormente volcados a la asistencia médica diaria han contribuido significativamente a reducir errores y mejorar los resultados. Tales

beneficios se traducen en una mejor calidad de atención de los pacientes. A pesar de los demostrados beneficios de los checklists en la medicina y los cuidados críticos, su integración a la práctica clínica habitual no se ha generalizado.

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de las políticas institucionales implementadas en cuidados críticos a través del uso de listas de chequeo.

**Métodos:** Análisis prospectivo de los formularios de chequeo diarios recolectados por los médicos de planta en el periodo comprendido entre 01/11/2010 hasta 28/04/2011 en la UCI médico-quirúrgica (15 camas) del Hospital Universitario Austral.

**Resultados:** Se realizaron mediciones correspondientes a:

- Identificación adecuada de pacientes según GPC 1050 mediciones
- Eventos de hipoglucemia severa 1165 mediciones
- Adecuada solicitud de Rx de tórax 1145 mediciones
- Adecuada profilaxis de HDA 1160 mediciones
- Adecuada profilaxis de TVP 1161 mediciones
- Cabecera en posición adecuada según GPC 1143 mediciones

Los resultados obtenidos fueron:

- Cumplimiento de la GPC de identificación adecuada de pacientes 98.4%
- Eventos de hipoglucemia severa 3.6%
- Cumplimiento de la GPC adecuada posición de la cabecera del paciente 99.1%
- Cumplimiento de la GPC de solicitud de Rx de tórax 95.4%
- Cumplimiento en la GPC de prevención de HDA 99.1%
- Cumplimiento en la GPC de prevención de TVP 97.4%

**Conclusión:** Del análisis de las listas de chequeos surge que hemos tenido un cumplimiento adecuado basado en nuestras expectativas previas. Esto se correlacionó con una mortalidad ajustada por Apache II a través del índice de mortalidad/mortalidad esperada de 0.47. Sin embargo, en el futuro, implementaremos diferentes estrategias para superarnos en el cumplimiento de las GPC y llegar al 100%. Esperamos que esto nos permita reducir el índice mortalidad/mortalidad esperada y así mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes.

### 0261 RECOMENDACIONES PARA EL USO DE PROCALCITONINA EN REAGUDIZACIÓN DEL EPOC SEGÚN UN ANÁLISIS BASADO EN EVIDENCIAS

M ESTEBAN, M BLANCO, S ESCIOLAZA, P DOMEQ  
Laboratorio Domecq Lafage, Hospital Alemán. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Desarrollar una recomendación basada en las mejores evidencias para el uso de procalcitonina (Pro) en pacientes con sospecha de reagudización del EPOC (REPOC) para evaluar el tratamiento antibiótico. La determinación de (Pro) en el contexto del REPOC, es una prueba diagnóstica (PD) la literatura científica sugiere utilizarla en 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 (P), PD para evaluar (I), PD que se usa como comparador: Standard de referencia (C) y desenlaces relevantes sobre los pacientes (O). Se realizó la búsqueda bibliográfica de artículos de 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 metodología 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. Para facilitar la interpretación y la claridad de las recomendaciones se usaron los términos: “nosotros

sugerimos” en las recomendaciones débiles y “nosotros recomendamos” en las fuertes.

**Resultados:** La calidad de la evidencia de la literatura es alta. Se encontraron 3 estudios de UD que evaluaron el inicio del tratamiento. No se incluyó en el análisis aquél artículo que solo estudio 12 pacientes con REPOC en el contexto de otras infecciones respiratorias agudas. La Pro tiene un costo económico alto, 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 enfermedad. En la bibliografía hallada las preferencias y valores de los pacientes no se consideraron. Podría recomendarse su utilización para el evaluar el tratamiento del REPOC.

**Conclusión:** Según el análisis basado en las evidencias podría implementarse, como estudio complementario, la Pro para la evaluación de tratamiento de pacientes con REPOC.

### 0262 PRONO Y PIC EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS

A FERNANDEZ, D PEREZ, L KUMAR, V TUCHBAUM  
Hospital Abete, Argentina.

**Objetivos:** En los pacientes politraumatizados la hipoxemia puede devenir de la lesión directa torácica, o indirectamente por edema pulmonar neurogenico si el paciente presente TEC, o asociarse a una infección adquirida durante la internación..El decúbito prono es una de las medidas coadyuvantes cuando las estrategias ventilatorias son superadas.Maniobra que suele limitarse en los pacientes neurocriticos por el difícil manejo de este tipo de pacientes.Nuestro objetivo es demostrar la favorable evolución de tres pacientes con Trauma de encéfalo que presentaron insuficiencia respiratoria aguda grave utilizando la ventilación en decúbito prono.

**Materiales y Métodos:** CASO N° 1:Masculino de 36 años de edad al ingreso Apache 23,ISS 10,en P.O. de craniectomía bifrontal y colocación de catéter para medición de PIC por TEC grave LED 2 con contusiones bifrontales, HSA descartanso de causa aneurismática, ,neumoencefalo,fractura de seno frontal, fractura de base de cráneo, Trauma cerrado de torax en contexto de caída desde 3 mts. De altura.En el cuarto día por presentar insuficiencia respiratoria grave se decide como medida la ventilación en decúbito prono.Anterior al decúbito prono: Murray de 3, Pafi de 98, Peep 14, Vt 520, Ce 32, Pic 2 y TAM de 65. Posterior: Murray de 1.75,Pafi de 328, Peep12, Vt550, Ce40, Pic 4 y TAM de 68. CASO N° 2: Masculino de 25 años de edad al ingreso Apache 16, ISS 12 en P.O. de laparotomía exploradora de control de daño había presentado politraumatismo con TEC moderado contusión fronto-parietal derecho y edema difuso perilesional, trauma cerrado de tórax, Trauma cerrado de abdomen y trauma ortopédico. en contexto de colisión moto sin casco vs tren. Evolucionan con shock y debido a la cinética del trauma y las imágenes cerebrales se decide la colocación de catéter para medición de PIC. Desarrolla insuficiencia respiratoria grave se decide como medida la ventilación en decúbito prono. Anterior al decúbito prono: Murray de 3, Pafi de 52, Peep14, Vt 400, Ce32, Pic14 y TAM de 58. Posterior: Murray de 2.75 ,Pafi de146, Peep14, Vt390, Ce37, Pic 15 y TAM de 73. CASO N° 3: Masculino de 26 años de edad al ingreso Apache 13, ISS 8, que ingresa en P.O. de craniectomía bifrontal y catéter de medición de PIC en contexto de TEC moderado con contusiones intracerebrales bifrontales, fractura de seno y Trauma cerrado de torax por colisión moto sin casco vs automóvil. En el quinto día por presentar insuficiencia respiratoria grave se decide como medida la ventilación en decúbito prono.Anterior al decúbito prono:Murray de 1.75, Pafi de 148, Peep 8, Vt 620, Ce47, Pic15 y TAM de 100. Posterior: Murray de 1.25, Pafi de 322, Peep 5, Vt550, Ce45, Pic14 y TAM de 75.

**Conclusión:** Si bien el decúbito prono no es una medida ampliamente aceptada en este tipo de pacientes, deberían realizarse estudios mas extensos ya que en nuestra experiencia con estos 3 casos clínicos además de la mejoría en la oxigenación nos permitió ventilar a nuestros pacientes con menor PEEP generando menor

sobredistención manteniendo una "pco2 óptima" sin deterioro de la presión de perfusión cerebral y sin alteraciones hemodinámicas.

### 0263 INMUNOSUPRESIÓN GRAVE COMO PROBABLE EFECTO DE SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN, PRESENTACIÓN DE UN CASO

M MARTINEZ, D PEREZ, L KUMAR

Hospital de Trauma y Emergencia Dr. Federico Abete, Argentina.

**Objetivo:** El síndrome de realimentación se caracteriza por un desequilibrio hidroelectrolítico y disfunción de varios órganos y sistemas al iniciar el apoyo nutricional en los enfermos graves, con incremento en la morbimortalidad. La nutrición es uno de los pilares en el manejo del enfermo crítico; sin embargo en caso de no administrarse en forma adecuada e individualizada a cada escenario clínico puede traer complicaciones que empeoren el pronóstico. El objetivo del trabajo es presentar un caso clínico que hace referencia a una paciente adulta-joven con diagnóstico de anorexia nerviosa desde la infancia, requiere internación inicialmente por desnutrición severa, intercurriendo con alteraciones, hidroelectrolíticas, hemodinámicas, metabólicas y respiratorias, y TBC luego de un mes de internación.

**Material y métodos:** Reporte de caso clínico y revisión de literatura.

**Resultados:** Se trata de una paciente femenina de 27 años con antecedente de anorexia nerviosa desde los 9 años que ingresa a sala de cuidados generales por desnutrición severa en donde inicia alimentación por vía nasointestinal y tratamiento psiquiátrico. Evoluciona con hipofosfatemia, hipocalcemia e hipomagnesemia, deterioro de la función sistólica y shock, insuficiencia respiratoria hipoxémica con requerimiento de ARM motivando su traslado a Terapia Intensiva, se interpreta como shock séptico con falla multiorgánica (respiratoria, metabólica, hemodinámica, renal), una vez estable desde el punto de vista hemodinámico se inicia alimentación parenteral formulada. Hidratos de carbono: 102 gr (350kcal), Grasas 28 gr (2582Kcal), Proteínas 28 gr (112 Kcal) para 24 hrs. Agua 1000 ml (volumen requerido). Electrolitos ClNa 150 meq/l, ClK 60 meq/l, Mg 20 meq/l, Ca 10 meq/l, Zinc 50 meq/l y nutrición nasointestinal (k-108 transpilorica) con Yevity 1000 ml/24 hrs. (50ml/hora). Se evidenció a los cinco días del inicio de la nutrición fiebre persistente, infiltrados radiológicos bilaterales, Síndrome de Distress respiratorio, ventilación en decúbito prono por 24 hrs, shock, hemoptisis masiva. Aislándose de cultivos en *Mycobacterium tuberculosis*, sin presentar evolución clínica compatible, HIV negativo.

**Conclusiones:** El Síndrome de Realimentación es una complicación que se presenta en pacientes desnutridos en los que se inicia la alimentación con un elevado aporte de carbohidratos, lo que lleva a cambios en el balance de líquidos, depleción de electrolitos séricos y estrés metabólico, pudiendo generar alteraciones a nivel respiratorio, cardiológico y metabólico, como ocurrió en este paciente. Si bien no está descrito en la literatura como parte del síndrome de realimentación, llama la atención el desarrollo de una neumonía bilateral con aislamiento de *M. Tuberculosis*, luego de un mes de internación, evidenciando una clara inmunosupresión.

### 0264 FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA ADQUIRIDA EN UNA PACIENTE CON DERMATOMIOSITIS

V ROMBOLÁ, F JORRO BARÓN, C BOLASELL, R ALVAREZ, G DEBAISI

Hospital General de Niños P. Elizalde, Argentina.

**Introducción:** La dermatomiositis es una miopatía inflamatoria crónica degenerativa multisistémica. Su incidencia es de 1-3/1.000.000 de niños, más frecuente en sexo femenino (2:1), de etiología desconocida. La mortalidad es de 5-10%, principalmente en la fase aguda ocasionada por debilidad muscular progresiva, insuficiencia

respiratoria y perforaciones en el tracto gastrointestinal secundario a vasculitis.

**Objetivos:** Describir la presentación clínica de una paciente con diagnóstico de Dermatomiositis y fístula traqueo-esofágica adquirida.

**Material y métodos:** Análisis de historia clínica y anatomía patológica.

**Resultados:** Paciente femenina, 13 años de edad con dermatomiositis diagnosticada 2 meses previo al ingreso. Se presentó a la consulta con fiebre, dispepsia, sialorrea y aumento de secreciones respiratorias de 48 hs de evolución. La radiografía de tórax muestra opacidad de base pulmonar derecha. Evoluciona desfavorablemente, con aumento de dificultad respiratoria por lo que ingresa a UTI con requerimiento de ARM y posterior necesidad de traqueostomía. Al décimo día de internación se evidencia débito bilioso por traqueostoma, se realiza: TAC de tórax con consolidación bilateral con neumomediastino, Endoscopia digestiva/respiratoria con trayecto fistuloso bronquio fuente izquierdo a esófago (tercio medio) y divertículo esofágico yuxtacardial, várices esofágicas. Por inestabilidad hemodinámica y empeoramiento de su enfermedad de base no es posible realizar la corrección quirúrgica, instaurando medidas de sostén como gastrostomía descompresiva, yeyunostomía y nutrición parenteral total. La paciente presenta sangrado respiratorio y digestivo masivo secundario a ruptura de várices esofágicas de difícil tratamiento (diagnóstico endoscópico). Tras dos meses de internación y múltiples intercurencias, la paciente presenta falla hemodinámica con posterior fallecimiento.

**Conclusiones:** La dermatomiositis juvenil es una patología de presentación atípica que cursa con una alta morbimortalidad, sus complicaciones son frecuentes y las ubicadas en el tracto gastrointestinal son la primera causa de muerte.

### 0265 REEMPLAZO VALVULAR PROTÉSICO EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA

A RATTO, D PEREZ, L KUMAR

Hospital de Trauma y Emergencias Federico Abete, Argentina.

**Objetivo:** La endocarditis infecciosa es una enfermedad que compromete el endocardio, con afectación de múltiples órganos por bacteriemias. Su tratamiento es médico con antibióticos y en algunos casos requiere de intervención quirúrgica.

Se expone caso clínico de un paciente con artritis séptica que evoluciona con bacteriemias por SA ocasionando endocarditis infecciosa en válvula nativa sin patología previa, que requirió reemplazo valvular.

**Materiales y métodos:** Presentación de caso clínico y revisión de bibliografía

**Caso clínico:** Paciente de 31 años, sin antecedentes ni factores de riesgo cardiovascular, que consulta por artritis de rodilla derecha de dos meses de evolución. Se realiza punción de líquido sinovial, obteniéndose cultivo con aislamiento de SAMS. Intercurre 6 días después con meningitis. Se tomaron 4 hemocultivos y urocultivo los mismos positivos para SAMS. Se realiza un ecocardiograma que informa vegetación en válvula mitral de 5 mm. En tratamiento antibiótico con vancomicina, meropenem, rifampicina. Se evidenciaban imágenes compatibles con absceso a nivel pulmonar bilateral esplénico y renal izquierdo. Una semana después de iniciado el cuadro intercorre con fiebre bacteriemia e insuficiencia respiratoria hipoxémica que lo lleva a la ventilación mecánica evolucionando con shock. Se toman nuevos hemocultivos, punta de catéter, urocultivo y minibal, todos negativos excepto los hemocultivos positivos para SAMR. Se toman muestras y se drenan ambas pleuras con resultados para exudado no complicado y cultivos negativos. Se drena colección purulenta de ante brazo derecho.

Se solicita nuevo ecocardiograma y se objetiva vegetación sobre valva septal mitral de 15 por 8 que no prolapsa a ventrículo izquierdo, con insuficiencia mitral severa. Se realiza cirugía de reemplazo

valvular de urgencia observándose vegetación importante con perforación y lesión de la válvula. Tres días después de la cirugía se extuba exitosamente. Continúa con fiebre persistente; se objetiva absceso glúteo, el cual se drena tres días después sin rescate bacteriológico. Resultados de cultivo del material enviado de la válvula mitral SAMS. **Conclusión:** Según revisión de bibliografía nuestro paciente tiene indicación de reemplazo valvular por presentar bacteriemia persistente y tamaño de la vegetación mayor a 10 mm. Esta indicación se puede llevar a cabo con endocarditis infecciosas activas (como en Este caso) o inactivas (tratamiento antibiótico completo y hemocultivo negativos al momento de la cirugía). En los últimos tiempos la indicación de cirugía precoz toma relevancia para evitar así mayor destrucción valvular, extensión peri valvular y diseminación extracardiaca de la infección. Si bien hay más literatura sobre el reemplazo protésico en los últimos años la reparación de las válvulas ha obtenido mejores resultados a largo plazo por tener menos complicaciones y menor morbimortalidad. Según las estadísticas los pacientes operados presentan una mortalidad del 9%.

#### 2066 INTERCAMBIO GASEOSO, PRESIÓN TRANSPULMONAR Y STRESS INDEX EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO: EFECTO DE TRES ESTRATEGIAS DIFERENTES DE SELECCIÓN DE PRESIÓN POSITIVA AL FINAL DE LA ESPIRACIÓN

PO RODRIGUEZ, J AQUINO, F DANZE, I BONELLI, M SETTEN, LP MASKIN, S ATTIE, R VALENTINI  
Instituto Universitario CEMIC, Argentina.

**Objetivo:** Comparar intercambio gaseoso y mecánica respiratoria entre 3 métodos de selección de PEEP: Estudio ExPress, mejor distensibilidad del sistema respiratorio (CrS) y tabla FiO2/PEEP del ARDSnet.

**Métodos:** Se evaluaron 12 pacientes con SDRA en las primeras 48 horas de la ventilación mecánica (VM). VM inicial: Vt 6ml/kg, FiO2: 1, frecuencia respiratoria para mantener pH >7.10. Los pacientes fueron ventilados en orden aleatorio por 20 minutos con PEEP según la estrategia ExPress de reclutamiento máximo (A), método por mejor CrS (B) obtenido previamente por una maniobra de derreclutamiento y según tabla del ARDSnet (C). Se registraron valores de flujo, Vt, presión esofágica, transpulmonar (Ptp) y de vida aérea (Pva) y stress index (SI) con un monitor FluxMed (MBMed, Argentina). Se obtuvieron muestras de gases arteriales al finalizar cada período. Las mediciones de presión se realizaron al final de una pausa inspiratoria y espiratoria de 2 segundos. La comparación para muestras repetidas se realizó con test de ANOVA (análisis post-hoc: test de Bonferroni).

**Resultados:** La edad y el APACHE II medio fueron 64±15 años y 24±7. La tabla muestra resultados obtenidos por el test de ANOVA.

	ExPress (A)	CrS(B)	ARDSnet(C)	ANOVA p
PEEP (cmH2O)	17.4±0.69	11.8±0.54	8.36±0.51	<0.001
pH	7.32±0.2	7.32±0.2	7.32±0.2	0.56
PaCO2(mmHg)	40±2	38.9±2.1	38.9±1.9	0.19
PaO2/FiO2	276.8±39.3	239.9±40.4	173.1±32	0.002
Distensibilidad estática(ml/cmH2O)	31±1.78	38.5±2.99	36.2±2.94	<0.001
Pva inspiratoria(cmH2O)	29.8±0.11	22.1±0.72	19.3±1.13	<0.001
Ptp espiratoria(cmH2O)	5.4±0.99	2.3±0.79	0.1±0.94	<0.001
Ptp inspiratoria(cmH2O)	13.8±1.19	9.2±1.1	8.0±1.2	<0.001
Stress Index	1.05±0.16	1.00±0.17	0.97±0.16	<0.001

Análisis post-hoc: Valores más altos de PEEP se obtuvieron con A (P<0.001), mientras que C presentó los más bajos (P<0.001). Mejor oxigenación con A y por B, que con C (P=0.015 y P=0.007 respectivamente). Menor distensibilidad estática: A frente a B (P=0.001) y C (P=0.018). La Ptp espiratoria fue significativamente diferente entre las estrategias, con valores más bajos con C. El SI fue más alto con

A comparado con B (P=0.027) y C (P=0.001).

**Conclusión:** La estrategia ExPress logró mejor oxigenación y más elevadas Ptp espiratoria, mientras que se observó menor distensibilidad estática y mayor SI, pudiendo sugerir que al menos en algunos pacientes esta estrategia puede estar asociada a sobredistensión. Por otra parte, los valores de PEEP por tabla del ARDSnet se asociaron a peor oxigenación y una menor Ptp espiratoria que puede estar asociada a dereclutamiento.

#### 2067 ABORTO INSEGURO: ENCUESTA DE OPINIÓN ENTRE TRABAJADORES DE CUIDADOS CRÍTICOS

DN VÁSQUEZ<sup>1</sup>, AV DAS NEVES<sup>1</sup>, J GOLUBICKI<sup>1</sup>, J PALACIOS<sup>1</sup>, N BASUALDO<sup>1</sup>, I DI MARCO<sup>1</sup>, R VARAGLIA<sup>1</sup>, C KARMAZYN<sup>1</sup>, L VIDAL<sup>1</sup>, R RIARTE<sup>1</sup>, C LOUDET<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Comité de Obstetricia Crítica, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, CABA, Argentina. <sup>2</sup> HIGA Gral San Martín La Plata, Argentina.

**Objetivos:** Evaluar la opinión de los trabajadores de las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) acerca del aborto.

**Material y métodos:** Encuesta estructurada, cerrada, anónima y voluntaria entre los concurrentes al 20° Congreso Argentino de Terapia Intensiva 2010.

**Resultados:** 149 asistentes al 20° Congreso de TI completaron la encuesta sobre aborto. Su edad fue de 42±10 años, 89(61%) fueron mujeres, 69(46%) fueron miembros de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), 98(66%) eran médicos, 22(15%) eran kinesiólogos y 24(16%) eran enfermeros. Se muestran las preguntas y respuestas afirmativas como n(%).

1- ¿Esta de acuerdo con la despenalización del aborto en Argentina bajo circunstancias no contempladas por el código penal actual? **SI: 122(82)**

2- ¿En que situaciones de interrupción del embarazo no contempladas por el código civil actual estaría de acuerdo?

a- Embarazo secundario a violación en cualquier mujer, de cualquier edad **SI: 133(89)**

b- Riesgo de salud psíquica de la madre **SI: 115(77)**

c- Malformación fetal incompatible con la vida **SI: 142(95)**

d- Imposibilidad económica para la manutención de los niños **SI: 61(41)**

e- Embarazo no deseado, cualquiera sea la situación **SI: 71(48)**

3- En caso de que Ud. estuviera de acuerdo con la despenalización del aborto en cualquier circunstancia, ¿Que límite de tiempo consideraría apropiado para la práctica del mismo?

a. <12 demanas **SI: 121(81)**

b. < 24 semanas **SI: 18(12)**

4- ¿En caso de que Ud estuvier de acuerdo con la despenización del aborto en cualquier circunstancia, considera que el mismo debiera realizarse tanto en instituciones públicas como privadas? **SI: 126(84)**

5- ¿Considera que la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva debiera sentar posicionamiento con respecto al acceso al aborto universal, seguro y gratuito? **SI: 127(85)**

Las respuestas entre mujeres y hombres fueron similares excepto para aborto en casos de riesgo de salud psíquica de la mujer 74(86%) vs 38(69%) respectivamente; p0.015. No hubo diferencias en las respuestas de los miembros y No miembros da SATI, excepto para aborto por falta de recursos económicos (35;54%) vs. 25;33%; p0.029 y en embarazo no deseado (41;63% vs. 28;38% p0.003.

**Conclusiones:** La mayoría de los trabajadores de UTI avalan la despenalización del aborto bajo circunstancias no contempladas por la ley actual. El nivel de aceptación del aborto es mayor cuando se trata de malformación congénita, violación y riesgo de salud psíquica de la madre, en comparación con falta de recursos económicos y embarazo no deseado. La mayoría considero un tiempo de hasta 12 semanas para la realización del aborto. La mayoría considera que el aborto debiera realizarse en instituciones públicas y privadas, y considera apropiado que la SATI exprese su posicionamiento con

respecto al acceso al aborto universal, seguro y gratuito. Las mujeres son más proclives a aceptar el aborto para preservar la salud psíquica de la madre en comparación con los hombres. Los miembros de SATI aceptan mas frecuentemente que los No miembros la realización del aborto por déficit de recursos económicos y por embarazo no deseado.

#### 0268 INFECCION MORTAL POR CURVULARIA

M JERMAN, ML BALLESTRACCI, MC MARTINEZ BARRETO, J ALVAREZ, R QUIROS, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina

**Introducción:** Las complicaciones infecciosas representan una de las principales causas de morbi-mortalidad en el trasplante renal. En los últimos años la instauración de nuevos esquemas inmunosupresores y de profilaxis antimicrobiana, generó un cambio en la incidencia y tipo de infecciones observados en el postoperatorio del trasplante de órganos sólidos. Sin embargo, algunos estudios muestran que hasta el 80% de los receptores presenta uno o más episodios de infección durante el 1er año del postoperatorio. La Curvularia es un hongo saprofitico del suelo, de la familia deuteromicetes escasamente reportado en la literatura médica.

**Método:** Presentación de un caso.

**Desarrollo:** Paciente de sexo femenino 38 años con antecedente de nefrectomía izquierda por tumor de Wilms, nefritis actínica con insuficiencia renal crónica y requerimiento de soporte sustitutivo de la función renal, trasplante renal con donante vivo relacionado 17 años atrás, diálisis peritoneal desde 2 años previos por nefropatía crónica del injerto. Se interna en la unidad en postoperatorio de trasplante renal con donante cadavérico que presenta signos de retraso de la función del injerto (TIF 29 hs) con requerimiento de hemodiálisis. Recibió tratamiento inmunosupresor con timoglobulina, metilprednisolona, micofenolato y tacrolimus. Presentó como complicación peritonitis bacteriana, con aislamiento de SCN meticilino-resistente, por lo que se decide retirar catéter de diálisis peritoneal e iniciar tratamiento con vancomicina y rifampicina. Presentó también infección urinaria con aislamiento de Escherichia Coli BLEE y colitis por clostridium difficile, por lo que recibió tratamiento con imipenem y vancomicina/metronidazo enteral respectivamente. Evolucionó posteriormente con evento de shock séptico y disfunción multiorgánica con hallazgo en imágenes (TC tórax) de múltiples imágenes nodulares en ambos parénquimas pulmonares. Inició tratamiento con caspofungin y ganciclovir en forma empírica. Se recibe informe del cultivo del BAL con crecimiento de un hongo filamentos pigmentado llamado Curvularia. Inicio tratamiento con voriconazol. Evoluciono con shock séptico refractario y fallece a las 24 horas de iniciado este último tratamiento.

**Conclusión:** Presentamos el caso debido a que se trata de una complicación infrecuente y mortal por un hongo atípico en una paciente severamente inmunosuprimida.

#### 0270 DEBILIDAD MUSCULAR: ¿SERÁN CULPABLES LAS MITOCONDRIAS?

J GONZALEZ NIZZO, J TRUCCO, P FALVO, J NUÑEZ, A DONNA, F PLANO, J BUERI, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** Frecuentemente los enfermos críticos desarrollan cuadros de debilidad marcada. Como causas de estos cuadros se describen alteraciones neuromusculares demostradas en estudios electromiográficos y eventualmente en la biopsia muscular. Desde hace años, la descripción de cuadros miopáticos o neuropáticos en enfermos críticos ha ido en aumento. Esto ha permitido lograr diagnósticos etiológicos claros en patologías infrecuentes.

**Método:** Presentación de un caso.

**Desarrollo:** Paciente masculino de 64 años de edad que ingresa derivado de otra institución con diagnóstico presuntivo de miastenia gravis sospechada por presencia de debilidad generalizada y alteración en la deglución posterior a procedimiento quirúrgico de urgencia. Se le realizaron anticuerpos anticlinestrasa negativos y estudios por imágenes (Rx de tórax y TC de tórax) que no evidenciaron imágenes compatibles con timoma o lesiones neoproliferativas.

Durante la internación en nuestro nosocomio evoluciono con mejoría transitoria de los síntomas bajo tratamiento con piridostigmina. Recibió bajo diagnóstico presuntivo de enfermedad desmielinizante progresiva aguda terapéutica con plasmaféresis, sin mejoría del cuadro. Presento luego complicaciones infecciosas relacionadas a inadecuado manejo de secreciones respiratoria requiriendo intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica invasiva, con requerimiento posterior de traqueostomía.

Como parte de estudios diagnósticos se realizo biopsia muscular que mostró signos denervatorios (fibras anguladas atroficas esterasa +). Predominio histoquímico tipo 1 (reinervatorio). Hallazgos compatibles con Miopatía Mitocondrial más denervación/reinervación.

El paciente evoluciono estable y es fue derivado a centro de rehabilitación a los 36 días de internación. A los 4 meses de seguimiento posterior permanece en plan de rehabilitación.

**Conclusión:** La alteración neuromuscular es una complicación frecuente en los pacientes críticos. El diagnóstico se sustenta habitualmente en los datos neurofisiológicos, mientras que la biopsia muscular se emplea ocasionalmente. La presencia de neuromiopatías agudas con pruebas diagnosticas negativas y sin respuesta a las medidas terapéuticas convencionales nos imponen la sospecha de patologías que infrecuentemente observamos en nuestra práctica diaria.

#### 0271 SOBREVIDA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CONSECUTIVOS ADMITIDOS EN CUIDADOS CRÍTICOS POR FALLA RENAL AGUDA. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS CON MORTALIDAD TEMPRANA Y TARDÍA

P DESMERY, D INTILE, J SCAPELLATO, E MAGGIORA, D VAZQUEZ, D AGAZZI, V APHALO, C SANCHEZ, I RIOS, F MOS, R GIANONNI, L BIANCHI  
Sanatorio Anchorena, Argentina.

**Objetivo:** Describir las características, evolución y resultados a largo plazo de una serie consecutiva de pacientes que recibieron sustitución de la función renal para el tratamiento de insuficiencia renal aguda determinado los principales predictores de mortalidad.

**Materiales y métodos:** Cohorte de pacientes con IRA entre Marzo 2008 y Abril 2010. Se efectuó revisión de historias clínicas y entrevista telefónica para evaluación de status vital y suficiencia renal. Se recabaron datos demográficos, RIFLE, variables fisiológicas, SAPS, SOFA, comorbilidad y status vital al año del egreso hospitalario. Variables continuas se describen como media y DS o mediana y rango según corresponda; se compararon los grupos de interés con ANOVA y análisis posthoc. Las variables categóricas se compararon con tablas de contingencia usando chi2. Se realizo análisis de sobrevivida usando KM y regresión de Cox para factores asociados con supervivencia alejada.

**Resultado:** Fueron admitidos 82 pt. con IRA, edad: 60,3±12,7 años, Charlson fue 3 (1-5), SAPS II 47,8 ± 14,3 y el SOFA 9,6 ± 3,4. Se encontraban en ARM 65% y bajo noradrenalina 70 %. RIFLE: 72 (87%) falla y los restantes injuria. La creatinina: 3,9 ± 1,4 mg/dl; y oliguria en 42 pacientes. La mediana de diálisis por paciente fue 6 (3-10). Seis pacientes utilizaron técnicas lentas (SLED). La curva de KM muestra una mediana de sobrevivida de 202 días. La regresión de Cox mostro que solo el SAPS (OR 1.046 IC95% 1.02 a 1.07) y la presencia de SHOCK (OR 2 IC 95%: 1.01-4) fueron variables predictoras independientes de mortalidad, en un modelo ajustado por VM, Edad, SOFA.

Los pacientes fueron divididos en tres grupos:

n	A: Fallecidos Hospital	B: Fallecidos Seguimiento	C: Vivos	A vs B	B vs. C	A vs C
	33	14	32			
Edad	64±13	57±15	52±17	NS	NS	0.005
SAPS	61±17	48±16	42±12	0.003	NS	0.001
Charlson	3.8±2	4.7±2	2.2±2	NS	0.002	0.01
VM	33 (100)	8 (57%)	10(31%)	0.05	0.05	0.05
Shock	23 (69%)	7 (50%)	4 (12%)	NS	NS	0.01
NO disfuncion preUTI	29 (88%)	5 (36%)	18 (56%)	0.001	0.001	0.001

De los 32 pt. vivos 21 (65 %) se encuentran libres de diálisis o transplante renal al momento de la evaluación.

**Conclusión:** En una cohorte que incluye a todos los pacientes admitidos con IRA logran egresar del hospital casi el 60 %, un tercio de los egresos fallecen con una mediana de seguimiento de 202 días. El 40 % de los admitidos a UTI, y el 70% de los egresados del hospital están vivos en el largo plazo y dos tercios se están libres de diálisis o transplante. El Charlson y la disfunción renal previa al ingreso identifican una población con mayor mortalidad luego de superar el evento agudo.

