

RESÚMENES 2012



# MEDICINA INTENSIVA

ÓRGANO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TERAPIA INTENSIVA

---

22 al 25 de septiembre de 2012

Centro de Convenciones – City Center – Rosario, Santa Fe – Argentina

---

**22° Congreso Argentino de Terapia Intensiva**

**IV Congreso Panamericano e Ibérico de Enfermería de la FEPIMCTI**

13° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

14° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

15° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

8° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

5° Jornada del Comité de Neonatología Crítica

[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 29  
Número 2  
Año 2012



---

## 22° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

### IV Congreso Panamericano e Ibérico de Enfermería de la FEPIMCTI

13° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

14° Congreso Argentino de Kinesiología en Terapia Intensiva

15° Congreso Argentino de Enfermería en Terapia Intensiva

8° Jornadas Nacionales de Bioquímicos en Terapia Intensiva

5° Jornada del Comité de Neonatología Crítica

22 al 25 de septiembre de 2012

Centro de Convenciones – City Center – Rosario, Santa Fe – Argentina

Organizado por:



---

[Inicio](#)

[Sesiones de Trabajos  
Libres Orales](#)

[Discusión de Pósteres  
Electrónicos](#)

[Pósteres Electrónicos  
sin Discusión](#)

[Resúmenes](#)

[Índice  
de Autores](#)

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 29  
Número 2  
Año 2012



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 (2011-2013)

#### Presidente

*Cayetano Guillermo Galletti*

#### Vicepresidente

*Néstor Omar Raimondi*

#### Secretaria

*Rosa Reina*

#### Prosecretaria

*María Cristina Orlandi*

#### Tesorero

*Jorge Méndez*

#### Protesorero

*Rolando Alfredo Gimbernat*

#### Director de Tecnología y Sistemas

*Fernando Gabriel Ríos*

#### Vocales Titulares

*Fernando Gabriel Baccaro*

*Víctor Manuel Racedo*

*Rodolfo Eduardo Buffa*

*Susana del Carmen Saad*

*Luis Pablo María Cardonnet*

*Pedro Marcelo Ramos*

*Mónica Viviana Romero*

*Jorge Marcelo Prochasko*

#### Vocales Suplentes

*Luis Alberto Camputaro*

*Gustavo Alberto Gheller*

*Guillermo Adrián Scaglioni*

*Alejandro Pereyra Sánchez*

*Claudio Jesús Settecase*

*Lorena Paola Silva*

*Viviana Soledad Nicolás*

*Silvana Svampa*

#### Revisores de Cuentas Titulares

*Guillermo R. Chiappero*

*Alejandro Hlavnicka*

*Laura Vidal*

#### Revisores de Cuentas Suplentes

*José Luis Golubicki*

*José Lozano*

*Juan José San Emeterio*

### 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*

2009-2011:

*Ignacio Previgliano*

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@hotmail.com](mailto:estudio.fernandez.martinez@hotmail.com)

[Inicio](#)

[Sesiones de Trabajos  
Libres Orales](#)

[Discusión de Pósteres  
Electrónicos](#)

[Pósteres Electrónicos  
sin Discusión](#)

[Resúmenes](#)

[Índice  
de Autores](#)



---

## COMITÉ EDITORIAL

---

### EDITOR

*Julio Farias (†)*

---

### EDITORA ASOCIADA

*Analía Fernández Parolín*

### EDITOR ASOCIADO

*Ezequiel Monteverde*

---

---

## REPRESENTANTES DE COMITÉS CIENTÍFICOS

---

### ACLS

*Judith Sagardía*

### Bioética

*Juan Pablo Rossini*

### Bioquímicos

*Graciela Mittelman*

### Certificación y Recertificación

*Eduardo Capparelli*

*Daniel Ceraso*

### Comité Pediátrico de Neumonología

#### Crítica

*Ezequiel Monteverde*

### Departamento de Docencia

*Guillermo Chiappero*

### Departamento de Tecnología y Sistemas

*Fernando Ríos*

### Capítulo Enfermería

*Ana Bejarano*

### Enfermería en Cuidados Críticos

*Mariana Torre*

### FCCS

*Cristina Orlandi*

### Gestión-Control de Calidad y Scores

*Antonio Gallesio*

### Infectología Crítica

*Candela Llerena*

### Investigación Clínica

*Eduardo San Román*

### Kinesiología

*Norberto Tiribelli*

### Nefrología y Medio Interno

*Daniel Masevicius*

*Alejandro Risso Vázquez*

### Neonatología Crítica

*Jorge Tavosnanska*

### Neumonología Crítica

*Alejandro Midley*

*Mariano Setten*

### Neurointensivismo

*Lilian Benito Mori*

*Damián Lerman*

### Nutrición

*Rolando Gimbernat*

### Obstetricia Crítica

*José Luis Golubicki*

### PALS

*Mónica Garea*

*Fernanda Boccadoro*

### Patología Crítica Cardiovascular

*Mario Kenar*

### Patologías Digestivas en Pacientes Críticos

*Shiry Attie*

### Residentes

*Rafael Fraire*

### Shock

*Patricio Maskin*

### Shock Pediátrico

*Gladys Palacio*

### Terapia Intensiva Pediatría

*Maria Elena Ratto*

### Trasplantes

*Francisco Klein*

### Trauma

*Héctor Canales*

### Vía Aérea e Interfaces Respiratorias

*Daniel Duarte*

---

## INVITADOS EXTRANJEROS

---

*Alberto Biestro (Uruguay)*

*Arturo Briva (Uruguay)*

*Lluís Blanch Torra (España)*

*José María Domínguez Roldán (España)*

*Alejandro Donoso (Chile)*

*Oliver Joannes-Boyau (Francia)*

*Sibylle Kozek (Austria)*

*William Manzanares (Uruguay)*

*Greg Martin (Estados Unidos)*

*Rodrigo Mejías (Estados Unidos)*

*Dafin F. Muresanu (Rumania)*

*Francisco Murillo (España)*

*Alejandro Rodríguez (España)*

*Rodrigo Soto Figueroa (Chile)*

*Eduardo Juan Troster (Brasil)*

*Sebastián Ugarte (Chile)*

*J. Louis Vincent (Bélgica)*



## 22° Congreso Argentino de Terapia Intensiva

### COMITÉ EJECUTIVO

**Presidente**  
*Ignacio Previgliano*

**Presidente Honorario**  
*Cayetano Galletti*

**Vicepresidente**  
*Luis Cardonnet*

**Secretario**  
*Carlos Guillermo Grieve*

**Coordinador Nacional**  
*Néstor Raimondi*

**Tesorero**  
*Jorge Méndez*

**Vocales**  
*José Lozano*  
*Raimundo Quispe*  
*Juan Zamora*

### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidente**  
*Alejandro Hlavnicka*

**Vicepresidente**  
*Daniel A. Rovira*

**Secretario**  
*Carlos Rondina*

**Vocales**  
*Néstor Wainsztein*  
*Ana Bejarano*  
*Luis Computaro*  
*Guillermo Chiappero*  
*Arnaldo Dubin*  
*Francisco Klein*  
*Patricio Maskin*  
*Gastón Murias*  
*Luciana Previgliano*  
*Lucia Scalise*  
*Mariano Setten*  
*Pascual Valdez*

**Directora del Syllabus**  
*Rosa Reina*

**Director del Refresher**  
*Néstor Wainsztein*

**Coordinador de Revisores**  
*Luis Computaro*

### Jurado de Premio

*Jorge Neira (Presidente)*  
*Alberto Biestro (Uruguay)*  
*Lluís Blanch Torra (España)*  
*José M. Domínguez Roldán (España)*  
*Francisco Murillo Cabezas (España)*

### Comité de Honor

*Hermes Binner*  
*Antonio Bonfatti*  
*Mónica Fein*  
*Miguel Garrote*

## IV Congreso Panamericano e Ibérico de Enfermería de la FEPIMCTI

**Presidente**  
*Luis A. Perretta*

**Secretario**  
*Sergio Sandes*

**Vocales**  
*Leonardo Almirón*  
*Darío Bejarano*  
*Verónica Curilen*  
*Mónica Dailoff*  
*Edgardo Olivo*  
*María Eva Stutz*  
*José Tejerina*

### Comité Científico

*Fabiana Ciccio*  
*Verónica Dubay*  
*Mariana Torre*

### Comité de Honor

*Marta Ballestreri*  
*Lilia López*  
*Cecilia Rossi*  
*Mónica Pipino*  
*Stella Rossi*

## 13° Congreso Argentino de Terapia Intensiva Pediátrica

**Presidenta**  
*María Elena Ratto*

**Vicepresidente**  
*Alejandro Siaba Serrate*

### Comité Científico

*Analia Fernandez*

**Vocales**  
*Adriana Bordogna*  
*Daniel Capra*  
*Gustavo Debaisi*  
*Karina Figuepron*  
*Luis Landry*  
*Gladys Palacios*  
*Augusto Pérez*

---

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

**Presidente**  
*Martin J. Managó*

**Secretario**  
*Gabriel Converso*

**Vocales**  
*Gustavo García*  
*José Robles*  
*Gabriel Musso*  
*Luciano Friscione*  
*Mauro Bosso*  
*Laura Vega*

---

**8° Jornadas Nacionales  
de Bioquímicos  
en Terapia Intensiva**

**Presidenta**  
*Graciela Mittelman*

**Secretaria**  
*Cristina Artana*

**Coordinadora Científica**  
*Miriam Pereiro*

**Vocales**  
*Melina Bianconi*  
*Susana Carnuccio*  
*Hernán Cervantes*

---

**5° Jornada del Comité  
de Neonatología Crítica**

**Presidente**  
*Jorge A. Tavosnanska*

**Secretario Científico**  
*Claudio Solana*

**Vocales**  
*Javier Meritano*  
*Liliana Roldán*

---

## IV Congreso Panamericano Ibérico de Enfermería de la FEPIMCTI

*Ma. Carmen Asiain Erro (España)*  
*María José Cañas Román (Chile)*  
*Deissy Castro (Colombia)*  
*Eduardo Cervantes Jimenez (Costa Rica)*  
*Rosa Díez García (España)*  
*María Elena Domínguez Martínez (México)*  
*Lorena Encina (Chile)*  
*Debora Feijo (Brasil)*  
*Álvaro Fernández (Uruguay)*  
*Humberto Fonseca (Costa Rica)*

*Vivry Grey (Colombia)*  
*Mónica Letelier Arias (Chile)*  
*Angel Loor (Ecuador)*  
*Virginia Merino Gamboa (Perú)*  
*Renata Pietro (Brasil)*  
*Alejandro Davis Rizo (México)*  
*Marjorie Saltos (Ecuador)*  
*Noé Sánchez Cisneros (México)*  
*Carol Thompson (Estados Unidos)*  
*María Toro (Chile)*

---

## Acto de apertura

**Sábado 22 de septiembre de 2012**  
Salón Gran Paraná 1

- 18:30 hs *Presentación de las autoridades*  
Palabras a cargo de:  
**Dr. Ignacio Previgliano**, Presidente 22° Congreso  
**Dr. Cayetano Galetti**, Presidente de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva  
*Entrega de premios Presidente SATI*  
*Homenaje al Dr. Julio A. Farias*  
**Dr. Ernesto Moreno**
- 18:45 hs *Conferencia de Apertura*  
*¿Quién debe estar a cargo de la terapia intensiva?*  
**Jean Louis Vincent** (Bélgica)

23/09/2012 - 10:45 a 12:15  
**TRABAJOS LIBRES ORALES 01**  
**Neumonología Crítica**  
SUM B

- 0081 EVALUACIÓN REGIONAL DE PRESIONES TRANSPULMONARES EN EL SDRA**  
N PISTILLO, O FARIÑA
- 0102 UTILIDAD DE LAS NEBULIZACIONES CON COLISTIN PARA EL TRATAMIENTO DE TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA POR GERMEENES MULTIRRESISTENTES**  
LP MASKIN, M SETTEN, PO RODRIGUEZ, I BONELLI, S ATTIE, SL FROSIANI, R VALENTINI
- 0191 EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGO-SEDACIÓN EN UNA SALA DE TERAPIA INTENSIVA**  
G CACERES, R TORREZ, JR RODRIGUEZ, E ADAMOLI, F TORRES, M TORRES, G CUETO
- 0225 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL EMPEORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE RECIBIERON VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA. RESULTADOS PRELIMINARES**  
M BUSICO, D INTILE, N IRASTORZA, A ALVAREZ, S DEPAOLI, A JARQUE, J QUINTANA, A MORENA, J ARMELINO, L BARCENA, C FOSTER, A PALMIERI, L VASQUEZ, G PLOTNIKOW, A LEOZ, P D'ANNUNZIO, V RIENZI, M HEIDENREICH, V LEIVA, C QUIROGA, F PALIZAS, F VILLAREJO, P DESMERY
- 0278 ATENUACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA PULMONAR CON UN BLOQUEADOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE RATAS SOMETIDAS A VENTILACIÓN MECANICA INJURIANTE**  
E CORREGER, P STRINGA, R LUENGO, J MARCOS, G LAGUENS, N LAUSADA, L BLANCH, L VITTONI
- 0337 VALORES DE REFERENCIA DE PARÁMETROS NO INVASIVOS DE CAPNOGRAFÍA VOLUMÉTRICA EN HUMANOS DESPIERTOS Y ANESTESIADOS**  
E GOGNIAT, G TUSMAN, F SUAREZ-SIPMANN, S BOHM, A SANTOS, E SAN ROMAN
- 0344 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES LIBERADOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**  
M OJEDA, M BOSSO, S FREDES, G AVACA, A GOLDBERG, A QUIJANO, G NAHMÍAS, P GIMÉNEZ, D NOVAL, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, A PALAZZO, S ILUTOVICH, N TIRIBELLI

23/09/2012 - 11:30 a 13:00  
**TRABAJOS LIBRES ORALES 02**  
**Trauma - Unidad Coronaria - Misceláneas**  
GRAN PARANÁ 2

- 0418 ESTRES NITROOXIDATIVO EN EL LAVADO BRONQUIOLO ALVEOLAR DE PACIENTES CON TRAUMA GRAVE**  
J GORRASI, G PELUFFO, C BATHYANY, H BOTTI, M NAVILIAT, E BARRIOS, H CORREA, M CANCELA, R RADI
- 0082 UTILIDAD DE NT-PROBNP EN LA PREDICCIÓN DE EDEMA PULMONAR POST-EXTUBACIÓN EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIACA**  
C YIC, J PONTET, L LA RUINA, L LAPUNOV, C SANTOS, M CANCELA
- 0405 COMPARACION DEL GASTO CARDIACO MEDIDO POR TERMODILUCIÓN PULMONAR Y POR ECOCARDIOGRAFIA TRANS TORACICA EN PACIENTES EN VENTILACION MECANICA**  
J GORRASI, A PAZOS, L FLORIO, V AGORRODY, G PARMA, C AMERICO, R LLUBERAS, A BIESTRO, M CANCELA

- 0010 EVALUACIÓN DE TERAPEUTICAS ENDOSCOPICAS Y COMBINADAS CON OCTREOTIDE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL Y SANGRADO ACTIVO AL MOMENTO DE LA ENDOSCOPIA DE INGRESO. VALORACIÓN DEL BALÓN EN CASO DE FRACASO DE LA TERAPÉUTICA INICIAL**  
J BERRETA, D KOCAK, G ROMERO, A BALDUCCI, R AMAYA, D NISTAL, D PASCUALI, M ORTIZ
- 0280 COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN LA ESOFAGECTOMÍA POR CANCER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
D TEJERA, M MICOL, A LAINO, L TAROCCO, A DEICAS, M CANCELA
- 0411 SEGUIMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA (TI) DE PACIENTES EN EL POSTOPERATORIO (POP) DE GRANDES HEPATECTOMIAS MEDIANTE UNA NOVEDOSA TÉCNICA QUIRÚRGICA DESTINADA A PREVENIR LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA POP (IHPP)**  
SE GIANNASI, SD VILLARROEL MENDOZA, E DE SANTIBAÑES, MS VENUTI, NM CIARROCCHI, CE KECSKES, V ARDILES, FA ALVAREZ, JE SAN ROMÁN

23/09/2012 - 11:30 a 13:00  
**TRABAJOS LIBRES ORALES 03**  
**Enfermería - Infectología**  
GRAN PARANÁ 3