#### 0272 GLOMÉRULONEFRITIS MESANGIAL CON DEPÓSITO C3

M VILLALOBOS, E ADAMOLI, A CARUSO, E GARCÍA, G PAGNIEZ  
Corporación Médica San Martín, Argentina.

**Introducción:** Presentar un caso clínico con diagnóstico de Glomerulonefritis Mesangial de C3, en un paciente con microhematuria persistente con función renal conservada.

**Caso Clínico:** Paciente de 38 años de edad, que en un examen de rutina presenta microhematuria con función renal normal, sin proteinuria u otras alteraciones. Se efectúan tres laboratorios de control con similares características. La ecografía informa la existencia de un riñón derecho con arteria polar y con localización pélvica, la tomografía confirma la situación pélvica del riñón derecho. La proteinuria en orina de 24 horas esta en el límite considerado normal. Se realiza una biopsia renal que informa Glomerulonefritis Leve proliferativa Mesangial de C3 (GLPMC3).

**Laboratorio:** Laboratorio 1: Uremia: 32, Creatinina: 1.32, Orina: 75% de Hematías Dimórficas, 25 % Acantocitos. Laboratorio 2: Uremia: 35, Creatinina: 1.37, Complemento C3:112, Complemento C4: 22.6, Orina 60% Hematías Dimórficas, 25 % Acantocitos, Laboratorio 3: IgA Sérica: 347, Urea: 36, Creatinina: 4.2, Factor IX: 90, Factor VIII: 77, Factor Von Willebrand: 79, Factor Reumatoideo: Negativo. Biopsia Renal: Por Inmunofluorescencia se ven tres glomérulos por corte IgG Negativo, IgA Negativo, IgM trazas en mesangio, C3 depósitos mesangiales difusos de intensidad 2+, C1q Negativo, Fibrinógeno: Negativo.

**Discusión:** La GLPMC3, se caracteriza por depósitos aislados difusos de C3 en el mesangio, sin depósitos de inmunoglobulinas acompañados de proliferación mesangial. La clínica se caracteriza por microhematuria persistente y proteinuria en rango no nefrótico, los casos clínicos reportados corresponden a case report con escasos pacientes que llegan a falla renal terminal. Tampoco existe un tratamiento óptimo por la escasa experiencia. Hay series de casos con depósitos de C3 e IgG, con aumento de la proteinuria característicos del síndrome nefrótico (Glomérulo nefritis Mesangial IgG) o Series con depósitos de C3 en nefropatía por IgA, con comportamiento clínico distinto.

**Conclusión:** El trabajo tiene por objetivo presentar una entidad de baja incidencia clínica de hecho las series son escasas, si bien es cierto que la evolución de la misma no lleva a la falla renal terminal no podemos estar seguros por los pocos casos que existen en la literatura.

#### 0274 UTILIZACIÓN DE HEMOFILTRACIÓN EN EL SHOCK SÉPTICO PEDIÁTRICO

P OJEDA, M VERRASTRO, A GOMEZ, B RIGONATTO  
Hospital Pediátrico Juan Pablo II, Argentina.

**Objetivo:** Presentación de un caso clínico, niña con shock séptico en quien se realizó hemofiltración (HF), en el servicio de Terapia Intensiva del Hospital Pediátrico Juan Pablo II.

**Material y método:** Caso Clínico: niña de 1 año y 9 meses quien ingresó con antecedente de 7 días de evolución de varicela, agregándose al 5º día tumefacción con signos de flogosis en región lateral derecha del cuello, extendiéndose hacia cara y mentón del mismo lado, presentando luego cambio de coloración, lesión equimótica extensa, acompañada de hipertermia e irritabilidad. Al examen físico se encontraba obnubilada, hipotensa, taquicárdica (236x'), con hipertermia, vasodilatación periférica, edema en esclavina, escara y lesión purpúrica en cara anterior derecha del cuello, que progresó rápidamente hacia la cara antero-superior del tórax, tercio superior del brazo derecho, y cara antero lateral externa del muslo derecho. Se asumió como shock séptico, en su fase caliente secundario a varicela complicada con fascitis necrotizante habiéndose aislando en hemocultivos estreptococo pyogenes.

Requirió expansiones con cristaloides y coloides agregándose posteriormente dopamina (13ug/k/min)- noradrenalina (0,8 ug/k/min). En 7 horas se infundió un volumen de 185 ml/kg, manteniendo diuresis. Se aumento noradrenalina a 2ug/k/minuto. A 12 horas de su ingreso, se presentó como shock frío con presión de pulso baja (TA 63/49), taquicárdica (205x'), febril, sin respuesta a expansiones, ni inotrópicos, Saturación venosa central de 44,9- DA-V 43,1- IEO2 0,48, ácido láctico 7mmol/l. Se inició HF, obteniéndose un volumen total de ultrafiltrado de 842 ml (70 ml/k) en 10 horas. En la primer hora de iniciado el procedimiento se obtuvo 170ml (13ml/k) de ultrafiltrado, observándose un descenso de la frecuencia cardíaca (FC) del 13% (178x'), > presión del pulso (14 a 35), relleno capilar < de 3seg, TA 71/36 (46), persistiendo con hipertermia, PVC (9) sin variaciones e igual dosis de inotrópicos.

A las 2 horas la TAM era de 61 mmHg, presión del pulso 50, presión diastólica > de 40, la FC descendió un 16,5%, temperatura 37,4, inotrópicos noradrenalina 1,6- dopamina 11ug/k/min. Seis horas después se presentó con TAM de 70mmHg, FC 146x', noradrenalina 0,6 ug/k/min-dopamina 11ug/kg. Permaneció 72 horas con noradrenalina (0,2ug/k/min) más dopamina dosis inotrópica, en ARM durante 15 días.

Se realizó escarectomía de región mandibular derecha, cuello, región pectoral homolateral y pequeñas aéreas en región pectoral izquierda, región occipito-parietal hasta la tabla externa del hueso parietal y occipital.

A los 23 días se realizó homo-injerto de la zona afectada, siendo dada de alta a los 60 días.

**Conclusión:** La HF fue utilizada como última alternativa de rescate en una paciente con shock séptico refractario a catecolaminas. Observándose estabilidad hemodinámica progresiva, logrando el descenso de inotrópicos. Teniendo en cuenta esto podría pensarse, que aún habiéndose llevado a cabo la extracción de un bajo volumen de ultrafiltrado, hubo remoción de mediadores químicos de la inflamación.

#### 0275 PERCEPCIÓN Y USO DEL TIEMPO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: INVESTIGACIÓN ANTROPOLÓGICA EN EL HTAL. FERNÁNDEZ DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

M CAMEJO  
Universidad de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Describir y analizar el valor simbólico del tiempo a través de las prácticas, para las personas que interactúan en una unidad de cuidados intensivos de adultos.

**Material y método:** Es un estudio *cualitativo* con enfoque y metodología etnográfica. Esto permite reconocer y analizar los significados que las personas otorgan a la percepción del tiempo en relación a las prácticas que realizan en el ámbito específico de una UCI. Dado que se busca identificar y reconocer "perspectivas", los métodos a utilizar contemplan: las observaciones de interacciones y el análisis de entrevistas en profundidad.

**Resultado:** Al momento de la presentación de este resumen, la investigación está en curso, pero se pueden esbozar resultados parciales que derivan de la observación y descripción de las características básicas de una Unidad de Cuidados Intensivos. Las UCI son plantas físicas dentro de un órgano hospitalario orientadas a concentrar pacientes ingresados con patologías severas que amenazan su vida, con el fin de reducir la morbilidad y mortalidad de los mismos. Las personas que ingresan a un hospital con eventos críticos, potencialmente mortales o discapacitantes son localizadas en estos espacios clínico-quirúrgicos, especializados en procedimientos dirigidos a su sostén vital. Las UCI, por lo tanto, parecen ser un ejemplo que contradice algunos de los criterios que definen al tiempo moderno, ya que son espacios del servicio de salud en donde la dimensión temporal aparece supeditada a los ritmos de las funciones vitales de las personas internadas. Es en la materialidad del cuerpo de los pacientes y el monitoreo de sus funciones vitales donde se anclan las acciones de las personas involucradas en su cuidado. El tiempo aquí es un tiempo cualitativamente diferente al que se vive en otros tipos de trabajo y en otras áreas de un hospital. Se debe hablar por lo tanto, de *temporalidades* y no de tiempo (único, universal y cronológico) y por temporalidades entiendo a los valores que las personas otorgan al tiempo, la variabilidad de sus significados según las personas y los contextos. El contexto de una UCI genera múltiples temporalidades que dialogan entre sí: el tiempo de la limpieza, el de la alimentación, el del control hemodinámico, el de las rutinas de análisis clínicos, de las visitas familiares, del baño, etc. Cada una de estas actividades, llevadas a cabo por diferentes actores hacen de la UCI un espacio cruzado constantemente por formas diversas de percibir, usar y valorar el tiempo según las actividades que realicen.

**Conclusiones:** Siendo una noción que estructura la vida cotidiana, el tiempo *no es una categoría culturalmente universal*, se construye en contextos particulares en los que los analistas podemos reconocer temporalidades específicas. Son las UCIs un ejemplo de contexto particular pues en ellas el trabajo se organiza en función de un tiempo que no lo determina el reloj, sino la dinámica del proceso vital de cada paciente y las actividades asociadas al cuidado a la salud que para el resto de la población resultan cotidianas y naturales.

#### 0276 MORBIMORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL DE PACIENTES EMBARAZADAS O PUÉRPERAS CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA QUE REQUIRIERON INTERNACIÓN EN UTI: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

AV DAS NEVES<sup>1,2</sup>, DN VÁSQUEZ<sup>1,2,4</sup>, G ZAKALIK<sup>3</sup>, D INTILE<sup>4</sup>, F CICORA<sup>2</sup>, MG SÁENZ<sup>1</sup>, M CASANOVA<sup>4</sup>, HS CANALES<sup>1</sup>, V APHALO<sup>4</sup>, C LOUDET<sup>1</sup>, C BALASINI<sup>1</sup>, JL SCAPELLATO<sup>4</sup>, R REINA<sup>1</sup>, J SAVERO<sup>4</sup>, AM SANCHEZ<sup>3</sup>, JL MARENGO<sup>3</sup>, P DESMERY<sup>4</sup>, E ESTENSSORO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIGA Gral San Martín La Plata, Argentina. <sup>2</sup> Fundación para la Asistencia e Investigación en la Enfermedad Renal-FINAER, Argentina. <sup>3</sup> Hospital L.Lagomaggiore, Mendoza, Argentina. <sup>4</sup> Sanatorio Anchorena- CABA, Argentina.

**Introducción:** La enfermedad hipertensiva del embarazo es una causa importante de morbimortalidad materna y neonatal.

**Objetivos:** Describir las intervenciones, evolución y complicaciones en Terapia Intensiva (UTI) de mujeres embarazadas o puérperas con enfermedad hipertensiva del embarazo, así como de los neonatos

**Método:** Diseño: Estudio de serie de casos multicéntrico, descriptivo y analítico. Población: embarazadas o puérperas con enfermedad hipertensiva del embarazo que requirieron admisión en UTI. Localización: 3 UCIs, 2 del sector público (P1) y 1 del sector privado (P2).

**Resultados:** Se incluyeron 184 embarazadas o puérperas con enfermedad hipertensiva del embarazo y 154 neonatos. La mortalidad materna fue de 6/184 (3.3%) y todas pertenecían al sector público. Las complicaciones maternas en UTI fueron: disfunción multiorgánica (DOM) 42/112 (37.5%), distrés respiratorio (SDRA) 16/137 (8.7%), insuficiencia renal aguda (IRA) 14/184 (7.6%, con 3 de ellas requiriendo diálisis, Shock 9/184 (4.9%), Edema agudo de pulmón (EAP) 4/184(2.2%), desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPNI) 3/184 (1.6%), Hematoma hepático 2/184(1%), ACV hemorrágico 2/184 (1%), Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (NAV) 7/45 pacientes con ARM (15.5%), Otras infecciones (endometritis 4, ITU 3, otras 4) 12/46 (20%). No existió diferencia significativa entre las complicaciones maternas en P1 y P2, a excepción del porcentaje de DOM, que fue de 38/89 (43%) en P1 y de 4/23 (17%) en P2; p 0.03. Las intervenciones en UTI de las mujeres fueron: vía central 39/118 (33%), ARM 45 (24.5%), Histerectomía 5/86 (5.8%), TAM invasiva 5/106 (4.7%) y catéter de Swan Ganz 1/122 (0.5%).

El porcentaje de neonatos con peso adecuado para la edad gestacional fue de 76/116 (65.5%). La mortalidad neonatal fue de 21/154 (13.6%), su estadía hospitalaria fue de 9 días [6-16], el requerimiento de internación en UTI neonatal fue de 67/103 (65%), el de ARM invasiva de 21/58 (36.2%) y el de CPAP de 12/45 (26.7%). No hubo diferencias significativas para ninguno de estos ítems entre los neonatos de P1 vs P2.

**Conclusiones:** La morbimortalidad materna y neonatal asociada a la enfermedad hipertensiva continua siendo elevada en nuestro país. En este estudio se constataron 6 muertes maternas (3.3%), todas en el sector público y 21 (13.6%) muertes neonatales. Por otro lado una gran proporción de mujeres presentaron complicaciones durante su internación en UTI, siendo las más frecuentes la DOM, SDRA, IRA, shock e infecciones. Asimismo, complicaciones erráticas en países desarrollados, como ACV hemorrágico y hematoma hepático estuvieron presentes en este grupo de pacientes. Por último, una proporción significativa de neonatos presentó bajo peso para su edad gestacional, requirió internación en UTI y utilizó ARM invasiva, sin diferencias entre el sector público y privado.

#### 0277 CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL DONANTE

P CENTENO<sup>1</sup>, RM ANCHORENA<sup>1</sup>, H CABRERA<sup>1</sup>, M AGARIE<sup>1</sup>, A TARDITTI<sup>2</sup>, ME ARZEL<sup>3</sup>

<sup>1</sup> HZGA Simplemente Evita, Argentina. <sup>2</sup> Dirección Provincial de Emergencias Prov Bs As, Argentina. <sup>3</sup> CUCAIBA, Argentina.

La procuración de órganos y tejidos para trasplante históricamente ha sido postergada como una actividad asociada al fracaso terapéutico y generalmente ejercida por individuos aislados dentro de los servicios críticos y de emergencias.

En los últimos años se han oficializado lineamientos oficiales tanto a nivel nacional como provincial (Buenos Aires) tendientes a revertir esta situación. Además de las evidentes implicancias éticas de esta desición la reducción del gasto invertido en diálisis, pensiones, etc. justifican esta política.

Dentro de este marco el servicio de cuidados críticos de un hospital provincial de mediana complejidad se propuso marcar el rumbo en esta actividad. Se instituyeron:

Políticas serias de detección y procuración de donantes dentro del hospital.

Sistema de detección de potenciales donantes a corazón batiente en otros hospitales, que habitualmente terminan en parada cardíaca sin generar procuración.

Capacitación y concientización de todo el personal médico y auxiliar. Se logró un amplio compromiso y se reemplazó la figura del coordinador de trasplante por la del servicio procurador.

El trabajo asistencial mantuvo el mismo estándar de calidad previo, siendo la mortalidad de pacientes la predicha por scores APACHE II y SAPS.

Se ha logrado un progresivo aumento de donantes, llegando en

la actualidad a lograr que más del 50% de las muertes generen procuración.

Desde el 2009 el hospital es el mayor generador de donantes de órganos de la provincia de Buenos Aires y el mayor generador de donantes de tejidos del país. 2010 finalizó con 57 donantes de tejidos, 15.7% del país y 23 donantes de órganos 4% del país, con una alta tasa de donantes multiorgánicos.

#### 0279 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-OBSTÉTRICAS Y EVOLUCIÓN DE EMBARAZADAS O PUÉRPERAS CON ENFERMEDAD HIPERTENSIVA QUE REQUIERON ADMISIÓN EN TERAPIA INTENSIVA EN EL SECTOR PÚBLICO VS. EL SECTOR PRIVADO DE SALUD

DN VÁSQUEZ<sup>1,2,3</sup>, AV DAS NEVES<sup>1,3</sup>, G ZAKALIK<sup>4</sup>, D INTILE<sup>2</sup>, F CICORA<sup>3</sup>, MG SÁENZ<sup>1</sup>, M CASANOVA<sup>2</sup>, HS CANALES<sup>1</sup>, V APHALO<sup>2</sup>, C LOUDET<sup>1</sup>, C BALASINI<sup>1</sup>, JL SCAPELLATO<sup>2</sup>, R REINA<sup>1</sup>, J SAVERO<sup>2</sup>, AM SANCHEZ<sup>4</sup>, JL MARENGO<sup>4</sup>, P DESMERY<sup>2</sup>, E ESTENSORO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIGA Gral San Martín La Plata, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Anchorena- CABA, Argentina. <sup>3</sup> Fundación para la Asistencia e Investigación en la Enfermedad Renal-FINAER, Argentina. <sup>4</sup> Hospital L.Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La enfermedad hipertensiva del embarazo es la causa más frecuente de ingreso a las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), tanto en países de altos como de bajos recursos.

**Objetivos:** Comparar las características clínico-obstétricas y evolución de pacientes obstétricas (embarazadas o  $\leq 42$  días postparto) con enfermedad hipertensiva del embarazo que requirieron admisión en 2 UTIs del sector Público (P1) vs. 1 UTI del sector Privado (P2)

**Método:** *Diseño:* Estudio de serie de casos, multicéntrico, descriptivo y analítico. *Población:* embarazadas o puérperas con enfermedad hipertensiva del embarazo que requirieron admisión en UTI. Lugar: 3 UTIs, 2 del sector público y una del sector privado.

**Resultados:** Se incluyeron 184 pacientes, 161 en P1 y 23 en P2. La edad era de  $25 \pm 8.2$  en P1 y  $32.5 \pm 4.2$  en P2;  $p < 0.000$ . La procedencia se obtuvo en P1 en 145 pacientes y en P2 en 23; la cual era, para P1 y P2 respectivamente: Quirófano 58 (40%) vs 12 (52%); Otra institución 41 (28%) vs 1 (4.3%); Piso 40 (27.5%) vs 3 (13%) y Guardia 6 (4%) vs 7 (30.4%);  $p < 0.000$ . La estancia en UTI fue de 3[2-6] días en P1 vs 4[2-5] en P2;  $p < 0.78$ , mientras que la hospitalaria fue de 9[6-13] días en P1 y de 6[5-7] en P2;  $p < 0.005$ . La mortalidad en UTI y hospitalaria fue de 6(3.3%) y todas las muertes ocurrieron en P1. El APACHEII fue de 9[6-14] en P1 y de 6[4.75-8] en P2;  $p < 0.001$  y el SAPSII de 17[11-24] en P1 y 11[14-20] en P2;  $p < 0.001$ . El TISS fue de  $21 \pm 6$  en P1 y  $17.8 \pm 5$  en P2;  $p < 0.021$  y el SOFA fue de 2[1-4] en P1 y de 1[0-3.25] en P2;  $p < 0.029$ . Un score de Charlson de 0 se evidenció en 83/94(88.3%) de P1 y 20/23 (87%) de P2;  $p < 1$ . El score de Glasgow fue  $13.7 \pm 3.2$  en P1 y  $14.35 \pm 2$  en P2;  $p < 0.35$ . El requerimiento de ARM fue de 41/157(26%) en P1 y de 4/23(17.4) en P2;  $p < 0.44$ , mientras que la duración de ARM fue de 1[1-7.5] días en P1 y de 2 [0.5-5] en P2;  $p < 0.76$ . En ambos sectores el ingreso fue mayoritariamente postparto: P1 127(79%) vs P2 18(78%)  $p < 0.94$ . Se realizó algún control prenatal en 97/124(78%) de P1 vs 18/18(100%) de P2;  $p < 0.024$  y dicho control fue adecuado en 77/108(71.3%) de P1 vs 18/18(100%) de P2;  $p < 0.001$ . El número de gestas fue de: 2[1-3] en P1 vs 1 [1-3] en P2;  $p < 0.061$ . El antecedente de aborto estuvo presente en 19/108(18%) de P1 vs 9/22(41%) de P2;  $p < 0.015$ . Dichos abortos fueron provocados en 11/101(11%) de P1 vs 3/22(14%) de P2;  $p < 0.71$  y fueron espontáneos en 5/73(7%) de P1 vs 7/20(35%) de P2;  $p < 0.001$ .

**Conclusiones:** En ambos grupos la mayoría de las embarazadas o puérperas con enfermedad hipertensiva no tenían comorbilidades. Las pacientes del Sector Público eran más jóvenes que las del sector privado; sin embargo tuvieron una estancia hospitalaria mayor y se encontraban más severamente enfermas a su ingreso a UTI que las del sector privado. Todas las muertes (6) ocurrieron en el sector público, lo que coincidió con un menor control prenatal. El antecedente de aborto fue más frecuente en el sector Privado a

expensas de un mayor número de abortos espontáneos. El número de abortos provocados fue igual en ambos sectores.

#### 0280 NEUMONÍA AGUDA DE LA COMUNIDAD ASOCIADA A EMPIEMA PLEUROPERICÁRDICO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

N MARQUEZ, V RODRÍGUEZ, MM LLORIA, ED PEZZOLA, L AGUILAR

Hosp. Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

**Objetivo:** Comunicar tres casos de neumonía asociada a empiema pleuropericárdico ocurridos en nuestra unidad entre 2006 y 2011 y describir las características de los pacientes afectados como así también su evolución.

**Material y método:** Se investigó la presencia pericarditis purulenta en los pacientes internados por neumonía grave en la Unidad de Terapia Intensiva de Adultos de nuestro hospital entre los años 2006 y 2011.

**Resultados:** Se hallaron tres pacientes con Neumonía adquirida en la comunidad con empiema pleuropericárdico asociado, sobre un total de 6815 pacientes ingresados. El motivo de ingreso a la terapia fue shock séptico con falla multiorgánica a foco neumónico. El APACHE II de ingreso fue de  $26,33 \pm 1,15$  ( $X \pm 2DS$ ), con una edad promedio de  $52,6 \pm 13$  ( $X \pm 2DS$ ).

Entre las comorbilidades que presentaron los pacientes figuran el etilismo, tabaquismo, silicosis, lobectomía, hepatitis C y mieloma múltiple.

Presentaron como fallas de órgano falla hemodinámica, respiratoria y renal en los tres casos, requiriendo uno de estos ventilación en decúbito prono y hemodiálisis. Un paciente intercurrió con taponamiento cardíaco.

Los gérmenes aislados fueron *Streptococcus pneumoniae* en dos casos y *Haemophilus parainfluenzae* en el restante. Los gérmenes fueron aislados en hemocultivos, líquido pleural y en dos casos en líquido pericárdico, obtenido por pericardiocentesis. Los tres pacientes requirieron avenamiento pleural y drenaje percutáneo de derrame pericárdico purulento, con controles ecocardiográficos posteriores, y en un caso se recurrió además al drenaje quirúrgico. Se hallaron otros gérmenes en muestras respiratorias: *Bordetella pertussis* o *parapertussis* (pendiente la tipificación), *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*.

Los tres pacientes fueron ventilados, presentando weaning difícil, siendo uno de ellos traqueostomizado. Un paciente obitó, uno fue dado de alta y el tercero permanece internado en nuestra unidad a la fecha.

**Conclusiones:** El empiema pleuropericárdico es una complicación rara en las neumonías tratadas en nuestra unidad. Se observó en pacientes con comorbilidades previas, que padecieron neumonías graves, polimicrobianas, presentando una evolución tórpida con una alta mortalidad.

#### 0281 NOCARDIOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

E MINOLDO, R VANDERSANDE, C BERGALLO, V MOYANO, JP CASAS

Sanatorio Allende Cerro, Argentina.

**Introducción:** La nocardiosis pulmonar es una infección grave y poco frecuente, causada por especies del género *Nocardia*, que afecta tanto a pacientes inmunodeprimidos como inmunocompetentes. Este germen es un contaminante del suelo y penetra en el organismo por inhalación. Su diagnóstico se basa en el aislamiento en esputo de *Nocardia* spp. La clínica y la radiología son inespecíficas. Presentación del caso:

Paciente de sexo masculino, de 83 años, que ingresa a UTI por síndrome hiperglucémico hiperosmolar.

APP: HTA, ex tabaquista y síndrome nefrótico en tratamiento crónico con corticoides.

MC: tos productiva y fiebre.

Paciente que sufre caída de propia altura que le ocasiona herida en codo izquierdo y 48 horas después es visitado por familiares, quienes lo encuentran febril y somnoliento. Presentaba tos con abundante expectoración amarillenta de 96 horas de evolución. Refirieron escasa ingesta de alimentos en los últimos tres días.

Ex. Físico: TA 100/60 mm Hg, 37.5°C, FC 80 lpm, FR 16, Sp O2 95 %. Vigil, desorientado en tiempo, somnoliento, sin déficit motor, ni signos meníngeos. Buena dinámica respiratoria, sin ruidos sobregregados. Tos con expectoración purulenta y estrías de sangre. Escoriación en codo izquierdo con secreción purulenta. Movilidad limitada por dolor.

Laboratorio: leucocitos 12800 miles/mm<sup>3</sup>, Cr 2,05 mg% y glucemia 763 mg/dl, pH 7,47, PCR 18.43, cetonuria (-).

Rx de tórax: radiopacidad paracardiaca izquierda (Fig.1).

Se tomaron hemocultivos, urocultivo y material de herida de codo. Se inició tratamiento con ampicilina-sulbactam, hidratación con cristaloides, infusión de insulina y corticoides de reemplazo con buena respuesta. El paciente evolucionó afebril, con buen control metabólico. Se realizó TAC de tórax: a nivel parenquimatoso múltiples imágenes nodulares, bilaterales, algunas cavitadas y la de mayor tamaño con nivel hidroaéreo (Fig.2 y 3). Frente a la sospecha de tuberculosis o nocardiosis se tomó muestra de esputo seriado. Se realizó TAC de cerebro que no mostró lesiones parenquimatosas. Cultivos: hemo 2/2 y material de lesión de codo: stafilococco MR y esputo con cultivo de nocardia spp. Se rota esquema antibiótico a vancomicina y trimetropima sulfametoxazol.

No repitió fiebre pero persistió con tos. El segundo día presento FARMRV, que se trató con betabloqueantes y anticoagulación. Cuatro días después del ingreso pasa a sala común para completar tratamiento. Buena evolución, alta a los 14 días.

**Conclusión:** La mayor parte de las infecciones por nocardia se consideran asociadas a la inhalación de esporas y las manifestaciones pulmonares son las más frecuentes. El tratamiento prolongado con glucocorticoides y la quimioterapia son factores predisponentes. El diagnóstico diferencial incluye procesos malignos, tuberculosis o neumonía por hongos. El tratamiento de elección es con sulfas. Dada la dificultad que presenta el microorganismo en crecer en medios de cultivo, es muy importante advertir al laboratorio ante la sospecha clínica. Así se logra el diagnóstico precoz y se inicia el tratamiento en forma oportuna.

### 0282 STATUS EPILEPTICO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN POR ÁCIDO MEFENÁMICO

R VOLOCH, J RODRÍGUEZ RATTARO, G SILBERSZAC, R CASTRO, G VERDE, J SAGARDÍA, V CATANZARO  
Hospital Parmenio Piñero, Argentina.

**Introducción:** Los AINEs son un grupo heterogéneo de fármacos que tienen en común su capacidad para inhibir la síntesis de prostaglandinas.

Producen escasas intoxicaciones agudas, poco graves en general.

**Método:** Reporte de Caso y revisión de la literatura.

**Caso Clínico:** Paciente de 52 años que ingresa a la guardia traída por ambulancia de SAME desde el domicilio por presentar deterioro del sensorio y convulsiones tónico clónicas generalizadas.

Antecedentes: Enfermedad psiquiátrica medicada con olanzapina, prometazina, levomepromazina, clonazepam.

Se encuentran entre sus pertenencias blíster vacío de 30 comprimidos de ácido mefenámico (Ponstil Forte: 1 comprimido = 500 mg) No había faltantes del resto de su medicación. En guardia se realiza lavado gástrico, obteniéndose restos de comprimidos y recibe carbón activado. Presenta status epileptico. Se indica carga y mantenimiento de difenilhidantoína y lorazepam. Persiste con convulsiones por lo que se realiza IOT. Se realiza carga de fenobarbital. TAC de cerebro: no se observan lesiones. Ingres a UTI.

Laboratorio de Ingreso: HTO 36%, GB 11800/mm<sup>3</sup>, glucemia 276 mg/dl, Na 138, k:3.4. Hepatograma normal. Persiste con convulsiones. Dosaje de difenilhidantoína y fenobarbital en rango. Por indicación de neurología recibe ácido valproico. Internación prolongada por destete dificultoso.

**Conclusiones:** El status epileptico es infrecuente en los pacientes con sobredosis de ácido mefenámico. La mayoría de los pacientes intoxicados presentan síntomas leves. El diagnóstico se basa en historia y datos clínicos. Los niveles plasmáticos no son útiles. El tratamiento se basa en el vaciado gástrico y carbón activado de forma precoz. No existen antidotos específicos. Tratamiento de apoyo. Los métodos de depuración renal o extrarrenal no están indicados.

### 0283 PANCREATITIS AGUDA Y DISFUNCIÓN ORGÁNICA MÚLTIPLE SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR ÁCIDO VALPROICO (AVP).

R VOLOCH, C YURQUINA, G SILBERSZAC, R CASTRO, G VERDE, J SAGARDÍA  
Hospital Parmenio Piñero, Argentina.

Los eventos adversos del AVP pueden relacionarse a la dosis o ser idiosincráticas. Las primeras en general son leves y se observan en el primer mes de tratamiento o luego de aumentar la dosis.

Las reacciones idiosincráticas son más variadas y las que merecen mayor atención, por ser graves y potencialmente fatales, son las complicaciones hematológicas, hepáticas, pancreáticas.

La pancreatitis aguda (PA) provocada por AVP es una rara entidad, con una incidencia estimada de 1:40000 y ha sido descripta como una reacción idiosincrática y relacionada a sobredosis (menos frecuentemente)

Presentamos el caso de un paciente que presentó PA y disfunción orgánica múltiple (DMO) debido a intoxicación por AVP.

**Caso clínico:** Masculino, 21 años. Antecedente de enfermedad psicótica. Ingres a UTI por deterioro del sensorio secundaria a intoxicación medicamentosa intencional con AVP 135 comprimidos (67.5 g), quetiapina 30 comprimidos (3 g), risperidona 130 comprimidos (260 mg), lorazepam 17 comprimidos (42.5 mg) y zolpidem 32 comprimidos (320 mg).

A su ingreso presenta GSC 6/15 (M 4-O1-V1), shock, acidosis metabólica, hiponatremia e hipokalemia.

Requiere ARM y vasopresores en altas dosis. Laboratorio: EAB: 7.06/46/116/13/-16/95% (PAFI 331), Na+ 124, K+ 2.6. Resto de los parámetros normales. APACHE II al ingreso: 32

Se realiza tratamiento médico de sostén hemodinámico y medidas de rescate.

Evoluciona a las 24 horas del ingreso con distensión abdominal (PIA 18 mmhg), alto débito por SNG, mayor requerimiento de vasopresores y caída de la PAFI a 130. Monitoreo con catéter de S. Ganz patrón mixto (distributivo con depresión miocárdica).

Se realiza ecografía abdominal donde se evidencia vesícula distendida sin litiasis ni engrosamiento de las paredes, páncreas heterogéneo y abundante líquido el cual se punza. Se obtienen los siguientes parámetros: amilasa 3590 mg/dl, glucosa 41 mg/dl LDH 732 U/L.

Amilasemia 8093 mg/dl, Glucemia 146mg/dl, LDH 2107 y CPK 3570. HTO 45%, GB 1900, creatinina 2.7 mg/dl. Se realiza interconsulta con toxicología: se interpreta rhabdomiólisis secundaria a risperidona y quetiapina y pancreatitis secundaria a AVP.

Evoluciona con shock mixto con DMO: altas dosis de vasopresores, PAFI 160, insuficiencia renal (creatinina 3.4 mg/dl), insuficiencia hepática (alteración de la coagulación, colesterol de 35, albúmina 1.2, hipoglucemia). No se realizó hemodiálisis.

Se pancultiva por presentar fiebre y se inicia imipenem a foco abdominal. Hemocultivos 2/2 positivos para E. coli.

Mala Evolución. Fallece a los 5 días del ingreso.

**Conclusiones:** Los datos de la literatura respecto al rol del AVP como causa de PA y DMO son pocos y los artículos sobre el tema relatan, en su mayoría, casos aislados. Es un evento adverso grave con una mortalidad elevada - hasta un 40 % para la DMO.

La mayoría de los casos reportados son debido a reacciones idiosincráticas y no a sobredosis.

Las medidas de rescate del tóxico, el tratamiento de soporte, los cuidados intensivos y la hemodiálisis son los pilares del tratamiento.

#### 0284 ENCEFALITIS POR ENTEROVIRUS, A PROPÓSITO DE UN CASO

M GARRIBIA, V LARA, D OLMOS, M LEIVA, M MOYA  
Sanatorio del Salvador, Argentina.

**Objetivo:** Reportar caso de Encefalitis por enterovirus.

**Material y Método:** Paciente de 67 a. sexo Fem. App. de Diabetes II, Hipertensión, Arritmia, Nefrectomía por Tu., internada en Terapia Intensiva por Síndrome convulsivo.

Al ingreso presenta deterioro del estado de conciencia de 2 horas de evolución, con convulsiones tónicas. Requerimiento de ARM. CSV: TA: 120/80 mmHg, T° 36.5 FR: 10x SatO<sub>2</sub>: 90%. Ap neurológico: presenta convulsión tónica generalizada. Se realiza TAC de cerebro, sin lesiones estructurales. CSV: TA: 120/80 mmHg, T° 36.5 Fr: 10 SatO<sub>2</sub>: 90%. .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. Evoluciono con síndrome convulsivo tónico-clónico generalizado, nistagmus horizontal, pupilas midriáticas hipo reactivas. Carga y mantenimiento de fenitoína sin respuesta aceptable. Se realiza RNM: sin imágenes patológicas. PL: físico químico normal, sin desarrollo de germen. Ant patológica, sin signos de malignidad. Paciente febril. Se repite Pl. serología para neurovirus, enterovirus y virus Saint Luis. continúa con mioclonos. Se agrega Aciclovir, Meropenem y Rifampicina. Se indica ac. Valproico y Levetiracetam como anticonvulsivantes. EEG: desorganización generalizada, sin actividad cortical. Se realiza traqueostomía percutánea. Se recibe informe de serología que confirma PCR positiva para enterovirus.

**Conclusión:** La meningitis por enterovirus es una de las causas más importantes de meningitis aseptica, alcanzando el 75% . En su presentación clínica la encefalitis por enterovirus presenta. en casi la totalidad de los casos se presenta en personas inmunocomprometidas y niños. Y su cuadro clínico en florido Cefalea global, retrocular o frontal, hiperestesia, fiebre, nauseas, vómito, fotofobia solo convulsiones en un 4% del total de casos. su pronostico es optimo en un 83%. Nuestro interés es dar a conocer un caso de presentación atípica y de difícil diagnostico, que resulta en un paciente altamente comprometido.

#### 0285 IMPACTO DEL TRAUMA DE TORAX EN UTIA

VÉLEZ SK, VIDELA MG, DANIELSEN C, CARABAJAL E, MENDOZA M  
Hospital Policlinico Regional Dr. Ramon Carrillo – Santiago Del Estero – Argentina

**Introducción:** Las lesiones traumáticas constituyen la 1° causa de mortalidad en las primeras cuatro décadas de la vida. Se estima que una de cada cuatro muertes por trauma corresponde a una lesión torácica. El 70-80% de ellas suelen ser contusas y secundario a colisión vehicular. Casi las dos terceras partes están asociados a otras lesiones, preferiblemente craneoencefálicas, traumatológicas o abdominales, lo que aumenta su complejidad y prioridad tanto a la hora de establecer procedimientos de manejo y diagnóstico como de tratamiento.

**Objetivos:**

- Caracterizar la población internada en Terapia Intensiva Polivalente con traumatismos de tórax,
- Analizar la evolución del paciente con trauma torácico único del que se presenta con traumas asociados.

**Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Se analizaron historias clínicas de 149 pacientes que ingresaron a Unidad de Terapia Intensiva Polivalente Adultos (UTIA)

con traumatismo de tórax, periodo: diciembre 2008 – marzo 2011 (28 meses). Variables analizadas: sexo, edad, presencia de signos de intoxicación alcohólica, causas, tipo de lesión, trauma único en tórax o asociado a otras lesiones, ventilación, complicaciones, mortalidad. Análisis estadístico: Promedio y porcentajes como medidas de resumen para variables cualitativas.

**Resultados:** De 149 pacientes con trauma de tórax que ingresaron a UTIA, 25 eran mujeres (16,78%) y 124 hombres (83,22%), con una edad promedio 33,46 años y promedio de ISS de 29,03. Entre las causas se encontraron: Colisión vehicular, caídas y heridas por arma blanca y de fuego. Muchos casos con signos probables de intoxicación alcohólica (aliento etílico y rescate por SNG). La contusión pulmonar representó el 53,02% (n=79), con una mortalidad del 48,10% (n=38). El 95,97% (n=143) presentaban traumas asociados (Trauma de cráneo, abdomen, pelvis, huesos largos, vasculares, raquimedulares), siendo el de mayor porcentaje el Trauma Encéfalo Craneano (TEC) en un 78,52% (n=117). La mortalidad de la población analizada con Trauma de Tórax fue del 31,54% (n=47) todos con traumas asociados (100%). Se evidenció un alto impacto del TEC en la Mortalidad con un 72,34% (n=34). Las complicaciones más frecuentes fueron las infecciosas en relación directa con el tiempo de hospitalización.

**Conclusión:** La mortalidad del trauma de tórax en UTIA fue superior en los pacientes con traumas asociados (sobre todo con TEC) y por colisión vehicular. La mayoría eran jóvenes de sexo masculino con signos de intoxicación alcohólica al ingreso. La lesión torácica más frecuente fue la contusión pulmonar. Los pacientes con trauma de tórax único tuvieron mejor pronóstico y no se registraron muertes. La colisión moto vehicular es la principal causa de muerte a edades tempranas en nuestra provincia por lo que continúa siendo de primordial importancia poner énfasis en medidas de prevención primaria. A nuestro entender las políticas para prevenir y disminuir los traumas por esta causa deberían centrarse en la educación, en la aplicación de normas razonables y en el monitoreo de su cumplimiento.

#### 0286 TUMOR PSEUDOPAPILAR SÓLIDO DEL PÁNCREAS

DE OLMOS KUTSCHERAUER, V LARA, M GARRIBIA, M LEIVA, M MOYA  
Sanatorio del Salvador, Argentina.

**Objetivos:** Reportar caso de Tumor Pseudopapilar Sólido del Páncreas.

**Material y Métodos:** Paciente de sexo femenino de 27ª de edad ingresa a Unidad de Terapia Intensiva por Shock Hipovolemico - Hemorrágico. CSV: 80/40mmHG, FC: 120x, FR: 15x, T: 36.7, R diuretico: 60ml/h, SaO<sub>2</sub>: 94% (AA), PVC: 3mmHG, Ap. Resp. S/P, Ap Cardiovascular: R1 R2 NF, Taquicardica e hipotensa, SNC: Galsgow 15/15. LBT: Hto: 21.3%, Hg: 6.8mg/dl, Urea: 30, Creat.: 0.75, Ionograma: 135/3.1/109, EAB: 7.34/43/80/21/-4/94%, App: 67%, Kptt: 45", Plaquetas: 300.000, GOT: 15, GPT: 25. BT: 0.37/BD: 0.12, Amilasa: 68, LDH: 274, Albumina: 3.3, Gap: 8, Clc: 101. FEDA: Antro deformado, piloro descentrado, ulcera de bulbo duodenal Forrest IIA, con proceso compresivo extrínseco. TAC abdominal: Región subhepática: masa heterogénea de 94 x 92mm, produce desplazamiento de la vesícula biliar y de la vena mesenterica superior, resto s/p sin adenomegalias retroperitoneales. Ecografía Doppler: hipervascularización. Paciente evoluciona hemodinamicamente estable con parámetros Clínicos y de LBT dentro de la normalidad. Conducta Quirúrgica: Laparotomía Exploradora, realizandose Duodeno pancreatctomia por Tumoracion en cabeza de páncreas, Biopsia por congelación: Tumor Pasudopailar solido de páncreas (Frantz). Paciente que evoluciona hemodinamicamente estable con parámetros de LBT normales, continuando su internacion en sala comun con posterior alta Sanatorial.

**Conclusion:** Los tumores pseudopapilares solidos del páncreas, constituyen una neoplasia pancreatica infrecuente (1% 2% de todos los tumores pancreaticos exocrinos), presente casi siempre

en mujeres jóvenes, cuya detección en la mayoría de los casos es incidental, pueden ser asintomáticos, y al adquirir gran tamaño ocasionar síntomas por compresión de estructuras vecinas, tal es el caso de nuestra paciente.

### 0288 SINDROME DE GUILLAIN BARRE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

N JAIME, M ISA, D VEGA

Clinica Regional del Sud, Argentina.

Paciente femenino 62 años de edad, diabética II, hipotiroidea e hipertensa comienza hace 72 hs con debilidad progresiva de miembros inferiores, arreflexia y antecedente de cuadro diarreico hace una semana de duración aproximada 3 días.

Ingresa a terapia intensiva con diagnóstico de síndrome de Guillain Barre Lucida vigil orientada, pupilas isocóricas, reactivas, sin rigidez de nuca, con cuadriparesia, sensibilidad conservada de cuatro miembros. Continúa con debilidad muscular progresiva con compromiso de músculos respiratorios que obliga al 2º día de internación a colocarla en ARM. Se realiza PL (+) para disociación albumina citológica. EMG informa respuestas musculares pobres, de muy baja respuesta en todos los músculos explorados. Se intentaron velocidades de conducción imposibles de obtener, siendo las latencias residuales sin respuesta sin amplitud. Conclusión: severo compromiso axónico. Se realiza tratamiento con Ig humana 0.4gr/Kg/día durante 5 días. Con soporte hemodinámico, respiratorio, nutricional y KTR.

Paciente hemodinámicamente estable hipertensa con NTG en infusión continua, apertura palpebral a órdenes simples, escasa movilidad de dedos de manos y pies, diuresis conservado. Se agrega alimentación enteral por SNG con buena tolerancia (aporte 1000 Kcal/día), utilizándose como procinético eritromicina.

Rx de Torax visualiza condensación en base pulmonar derecha comenzando piperacilina-Tazobactam.

Con varias crisis disautonómicas al día con hipotensión, taquicardia, sudoración profusa y depresión del sensorio. Se realiza traqueostomía al 5to día de internación.

La paciente al 10º día altera función renal, eleva glóbulos blancos, febril 38°C, mini BAL(+) Acinetobacter baumannii calcoaceticus sensible a minociclina y colistin. Sensibilidad intermedia a AMS. Hemocultivos negativos. Se agrega al plan Vancomicina y Colistin. Se repite Punción Lumbar arrojando Proteínas 0.06, leucocitos 3 mm, glucemia 0,57.

Al cursar mes de internación continua con cuadriparesia, sensibilidad conservada, pierde movilidad de dedos de manos y pies. En ARM con soporte hemodinámico. Se le realiza segundo pulso de IG humana 4.4 gr/Kg/día durante 5 días. Posteriormente inestable hemodinámicamente, desaturación, Rx compatible SDRA, fallo renal agudo e hiperkalemia (K 7.5); sufre episodio de arritmia (TV) no revierte lo cual lleva a parocárdico y óbito.

**Conclusión:** El SGB es una enfermedad paralizante aguda y simétrica, ascendente, por inflamación de los nervios periféricos. Entre los pacientes SGB que necesitan ventilación mecánica tienen mortalidad del 20%. La edad avanzada también es predictor de mal pronóstico.

En nuestro paciente a pesar de las medidas de soporte esenciales e intervención precoz para evitar complicaciones, (tto antibiótico, guiados según antibiogramas; tto inmunoterapia; asistencia respiratoria mecánica; aporte nutricional; fisioterapia respiratoria y motora; el apoyo psicológico para lograr su cooperación). Los resultados no fueron favorables sufrió múltiples intercurencias y provocó su fallecimiento.

### 0290 COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DE COLUMNA

E ARISTA, D VARELA, MF DIAZ, A HLAVNICKA, N WAINSTEIN FLENI, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las variables clínicas y el pronóstico de los pacientes que se internan en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) en el postoperatorio (POP) inmediato de patología de columna vertebral.

**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 31/03/2011 luego de una cirugía de columna vertebral. Para el análisis se consideró la edad, sexo Apache II, SAPS II, requerimientos de ARM, estadía en UTI, requerimiento de transfusión de hemoderivados, vasopresores, fallo renal agudo y mortalidad. También se tuvo en cuenta la localización de la patología (cervical, dorsal y lumbosacra) y si presentó o no complicaciones. Los datos se expresaron como media y desvío estándar para las variables continuas y porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el test de t. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** En este período ingresaron a Terapia Intensiva 1000 pacientes de los cuales 88 (8.8%) fue luego de una cirugía programada de columna vertebral. El diagnóstico prequirúrgico fue: Anomalías del canal medular 26,4%; Tumores medulares 22.2%; Cifoescoliosis 19.4%; Postrauma 8.3%; Hernia de disco 11.2%; Otros 12.5%.

**Conclusiones:** Los pacientes que ingresan a UTI en el postoperatorio inmediato de patología de columna son pacientes de mediana edad, con scores de gravedad bajos y una alta incidencia de complicaciones. Las complicaciones más frecuentes son: coagulopatía, hiponatremia y requerimiento de transfusión de hemoderivados. La mayor tasa de complicaciones se observó cuando la patología estaba a nivel dorsal. Los pacientes que presentan complicaciones tienen mayor estadía en UTI.

### 0291 PERFORACIÓN ILEAL: UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA PANCREATITIS AGUDA NECROTIZANTE

J RODRIGUEZ RATTARO, J SAGARDIA, G SILBERSZAC, R CASTRO, G VERDE, V CATANZARO

Hospital Parmenio Piñero, Argentina.

La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio agudo del páncreas cuya etiología más frecuente es la biliar.

La necrosis es observada en aproximadamente el 20 % de pacientes con pancreatitis aguda y ocurre en la primera semana después del inicio de los síntomas. Observaciones clínicas y experimentales revelan que el desarrollo de necrosis pancreática es acompañado por un aumento de complicaciones locales y sistémicas, aumentando el riesgo de morbilidad y mortalidad comparada con los pacientes que presentan pancreatitis edematosa.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 44 años de edad que ingresa a UTI por Cetoacidosis diabética en el contexto de pancreatitis aguda biliar. Ranson 3. APACHE 3. SOFA: 0

Laboratorio de ingreso:

EAB: PH 7.08/PaCO<sub>2</sub> 20/PaO<sub>2</sub> 127/HCO<sub>3</sub> 6/EB -22/SaO<sub>2</sub> 99%, glucemia 836mg/dl, amilasa 1792, HTO 44%, GB 23800. Cetonuria +++.

Ecografía abdominal: Vesícula biliar distendida con microlitiasis.

TAC de abdomen: páncreas aumentado de tamaño

Se realiza tratamiento médico. Evoluciona favorablemente por lo que en el día 9 de internación pasa a sala general. 72 horas posteriores presenta hiperglucemia, hipotensión arterial, palidez cutánea mucosa y distensión abdominal con dolor generalizado a la palpación profunda sin dolor a la descompresión. RHA disminuidos. Laboratorio:

Glucemia: 559 mg/dl, Creatinina 2,92 mg/dl, Amilasa 1279, Hto 30%, GB 10500

EAB: PH 7,34 /PaCO<sub>2</sub> 22,7/ PaO<sub>2</sub> 88,2/ HCO<sub>3</sub> 12/ EB -12,6/ SaO<sub>2</sub> 97% Se realiza nueva ecografía abdominal: VBIH y EH no dilatada, Vesícula litiásica. Páncreas no visible. Morrison libre. Conducta expectante.

Evoluciona con inestabilidad hemodinámica y reacción peritoneal. Se realiza Rx de abdomen en donde se evidencia neumoperitoneo.

Es intervenido quirúrgicamente. Se observa abundante cantidad de líquido purulento en cavidad. Se constata ileon terminal, a 15 cm de la válvula ileocecal, desvitalizado y perforado. Presenta PCR con respuesta a la RCP. Se reseca ileon. Abdomen abierto y contenido. Ingresa a UTI. Fallece.

Anatomía patológica de pieza quirúrgica: perforación intestinal, necrosis de mucosa y submucosa con infiltración inflamatoria mononuclear y polimorfo nuclear. Peritonitis aguda fibrino leucocitaria.

**Conclusiones:** La perforación y necrosis ileal es una rara complicación de la pancreatitis aguda necrotizante. Hemos encontrado reportes de caso de perforación colónica y duodenal, no así de compromiso ileal. Los casos son graves y presentan una mortalidad elevada.

Nuestro paciente evolucionó favorablemente al inicio de la enfermedad con tratamiento médico pero presentó perforación ileal en el día 12 de evolución coincidente con el desarrollo de necrosis y falleció.

#### 0292 PROGRAMA DE USO DE ANTIBIÓTICOS PARA EL CONTROL DE LAS BACTERIEMIAS POR MICROORGANISMOS RESISTENTES EN UNA UNIDAD CARDIOVASCULAR PEDIÁTRICA

S RUVINSKY, B ZYLBERSZTAJN, A MÓNACO, G PEREZ, M ALTHABE, R MAGLIOLA, M LENZ, L CASIMIR, N AQUINO, H LOPARDO, R BOLOGNA

Hospital Dr. Juan P. Garrahan, Argentina.

**Introducción:** El uso inadecuado de antibióticos de amplio espectro genera incremento en la selección de microorganismos multi-resistente intra-hospitalarios (MM-IH). Las bacteriemias bacilos gram negativos resistentes son frecuentes y tienen alta morbi-mortalidad en la UCI cardiovascular (UCIC).

**Objetivos:** Analizar el impacto de un programa multidisciplinario de uso de antibióticos y medidas de aislamiento para el control de las bacteriemias por MM-IH en UCIC.

**Métodos:** Estudio antes- después, se estimó el consumo de antibióticos en base a DDD/100 pacientes/día (según OMS), y el registro de bacteriemias causadas por BGNRI y colonización por EVR en UCIC del Hospital Garrahan. Intervención: educación y supervisión diaria para el uso de ceftriaxona (CRO), carbapenemes (CARB), vancomicina (VAN), cambio de ceftazidima (CAZ) por piperacilina-tazobactam (PTZ), adecuación según recomendaciones de la duración de la profilaxis post-quirúrgicas, capacitación en lavado de manos e implementación de aislamiento de contacto estricto en pacientes con cultivo positivo para BGNRI o EVR. Período de estudio: 1/1/2007 al 31/12/2009. Análisis estadístico: regresión lineal y chi cuadrado, significación estadística  $p < 0.05$ . STATA 8.0.

**Resultados:** El número de pacientes en UCIC fue de 5295 pacientes/día en el 2007 y 6843 pacientes/día en el 2009. Período pre-intervención (pre I): en el 2007 la DDD/100 pacientes/día fue: CARB: 2,9, CAZ: 1, CRO: 2,3, PTZ: 1, VAN: 7,2. Al año post-intervención (2009) la DDD/100 pacientes/día según ATB fue: CARB: 1,5, CAZ: 0,7, CRO: 2,2, PTZ: 0,5, VAN: 3,2. Regresión Lineal: al evaluar el período pre-I vs post-I ajustado por número de pacientes se observó reducción promedio para: CAR 29 ( $p = 0.05$ ), VAN 54 ( $p = 0.014$ ) y PTZ 90,73 ( $p = 0.18$ ). La relación BGNRI/total bacteriemias IH al 1° vs 2° año de implementado el programa fue: 29/52 (55.76%) vs 12/39 (30.76%), OR 2.84 (IC 95% 1.09-7.49,  $p = 0.03$ ) y de colonización por EVR fue de 18 vs 7, OR 2.73 (IC 95% 1.08-7.18,  $p = 0.03$ ). La tasa de mortalidad cruda fue 0.8/ 1000 pacientes en ambos períodos.

**Conclusiones:** La reducción del consumo de antibióticos y las medidas de aislamiento se asociaron con una disminución en las bacteriemias por BGNRI y de la colonización por EVR. Se requiere continuar en forma sistemática con el programa para lograr un mayor control de los MM-IH.

#### 0293 MIOPATÍA VISCERAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

C FALLATTI, F VILLAREJO, M LLOLLIA, N MARQUEZ, M BERMEO

Hospital Nac. Prof. A. Posadas, Argentina.

**Presentación de caso:** Paciente de 34 años, antecedentes de hipotiroidismo, talasemia y trastornos del ritmo evacuatorio desde la infancia (estreñimiento crónico y fecalomas).

Ingresa derivada de otro centro en el cual cursaba internación por cuadro de abdomen agudo quirúrgico, se le practicó apendicetomía y desmoronamiento de fecaloma. Se requirió relaparotomía por peritonitis plástica secundaria a perforación cecal, se realizó hemicolectomía derecha e ileostomía. La evolución postoperatoria fue tórpida y por no restablecerse el tránsito intestinal fue derivado a nuestro hospital. A su ingreso se decide conducta quirúrgica, hallándose peritonitis plástica y perforación de intestino delgado requiriendo resección con entero-entero anastomosis. Evolucionó con múltiples perforaciones y peritonitis purulenta generalizada por lo que se le practicó una segunda resección de intestino delgado, se deja abdomen abierto y contenido, se coloca SIVACO. Se constataron múltiples fistulas intestinales. Recibió nutrición parenteral total.

La evolución postoperatoria fue tórpida, presentó shock séptico con falla orgánica múltiple. SDRA. Fallece a los 17 días de su ingreso a unidad cerrada.

Se recibió informe de biopsias tomadas, las cuales muestran adelgazamiento de pared con marcadas alteraciones de la capa muscular propia y de la muscular de la mucosa. Estos consisten en cambios degenerativos como visualización perinuclear, fibrosis pericelular y en sectores reemplazo de la misma por tejido colágeno. La mucosa supraadyacente a dichas alteraciones muestran cambios morfológicos tipo isquémico coincidente con áreas de perforación. Este cuadro morfológico es compatible con una miopatía visceral.

**Conclusión:** La miopatía visceral es una patología infrecuente generando dificultad para establecer el diagnóstico.

El caso presentado evidencia la falta de sospecha clínica en un paciente con historia de estreñimiento crónico y retención fecal, que evolucionó desfavorablemente a pesar de las múltiples intervenciones quirúrgicas todo ello asociado con las interurrencias infecciosas que fue lo que determinó la mala evolución.

#### 0294 SEGURIDAD DEL PACIENTE. PRESENTACIÓN DE CASO. FASCITIS NECROTIZANTE, ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

MF QUINTEROS, AG TORANZO, MP FUNES, AG GALIAN, AG DIAZ, DR CLAVERO

Hospital San Roque, Córdoba – Capital, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las causas de un caso de fascitis necrotizante, donde se sospecha la ocurrencia de un evento adverso.

**Material y método:** Paciente varón de 23 años que el día 25-11-2009 concurre a la guardia de un Hospital Regional del interior de la Provincia de Córdoba. Consulta por dolor muscular, por lo que se le indica analgésico intramuscular. La medicación se realiza en el mismo lugar de atención, por parte del auxiliar de enfermería. A los 3 días consulta nuevamente a la guardia con dolor e impotencia funcional de todo el miembro inferior derecho, flogosis, crepitación e hiperalgia en glúteo y región posterior del muslo.

Se diagnostica absceso de glúteo e ingresa a cirugía, realizándose fasciotomía con debridamiento, lavaje de planos afectados colocando drenajes y se toma material para cultivo bacteriológico. Ingresa a UTI con signos de shock. Requiere asistencia respiratoria mecánica y soporte de drogas inotrópicas, presenta episodio compatible con bacteriemia y oligoanuria. Se indican antibióticos endovenoso. Se deriva a centro de mayor complejidad en Córdoba Capital. Paciente inestable con requerimientos de drogas inotrópicas a dosis plena, se agrega otro antibiótico y se coloca antitétánica. Al cuarto día se encuentra inestable hemodinámicamente y en anuria por lo que se indica

hemodiálisis. Al quinto día aparecen áreas de necrosis en miembro inferior derecho y lesiones ampollares en glúteo. Al sexto día continúa con soporte de drogas inotrópicas en altas dosis, inestable hemodinámicamente, en ARM y hemodiálisis. Al séptimo día fallece.

**Resultados:** Análisis de Causa Raíz.

Una vez identificado el incidente, se realizó la recopilación de datos y a continuación se resumió el índice de aspectos a considerar propuesto por la JCAHO y una parrilla de análisis para facilitarlos. Se elaboró el mapa de los hechos y se reunió con parte del equipo involucrado. En estrecha comunicación con el hospital de origen, se realizó la revisión de los acontecimientos y todos pudieron relatar la sucesión cronológica de las actuaciones y exponer su punto de vista sobre los factores causales.

Se analizaron factores humanos, faltas en procedimientos; factores externos; cualificación y entrenamiento del personal; disponibilidad de protocolos y su cumplimiento; información para el manejo del paciente y de situaciones que afectan a la organización, el grado de comunicación entre el personal, y si fue verbal o por escrito, etc. Del análisis de la información surge que el error fue causado por el inadecuado cumplimiento de los procedimientos de enfermería como factores contribuyentes se mencionan fallas en la provisión de insumos y la sobrecarga de tareas a las que se ve sometida la guardia del Hospital de origen.

**Conclusión:** Como consecuencia del análisis surgen como recomendaciones: Mantener una adecuada capacitación en Servicio y supervisión de las actividades de Enfermería de la Guardia. Establecer normas sobre la provisión de insumos y la administración de medicamentos. Se enviaron las recomendaciones a las autoridades pertinentes.

#### 0295 UTILIDAD DE UN SCORE DE CALIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS DE CAÍDAS EN PACIENTES INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

MA SALAS, CI MARTINEZ, M ENRIQUEZ  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** Las caídas generan un daño adicional para el paciente que se encuentra internado en una institución sanitaria, ya que alteran su proceso de recuperación e incrementan su estadía hospitalaria, con los riesgos que esto implica para el paciente, familia e Institución. Las consecuencias impactan no solo en un aumento de los costos económicos tanto para el paciente como para la institución, sino también en aspectos relacionados como estándares de calidad de atención. Según las estadísticas presentadas en la base de datos de Sucesos Centinela de la Joint Comisión Internacional (JCI), las caídas de pacientes son el sexto evento más reportado, lo que infiere en que países que estudian este problema, como EEUU, caen entre el 2% y el 10% de todos los pacientes admitidos en un año.

**Objetivos:** Describir el riesgo de caída que presentan los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes internados en la UCI. Se analizaron el riesgo de caída que los pacientes presentaban durante los primeros 3 días de internación utilizando como instrumento la escala de valoración de riesgo de caídas, donde consta de los siguientes puntos: a) Historia de caída en los últimos tres meses, b) edad del paciente > 65 años, c) Movilidad dificultosa, d) Problemas en la evacuación, e) Déficit sensorial, f) cambios en el sensorio, g) Diagnósticos o problemas neurológicos, h) Cambios o fluctuaciones en la presión arterial, i) Medicamentos (benzodiazepinas, narcóticos, drogas vasoactivas, etc. Y la observación de la valoración de enfermería registrada en PECTRA. El puntaje mínimo que otorga riesgo de caída es de 5 puntos lo cual se procede a tomar medidas preventiva (colocación de círculo autoadhesivo color azul en la pulsera de identificación, próximo a los datos identificatorios y el uso de una tarjeta de recomendaciones en el respaldo inferior de la cama – cara externa).

**Resultados:** Se analizaron 40 pacientes, de los cuales el 60% (n=24)

corresponden al sexo masculino y el 40 % (n= 16) corresponden al sexo femenino y una edad promedio de 48.52 años. El 100% de la población estudiada fueron evaluados por el personal de enfermería y registrados en el área de monitoreo de PECTRA.

**Conclusión:** El 100% de los pacientes evaluados en este trabajo presentaban riesgo de caída (> 5 puntos). Si bien no hubo reportes de este evento en nuestra UCI, la utilización de un score sobre riesgo de caída permite valorar la utilidad del mismo e implementar cuidados estandarizados a fin de prevenir la ocurrencia de caídas, lo que contribuirá a mejorar la calidad de atención.

#### 0296 IMPLEMENTACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE BUNDLE PARA LA DISMINUCIÓN DE NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA: EXPERIENCIA PRÁCTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL

MA SALAS, M SANCHEZ, A NOVAU, L FABBRO, M ENRIQUEZ  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** La Neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV-M) es una de las principales causas de muerte en las Unidades de Cuidados Intensivos. Se estima que entre un 9-27% de los pacientes sometidos a ventilación mecánica desarrollaran neumonía. Además de su magnitud, su importancia radica en la morbimortalidad, la estadía hospitalaria, costos y sobre todas las cosas en aspectos relacionados como estándares de calidad de atención. Desde el Institute for Healthcare Improvement (IHI), enmarcado dentro de la campaña "The 100,000 Lives Campaign", se propusieron grupos de medidas para reducir la incidencia de los principales tipos de infección nosocomial denominados bundles. Estos bundles son una selección de intervenciones sencillas con elevado nivel de evidencia. Un rápido despliegue a los profesionales sobre cuál es el cumplimiento del bundle y su impacto en la infección nosocomial es el otro pilar de esta estrategia de mejora.

**Objetivos:** 1. Valorar la utilidad de implementación de medidas preventivas o Bundles de NAVM por parte del personal de enfermería **Material y Métodos:** Estudio prospectivo de tipo descriptivo basado en datos de vigilancia epidemiológica y observacional sobre pacientes con asistencia ventilatoria mecánica (AVM) internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos (UCI) del Hospital Universitario Austral (HUA). Este estudio consta del monitoreo y de la implementación de cuatro medidas recomendadas por la Unidad de Control de Infecciones del HUA para la prevención de NAVM: 1) cabecera de la cama a 35°, 2) Adecuada higiene bucal, 3) Neumotaponamiento de la vía aérea artificial a 25 mmHg, 4) Aspiración subglótica conectada a 20 mmHg. La cantidad de días/pacientes en AVM y NAVM fueron obtenidos a través de los datos registrados en la base de datos EpiCI, Sistema para vigilancia epidemiológica y control de infecciones.

**Resultados:** La tasa pre implementación de bundles durante el 3 trimestre de 09 era de 20.17%, con un promedio de 3 episodios mensuales, encontrándose la misma por encima de los Estándares nacionales e internacionales. A partir del 4 trimestre de 09 con la implementación y cumplimiento de paquetes de medidas, se puede observar una disminución significativa de la tasa de NAVM de 0% en el 3 trimestre de 2010.

**Conclusion:** La implementación de Bundles en la prevención de NAVM, el monitoreo y el cumplimiento de las mismas mejoran la calidad de atención pertinentes a este tema.

#### 0297 ENCUESTA DEL HÁBITO TABÁQUICO EN XIX CONGRESO DE TERAPIA INTENSIVA-2009

SATI CNC  
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Argentina.

**Introducción:** El tabaquismo es una enfermedad crónica, de carácter adictivo y con alta mortalidad mundial, pero evitable

## ■ Resúmenes

La prevalencia de consumo en Argentina del personal de salud es del 35 %, similar a la población general.

**Objetivo:** Determinar prevalencia de tabaquismo en el personal de salud que concurre al XIX congreso de SATI 2009, evaluando carga tabáquica y entorno familiar como factor de riesgo para el hábito. Detectar fumadores en Etapa Contemplativa.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo observacional, transversal por encuestas en forma anónimas y voluntarias durante el congreso mediante una encuesta anónima. Las variables fueron: edad, sexo, ocupación, edad de comienzo, carga tabáquica, existencia de la prohibición en el ámbito laboral e interés en el abandono del hábito.