- 0268 IMPLEMENTACION DE UN BUNDLE REALIZADA POR PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA LA DISMINUCION DE INFECCIONES RELACIONADAS A CATETER VESICAL**  
MA SALAS, C MARTINEZ, R QUIROS, M ENRIQUEZ
- 0103 VARIABLES ASOCIADAS A BACTERIEMIA RELACIONADA A CATÉTERES EN PACIENTES QUEMADOS GRAVES Y CRÍTICOS**  
A ANTIK, I CIORDIA, S RIAL, M ÁVILA, G CARBALLIDO
- 0127 FACTORES DE RIESGO PARA COLONIZACIÓN/INFECCIÓN POR BACTERIAS PAN RESISTENTES EN PACIENTES CON QUEMADURAS GRAVES**  
G RAMOS
- 0161 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE NEUMONIA EN UCI**  
G BOGADO, M MENDEZ, A CREMONA, L OLIVERI, G AMENDOLARA, A YEBARA, S CHAPARRO, A LEGARTO
- 0167 INFECCIONES PRODUCIDAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE  $\beta$  LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: FACTORES DE RIESGO Y PERFIL DE USO DE ANTIBIÓTICOS**  
H TELECHEA, L ROBINO, N SPERANZA, V GARCÍA, N CORDEIRO, I BADO, M MOTA, G ALGORTA, R VIGNOLI, A MENCHACA
- 0220 UTILIDAD DEL CATETER CENTRAL DE IMPLANTACION PERIFERICA EN PACIENTES QUEMADOS**  
R BELLONI, M VELEZ, G ZAMBRANO, A BOLGIANI
- 0282 CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PROCALCITONINA (PCT) Y SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA (SRIS) DE ORIGEN INFECCIOSO Y NO INFECCIOSO**  
J ARROYO, L BARAC, A CHAVES, MV GAZZONI, E ASINARI, V CAGLIERI, CG GALLETTI

23/09/2012 - 11:30 a 13:00  
**TRABAJOS LIBRES ORALES 04**  
**Neurointensivismo I**  
CARCARAÑA

- 0045 ANÁLISIS POBLACIONAL Y EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE HEMICRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN ACV ISQUÉMICO MALIGNO. PROPUESTA DE CRITERIOS DE SELECCION**  
V MARQUEVICH, S COSENZA, J FUNES, H MAZZINI, R DE ROSA, G PIROLO, P PRATESI

- 0067 EVALUACIÓN DE HIPONATREMIA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS**  
E AMUNDARAIN, N GALLUCCI, M CASANOVA, N PISTILLO, M GARCIA, P CASTELLUCCIO, B DORFMAN, O FARIÑA
- 0086 VARIACION DEL INDICE DE PULSATILIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE CON PRESION DE PERFUSION CEREBRAL NORMALIZADA**  
E MARTINEZ, F TAMAGNONE, D MASEVICIUS
- 0302 IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDIDA DE LA VAINA DEL NERVIÓPTICO COMO MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA EN PACIENTES CRÍTICOS**  
J GORRASI, A BIESTRO, M CANCELA
- 0395 FACTORES DE PREDICCIÓN TEMPRANOS EN EL TRAUMATISMO DE CRANEÓGRAVE EN UNA COHORTE DE 121 PACIENTES**  
G SUTTON, J POLISZUK, LF VALLEJOS, DH CERASO, I PREVIGLIANO
- 0414 ANÁLISIS DE 100 PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CON DERIVACIÓN EN RED**  
N GALLUCCI, E AMUNDARAIN, MA GARCIA, M CASANOVA, N PISTILLO, O FARIÑA, B DORFMAN

23/09/2012 - 12:00 a 13:30

**TRABAJOS LIBRES ORALES 05****Gestión - Bioética**

PARANÁ DE LAS PALMAS A

- 0092 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y DE LA ADMINISTRACIÓN FARMACOLÓGICA ADECUADA EN TERAPIA INTENSIVA**  
G ARANA, L VICENTE, E VERA, R GARCÍA TURIELLA, G ABRIATA, A CATALÁ, G CASTAÑEDA, V MILANÉS
- 0098 ESTRATEGIA HOSPITAL DONANTE. HOSPITAL DE EMERGENCIAS "DR. CLEMENTE ÁLVAREZ"**  
E LONDERO, S PULCINELLI, C RONDINA, M NÓVILE
- 0178 CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD LUEGO DE TERAPIA INTENSIVA**  
AV DAS NEVES, DN VASQUEZ, D INTILE, J MOREIRA, C LOUDET, MG SÁENZ, C MARCHENA, CBALASINI, AL GONZALEZ, F CICORA, R REINA, E ESTENSSORO
- 0223 TASA DE UTILIZACIÓN DE SONDAS PARA NUTRICIÓN ENTERAL COMO INDICADOR DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS: ANÁLISIS DE PROBLEMAS ASOCIADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIONES**  
P MARGUELICHE, L CARRERAS, F IGLESIAS, W DAVALOS, M RAMIREZ, G ROMAN, S REYNOSO, I HERRERA, E DI BERARDINO, M SIMIONATO, C MORENO, L NAVERO, L DI LUCA, MC MARCHENA, L TUMINO, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET
- 0358 ENCUESTA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y CLIMA LABORAL: RESULTADOS DE LA UCI DE UN HOSPITAL ESCUELA**  
C LOUDET, S CARINO, MC MARCHENA, L TUMINO, A GONZÁLEZ, D VÁSQUEZ, A DAS NEVES, MG SÁENZ, F LAMBERT, PA RODRIGUEZ, A PORCEL, MC BUSTAMANTE, S TAL BENZACRY, S LARRAIN, F VALDERRAMA, L IZU LU, M RAMIREZ, R REINA, E ESTENSSORO
- 0226 CUIDADOS DEL FINAL DE LA VIDA: LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA**  
R MARTINEZ, G BASCOLO VIVIANI, P ZANARDI, J TEVES, M CHOY, N SANCHEZ, J HADDAD, N RISSO, F SALA, L ZACARIAS, M CORNELIO
- 0356 TUMOR CEREBRAL TERMINAL (TCT) EN EMBARAZADA 17,5 SEMANAS DE GESTACIÓN. DILEMAS ENTRE UNA VIDA QUE ACABA Y UNA QUE NACE**  
J ARROYO, V CAGLIERI, C GALLETTI

24/09/2012 - 11:30 a 13:00

**TRABAJOS LIBRES ORALES 06****Sepsis - Trasplantes**

GRAN PARANÁ 2

- 0057 EFECTOS HEMODINÁMICOS SISTÉMICOS Y MICROCIRCULATORIOS DE LA DOBUTAMINA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO**  
C ENRICO, VS KANOORE EDUL, A RISSO VAZQUEZ, MC PEIN, RA PÉREZ DE LA HOZ, C INCE, A DUBIN
- 0177 TRATAMIENTO PREVIO CON  $\beta$ -BLOQUEANTES Y MORTALIDAD EN PACIENTES INTERNADOS CON SEPSIS DE LA COMUNIDAD: ANÁLISIS DE 9465 PACIENTES**  
A MACCHIA, N PRINI, M SANTOPINTO, R COUCE, M MOSQUEDA, A SOSA, M KLEINERT, E SORIA, B HUNTER, J OSATNIK, J MARIANI, M ROMERO, P COMIGNANI
- 0229 VALOR PRONÓSTICO DE LA MEDICIÓN DIARIA DE LACTATO EN TERAPIA INTENSIVA**  
A CASARETTO, M ULLOA BERSATTI, N JUAREZ GOMEZ, H PIZÁ, C LLERENA, G CARDONATTI
- 0368 VALOR DE LA INCORPORACIÓN DE LA PROCALCITONINA AL ESCORE DE PROBABILIDAD DE INFECCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS**  
D MORETTI, MM RAMIREZ, CJ SETTECASE, DH BAGILET, MB QUAGLINO
- 0404 MONITOREO HEMODINÁMICO NO INVASIVO EN PACIENTES CON SHOCK**  
D DUARTE, G FILIPPA, F PLANO, V ALONSO, H HERRERA, M MAIDANA
- 0252 CORRELACION ENTRE EL PATRÓN HEMODINÁMICO Y LOS PARÁMETROS DE FUNCIÓN DEL INJERTO EN EL POSTOPERATORIO DEL TRANSPLANTE HEPÁTICO**  
G TUHAY, G GARCIA, A FERRE, M MARTINEZ NAVARRO, H ARIAS, C PEREZ ACOSTA, F KLEIN
- 0377 MORBILIDAD HOSPITALARIA EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CON ÓRGANOS CON CRITERIOS EXPANDIDOS (OCE)**  
FA SOSA, JO OSATNIK, V MOSQUEDA, D COMIGNANI, C HIGA, NJ PRINI, M ANDERS

24/09/2012 - 11:30 a 13:00

**TRABAJOS LIBRES ORALES 07****Escores - Nefrología**

SUM B

- 0036 UTILIDAD Y ANÁLISIS DEL SCORE NEMS PARA ADECUAR LA CARGA DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
JA VILLALOBOS SILVA, JM VERDINES PIÑA, M MORENO CRUZ, T GARCÍA ZENÓN, H RODRIGUEZ HINOJOSA, VE FLORES RODRIGUEZ
- 0181 EVALUACIÓN FUNCIONAL Y LIMITACIONES DE FUNCIONAMIENTO FÍSICO LUEGO DE TERAPIA INTENSIVA**  
DN VASQUEZ, AV DAS NEVES, D INTILE, J MOREIRA, C LOUDET, MG SÁENZ, C MARCHENA, C BALASINI, AL GONZALEZ, F CICORA, R REINA, E ESTENSSORO
- 0041 ACIDOSIS METABÓLICA POR INFUSIÓN DE CLORURO DE SODIO: ¿DEPENDE DEL AGUA O DEPENDE DEL CLORO?**  
JA VAZQUEZ, MC ADDUCCI
- 0054 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SEGÚN RIFLE Y AKIN: ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO**  
G SALGADO, M LANDA, D MASEVICIUS, A RISSO-VÁZQUEZ, S GIANASSI, S VILLAROEL, JE SAN ROMÁN, L SILVA, M VELÁZQUEZ, J HERNÁNDEZ, M GIMÉNEZ, G CAÑARTE-BERMÚDEZ, O TEJERINA, C DÍAZ, G VEGA, P DÍAZ-CISNEROS, T CASTAÑO, R FRANCHINO, F CICCIOLO, V ROLFO, JL DO PICO

- 0085 RIÑÓN HIPERFILTRANTE EN EL PACIENTE CRÍTICO: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SU DESARROLLO**  
ML CAMPASSI, MC GONZALEZ, A DUBIN, FD MASEVICIUS, A RISSO VASQUEZ, M MOSEINCO, NC NAVARRO, L PREVIGLIANO, NP RUBATTO, MH BENITES
- 0198 SIGNIFICADO DE LA OLIGURIA POSTOPERATORIA: RESULTADOS DE UN PROTOCOLO PARA SU MANEJO**  
R GIANNONI, PN RUBATTO, FD MASEVICIUS, AM RISSO VASQUEZ, NC NAVARRO, L PREVIGLIANO, ML CAMPASSI, C GONZALEZ, M BENITES, A DUBIN

24/09/2012 - 11:30 a 13:00

**TRABAJOS LIBRES ORALES 08****Nutrición y Metabolismo**

PARANÁ DE LAS PALMAS A

- 0022 REPORTE DE CASOS: "PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDEMICA Y SU RESPUESTA A LA PLASMAFÉRESIS"**  
ME DI LEO, M ALONSO, C FELLER, VH BORRAJO, ALN MARTINUZZI, A CORBALL, C PEREZ VALDEZ, A GUILLOT, L OBREGON, A PALAORO, A PALAORO, A PALAORO, M SEPULVEDA, M ORSATTI
- 0095 ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA INCIDENCIA DE DIARRREA EN UNA UCI POLIVALENTE**  
L RETAMAL, ALN MARTINUZZI, M ALONSO, VH BORRAJO, C PEREZ VALDEZ, G BERRO, M SEPULVEDA, L OBREGON, A NUÑEZ, R RABUFFETTI, J CACHARELLI, L GUTIERREZ
- 0121 EVALUACIÓN DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL INICIO Y LOGRO DE LOS REQUERIMIENTOS CALÓRICOS SEGÚN MOTIVO DE INGRESO**  
G MELNIK, S BLASCO DIEZ, M TORRES BODEN, C COZZANI, V FRABOTTA, G CUETO
- 0187 ALIMENTACIÓN ENTERAL EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: COMPARACIÓN ENTRE LO ADMINISTRADO Y LO PRESCRIPTO**  
G SUTTON, V CORTEGGIANO, M ANTONINI, L PITA, G GONZALEZ, D CERASO
- 0311 EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL: SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CRÍTICOS**  
DP CORBELL, MA CARIGNANO, PN GUIMARAENS, MF GOLDIN, J VALLUSI, CE KECSKES
- 0318 BARRERAS DE IMPLEMENTACIÓN PARA EL CONTROL DE HIPERGLUCEMIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
A MARTINEZ, J VALUSSI, P GUIMARAENS, MA CARIGNANO, DP CORBELL, C KECSKES, MF GOLDIN

24/09/2012 - 11:30 a 13:00

**TRABAJOS LIBRES ORALES 09****Neurointensivismo II - Misceláneas**

CARCARAÑÁ

- 0310 STATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO: PRINCIPALES PREDICTORES CLINICOS**  
NJ PRINI, V MOSQUEDA, PD COMIGNANI, B HUNTER, JD OSATNIK, FA SOSA, C HIGA, A MACCHIA
- 0348 STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO EN CUIDADOS CRÍTICOS. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y ANÁLISIS DE VARIABLES CLÍNICAS Y DE EVOLUCIÓN**  
F KLEIN, L AGUIRRE, A FERRE, G TUHAY, A CALLE, J RACOSTA, G GARCIA
- 0420 STATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO: TIEMPO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA**  
NJ PRINI, PD COMIGNANI, V MOSQUEDA, B HUNTER, FA SOSA, JD OSATNIK, C HIGA, A MACCHIA

- 0046 MORTALIDAD ESPERADA POR APACHE II EN PACIENTES NEUROCITICOS ADMITIDOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**  
V MARQUEVICH, R QUIROS, M MALLETT, T BALL, M JERMAN, A GIRA, D CZERWONKO, S COSENZA, P PRATESI
- 0066 PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN TERAPIA INTENSIVA**  
JJ VEGA, G BADARIOTTI, JP SUAREZ, M HERNANDEZ, S VOMMARO, B DE DIEGO
- 0325 INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y PRECIPITANTES DE DELIRIO EN LA UCI. DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO**  
MF BALLESTERO, MM FERREYRA, SV CEVALLOS, E REQUESSENS, D MOLINA, SP CHAPELA, F GRASSI, EJ DESCOTTE, ED SOLOAGA, MA BLASCO, M KHOURY, JF CHERTCOFF

24/09/2012 - 12:15 a 13:45

**TRABAJOS LIBRES ORALES 10****Pediatría - Obstetricia Crítica**

PARANÁ DE LAS PALMAS B-C

- 0134 COMPARACIÓN DE DOS SOLUCIONES DE MANTENIMIENTO DE DISTINTA TONICIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS: ENSAYO CONTROLADO, DOBLE CIEGO RANDOMIZADO**  
FA JORRO BARÓN, CN MEREGALLI, C BOLASELL, VA ROMBOLÁ, VE PIGLIAPOCO, SE BARTOLETTI, GE DEBAISI
- 0147 TOS CONVULSA: ENFERMEDAD REEMERGENTE. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL**  
C MACHIN, A SERRA, A MENCHACA
- 0149 EXTUBACIONES NO PLANEADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y ESTRATEGIA DE MEJOR**  
CN MEREGALLI, FA JORRO BARÓN, M D'ALESSANDRO, E DANZI, P GONZALEZ, GE DEBAISI
- 0158 ESTUDIO DE CALIDAD DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
AM NIEVA, ER KOCH, E MONTEVERDE, ME RATTO, C LUTKEVICIUS, K FIQUEPRON, M TANUZ, J STEINER, N LACQUANITI, D CHAGALJ
- 0267 APLICACIÓN PRECOZ DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA MODERADA - SEVERA EN PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS**  
L FIGUEROA, M GONZALEZ, F LAFFAYE, G KALTENBACH, V ARIAS, E CERDA
- 0353 FACTORES ASOCIADOS A SOBREVIVENCIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA. VALIDACIÓN DE UN SCORE PRONÓSTICO. DATOS DEL SEGUNDO ESTUDIO INTERNACIONAL DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA**  
E MONTEVERDE, A FERNÁNDEZ, RM POTERALA, A SIABA SERRATE, JA FARIAS
- 0396 FACTORES PRONOSTICOS DE DISFUNCION MULTIORGANICA ENTRE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS: COHORTE PROSPECTIVA**  
DN VASQUEZ, AV DAS NEVES, VM APHALO, CI LOUDET, M CASANOVA, HS CANALES, F CICORA, DA INTILE, C BALASINI, J SAVERO, R REINA, JL SCAPELLATO, PM DESMERY, E ESTENSSORO