Se calcularon frecuencia absoluta, relativa y media de las variables estudiadas.

**Resultados:** De un total de 2100 concurrentes, se recibieron 210 (10%), edad promedio 37 (20-64), 123 (62%) sexo femenino. El 40% (84) fuman. La edad de comienzo fue en los 13-18 años. De los fumadores el 60% son médicos, 23% enfermeros, 17 kinesiólogos. La carga tabáquica es mayor entre los 40 y 60 años. El 98% existe prohibición de fumar en su ámbito laboral, el 62% tiene interés en abandonarlo.

**Conclusiones:** La mayor prevalencia de tabaquismo en el XIX congreso de terapia intensiva 2009 fue del 40%, estos niveles son elevados y no ayudan en la función modélica que tiene el profesional de salud.

### 0300 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA Y FETAL EN 41 PACIENTES EMBARAZADAS QUE REQUIERON VENTILACIÓN MECÁNICA DURANTE LA PANDEMIA POR EL VIRUS DE 2009 INFLUENZA A(H1N1) EN ARGENTINA

F RIOS<sup>1</sup>, E ESTENSORIO<sup>1</sup>, R REINA<sup>2</sup>, J BARTOLI<sup>3</sup>, J LEIVA<sup>4</sup>, R BUFA<sup>5</sup>, D VAZQUEZ<sup>10</sup>, M BLASCO<sup>6</sup>, F SALDARINI<sup>7</sup>, M CASTRO<sup>8</sup>, ME GONZALEZ<sup>9</sup>, C GALLETI<sup>11</sup>, G DOMENICONI<sup>12</sup>, J GIULIANI<sup>13</sup>, C ORLANDI<sup>17</sup>, C BARRIOS<sup>15</sup>, D CERASO<sup>16</sup>

<sup>1</sup> Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Argentina. <sup>2</sup> Hospital San Martín de la Plata, Argentina. <sup>3</sup> Clínica Reina Fabiola, Argentina. <sup>4</sup> Instituto del Quemado, Córdoba, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Iturraspe, San Francisco Córdoba, Argentina. <sup>6</sup> Hospital Británico, Argentina. <sup>7</sup> Hospital Santojani, Argentina. <sup>8</sup> Hospital San Roque, Córdoba, Argentina. <sup>9</sup> Hospital Privado de la Comunidad, Mar del Plata, Argentina. <sup>10</sup> Sanatorio Anchorena, Argentina. <sup>11</sup> Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina. <sup>12</sup> Sanatorio Trinidad San Isidro, Argentina. <sup>13</sup> Hospital Italiano Garibaldi, Rosario, Argentina. <sup>15</sup> Sanatorio Franchin, Argentina. <sup>16</sup> Hospital Juan Fernández, Argentina. <sup>17</sup> Sanatorio Lopez Lima, Gral Roca, Río Negro, Argentina.

**Introducción:** Desde 1919, las embarazadas fueron identificadas como un grupo de mayor morbimortalidad durante las epidemias de influenza. El fin del presente estudio fue analizar las características y evolución de las pacientes embarazadas ingresadas a la UCI que requirieron ventilación mecánica, y de sus productos, durante la pandemia por el virus de la influenza A(H1N1) 2009 en Argentina.

**Métodos:** En un registro creado por la SATI ad hoc, se recolectaron datos epidemiológicos, clínicos, y evolución de dichas pacientes. Adicionalmente, se recolectaron datos obstétricos: duración y evolución del embarazo, y características clínicas y evolución de los recién nacidos.

Los datos se analizan según su naturaleza.

**Resultados:** Fueron ingresadas 41 pacientes; edad: 29±6 años; 2 pacientes <20 años (5%); 28 entre 20-34 años (68%); y 11 ≥35 años (27%); casos confirmados/sospechados: 56%/44%; duración de síntomas hasta el ingreso al hospital: 4[3-6] días. APACHE II: 16±9; SOFA al ingreso (n=25): 8[3-9]; 31% presentaron comorbilidades: asma: 5/26 (19%); inmunosupresión: 3/26 (12%); diabetes: 1/26 (4%); IMC pre-gestacional (kg/m<sup>2</sup>): 23±3; ninguna con IMC >30; con neumonía bacteriana al ingreso: 5/22 (23%)

La PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> al ingreso fue 156±75; y la peor 119±61; requiriendo PEEP al ingreso de 12±8 cmH<sub>2</sub>O, con niveles máximos de 17±8. En 41% se utilizó PCV; en 46% maniobras de reclutamiento y en 15% decúbito prono. En 35% se utilizó VNI. 5 pacientes presentaron shock, y 4 requirieron hemodiálisis. Fallecieron 18 pacientes (44%); 90% por hipoxemia refractaria; 50% por shock y 10% por barotrauma; 2 pacientes ingresaron a la UCI en paro cardiorrespiratorio. 93% de las pacientes recibió oseltamivir; 31% en dosis de 300mg/día. La duración del embarazo fue de 30±8 semanas; la distribución según trimestres (3/2/1): 65%, 20% y 5%. Se efectuaron 30 cesáreas (26 de emergencia), 2 partos y 2 curetajes; 2 embarazos continuaron. Nacieron 26 bebés vivos, en 14 casos la madre falleció; todos de alta, sin secuelas. Otros 5 bebés fallecieron (28±6 semanas; edad materna 34±3), en 4 casos junto con sus madres. Evolución desconocida en 5 casos. El APGAR general (5 minutos) fue de 7±2 y el peso 2105±941 g; 7 con peso <1500 g. Dos casos recibieron corticoides para maduración y 1 por indicación materna (shock).

#### Conclusiones:

- 1) Las pacientes presentaron gran gravedad, frecuentes comorbilidades, y APACHE II superior al reportado en pacientes obstétricas ingresadas a la UCI en Argentina (Vazquez et al, Chest 2007). El ingreso a la UCI fue tardío, con fallas orgánicas ya establecidas, y la mortalidad elevadísima.
- 2) Todas las pacientes presentaron SDRA, con mayores requerimientos de PEEP y de adyuvantes que en la cohorte argentina con influenza A(H1N1) (Estenssoro et al, AJRCCM; 2010); la hipoxemia refractaria fue la causa más común de muerte.
- 3) La mayoría ingresó en el 3er trimestre de embarazo y requirió cesárea de emergencia, pese a lo cual, la mortalidad neonatal fue importante.

### 0301 EL PACIENTE CON ANTECEDENTES DE DEMENCIA EN TERAPIA INTENSIVA: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA, COMPLIACIONES Y RESULTADOS

L PREVIGLIANO, RP RIPOL, I PREVIGLIANO

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante. Terapia Intensiva Hospital Fernandez., Argentina.

**Objetivo:** Describir la incidencia de internación de pacientes con demencia en terapia intensiva, la etiología de la misma, las causas de ingreso, complicaciones y resultados.

**Material y método:** Diseño de estudio: descripción de cohorte, prospectivo.

Lugar. Unidad de Terapia Intensiva de Hospital afiliado a múltiples universidades.

Datos analizados: edad, sexo, tipo de demencia, puntaje inicial en la Escala de Coma de Glasgow (GCS), APACHE II, TISS, días de internación en UTI (DUTI), días de ventilación mecánica (DVM), días de intubación (DTET) y de traqueostomía (DTx), motivo de ingreso, etiología, complicaciones, delirium, órdenes de no resucitar y mortalidad.

Análisis estadístico: Chi cuadrado.

**Resultados:** Del 01/01/01 al 31/12/10 se internaron 4129 pacientes, de éstos 60 tenían antecedentes de demencia (1,45%). La edad media fue de 79,65±9,15 años, 63% de sexo femenino, la mediana de GCS 12 ± 4; promedios: DUTI 11,28±10,74, DVM 5,3±8,31, DTET 4,57±5,84, DTx 2,05±7,48, APACHE 21,77±8,43, TISS 24,32±8,35.

Antecedentes de calidad de vida según APACHE: B 13%, C 50% y D 37%.

Tipo de demencia: Alzheimer 31(52%), vascular 18(30%), mixta 9(15%), no filiada 1(6%) y alcohólica 1(6%).

Motivo de ingreso: urgencia 92%, programado 8%, Shock séptico 19(32%), insuficiencia respiratoria 11(18%), Postoperatorio 10(17%), Ataque cerebro vascular 7 (12%), TEC 4 (7%), Shock hipovolémico 2(3%), Encefalopatía hipóxico anóxica 2(3%), Sepsis 2(3%), otros 3(5%). Etiología principal: neumonías 20(33%), cuidados postoperatorios 20(33%). Presentaron complicaciones 36 (60%).

Ordenes de no resucitar 7(11%) todos con Alzheimer. Mortalidad: 24(40%), 13(54%, 26% de los casos) Alzheimer, 8(33%, 11% de los casos) vascular, 2(8%) mixta, 1(4%) no filiada. Mortalidad pacientes mayores 71 años 37%.

El análisis estadístico sólo mostró diferencias para B y mortalidad (0% vs 46% p 0,01).

**Conclusiones:** Los pacientes con antecedentes de demencia representan el 1,45% de los ingresos de una UTI general, con una mortalidad del 40%, sin diferencias con un grupo etario similar sin demencia.

El 11% tenían órdenes de no resucitación que se verificaron en la internación en UTI.

El motivo de ingreso más frecuente es el shock séptico, seguido por la insuficiencia respiratoria y el control postoperatorio.

Los pacientes con mejor calidad de vida previa (B) tienen menor mortalidad que los que tienen limitaciones importantes (p0,01).

Este hallazgo debería ser tenido en cuenta en el momento de ingresar un paciente demente en la UTI.

### 0302 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA MUERTE ENCEFÁLICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

IJ PREVIGLIANO, L PREVIGLIANO, M QUINTEROS, J POLISZUK, E FERNANDEZ, J LARA, A SARASINO, D CERASO

Unidad de Neurointensivismo y Gestión en Procuración de Órganos y Tejidos para Trasplante. Terapia Intensiva Hospital Fernandez., Argentina.

**Objetivo:** Mostrar la evolución de la muerte encefálica a lo largo de 15 años.

**Material y método:** Diseño de estudio: descripción de cohorte, prospectivo.

Lugar: Unidad de Terapia Intensiva de Hospital afiliado a múltiples universidades.

Datos analizados: número total de pacientes, de camas, de muertes encefálicas, de llamado a organismo de procuración, donantes reales, negativas familiares, pérdidas (paro cardíaco durante el mantenimiento), y descartes (contraindicaciones a la donación). Análisis estadístico: Test de Chi cuadrado.

**Resultados:** Del 01/01/94 al 31/12/09 se internaron 8908 pacientes, de éstos 260 (3%) presentaron muerte encefálica. Faltan los datos del año 2000.

Donantes reales: 66 (25%). Negativas: 61 (23%). Pérdidas: 21 (8%). Descartes: 116 (44%). ME por cama de UTI: 1.4.

Se realizó una primera comparación antes y después del inicio del Programa Federal de Procuración, observándose un aumento de los donantes reales (29% vs 18%, p 0,03).

Desde el año 2004 se llamó al organismo de procuración para la evaluación de todas las muertes encefálicas y se analizaron las mismas variables antes y después de esa fecha.

Se observa una disminución de la cantidad de ME absolutas (72 vs 188, p <0.01), por cama de UTI (1.74 vs 1, p < 0.01), un aumento de los donantes reales (35% vs 22%, p 0.03), de las negativas familiares (33% vs 19%, p 0.01) y disminución de la cantidad de descartes (21% vs 51%, p < 0.01).

**Conclusiones:** Se observa una tendencia a la disminución de las ME a lo largo del tiempo.

La implementación del Programa Federal logró un aumento del número de donantes como en el resto del país.

Se ha logrado un aumento de los donantes reales y una disminución de los descartes en los últimos 5 años, a pesar de un aumento en la negatva a la donación.

### 0303 SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO CATASTRÓFICO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

MS MARINSALDA, M BACIGALLUPPI, MJ LEDESMA, MJ ARAMBURU, V CAGLIERI, C GALLETTI

Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina.

**Introducción y Objetivo:** El Síndrome Antifosfolípido (SAF) Catastrófico (SAF-C), variante rara de SAF definido como una insuficiencia aguda de al menos tres tejidos, órganos o sistemas, causada por enfermedad tromboembólica diseminada. Los criterios diagnósticos incluyen además, presentación de las manifestaciones simultáneamente o en menos de una semana, confirmación histopatológica y presencia de anticuerpos antifosfolipídicos. Los factores de riesgo incluyen infecciones, cirugías, trauma, tumores malignos y drogas. Se presentan dos casos ilustrativos de la diversidad de manifestaciones.

**Presentación:**

Caso N° 1: Femenino, 32 años, antecedentes de hipotiroidismo, abortos a repetición y pre-eclampsia. Cuatro días antes comienza con diarrea y vómitos, asociado a lipotimia. Ingres a UTI en shock séptico. Dos hemocultivos con streptococcus pyogenes. Tratamiento antibiótico con esquemas diversos. Distress Respiratorio severo. Diagnóstico de SAF -C, por criterios clínicos y de laboratorio, con afectión hepática, plaquetopenia severa (>10 000), trombosis 3° dedo mano izquierda, infarto renal bilateral y de bazo. Se inicia tratamiento con Metilprednisolona y Gamaglobulinas EV, a dosis alta y HBPM. Diez días después, amputación de 3° dedo más toilette quirúrgico. Posterior elevación de plaquetas, se inicia anticoagulación ACO. Evoluciona favorablemente. Veinte días después es dada de alta.

Caso N° 2: Femenino, 65 años, antecedentes de LES, 30 años de evolución, SAF anticoagulada, enfermedad mixta del tejido conectivo con componente esofágico. Ingres a UTI por tres episodios de hematemesis, dolor epigástrico, sin descompensación hemodinámica. FEDA: severo desgarro esofágico de 10 cm de longitud., sin sangrado activo. Se suspende ACO. Tratamiento incluye pantoprazol EV y analgesia. Evolucionó desfavorablemente con dolor intenso y edema en brazo, antebrazo y mano derecha. Ecografía doppler que informó trombosis vena cefálica, extendiéndose a la vena mediana y humeral. Examen Ecográfico Doppler Arterial normal. Plaquetopenia marcada (piso de 6000). TAC tórax y abdomen descarta rotura esofágica pero confirma desgarro con compromiso parietal profundo. Se realiza pulso de Metilprednisolona y Gammaglobulina EV a dosis altas. Una semana después anticoagulación con HBPM (una nueva TAC no evidenció compromiso esofágico) y posteriormente ACO, evoluciona favorablemente. Alta.

**Discusión y Conclusiones:** SAF-C es una entidad extremadamente rara (0,8%). Un cuadro agudo y devastador caracterizado por múltiples y simultáneas oclusiones vasculares, con elevada mortalidad (50%). La clasificación como "definido" o "probable", no debe demorar el tratamiento. SAF-C "probable" permite iniciarlo apenas sospechado. Infección es un determinante usual, sin embargo en un 50% no se detectan factores precipitantes. Aunque por causas no claras, el desgarro esofágico está relacionado a SAF-C. En ambos casos se utilizaron dosis altas de inmunoglobulinas (1g./Kg de peso), abordaje propuesto en la bibliografía, para evitar plasmaféresis, lo que fue posible en estos casos.

### 0304 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO EN TRASPLANTADA HEPÁTICA

MJ ARAMBURU, V CAGLIERI, J ARROYO, P CARMIGNANI, C GALLETTI

Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción. Objetivos:** Miocardiopatía periparto (MCP) es un trastorno idiopático, potencialmente mortal, en el que la disfunción ventricular izquierda y síntomas de insuficiencia cardiaca se producen entre el último trimestre del embarazo y hasta los 5 meses después del parto. El embarazo en los receptores de injerto hepático es un evento no raro, aunque la mayoría tienen curso favorable, tanto las madres como los hijos, tienen un mayor riesgo de complicaciones. Se presenta un caso de MCP en trasplante hepático ortotópico (THO).

**Presentación del Caso:** Paciente femenina de 30 años, THO por hepatitis autoinmune 18 meses antes con recidiva post trasplante de enfermedad de base, en fase cirrótica. Coagulopatía autoinmune con anticuerpos anti factor V. Presenta rotura prematura de membranas, cursando 28 semanas de gestación (secundigesta). Cesárea de urgencia complicada con sangrado severo (APP: 40%-Plaquetas: 10000, Fibrinógeno de 60mg) Ingres a UTI con disnea, ortopnea, taquicardia e ingurgitación yugular. Ritmo de galope. Presión venosa central (PVC): 20 cm/H<sub>2</sub>O con edemas generalizados. Rx. tórax cardiomegalia manifiesta con signos de redistribución de flujo. Ecocardiograma (EcCG) dilatación biventricular, fracción de eyección disminuida, derrame pericárdico leve, insuficiencia tricuspídea moderada, hipertensión pulmonar (HP) leve a moderada. Se sospecha MCP. Tratamiento con bromocriptina, enalapril, carvedilol y diuréticos. A los 5 días evoluciona con mejora clínica, PVC: 10, sin disnea ni necesidad de O<sub>2</sub>. Rx con ICT menor a 0,5 con buena distribución de la trama vascular pulmonar. EcCG: diámetros ventriculares dentro de parámetros normales, derrame pericárdico leve, buena función ventricular, sin HP. Dada de alta definitiva de UTI, a los 25 días, con carvedilol y enalapril a dosis bajas, más medicación de base. A los 40 días del episodio inicial, asintomática con función cardíaca normal. Su hijo prematuro evolucionó sin complicaciones

**Discusión. Conclusiones:** La incidencia de MCP es de 1:14 000 nacimientos vivos con una alta tasa de mortalidad y en general pobres resultados funcionales en sobrevivientes.

Se han descripto numerosas complicaciones en embarazos en THO, no hemos encontrado asociación con MCP. Es probable que esta última no tenga relación directa con el THO, presentándose por otra parte, en una paciente con antecedentes inmunológicos francos. Hubo reversión de todos los cambios clínicos, radiográficos y ecográficos lo que confirma la etiología periparto. La bromocriptina en relación un nuevo mecanismo fisiopatológico de la MCP es opción novedosa en el tratamiento con buen resultado en este caso.

### 0305 SÍNDROME DE CAUTIVERIO SECUNDARIO A DISECCIÓN TRAUMÁTICA DE CUATRO VASOS. LAS LESIONES INICIALES PUEDEN NO PREDECIR LA EVOLUCIÓN

L BARAC, S MARINSALDA, ME IGLESIAS, V CAGLIERI, C GALLETTI  
Servicio de Medicina Crítica. Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción. Objetivo:** Las disecciones de arterias cervicales (DAC) y cerebro se diagnostican más, debido al creciente índice de sospecha y los avances imagenológicos. Representa el 25 % de strokes en pacientes menores de 45 años. DAC simultáneas son infrecuentes (menos de 30%). Las localizaciones más comunes son regiones donde las arterias son más móviles. Se presenta un caso de disección de cuatro vasos, con sus características clínicas y de imágenes, el tratamiento, así como la inusual muy buena evolución

**Reporte del caso:** Mujer de 30 años derivada por trauma grave, accidente auto vs auto con cinturón de seguridad. Fracaso en extubación en otra institución. Al ingreso Glasgow 9/15. Sospecha de DAC. Angio IRM de cerebro y vasos del cuello: lesiones hiperintensas en T2, FLAIR y difusión, en cerebelo, tronco, protuberancia, cortico-subcortical fronto-parietal derecho y núcleo caudado homolateral. Disección carotídea bilateral, sin obstrucción completa de carótida interna derecha (CID). Disección vertebral bilateral con oclusión segmentaria sin flujo en el segmento proximal y medio del tronco basilar. A pesar del riesgo de sangrado se decide anticoagulación. Evoluciona vigil, no moviliza miembros, Babinski bilateral, desviación externa de ojo izquierdo, nistagmus horizontal del ojo izquierdo y vertical del derecho. No dirige la mirada, abre y cierra los ojos como respuesta positiva y negativa respectivamente. Gestos de dolor a algunos estímulos dolorosos. "Síndrome de enclaustramiento" (SE).

A los siete días, IRM de control sin signos de hemorragia, sin cambios significativos.

En los días siguientes, leves movimientos de cabeza, brazo y pierna derecha ambos distalmente. Babinski bilateral. Tolera B-PAP. A los 45 días, alta a un centro de neurorehabilitación. Nueve meses después de la admisión, disbasia, marcha con sustentabilidad aumentada, camina con ayuda, leve dificultad a la fonación, hiperreflexia, clonus y Hoffman bilateral. Glasgow evolutivo 4/5. IRM de cerebro, lesiones cicatrizales, CID con dilatación fusiforme en el segmento proximal postbulbar sin áreas de estenosis con una pared irregular, leve pseudoaneurisma. La arteria carótida interna izquierda, presenta una irregularidad parietal en el tercio distal con disminución de la luz. No se identifica flujo en la arteria vertebral izquierda. La arteria vertebral derecha es visualizada parcialmente.

**Discusión. Conclusiones:** El SE se manifiesta mediante cuadriplejía, parálisis de los pares craneales bajos y mutismo con preservación de los movimientos verticales de los ojos. La evaluación es difícil debido a que los movimientos oculares son fluctuantes y pueden agotarse fácilmente. La recuperación de origen vascular es limitada, aunque se han reportado algunos casos. La relevancia del presente caso radica en la dicotomía entre las severas lesiones en imágenes y la excelente recuperación clínica. Ante la evolución impredecible deben extremarse todos los esfuerzos.

### 0306 MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTE CON VÍA AÉREA DIFÍCIL

C GALLETTI, H NUNIA, L BARAC, G FLORES, MJ ARAMBURU, V CAGLIERI  
Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción. Objetivo:** Desde que la traqueotomía percutánea (TP) fue reintroducida en 1985 por Ciaglia, se ha generado un gran interés respecto a las indicaciones y al uso óptimo de la técnica, siendo en la actualidad de elección en pacientes ventilados en Unidades de Terapia Intensiva. Sin embargo en pacientes con difícil acceso a la vía aérea (VA) y ante el riesgo de pérdida de la misma durante el procedimiento, la TP podría estar contraindicada. Mostramos un caso de TP con técnica de Griggs modificada en la que al tubo endotraqueal (TET) se agregó una guía/introductor (GI) para garantizar rápido acceso en caso de pérdida de la VA.

**Paciente y procedimiento:** Paciente 65 años de edad, masculino. Cursando internación por neumonía bilateral, de muy difícil intubación, ventilado durante 6 días y sin perspectivas de extubación se decide realizarle la TP. Para minimizar los riesgos de pérdida de la VA durante el procedimiento de TP, se decide mantener el TET utilizando un introductor de Eschmann 15 Ch x 60 cm (Healthcare), cumpliendo la función de guía para que en caso de extubación (pérdida de la vía aérea) su pueda reintroducir el TET. Se trata de una guía de material sintético semi-rígido que presenta en el extremo distal una curvatura de aproximadamente 30°. Es un instrumental sencillo, de bajo costo y útil en la mayoría de los procedimientos de intubación. Para poder utilizar el introductor y a la vez continuar ventilando al paciente se utilizó un conector en "Y" con un orificio pequeño para la GI; y otro mayor para la conexión a la ventilación mecánica. Se debe tener en cuenta que la GI pase solamente unos pocos cm. de las cuerdas vocales para no afectar las maniobras que realice el operador sobre la tráquea. Al ser de un diámetro relativamente pequeño esta no disminuye en gran medida la luz del TET permitiendo ventilar al paciente sin problemas.

**Discusión y conclusión:** Hasta el presente no encontramos publicadas modificaciones a la técnica original, que aseguren la VA mas allá de la sola sujeción por parte del segundo operador. Ante la alternativa inusual pero siempre presente de la pérdida de la VA durante la TP, la modificación descrita aquí, permitiría una rápida reintubación. Por otra parte asegura una ventilación adecuada durante todo el procedimiento. La técnica se realizó hasta la fecha exitosamente en cuatro pacientes.

### 0307 ESTREPTOCOCO AGALACTIAE; CAUSA INUSUAL DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

E ASINARI, MJ ARAMBURU, R CÓRDOBA, V CAGLIERI, C GALLETI

Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción y Objetivos:** Estreptococo Agalactiae (EA) es causa de bacteriemia, corioamnionitis y aborto séptico en mujeres embarazadas. En recién nacidos produce, neumonía y meningitis. La endocarditis infecciosa (EI) es una rara manifestación de enfermedad diseminada por EA con una incidencia de 1,7%. La mayoría de los casos son vistos en embarazadas. La incidencia de infección por EA ha aumentado en los últimos años en adultos no gestantes, diabéticos, alcohólicos, neoplasias y SIDA. Involucra válvulas nativas en un 85% de los casos. Presenta una mortalidad del 40-50%, edad promedio de 57 años. Si infecta válvula protésica la mortalidad alcanza el 100%. A pesar de su alta sensibilidad a penicilina, la cirugía cardíaca es frecuentemente necesaria y de manera precoz por la rápida destrucción valvular que produce. Los fenómenos embólicos, se deben al gran tamaño y fragilidad de las vegetaciones. Se presenta un caso representativo de EI inusual, por EA, en un hombre, con diabetes como factor de riesgo

**Material y método:** Presentación de Caso Clínico: Hombre de 64 años, con antecedente de diabetes no insulino requiriente, tratamiento homeopático con inyecciones subcutáneas de procaina, más metformina. Ingres a UTI con diagnóstico de estado hiperosmolar no cetósico. A las 12 hs presenta deterioro súbito del sensorio que requiere VM, y shock. Hemocultivos 2/2 desarrollan EA. Ecocardiograma visualiza vegetación móvil de 2,07 cm que compromete las tres valvas de la válvula aórtica, con insuficiencia aórtica leve, ventrículo izquierdo con hipocinesia global y deterioro severo de la función sistólica (FEY28%). Se diagnostica endocarditis infecciosa aórtica. Monitoreo hemodinámico: patrón de shock cardiogénico. Fenómenos embólicos a distancia. Trombosis arterial tibioperonea derecha, hemorragia subungueal. Se realiza reemplazo valvular aórtico de urgencia. Evolucionó con Insuficiencia renal, requerimientos de hemodiálisis, VM prolongada, e infección asociada a catéter. Recuperación función ventricular. Luego de dos meses de internación, fue derivado a centro de rehabilitación.

**Discusión y Conclusiones:** A pesar de que la EI por EA es una entidad rara, sobre todo en hombres, aumentó su incidencia en los últimos años. En nuestro caso se presentó como una enfermedad grave, con un rápido deterioro clínico desde el inicio de los síntomas, gran morbilidad, internación prolongada, incapacidad permanente por amputación del miembro inferior derecho por embolias sépticas sistémicas. El fallo cardíaco se presenta frecuentemente asociado a ruptura valvular, sin embargo en este caso se debió a miocardiopatía séptica. Si bien el tratamiento antibiótico es eficaz, la necesidad de cirugía es muy frecuente y a ella se atribuyen las discretas mejorías en la mortalidad observadas en los últimos años, por lo que debe ser considerada como parte de un tratamiento precoz.

### 0308 TRATAMIENTO DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN ENFERMEDAD CAROTÍDEA OBSTRUCTIVA BILATERAL SEVERA CON PLACA INESTABLE Y ESTABLE CONTRALATERAL

V CAGLIERI, C GALLETI, MJ ARAMBURU, L BARAC, MJ CABRERA, H LONDERO

Unidad de Medicina Crítica - Terapia Intensiva Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción y Objetivos:** Las placas carotídeas (PC) son típicamente de crecimiento lento o quiescentes durante largos períodos. No obstante repentinamente pueden desarrollar fisuras, rupturas o erosiones endoteliales provocando agregación plaquetaria con formación de trombos que conducen a la oclusión del vaso y/o embolización distal. Esta es la forma más común de Ataque Cerebrovascular Isquémico (ACVI). Se presenta un caso con obstrucción severa de

arteria carótida izquierda (ACI) y derecha (ACD) esta última con placa complicada activa causante de ACVI embólico recurrente y su resolución con tratamiento endovascular. (TEV)

**Material y Método:** Presentación de caso y procedimiento.

Paciente sexo femenino de 71 años de edad. Antecedentes: hipertensión arterial (Losartan 50 mg) dislipemia sin tratamiento actual, ACVI, hace 10 meses. Suspensión de aspirina 10 días antes.

Dos días antes del ingreso presenta apraxia generalizada mas incoordinación del miembro superior izquierdo, al día siguiente es vista por el Servicio de Emergencias, se constata Tensión Arterial (TA) de 200/90 mmHg. y hemiparesia braquio-crural izquierda, por lo que es derivada a esta institución. Se realiza RNM con angio intracraneal en donde se objetivan dos lesiones isquémicas temporoparietal derecha y parietal izquierda de posible origen embólico. Al ingreso: paresia leve del miembro superior izquierdo. Adiadocinesia. Soplo sistólico 2/6. TA 150/90 mmHg. ECG bloqueo completo de rama derecha.

Se medica con doble antiagregación y estatinas. Se efectúa ecocardiograma doppler transesofágico sin evidencia de trombo en cavidades cardíacas. Doppler de vasos de cuello, estenosis de más del 90% bilateral a nivel del bulbo carotideo. Se realiza Arteriografía, estenosis 90% de CI a nivel del bulbo y estenosis del 95% con placa de bordes irregulares calcificada y ulcerada de la CD a nivel del bulbo. Tras consentimiento informado (paciente y familiares) 24 horas después, se procede a colocación de stent carotideo derecho autoexpandible con sistema de protección embólica. Posterior al procedimiento presenta episodio vasovagal, requiriendo atropina y soporte inotrópico mediante infusión de dopamina, que se mantiene durante las 24 hs posteriores, asociado a períodos de desorientación temporoespacial y verbosidad, por lo cual se solicita RNM de control. Imagen nueva en difusión, frontal anterior. Tras 24 hs en UTI pasa a sala sin foco motor mejorando rápidamente su cuadro confusión. A los cuatro días de internación es dada de alta

**Discusión y Conclusiones:** La ulceración de la superficie de la PC en la angiografía está asociada con placa inestable en la histología, y es un fuerte predictor de ACV, incorporándose en los modelos de riesgo en pacientes con PC sintomática. El presente caso ilustra la necesidad de una conducta agresiva en la enfermedad carotídea activa con ACVI agudo, tanto más cuanto ésta es bilateral y asincrónica, combinando tratamiento médico antiagregante y antiinflamatorio y precoz recanalización del vaso mediante TEV.

### 0309 ABSCESO HEPÁTICO PÍOGENO: UTILIZACIÓN DE TODOS LOS RECURSOS DISPONIBLES

V CAGLIERI, MJ ARAMBURU, L BARAC, E GRANERO, A MARRANGONI, C GALLETI

Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción y Objetivos:** El absceso hepático piógeno AHP (AHPs plural) es el absceso visceral más común, sin embargo la incidencia anual es baja, estimada en 2.3/100000 habitantes. El espectro etiológico cambió significativamente en la última década. La vía biliar infectada ha adquirido mayor relevancia. Se presenta un caso de AHPs múltiples por esta causa, las complicaciones, su diagnóstico y tratamiento.

**Material y Método:** Presentación de caso y procedimientos.

Masculino de 21 años sin antecedentes. Colectomía video laparoscópica 5 meses antes. Instrumentado con papilotomía endoscópica por cálculo residual, en dos oportunidades con una semana de diferencia. Es derivado por sepsis secundaria a colangitis. Se confirma cuadro, reanimación según guías de sepsis y se trata con ampicilina-sulbactam y amikacina. Bilirrubina total 17 (16 dir. 2 ind) FAL 571. Resonancia Magnética (RM) con colangio RM: vía biliar no dilatada, hígado con múltiples focos de redondeados, el mayor de diámetro de 7 cm, sugestivos de AHPs. A las 24 hs se realiza punción guiada por TAC de 2 imágenes, previa corrección de coagulación. Desarrollo de pseudomona en 1 de 2 hemocultivos y material de punciones hepáticas. Se rota a imipenem, por sensi-

bilidad, más metronidazol. Persiste febril, 48 hs después nuevos hemocultivos positivos 2/2 mismo germen. TC contrastada: AHPs aumentados de tamaño, especialmente en segmento 7 y 5, se drenan con sondas catéteres percutáneos, hipodensidad, en bazo, se punza, evacua y cultiva.