23/09/2012 - 13:15 a 14:15

## DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 01

## Acreditación - Bioética

GRAN PARANÁ 2

- 0028 NIVEL DE SEGURIDAD QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES INTERNADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS RELACIONADOS CON ERRORES EN LA MEDICACIÓN**  
MF MORALES, ME ROJAS
- 0171 APACHE II Y SU CORRELACION CON MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
C TOLOSA, A CABRERA, J ORQUERA, D GODOY
- 0120 PROBLEMAS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA COTIDIANA DE TERAPIA INTENSIVA. CASO CLÍNICO**  
E LONDERO, I TESTONI, M DEMERGASSO, C RONDINA, A SCHMUKLER
- 0392 SEDAR O NO SEDAR**  
MP LUQUE, JC LLAMAS, JA PANADERO, MJ FERNANDEZ, MA RUIZ-CABELLO
- 0415 PROLONGACIÓN DEL SOPORTE VITAL EN MUJER CON MUERTE CEREBRAL, EN EDAD GESTACIONAL TEMPRANA. DISCUSIÓN BIOÉTICA**  
E TORRES, F FERNANDEZ, J ARROYO

23/09/2012 - 13:15 a 14:15

## DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 02

## Enfermería

GRAN PARANÁ 3

- 0190 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES CENTRALES PRECOCES Y TARDIAS EN UTI**  
C FLORES, L RIVERA, E VALERO, G TUHAY, A PIRIZ, H ARIAS, M MARTINEZ NAVARRO, L EBEBEKE, G BOZOVICH, F KLEIN
- 0247 PROTOCOLO DE CINCO PUNTOS PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NMN ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA Y A LA VÍA AÉREA ARTIFICIAL**  
A GARCIA, J LUGONES, D COLQUE, S BAESSO, N ENCINA, C JANUSZEVKI, A CARPIO
- 0286 IMPACTO DE ALTAS TASAS DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS: PROTOCOLO DE MEJORA DATOS PRELIMINARES**  
G NELSON, H MICHELANGELO, H MORENO, A ARANDA, M ENCINA, A MARTIN, P BUCHANAM, V CORDOBA, P YOST, J ROSI, G BARRO, J FERNANDEZ, R ZALIMBER, M DINO, F FLORES, L RAMOS, A CAMPETELLA, S RODRIGUEZ, J MARTINEZ, P MUÑIZ, M VILLAGRA, C KECSKES, I STANELONI, A DIAZ, G GRECO, E SALAZAR
- 0297 PREVALENCIA DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA EN CUIDADOS CRITICOS HOSPITALES DE SALTA CAPITAL. AÑO 2011**  
JE TEJERINA, D BERTA, L CORIMAYO, V YUGRA, P CARRIZO
- 0335 PROTOCOLO DE CUIDADO EN EL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS CON MUERTE ENCEFÁLICA. "UN ABORDAJE DE ENFERMERÍA DESDE LAS NECESIDADES BÁSICAS" "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN"**  
CR DE LA ROSA, HD GALLO
- 0385 CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TERAPIA INTENSIVA Y EMERGENCIA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA Y OTRA PÚBLICA-ENTRE RÍOS 2010**  
N FRANCO, G BRUNELLI

23/09/2012 - 13:15 a 14:15

## DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 03

## Gestión y Costos

SUM B

- 0006 RACIONALIZACIÓN DEL USO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS**  
L CAMPUTARO, C DE TOMMASO, M THERIANO
- 0074 CÁLCULO DE PESO RELATIVO DE COSTOS EN LA INTERNACION DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA ADULTO Y CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL DOCTOR GUILLERMO RAWSON, MARZO 2012**  
MC ZAMORA, DE BENÍTEZ, M MARTIN
- 0163 PACIENTES MAYORES A 75 AÑOS EN CUIDADOS INTENSIVOS, ESTUDIO CASOS-CONTROLES**  
D BIÉNZOBAS, F RÍOS, M BERMEO, C FALLATTI, N MÁRQUEZ, V RODRÍGUEZ, L AGUILAR
- 0305 APLICACIÓN DEL SF-UCI 24 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
J GORRASI, A LEVY, C YIC, G RODRIGUEZ, A BIESTRO, M CANCELA, M CANCELA
- 0342 IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA INFORMATIZADO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN UN SERVICIO TERAPIA INTENSIVA (TI) DE ALTA COMPLEJIDAD**  
MA CARIGNANO, PN GUIMARAENS, MF GOLDIN, CE KECSKES, D CORBELI
- 0359 RECURSOS HUMANOS EN TERAPIA INTENSIVA**  
A DIDIER, M DEHEZA, V NUNES VELLOSO, L CALEJMAN, E CANEDO, C VELLUSO

23/09/2012 - 13:15 a 14:15

## DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 04

## Infecciones en UTI I

PIQUIRÍ

- 0009 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRITICOS CON INFECCIONES POR ESPECIES DE ACINETOBACTER RESISTENTE A CARBAPENOS**  
J BERRETA, D KOCIAK, A BALDUCCI, C BROTTTO, A BARRIOS, JF MUÑOZ PÉREZ, MV LAPLACETTE, MF VÁZQUEZ, F DE FEO, R AMAYA
- 0033 MEDIASTINITIS FÚNGICA EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE**  
JA CACCIAGUERRA GOMEZ, JS PIETROBON, FJ FERREIRO BERTA, AF MUSCARELLO, EP GUZMAN HUME, MA PRETEL, R LAMBERGHINI
- 0058 TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA AL VENTILADOR: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA E IMPACTO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS**  
E MANRIQUE, Y KAHAN, G CEPEDA, M BRIZUELA, C AHUMADA
- 0089 FASCITIS NECROTIZANTE POST HEMORROIDECTOMIA**  
A QUINTEROS, S ROJAS, A DELARRIVA, E GARCIA, M GARCIA, J FERNANDEZ, N BONETTO, J CELIA, J ORTEGA, M RUIZ, S HERREIRA, S CARRIZO
- 0105 INFECCIONES EN PACIENTES CON HERIDA PENETRANTE EN CRÁNEO**  
SI CASTRO, N CATALDI, S MARTINI NOVAS, M FLORES, M CHAMUT, M LAREU, M MORANTE, G ROBERT, O CRISTALDI
- 0110 AISLAMIENTO DE STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE CON MESOTELIOMA PLEURAL**  
A FELDMAN, M GUAYMAS, V NUNES VELLOSO, N LUQUE, P REVEL CHION, M MOLINA, S SUTERA, S ZADCOVICH, A MARINO

**0115 COMUNICACIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES HIV+ ENTRE 2006-2011 EN EL HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS EVA PERÓN DE SAN MARTÍN**

SI CASTRO, P BOSCHINI, R ECHEGARAY, G GUTIÉRREZ, P SOTOMAYOR, P CASTRO, J RISSO PATRÓN, O CRISTALDI

**0118 STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC): IMPACTO DEVASTADOR SOBRE UNA POBLACION "SANA" A PARTIR DE LESIONES MENORES**

JT SÁNCHEZ MÍÑOPE, AE BORDON, JA AGUILERA, EA RUIZ

**0124 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ACINETOBACTER SPP. MULTIRRESISTENTES: EVALUACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD. IMPORTANCIA DEL SCORE CLÍNICO DE INFECCIÓN PULMONAR. ESTUDIO CASO-CONTROL**

P SAUL, E CUNTO, C BISPO, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, O VILLAR, C NOGUERAS, J SAN JUAN

23/09/2012 - 13:15 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 05**

**Unidad Coronaria - Nefrología Crítica - Sepsis**

IBICUY

**0008 FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A FIBRILACION AURICULAR EN PACIENTES CRITICOS**

N ESPINOZA, C GARAYALDE,, G FERNÁNDEZ CID, E PORJOLOVSKY, R SENESTRARI, R ZAMUDIO

**0101 MIOCARDIOPATÍA POR ESTRÉS**

A BARRIOS L., S NOYA, C PLAZA, O CARAVELLO, S MARE, ML ROMERO

**0104 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO A PROPÓSITO DE UN CASO**

CG CEREZO, SP ALBANESE, RA AVILA

**0185 SINDROME TAKO-TSUBO EN PACIENTE CON STATUS EPILEPTICO CONVULSIVO (SEC)**

H ARIAS, Y ASÍS, L AGUIRRE, A PIRIZ, F SALMO, E DURONTO, F KLEIN

**0277 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE MIOCARDIOPATÍA DE TAKO-TSUBO (MTS)**

S PAVÓN, J ARROYO, Y MANCHO, I LEDESMA, MJ ARAMBURU, MJ CABRERA, V CAGLIERI, C GALLETTI

**0205 HIPERTENSIÓN ABDOMINAL EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA. ROL DE SU DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ**

P KLIN, E GURFINKEL, F KLEIN

**0211 SÍNDROME NEFRÓTICO E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE NEFRITIS SECUNDARIA A LITIO**

J FUENTES, DE OLMOS KUTSCHERAUER, GW BONGIORNI, EA ROMERO

**0400 COMPACTACION ABDOMINAL ASPIRATIVA EN PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA Y PERSISTENTE A PESAR DE 2 O MAS REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS**

J BERRETA, D KOCIK, D FERRO, A BALDUCCI, R AMAYA, P FERNÁNDEZ MARTY, M ORTIZ, A CORONEL

**0419 EFECTO DE LA SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL SOBRE LA VARIABILIDAD RESPIRATORIA DE LA VENA CAVA INFERIOR**

J GORRASI, A LAINO, J ROMERO, F GONZALEZ, A BIESTRO, M CANCELA

23/09/2012 - 13:15 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 06**

**Kinesiología - Neumonología Crítica I**

PAVÓN

**0079 MEDICIÓN DE PRESIÓN SUBGLÓTICA CON Y SIN INSUFLACIÓN DE AIRE POR CATETER SUBGLÓTICO DURANTE LA DEGLUCIÓN**

M CLARETT, M RODRIGUEZ, MF ANDREU, R ADARVES, A BAEZ, MC VILLAFANE, J ANSELMO, I SALVATI, MC DONNIANNI, M CATALDO, GS MONTES, MB IBAÑEZ, M COTIGNOLA, CE AGUIRRE, AS OCCHIUZZI, S BORELLO, AR LEOZ, M BEZZI

**0172 KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA DE RUTINA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍAS TORÁCICAS O DE ABDOMEN SUPERIOR COMO PROFILAXIS DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS**

M MANAGO, G MUSSO, J ROBLES, A RAMOS, A DOGLIOTTI, L LOVESIO, C LOVESIO

**0043 ECMO COMO MEDIDA DE SOPORTE RESPIRATORIO. EXPERIENCIA EN LA TERAPIA INTENSIVA**

MS VENUTI, PA GASTALDI, PD CALO, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN

**0072 UTILIDAD DE PROCALCITONINA COMO GUÍA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EMERGENCIAS**

L AGUILAR, R LOPEZ RAMOS, M CHALLADA, G THOFEHRN, B TORRES, B MASKIN

**0202 MORTALIDAD DEL SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) GRAVE, FACTORES ASOCIADOS Y MORTALIDAD A 6 MESES**

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

**0204 FACTORES DE RIESGO PARA EL FRACASO DE WEANING EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON EPOC EN VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA**

F PUCHULU, L RAPELA, G PLOTNIKOW, V FELD, D VILLALBA, C QUIROGA, V LEIVA, M SCRIGNA, E DISTÉFANO, P EZCURRA, R PRATTO, L MORETTI, A APREA RUDELLA, JL SCAPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRE, E DÍAZ NIELSEN

**0206 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA TÉCNICA DE DILATACIÓN CON FORCEPS, NUESTRA EXPERIENCIA EN SAN LUIS**

J FUNES, MB FERNÁNDEZ, F CASAS, M CAMARGO, L GARCÍA, A SOSA

**0208 EXPERIENCIA DE 1571 CAMBIOS DE CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA: ¿SE JUSTIFICA EL CAMBIO DE RUTINA?**

P EZCURRA, G PLOTNIKOW, V FELD, D VILLALBA, C QUIROGA, V LEIVA, M SCRIGNA, F PUCHULU, E DISTÉFANO, L RAPELA, R PRATTO, L MORETTI, A APREA RUDELLA, JL SCAPELLATO, D INTILE, F PLANELLS, D NOVAL, P BUÑIRIGO, R JOFRÉ, E DÍAZ NIELSEN

**0222 ¿TIENEN DOLOR LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA?**

M MALATINI, JE ENDERS, NV LUNA

23/09/2012 - 13:15 a 14:15

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 07**

**Neurointensivismo I**

BUSINESS CENTER

**0047 ATONTAMIENTO MIOCARDICO EN HIDROCEFALIA AGUDA. REPORTE DE UN CASO**

M JERMAN, A GIRA, A DONA, F UNGAR, V MARQUEVICH, R DE ROSA, P PRATESI

**0048 TRATAMIENTO DE ANEURISMA GIGANTE SOBRE DISPLASIA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA. REPORTE DE UN CASO**

L BALLESTRACCI, C MARTINEZ BARRETO, F UNGAR, R DE ROSA, A CECILIANO, F VILLASANTE, V MARQUEVICH, P PRATESI

- 0050 ENCEFALITIS AUTOINMUNE. REPORTE DE UN CASO**  
J GARCIA, F CARLUCCI, M JERMAN, A GIRA, D MONARDO, J BUE-RI, P PRATESI
- 0051 IMPLEMENTACION DE UN ALGORITMO DE MANEJO PARA LA INDUCCION DE HIPOTERMIA TERAPEUTICA POSTERIOR A PARO CARDIACO SECUNDARIO A FIBRILACION VENTRICULAR**  
F CARLUCCI, V MARQUEVICH, J NUÑEZ, F LIPZSYC, F UNGAR, J ALVAREZ, G MUSANTE, J BUERI, A HITTA, S COSENZA, P PRATESI
- 0077 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA: COMPLICACIONES NEUROLOGICAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO 2007-2011**  
L CRISTALDO, R SALAS, C MAMANI ROMANO, J VOSS, V OCAMPOS, M DAZA ARAMAYO, E D'ANDREA, C POZO, M GIOVAGNOLI, R PIÑEYRO, M PRIETO, C PEREYRA, L BENITO MORI, P SCHOON
- 0111 STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO - SÍNDROME DE HIPERAMONEMIA EN POST-TRANSPLANTE RENO PÁNCREAS**  
C SALVATIERRA, M GIMÉNEZ, R ERUSALIMSKY, D STURBA, A HLA-VNICKA, CA NOSTI
- 0116 CAUSA POCO FRECUENTE DE COMPRESION MEDULAR: LINFANGIOMA**  
MS ROTONDO, P URBINATI, DA ROVIRA, N YUNIS, VS CLAIRON, SB SOLI
- 0154 STATUS EPILEPTICUS Y PATOLOGÍA REGIONAL**  
F AGUIRRE, G CUELI, J PEREZ, Z ROSSETTI, B GABILONDO, J HUAMAN DE LA CRUZ, S VAZQUEZ MONICO, C VARELA, N CAPALBO, C RODRIGUEZ
- 0186 MIELINOLISIS PONTINA Y EXTRAPONTINA EN POSTOPERATORIO DE TRANSPLANTE HEPATORRENAL**  
A FERRE, A PIRIZ, G GARCIA, Y ASIS, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN

24/09/2012 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 08****Infecciones en UTI II**

PIQUIRI

- 0125 INFECCIÓN DEL SITIO DE SALIDA DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y SU ASOCIACIÓN CON LA PRESENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA A CATÉTER**  
A PORCEL, JP MONTEFIORE, C BUSTAMANTE, S TAL BENZECRY, C MARCHENA, C BALASINI, P RODRÍGUEZ, S LARRAÍN, L NAVEIRO, L CARRERAS, L DI LUCA, F IGLESIAS, E DIBERARDINO, W DÁVALOS, M SIMIONATO, C MORENO, AL GONZÁLEZ, M LARES, E ESTENSORSO, R REINA
- 0137 INFECCIONES ASOCIADAS A CUIDADOS DE LA SALUD - EPISODIOS SIMULTANEOS - EPIDEMIOLOGIA**  
RO FERNANDEZ, LA BATTISTINI, WD VAZQUEZ
- 0141 EXPERIENCIA EN FUNGEMIA POR CÁNDIDA EN UN HOSPITAL GENERAL**  
C PINCHEIRA, S CORREA, C BARTOLI, M FIGUEROA, M MONTAMAT, N SPITALE, A MINGUEZ
- 0148 SÍNDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE CON CORTICOTERAPIA PROLONGADA**  
L DI LUCA, A PORCEL, C BUSTAMANTE, S TAL BENZECRY, C MARCHENA, C BALASINI, AL GONZÁLEZ, P RODRÍGUEZ, M LARES, S LARRAÍN, L NAVEIRO, L CARRERAS, F IGLESIAS, E DIBERARDINO, W DÁVALOS, M SIMIONATO, C MORENO, R REINA, E ESTENSORSO
- 0153 DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. SU PREVALENCIA Y DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS**  
C DOMINGUEZ, E CUNTO, C NOGUERAS, P SAÚL, R CALLEJO, D VAUSTAT, R CABRERA, R ROLLET, J SAN JUAN
- 0195 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN SEGÚN LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO INICIAL**  
MA IZZICUPO, G DÍAZ, R PARODI, M LAGRUTTA, L CARDONNET

- 0215 ENTEROCOCO VANCO R PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN A TRAVÉS DE MEDIDAS BÁSICAS**  
G LEIVA, Y SALOMON, C FARIÑA, C FARIAS, P CENTENO, M ANCHORENA, G IZZO, C PEIN
- 0238 SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO POR LEPTOSPIRA**  
C RODRIGUEZ, F VILLAREJO, M LLORIA, L AGUILAR
- 0269 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES SECUNDARIA A EMPIEMA SUBDURAL EN PACIENTE OBESO MÓRBIDO.**  
J HERNANDEZ

24/09/2012 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 09****Obstetricia Crítica**

IBICUY

- 0170 SEPSIS PUERPERAL POR AEROMONA SOBRIA**  
M VILLA, J MORENO, N VILLAVICENCIO, V AMAYA, C TONELLI, M TORRES BODEN, G CUETO, W CORNESTEIN, M BADIA, L LOPEZ, N GOMEZ
- 0180 NEUMONIA NECROTIZANTE POR CA-MRSA EN EL POSTOPERATORIO DE CESAREA**  
A RAMOS, P SANCHEZ, M CAVAGNARI, C LONGHI ROSSI, S SESELOVSKY, C LOVESIO, L LOVESIO
- 0301 MUERTE SÚBITA POR DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA (DA) EN EMBARAZADA DE 35 SEMANAS CON SOBREVIDA DEL PRODUCTO LUEGO DE CESAREA POST MORTEN (CPM)**  
J ARROYO, MJ CABRERA, MJ ARAMBURU, V CAGLIERI, CG CALLETTI
- 0309 PATOLOGÍA OBSTÉTRICA CRÍTICA: DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SANATORIAL**  
M VINZIO, W NIETO, J DALDIN, G DOMENICONI, O YUNK
- 0352 TUMOR MUCINOSO PROLIFERATIVO ATÍPICO LÍMITROFE EN UNA PACIENTE CON 22 SEMANAS DE GESTACIÓN**  
M VILLALOBOS, K ELLEFSEN, R GUTIERREZ, C ARCINENGA, M MARAÑÓN, R ARANDÍA, J QUINTEROS
- 0409 ABORTO SEPTICO EN PACIENTE CON GESTA DE 20 SEMANAS CON EXCEPCIONAL DEMORA NO DESCRIPTA EN LA LITERATURA DE 45 DIAS ENTRE LA MANIOBRA Y LA CONSULTA CON EMPIEMA PLEURAL, PERITONITIS Y RETROPERITONITIS CON MACROSCOPIA INTRAOPERATORIA "NORMAL"**  
F APAZA, D VARGAS, ML CABANA, O TEJERINA, L SILVA, A PLAZA, L FERNANDEZ, L VIDAL
- 0425 PARALISIS A BELL EN EL PUERPERIO - REPORTE DE 2 CASOS**  
M CHALLAPA, A MONSON, B TORREZ, R LOPEZ, G THOFEHRN
- 0428 SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA GRAVE, CASO CLÍNICO EN TERAPIA INTENSIVA**  
JA RAMOS OLIVER, E ADAMOLI, A CARUSO, U ALEGRE, G CARTI

24/09/2012 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 10****Misceláneas I**

PAVÓN

- 0313 INCIDENCIA DE FRAGILIDAD Y DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS**  
L MORETTI, W TOZZI, N GOLFARINI, MS GOMEZ AVAD, LM GALLI, F GHELLINAZA, F JANSMAN, L BOFFINO, F ALARCON, M CAMAMA, R PUERTAS, C PELUFFO, A BRAVO, N IEZZI, AP USTAMANTE
- 0017 A PROPOSITO DE UN CASO: MUJER DE 19 AÑOS HIV E ISQUEMIA AGUDA POR ERGOTISMO**  
E NUÑEZ, G MONGUES, M RIVAS, J MOLGARA, M CARRIZO, E SIMES

- 0188 LA AUSCULTACION DE LOS RUIDOS HIDROAEREOS (RHA) NO TIENE CONCORDANCIA CON LA PRESENCIA DE PERISTALTISMO INTESTINAL. ESTUDIO ECOGRAFICO, PROSPECTIVO, DOBLE CIEGO**  
L AGUIRRE, G TUHAY, P D'ANGELO, A FERRE, A PIRIZ, C BILDER, F KLEIN
- 0239 COLAGENOPATIAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN SALTA**  
V GARCIN MENDOZA, V CELIOPE, ME NADIR, V JUAREZ
- 0007 ENSEÑANZA BASADA EN COMPETENCIAS. ENCUESTA DE EXPLORACIÓN**  
L CAMPUTARO, G RAMOS, G ALTAMIRANO, F ABDALA
- 0407 DETECCIÓN DE ERRORES PREANALITICOS EN MUESTRAS DE SANGRE ARTERIAL PARA EL ESTUDIO DE GASES EN SANGRE Y ELECTROLITOS**  
D COCCOZ, E PERALTA, D OSTERA, J SCRIGNA, D BOLZICCO
- 0288 DISECCIÓN ESPONTANEA DE ARTERIAS ABDOMINALES, SIN DISECCIÓN AORTICA. SERIE DE CASOS**  
I LEDESMA, J ARROYO, Y MANCHO, S PAVÓN, V CAGLIERI, C GALLETI
- 0370 SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MEDICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS EN LA ARGENTINA. BURNOUT IN PHYSICIAN OF PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT IN ARGENTINA**  
ME GALVAN
- 0422 PACIENTES ≥ 80 AÑOS EN TERAPIA INTENSIVA: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y EVOLUCIÓN DURANTE LA INTERNACIÓN. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 4 AÑOS**  
M LUGARO, M PRIETO, R PIÑEYRO, M GIOVAGNOLI, L BENITO MORI, P SCHOON

24/09/2012 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 11****Neurointensivismo II**

BUSINESS CENTER

- 0214 EXCELENTE RESULTADO NEUROLOGICO CON HIPOTERMIA INDUCIDA POST PARO CARDIACO**  
PM MORALES, MS VENUTI, MD TERAN, FD GOLDENBERG, JE SAN ROMAN
- 0216 NEUROFIBROMATOSIS, ENFERMEDAD DE MOYAMOYA Y ANEURISMAS CEREBRALES. UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE**  
MD TERAN, FD GOLDENBERG, PD CALO, JE SAN ROMAN
- 0233 TORMENTA SIMPATICA PAROXISTICA; UN DIAGNOSTICO A TENER EN CUENTA. PRESENTACION DE UN CASO**  
N BASSO, M VARGAS, A CARTELLI, M ZELADA, R ANDRIANO, P TAGLIAFERRO, J AGUERO
- 0234 ANGIOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA (ANGIO-TAC) EN EL DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFALICA (ME)**  
A CABRERA, J ORQUERA, D GODOY, C TOLOSA
- 0241 ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA DE EVOLUCIÓN LETAL**  
P CELARIO, M GOMEZ GENTILLI, J RAMACCIOTTI
- 0264 EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DEL TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE**  
C RUANO, C COLOMBO, C CARVALHO, L ACUARIO, O GALLINI, J MORVELLI, J SAINTOUT, L BIANCHI, G GALINDEZ, D BARROSO, G PARDAL, M MANSILLA
- 0323 SÍNDROME DE TERSON COMO COMPLICACIÓN DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA**  
V MAZZOLA, S TORRES, A SANTA MARIA, M BERTÉ, D NOVAL, S ILUTOVICH
- 0326 VASOESPASMO CEREBRAL SEVERO Y PROLONGADO EN UNA PACIENTE CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE**  
HM GORINO, K BUSTAMANTE GALARZA, M CASANOVA, B DORFMAN, GR HORMANSTÖRFER, E BORNACIN, P CASTELLUCCIO, O FARIÑA, N GALLUCCI, E AMUNDARAIN, MA GARCÍA, AE NUÑEZ

- 0331 HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA PAROXÍSTICA**  
E REQUESENS, SP CHAPELA, E DEAN, JA MASTRACCHIO, MF BALLESTERO, MA BLASCO

24/09/2012 - 13:30 a 14:30

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 12****Trasplantes**

GRAN PARANÁ 3

- 0200 EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO. POSIBLE CONTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME DE TAKO TUBO**  
J KLEIN, M MARTINEZ NAVARRO, G GARCIA, F SALMO, E DURONTO
- 0279 TRASPLANTE HEPATICO EN INSUFICIENCIA HEPATICA FULMINANTE SECUNDARIA A COINFECCION AGUDA CON VHB-HIV**  
VG SORIA, D OLMOS KUTSCHERAUER, GW BONGIORNI, EA ROMERO
- 0100 EDEMA PULMONAR NO CARDIOGENICO INDUCIDO POR BASILIXIMAB EN PACIENTE ADULTO TRASPLANTADO HEPATICO**  
A GIRA, L BALLESTRACCI, J ESCARDO, M CORONEL, F PIÑERO, M MENDIZABAL, D ARUFE, S COSENZA
- 0183 RESCATE CON MOLGRAMOSTIM DE FALLO DEL ENGRAFTMENT REFRACTARIO AL FILGRASTIM EN TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA EN EL CONTEXTO DE SEPSIS**  
G GARCÍA, L EBBEKE, M RAVAZZOLA, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN
- 0073 TERAPIA DE INDUCCIÓN EN TRASPLANTE RENAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE TIMOGLOBULINA Y BASILIXIMAB EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES**  
V MOSQUEDA, A SOSA, J ROBERTI, M PAZ, P COMIGNANI, F CICORA

24/09/2012 - 13:30 a 14:30

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 13****Trauma y Emergencias I**

SUM B

- 0327 TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA POR DILATACIÓN CON TÉCNICA DE GRIGGS CON GUÍA BRONCOSCÓPICA.( TPD-G-B ) ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA "CURVA DE APRENDIZAJE" EN 117 CASOS**  
P PAHNKE, E BAHAMONDES, P LUCCINO, C GOMEZ
- 0401 MEDICIÓN ECOGRÁFICA DEL SISTEMA VENTRICULAR CEREBRAL PRE Y POST PUNCIÓN LUMBAR EN UN PACIENTE CON TRAUMA ENCÉFALO CRANEANO Y CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA**  
F PALIZAS, R ROSALES, M COBOS, A CAMELLI
- 0294 TRAUMA CARDIACO PENETRANTE: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PARMENIO PIÑERO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES**  
J RODRIGUEZ RATTARO, G SILBERZSAC, G VERDE, J SAGARDIA
- 0060 TRAQUEOTOMIA PERCUTÁNEA SIN BRONCSCOPIA: UN PROCEDIMIENTO AL ALCANCE DEL TERAPISTA**  
DJ FIRPO, JA VAZQUEZ, DN CHIACCHIARA, S BORELLO, E PESAT, MA ESTRIN, G CARQUEIJEDA-ROMAN
- 0031 PRONÓSTICO EN QUEMADOS. ¿CUANDO SE BIFURCAN LOS CAMINOS?**  
G RAMOS, F ALONSO, G PREZZAVENTO
- 0386 VALIDACIÓN DE ACIDO LÁCTICO CAPILAR EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS**  
LS SEOANE

24/09/2012 - 13:30 a 14:30

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 14****Nutrición y Metabolismo**

PARANÁ DE LAS PALMAS A

- 0162 MEDICIÓN DEL CONSUMO DE OXÍGENO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA EN UN PACIENTE CON AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO Y RESECCIÓN EXTENSA DE INTESTINO**  
F PÁLIZAS, F LIPOVESTKY
- 0245 FÍSTULA INTESTINAL DE ALTO DÉBITO Y REINFUSIÓN DE LÍQUIDO INTESTINAL**  
C CORDOBA CARRIZO, V HERRERA, J SANCHEZ, J RAMACCIOTTI
- 0322 RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD DE ENFERMEDAD Y COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL**  
P GUIMARAENS, M CARIGNANO, D CORBELL, MF GOLDIN, C KECSKES
- 0243 INANICIÓN POSTLESION CEREBRAL AGUDA Y SÍNDROME DE ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR**  
P LAZARTE, R SUELDO, L ARVELOA, J SANCHEZ, J RAMACCIOTTI
- 0221 HIPOTIROIDISMO SEVERO EN TERAPIA INTENSIVA. ANÁLISIS OBSERVACIONAL DEL EMPLEO DE LEVOTIROXINA ENDOVENOSA**  
S MARE, M PANIAGUA, J LOPEZ, P PARDO, ML ROMERO
- 0291 PARALISIS PERIODICA TIROTOXICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
I CHOQUE, W COX, I PRIETO, G CACERES, L SANTORO, C TONELLI, C COZZANI, M TORRES BODEN, G CUETO

25/09/2012 - 13:15 a 14:45

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

PIQUIRÍ

- 0270 PRESENTACION CASO :“ASOCIACIÓN ENTRE ESPONDILODITIS TUBERCULOSA SOBREINFECTADA CON CLOSTRIDIUM PERFRINGENS Y SHOCK SEPTICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA HEPATOCELULAR”**  
L OROPEZA, C PARUSSINI, D VARGAS, L CABANA, L VIDAL, C OVIEDO, G VEGA, M DAUD, C JUAREZ
- 0271 DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR STRONGYLOIDIASIS DISEMINADA**  
M VELASQUEZ, J HERNANDEZ, B LLAPUR, L SILVA, F TROGLIO
- 0274 NEUMORRAQUIS NO TRAUMÁTICO DE CAUSA INFECCIOSA**  
U RIOS PARRAGA, J HERNANDEZ, B LLAPUR, L SILVA, F TROGLIO, M VELASQUEZ
- 0276 INFECCIÓN POR ASPERGILLUS COMO HALLAZGO EN TERAPIA INTENSIVA**  
S ROJAS, A QUINTEROS, A DELARRIVA, E GARCIA, J CELIA, M GARCIA, J FERNANDEZ, M RUIZ, J ORTEGA, N BONETTO, S CARRIZO, S HERRERA, S ORTIZ, M BERNALDO DE QUIROS, N NICKELS, G MAMY, D GOFFREDO
- 0299 ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO DIAGNOSTICO EN UN CASO DE SOSPECHA DE ENCEFALITIS RÁBICA HUMANA EN BUENOS AIRES**  
D PEREYRA, J UGARRIZA, A FRÍAS SALAZAR, F ROTRYNG, S ARCIERI, L VASTA, J MORALES, J FERNANDEZ, C AVILA, F LIPOVESTKY
- 0319 TROMBOSIS SEPTICA DEL SENO CAVERNOSO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE INFECCIÓN GRAVE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD**  
CA DAZA, JT SÁNCHEZ MÍÑOPE, EA RUIZ
- 0324 SÍNDROME INFLAMATORIO DE RECONSTITUCIÓN INMUNE (SIRI). UN CASO CLINICO**  
MV GAZZONI, L BARAC, E ASINARI, M IGLESIAS, CG GALLETTI

- 0341 MUCORMICOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**  
M FERREYRA, SG SILLITANO, SP CHAPELA, ED SOLOAGA, MA BLASCO, FJ CHERTCOFF
- 0360 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON COLISTIN ENDOVENOSO EN UCI**  
F LOIACONO, J MARTINEZ, J CESTARI, L AGUILAR, G ALEMANO, F RIOS

25/09/2012 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 16****Pediatría**

IBICUY

- 0240 VENTILACION PROTECTIVA Y MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN NIÑOS CON SDRA**  
SM MERCADO, AE MENCHACA, C SANTOS
- 0164 COMPARACIÓN DE 2 MÉTODOS DE DESCONEXIÓN DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**  
GL FAGALDE, MV ALBARRACIN, AS REARTE, MS OLIVIERI, PD JUAREZ, FM JEREZ, GE CORREA, LS MARCOS
- 0168 REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICA**  
H TELECHEA, N SPERANZA, L NANNI, G GIACHETTO, A MENCHACA
- 0391 INCIDENCIA DE SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA**  
MC CHAVEZ, L RAMASCO, P BOTTA, MS OLIVIERI, GE CORREA, PD JUAREZ, SF ABALOS, MF JEREZ, PF GALLARDO, M D'URSO, L MARCOS
- 0227 DIAGNÓSTICO PRECOZ DE UNA ENFERMEDAD POTENCIALMENTE LETAL Y PREVENIBLE: SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS**  
F CALDERÓN, A BORDOGNA, ME GUTIÉRREZ MEYER, L MORENO, MF PODESTÁ, ME RATTO, O RECUPERO, A SILVESTRE
- 0203 EXPERIENCIA CON HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN POSTPRA-CARDIACO PEDIÁTRICO**  
C DAVILA, M VELAZQUEZ, M CASSINA
- 0135 REDUCCIÓN DE LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS**  
FA JORRO BARÓN, C BOLASELL, VA ROMBOLÁ, CN MEREGALLI, V APREA, P TAFFAREL, GE DEBAISI
- 0251 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS SEVERA Y SHOCK SEPTICO (PARTE 1)**  
JS ECHAVE, SI BAÑOS, L BUSSO, K CINQUEGRANI, KP FIQUEPRON, GE MACARRON, DI OTERO, M RZEPESKI, AG WALSER
- 0117 BOTULISMO NEONATAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
G PUJALES, A FLORES

25/09/2012 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 17****Misceláneas II**

PAVÓN

- 0384 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ANTES Y DESPUÉS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA**  
AC LOPEZ, M ACQUAFREDDA, FJ SIERRA, AM QUISPE LAIME, G DAMIANI, A MENDIBURU, C TORRI, N DI SANZO, P MIRANDA, A AMOYAO, L PICHINAO, N MARTELLI
- 0090 EVENTO ISQUÉMICO ASOCIADO A CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS**  
E VAZQUEZ, C HERRERA, A DIAZ, F POCHETTINO, S NIEVA
- 0228 LATRODICTISMO: LA SOSPECHA HACE LA DIFERENCIA.**  
M GUERRERO, M NIEVA, J GUYON, E PEREZ, L VARGAS, F MUÑOZ, C AGÜERO, L CANOVAS

**0347 COMPLICACIONES DE ACCESOS VASCULARES REALIZADOS POR PUNCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN**

R KARATANASOPOULOS, M PAIZ, L GOSSEN, G LEVY, A LOJO, N BARRETO, M BALEIRON

**0078 BOTULISMO**

D BOLZICCO, E VERA, L VICENTE, U MONTERSERIN, A BECKER, R GARCIA TURIELLA

**0397 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL REQUERIMIENTO DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES ADICTOS Y NO ADICTOS SOMETIDOS A ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE**

M ESTRIN, G CARQUEJEDA, R BOLAÑOS, G ROJAS, D CHIACHIARA, R ARIENTI, D FIRPO, V HAYETIAN, J VAZQUEZ, E PESAT, E CASALDERREY

**0417 ERGOTISMO AGUDO EN UN PACIENTE HIV POSITIVO**

F PIGLIACAMPO, L MARTIN, R LARGHI, S PULCINELLI, C RONDINA

**0122 TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CAVO BILIACO FEMORAL CON TROMBOLÍTICOS LOCALES**

G WERBER, G BADARIOTTI, JP SUAREZ, G EISELE, A FERNANDEZ PAZOS, G POMBO, B DE DIEGO

**0315 EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS**

A VICCICONTTE, G FERNANDEZ, D ROSSI, G MARINO, L PIPOLO, F OSACAR, L GIMENEZ, A APREA RUDELLA

25/09/2012 - 13:15 a 14:45

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 18****Neurointensivismo III**

BUSINESS CENTER

**0338 STATUS MIOCLÓNICO ASOCIADO A ENCEFALOMIELITIS PROGRESIVA CON RIGIDEZ Y MIOCLONÍAS (PERM)**

M FERREYRA, SG SILLITANO, E DEAN, FM LASCAR, ED SOLOAGA, MA BLASCO

**0345 ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR**

J MONTERO-TINNIRELLO, A RAMOS, N LAURENTI, L LOVESIO, C LOVESIO

**0367 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN HSA ESPONTÁNEA**

JE BARTOLOME, M ABUTTI, E AGÜERO, J ARTURI, R GONZÁLES, M MESSAD TARCHINI, J NEME, D PAVON, A SUASNABAR, S VELEZ

**0369 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL E HIPERTENSION ENDOCRANEANA**

AC AGUILERA, GC GROER, QM QUINTEROS, PI PREVIOLIANO, CD CERASO

**0374 PRONOSTICO DE LOS STROKE ISQUEMICO EN TERAPIA INTENSIVA**

RI, SANCHEZ, D VARELA, ME ARISTA, LN GRIECO, MF DIAZ, A HLAVNICKA, N WAINSZTIEN

**0379 REPORTE INSTITUCIONAL DEL HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO ESPONTÁNEO**

F RODRÍGUEZ LUCCI, V PUJOL LEREIS, MF DIAZ, G POVEDANO, A HLAVNICKA, N WAINSZTEIN, SF AMERISO

**0393 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA E HIPOTERMIA EN ADULTO CON ENCEFALITIS HEPÁTICA E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEA REFRACTARIA**

P SZEKELY, CA NOSTI, M GIMÉNEZ, F MARTÍNEZ, MJ LARREA, A HLAVNICKA, R ERUSALIMSKY

**0412 EL SÍNDROME DE LANCE-ADAMS O DE MIOCLONÍAS DE INTENCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO, REVISIÓN DE LA LITERATURA**

A FERRANTE, G SUTTON, I PREVIOLIANO, M QUINTEROS, J POLISZUK, ME FERNANDEZ

**0423 HIPOTERMIA INDUCIDA Y NORMOTERMIA: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS**

JE SANTILLAN, PA GASTALDI, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN

25/09/2012 - 13:30 a 14:30

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 19****Neumonología Crítica II**

GRAN PARANÁ 2

**0343 CAUSAS DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR**

E REQUESENS, EJ DESCOTTE, FM LASCAR, D MOLINA, M BOSSIO, FJ CHERTCOFF

**0346 UTILIZACIÓN DE LA POLIGRAFÍA EN TERAPIA INTENSIVA**

F GRASSI, E BORSINI, JA MASTRACCHIO, ME PIÑERO, JL SOTO, FJ CHERTCOFF

**0389 ONCE AÑOS DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (2001-2012)**

CG GRIEVE, DU BLANZACO, AM BEJARANO, H JIMENEZ, L ALMIRON, M MASIANO, L KECHER, L GUTIERREZ, M MARTINEZ, N DUARTE, F GUTIERREZ, R CARLINI, M ARIGOS

**0408 EVOLUCIÓN DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS Y NO NEUROCRÍTICOS TRAQUEOSTOMIZADOS**

N POZO, L CRISTALDO, C PEREYRA, L BENITO MORI, P SCHOON

**0410 CARACTERÍSTICAS GENERALES Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA**

R QUINTANA, C OTTONE, D BAGILET, C SETTECASE, M QUAGLINO

**0424 SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN EN UTI, DE INFRECUENTE ETIOLOGÍA POR POLIANGIITIS MICROSCÓPICA, CON EVOLUCIÓN FULMINANTE ASOCIADO A HEMORRAGIA ALVEOLAR MASIVA**

C CARRICONDO, F FERNANDEZ, J ARROYO

25/09/2012 - 13:30 a 14:30

**DISCUSIÓN DE PÓSTERES ELECTRÓNICOS 20****Trauma y Emergencias II**

PARANÁ DE LAS PALMAS B-C

**0230 EVOLUCIÓN DEL TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES - ARGENTINA**

J HADDAD, G BASCOLO VIVIANI, P ZANARDI, F SALA, L ZACARIAS, J TEVES, M CHOY, M CORNELIO, N SANCHEZ, N RISSO, R MARTINEZ, E GIMENEZ

**0263 VENTANA TERAPEUTICA Y PRONOSTICO DE LA ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA EN EL PARTIDO DE MALVINAS ARGENTINAS**

N CRUZ, B SIRI, A MONZON MOLINAS

**0160 EMBOLISMO GRASO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS CON FRACTURA DE HUESOS LARGOS. SERIE DE CASOS**

SL KLINZUK, AM QUISPE LAIME, LR MARTINEZ, AC LOPEZ, CG CAMPAGNE, VE ROLFO, ME FUHR STADLER, L MELATINI

**0218 TRAUMA ENCÉFALO CRANEANO GRAVE CON CONTUSIÓN HEMORRÁGICA Y DISECCIÓN CAROTÍDEA BILATERAL CON TROMBOSIS DERECHA. ¿QUE TRATAMOS?**

JM VARGAS, VH BORRAJO, S SVAMPA, M ALONSO, ALN MARTINUZZI, L OBREGON, C PEREZ VALDEZ, M SEPULVEDA, M HERRERA, R RIOSECO

**0069 TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE POR APLASTAMIENTO POR TELEVISOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

ME PENAZZI, S ARENALES, L SÁNCHEZ OTAOLA, E MARI, P PACHECO

**0175 TRAUMA CARDIACO PENETRANTE**

M WILLIG, M FLORES MONTES, Y SALOMON, A TORRES, C PEIN, G IZZO, M ANCHORENA

Los siguientes pósteres electrónicos fueron presentados y aceptados pero, por cuestiones de espacio y dada la cantidad de trabajos recibidos, no pudieron ser incluidos en sesiones de discusión.

### Enfermería

- 0015 CALIDAD DE VIDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**  
ENDE BEAUJON BONILLA
- 0235 IMPORTANCIA DE BRINDAR CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TERAPIA INTENSIVA, CON PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA**  
MF QUINTEROS,, GA TORANZO,, AG DÍAZ,
- 0255 ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA RELACIONADA A LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO**  
MB ROMERO
- 0349 CALIDAD TOTAL CON ENFOQUE DE RIESGO, APLICADA A LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO**  
M ALAMILLA, P ORREGO
- 0375 RELEVAMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA EN EL PERÍODO ENERO 2011 – MAYO 2012 DE LA PROVINCIA DE JUJUY**  
RE CASTELLANO
- 0138 ABSCESO EPIDURAL DEBIDO A STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE**  
Y ADALA, P LUFIEGO, G HUERTA, P DEBASTIANI, C ORELLANO, S TURANO, A MANTI, M RODRIGUEZ, C ARNAUDIN, C ROTH, L CORSIGLIA
- 0143 SAMR DE LA COMUNIDAD: REVISIÓN DE 3 CASOS EN LA UTI DE UN SANATORIO DE CABA**  
GA TAUILL, C BARRIOS, D LERMAN, A MARANZANA, D PINA
- 0169 TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR CON POSTERIOR DISEMINACIÓN MILIAR**  
A FELDMAN, B SAVASTANO, S GONZÁLEZ, C BALASINI, G VALIDO, H CESARIO, A PLITT, M TURINA, M ROLANDO
- 0201 ENDOCARDITIS + ANEURISMA MICOTICO POR ROTHIA DENTOCARIOSA. REPORTE DE UN CASO CLINICO**  
CJ QUINTERO HOYOS, C FREIBERGER, L STEFANINI, F GOLDENBERG, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN
- 0213 MEDIASTINITIS AGUDA SECUNDARIA A FARINGOAMIGDALITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD**  
E PORJOLOVSKY, J ALBARRACIN, R BASSO, O DALQUIÉ, M ECHAVARRÍA, D GOLDSTEIN, G RAMOS, H RIZZI, S ROMERO, E TAGLIAFERRO, J VILLARROEL, D FERNANDEZ

### Gestión y Costos

- 0339 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INDICADORES DE CALIDAD - COMPARACIÓN DE DOS PERÍODOS DE SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS -HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE"**  
JN CHAPARRO FRESCO, S LAGE, S TROZZI, E AVALOS, C GONA, E CORREGER, D SOTELO, A BARRABINO, L KRIZISNIK, K TENASCZUK, M BERNARDINI, C AMARILLA, P D'ANDREA, C GOSIS, M ROSA, O FARIÑA
- 0361 REPORTE PRELIMINAR: SEDOANALGESIA EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, AÑO 2010**  
A DIDIER, M DEHEZA, V NUNES VELLOSO, E CANEDO, L CALEJMAN, C VELLUSO
- 0224 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA**  
OR GALLINI, MC DE RUEDA, C CARVALHO, C RUANO, M GRAZIANI, C COLOMBO
- 0244 BOTULISMO ALIMENTARIO AGUDO**  
N GONZA, L LEGUIZAMON, R SUELDO, M LUIS, J SNACHEZ, J RAMACCIOTTI
- 0340 ACTINOMICOSIS TORACICA: ¿UNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA?**  
V CIRES, D BRANDOLI, C PINCHEIRA, A NISNIK, N SPITALE, M MONTAMAT, G BERNARDI, S NIEVA, A MINGUEZ
- 0354 NEUMONÍA NECROTIZANTE Y EMPIEMA PLEUROPERICÁRDICO POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE SEROTIPO 1**  
V TADEO GARISTO, J RODRIGUEZ RATTARO, G SILBERZSAC, J SARGARDÍA

### Infecciones en UTI

- 0004 FASCITIS NECROTIZANTE EN INMUNOCOMPETENTE**  
H RIZZI, G RAMOS, E CARTELLI, L CAMPUTARO
- 0021 SUPERINFECCIÓN ASOCIADA A STRONGUILOIDES STERCORARIS**  
N ESPINOZA, R SENESTRARI, B ZAMUDIO, V CARIMAN, E PORJOLOVSKY, C GARAYALDE, G FERNANDEZ CID
- 0027 NEUMONÍA BILATERAL POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTE VIH NEGATIVO**  
SB SOLI, VS CLAIRON, DA ROVIRA
- 0029 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS MAYORES: ¿CUÁL ES EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES COLONIZADOS E INFECTADOS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS? ¿ES UN PREDICTOR DE MALA EVOLUCIÓN?**  
A VALDIVIA DAHL, L CUSMANO, A CHIRICO, MC EZCURRA, J HERRERA, MG BADINO VARELA, B VARELA, P REYES, D MAESTRE TORRES, C CANESSA, LV MATTIELLO SACCHI, A VITERI, A TERUSI
- 0044 MENINGITIS TUBERCULOSA: UNA ALTERNATIVA DIAGNOSTICA**  
JS PIETROBÓN, JA CACCIAGUERRA GÓMEZ, AF MUSCARELLO, FJ FERREIRO BERTA, EP GUZMÁN HUME, R LAMBERGHINI, MA PRETEL
- 0246 NEUMONITIS QUÍMICA DEBIDO A INHALACION DE AMONIACO**  
G HUERTA LORENZETTI, Y ADALA, P LUFIEGO, M DORREGARAY, C ORELLANO, P DEBASTIANI, C ARNAUDIN, S TURANO, A SANCHEZ, K GARCÍA MEZA, L CORSIGLIA, C ROTH