**Evolución:** Material de bazo desarrolla pseudomona. Se punza y drena por aspiración AHP de tamaño intermedio menor de 5 cm. Antibiograma: pseudomona resistente a imipenem sensible a ceftazidima. Se rota esquema. Nueva TC derrame pleural derecho, imagen prepancreática intrabdominal sugestiva de absceso, con compromiso de vena mesentérica superior (VMS) (extravasación de contraste) se evacua en cirugía y liga afluente de VMS. A los 15 días nuevos y persistente episodios febriles. Sepsis asociada a catéter por estafilococo epidermidis coagulasa negativo, sensible a vancomicina se agrega al esquema y retira catéter. A las 24 horas cede fiebre, se descarta endocarditis por ecocardiograma. A los 24 días del ingreso nueva TC abdominal, disminución notoria de los AHPs. Se retiran drenajes. A los 28 días pasa a sala con vancomicina, ceftazidima, metronidazol y colistin. Buena evolución.

**Discusión y Conclusiones:** El AHP es una grave infección que puede comprometer la vida. Puede causar infección a distancia, por vía hemática o por continuidad (en este paciente esplénica e intraabdominal, respectivamente). El abordaje debe ser agresivo, con drenaje por punción (< de 5 cm) o con catéter percutáneo, (> de 5 cm) y eventualmente quirúrgico. El esquema antibiótico, debe ser guiado por los resultados bacteriológico, revisado periódicamente y mantenido el tiempo adecuado, usualmente no menos de 5 a 6 semanas. En este caso se recurrió a todos los procedimientos invasivos disponible: punción, drenaje percutáneo y cirugía.

### 0310 UTILIDAD DEL ÁREA DE RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA DE TIROIDECTOMIA TOTAL

M PROCHASKO, G GRANBERG, G ROJAS, M BRITZ, M LÓPEZ, R CONTRERAS, S NICOLAS, C ANTÚÑEZ, F AYALA ORTIZ, N RAIMONDI, H NÚÑEZ, J GARDELLA

Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan D. Perón" – Formosa, Argentina.

**Objetivo:** El propósito del presente trabajo es evaluar la necesidad de internación de pacientes con tiroidectomía total en UTI, y describir las complicaciones de nuestra casuística, comparando la atención en el posoperatorio inmediato en una Unidad de Terapia Intensiva con la realizada en un Área de Recuperación Postoperatoria (ARPOP).

**Material y método:** Se realizó el análisis observacional-retrospectivo de historias clínicas de pacientes sometidos a tiroidectomía total en el Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan D. Perón". El estudio incluyó 61 pacientes durante el periodo comprendido entre el 1ero. de marzo del 2007 y el 30 de marzo de 2011, dividiéndose la muestra a partir del 16 de marzo de 2009, fecha en que se instauró el ARPOP. Se consignaron los datos demográficos, incidencia de complicaciones, necesidad de internación en UTI. Los controles del POP inmediato evaluados incluían monitoreo clínico y de signos vitales, rutina de laboratorio con hematócrito, EAB, ionograma, glucemia, calcemia y albúmina, a fin de constatar complicaciones inmediatas de índole metabólica y/o relacionadas a la técnica quirúrgica.

**Resultados:** El grupo del primer periodo incluyó a 28 pacientes, 24 mujeres (85,7%) y 4 hombres (14,3%), con un promedio de edad de 46,3 años (rango 22 a 74), de los cuales 15 pacientes (53%) fueron internados en UTI. Estos últimos tenían APACHE promedio de 7 y SOFA promedio de 1,4; con estadía promedio en UTI de 2,26 días (rango 1-7). El segundo grupo incluyó a 33 pacientes, 28 mujeres (84,8%) y 5 hombres (15,2%), con un promedio de edad de 47,9 años (rango 14-72), con un promedio de estadía en ARPOP de 94 minutos; no se evalúa este grupo por score de APACHE ni SOFA pero sí por ASA y Riesgo Quirúrgico (RQ), presentado un ASA I 5 pacientes (15,1%), II 26 pacientes (78,8%) y III 2 pacientes (6,1%)

con un RQ Intermedio. Del total de pacientes uno solo paso a UTI a las 8 horas de POP, por presentar estridor laríngeo requiriendo VNI durante 48 hs. Dos pacientes del primer grupo desarrollaron hipocalcemia sintomática, y un solo paciente de cada grupo presentó hipocalcemia asintomática, con necesidad de corrección parenteral inicial hasta la suplementación vía oral. En ambos grupos no se encontraron diferencias respecto a otras complicaciones como HTA (28,6vs30,3%), dolor (25vs24,2%), hipotermia (21,4vs21,2%) e hipocalcemia (10,7vs9%). En ningún grupo se identificaron complicaciones inmediatas relacionadas a la técnica quirúrgica.

**Conclusiones:** Tras la implementación del ARPOP a cargo de médicos intensivistas, es menor la necesidad de internación de cirugías de tiroidectomía total en UTI. El ARPOP supone la optimización de recursos, con menor utilización de camas en UTI, apoyado en que este tipo de pacientes quirúrgicos, presentan Scores de severidad y disfunción bajos, con días de internación en área crítica e incidencia de complicaciones también bajas.

### 0314 UTILIZACIÓN DE LA PROCALCITONINA (PCT) EN LA EVALUACIÓN DE LA DISNEA AGUDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR PREVIA

L AGUILAR, B TORRES, R LOPEZ RAMOS, G THOFEHRN, M CHALLAPA, A MONSON, D ROMAO, N CRUZ, M SANDOR, A MONZON, M TORO L

Hospital Federico Abete, Argentina.

**Objetivo:** La exacerbación del EPOC y las crisis asmáticas severas, son patologías de consulta muy frecuente en nuestro medio, sin embargo frente a la imposibilidad de descartar la infección bacteriana en estos pacientes la conducta habitual es realizar cultivos microbiológicos y empezar antibióticos de forma empírica.

Esta práctica produce exposición innecesaria a antimicrobianos, aumentando la resistencia bacteriana, prolongando el tiempo de internación y arriesgando a los pacientes a infecciones nosocomiales por gérmenes resistentes.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, randomizado, intencionista, en el servicio de emergencias. Se incluyeron pacientes con antecedentes de enfermedad pulmonar crónica previa, con por lo menos 1 criterio de reagudización (progresión de la disnea, cambios de la expectoración, fiebre o leucocitosis) realizando PCT al ingreso y a las 6 Hs, determinando de esa manera el requerimiento de tratamiento ATB en un grupo, y manteniendo el manejo habitual en el otro grupo, con seguimiento durante 30 días, evaluando la evolución de todos los pacientes. Se consideró positiva la PCT > a 0,25.

En todos los pacientes se realizarán cultivos microbiológicos y se iniciará ATB dentro de la primera hora según protocolo del servicio.

**Resultados:** Se enrolaron 80 pacientes, de los cuales se excluyeron 2. Las PCT intervencionistas (A), en las que se modificó la conducta antibiótica, fueron 38 y de PCT de manejo habitual (C), donde se dejó librado el uso de antibióticos al médico tratante, fueron 40. Las PCT totales negativas fueron de 53 y las positivas de 25. Mientras que las PCT A positiva fue de 13 (34,2%) y la PCT A negativa de 25 (65,8%)

La PCT C positiva 12 (30%) y PCT C negativa 28 (70%)

La mediana de internación fue:

PCT A (+) 6 días (2 – 17)

PCT A (-) 2 días (1 – 27)

PCT C (+): 8 días (3 – 33)

PCT C (-): 6 días (1 – 15)

El uso de ATB en los pacientes fue (tratamiento al menos de 5 días):

PCT A (+) 13/13

PCT A (-) 2/25 (8%)

PCT C (+) 11/12 (91,6%)

PCT C (-) 20/28 (71,4%)

Las readmisiones dentro del mes siguiente a la consulta de los pacientes dados de alta sin ATB, con con PCT A (-) fue solo de 4, y ninguno de ellos requirió internación en esa consulta tampoco.

**Conclusión:** Más allá de la seguridad de utilizar un protocolo basado en PCT, ya demostrado en otras publicaciones, en nuestro medio se observó una sobreutilización de ATB en pacientes sin infección bacteriana (8% vs 71,4%), y se observó una reducción de los días de internación.

Suponemos se requerirá de una mayor muestra para marcar aún más las diferencias de utilización de recursos entre un protocolo basado en el uso sistemático de PCT y en el uso preventivo de ATB.

### 0315 MANEJO DEL TÓRAX INESTABLE: FIJACIÓN QUIRÚRGICA VERSUS VENTILACIÓN MECÁNICA

PD CALO<sup>1</sup>, PA GASTALDI<sup>1</sup>, A MARTINEZ<sup>1</sup>, D SMITH<sup>2</sup>, A DA LOZZO<sup>2</sup>, S GIANNASI<sup>1</sup>, JE SAN ROMAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Terapia Intensiva de Adultos Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Cirugía Torácica Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El tórax inestable es una lesión con alta mortalidad. En aquellos pacientes con movimiento paradójico del tórax que provoca compromiso respiratorio, el manejo ha consistido en la fijación neumática interna, llevando a largos períodos de AVM. Esto se asocia con un conjunto propio de complicaciones de la AVM y a largo plazo, los pacientes pueden presentar dolor crónico, incapacidad para retornar al trabajo, restricción del movimiento de la pared torácica y deformidad.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 49 años sin antecedentes, que ingresa a UTI a las 24 horas de sufrir politraumatismos en colisión de vehículos con cinturón de seguridad. Presentó TEC leve sin pérdida de conocimiento y trauma torácico con contusión pulmonar bilateral a predominio izquierdo. En el hemitórax derecho presentó fracturas costales del 2° y 3° arco, del izquierdo desde el 2° al 9° arcos laterales con marcado desplazamiento de sus extremos, con hemoemotórax y perforación de intestino delgado.

Ventilaba espontáneamente con regular mecánica y requirió VNI con una PaFiO<sub>2</sub> de 212. Se colocó catéter peridural de analgesia para control del dolor.

Ante el aumento de los requerimientos de VNI y del dolor, se procede a la reducción y osteosíntesis de las fracturas de 2° al 9° arco costal izquierdo con placas universales y tornillos y clavos endomedulares sistema Matrix Ribs (4 horas de cirugía). En el mismo tiempo quirúrgico se realiza laparotomía con rafia de desgarro de intestino delgado (3 hs de cirugía). Toleró bien el procedimiento y permaneció en ARM por 48 horas con buena evolución, se extubó exitosamente con buena mecánica ventilatoria y una PaFiO<sub>2</sub> de 385. Se otorgó el alta de terapia intensiva a los 7 días y la hospitalaria a los 11 días.

**Conclusión:** Desde el principio del siglo XX hasta el momento han aparecido diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las fracturas costales y del tórax inestable. El primer informe de fijación quirúrgica para tórax en volet apareció antes que la ventilación mecánica fuera presentada como tratamiento de las lesiones torácicas. Los resultados eran malos debido a complicaciones severas como empiema, lesión de pulmón o lesión cardíaca, etc. Esto contribuyó al renombre de la ARM como el método más usado para tratar el trauma con fracturas múltiples de costillas, el tórax inestable y la contusión pulmonar siendo aún hoy el patrón oro. Estudios recientes muestran que es posible mejorar los tratamientos para las fracturas de costillas y el tórax inestable, especialmente con la introducción de osteosíntesis como los clavos endomedulares de colocación percutánea y placas universales de gran versatilidad y de materiales más delicados y de estrategias mini invasivas que puede ofrecer una mejor solución terapéutica.

Investigaciones sugieren un sustancial beneficio en los pacientes con inestabilidad torácica que requieren ARM. Estos estudios prueban que el tratamiento quirúrgico del tórax inestable lleva a una estancia más corta en UTI, menos casos de neumonía y a una menor mortalidad comparada a la ARM prolongada.

### 0316 EPIDEMIOLOGIA DE LAS NEUMONIAS ASOCIADAS AL VENTILADOR Y SU ASOCIACION CON EL FACTOR DE RIESGO TEC GRAVE, TANTO EN FRECUENCIA DE PRESENTACION COMO MORTALIDAD, EN TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

F FERNANDEZ, J ARROYO, A BARBOZA

Hospital Central Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La NAV es la patología infecciosa más frecuente en UTI con alta mortalidad y costos hospitalarios. Su documentación sistemática con los programas de vigilancia, permite conductas preventivas y terapéuticas. Se describe en la literatura el factor de riesgo TEC grave, pero pocos estudios mencionan su influencia en la mortalidad de las mismas.

**Objetivos:** Determinar la tasa de NAV en nuestra institución y mortalidad, tasa de ARM en NAV totales y con TEC grave, y asociación del factor de riesgo TEC grave con NAV tanto en frecuencia de presentación como mortalidad de las mismas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional en UTI de 16 camas en hospital de alta complejidad, centro de referencia de politraumatizados. Se utilizó para el registro programas de vigilancia epidemiológica VHIDA entre agosto del 2008 y mayo del 2009. Se incluyó todas las NAV del período con y sin TEC grave. Se determinó estadía, Apache II. La tasa de NAV y de uso de ARM. Para el análisis se dicotomizaron las variables (NAV) en precoces (< a 5 días) y tardías. Se determinó mortalidad y la tasa de uso de ARM en pacientes con y sin TEC grave. Se utilizó el programa estadístico STATA 8.0 con significancia estadística de P < a 0,05. Se realizó análisis multivariado por el factor de riesgo TEC grave.

**Resultados:** Generales: Se documentaron 36 NAV en 27 pacientes. Tardías 28 (77,7%), precoces 8 (22,2%). Varones 27 (85%). Edad promedio 40 años (+/- 4,5 años DS desviación estándar). Promedio días de internación 23 (+/- 5,3 días DS). Promedio días ARM hasta el diagnóstico 9,5 días (+/- 3,2 días DS). APACHE II promedio: 16 (+/- 2 DS) mortalidad predeterminada 22%. Mortalidad de NAV 33,3% (RR 2,3 IC 95% (1,9-3,2) P 0,05), mortalidad total del período estudiado 37%. Mortalidad en tempranas 50% y tardías 28,7%. Tasa de NAV 23 x 1000 días de ARM (VHIDA de 15). Tasa de uso de ARM 51,6 días de ARM x cada 100 días UTI. Resultados en pacientes con TEC grave. 60 % de las NAV tenían TEC grave. Hubo 86 TEC grave en el período. NAV tardías 60,7%, tempranas 50%. Mortalidad: 33,3% RR 1,42 IC 95% (1-1,59) P 0,05. APACHE: 16 (+/- 2,3 DS). Tasa de uso de ARM: 78 días ARM x cada 100 UTI. Promedio días de internación 23 (+/- 4,2 días DS).

**Conclusiones:** La tasa de NAV está por encima del valor esperado por los programas de vigilancia. El factor de riesgo TEC no se asocia a mayor mortalidad. La mortalidad de los pacientes con NAV fue superior en relación a la predeterminada por APACHE II. Tasa de ARM de pacientes con NAV y TEC grave fue superior con respecto al total de NAV. El factor de riesgo TEC grave se presentó en más de la mitad de la NAV totales y tardías.

### 0317 USO DE COLLAR CERVICAL PARA EL MANTENIMIENTO TRANSITORIO DE LA VÍA AEREA SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS

L AGUILAR, M SANDOR, A MONSON, R LOPEZ RAMOS, G THOFEHRN, M CHALLAPA, B TORRES

Hospital Federico Abete, Argentina.

**Objetivo:** En todos los casos de deterioro del estado de conciencia que se presupone transitorio, como el estado posictal, la hipercapnia, la inducción anestésica para realizar procedimientos, etc. se recomienda la permeabilización de la vía aérea en forma manual, y apoyo con oxígeno si el paciente mantiene su respiración espontánea.

Nosotros observamos que la colocación adecuada de un collar cervical, mantiene la vía aérea superior permeable, basándonos inicial-

mente en la dinámica ventilatoria en la auscultación del paso del aire, y en el monitoreo de la saturometría de pulso.

**Material y métodos:** Para confirmar esta observación se seleccionaron pacientes con GCS < 8 y deterioro de conciencia presumiblemente transitorio, a los cuales se les realizó una TCMS de la vía aérea superior con reconstrucción 3D, con collar y sin collar cervical, mientras era monitorizado (FC, FR, TA, SPO2) y se observan los parámetros clínicos como la dinámica respiratoria y el sonido de la respiración del paciente, para determinar si el uso de un simple collar cervical es adecuado para permeabilizar la vía aérea superior. **Resultados:** Se enrolaron 4 pacientes, en todos ellos se presumía que el deterioro del sensorio era transitorio, y lo que se observó en las tomografías fue, que en 3 de los 4 pacientes la vía aérea superior se encontraba con mayor permeabilización mediante el uso del collar cervical y en el último paciente no se modificaban las características anatómicas.

La dinámica era mejor con el uso del collar en todos los casos, y ningún paciente sufrió alteraciones hemodinámicas ni desaturación durante el estudio, aunque en todos los casos con el collarín colocado la SPO2 alcanzó 99%, mientras que sin él, no superaban 95%. La posición de la columna cervical no fue evaluada como parámetro dentro de las observaciones

**Conclusiones:** Aunque en la bibliografía clásica se nombra al collar cervical como posible causa de obstrucción de la vía aérea, nosotros observamos lo contrario, desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista anatómico.

Seguramente hace falta una mayor muestra para poder utilizar el collar cervical como dispositivo de permeabilización de la vía aérea superior en forma sistemática y evaluar si las diferencias fueron o no significativas.

### 0318 SHOCK SÉPTICO: INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS AL INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

L TALAMONTI, R DI BELLO, C FREYRE, G PONCIO, A ARTAYETA, G IZAGUIRRE, S SÁNCHEZ, G ELÍAS  
Hospital Provincial Rosario, Argentina.

**Introducción:** El shock séptico es un problema frecuente en UTI con alta tasa de mortalidad.

**Objetivo:** Evaluar la incidencia, mortalidad, factores pronóstico de shock séptico y las características con que se presenta en nuestro servicio.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional. UTI de hospital universitario de tercer nivel con patologías médicas y quirúrgicas. Se incluyeron pacientes que ingresaron con shock séptico desde el 2 febrero de 2009 hasta 2 febrero de 2011 con información obtenida por medio de un sistema de base de datos (Sati-Q) y revisión de historias clínicas. Estadística descriptiva (media  $\pm$  DS o mediana y rango intercuartil según corresponda). Se utilizó t-student y comparación de curvas ROC. Nivel de significancia  $p < 0,05$ .

**Resultados:**  $n=147$ . Sexo masculino 51%. Edad  $55 \pm 16$  (DS) años. Incidencia de shock séptico 24% de los ingresos (73 pacientes/año). Mortalidad al alta de UTI 51,7%. El foco infeccioso más frecuente fue el pulmonar, seguido por el abdominal, urinario y otros. Score APACHE II  $24 \pm 8$  (DS), SAPS II  $57 \pm 19,6$  (DS), SOFA  $11 \pm 3,4$  (DS). Se observó una diferencia significativa en los valores de los 3 scores entre sobrevivientes y no sobrevivientes (SAPS II 47 vs 66; APACHE II 21 vs 28; SOFA 10 vs 12 respectivamente). No hubo diferencia significativa entre APACHE II y SAPS II como pronóstico de muerte. Mortalidad esperada por APACHE II 51% y por SAPS II 65%.

La estadía en UTI presentó una mediana de 9 (5-17) días. Requerimiento de ARM 76% con una mediana de 8 (4-16) días de ventilación, Traqueostomía 15,6%. Dosis de vasoactivos: Leve 20%, Moderada 38,5 %, Alta 41,5 % (dopamina > 15  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ , adrenalina o noradrenalina > 0,1  $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ ).

Fallas orgánicas: Renal 45,6%, respiratoria (PAFI <200) 58,8%, coagulopatías 52,7% y hepática (44,3%).

**Conclusión:** El shock séptico tiene una alta incidencia en nuestro

servicio, con una mortalidad y características de infecciones similares a las reportadas en la literatura.

### 0319 INCIDENCIA DE ARRITMIAS EN TERAPIA INTENSIVA Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD

R SENESTRARI, G FERNANDEZ CID, N MARTIN YUANANDI, E PORJOLOVSKY, V CARIMAN, R ZAMUDIO, C GARAYALDE  
Hospital General de Agusto Enrique Tornu, Argentina.

**Introducción:** El paciente críticamente enfermo suele presentar arritmias de variada relevancia clínica, debido a alteraciones del medio interno, uso de catéteres centrales que pueden irritar directamente el endocardio, y condiciones clínicas como cardiopatías de base o enfermedades agudas cardíacas o sistémicas las cuales requieren dentro de su terapéuticas el uso de drogas arritmogénicas como inotrópicos y vasopresores por lo cual resulta necesario evaluar la incidencia de arritmias y el significado clínico de estas.

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de arritmias en los pacientes que ingresan a una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) discriminando entre los diferentes tipos y evaluando la diferencia de mortalidad entre los pacientes que presentaron arritmia y los que no la hicieron.

**Materiales y métodos:** El presente es un estudio analítico, observacional y prospectivo en el cual se incluyeron a los pacientes que ingresaron en forma consecutiva a una terapia intensiva de un hospital general durante el periodo comprendido entre el 20 de octubre del 2010 al 15 de marzo del 2011, siendo excluidos los pacientes a los cuales no se le realizó monitoreo continuo durante su estadía en UTI. El monitoreo electrocardiográfico fue realizado a través de monitores multiparamétricos Philips IntelliVue MP20 y su correspondiente central de monitoreo la cual conserva un registro de 48hs, el cual fue evaluado por un especialista en UTI y un especialista en cardiología. Se discrimino entre arritmias ventriculares, supraventriculares, las taquiarritmias, bradiarritmias y entre las arritmias sostenidas y las no sostenidas. Se evaluó la mortalidad entre el grupo de pacientes que presento algún tipo de evento arritmico versus el grupo de pacientes que no desarrollo arritmias **Resultados:** Se reclutaron un total de 109 pacientes con una edad de  $66,74 \pm 17,87$  años, 38 femeninos y 71 masculinos con un valor de APACHEII de  $14,24 \pm 7,9$  presentando antecedentes y/o factores de riesgo cardiovasculares el 50,46% con una estadía en UTI  $7,44 \pm 8,28$  días. La patología que motivaron su ingreso a UTI fue postoperatorios 31 casos, cardiovascular 30 casos, respiratorio 23 casos, sepsis 9 casos, neurológica 8 casos, hemorragias digestivas 4 casos, trauma 1 caso y otras en 3 casos. El 85,32% de los pacientes presentaron al menos un evento arritmico durante su estadía, se registraron 583 arritmias de las cuales 193 corresponden a taquiarritmias, 39 bradiarritmias, 76 con frecuencia cardíaca adecuada y 275 arritmias no sostenidas. En cuanto a la mortalidad real del grupo que presento arritmias fue de 26,88% y 6,25% para el grupo sin eventos arritmicos con una mortalidad predicha por el score de APACHE II de 25% y 15% respectivamente con un SRM de 1.08 y 0.42. Test de Chi cuadrado 3,2  $p=0.0737$ .

**Conclusión:** La incidencia de eventos arritmicos en el paciente crítico es extremadamente alta, siendo más frecuentes las arritmias no sostenidas, seguidas de las taquiarritmias sin poderse demostrar un aumento de mortalidad entre el grupo que presento algún evento arritmico respecto a los que no.

### 0321 VALORACIÓN DE LA COMPACTACIÓN ABDOMINAL ASPIRATIVA EN LA PERITONITIS INFECCIOSA SECUNDARIA GENERALIZADA QUE NO PUEDE RESOLVERSE A PESAR DE LA CIRUGÍA INICIAL Y 3 O MÁS REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

J BERRETA, D KOCIAK, A BALDUCCI, F DE FEO, R AMAYA, D FERRO, A CORONEL, G MINCARELLI, M ORTIZ  
Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar si la compactación abdominal aspirativa (CAA) a presión subatmosférica 150 mm Hg entre reintervenciones quirúrgicas (R) o como terapia final (TF) puede mejorar el pronóstico en peritonitis secundaria generalizada (PSG) que no pueden resolverse a pesar de la cirugía inicial (CI) y 3 o más R.

**Material y métodos:** Población: todos los pacientes tratados entre 01/2006 y 12/2010 por PSG con requerimiento de CI y 3 o más R. Se identificaron 2 cohortes: 1) la de los pacientes tratados con CAA 150 mm Hg subatmosférica entre R o como TF, y 2) la de aquellos no sometidos a esta técnica (no CAA). Se evaluó la homogeneidad de ambas cohortes en base a edad, sexo, etiología (E) postoperatoria (POP) y no POP, Score APACHE II al ingreso (Alling), presencia de cáncer de tubo digestivo vinculado a la etiología de la PSG (CA). Luego de comprobado que ambas cohortes eran comparables, se analizó la mortalidad intrahospitalaria (MH) en ambas. Métodos estadísticos: t de Student y test exacto de Fisher.

**Resultados:** Entre 01/2006 y 12/2010 se trataron en el Hospital de Gastroenterología 195 pacientes (P) con PSG. De éstos, 36 fueron sometidos a CI y 3 o más R por falta de resolución del cuadro. 26 hombres y 10 mujeres con edad  $49.6 \pm 14.4$  años. Las etiologías fueron: apendicular en 4 P, dehiscencia de tubo digestivo bajo en 10 P, perforación no neoplásica del tubo digestivo en 7 P, necrosis o perforación del tubo digestivo en postoperatorio en 3 P, pancreatitis en 3 P, dehiscencia de anastomosis alta en 6 P, complicación de ostomía en 2 P, y ruptura de absceso hepático o cavidad en 1 P. Las 2 cohortes quedaron constituidas de la siguiente manera: 1) 13 P sometidos a CAA 150 mm Hg entre las R o como TF, y 2) 23 P no sometidos a CAA.

En la tabla siguiente se muestran características de ambas cohortes:

Grupos	Edad	sexo masculino	APACHE II a ingreso	Etiología (E) postoperatoria	Cáncer actual
Grupo CAA n=13	44.5±16	69.2%	17±5.8	69.2%	15.4%
Grupo sin CAA n=23	51.7±13.2	74%	18±5.9	69.5%	34.8%

No hay diferencias significativas entre ninguna de las variables de presentación de un grupo respecto al otro, solo existe una ligera tendencia a más prevalencia de cáncer (Ca) en el grupo sin CAA lejana a la significación  $p=0.4340$ . Tanto en los de E no POP, como en los de E POP tratados con CAA entre R o como TF hubo tendencia a menor MH, aunque sin significación estadística. Considerando ambos grupos etiologicos juntos, la MH fue menor cuando se utilizó CAA entre R o como TF (MH. 7.69% vs 52.17%)  $p=0.0111$ .

**Conclusiones:** En Peritonitis Secundaria Generalizada que no puede resolverse a pesar de la cirugía inicial y 3 o más reintervenciones quirúrgicas, la utilización de compactación abdominal aspirativa a presión subatmosférica 150 mm Hg entre reoperaciones o como terapia final contribuye a disminuir la mortalidad.

### 0322 HIPOTENSIÓN ARTERIAL INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍAS DE CADERA

FD MASEVICIUS, MG VIDAL, PS LOPEZ, ME ALTES, N INGE-SON, A RISSO VAZQUEZ, CC CARO, V CRETON, O GARCÍA, A DUBIN

Sanatorio Otamendi, Argentina.

**Hipótesis:** Mantener niveles moderados de hipotensión arterial intraoperatoria (HAI), en cirugías de cadera, reduce el sangrado y la necesidad de transfusiones. Sin embargo los niveles de hipotensión arterial que pueden ser tolerados sin comprometer la perfusión tisular no han sido claramente establecidos. Nuestros objetivos fueron, estudiar: a) los determinantes de HAI y b) la asociación entre distintos umbrales de HAI y la evolución hospitalaria de pacientes que requieren cirugía de cadera.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte prospectivo observacional durante un periodo de 6 meses. (10/2010-4/2011).

Fueron establecidos diferentes umbrales de HAI: TAS<90, <80, <70 y <60 mmHg y TAM<60, <50 y <40 mmHg.

Se definió HAI como el valor de presión arterial por debajo del umbral elegido con una duración mayor a tres minutos.

HAI fue expresada como el tiempo en minutos en que la presión arterial estuvo por debajo del umbral respectivo.

Se registraron datos del preoperatorio (antecedentes, sexo, edad, ASA, función renal previa), del intraoperatorio (tipo de anestesia, modalidad de monitoreo intraoperatorio, tiempo quirúrgico, ingresos de fluidos y hemoderivados), del postoperatorio inmediato y durante los primeros 7 días (laboratorio, función renal, eventos, y estadía hospitalaria).

Los datos, expresados como media  $\pm$  DS, fueron analizados con ANOVA y el test de Newman-Keuls.

**Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes.

Niveles de TAS<90 mmHg fue hallada en 43 pacientes con un tiempo promedio de  $42 \pm 44$  min, TAS<80 mmHg en 37 pacientes por  $20 \pm 29$  min, TAS<70 mmHg en 20 pacientes por  $6.4 \pm 16$  min y TAS<60 mmHg en 14 pacientes por  $3 \pm 11$  min. Niveles de TAM<60 mmHg fueron hallados en 43 pacientes con un tiempo promedio de:  $58 \pm 45$  min. TAM<50 mmHg en 34 pacientes por  $27 \pm 30$  min y TAM<40 mmHg en 18 pacientes por  $7 \pm 14$  min.

Los pacientes que presentaron TAS<70 mmHg o TAM<40 mmHg tuvieron: menores cifras de presión arterial diastólica y media previa a la inducción anestésica ( $69 \pm 8$  vs  $75 \pm 9$  mmHg,  $p:0.01$  y  $89 \pm 7$  vs  $94 \pm 8$  mmHg,  $p:0.009$ ), mayor requerimiento de fluidos durante la cirugía ( $1930 \pm 590$  vs  $1476 \pm 432$  ml,  $p:0.004$ ), mayores valores de urea ( $46 \pm 14$  vs  $37 \pm 14$  mg/dl,  $p:0.04$  y  $47 \pm 15$  vs  $36 \pm 13$  mg/dl,  $p:0.01$ ) y de creatinina ( $1 \pm 0.3$  vs  $0.8 \pm 0.2$  mg/dl,  $p:0.01$  y  $0.99 \pm 0.3$  vs  $0.8 \pm 0.2$  mg/dl,  $p:0.05$ ) en el postoperatorio inmediato y mayores estadías hospitalarias ( $7.6 \pm 6.9$  vs  $4.5 \pm 2.4$  días,  $p:0.04$  y  $7.8 \pm 6.7$  vs  $4.3 \pm 2.4$  días,  $p:0.02$ ) que los pacientes que presentaron TAS y TAM por encima de dichos umbrales.

No hubo diferencias significativas en las variables preoperatorias: edad ( $73 \pm 11$  vs  $70 \pm 12$  años), sexo masculino (47 vs 42%), peso real ( $77 \pm 15$  vs  $78 \pm 17$  kg), cirugías de urgencia (21 vs 16%), ASA ( $2.5 \pm 0.7$  vs  $2.4 \pm 0.6$ ), antecedentes de: IAM (15 vs 12%), HTA (63 vs 61%), DBT (10 vs 16%), arritmias (25 vs 16%) y función renal (creat:  $0.92 \pm 0.4$  vs  $0.85 \pm 0.3$  mg/dl).

**Conclusiones:** La HAI es frecuente en cirugías de cadera, Cuando la HAI es severa está asociada a una evolución desfavorable. El estado del paciente, previo a la cirugía, no es un determinante para el desarrollo de HAI.

### 0323 EL DILEMA DE ESTAR ANTICOAGULADO

SA COLLADO, MG MORALES, I IBAÑEZ  
Sanatorio Lavalle, Argentina.

**Introducción:** Las hemorragias relacionadas con la anticoagulación ocurren en un 1% al año en ptes. portadores de válvulas mecánicas, la hemorragia intracraneal presenta el dilema de elegir entre continuar con la anticoagulación o su rápida reinstauración, que puede incrementar el volumen de sangrado o el riesgo de una embolización sistémica. Este riesgo es superior en pacientes con fibrilación auricular, con prótesis mecánicas en posición mitral, y en aquellos con disfunción ventricular.

**Caso:** Pte de sexo masculino de 43 a., ingresa a UTI por episodio convulsivo de corta duración, posterior a TEC Leve por caída de su propia altura debido a un tropiezo, se encontraba lúcido, sin foco motor ni meníngeo, no refería mareos. AP: Anticoagulado por prótesis mecánica bivalva (MI-Ao) - F.A., nunca antes presento convulsiones. Se realiza TC que evidencia HSA Hunt y Hess 1. Fisher 2. Se revierte anticoagulación. A los 7 días no presenta nuevos signos de sangrado clínico, se inicia enoxaparina profilaxis. A los 14 días sin evidencia nueva de HSA por TC se inicia anticoagulación con HBPM, 24 hs posteriores se observa caída de 8 pto. del hematocrito con dolor abdominal difuso, predominio en flanco izquierdo, sin defensa, se suspende anticoagulación. Eco abdominal

revela colección de moderada cantidad subhepática, en Douglas e interasas. TC: evidencia líquido en Morrison y a nivel periesplénico, aparenta líquido en Douglas. Dx: hemoperitoneo abdominal espontáneo no quirúrgico. Se suspende anticoagulación por 15 días con buena evolución hasta desaparición de síntomas abdominales. Al reiniciar terapia anticoagulante presenta episodio convulsivo con posterior afasia mixta, hemiparesia FBC derecha, Babinsky homolateral. TC de Cerebro: sin evidencia de resangrado ni isquemia. Se inicia enoxaparina profilaxis más antiagregación. TC a los 3 días: hipodensidad difusa de 56 x 26 mm a nivel paraventricular al VLI compatible con lesión isquémica. A los 21 días se reinicia anticoagulación, sin posterior complicación.

**Comentario:** Ante un evento hemorrágico, según la severidad del mismo y el riesgo embolígeno del pte. se debe reiniciar la anticoagulación en forma individualizada a partir del 5° al 15° día del episodio, pero dichos riesgos de resangrado y embolia aún persisten. La falta de series de pte estudiados y consensos hacen que este dilema persista aún en la actualidad.

### 0324 TRAUMA ABDOMINAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO

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

**Introducción:** El HRRG es el único efector Sanitario de Alta Complejidad en la Zona Norte de Tierra del Fuego, con Servicios de Guardia Activa las 24 hs en Áreas Críticas.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia, y características epidemiológicas de los pacientes (ptes.) con trauma abdominal. **MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de los ptes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva (STI) en el periodo enero 2007-diciembre 2010). Se relevaron las variables epidemiológicas, el mecanismo y el tipo de trauma, APACHE II, Injury Severity Score (ISS), el nivel revisado de trauma (RTS), Glasgow Coma Scale (GCS), laboratorio al ingreso, estrategia terapéutica y mortalidad. En el análisis estadístico se utilizaron: intervalo de confianza 95% (IC) para definir las variables cualitativas, la media, el desvío estándar, test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una \* $p < 0.05$ .

**Resultados:** 109 ptes. fueron incluidos, la edad media fue de 40,9 (+/-18,5 años), 81 ptes., masculinos (IC 73,2-84,6). El mecanismo de lesión por accidente de tránsito ocurrió en 46 ptes. (44,9%) con IC 33,5-46, y  $p < 0.05$ . El trauma abdominal fue cerrado en 98 ptes. (89,8%) con IC 81,5-91,5 y  $p < 0.001$ . Las lesiones más frecuentemente asociadas fueron: trauma torácico 68 ptes. (62,3%) con IC 52,3-66,5, traumatismo encefalocraneano en 42 ptes. (38,5%) con IC 29-43, el GCS promedio inicial fue de 13.2 +/- 1.8. El órgano más frecuentemente afectado fue el bazo en 54 ptes. (49,5%), y su carácter severo se dio en 52 ptes. (47,7%) con  $p < 0.05$  versus aquellas de carácter leve. El hígado se vio afectado por el trauma en 39 ptes. (35,7%) la mayoría de las veces con lesiones de carácter leve. El estudio diagnóstico más utilizado fue la tomografía abdominal 85 ptes. (77,9%). El pH promedio fue de 7,31 +/- 0,79, hematocrito 35,9 +/- 7,8, GOT 270 +/- 380, GPT 277 +/- 491, CPK 1.410 +/- 1.548,2, amilasa 103.5 +/- 178.9. Requirieron de tratamiento quirúrgico 55 ptes. (50,4%) con IC 40,8-55,2 y  $p < 0.05$ , 78 ptes. (71,5%) requirieron drogas vasoactivas con IC 26,8-40,5, la ventilación mecánica se utilizó en 65 ptes. (59,6%) con IC 37,5 a 51,9. El ISS 34,5 +/- 16,9, el RTS 10.1 +/- 1.9, APACHE II 16,9 +/- 7,9, la estadía media en la UCI fue de 12,5 +/- 15,4 días y la hospitalaria de 39,8 +/- 51 días. La mortalidad global en la UCI fue de 6,2% con IC 3,6 - 11,1.

**Conclusiones:** Este trabajo es el primero en relevar esta patología tan prevalente en nuestra Región. El traumatismo abdominal se produjo más frecuentemente en ptes jóvenes, especialmente en incidentes vehiculomotor con  $p$  significativa. El trauma de abdomen de tipo cerrado mostro una significancia estadística ( $p < 0,01$ ). El órgano

más comúnmente lesionado fue el bazo ( $p < 0,05$ ). La herramienta diagnóstica más utilizada fue la TAC de abdomen. Requiriendo de tratamiento quirúrgico el 50,4% de esta serie con  $p < 0,05$ . La mortalidad en nuestra serie fue 6,2%.

### 0325 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES SECUNDARIA A EMPIEMA SUBDURAL EN PACIENTE OBESO MORBIDO

N COLQUE<sup>1</sup>, J HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, L SILVA<sup>1</sup>, M VELASQUEZ<sup>1</sup>, M VALDEZ<sup>2</sup>, L OLLETA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, San Salvador de Jujuy, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy, Argentina.

**Introducción:** Los equipos de resonancia magnética nuclear de uso habitual no toleran pacientes con pesos superiores a los 140 kg. Tampoco están disponibles en la mayoría de las instituciones de salud. En estos casos y particularmente en donde la tomografía no arroja signos claros de tal patología, los hallazgos semiológicos y de anamnesis adquieren mayor relevancia para la rápida instauración del tratamiento.

**Objetivo:** Diagnóstico clínico de trombosis de senos venosos cerebrales en pacientes en donde resulta dificultosa la práctica de neuroimágenes.

**Material y Método:** Se presenta paciente obeso mórbido, sin antecedente registrado de traumatismo craneoencefálico que comienza su sintomatología con cefalea intensa a predominio frontal y occipital, llega a su máxima intensidad en el transcurso de 24 horas y persiste sin respuesta a analgésicos comunes. Evoluciona en las siguientes 72 horas con proptosis del ojo derecho, quemosis, hemorragia subconjuntival con respeto de limbo esclerocorneal, disminución de agudeza visual y sin secreciones conjuntivales. Desarrolla fiebre y presenta dos crisis comiciales, permanenciando con alteración de sus funciones mentales superiores. Es ingresado al servicio de Terapia Intensiva.

Tomografía de cerebro standard: edema hemisférico derecho, desviación de línea media, cisternas basales sin colapso, imagen hipodensa laminar heterogenea subdural parietofrontal derecha. Imagen hipodensa cortical parietal izquierda. Sin signos de sangrado. Sin evidencia de signos de la cuerda o triángulo hiperdenso. Por las características físicas del paciente no fue posible realizar venografía ni repetir la tomografía en el corto plazo.

Líquido cefalorraquídeo: Turbio, hiperproteíorraquia, pleocitosis con predominio polimorfonuclear, glucorraquia disminuida. Fundoscopia derecha: edema papilar, tortuosidad de vasos venosos. Sin hallazgos patológicos en fundoscopia izquierda.

**Resultado:** Se plantea diagnóstico presuntivo de trombosis de seno venoso como epifenómeno de empiema subdural. Se inicia anticoagulación empírica y tratamiento antibiótico. A las 48 horas mejora la signosintomatología ocular. Se realiza drenaje de colección subdural hallándose material purulento.

**Conclusión:** Los métodos semiológicos han sido reemplazados por métodos imagenológicos para arribar a diagnósticos de certeza, no obstante, en pacientes que no pueden beneficiarse de tales estudios, la sumatoria de hallazgos semiológicos y una correcta anamnesis continúan siendo una herramienta al alcance de cualquier profesional.

### 0326 NIVEL DE SATISFACCIÓN FAMILIAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES DEL ALTO VALLE DE RÍO NEGRO.

PF VOGL, RV HERNÁNDEZ, MC ORLANDI, JC VIVERO, V TOMASSONE, A MORALES

Hospital López Lima, General Roca, Río Negro, Argentina.

**Introducción:** Desde la década de los '80, varios estudios identificaron las principales necesidades de los familiares durante la in-

## ■ Resúmenes

ternación de sus seres queridos en una unidad de cuidados intensivos. Una forma de determinar si estas necesidades se encuentran satisfechas, es a través de la cuantificación del nivel de satisfacción familiar. (1, 2,3)

En nuestra unidad se entrega a la familia un folleto informativo al ingreso del paciente. El régimen de visitas es de seis familiares, dos veces al día. En casos seleccionados se permite un régimen de visitas más flexible. El informe es dado una vez por día, en un espacio destinado a tal fin.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio es medir el grado de satisfacción familiar a través de una encuesta.

**Material y métodos:** La encuesta se inició en julio del 2010 y finalizó en febrero del 2011. Durante ese período ingresaron 222 pacientes, se encuestaron a 57 familiares (25% de los ingresos), 5 de los cuales eran familiares de pacientes fallecidos durante su internación en la unidad (14% de los fallecidos en dicho período). Se excluyeron aquellos pacientes que permanecieron en la unidad menos de 24 horas. El encuestador fue una licenciada en Comunicación Social que no pertenece a la unidad. La encuesta se efectuó al alta de los pacientes y en caso de óbito, a los treinta días del mismo.

**Resultados:** Con respecto a la Atención al Familiar, los encuestados mostraron una mayor satisfacción en relación al Informe proporcionado a la familia ( $91,7 \pm 17,2$ ) y al Apoyo Emocional recibido ( $90,3 \pm 17,5$ ). De los Aspectos referidos al cuidado del paciente mostraron una mayor satisfacción en cuanto a la Higiene del paciente ( $92,1 \pm 15,8$ ) y del Entorno ( $92 \pm 15,9$ ).

En referencia al Equipo Médico mostraron una mayor satisfacción en cuanto al Nivel de Calidad del Folleto Informativo ( $95,8 \pm 9,6$ ) y a la Coordinación del Equipo de Trabajo ( $95,1 \pm 12,1$ ). Por último, relacionado con la Sala de Internación, las familias mostraron una mayor satisfacción en cuanto a la Limpieza de la Sala ( $92,5 \pm 14,1$ ) y a la Privacidad que poseían en la misma ( $91,5 \pm 15,3$ ).

Los familiares encuestados mostraron gran satisfacción en todos los aspectos de la encuesta, los valores obtenidos de media  $\pm$  sd ítem score, fueron altos ( $82,5 \pm 21,1$ ).

**Conclusiones:** Una adecuada estrategia de comunicación entre el equipo de salud y los familiares, trae aparejado un alto grado de satisfacción de los mismos, lo que constituye un indicador de la calidad de atención.

**Bibliografía:**

Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, et al.: Establishing reliability and validity of the Critical Care Family Satisfaction Survey. *Crit Care Med* 2001; 29:192-196.

Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, et al; Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002; 30:1413-1418.

Wall RJ, Engelberg RA, Lois Downey MA, et al; Refinement, scoring, and validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit survey. *Crit Care Med* 2007; 35:271-279.

**0327 PRUEBA DE VENTILACIÓN ESPONTANEA EN NIÑOS**

J FRYDMAN, S MORALES, P GONZALEZ CROTTI, M TISZLER, M PUITA MONTERO, G CAPROTTA  
Hospital de Trauma y Emergencia Dr. F. Abete, Malvinas Argentinas, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La evaluación de la discontinuación de la ventilación mecánica (VM) puede ser realizada mediante la prueba de ventilación espontánea (PVE), la cual constituye el mejor método para definir la conducta sobre la extubación. La prueba de tubo en T (TT) es un método sencillo para evaluar la capacidad de mantener la ventilación espontánea.

**Objetivos:** Describir la experiencia realizada durante el primer semestre de 2010 en trabajo interdisciplinario entre intensivistas y kinesiólogos en la puesta en marcha de un protocolo de PVE en nuestra UCIP.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, realizado

en UCIP del Hospital "Dr. F. Abete" Fueron incluidos todos los pacientes que requirieron VM entre el 1/1 al 30/6 de 2010.

La PVE se realizó colocando al paciente en TT durante 30-120 minutos evaluando signos vitales, mecánica respiratoria y escala de Glasgow.

La mecánica respiratoria fue evaluada teniendo en cuenta la utilización de músculos accesorios. Se considero como signo de aumento de trabajo respiratorio tolerable para la continuidad de la PVE al uso de hasta dos grupos de músculos accesorios.

Dentro de los signos vitales se consideraron como punto de corte para dar por exitosa la PVE: frecuencias cardiacas y respiratorias no mayores al 20% del valor al inicio de la PVE, saturación hasta 92%, valor de tensión arterial media entre los percentilos 5 y 95 para sexo y edad sin signos de repercusión hemodinámica.

Los pacientes debían mantener un valor de escala de Glasgow mayor o igual a 8/10.

**Resultados:** Durante el período citado ingresaron en UCIP 299 pacientes, 89 requirieron VM, 70 realizaron PVE (43 varones y 27 mujeres). Promedio de días en VM: 7,41. Motivo de ingreso en VM: 70% patología respiratoria.

Se realizaron 105 PVE: 71 positivas (68%) y 34 negativas (32%). De las PVE positivas, 60 concluyeron en extubaciones exitosas (85%) y 11 en extubaciones fallidas (15%).

20 pacientes requirieron más de una PVE antes de su extubación definitiva: 18 lograron ser extubados y 2 requirieron ingresar a un protocolo de weaning.

1 paciente falleció durante la VM.

**Conclusiones:** El 71% de los pacientes requirieron una sola PVE con extubación exitosa. Luego de una PVE exitosa, el 15% de los pacientes presentó falso positivo necesitando ser reintubado.

La extubación demasiado temprana así como la prolongación innecesaria de la VM pueden ser perjudiciales para el paciente, por lo que es de fundamental importancia encontrar un equilibrio entre ambas posiciones. En nuestra experiencia este objetivo fue logrado gracias al trabajo interdisciplinario entre kinesiólogos e intensivistas infantiles.

**0329 DROTRECOPINA ALFA ACTIVADA EN SEPSIS, EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE STILL. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A VÁZQUEZ<sup>1</sup>, V VÁZQUEZ<sup>1</sup>, F GAMBINO<sup>1</sup>, S BARRIOS<sup>2</sup>, F SARMIENTO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Militar Central H Grl 601, Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan Domingo Perón", Formosa, Argentina. <sup>3</sup> Hospital General de Agudos "Juan A. Fernández", Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Difundir nuestra experiencia en el tratamiento de la sepsis con drotrecopina alfa activada. Realizar una descripción clínica y epidemiológica del caso presentado.

**Material y métodos:** Se registró un caso de sepsis a punto de partida de un foco pulmonar en un paciente de sexo masculino de 29 años de edad, con diagnóstico de enfermedad de Still en tratamiento con inmunosupresores. A su ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva presentó taquipnea, taquicardia, fiebre, hipotensión refractaria a la expansión y posteriormente manifestaciones cutáneas acrales. Para su tratamiento requirió soporte respiratorio, hemodinámico, antibioterapia y antifúngicos, con tórpida evolución constatándose falla multiorgánica dentro de las 48 hs de su ingreso, por lo que se decidió la administración de drotrecopina alfa activada a razón de 24  $\mu$ g/kg/h por 96 horas.

**Resultado:** Una vez iniciado el tratamiento con drotrecopina alfa activada, se realizó seguimiento y se objetivó disminución de los puntajes de los scores SOFA (Ingreso: 10; 24hs: 7; 6° día: 4); y la escala de MURRAY (Ingreso: 2,75; 24hs: 2; 6° día: 1,5). Se observó buena tolerancia a la droga, sin reacciones adversas asociadas.

**Conclusión:** Drotrecopina alfa activada en nuestra experiencia a propósito de este caso, resultó segura, sin efectos adversos y efecti-

va, revirtiendo la falla multiorgánica en la sepsis grave que presentó este paciente.

### 0330 MANEJO VENTILATORIO DEL SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO DE LOS PACIENTES CON ALTA SOSPECHA DE INFLUENZA A H1 N1 DURANTE LA PANDEMIA 2009.

A TAMAYO, M GUAYMAS, N VETRANO, A ZAMUZ, C SAUDA Hospital L. y M. De La Vega de Moreno, Argentina.

**Introducción:** Realizamos manejo de la VM con estrategia protectora y maniobras de reclutamiento (MR) en esa grave infección complicada con neumonía y SDRA en nuestra sala de UTI durante la pandemia 2009.

**Objetivo:** El objetivo principal de este trabajo es evaluar la mortalidad y complicaciones luego de aplicarse un protocolo estricto de manejo ventilatorio y describir ciertas características clínicas de los pacientes, siguiendo las recomendaciones y normas de estrategia ventilatoria de la NHLBI Network en los enfermos con SDRA.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de un periodo 8 semanas (del 10/06/09 al 25/07/09) en el servicio de UTI de los datos obtenidos de los registros médicos y de enfermería, de los ingresados en la UTI con diagnóstico de neumonía grave, SDRA y alta sospecha de influenza A H1N1. Criterios de inclusión: edad igual o > 18 años; cuadro clínico de ETI compatible, más SaO<sub>2</sub> igual o < 91%, más radiografía de tórax característica con requerimiento de VM invasiva. Los pacientes fueron colocados en modo VCV inicialmente. Usamos VC bajo, como lo señala el protocolo de ventilación del ARDS Network (Anexo 1), con 6 ml/Kg del peso corporal ideal como una estrategia protectora y de AP (Anexo 2). Con presión meseta en la vía aérea < 30 cm H<sub>2</sub>O y titulamos la PEEP de acuerdo a la (MR) según Kacmarec (Anexo 3). Se utilizó Escala de Ramsay 5 e incluso BNM. Practicamos Rx de tórax para descartar barotrauma.

**Resultados:** Registramos 19 pacientes, 10 (53%) hombres y 9 (47%) mujeres, 17 (89%) eran menores de 65 años. Existió un 53% de comorbilidades. Con APACHE II: 20, LIS (Lung Injury Score) (Murray) > 2, CURB- 65 de 2, PSI: IV al ingreso. Diez pacientes en ARM (con una estrategia protectora en modalidades VCV o PCV con VC bajos - 6 ml/Kg- y PEEP elevadas > 10 cm H<sub>2</sub>O, ajustado según protocolo ARDS Network intentando mantener una presión meseta < a 30 cm H<sub>2</sub>O, y con MR según manejo del SDRA y titulación del PEEP. La VCV con flujo constante fue el modo ventilatorio usual al principio con Vt 5-7 ml/Kg, y luego el modo PCV, algunos requirieron apoyo farmacológico para sostener la TA. La Estrategia de Reclutamiento Alveolar Progresivo ERAP fue efectiva para mejorar la Cst, la Sat O<sub>2</sub> y la PafIO<sub>2</sub> Existió una complicación (10%), un neumotorax resuelto con drenaje, por colocación de vía central. La mortalidad por se en 10 (48%).

**Conclusión:** Se aporta la utilización del Vt según el peso corporal predecible, el empleo de altas FR con el consecuente PEEPi y aumento de la PEEP total que beneficia una maniobra de reclutamiento, su empleo de una estrategia uniforme que llegue a ser familiar para todo el staff. La ERAP mejoró la Crs que sirvió para titular la PEEP con mejoría de la SaO<sub>2</sub> y PafIO<sub>2</sub>. No existió complicación mayor debida a la estrategia practicada y la mortalidad global fue del 48%.

### 0332 INSUFICIENCIA TRICUSPIDEA SEVERA AGUDA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

F CARINI, MD TERAN, PA GASTALDI, S VILLARROEL, S GIANNASI, E SAN ROMAN Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Las lesiones cardíacas secundarias a politraumatismos han sido motivo de estudio desde la década del 50, por lo general son difíciles de diagnosticar, debido a que se producen en el contexto del paciente politraumatizado donde la gravedad de otras lesiones más evidentes dificulta el diagnóstico de las cardíacas.

En los traumatismos torácicos, la válvula más frecuentemente afectada es la válvula aórtica, seguida de la válvula, mitral y tricúspide. Si bien las lesiones cardíacas se producen generalmente por heridas penetrantes, en el caso de la válvula tricúspide la mayoría de los casos descritos se han presentado en traumatismos cerrados de tórax.

La insuficiencia aguda de la válvula tricúspide, aunque poco frecuente, ha sido reportada cada vez con mayor frecuencia durante los últimos años. En el presente reporte se presenta un paciente con insuficiencia tricúspide severa aguda de causa traumática que intercurrió con shunt intracardiaco rápidamente progresivo y letal.

**Caso Clínico:** Paciente de 23 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes de importancia, que ingresa por un consecuencia de un accidente en vía pública (caída de altura de aproximadamente 6 m). Ingresó con GCS < 8 por lo que requiere intubación oro traqueal, ISS 41, TSR 10. Se realiza escaneo tomográfico en el que se observan múltiples contusiones hemorrágicas en cerebro, volcado intraventricular bilateral, una contusión pulmonar derecha con leve derrame pleural homolateral, laceración hepática, pequeño hematoma subcapsular en polo superior de riñón derecho y fractura de clavícula izquierda, codo izquierdo, mano derecha y pierna derecha.

Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en asistencia ventilatoria mecánica (AVM), bajo sedación, sin hipertensión endocraneana, hemodinámicamente estable.

Al 2º día de internación, se realiza ecocardiograma doppler de rutina en donde se evidenció la presencia de insuficiencia tricúspide severa, prolapso de al menos dos valvas tricúspides (Figura 1), rotura de cuerda tendinosa, movimiento anómalo del septo interventricular, dilatación de cavidades derechas con gradiente transvalvular de 8 mmHg, con función sistólica del ventrículo izquierdo conservada, sin alteraciones en pericardio.

Se completa la evaluación con ecocardiograma transtorácico 3D (Figura 2).

Asimismo, se repite escaneo tomográfico completo en la que se observan imágenes previamente mencionadas con el agregado de mayor derrame pleural derecho.

Al 4º día de internación evoluciona con hipoxemia severa refractaria, inestabilidad hemodinámica e hipertensión endocraneana. Se realiza nuevo ecocardiograma transtorácico en el que no se evidencian cambios respecto al previo, no se observó pasaje de flujo a nivel auricular de derecha a izquierda.

Los parámetros hemodinámicos demostraban similitud en las presiones de cavidades de aurícula y ventrículo derecho, con gasto cardíaco respetado y resistencias disminuidas, tanto pulmonares como sistémicas.

Persiste con hipoxemia refractaria, evoluciona con disfunción orgánica múltiple y fallece.

### 0333 EXPERIENCIA EN PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDEMICA

A CORBALL<sup>1</sup>, A MARTINUZZI<sup>1</sup>, S ALCANTARA<sup>1</sup>, M DI LEO<sup>1</sup>, A PALAORO<sup>1</sup>, E KREMER<sup>2</sup>, C FELLER<sup>1</sup>, M ORSATTI<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> HIGA ROSSI, Argentina. <sup>2</sup> CEMIC, Argentina.

**Introducción:** La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio de la glándula pancreática, de diversas etiologías, siendo las más frecuentes de origen biliar, alcohólica y por hipertrigliceridemia (en orden de frecuencia). El objeto de análisis de este trabajo es la pancreatitis por hipertrigliceridemia (PAH). Su abordaje terapéutico se dirige a instaurar las medidas generales de sostén y monitoreo asociado a modalidades específicas como infusión de insulina y/heparina, o plasmaferesis (PF).

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia en el tratamiento de la pancreatitis hipertrigliceridémica utilizando PF.

**Materiales y Métodos:** Trabajo retrospectivo y descriptivo, realizado en una unidad de cuidados intensivos polivalente, incluyendo los pacientes que ingresaron durante el periodo 2010-2011 con el

diagnostico de PAH. Los datos fueron cargados en base excel y los resultados se exponen en valores absolutos.

#### Resultados:

Características	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Sexo	Masculino	masculino	Femenino
Edad	35 años	35	36
Días UTI	16	3	2
Antecedentes	DBT, dislipemia, pancreatitis, obeso, Alcohólico	DBT, dislipemia, pancreatitis, obesa alcohólico	Obesa, dislipemica
Apache II	11	4	18
Ranson	4	2	5
TAC	D	B	D
Fallas orgánicas	No	No	Hemodinamica, renal, hepatica, respiratoria
Complicaciones	hiperglucemia (HG), Infección asociada a cateter. pseudoquistes	HG	HG, injuria renal, hemoperitoneo
Resultado	alta	alta	obito
Insulina	Si	Si	Si

Los 3 pacientes recibieron PF, utilizando tecnología COBE SPECTRA, con velocidades de recambio promedio de 50 ml/h, volúmenes por sesión 2000 ml, los pacientes que sobrevivieron requirieron 3 sesiones. Se observó disminución de los valores de triglicéridos (tabla 1).

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Triglicéridos ingreso	12000 mg%	2560	3000
TG post-PF	632 mg%	505	1994
Velocidad recambio	45 ml/min	50 ml/min	55 ml/min

**Conclusiones:** La experiencia obtenida con los casos presentados permite acercarse al conocimiento del alcance de la plasmaféresis en la reducción de la concentración de triglicéridos en la pancreatitis por hipertrigliceridemia y su impacto en la evolución de los pacientes. La evidencia sugiere peor pronóstico con menor reducción de la concentración de TG, hecho congruente con lo descrito en la literatura disponible.

#### 0334 REGISTRO DE PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

P SCHOON, L BENITO MORI, MF DÍAZ, B DORFMAN, S CARINO, C GALLETI, G PIÑERO, S SVAMPA

Comité de Neurointensivismo - Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, Argentina.

Una limitación para la planificación estratégica en salud es la falta de información de los procesos de asistencia de los pacientes.

Por ello nos propusimos la creación de un registro de pacientes con Traumatismo Encefalocraneano (TEC) que permita conocer las características de atención de estos pacientes y ayude a la planificación de intervenciones. El proyecto contó con el auspicio del Ministerio de Salud de la Nación (Programa de Vigilancia Epidemiológica).

**Objetivo:** Diseñar un Registro Nacional, prospectivo, de pacientes con TEC que ingresan en Servicios de Terapia Intensiva y relevar los recursos disponibles en los mismos.

**Material y Métodos:** Fase inicial de Investigación Operativa. Se procedió a regionalizar la República con designación de Coordinadores Regionales y se realizó una convocatoria a Centros en los que se realiza el tratamiento definitivo de pacientes adultos con TEC.

Se organizaron encuentros, nacionales y regionales, de discusión y consenso acerca de la metodología de trabajo, elementos del Re-

gistro y consideraciones éticas relacionadas. En estos se realizaron tests de inter-confiabilidad del uso de escalas clínicas y tomográficas de categorización. Luego de dos pruebas piloto se determinó el registro definitivo.

En cada Centro se realizó una encuesta de recursos y estructuras necesarias para la atención de pacientes con TEC. Se expresan sus resultados en frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Se incluyeron como Unidades de Vigilancia 26 Centros: 19 Instituciones Públicas (14 Provinciales, 4 Municipales, 1 Nacional) y 7 Privadas; en 11 distritos de la República.

El 21% de los Centros no cuentan con un sistema de atención pre-hospitalaria y derivación oportuna.

Se observó una relación camas UTI/ camas totales institucionales de 5,2% (rango 1,8% - 16%), menor en la instituciones públicas (4,1%) respecto a las privadas (11,8%). En cuanto a la disponibilidad de neurocirugía 44% de los centros cuentan con guardia activa, los restantes pasiva. El 24% de los Centros no cuentan con Tomografía Computada dentro de la Institución. En relación con disponibilidad de monitoreo de la presión intracraneana, 76% cuentan con el recurso siempre, 29% ocasionalmente y un Centro nunca dispone del mismo. El monitoreo de saturación yugular está disponible siempre en 42% de los centros, ocasionalmente en 35% y nunca en el 22% de ellos.

**Conclusiones:** En los Centros incluidos en el registro se observó déficit en sistemas de atención pre-hospitalaria y escaso número de camas de UTI, lo que potencialmente puede incidir en la evolución de los pacientes e impedir ofrecer la asistencia de elección. Las carencias detectadas en la capacidad instalada en estos Centros que deben realizar la atención definitiva de pacientes con TEC, dificultan el seguimiento de normas y guías de manejo de estos pacientes aceptadas internacionalmente.

#### 0335 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL PACIENTE TRAUMATIZADO

LG SCALISE, C AGUILERA, C GROER, J ANGAROLA, DH CERASO

Hospital Fernández, Argentina.

La insuficiencia respiratoria aguda se caracteriza por PaO<sub>2</sub> menor a 60 mmHg, en el paciente traumatizado tiene múltiples etiologías. Paciente femenino de 58 años que ingresa a Emergentología por politraumatismo (mecanismo lesional peatón vs. Colectivo). ISS 75, por presentar lesión torácica máxima (6). Lesiones: TEC leve, fractura de clavícula y escápula, múltiples fracturas costales y hemotórax masivo derecho, fractura de codo derecho. Presentó shock hemorrágico con infusión de 13.500 ml de cristaloides y 2.000 ml coloides, transfusión de hemoderivados: 19 UGR, 19 UPFC, 19 UCrioprecipitados, 25 UPLT. Se realiza cirugía de control del daño en tórax, sin detener el sangrado, por lo que se realiza neumonectomía a las 18 hs del ingreso por laceración y sangrado activo a nivel del pulmón derecho. Ingresó a UTI con falla multiorgánica y requerimiento de vasopresores en altas dosis. Se inician expansiones, ARM con patrón de ventilación protectora persistiendo con acidosis respiratoria y PaFi menor a 100, por lo que se realizan maniobras de reclutamiento y luego se rota a PCV sin cambios en la acidosis respiratoria. Se realiza insuflación de gas transtraqueal sin respuesta. Se constata mejoría de la hipoxemia cuando se coloca a la paciente a 90° y en decúbito lateral derecho, que se interpreta como secundario a la disminución del retorno venoso por el posicionamiento del mediastino. Se coloca catéter en arteria pulmonar para manejo hemodinámico. Presenta patrón mixto distributivo y cardiogénico. Se inicia dobutamina y furosemida con respuesta adecuada. Evolución con múltiples complicaciones infecciosas, finalmente se otorga el egreso hospitalario.

La insuficiencia respiratoria aguda en el paciente traumatizado tiene múltiples etiologías. El shock hemorrágico es una etiología frecuente, siendo el aumento de citoquinas y de las especies reactivas de oxígeno por isquemia-reperusión el mecanismo fisiopatológico

predominante. El trauma cerrado de tórax provoca lesión pulmonar aguda por daño directo sobre el parénquima. La transfusión de hemoderivados es otra causa y se explica por un mecanismo inmunomediado. El tratamiento general del paciente traumatizado en shock hemorrágico está dirigido a identificar y detener el sitio de hemorragia, reestablecer la volemia y adecuar el transporte de O<sub>2</sub> para minimizar la respuesta inflamatoria sistémica y el daño por isquemia reperfusión. La reanimación del shock hemorrágico puede comprometer la oxigenación y generar insuficiencia respiratoria aguda cuando se infunden 250 ml/kg de peso o más de cristaloides, la terapéutica va dirigida en este caso al balance hidrosalino negativo. Se presenta este caso debido a la alta complejidad, donde se combinaron compromiso hemodinámico, insuficiencia respiratoria y ventilación en pulmón único.