### Kinesiología

- 0253 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS**  
MI FERRERO, L AREAS, G BATAGLIA, R CASTRO, A CURA, LJ FINN, LI GAREGNANI, C GROSSI, GJ MUHAFARA, MN NOVO, G PAZ, P PROS, M RICCIARDELLI, A TASSARA, WA TOZZI, L TUYA, G VERDE, M VILLARRUEL, SA VIRGILIO
- 0321 CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS**  
MM DUCREY, P EZCURRA, E GOGNIAT, N ROUX, S GIANNASI, AD MIDLEY

## Nefrología Crítica

- 0237 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS POR ESFUERZO FISICO**  
J ORQUERA, A CABRERA, C TOLOSA, D GODOY

## Neumonología Crítica

- 0042 NEUMONIA EOSINOFILICA: REPORTE DE UN CASO**  
GN DE MARCHI, SE NOYA, S MARKIEVICH, M LEGUIZA, S MARE, ML ROMERO
- 0062 EDEMA AGUDO DE PULMÓN A PRESIÓN NEGATIVA. REPORTE DE 2 CASOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA**  
A DÍAZ, A NISNIK, M HEREDIA, J BARTOLI
- 0109 INTOXICACION GRAVE POR ISONIAZIDA**  
AE BORDÓN, JT SÁNCHEZ-MÍÑOPE, EA RUIZ, CV IGLESIAS
- 0192 VENTILACION NO INVASIVA (VNI) EN EL OBESO**  
JP SANCHEZ, JL MARENGO, M MARENGO, J CENTORBI, C PELLEGRINI, D RAGIO, JM PINA, A CHENA
- 0328 NEUMOTÓRAX A REPETICIÓN: LINGANGIOLEIOMIOMATOSIS**  
E MINOLDO, R VANDERSANDE, JP CASAS, R NAVARRO, J FLORES
- 0329 CAPACIDAD INSPIRATORIA DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: RELACIÓN CON VOLUMEN CORRIENTE, PEEP Y PRESIÓN PLATEAU**  
S FREDES, M BOSSO, M OJEDA, G AVACA, A GOLDBERG, A QUIJANO, G NAHMÍAS, P GIMÉNEZ, S TORRES, S CAMERLINGO, D NOVAL, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, A PALAZZO, G CONVERSO, A MARINO, S ILUTOVICH, N TIRIBELLI
- 0334 FRACASO EN LA EXTUBACIÓN; COMPARACIÓN DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS VS MÉDICO-QUIRÚRGICOS (ESTUDIO PROSPECTIVO)**  
M LUGARO, C PEREYRA, L BENITO MORI, P SCHOON, J STRATI, M PRIETO, L CRISTALDO, R SALAS, C ROMANO, D VIOLI
- 0371 TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA EN PACIENTES CON SDRA: EXPERIENCIA SANATORIO ANCHORENA**  
F MOS, G PLOTNIKOW, A LEOZ, N IRASTORZA, P D'ANNUNZIO, C QUIROGA, V LEIVA, V RIENZI, M HEIDENREICH, DN VAZQUEZ, D AGAZZI, V APHALO, C SANCHEZ, V CÁRDENAS, JL SCAPELLATO, D INTILE, P DESMERY
- 0387 VENTILACIÓN PULMONAR INDEPENDIENTE EN ENFERMEDAD PULMONAR BILATERAL DE DIFÍCIL MANEJO**  
G PLOTNIKOW, A LEOZ, MN IRASTORZA, P D'ANNUNZIO, C QUIROGA, V LEIVA, V RIENZI, M HEIDENREICH, L BARCENA, DN VAZQUEZ, D AGAZZI, V APHALO, C SANCHEZ, F MOS, V CÁRDENAS, JL SCAPELLATO, D INTILE, P DESMERY
- 0416 HERNIA CARDIACA EN POST OPERATORIO**  
N ECHEVERRÍA, R BARRIENTOS, L ESPINOSA, R VACA NARVAJA, R PETRICIO, C PLÖGER

## Neurointensivismo

- 0049 HIPERTENSION ENDOCRANEANA E HIDROCEFALIA AGUDA SECUNDARIA A NEUROCISTICERCOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO**  
F CARLUCCI, J GARCIA, L BALLESTRACCI, M JERMAN, ML PEREYRA, S COSENZA
- 0136 ¿ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL POSTOPERATORIO DE TUMORES CEREBRALES UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO?**  
D VARELA, R SANCHEZ, ME ARISTA, L GRIECO, MF DIAZ, A HLA-VNICKA, N WAINSTEIN
- 0209 PREDICTORES DE MORTALIDAD DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**  
P SANCHEZ, C LOVESIO, L LOVESIO, M CAVAGNARI, C LONGHI ROSSI, A RAMOS, S SESELOVSKY

- 0217 MIELITIS TRANSVERSA Y LES. REPORTE DE UN CASO**  
MARC FLORES M, MC PEIN, L DEL RIO, ALBE TORRES, G IZZO, P CENTENO, M ANCHORENA
- 0398 PRESENTACIÓN DE UN CASO: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR GRAVE Y CRANECTOMIA DESCOMPRESIVA**  
E SIMES, S MERCADO, G MONGUES, E NUÑEZ, J MOLGARA, M CARRIZO
- 0399 ACV ISQUÉMICO CON FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ANEURISMA DEL SEPTUM INTERAURICULAR. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**  
Y MANCHO, J ARROYO, V CAGLIERI, J MARTÍN, C GALLETTI

## Nutrición y Metabolismo

- 0052 CALIDAD DE VIDA EN LA TERAPIA INTENSIVA**  
GA SIBILA, M GUAYMAS, A MARINO
- 0273 PRESENTACION DE UN CASO :UNA CAUSA INFRECUENTE DE INGRESO A UTI: LEIOMIOMA UTERINO GIGANTE CON COMPROMISO LOCAL EXTENSO Y NECESIDAD DE NEFRECTOMIA EN MUJER CON OBESIDAD MORBIDA**  
F FARFAN, L CABANA, L VIDAL, D VARGAS, C DIAZ, L LUNA, F QUISPE, E BERNAL, J MERCADO, S DIAZ
- 0357 PANCREATITIS AGUDA GRAVE POR HIPERTRIGLICERIDEMIA**  
V TADEO GARISTO, G SILBERZSAC, R CASTRO, J SAGARDÍA
- 0362 MIOCARDIOTOMIA DE HELLER PARA TRATAMIENTO DE LA ACALASIA**  
M VILLALOBOS, K ELLEFSEN, F PLATA, R MALDONADO, O GRAGEDA, C ZABALA

## Pediatría

- 0039 NEUMOPERITONEO ASOCIADO A VENTILACIÓN MECÁNICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO**  
RJ PONCE, M GODOY
- 0063 APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA RETIRADA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA**  
SM MERCADO, AE MENCHACA, N MONTEVERDE, C OLAGUE
- 0065 SHOCK SÉPTICO Y ECTIMA GANGRENOSO A PSEUDOMONAS AERUGINOSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN UN LACTANTE**  
AM VÉLEZ, JM MENZELLA, V BELLI, E DIGIUNE, CF DE CARLI, DE ALLENDE
- 0068 TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR EN PEDIATRIA**  
S RIVEROS, I MARINELLI TRILER, S GUERRERO, M MOSCIARO, E VANELLA, B PEREYRA, M SANCHEZ PERI
- 0256 TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS SEDIMENTADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA**  
M RZEPESKI, L BUSO, P CASTELLANI, JS ECHAVE, GE MACARRON, LL MORENO, DI OTERO, AE PICCIRILLI, M RABINO, S SUAREZ
- 0330 POLITRAUMATISMOS POR CAÍDA DE ALTURA QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN SOBRE 36 CASOS**  
ME PENAZZI, EA MARI, PN PACHECO
- 0332 INFECCIÓN POR BORDETELLA PERTUSSIS EN UN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: UNA ENFERMEDAD MEJOR CONOCIDA PERO QUE CONTINUA TENIENDO ALTA MORTALIDAD**  
ME GUTIÉRREZ MEYER, A BORDOGNA, F CALDERÓN, MF PODESTÁ, M RABINO, ME RATTÓ
- 0355 HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA POR ESCORPIONISMO: REPORTE DE UN CASO**  
L RAMASCO, PF GALLARDO, MC CHAVEZ, P BOTTA, SF ABALOS, FM CASTRO, LS MARCOS
- 0364 APNEA OBSTRUCTIVA POR HIPOCALCEMIA**  
MA MAYANS, RA FRAIRE, MF SANCHEZ, PE PETRACCA

- 0376 ECMO RESPIRATORIO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO, DESCRIPCIÓN DE LOS PRIMEROS TRES CASOS**  
RA FRAIRE, MF SANCHEZ, R KELLER, C ASTOUL BONORINO, SF TORRES
- 0381 SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO LIGADO AL X EN PACIENTES CON ACTIVACIÓN MACROFÁGICA**  
M MARCO DEL PONT, RA FRAIRE, MF SANCHEZ
- 0388 DEPURACIÓN PLASMÁTICA DE LACTATO COMO MARCADOR PRONÓSTICO EVOLUTIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SHOCK SÉPTICO**  
P BOTTA, FM JEREZ, SL MARCOS, L RAMASCO, MC CHAVEZ, MS OLIVIERI, GL FAGALDE, M D'URSO, PD JUAREZ, VR RUIZ, FC CASTRO

### Sepsis - Transporte de Oxígeno - Shock - FOM

- 0024 A PROPOSITO DE UN CASO: FISTULA AORTOENTERICA**  
MA FOSSATI, L OBREGON, G BERRO, ALN MARTINUZZI, M SEPULVEDA, M ALONSO, C PEREZ VALDEZ, VH BORRAJO, R URIBE
- 0061 SHOCK HIPOVOLEMICO GRAVE SECUNDARIO A CRISIS HEMOLITICA AUTOINMUNE: UNA CAUSA INFRECUENTE DE INGRESO AL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA**  
MC ADDUCCI, RE GOMEZ PAZ, JA VAZQUEZ, C CORONEL, JE MENDEZ
- 0093 SIRIS CON EDEMA PULMONAR NO CARDIOGÉNICO POST EJERCICIO EXTENUANTE.**  
J NUÑEZ, P KABLAN, I CONRADO, M OSMAN, P TARRUELA, D MOCHI, J DANCHEZ, JP BERTOSI, C SERUR, M CARBONI BISSO
- 0151 DEFICIT ADQUIRIDO DE FACTOR VIII**  
AS ALCALA, LC GERVASONI, FH KUBARYK, JF PLA CÁRDENAS, GS MARTINEZ, EA MARULLO, NS FERNÁNDEZ, J PACHADO, S SAAVEDRA, MR PALLERO, JJ SARASKETA, DO REMY
- 0350 DELIRIO Y FALLO MULTIORGANICO EN UN DIA DE VERANO EN EL DESIERTO PATAGONICO**  
JL MENDEZ, MC ORLANDI, RV HERNANDEZ, P VOGL, JC VIVERO, PR VILLEGAS

### Trasplantes

- 0014 EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRASPLANTE RENAL**  
ENDE BEAUJON BONILLA

### Trauma y Emergencias

- 0005 FRACTURA TRAUMÁTICA DE CARTÍLAGO TIROIDES**  
V CARIMAN, E PORJOLOVSKY, L CAMPUTARO, A CARTELLI
- 0030 REPORTE DE UNA CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN AGUDA DE AORTA ABDOMINAL**  
AJ CARUSO, EA ADAMOLI, J RAMOS OLIVER, D TEDESCO, U ALEGRE ESCOBAR, S RUBACHIN, C SALVADO
- 0182 LESION POR ENCLAVAMIENTO: REPORTE DE UN CASO**  
W COX, I CHOQUE, I PRIETO, N VILLAVICENCIO, J MORENO, R TORREZ, M VILLA, V AMAYA, M TORRES BODEN, G CUETO
- 0194 PERFORACIÓN GÁSTRICA POSTERIOR A MANIOBRA DE HEIMLICH Y RCP**  
S BELTRAMINO, G BADARIOTI, JP SUAREZ, J GOMEZ, G KIRSZNER, S LAMOT, B DE DIEGO
- 0242 MECANISMOS DE LESIONES ENVÍCTIMAS DE EXPLOSIÓN**  
P CELARIO, R SUELDO, J RAMACCIOTTI
- 0260 HEMATOMA LINGUAL - CASO CLINICO**  
A MONZON MOLINAS, M CHALLAPA, D ROMAO, N DE LA CRUZ

- 0262 PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA INSTAURADO POR EL SERVICIO DE EMERGENTOLOGIA**  
G THOFERN, A MONSON, D ROMAO, M CHALLAPA, B TORREZ
- 0314 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN EL PACIENTE TRAUMATIZADO**  
LG SCALISE, C AGUILERA, C GROER, J ANGAROLA, DH CERASO
- 0333 INSUFICIENCIA HEPATICA AGUDA PRESENTACION DE CASO CLINICO**  
B SIRI, M TORO
- 0382 PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO: ROL Y FUNCIONES DE TERAPIA PEDIATRICA EN INCIDENTES MEDICOS MAYORES POR TRAUMA**  
R GÓMEZ TRAVERSO, H VACCARO, G DEBAISI
- 0383 UTILIDAD DEL BALON DE SENGSTAKEN BLAKEMORE EN PACIENTES CON SANGRADO POR VARICES ESÓFAGICAS GRADO III CON SANGRADO INCOERCIBLE**  
M VILLALOBOS, K ELLEFSEN, F PLATA, R MALDONADO, C ZABALA, J KOLLER, V LOZADA
- 0427 REVISIÓN DE CASOS DE TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN EL PERIODO DE UN AÑO EN HOSPITAL MISERICORDIA NUEVO SIGLO**  
L LEONAR, J CALVIMONTES, P HUPPI, F POCHETTINO, A DÍAZ, V ODDO, G OLMEDO, S NIEVA

### Unidad Coronaria

- 0144 SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UTI POLIVALENTE**  
A QUINTEROS, S ROJAS, A DELARRIVA, E GARCIA, J CELIA, S HERRERA, M GARCIA, J FERNANDEZ, J ORTEGA, M RUIZ, A CARRIZO, N BONETTO
- 0184 DOLOR PRECORDIAL Y ELEVACION DE TROPONINA I EN EL CONTEXTO DE ISQUEMIA MEDULAR AGUDA (IMA). ¿PRECORDIALGIA DE ORIGEN NO CORONARIO?**  
A PIRIZ, L SCALISE, F PAGANI, H PALADINI, E DURONTO, F KLEIN
- 0284 SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON HIV, REVISIÓN DE CASO CLINICO**  
M TORO, N CRUZ, D ROMAO, A MONZON, B SIRI
- 0320 EFECTO DE LA ELEVACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES SOBRE LA VARIABILIDAD RESPIRATORIA DE LA VENA CAVA INFERIOR**  
J GORRASI, R TACCINI, A BIELSTRO, M CANCELA

### Misceláneas

- 0053 MENINGITIS ASEPTICA Y TOXICODERMIA ASOCIADA A LAMOTRIGINA. REPORTE CASO CLINICO**  
AC RODRIGUEZ, PM MORALES, JF SINNER, PA GASTALDI, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN
- 0070 METASTASIS NO HABITUAL DE UN LEIOMIOSARCOMA DE CORDÓN ESPERMÁTICO**  
C BARRIOS, GA TAUILL, D LERMAN, A DEVES, D PINA
- 0119 INFECCIÓN GRAVE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. REPORTE DE CUATRO CASOS**  
V CHEDIACK, E CUNTO, C NOGUERAS, C DOMINGUEZ, O VILLAR, P SAÚL, J SAN JUAN
- 0155 PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN TERAPIA INTENSIVA REALIZADOS POR MEDICOS ROTANTES EN LA ÚLTIMA DECADA ANTES DEL 2012**  
LR MARTINEZ, AM QUISPE LAIME, SL KLINSUK, AC LOPEZ, CG CAMPAGNE, VE ROLFO, JD BRACCO, AM STOCKI, VI TORRES
- 0156 DRENAJE ENDOSCOPICO TRANSGASTRICO DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO: UNA APROXIMACION MINIMAMENTE INVASIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA NECRO-HEMORRAGICA**  
SN ARCIERI, JA VAZQUEZ, S DESSY, MS GILLI, JC SANCHEZ DE LORIA, ES VEDOVATO, M KALOUSECK, DN CHIACCHIARA, G CARQUEIJEDA-ROMAN