### 0336 FRACTURA TRAUMÁTICA DE CARTÍLAGO TIROIDES

V CARIMAN<sup>1</sup>, E PORJOLOVSKY<sup>1</sup>, F SANZ<sup>2</sup>, L CAMPUTARO<sup>3</sup>, A CARTELLI<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Terapia Intensiva HGA E Tornu, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Imágenes Hospital Juan C Sanguinetti, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Terapia Intensiva Hospital Juan C Sanguinetti, Argentina.

**Introducción:** El trauma de laringe es una entidad poco frecuente, con la posibilidad de provocar lesiones que si no son diagnosticadas y tratadas a tiempo puede poner en peligro la vida.

**Objetivo:** Presentar un caso donde se evidenció este tipo de lesión y su evolución.

**Caso clínico:** Paciente de 40 años de edad, de sexo masculino y antecedentes de tabaquismo que ingresa a servicio de emergencias de nuestro Hospital, por presentar trauma de características contusas en la región cervical secundario a golpe de puño durante riña. Al examen físico presentaba taquipnea, utilización de músculos accesorios, estridor laríngeo, desaturación a 0,21. (80 %) y deterioro del sensorio SG: 7/15 O 1 V 1 M5, se lleva a cabo IOT en guardia, donde durante la laringoscopia se evidencia edema de laringe.

TC cervical: Se realizan cortes axiales cada 10 mm con ventanas guiadas por escanograma lateral con equipo Helicoidal Somatom Plus 4 Siemens. Disección parcial de los planos musculares anatómicos por la presencia de enfisema que discurre por detrás y a los costados e la tráquea, proyectándose el mismo hasta el mediastino superior y medio. Se observa la presencia de imagen compatible con fractura de cartílago tiroides en su cara anterior. Clasificación de Shaeffer grupo 2: (hematoma o edema endolaríngeo con compromiso vía aérea, laceraciones mínimas de la mucosa sin exposición de cartilago, fractura no desplazada en TC).

Pasa a UTI: se inicia monitoreo y soporte respiratorio se indica tratamiento desinflamatorio con glucocorticoides, y se mantiene sedoanalgesia finalmente se deriva por su obra social.

En la nueva Institución al paciente se lo mantiene en ARM sedoanalgesiado. A las 24 hs se le realiza fibrobroncoscopia que muestra desgarro del repliegue aritenoides epiglotico izquierdo, hematoma subglotico y en pared posterior, con intenso edema laríngeo, se lleva a cabo traqueostomía, y se mantiene en ARM por una semana con desconexión exitosa. Ya en sala gral, se realiza a la semana nueva endoscopia de control que muestra hematoma sin edema de aritenoides izquierdo y banda, sinequia del 2/3 anterior de cuerda vocal con granuloma, subglotis normal. Es dado de alta con cánula fonatoria y seguimiento por ORL y Neumología.

Presentando como complicación estenosis del espacio glótico por sinequia de cuerdas vocales y estenosis traqueal habiendose realizado cirugía de apertura de cuerdas vocales y colocación de Montgomery subglotico.

**Conclusiones:** Las fracturas de cartílago tiroides son lesiones que pueden causar múltiples manifestaciones clínicas y terapéuticas, que varían desde la conducta expectante y la observación del paciente, hasta la necesidad de IOT y/o traqueostomía de urgencia con necesidad de control en UTI junto a soporte ventilatorio. El

diagnostico estará en relación a una correcta anamnesis, examen físico, la alta sospecha clínica y la posibilidad de estudios por imágenes concluyentes.

### 0338 IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO CONTINUO DEL EQUIPO TRATANTE EN EL PRONÓSTICO DE LA VENTILACION NO INVASIVA. COMPARACION DE DOS PERIODOS

M MARENGO, J GUYON, J CENTORBI, J SANCHEZ, A CHENA, G ZAKALIK, AM SANCHEZ, JM PINA, D RAGGIO, R FERNANDEZ, JL MARENGO

Hospital L. C. Lagomaggiore, Argentina.

**Introducción:** La VNI ha probado ser una alternativa eficaz en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda en grupos seleccionados de pacientes. Los determinantes de su éxito/fracaso son entrenamiento y experiencia del equipo tratante, sin embargo son muy pocos los trabajos que evalúan este punto.

**Objetivo:** Evaluar impacto de la capacitación del personal a cargo de la implementación del método, comparando dos periodos de tiempo (01/2003 -12/2004) vs. (01/2009 -12/2010). Los pacientes sometidos a VNI durante este periodo fueron comparados con un grupo histórico, 2003 – 2004, inicio del procedimiento en nuestro servicio. Se registraron, datos demográficos, diagnóstico de ingreso, motivo de uso de VNI, antecedentes patológicos, días de VNI y estadía en UTI; APACHE II, signos vitales y gasometría basal y a la hora de VNI, interfaces utilizada, complicaciones, éxito o fracaso del procedimiento y evolución, (sobreviviente/fallecido).

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo observacional, realizado en la UTI de un hospital escuela, durante el periodo 01/2009 -12/2010. Los pacientes sometidos a VNI durante este periodo fueron comparados con un grupo histórico, 2003 – 2004, inicio del procedimiento en nuestro servicio. Se registraron, datos demográficos, diagnóstico de ingreso, motivo de uso de VNI, antecedentes patológicos, días de VNI y estadía en UTI; APACHE II, signos vitales y gasometría basal y a la hora de VNI, interfaces utilizada, complicaciones, éxito o fracaso del procedimiento y evolución, (sobreviviente/fallecido).

Los pacientes fueron divididos en dos grupos, actual e histórico. Las variables cuantitativas expresadas como medias  $\pm$  desvío estándar (SD) y para su análisis se utilizaron test de U de Mann-Whitney y Suma de rangos de Wilcoxon. Las variables cualitativas expresadas como porcentajes y analizadas mediante Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Significación estadística  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Durante el período estudiado se incluyeron 32 pacientes, (Grupo actual), los cuales fueron comparados con 59 pacientes del grupo histórico. Las comorbilidades presentadas fueron EPOC (13), HTA (10), ICC (7), Diabetes Melitus (8), Obesidad (7), Asma (6), otras (4). La interfase utilizada más frecuente fue la máscara oro nasal 28 (87,5%) pacientes; el resto fue ventilado mediante "helmet". Los motivos de VNI fueron EPOC reagudizado, hipoventilación asociada a la obesidad, EAP, SDRA, NAC, asma, contusión pulmonar e insuficiencia respiratoria aguda. Al comparar los dos grupos no se encontraron diferencias en cuanto a edad, sexo, nivel de gravedad por APACHE II y antecedentes de EPOC, sin embargo el grupo actual mostró menor estadía en UTI (media 5,47 vs. 8,53  $p$  0.019) y en VNI (media 1,50 vs. 2.53  $p$  0.001), menor frecuencia de fracaso [media 7(21,9%) vs. 26 (44,1%)  $p$  0.035] y menor mortalidad global [media 5(15,6% vs. 22 (37,3%)  $p$  0.031].

**Conclusión:** De acuerdo a nuestros resultados podemos inferir que el entrenamiento del personal a cargo de la aplicación de VNI es un punto clave ya que tiene un claro correlato positivo en relación a estadía en UTI, duración de la VNI, necesidad de reintubación y mortalidad.

### 0340 IMPACTO DE LA UTILIZACION DE LA DEXMETOMIDINA EN PACIENTES CRITICOS EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

PA GASTALDI, PD CALO, S DI STEFANO, J SINNER, S VILLARROEL, S GIANNASI, E SAN ROMAN

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar prospectivamente la utilización de dexmedetomidina en pacientes ventilados en una unidad de Terapia Intensiva, en un nuevo protocolo de sedación y analgesia.. Como objetivo

secundario se evalúa la utilización de drogas sedantes habituales tales como Remifentanilo, Midazolam, Propofol en esta población.

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo de una cohorte de pacientes en una unidad de Terapia Intensiva, en los cuales se utilizó la droga dexmedetomidina en un nuevo protocolo de sedación en los siguientes subgrupos de pacientes:

1) Pacientes en plan de Destete, 2) Pacientes con presunción de Delirio (Escala de RASS +2 y +3), 3) Pacientes para optimización de Ventilación No Invasiva. 4) Pacientes con objetivo de Confort Nocturno. 5) Paciente para ARM electivo durante 48-72 horas.

**Resultados:** De los 50 pacientes que utilizaron dexmedetomidina, en 24 pacientes se lo utilizó con Presunción de Delirio, 20 pacientes con objetivo de Weaning, 2 pacientes para optimizar VNI, 2 pacientes con objetivo de confort nocturno y 2 pacientes para ARM electivo durante 40-72 horas.

De los 50 pacientes que iniciaron la droga, 18 de ellos suspendieron la misma. El inicio promedio de utilización de la droga fue de 6.85 días.

Se obtuvo un resultado del 75% de éxito en pacientes en Destete y 58% en pacientes con Presunción de Delirio.

Si se toma en cuenta la utilización de la droga antes de los 7 días de internación del paciente, los resultados se modifican, observándose 96% de éxito en Destete y 72% en pacientes con presunción de Delirio. El consumo de otras drogas utilizadas en sedoanalgesia disminuyó en un 50% en esta población.



**Conclusiones:** A pesar de ser una muestra pequeña la incorporación de Dexmedetomidina disminuyó el consumo de otras drogas y resultó efectiva en el destete y control de delirio.

### 0341 ALCALOSIS METABOLICA MIXTA GRAVE, SECUNDARIA A SINDROME PILORICO COMO CAUSA MECANICA DE COLECISTITIS AGUDA LITIASICA GANGRENOSA

R TORREZ, A MONSON, M CHALLAPA, R LOPEZ, G THOFERHN, L AGUILAR  
Hospital de Trauma-Emergencias Dr. F. Abete, Argentina.

**Objetivo:** La Alcalosis metabólica es un trastorno ácido básico en el que un proceso patológico primario determina el cuadro, asociándose con alta morbi-mortalidad.

La clasificación más relevante desde el punto de vista clínico y fisiopatológico se sustenta en que esta sea dependiente de la depleción de Cl<sup>-</sup>, siendo las más frecuentes las cloro sensibles, y las más infrecuentes las cloro resistentes asociadas a hipokalemias severas

**Material y métodos:** Se presenta un caso de un paciente quien ingresa a shockroom derivado de la demanda espontánea por un cuadro de abdomen agudo en estudio, en el cual se observa una alcalosis metabólica severa.

**Desarrollo:** Se presenta el caso de una mujer de 45 años con antecedentes de HTA, DBT-2 en tratamiento con HGO, remitida al shockroom por presentar desde hace 20 días un cuadro de astenia, adinamia, hiporexia, vómitos en repetidas oportunidades, acompañada de dolor abdominal tipo cólico, debilidad muscular, afebril y pérdida de 7kg aproximadamente.

La exploración clínica inmediata mostraba una paciente en regular a mal estado general, peso de 50 kg, con signos de deshidratación con piel y mucosas palidas.

SV. TA:130/70 mmHg FC: 100 lpm. FR: 20 rpm. T 36.5, Abdomen blando doloroso a la palpación profunda en epigastrio, mesogastrio; se palpa masa de 15x10 cm en dichos cuadrantes semisólida fija, dolorosa, RHA(→) hipoactivos. Paciente somnolienta, orientada en las 3 esferas con GSC 15/15.

Laboratorio:

HTO: 48%, GB 19.800 glc 180, urea 141, creat. 1.45, Na+ 126, K+ 2.0, Cl- 65, GOT 35, GPT 27, FAL3, 22 Amilasa 604.

EAB: 7.56/63.4/69.9/56.7/34.6/95%/1.80

Urea 1250, Creat. 5.30, Na+ 150, K+ 32, Cl- 121

ECG:Mostraba RS., FC 100 lpm., signos de hipokalemia (QT prolongado, onda T aplanadas y ondas U).

TAC Abdomen c/s contraste EV.: Se evidencia imagen homogénea de vesícula biliar aumentada de tamaño varios litos en su interior, que desplaza la 2da porción del duodeno, no deja ver páncreas.

Se realizó punción percutánea con aguja en abdomen, donde se obtiene material purulento.

Se interviene quirúrgicamente, encontrando una colecistitis litiasica gangrenosa, con plastrón perivesicular, que producía la compresión mecánica de duodeno y piloro

Se realiza reposición de fluidos y electrolitos

Paciente con evolución clínica y posquirúrgica favorable, la cual es dada de alta 7 días posteriores a su fecha de internación con controles por consultorio externo

Laboratorio de alta: Na+ 135, K+ 3.4, Cl- 105. EAB: 7.45/42/75.5/31.4/98%/0.90.

Anatomía Patológica sin resultados a la fecha.

**Conclusiones:** Los datos sobre la gravedad y pronóstico de la alcalosis metabólica mixta son escasos, la mortalidad asociada con alcalosis metabólica grave es elevada según algunos reportes, Wilson y cols. Determinaron tasa de mortalidad del 45% en pacientes con un pH de 7,55 y del 80% cuando el pH era mayor a 7,65. Ante dicha alteración metabólica sin importar la causa desencadenante, debe generar preocupación y debe ser objeto de un tratamiento inmediato ya que esta confirma una mortalidad elevada cuando no es tratada en forma inmediata.

### 0343 INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD TRAUMATICA EN EL PARTIDO DE MALVINAS ARGENTINAS

R LOPEZ RAMOS, A MONSON, M CHALLAPA, G THOFERHN, B TORREZ, L AGUILAR  
Hospital de Trauma y Emergencia Dr. Federico Abete, Argentina.

**Introducción:** La injuria por trauma es un problema de la política sanitaria a nivel global. Es la causa dominante de morbi-mortalidad en los jóvenes, sobre todo en países industrializados.

En EEUU y otros países desarrollados la mortalidad secundaria a trauma ha disminuido en las recientes décadas debido a una política orientada a la prevención y manejo del trauma.

El objetivo del presente trabajo, es evaluar la incidencia de traumatismos en el partido de Malvinas Argentinas.

**Materiales y métodos:** El Hospital de Emergencia y trauma Dr. Federico Abete Es centro de derivación para el diagnóstico y trata-

miento de todo politraumatismo dentro Malvinas argentinas, un partido de la provincia de Buenos aires a 35 km de la capital federal con una extensión de 53 km<sup>2</sup> y un densidad de 4.614 hab./km<sup>2</sup> inmerso en la encrucijada de tres rutas provinciales.

Se realizó un estudio prospectivo de cohorte observacional desde el 25/09/2009 al 05/11/2009 de todos los pacientes traumatizados que ingresaron al shock room tomando en cuenta sexo, edad, tipo de evento y cinemática del mismo, estado al ingreso, estudios complementarios, tipos de lesiones, tratamiento realizado y destino, comparando los datos obtenidos con otras naciones con distintos niveles de desarrollo.

**Resultados:** Del total de los pacientes (n=1596) 69% (1101) fueron masculinos y 31% (495) mujeres. La media de edad es de 28,9 años, con una mínima de 13 y una máxima de 76 años (nuestro

hospital carece de servicio de pediatría). Según la cinemática, un 22% fueron colisiones vehiculares con moto, un 16% caídas de altura, el 13% agresiones por terceros, 12% arrollamientos y el resto se dividió entre HAB, HAF, caídas de moto, bicicleta y de propia altura y colisiones en auto. El 55% de los traumas cerrados se asociaron a TEC.

**Conclusiones:** Demográficamente la población estudiada se asemeja en género y media de edad a otras naciones de mayor o menor desarrollo. Priman aquí, como en el resto del mundo los traumas cerrados. Existe, sin embargo, una mayor incidencia de colisiones vehiculares por moto (Malvinas 22%, Seattle 4%, Monterrey 5%, Kumasi 1%) que automovilísticas. Presentamos mucho menor incidencia de HAB y HAF que países más desarrollados, compartiendo incidencias semejantes en el resto de los eventos traumáticos.

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
<b>A</b>					
ABALLAY SOTERAS, G	190	ANZORANDÍA, N	97	BANILLE, E	145
ABASCAL, J	255	APHALO, V	271	BARAC, L	229
ABAZ, B	45	APHALO, V	210	BARAC, L	305
ABRALDES, C	74	APHALO, V	247	BARAC, L	309
ABRILE, GF	255	APHALO, V	276	BARAC, L	306
ACEVEDO, I	179	APHALO, V	279	BARAC, L	308
ACOSTA, A	241	APREA, V	239	BARBIERI, MA	43
ADALA, Y	14	AQUINO, J	266	BARBOZA, A	316
ADAMOLI, E	272	AQUINO, N	292	BÁRCENA, L	254
ADDUCCI, MC	75	AQUINO, N	125	BARILARI, C	74
AGARIE, M	277	ARAMBURU, M	229	BARON, S	241
AGAZZI, D	271	ARAMBURU, MJ	303	BARREDA CEVASCO, LA	138
AGÜERO, C	119	ARAMBURU, MJ	309	BARREDA CEVASCO, LA	141
AGUILAR, L	51	ARAMBURU, MJ	304	BARREDA CEVASCO, LA	161
AGUILAR, L	176	ARAMBURU, MJ	307	BARREDA FELIZIANI, C	138
AGUILAR, L	314	ARAMBURU, MJ	306	BARREDA FELIZIANI, C	141
AGUILAR, L	317	ARAMBURU, MJ	308	BARREDA FELIZIANI, C	161
AGUILAR, L	280	ARANCIBIA, C	104	BARRIENTOS, R	240
AGUILAR, L	341	ARANCIBIA, CA	220	BARRIENTOS, R	256
AGUILAR, L	343	ARCE, M	189	BARRIOS, C	300
AGUILAR, LA	153	ARENALES, SE	194	BARRIOS, S	329
AGUILERA, C	252	ARENZO, J	44	BARROZO, E	6
AGUILERA, C	335	ARIAS, N	218	BARTOLI, J	300
AGUILERA, G	40	ARIAS, V	46	BÁSICOLO VIVIANI, G	107
ALBEREGUCCI, A	324	ARISTA, E	290	BÁSICOLO, G	129
ALBORNOZ, P	27	ARMELINO, J	254	BÁSICOLO, G	206
ALCANTARA, S	37	ARNAUDÍN, MC	14	BASUALDO, N	267
ALCANTARA, S	333	ARROYO, J	316	BAUCHI, J	9
ALEGRANZA, D	179	ARROYO, J	8	BAUCHI, J	41
ALEMANO, G	12	ARROYO, J	142	BAUCHI, J	61
ALESIO, H	130	ARROYO, J	304	BELAUSTEGUI, M	216
ALLENDE, DE	10	ARTAYETA, A	318	BENAVENT, G	117
ALMUZARA, M	50	ARZANI, Y	43	BENAVENT, G	17
ALONSO RIFFO, L	119	ARZEL, M	124	BENITO MORI, L	117
ALONSO, V	184	ARZEL, ME	277	BENITO MORI, L	38
ALONSO, V	324	ASINARI, E	307	BENITO MORI, L	175
ALTAMIRANO, L	241	ATTIE, S	266	BENITO MORI, L	334
ALTAMIRANO, N	181	AYALA ORTIZ, F	310	BENSUSAN, D	59
ALTES, M	42			BENSUSAN, D	60
ALTES, ME	322	<b>B</b>		BERGALLO, C	281
ALTHABE, M	292	BACIGALLUPPI, M	303	BERGNA, D	219
ALTHABE, M	213	BACIGALUPPI, M	229	BERGNA, D	232
ALVAREZ BERTEA, JP	164	BADIA, M	205	BERMEO, M	293
ALVAREZ, J	51	BALASINI, C	116	BERMEO, M	230
ALVAREZ, J	260	BALASINI, C	167	BERNAL, E	191
ALVAREZ, J	268	BALASINI, C	169	BERNALDO DE QUIROZ, M	88
ALVAREZ, M	180	BALASINI, C	210	BERON, M	34
ALVAREZ, M	59	BALASINI, C	247	BERRETA, J	21
ALVAREZ, M	60	BALASINI, C	276	BERRETA, J	321
ALVAREZ, R	264	BALASINI, C	279	BERRONDO, C	187
AMADOR, W	32	BALASINI, C	91	BERTE, M	140
AMAYA AKKAUY, V	218	BALASINI, C	248	BERUTI, E	216
AMAYA, R	21	BALASINI, C	171	BIANCHI, L	271
AMAYA, R	321	BALASINI, C	125	BIENZOBAS, DH	51
AMAYA, V	207	BALBI, A	160	BIENZOBAS, DH	176
AMAYA, V	137	BALBI, A	200	BLANCO, M	261
ANCE, A	241	BALBI, J	324	BLANCO, M	251
ANCE, P	241	BALBUENA, R	17	BLASCO, M	300
ANCHORENA, R	124	BALDUCCI, A	21	BLASCO, MA	147
ANCHORENA, RM	277	BALDUCCI, A	321	BLASCO, MA	159
ANDERS, M	227	BALLACO, M	145	BLASCO, MA	154
ANDERS, M	238	BALLESTERO, F	159	BOBBIO, ME	181
ANGAROLA, J	335	BALLESTERO, F	154	BOLAND, AL	192
ANTÚNEZ, C	310	BALLESTERO, FM	152	BOLASELL, C	52
		BALLESTRACCI, ML	268	BOLASELL, C	239

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
BOLASELL, C	264	CANALES, H	116	CASTRO, R	283
BOLOGNA, R	292	CANALES, H	167	CASTRO, R	291
BONELLI, I	266	CANALES, H	169	CASTRO, R	282
BONETTO, G	89	CANALES, H	174	CASTRO, SI	50
BONETTO, N	88	CANALES, H	171	CASTRO, SI	118
BONETTO, N	82	CANALES, HS	210	CASTROGIOVANNI, H	45
BONETTO, N	90	CANALES, HS	247	CATALÁN, R	107
BONETTO, N	103	CANALES, HS	276	CATANZARO, V	291
BONGIORNI, GW	34	CANALES, HS	279	CATANZARO, V	282
BORDOGNA, A	219	CANDIA, JF	135	CAUSARANO, J	217
BORDOGNA, A	225	CANEPARI, A	122	CAVAGNARI, M	28
BORDOGNA, A	228	CANTARELLI, L	195	CEBALLOS VARGAS, S	156
BORELLO, S	73	CAPPONCELLI, L	177	CECLIANO, A	81
BORRAJO, V	253	CAPROTTA, G	102	CELIA, J	88
BORSINI, E	154	CAPROTTA, G	130	CELIA, J	82
BORSINI, E	156	CAPROTTA, G	327	CELIA, J	90
BOSCHINI, P	118	CAPROTTA, G	208	CELIA, J	103
BOSCHINI, P	235	CAPROTTA, G	199	CENTENO, P	277
BOSSO, M	222	CAPROTTA, G	221	CENTENO, P	124
BOSSO, M	231	CAPROTTA, G	131	CENTORBI, J	338
BRAÑA, E	207	CAPROTTA, G	134	CENTORBI, J	98
BRAÑA, E	204	CARABAJAL, E	285	CERASO, D	300
BRAÑA, ME	218	CARDENAS, A	195	CERASO, D	302
BRITEZ, M	310	CARDONATTI, G	179	CERASO, D	252
BUERI, J	270	CARDOSO, P	187	CERASO, DH	335
BUFFA, R	300	CARIMAN, V	319	CESARI, C	17
BUÑIRIGO, P	222	CARIMAN, V	336	CESARIO, H	33
BUÑIRIGO, P	231	CARINI, F	105	CESPEDES, J	102
BUSICO, M	245	CARINI, F	332	CESPEDES, J	199
BUSICO, M	254	CARINI, FC	209	CESPEDES, J	131
BUSSO, L	108	CARINO, S	116	CESTARI, J	12
BUSSO, L	25	CARINO, S	167	CEVALLOS VARGAS, S	152
BUSSO, L	234	CARINO, S	171	CEVALLOS VARGAS, S	155
BUSTAMANTE, C	174	CARINO, S	334	CEVALLOS, V	46
BUSTAMANTE, MC	116	CARMIGNANI, P	304	CHACÓN, N	179
BUSTAMANTE, MC	167	CARO, CC	322	CHALLAPA, M	153
BUSTAMANTE, MC	171	CARQUEJEDA ROMAN, G	73	CHALLAPA, M	314
		CARRERAS, L	116	CHALLAPA, M	317
<b>C</b>		CARRERAS, L	167	CHALLAPA, M	341
CABANA, L	191	CARRERAS, L	186	CHALLAPA, M	343
CABANA, L	196	CARRERAS, L	171	CHAPELA, S	152
CABRAL, A	241	CARRERAS, L	171	CHAPELA, SP	159
CABRAL, A	259	CARRI, M	116	CHAPELA, SP	155
CABRAL, M	8	CARRIZO, A	90	CHAVEZ, A	229
CABRAL, M	142	CARRIZO, A	103	CHENA, A	338
CABRERA, H	277	CARRIZO, P	202	CHENA, A	98
CABRERA, H	124	CARRIZO, S	88	CHEONG, I	140
CABRERA, H	124	CARRIZO, S	82	CHERTCOFF, FJ	147
CABRERA, MJ	308	CARRIZO, S	90	CHERTCOFF, FJ	159
CACCIAMANO, A	145	CARRIZO, S	103	CHERTCOFF, FJ	152
CACERES, G	205	CARRIZO, Z	259	CHERTCOFF, FJ	156
CACERES, G	204	CARTELLI, A	30	CHERTCOFF, FJ	155
CÁCERES, G	125	CARTELLI, A	336	CHERTCOFF, FJ	155
CAGLIERI, V	229	CARUSO, A	272	CHIACCHIARA, DN	73
CAGLIERI, V	303	CASANOVA, M	210	CHIANALINO, D	129
CAGLIERI, V	305	CASANOVA, M	247	CHIAPPERO, G	17
CAGLIERI, V	309	CASANOVA, M	276	CHIAROTTO, M	236
CAGLIERI, V	304	CASANOVA, M	279	CHOY, M	129
CAGLIERI, V	307	CASAS, F	24	CHOY, M	206
CAGLIERI, V	306	CASAS, JP	281	CHOY, M	107
CAGLIERI, V	308	CASIMIR, L	292	CHRISTIN, M	254
CALO, PD	315	CASTAGNA, R	44	CHRISTÍN, M	245
CALO, PD	340	CASTAÑO, R	33	CICHERO, H	6
CAMARGO, M	24	CASTAÑOS, MB	170	CICOLINI, A	43
CAMEJO, M	275	CASTELLANI, P	219	CICORA, F	214
CAMERLINGO, S	190	CASTELLANI, P	232	CICORA, F	210
CAMPASSI, ML	42	CASTELLANI, P	234	CICORA, F	247
CAMPUTARO, L	30	CASTRO, M	300	CICORA, F	276
CAMPUTARO, L	336	CASTRO, P	118	CICORA, F	279

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
CINI, M	164	CUIROLO, A	50	DÍAZ, MF	165
CINQUEGRANI, K	108	CUNTO, E	169	DÍAZ, MF	334
CINQUEGRANI, K	25	CURBELO, A	17	DÍAZ, MF	166
CINQUEGRANI, K	234	CURONE, M	81	DIETZ, L	140
CLADERA, P	29	CZERWONKO, D	260	DIPENTE, S	246
CLAVERO, DR	294			DISTEFANO, E	222
CNC, SATI	297	<b>D</b>		DISTEFANO, E	231
COLAUT, P	246	D'ANDREA, E	180	DOGLIOTTI, A	28
COLLADO, SA	5	DA LOZZO, A	315	DOMECQ, P	261
COLLADO, SA	323	DAMIANO, A	12	DOMECQ, P	251
COLQUE, N	27	DANDREA, E	38	DOMENICONI, G	300
COLQUE, N	325	DANIELSEN, C	285	DOMENICONI, G	51
COMIGNANI, PD	214	DANZE, F	266	DOMINGUEZ, DE	177
COMIGNANI, PD	203	DAS NEVES, A	167	DOMINGUEZ, J	125
COMIGNANI, PD	227	DAS NEVES, A	186	DONNA, A	270
COMIGNANI, PD	238	DAS NEVES, A	97	DORFMAN, B	334
COMIGNANI, PD	150	DAS NEVES, A	171	DORREGARAY, M	14
CONTRERAS, R	310	DAS NEVES, AV	210	DUARTE, D	184
CORBALL, A	37	DAS NEVES, AV	247	DUARTE, D	324
CORBALL, A	333	DAS NEVES, AV	267	DUBIN, A	42
CORDERI, J	164	DAS NEVES, AV	276	DUBIN, A	85
CORDERO, C	245	DAS NEVES, AV	279	DUBIN, A	322
CORDOBA, J	17	DAS NEVES, AV	91		
CORDOBA, R	236	DAS NEVES, AV	248	<b>E</b>	
CÓRDOBA, R	307	DAUD, M	196	ECHAVARRIA, C	224
CORNELIO, M	129	DAZA ARAMAYO, M	180	ECHAVARRIA, C	226
CORNELIO, M	206	DAZA, M	38	ECHAVERRIA, N	240
CORNISTEIN, W	169	DAZA, M	17	EFRON, E	147
CORNISTEIN, W	205	DE FEO, F	21	ELÍAS, G	318
CORNISTEIN, W	207	DE FEO, F	321	ELISABE, D	45
CORONADO LUJAN, P	73	DE LA CRUZ, N	223	EMER, A	6
CORONEL, A	321	DE LA ROSA, M	108	ENRICO, C	85
CORREGER, E	36	DE LA ROSA, M	25	ENRIQUEZ, M	295
CORREIA DA SILVA, C	201	DEAN, E	147	ENRIQUEZ, M	296
CORSIGLIA, L	198	DEAN, E	152	ESANDI, D	10
CORSIGLIA, L	14	DEAN, E	155	ESCARAIN, MC	43
COSENZA, S	77	DEBAISI, G	52	ESCARDO, JC	260
COSENZA, S	260	DEBAISI, G	178	ESCIOLAZA, S	261
COSENZA, S	33	DEBAISI, G	264	ESCIOLAZA, S	251
COSENZA, S	216	DEBASTIANI, P	198	ESEN, A	208
COSTA, F	125	DECANIO, G	200	ESEN, A	131
COSTANTINI, M	259	DELARRIVA, A	88	ESEN, A	134
COSTILLA, M	69	DELARRIVA, A	82	ESPADA, A	17
COUCE, R	214	DELARRIVA, A	90	ESPAÑOL, SF	193
COUCE, R	227	DELARRIVA, A	103	ESPAÑOL, SF	197
COUCE, R	238	DELGADO, HA	114	ESPINOSA, L	240
COURTADE, P	253	DESCOTTE, E	152	ESPINOSA, L	256
COZZANI, C	205	DESCOTTE, EJ	155	ESPÓSITO, M	250
COZZANI, C	207	DESMERY, P	271	ESTEBAN, M	169
COZZANI, C	137	DESMERY, P	210	ESTEBAN, M	261
CREMONA, A	169	DESMERY, P	247	ESTEBAN, M	251
CRETON, V	322	DESMERY, P	276	ESTENSSORO, E	300
CRIADO, F	9	DESMERY, P	279	ESTENSSORO, E	116
CRIADO, F	41	DI BELLO, R	318	ESTENSSORO, E	167
CRIADO, F	61	DI LEO, M	333	ESTENSSORO, E	210
CRISTALDI, O	50	DI LEO, ME	37	ESTENSSORO, E	247
CRISTALDI, O	118	DI LUCA, L	116	ESTENSSORO, E	276
CRISTALDO, L	117	DI LUCA, L	167	ESTENSSORO, E	279
CRISTALDO, L	180	DI LUCA, L	174	ESTENSSORO, E	186
CRISTALDO, L	17	DI LUCA, L	171	ESTENSSORO, E	91
CRUZ, D	32	DI MARCO, I	267	ESTENSSORO, E	97
CRUZ, N	314	DI STEFANO, S	340	ESTENSSORO, E	174
CUETO, G	205	DÍAZ NIELSEN, E	222	ESTENSSORO, E	248
CUETO, G	218	DÍAZ NIELSEN, E	231	ESTENSSORO, E	171
CUETO, G	207	DIAZ, AG	294	ESTRIN, MA	73
CUETO, G	204	DIAZ, G	196	ETCHEVERRY, M	198
CUETO, G	137	DIAZ, G	6	EZCURRA, P	222
CUEVAS ROS, C	184	DIAZ, MF	290	EZCURRA, P	231

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
<b>F</b>		FLORES, S	235	GIMENEZ, E	129
FABBRO, L	296	FORTINI, Y	213	GIMENEZ, E	206
FAINLAND, LL	135	FRANCO, C	33	GIMENEZ, E	107
FALBO, P	51	FRANCO, G	259	GIRA, A	216
FALLATTI, C	293	FREYRE, C	318	GIUFFRE, C	147
FALLATTI, C	230	FRUCHTENICHT, F	195	GIULIANI, J	300
FALVO, P	260	FRYDMAN, J	327	GOGNIAT, E	222
FALVO, P	270	FRYDMAN, J	221	GOGNIAT, E	231
FARFAN, F	191	FUKUDA, C	46	GOLUBICKI, J	267
FARFAN, F	196	FUNES, MP	294	GOMEZ PORTILLO, JM	164
FARIAS, J	181	FUNEZ, J	24	GOMEZ TRAVERSO, RE	178
FARIAS, JA	122			GOMEZ, A	274
FARIÑA, O	36	<b>G</b>		GÓMEZ, L	250
FARIÑA, O	115	GABIRONDO, B	250	GOMEZ, M	129
FAVALORO, R	43	GALIAN, AG	294	GOMEZ, M	206
FEDERICE, J	45	GALLETI, C	300	GOMEZ, M	107
FEIJOO, J	200	GALLETI, C	229	GOMEZ, N	205
FELD, V	222	GALLETI, C	303	GONZALEZ CROTTI, P	130
FELD, V	231	GALLETI, C	305	GONZALEZ CROTTI, P	327
FELDMAN, A	162	GALLETI, C	309	GONZALEZ CROTTI, P	199
FELLER, C	37	GALLETI, C	304	GONZALEZ CROTTI, P	221
FELLER, C	333	GALLETI, C	307	GONZALEZ NIZZO, J	270
FERNANDEZ CID, G	319	GALLETI, C	306	GONZALEZ, AL	167
FERNANDEZ, A	108	GALLETI, C	308	GONZALEZ, AL	186
FERNANDEZ, A	262	GALLETI, C	334	GONZALEZ, AL	174
FERNÁNDEZ, A	122	GALLUCCI, E	43	GONZALEZ, AL	171
FERNÁNDEZ, AL	25	GALVEZ, J	177	GONZÁLEZ, AL	116
FERNANDEZ, E	302	GAMBINO, F	109	GONZALEZ, C	42
FERNANDEZ, F	316	GAMBINO, F	160	GONZALEZ, C	221
FERNANDEZ, F	8	GAMBINO, F	329	GONZÁLEZ, C	189
FERNANDEZ, F	142	GAMBINO, FJ	200	GONZÁLEZ, D	81
FERNANDEZ, J	88	GARAY, V	60	GONZALEZ, F	167
FERNANDEZ, J	82	GARAYALDE, C	319	GONZALEZ, F	171
FERNANDEZ, J	90	GARCÍA AURELIO, M	195	GONZALEZ, G	147
FERNANDEZ, J	103	GARCÍA KEIM, MS	246	GONZALEZ, ME	300
FERNANDEZ, L	191	GARCÍA MEZA, MK	14	GONZALVO, R	91
FERNANDEZ, L	196	GARCIA, E	88	GONZALVO, R	97
FERNÁNDEZ, M	245	GARCIA, E	82	GONZALVO, R	248
FERNÁNDEZ, M	254	GARCIA, E	90	GOSSEN, L	201
FERNANDEZ, MB	24	GARCIA, E	103	GRANBERG, G	310
FERNÁNDEZ, MB	40	GARCÍA, E	272	GRANERO, E	309
FERNANDEZ, R	338	GARCIA, L	24	GRAÑA, M	164
FERNÁNDEZ, R	189	GARCIA, M	88	GRASSI, F	147
FERNÁNDEZ, RO	233	GARCIA, M	82	GRASSI, F	154
FERRARA, G	167	GARCIA, M	90	GRASSI, F	156
FERRARA, G	91	GARCIA, M	103	GRIGNET, R	123
FERRARA, G	248	GARCÍA, O	322	GRILLI, MB	233
FERRARA, G	171	GARDELLA, J	310	GROER, C	335
FERRARO, H	226	GARI, P	129	GUAYMAS, M	162
FERREIRO, S	38	GARRIBIA, M	172	GUAYMAS, M	330
FERREYRA, M	159	GARRIBIA, M	286	GUERRA, E	87
FERREYRA, M	154	GARRIBIA, M	284	GUIMARAENS, P	224
FERREYRA, M	155	GARZON, G	32	GUIMARAENS, P	226
FERRO, D	321	GASTALDI, PA	105	GULLO, H	250
FIGUEROA, S	50	GASTALDI, PA	315	GUTIÉRREZ, G	118
FILIPPA, G	184	GASTALDI, PA	332	GUYON, J	338
FILIPPA, G	324	GASTALDI, PA	340	GUYON, J	98
FIORAVANTI, R	9	GAZZO, R	240	GUZZI, L	245
FIorentino, R	218	GERVASONNI, M	59	GUZZI, L	254
FIQUEPRON, K	108	GERVASONNI, M	60		
FIQUEPRON, K	25	GIANNASI, S	105	<b>H</b>	
FIQUEPRON, K	234	GIANNASI, S	315	HAYETIAN, VG	73
FIRPO, DJ	73	GIANNASI, S	209	HEINZ, L	46
FLORES MONTE, M	124	GIANNASI, S	332	HERNANDEZ, J	27
FLORES, A	136	GIANNASI, S	340	HERNÁNDEZ, J	325
FLORES, C	59	GIANNONI, R	42	HERNÁNDEZ, RV	326
FLORES, C	60	GIANONNI, R	271	HERRERA, H	184
FLORES, G	306	GIMENEZ DURAND, C	217	HERRERA, H	324

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
HERRERA, S	88	KLEINERT, MM	214	LONGHI ROSSI, C	28
HERRERA, S	82	KO, I	187	LOPARDO, H	292
HERRERA, S	90	KOCIĄK, D	21	LOPEZ MORAL, L	205
HERRERA, S	103	KOCIĄK, D	321	LOPEZ RAMOS, R	153
HIDALGO, J	6	KREJCIK, N	72	LOPEZ RAMOS, R	314
HLAVNICKA, A	290	KREMER, E	253	LOPEZ RAMOS, R	317
HLAVNICKA, A	165	KREMER, E	333	LOPEZ RAMOS, R	343
HLAVNICKA, A	166	KREMSER, W	228	LÓPEZ, A	179
HORNA ZABALETA, A	250	KUMAR, L	223	LÓPEZ, C	253
HORNUS PLANELLS, G	207	KUMAR, L	265	LÓPEZ, M	310
HORNUS PLANELLS, G	137	KUMAR, L	262	LOPEZ, PS	322
HOSPITAL, V	6	KUMAR, L	263	LOPEZ, R	341
HUERTA, G	198			LOPEZ, V	184
HUNTER, B	214	<b>L</b>		LOSCOCO, N	218
HUNTER, B	203	LABAT, S	228	LOUDET, C	210
<b>I</b>		LABAT, S	232	LOUDET, C	247
IBAÑEZ, I	5	LABORDE, M	218	LOUDET, C	267
IBAÑEZ, I	323	LAMBERT, F	116	LOUDET, C	276
IBAÑEZ, V	241	LAMBERT, F	167	LOUDET, C	279
IGLESIAS, F	116	LAMBERT, F	186	LOUDET, C	186
IGLESIAS, F	167	LAMBERT, F	174	LOUDET, C	91
IGLESIAS, F	174	LAMBERT, F	171	LOUDET, C	174
IGLESIAS, F	171	LANDRY, LM	213	LOUDET, C	248
IGLESIAS, ME	305	LAPLACETTE, MV	21	LOVESIO, C	28
ILUTOVICH, S	236	LARA, J	302	LUFIEGO, P	198
ILUTOVICH, S	190	LARA, V	286	LUGARO, M	117
ILUTOVICH, S	140	LARA, V	284	LUGARO, M	38
INCE, C	85	LARA, VB	172	LUGARO, M	180
INGESON, N	322	LARES, L	171	LUGARO, M	6
INTILE, A	210	LARES, M	116	LUJAN, L	145
INTILE, D	271	LARES, M	167	LUNA, F	125
INTILE, D	247	LARRAIN, S	116	LUNA, L	46
INTILE, D	276	LARRAIN, S	167	LUNA, L	196
INTILE, D	279	LARRAIN, S	186	LUQUE, N	162
INTILE, D	222	LARRAIN, S	171		
INTILE, D	231	LAVIOLLE, B	85	<b>M</b>	
INTILE, D	91	LAZZARIN, O	145	MACARRÓN, G	219
INTILE, D	97	LEDESMA, M	229	MACARRÓN, G	232
INTILE, D	248	LEDESMA, MJ	303	MACIÁ, G	176
INTILE, D	12	LEGARTO, A	169	MAGGIORA, E	271
ISA, M	288	LEISTAD, E	69	MAGLIOLA, R	292
IZAGUIRRE, G	318	LEIVA CASTRO, A	241	MAGLIOLA, R	213
IZURIETTA, R	87	LEIVA CASTRO, A	259	MALANCA, F	118
IZZO, G	124	LEIVA, J	300	MALTEZ, R	324
<b>J</b>		LEIVA, J	246	MAMANI, L	32
JAIME, N	288	LEIVA, M	172	MAMY, G	88
JERMAN, M	268	LEIVA, M	286	MANO, N	44
JOFRE, R	222	LEIVA, M	284	MANRIQUE, R	240
JOFRE, R	231	LEIVA, V	222	MANTI, A	198
JORRO BARON, F	264	LEIVA, V	231	MANZUR, A	189
JORRO BARÓN, F	52	LENDARO, R	169	MARANGONI, A	309
JORRO BARÓN, F	239	LENZ, M	292	MARCHENA, C	116
JUAREZ, C	136	LEON CEJAS, L	196	MARCHENA, C	167
JUAREZ, F	235	LESTON, A	12	MARCHENA, M	171
JUAREZ, N	179	LEVY, G	201	MARCHENA, MC	186
JULIARENA, A	77	LIGUORI, F	33	MARCHENA, MC	174
<b>K</b>		LIPOVESTKY, F	195	MARCOVICH, L	259
KANOORE EDUL, VS	85	LLAPUR, B	27	MARE, S	135
KARATANASOPULOZ, R	201	LLERENA, C	169	MARENGO, JL	210
KARMAZYN, C	267	LLERENA, C	179	MARENGO, JL	247
KASPAR, C	33	LLOLLIA, M	293	MARENGO, JL	276
KIRILUK, F	87	LLORIA, M	169	MARENGO, JL	279
KIRSCHBAUM, M	176	LLORIA, M	230	MARENGO, JL	338
KLEIN, F	224	LLORIA, MM	280	MARENGO, JL	189
KLEIN, F	226	LODEIRO, L	207	MARENGO, JL	98
		LODEIRO, L	137	MARENGO, M	338
		LOMBARDI, P	213	MARENGO, M	98
		LONDERO, H	308	MARI, E	52

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
MARI, E	72	MONSON, ANA	56	NOVAL, D	236
MARI, E	74	MONTEFIORE, P	116	NOVAL, D	140
MARI, EA	194	MONTENEGRO, M	200	NOVAU, A	296
MARINO, A	162	MONTES, A	324	NUNIA, H	306
MARINSALDA, MS	303	MONTES, P	184	NUÑEZ, H	310
MARINSALDA, S	229	MONTES, P	324	NUÑEZ, J	270
MARINSALDA, S	305	MONTEVERDE, E	122	NUÑEZ, LA	193
MARQUEVICH, V	51	MONTI, G	179	NUÑEZ, P	72
MARQUEVICH, V	260	MONTI, J	33	<b>O</b>	
MARQUEZ, K	46	MONZON, A	314	OCHOA, JP	43
MARQUEZ, N	293	MORA, S	24	OJEDA, P	274
MARQUEZ, N	280	MORA, S	40	OLIVA, A	240
MARRTINEZ, M	232	MORALES, A	326	OLIVA, A	256
MARTEARENA, G	9	MORALES, J	17	OLIVERA, O	179
MARTEARENA, G	61	MORALES, MG	5	OLLETA, L	325
MARTI, H	41	MORALES, MG	323	OLMOS, K	286
MARTIN YUANANDI, N	319	MORALES, S	134	OLMOS, D	172
MARTIN, C	201	MOREIRA, J	91	OLMOS, D	284
MARTINELLI, G	104	MOREIRA, J	97	ONOFRIO, LA	192
MARTINEZ BARRETO, MC	268	MOREIRA, J	248	ORDOÑEZ, MV	233
MARTINEZ, A	315	MORENO, G	213	ORLANDI, C	300
MARTINEZ, CI	295	MORENO, J	207	ORLANDI, MC	326
MARTÍNEZ, D	253	MORENO, J	137	ORSATTI, M	37
MARTINEZ, M	208	MORENO, L	225	ORSATTI, M	333
MARTINEZ, M	263	MORENO, L	232	ORTEGA, J	88
MARTINEZ, R	129	MORENO, L	234	ORTEGA, J	82
MARTINEZ, R	206	MORENO, M	82	ORTEGA, J	90
MARTINEZ, R	107	MORI RODRIGUEZ, LC	138	ORTEGA, J	103
MARTINS, G	167	MORI RODRIGUEZ, LC	141	ORTIZ, M	321
MARTINS, G	171	MORI RODRIGUEZ, LC	161	ORTIZ, S	88
MARTINUZZI, A	37	MOS, F	271	ORTUÑO CAMPOS, E	216
MARTINUZZI, A	333	MOSCHINI, JA	165	OSATNIK, JO	214
MARZAROLI, D	179	MOSCHINI, JA	166	OSATNIK, JO	227
MASEVICIUS, FD	42	MOSEINCO, M	42	OSATNIK, JO	238
MASEVICIUS, FD	322	MOSQUEDA, V	214	OTERO, D	108
MASKIN, B	12	MOSQUEDA, V	203	OTERO, D	234
MASKIN, LP	266	MOSQUEDA, V	227	OVIEDO, C	191
MASTAI, R	238	MOSQUEDA, V	238	<b>P</b>	
MATTEI, R	218	MOYA, M	172	PACHECO, P	72
MC CORMACK, L	227	MOYA, M	286	PACHECO, P	74
MC CORMACK, L	238	MOYA, M	284	PACHECO, PN	194
MEDICI, P	219	MOYANO, V	281	PAGNIEZ, G	272
MEDICI, P	225	MOYANO, V	259	PAIZ, M	201
MEDICI, P	228	MUÑOZ CASTILLO, F	119	PALACIO, MC	87
MEDICI, P	232	MUÑOZ, M	200	PALACIOS, J	267
MEDINA, JC	87	MUÑOZ, S	38	PALAORO, A	37
MEGY, MI	114	MUÑOZ, S	180	PALAORO, A	333
MENDOZA, G	125	MUZZIO, SA	197	PALAZZO, A	190
MENDOZA, M	285	<b>N</b>		PALMA BUFILL, J	77
MENSELLA, JM	10	NAKASCHIAN, P	10	PALOMBARANI, S	50
MERCADO, S	29	NAKASCHIAN, P	119	PANIAGUA, MM	135
MESSLER, V	59	NALLAR, MF	43	PARUSSINI, C	196
MESSLER, V	60	NAVARRO, J	9	PASSANISI, M	119
MILANO, H	228	NAVARRO, J	41	PASTERIS, B	172
MILANO, H	232	NAVARRO, N	42	PAZ, G	145
MINCARELLI, G	321	NAVEDA GAVILANES, C	216	PEDERNERA, A	118
MINOLDO, E	281	NAVEIRO, L	116	PEIRONE, A	145
MIRAGLIA, L	11	NAVEIRO, L	167	PENAZZI, M	72
MOGELLI, S	33	NAVEIRO, L	186	PENAZZI, M	74
MOLINA, F	250	NAVEIRO, L	171	PENAZZI, ME	194
MOLLERACH, M	50	NICCHIARELLI, H	21	PENNAZI, M	52
MÓNACO, A	292	NICKELS, N	88	PEÑALOZA, AH	246
MONDELLO, A	51	NICOLAS, S	310	PERAZZO, G	45
MONSON, A	314	NISHIOKA, A	218	PEREYRA, C	117
MONSON, A	317	NOVAL, D	222	PEREYRA, C	38
MONSON, A	341	NOVAL, D	231	PEREYRA, C	180
MONSON, A	343				
MONSON, AL	153				

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
PEREYRA, D	42	PRIETO, M	117	RIARTE, R	267
PEREZ BRIZ, P	198	PRINI, N	227	RIBERO VAIRO, N	222
PEREZ, A	87	PRINI, NJ	214	RIBERO VAIRO, N	231
PEREZ, A	198	PRINI, NJ	203	RIGONATTO, B	274
PEREZ, D	223	PRINI, NJ	238	RIGONATTO, BJ	193
PEREZ, D	265	PROCHASKO, M	310	RIGONATTO, BJ	197
PEREZ, D	262	PUCHULU, F	222	RIOS, F	300
PEREZ, D	263	PUCHULU, F	231	RIOS, F	38
PEREZ, E	119	PUITA MONTERO, M	102	RIOS, F	6
PEREZ, G	292	PUITA MONTERO, M	327	RIOS, FG	51
PEREZ, L	125	PUJALES, GN	11	RÍOS, FG	176
PEREZ, P	33			RIOS, I	271
PERO, LA	135	<b>Q</b>		RIOS, J	81
PERRONE, M	123	QUEIROZ, G	218	RÍOS, R	21
PETRELLI, L	12	QUINTEROS, M	169	RIPOL, RP	301
PEZZOLA, ED	280	QUINTEROS, M	302	RISSO PATRÓN, J	50
PICCIRILLI, A	108	QUINTEROS, M	252	RISSO VAZQUEZ, A	42
PICCIRILLI, A	25	QUINTEROS, MF	294	RISSO VAZQUEZ, A	85
PIERINI, L	45	QUIROGA, C	222	RISSO VAZQUEZ, A	322
PINA, J	98	QUIROGA, C	231	RISSO, A	51
PINA, JM	338	QUIROGA, F	6	RISSO, A	6
PINCA, N	123	QUIROS, R	268	RIZZARDI, W	123
PINEDA, R	77			RIZZI, H	30
PIÑERO, G	334	<b>R</b>		ROBERT, G	118
PISERA, A	200	RABINO, M	219	ROCHA ANZALDO, M	245
PISTILLO, N	36	RABINO, M	225	ROCHA ANZALDO, M	254
PISTILLO, N	115	RABINO, M	228	RODRIGUEZ RATTARO, J	291
PLANELLS, F	222	RAFFIN, G	204	RODRÍGUEZ RATTARO, J	282
PLANELLS, F	231	RAGGIO, D	338	RODRIGUEZ, A	29
PLANO, F	184	RAIMONDI, N	310	RODRIGUEZ, AC	209
PLANO, F	270	RAMOS, A	28	RODRIGUEZ, C	250
PLANO, F	324	RAMOS, G	169	RODRIGUEZ, C	45
PLAZA, A	191	RAMOS, G	30	RODRIGUEZ, CE	255
PLOGER, C	256	RAMOS, P	217	RODRIGUEZ, D	204
PLOGGER, C	240	RAÑA, MS	159	RODRIGUEZ, M	14
PLOTNIKOW, G	222	RAÑA, MS	156	RODRIGUEZ, P	186
PLOTNIKOW, G	231	RAPELA, L	222	RODRÍGUEZ, P	116
PODESTÁ, F	219	RAPELA, L	231	RODRÍGUEZ, P	167
PODESTÁ, F	225	RAPETTI, L	17	RODRÍGUEZ, P	171
PODESTÁ, F	228	RATTO, A	265	RODRIGUEZ, PO	266
POLISZUK, J	302	RATTO, M	219	RODRÍGUEZ, V	69
PONCE, G	33	RATTO, M	225	RODRÍGUEZ, V	280
PONCIO, G	318	RECALDE, R	236	ROFFI, L	181
PORCEL, A	116	RECUPERO, O	219	ROJAS, G	310
PORCEL, A	167	RECUPERO, O	225	ROJAS, S	88
PORCEL, A	186	RECUPERO, O	232	ROJAS, S	82
PORCEL, A	174	REINA, R	300	ROJAS, S	90
PORCEL, A	171	REINA, R	116	ROJAS, S	103
PORFILIO, O	123	REINA, R	167	ROMANO, C	117
PORJOLOVSKY, E	319	REINA, R	169	ROMANO, C	17
PORJOLOVSKY, E	336	REINA, R	210	ROMAO, D	314
POTERALA, RM	122	REINA, R	247	ROMBOLÁ, V	52
POVEDA, A	46	REINA, R	276	ROMBOLÁ, V	239
POZO, C	38	REINA, R	279	ROMBOLÁ, V	264
POZO, C	180	REINA, R	186	ROMEO, A	123
POZO, C	17	REINA, R	91	ROMERO, EA	34
PRATESI, P	77	REINA, R	97	ROMERO, ML	135
PRATESI, P	260	REINA, R	174	RONDINELLI, N	51
PRATESI, P	268	REINA, R	248	ROSENDE, L	197
PRATESI, P	33	REINA, R	171	ROSSETTI BIGLIANI, Z	250
PRATESI, P	270	REQUESENS, E	154	ROTH, C	198
PRATESI, P	216	REQUESENS, E	156	ROTH, MC	14
PREVIGLIANO, I	301	REQUESENS, E	155	ROUX, N	222
PREVIGLIANO, I	252	RESINO, C	145	ROUX, N	231
PREVIGLIANO, IJ	302	RETAMOZO, MB	34	ROZO GONZALEZ, N	235
PREVIGLIANO, L	42	RETTA, A	122	RUBATTO, N	42
PREVIGLIANO, L	302	REY, A	45	RUFACH, D	52
PREVIGLIANO, L	301	REYES, MA	235	RUIZ MORENO, L	114

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
RUIZ, M	88	SANTOPINTO, M	238	SUELDO, R	136
RUIZ, M	82	SANTOPINTO, M	150	SVAMPA, S	334
RUIZ, M	90	SANTOPINTO, MM	214	SWARZMAN, C	217
RUIZ, M	103	SANTORO, L	205		
RULO, J	45	SANTORO, L	204	<b>T</b>	
RUVINSKY, S	292	SANTORO, M	44	TAFFAREL, P	89
		SANTOS, R	87	TAL BENZECRY, S	167
<b>S</b>		SANTOS, S	52	TAL BENZECRY, S	174
SACCONI, M	235	SANZ, F	336	TAL BENZECRY, S	171
SÁENZ, G	174	SANZ, M	33	TALAMONTI, L	318
SAENZ, MG	167	SAONA, G	29	TAL-BENZECRY, S	116
SAENZ, MG	210	SARACCO, S	189	TAMAGNONE, F	160
SAENZ, MG	247	SARASINO, A	302	TAMAGNONE, F	200
SAENZ, MG	97	SARMIENTO, F	329	TAMAYO, A	330
SAENZ, MG	171	SARTORE, M	222	TANGARI, E	29
SÁENZ, MG	276	SARTORE, M	231	TARDITTI, A	277
SÁENZ, MG	279	SASBÓN, J	89	TARGARONA MODENA, J	138
SÁENZ, MG	91	SAUDA, C	330	TARGARONA MODENA, J	141
SÁENZ, MG	248	SAVERO, J	210	TARGARONA MODENA, J	161
SAGARDIA, J	291	SAVERO, J	276	TAUSSIG, V	41
SAGARDÍA, J	69	SAVERO, J	279	TEDESCO, D	218
SAGARDÍA, J	283	SCALISE, LG	335	TEJERINA, O	191
SAGARDÍA, J	282	SCAPELLATO, J	271	TERAN, MD	105
SAGARNAGA, E	199	SCAPELLATO, J	222	TERAN, MD	332
SALAS, E	6	SCAPELLATO, J	231	TESTI, E	108
SALAS, MA	295	SCAPELLATO, JL	276	TEVES, J	206
SALAS, MA	296	SCAPELLATO, JL	279	TÉVES, J	129
SALAS, R	117	SCAPPELLATO, JL	210	TÉVEZ, J	107
SALAS, R	180	SCAPPELLATO, JL	247	THOFEHRN, G	153
SALAS, R	175	SCHOON, P	175	THOFEHRN, G	314
SALCEDO, CE	246	SCHOON, P	334	THOFEHRN, G	317
SALDARINI, F	300	SCORZATO, L	123	THOFEHRN, G	341
SALVATORE, RM	170	SCRIGNA, M	222	THOFEHRN, G	343
SAN ROMAN, E	105	SCRIGNA, M	231	TISZLER, M	102
SAN ROMAN, E	209	SENESTRARI, R	319	TISZLER, M	130
SAN ROMAN, E	332	SEPÚLVEDA, M	253	TISZLER, M	327
SAN ROMAN, E	340	SETTEN, M	266	TISZLER, M	208
SAN ROMAN, JE	315	SILBERSZAC, G	283	TISZLER, M	199
SANCHEZ OTAOLA, LM	194	SILBERSZAC, G	291	TISZLER, M	131
SANCHEZ, AM	210	SILBERSZAC, G	282	TODARO, N	219
SANCHEZ, AM	247	SILLITANO, S	159	TOLEDO, M	195
SANCHEZ, AM	276	SILLITANO, S	154	TOMASSONE, V	326
SANCHEZ, AM	279	SILLITANO, S	156	TOMBOLINI, G	41
SANCHEZ, AM	338	SILVA, L	27	TOMBOLINI, G	61
SÁNCHEZ, AM	98	SILVA, L	196	TOMBOLINI, GE	9
SANCHEZ, C	271	SILVA, L	325	TONELLI, C	205
SANCHEZ, C	160	SINNER, J	340	TONELLI, C	204
SANCHEZ, C	200	SIRINO, A	179	TORANZO, AG	294
SANCHEZ, J	338	SLY, G	50	TORN, A	6
SÁNCHEZ, J	98	SMITH, D	315	TORO L, M	314
SANCHEZ, M	296	SOLANO, B	87	TORRES BODEN, M	205
SANCHEZ, N	129	SOLOAGA, ED	147	TORRES BODEN, M	207
SANCHEZ, N	206	SOLOAGA, ED	152	TORRES, B	314
SANCHEZ, N	107	SOLOAGA, ED	156	TORRES, B	317
SANCHEZ, P	28	SORIA, E	214	TORRES, S	236
SÁNCHEZ, S	318	SOSA, A	24	TORREZ, B	343
SANCHO, M	250	SOSA, AF	150	TORREZ, R	207
SANDOR, M	314	SOSA, FA	214	TORREZ, R	137
SANDOR, M	317	SOSA, FA	203	TORREZ, R	341
SANDOVAL, G	87	SOSA, FA	227	TORREZ, RB	153
SANSON, JM	59	SOSA, FA	238	TRENTADUE, J	10
SANSON, JM	60	SOTOMAYOR, P	118	TROGLIO, F	27
SANTA MARÍA, A	190	SPINELLI, A	228	TROGLIO, F	32
SANTAGIULIANA, S	236	SQUAGLIA ACOSTA, G	246	TRUCCO, J	270
SANTAGIULIANA, S	190	STRATI, J	117	TRUJILLO, C	235
SANTAMARÍA, H	87	STRATI, J	180	TUCHBAUM, V	262
SANTONI, DN	170	STRATI, J	175	TUDURI, A	50
SANTOPINTO, M	227	STRUCK, C	12	TUHAY, G	224

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
TUMINO, L	116	VAZQUEZ, JA	75	VILLARROEL, S	340
TUMINO, L	167	VAZQUEZ, JA	73	VILLASANTE, F	81
TUMINO, L	186	VÁZQUEZ, M	118	VILLAVICENCIO, N	207
TUMINO, L	174	VÁZQUEZ, MF	21	VILLAVICENCIO, N	137
TUMINO, L	171	VAZQUEZ, V	259	VILLEGAS, P	256
TURANO, S	198	VÁZQUEZ, V	329	VILLEGAS, R	240
		VAZQUEZ, WD	233	VINZIO, M	51
<b>U</b>		VEDOVATO, E	73	VIOLI, D	117
UGO, K	109	VEGA, D	288	VIOLI, D	17
UGO, K	160	VEGA, G	191	VIVERO, JC	326
UGO, K	200	VEGA, G	196	VOGL, PF	326
UNGAR, MF	260	VELASQUEZ, M	325	VOLOCH, R	283
URBANEJA, RJ	8	VELÁSQUEZ, MA	27	VOLOCH, R	282
URBANEJA, RJ	142	VÉLEZ, AM	10	VOSS, J	38
URIBE, D	69	VELEZ, SK	285		
		VELTRI, MA	159	<b>W</b>	
<b>V</b>		VELTRI, MA	154	WAINSZTEIN, N	290
VACA NARVAJA, R	240	VELTRI, MA	155	WAINSZTEIN, N	165
VACA NARVAJA, R	256	VENUTI, MS	209	WAINSZTEIN, N	166
VACCARO, H	178	VERDE, G	283	WAITOLLER, L	181
VALDEZ, M	325	VERDE, G	291	WALLBERG, M	245
VALDEZ, P	45	VERDE, G	282	WILLIG, M	124
VALDEZ, P	44	VERONESI, M	17		
VALDEZ, P	46	VERRASTRO, M	274	<b>Y</b>	
VALENTINI, R	266	VETERE, L	44	YUNK, O	51
VALGOLIO, E	116	VETRANO, N	330	YURQUINA, C	283
VALGOLIO, E	167	VIDAL, L	267		
VALGOLIO, V	171	VIDAL, L	191	<b>Z</b>	
VALLI, J	116	VIDAL, L	196	ZABERT, G	240
VANDERSANDE, R	281	VIDAL, MG	167	ZABERT, G	256
VARAGLIA, R	267	VIDAL, MG	322	ZAKALIK, G	210
VARELA, D	290	VIDAL, MG	171	ZAKALIK, G	247
VARGAS, D	191	VIDELA, J	169	ZAKALIK, G	276
VARGAS, L	198	VIDELA, MG	285	ZAKALIK, G	279
VARGAS, L	119	VIGLIOTTA, LR	59	ZAKALIK, G	338
VASQUEZ, D	167	VIGLIOTTA, LR	60	ZAKALIK, G	98
VASQUEZ, D	186	VIGOVICH, N	228	ZAMBRANO, J	259
VASQUEZ, D	174	VIGOVICH, N	232	ZAMUDIO, R	319
VASQUEZ, D	171	VILLA, M	207	ZAMUZ, A	330
VÁSQUEZ, D	97	VILLA, M	137	ZANARDI, P	129
VASQUEZ, DN	210	VILLALBA, D	222	ZANARDI, P	206
VASQUEZ, DN	247	VILLALBA, D	231	ZANARDI, P	107
VÁSQUEZ, DN	267	VILLALOBOS, M	272	ZAPATA, J	202
VÁSQUEZ, DN	276	VILLANUEVA FLORES, V	114	ZAVATTI, D	9
VÁSQUEZ, DN	279	VILLANUEVA, J	123	ZAVATTI, D	41
VÁSQUEZ, DN	91	VILLAREJO, F	69	ZAVATTI, D	61
VÁSQUEZ, DN	248	VILLAREJO, F	293	ZAZU, AJ	177
VASTA, L	45	VILLAREJO, F	230	ZEC BASKARAD, M	44
VÁZQUEZ, A	329	VILLAREJO, F	245	ZELECHOWER, H	44
VAZQUEZ, B	17	VILLAREJO, F	254	ZINGARETTI, P	255
VAZQUEZ, D	300	VILLARROEL, S	105	ZOTTA, E	12
VAZQUEZ, D	271	VILLARROEL, S	332	ZYLBERSZTAJN, B	292