- 0157 ERGOTISMO POR ASOCIACIÓN DE ERGOTAMINA E INHIBIDORES DE LA PROTEASA**  
P URBINATI, M ROTONDO,, V CLAIRON, M ALMADA, D ROVIRA
- 0193 ISQUEMIA MESENTÉRICA NO OCLUSIVA SECUNDARIA AL ABUSO DE COCAÍNA EN EL ADULTO JOVEN**  
MM PANIAGUA, ML ROMERO, S MARE, PE PARDO, G TACHDJIAN, SE NOYA
- 0232 TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA**  
GR HÖRMANSTORFER, HM GORINO, E BORNACIN, K BUSTAMANTE GALARZA, A MARTI, A DE BONIS, MA GARCÍA, O FARIÑA
- 0261 MALARIA CAUSADA POR PLASMODIUM FALCIPARUM, FIEBRE TERCIANA MALIGNA. REPORTE DE UN CASO**  
S MADUSSI, C MONTOYA, R SOLANO, C TORREGROSA, M SACCA, G MESSINA, J GARZON, P GALLO
- 0289 ANGIOEDEMA HEREDITARIO (AEH) Y OPCIONES TERAPÉUTICAS**  
MR ESPÓSITO, G CUELI, Z ROSSETTI, F MOLINA, B GABIRONDO, C RODRIGUEZ
- 0303 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA**  
J GUILLÉN, L DIETZ, S CAMERLINGO, A PALAZZO, M SANTAGIULIANA, S ILUTOVICH
- 0304 TROMBOSIS VENOSA PORTAL (TVP). PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON EL MISMO ESCENARIO CLÍNICO PERO CON IMPLICANCIAS PRONOSTICAS DIFERENTES**  
S PAVON, V CAGLIERI, J ARROYO, I LEDESMA, MP BIRRI, H CARBALLO, Y MANCHO, C GALLETTI
- 0406 INTOXICACION CON FOSFURO DE ALUMINIO**  
D BOLZICCO, E VERA, L VICENTE, U MONTESERIN, A BECKER, R GARCIA TURIELLA, G ARANA
- 0413 INCIDENCIA Y EVALUACIÓN DE DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA**  
LF LLANOS, D POLO, K MENOSCAL, P VELASQUEZ, A SCHMIDT, M DEHEZA

#### 0004 FASCITIS NECROTIZANTE EN INMUNOCOMPETENTE

H RIZZI<sup>1</sup>, G RAMOS<sup>2</sup>, E CARTELLI<sup>3</sup>, L COMPUTARO<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Hospital Juan C. Sanguinetti, Argentina. <sup>2</sup> Clínica Adventista de Belgrano, Argentina. <sup>3</sup> Clínica Delta de Campana, Argentina. <sup>4</sup> Corporación Médica de San Martín, 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, mármorea y edema a tensión. Lab: Bcs 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 cristaloideos, 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).

#### 0005 FRACTURA TRAUMÁTICA DE CARTÍLAGO TIROIDES

V CARIMAN<sup>1</sup>, E PORJOLOVSKY<sup>1</sup>, L COMPUTARO<sup>2</sup>, A CARTELLI<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Dr E. Tornu, Argentina. <sup>2</sup> Corporación Médica General San Martín, Argentina. <sup>3</sup> Clínica Delta de Campana, 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 desgarramiento 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 habiéndose 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.

#### 0006 RACIONALIZACIÓN DEL USO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS

L COMPUTARO, C DE TOMMASO, M THERIANO

Corporación Médica General San Martín, Argentina.

**Introducción:** El control del dolor en Emergencias es una prioridad por los trastornos y disconfort que ocasiona. Para lograrlo se debe evaluar tipo de dolor y las características de cada paciente que determinara el umbral de tolerancia. El Medico tratante puede tomar una decisión del fármaco a utilizar según su propia concepción del tratamiento del dolor. Este aspecto puede determinar que en determinadas ocasiones la elección del fármaco no sea el adecuado.

**Objetivo:** Observar si el cambio en la gestión logra racionalizar la utilización de fármacos analgésicos en el Servicio de Emergencias

**Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Población: Paciente adultos tratados en el Servicio de Emergencias. Periodo: Octubre, Noviembre y Diciembre 2011

Desde el mes de Septiembre 2011 se instrumento un nueva forma de racionalizar el tratamiento del dolor, favoreciendo la utilización de AINES endovenosos. El número de consultas en el periodo estudiado se obtuvo a través de la Base de Datos de consulta de pacientes del Departamento de Enfermería. El consumo discriminado de los fármacos utilizados para analgesia se obtuvo a través de la base de datos de solicitudes del Servicio de Farmacia.

Se calcularon las tasas de consumo discriminado por fármacos analgésicos, se utilizó un programa Excel 6.0.

**Resultados:** Durante el periodo en estudio se atendieron 8.071 pacientes en el mes de Octubre, 7.728 pacientes en Noviembre y 7.120 pacientes en Diciembre.

Los fármacos utilizados fueron: Octubre 32 amp Dextropropoxifeno + Dipirona y 64 amp Dextropropoxifeno + ibuprofeno; Noviembre 15 amp Dextropropoxifeno + Dipirona y 19 amp Dextropropoxifeno + ibuprofeno; Diciembre 15 amp Dextropropoxifeno + Dipirona y 25 amp Dextropropoxifeno + ibuprofeno.

Esto determino que la tasa de utilización de analgésicos opioides combinados sea de 0,012 (1.2%) en Octubre; 0,004 (0.4%) en Noviembre y 0,005 (0.5%) en Diciembre.

Mes	Proporción	Tasa de Utilización	Porcentaje
Octubre	96/8071	0.012	1.2
Noviembre	34/7728	0.04	0.4
Diciembre	40/7120	0.05	0.5

**Conclusiones y Discusión:** El consumo de fármacos analgésicos opioides combinados descendió en un 50%, favoreciéndose el uso de AINES endovenosos. Esta nueva tendencia que impresiona mantenerse en el tiempo está basada en una nueva concepción del tratamiento del dolor que se basa en escalones de tratamiento. El uso racional de analgésicos, genero una disminución en el uso de analgésicos opioides, en particular en el Dextropropoxifeno, impactando favorablemente en el Servicio de Farmacia. Los analgésicos opioides, en el Servicio de Farmacia, cumplen con la Ley de Estupefacientes, generando esto, circuitos especiales para su dispensación, y una ardua tarea administrativo para su control. Al disminuir su consumo, se reduce sustancialmente la carga administrativa.

### 0007 ENSEÑANZA BASADA EN COMPETENCIAS. ENCUESTA DE EXPLORACIÓN

L CAMPUTARO, G RAMOS, G ALTAMIRANO, F ABDALA  
Clínica Adventista de Belgrano, Argentina.

**Introducción:** El aprendizaje basado en competencias es un desafío en la formación de profesionales capacitados a desempeñarse en la práctica diaria. Contar con Docentes entrenados en esta estrategia es un punto clave. Para ello se requiere de aceptación de las falencias y la dedicación en tiempo para entrenarse en esta nueva estrategia de enseñanza

**Objetivo:** 1.- Explorar El conocimiento de esta estrategia de enseñanza por parte de Profesionales de nuestra Institución, 2.- Identificar grupos etáreos eventualmente mas interesado-necesitados de entrenamiento 3.- Realizar un relevamiento del interés-disposición a recibir este entrenamiento. Estos resultados serán utilizados por el Comité de Docencia e Investigación para entrenar nuevos Docentes

**Material y Métodos:** Se confeccionó una encuesta que consta de 8 ítems. Cinco correspondieron al dominio epidemiológico y tres al dominio de exploración propiamente dicha. La misma se administró en forma anónima a los Profesionales de la Institución del 01/06 al 22/07/11 a través de Internet.

**Resultados:** Respondieron 38 de los 109 invitados a participar (34.86%). Dominio epidemiológico: 76.1% tiene más de 10 años de desempeño en la Institución, 48.6 % tiene más de 21 años de recibido, 68.6 % tiene entre 36 y 55 años, el 45.9% tiene de 0 a 5 años de experiencia en la Docencia, 50 % declara no tener entrenamiento formal en docencia.

Dominio de exploración propiamente dicha: 76.3 % desconoce la estrategia, 73.5 % de ellos están dispuestos a recibir entrenamiento independientemente de la carga horaria a destinarle. Del 23.7 % que conoce la estrategia, el 100% esta de acuerdo- muy de acuerdo en que se implemente en nuestra Institución

**Conclusiones:**

1.- El conocimiento de la estrategia es escasa (23.7%), el 100% de este grupo favorece su implementación.

2.- El 76.3% desconoce la estrategia, el 73.5 % de este grupo está dispuestos a recibir el entrenamiento.

3.- El grupo etáreo potencialmente a focalizar para el entrenamiento impresiona ser el de 36 a 55 años

### 0008 FACTORES DE RIESGOS CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A FIBRILACION AURICULAR EN PACIENTES CRITICOS

N ESPINOZA, C GARAYALDE,, G FERNÁNDEZ CID, E PORJOLOVSKY, R SENESTRARI, R ZAMUDIO  
Hospital General de Agudos Enrique Tornu, Argentina.

**Introducción:** La FA afecta al 0.4% de la población general, su prevalencia aumenta con la edad, en las personas mayores de 65 años es del 4-5% y del 9% en los mayores de 80 años pero se desconocen la asociación de esta arritmia con factores de riesgos cardiovascular en pacientes críticos.

**Objetivos:** Evaluar la asociación de factores de riesgo cardiovascular con la incidencia de Fibrilación Auricular durante su internación en la población de pacientes que ingresan a una Unidad de Cuidados Intensivos.

**Materiales y Metodos:** 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 de agudos de la ciudad de Buenos Aires 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 realizo monitoreo continuo durante su estadía en UTI. El monitoreo electrocardiográfico fue realizado a través de monitores multiparametricos Philips IntelliVue MP20 y su correspondiente central de monitoreo la cual conserva un registro de 48hs, siendo este evaluado por un especialista en terapia intensiva y un especialista en cardiología. Se registraron los antecedentes de hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT), miocardiopatía isquémico-necrotica y tabaquismo (TBQ). El análisis estadístico se realizo con el método de chi x2.

**Resultados:** Se reclutaron un total de 109 pacientes con una edad de 66,74 + 17,87 años, 38 femeninos y 71 masculinos con un valor de APACHEII de 14,24 + 7,9 presentando antecedentes y/o factores de riesgo cardiovascular el 50,46%, con una estadía en UTI de 7,44 + 8,28 días. Las patologías 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 143 correspondieron a fibrilación auricular, fibrilación auricular con alta respuesta ventricular (FAARV): 70 episodios, fibrilación auricular de baja respuesta ventricular (FABRV): 8 episodios, fibrilación auricular de adecuada respuesta ventricular (FAADECVR): 65 episodios, repartidos en un total de 46 pacientes (42,20%). En los pacientes que presentaron FA la incidencia de HTA fue de 45% vs. 43.48% de la población sin FA (chi x2: 0.02 p=0.89), TBQ en 20% vs 28.99%. (chi x2 :1.07 p=0.3), miocardiopatía isquémico-necrótica en 17.50% vs. 11.59% (chi x2: 0.74 p=0.39) y DBT en 10% vs. 10.15% (chi x2 :0.05 p=0.82).

**Conclusión:** En el presente trabajo no pudimos determinar fehacientemente una asociación entre la presencia de los mencionados factores de riesgo cardiovascular con una mayor probabilidad de presentar algún episodio de fibrilación auricular durante su estadía en nuestra unidad de Cuidados Intensivos.

### 0009 PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CRITICOS CON INFECCIONES POR ESPECIES DE ACINETOBACTER RESISTENTE A CARBAPENOS

J BERRETA<sup>1</sup>, D KOCIAK<sup>1</sup>, A BALDUCCI<sup>1</sup>, C BROTTO<sup>2</sup>, A BARRIOS<sup>2</sup>, JF MUÑOZ PÉREZ<sup>3</sup>, MV LAPLACETTE<sup>1</sup>, MF VÁZQUEZ<sup>1</sup>, F DE FEO<sup>1</sup>, R AMAYA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Terapia Intensiva. Htal Dr Carlos B Udaondo, Argentina. <sup>2</sup> Bacteriología. Htal Dr Carlos B Udaondo, Argentina. <sup>3</sup> Control de Infecciones. Htal Dr. Carlos B Udaondo, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la mortalidad en pacientes críticos con infecciones por especies de Acinetobacter en UTI e identificar en ellas los predictores de mortalidad.

**Material y métodos:** Se analizaron todos los pacientes internados en UTI con infecciones profundas por especies de Acinetobacter desde 1-2008 hasta 12-2011. Se cuantificó la mortalidad y se evaluó su correlación con las siguientes variables: edad, sexo, carácter clínico o quirúrgico de la patología, foco del que se aisló el Acinetobacter, antecedentes patológicos, estado nutricional al ingreso al hospital, valor de APACHE II al ingreso a UTI, cáncer actual, número de transfusiones requeridas de cualquier hemoderivado, valor de SOFA al momento de la toma de muestra en la que se aisló Acinetobacter, gérmenes asociados, progresión de la DMO evaluada por el incremento en el número de órganos disfuncionantes con valor SOFA $\geq$ 2 desde el aislamiento del Acinetobacter hasta la máxima disfunción, duración de la internación en UTI, y en pacientes quirúrgicos necesidad de reoperaciones y su número. Las variables que correlacionaron con mortalidad, cualitativas y cuantitativas dicotomizadas al punto de corte que mejor discriminó muerte por curva ROC, fueron analizadas con regresión logística binomial para determinar los predictores de mortalidad. Métodos estadísticos: t de Student, test de Mann-Whitney, chi 2, test exacto de Fisher, curva ROC y regresión logística binomial.

**Resultados:** Se trató de 60 pacientes, 38 hombres y 22 mujeres, con edad 55.1 $\pm$ 16.4 años, y score APACHE II al ingreso a UTI 14.2 $\pm$ 5.4. En 27 enfermos el foco fue pulmonar, en 33 abdominal, 13 tuvieron focos asociados. La mortalidad fue de 34 pacientes (56.7%). Correlacionaron con mortalidad: la mayor edad (56.9 $\pm$ 15 vs 48.3 $\pm$ 17.3 p=0.0439), el antecedente de hepatopatía crónica p=0.0355, el déficit nutricional p=0.001, el mayor valor de APACHE II al ingreso a UTI (16.6 $\pm$ 5.2 vs 11.1 $\pm$ 4.1 p=0.0004), el mayor valor de SOFA al momento de aislarse el Acinetobacter (10.4 $\pm$ 2.1 vs 6.2 $\pm$ 2.8 p<0.0001). Las demás variables no correlacionaron con mortalidad. La curva ROC construida a partir del valor de SOFA al momento de aislarse el Acinetobacter tomando muerte como variable dependiente, con un AUC 0.886, ubicó el valor 8.5 de SOFA como óptimo para discriminar muerte, para APACHE II con AUC de 0.8 la curva ROC seleccionó a ese fin el valor 14.4, y para edad con AUC 0.637 el valor fue 49.5 años. Los predictores de mortalidad fueron 1) el Score APACHE II al ingreso a UTI $\geq$ 15 OR (IC 95%) 14.5 (2.7-76.3), y 2) el valor de SOFA $\geq$ 9 al momento de la toma de muestra que desarrolló Acinetobacter OR 10.9 (2.2-53.5). Conclusiones: los pacientes con infección por Acinetobacter en UTI que fallecieron estaban más graves al ingreso a UTI y al momento de adquirir la infección que los que sobrevivieron, y ambos predictores de mortalidad se vinculan con este hecho.

#### 0010 EVALUACIÓN DE TERAPEUTICAS ENDOSCÓPICAS Y COMBINADAS CON OCTREOTIDE EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICEAL Y SANGRADO ACTIVO AL MOMENTO DE LA ENDOSCOPIA DE INGRESO. VALORACIÓN DEL BALÓN EN CASO DE FRACASO DE LA TERAPÉUTICA INICIAL

J BERRETA<sup>1</sup>, D KOZIAK<sup>1</sup>, G ROMERO<sup>2</sup>, A BALDUCCI<sup>1</sup>, R AMAYA<sup>1</sup>, D NISTAL<sup>1</sup>, D PASCUALI<sup>1</sup>, M ORTIZ<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Hospital Dr Carlos Bonorino Udaondo. Terapia intensiva, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Dr Carlos B Udaondo. Hepatología, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Dr Carlos B Udaondo. Emergencias, Argentina.

La hemorragia digestiva alta por vórices esofágicas (HDAV) es una de las complicaciones más graves en pacientes (P) cirróticos. La presencia de sangrado activo (SA) al tiempo de la primera endoscopia diagnóstica-terapéutica es un factor predictivo de fracaso y resangrado.

**Objetivos:** 1) Comparar el éxito hemostático con diferentes técnicas endoscópicas y combinadas con octreotide (Octr) en HDAV con SA al momento de la endoscopia en el conjunto de pacientes, y según clases de Child, 2) Comparar la mortalidad hospitalaria (M) en cada grupo terapéutico, y 3) Valorar la utilidad de la sonda balón (SB) cuando se asiste al fracaso hemostático de la terapia inicial.

**Material y métodos:** De todas la internaciones por HDAV entre 1-2001 y 1-2012, se identificaron aquellas con SA al momento de la endoscopia diagnóstica-terapéutica. Se formaron 4 cohortes (Coh) de acuerdo al tratamiento recibido: 1) ligadura endoscópica (Lig), 2) esclerosis endoscópica (Escl), 3) Lig+Octr, y 4) Escl+Octr. Se evaluó la homogeneidad de las 4 Coh según parámetros al ingreso. Hecho esto se comparó en las 4 Coh el éxito hemostático y la mortalidad; y el éxito hemostático para cada terapéutica por clases de Child. En los pacientes con fracaso hemostático de la terapéutica inicial se midió la mortalidad tratándolos con sonda balón de Sengstaken-Blakemore (SB). Diseño: cohortes. Estadísticos: t de Student, Chi2, test exacto de Fisher.

**Resultados:** De 265 HDAV tratadas, 111 (41.9%) tenían SA al momento de la endoscopia diagnóstica-terapéutica. Estos 111 p son motivo de este análisis, formando 4 Coh según el tratamiento recibido: 1) 27 P tratados con Lig, 2) 36 P tratados con Escl, 3) 17 P tratados con Lig+Octr, y 4) 21 P tratados con Escl+Octr. Los 10 P restantes recibieron variadas combinaciones en bajo número de casos no pasible de análisis. Las 4 Coh fueron similares por edad, sexo, APACHE II, y clase de Child al ingreso, y por esto comparables. El éxito hemostático en las 4 Coh fue: 1) Lig: 70.4%, 2) Escl: 50%, 3) Lig+octr: 88.2%, y 4) Escl+octr: 52.2%. p=0.0181 para Lig+Octr vs Escl+Octr, y p=0.0074 para Lig+Octr vs Escl, resto pNS. La M en las diferentes Coh fue: 1) Lig: 37%, 2) Escl: 30.7%, 3) Lig+Octr: 23.5%, y 4) Escl+Octr: 33.3% pNS. El éxito hemostático según clases de Child fue: 1) en Child A 80% para Lig, 52.1% para Escl, 75% para Lig+Octr, y 56.2% para Escl+Octr p=NS, 2) en Child B 61.5% para Lig, 64.3% para Escl, 100% para Lig+Octr, y 66.7% para Escl+Octr, p=NS, y 3) en Child C 77.8% para Lig, 33.3% para Escl, 90.9% para Lig+Octr, y 47.6% para Escl+Octr, En Child C p=0.0052 para lig+octr vs escl, y p=0.0474 para Lig+Octr vs Escl+Octr. De 40 P con fracaso hemostático inicial se colocó SB en 36 con M de 43.4%.

**Conclusiones:** En pacientes con hemorragia digestiva variceal y sangrado activo al momento de la endoscopia debe abandonarse la intención de tratar con esclerosis endoscópica y dar preferencia a la ligadura endoscópica más octreotide, más aun en pacientes en clase C de Child. La utilización de balón ante el fracaso del tratamiento hemostático sigue siendo útil.

#### 0014 EFECTIVIDAD EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRASPLANTE RENAL

ENDE BEAUJON BONILLA

Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos, Venezuela.

El equilibrio de la salud se constituye un medio de desarrollo social, económico y cultural para el país, el cual no se consigue de manera aislada sino que está influenciado por factores complejos que pueden afectarlo positiva o negativamente. Los trasplantes renales han dado resultados exitosos en pacientes con IRC y han mejorado la calidad de vida de quienes se les realiza esta práctica clínica, que hoy en día es más frecuente, donde la enfermería tiene un papel importante en la atención primaria, secundaria y terciaria, concientizando de este modo al paciente y a sus familiares sobre la importancia del tratamiento y prevenir complicaciones. Se realizó un estudio descriptivo transversal en el cual su objetivo principal fue desarrollar un programa de adiestramiento para el personal de enfermería que labora en la Unidad de Nefrología del Hospital JM Casal Ramos, se evaluaron los cuidados básicos, valoración por aparatos y sistemas y se observó que 73% de Trasplantados obtuvieron el grado más bajo de trastornos funcionales, trastornos psiquiátricos en Post TX I disminuyó en un 70% de acuerdo a los cuidados para disminuir la ansiedad y el 90% de los órganos implantados

fueron funcionantes. Es imprescindible ofrecer a los pacientes unos cuidados óptimos, facilitando el desarrollo del sistema de información para el personal que labora en las unidades de trasplante renal, valorando las necesidades más frecuentes de nuestros pacientes para así cumplir con un plan de cuidado de enfermería adaptados a la situación de los transplantados.

### 0015 CALIDAD DE VIDA DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS

ENDE BEAUJON BONILLA

Hospital Universitario Jesús María Casal Ramos, Venezuela.

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar la calidad de vida de las Enfermeras (os) Se ejecutó a través de un estudio tipo descriptivo de campo, transversal con diseño univariable, cuyos objetivos específicos permitieron Identificar la calidad de vida de las Enfermeras (os) en relación a la comodidad laboral, las condiciones de trabajo y los hábitos protectores. Se llevó a cabo con una población muestral de 43 profesionales en Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital en estudio, al cual se le aplicó un instrumento tipo cuestionario diseñado y validado por expertos, de 35 ítems con alternativas a escala de Lickert, nada, algo, bastante y mucho, donde se obtuvo como resultado lo siguiente: De acuerdo a los resultados se demostró para los datos Sociodemográficos, que las edades promedio estaban en 44,19% (19) entre 40 a 49 años, seguido de 39,53% (17) menor de 30 años, para el estado civil, 74,42% (32) agregaron ser solteras y para el nivel profesional, 86,05% (37) eran Lcdas (os) en Enfermería, 90,70% (39) agregaron laborar en otros sitios. En cuanto, a saber la percepción de las Enfermeras (os) encuestadas (os), en relación a la comodidad laboral en promedio más alto, lo ocupó la alternativa algo ser influyente en la calidad de vida. En relación a las condiciones de trabajo, en promedio más alto, se determinó que es bastante para el grupo encuestado. A los hábitos protectores; en promedio más alto se concluye que en mucho son determinantes para un buen desarrollo laboral repercutiendo de manera positiva en la calidad de vida de la muestra estudiada.

### 0017 A PROPOSITO DE UN CASO: MUJER DE 19 AÑOS HIV E ISQUEMIA AGUDA POR ERGOTISMO.

E NUÑEZ, G MONGUES, M RIVAS, J MOLGARA, M CARRIZO, E SIMES

INCOR- Intituto del Corazon., Argentina.

Pte femenino, 19 años, con ant de HIV congenito, tratada, medicada con ARV (ritonavir, lopinavir y lamivudina). Ingres a uti por presentar coloracion azulada, parestias de miembros superiores e inferiores de tres dias de evolucion y en aumento progresivo, en las ultimas 24 horas se acompaña de dolor e impotencia funcional. Cuadro que comienza luego de la ingestion de de varios comprimidos de ergotamina + dipirona por cefalea. Al ingreso: pulsos radial, cubital, popliteos y pedios(-), cianosis, con signos de hipoperfusion de pies y manos, dolor de intensidad 7/10, clinica compatible con vasoespasmo severo.ecodopler arterial con pulso monofasico, flujo disminuido en femorales, ausente desde popliteas, a predominio izquierdo. Laboratorio con app 100%, kptt 40 seg. hto 40, creat 1. Se comienza tratamiento con vasodilatadores (cilostazol, isoxuprina, blufomedil,); antihipertensivos (reserpina, NTG), anticoagulacion ev (heparina NA), bloqueantes calcicos (nifedipina), el cuadro continua avanzando a pesar del tratamiento objetivando progresion de isquemia con formacion de lesiones ampollares en pies y dolor de 10/10, se comienza con infusion de fentanilo ev, se coloca prostaglandinas ev, a las 48 horas comienza a ceder el cuadro en las manos donde se observan signos de reperfusion con aumento de temperatura local, disminucion del dolor, a las 72 hs mejoran los pies aunque mas lento, con flictenas de contenido serohematico y signos de necrosis en pulpejo de dedos del pie. A los 5 dias la pa-

ciente pasa a sala comun con buena evolucion pulsos femoral y popliteo (+), pedio disminuido (+), con escaso dolor a la movilizacion, temperatura local presente salvo en pulpejos de dedos de pie izq. Se presenta este caso dado a la distribucion de la enfermedad, factores desencadenantes, en este caso la ergotamina asociada a su medicacion ARV (ritonavir). la recuperacion exitosa de la paciente.se descartaron patologias vasculares, colagenopatias, arritmias cardiacas, patologia trombotica

**Conclusion:** Distribucion de la enfermedad y factores que lo determinan.

Fotos del caso:

<http://www.4shared.com/photo/MDM9UQex/katja.html>

[http://www.4shared.com/photo/b6\\_gnf9/katja1.html](http://www.4shared.com/photo/b6_gnf9/katja1.html)

### 0021 SÚPERINFECCIÓN ASOCIADA A STRONGILOIDES STERCORALIS

N ESPINOZA, R SENESTRARI, B ZAMUDIO, V CARIMAN, E PORJOLOVSKY, C GARAYALDE, G FERNANDEZ CID

Hospital Tornú Serv. de Terapia Intensiva, Argentina.

Caso1: Pte. de 59 años, femenina, paraguaya, en Argentina desde hace 34 años, antecedentes de tabaquismo y enolismo, en seguimiento serv. reumatología por sme. antisintetasa. Realizó tratamiento inmunosupresor con meprednisona y ciclofosfamida. Ultima internación por cuadro neumonía aguda de la comunidad (NAC) se pancultiva y se inicia esquema empírico con ampicilina sulbactam, claritromicina, evoluciona con insuficiencia respiratoria y soporte ventilatorio pasa a terapia intensiva donde al ingreso se pancultiva, se aumenta esquema antibiótico a imipenem, vancomicina. Evolucion a parámetros de distress, siendo nuevamente a los 5 días de tratamiento recultivada y agregándose colistin. Se obtiene resultado de minibal positivo para S.stercoralis, se trata con albendazol. La paciente fallece 12 horas posteriores al diagnóstico. Presentó eosinófilos normales durante toda la internación. Caso 2: Pte. de 53 años, femenina, paraguaya, en Argentina desde 2002, antecedentes inciertos de lupus desde los 13 años en tratamiento con deltisona. La paciente ingresa por NAC, se inicia tratamiento con ampicilina sulbactam mas claritromicina, se pancultiva y se realizan esputos seriados para BAAR y hongos, cierran negativos y finaliza esquema antibiótico, evoluciona febril se recultiva e inicia esquema con piperacilinatazobactam. En internación es evaluada por reumatología quienes descartan lupus. Por presentar episodio aislado de hemoptisis, se decide realizar fibrobroncoscopia. 48 hs posteriores presenta desaturación asociado a fiebre y mala mecánica ventilatoria, pasa a terapia intensiva, evoluciona con necesidad de asistencia ventilatoria mecánica e inestabilidad hemodinámica. Se pancultiva y se rota esquema a imipenem, vancomicina, colistin. Presenta lavado broncoalveolar con cultivo positivo para S. stercoralis. Se agrega albendazol. Fallece 24 horas posteriores. Presentó eosinófilos normales durante toda la internación.

**Discusión:** La estrongiloidosis es una enfermedad parasitaria intestinal causada por el S. stercoralis. El germen provoca una infección asintomática del tracto gastrointestinal, bajo ciertas condiciones de inmunodepresión, puede resultar en una diseminación larvaria hacia otros tejidos. En estas condiciones comórbidas, S. stercoralis puede producir "síndrome de hiperinfección", caracterizado por la invasión de larvas filariformes en intestino y pulmón con una gran carga larvaria en aquellos sitios por los que habitualmente pasa el nematodo en su ciclo vital. La ausencia de eosinofilia se presenta como factor de mal pronóstico.

**Conclusion:** A partir de estos 2 casos clínicos, al no haberse detectado la infección por S.stercoralis, el tratamiento inmunosupresor crónico llevo a la evolución de un cuadro de hiperinfección seguido de sepsis con insuficiencia multiorgánica llevando al deceso a ambas pacientes. Esto nos obliga a estar alertas en cuadros de shock séptico con evolución tórpida en pacientes inmunocomprometidas con origen en zona endémica de S.stercoralis, y extremar la búsqueda de dicho parasito como screening.

### 0022 REPORTE DE CASOS: "PANCREATITIS HIPERTRIGLICERIDEMICA Y SU RESPUESTA A LA PLASMAFÉRESIS"

ME DI LEO<sup>1</sup>, M ALONSO<sup>2</sup>, C FELLER<sup>1</sup>, VH BORRAJO<sup>2</sup>, ALN MARTINUZZI<sup>1,2</sup>, A CORBALL<sup>1</sup>, C PEREZ VALDEZ<sup>2</sup>, A GUILLOT<sup>1</sup>, L OBREGON<sup>2</sup>, A PALAORO<sup>1</sup>, A PALAORO<sup>1</sup>, A PALAORO<sup>1</sup>, M SEPULVEDA<sup>2</sup>, M ORSATTI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIGA ROSSI LA PLATA, Argentina. <sup>2</sup> CMIC Neuquén Capital, Argentina.

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio causado por diversas etiologías. Este trabajo presenta la experiencia obtenida en dos instituciones sobre el manejo de la PA hipertrigliceridémica (PAH), y la respuesta a la plasmaféresis (PF) como terapéutica específica.

**Objetivo:** Determinar incidencia de PAH, características clínicas de los pacientes, y describir la respuesta a la PF.

**Materiales y métodos:** Trabajo descriptivo, retrospectivo, multicéntrico, realizado entre el XXXX La Plata y el XXXX Neuquén. Se reunieron los pacientes atendidos por PAH en las instituciones durante los años 2010-2011. Los resultados se exponen en forma de valores absolutos o porcentajes, según corresponda.

**Desarrollo:** Durante el estudio ingresaron en ambas UCIs 1097 pacientes, de los cuales 42 (3,8%) presentaron PA como motivo de ingreso. De estos solo 5 (11,9%; el 0.5% de todos los ingresos) fueron PAH.

La edad fue de 42±7 años. Predominaron los hombres. Todos con exceso de peso. Dislipémicos y DBT II la mayoría de ellos. Más de la mitad había experimentado episodios previos de PA y el 80% era alcohólico en actividad.

La estadía promedio fue 6 días. El apache II fue de 12±4 al ingreso y aumento a 19±6 a las 48 horas. El puntaje Ranson de ingreso fue de 2 y aumento a 4 en 48 hs. Los Triglicéridos séricos fueron de 5294.4±4219.5 mg%. Los valores de TGs fueron independientes del resultado del paciente: Vivos 5518±5620 mg% vs Fallecidos 4958±2769 mg%; p > 0.05. El 60% de los enfermos evolucionó hacia la disfunción orgánica (DOM). La mortalidad fue del 40% (2) y ocurrieron antes de las 48 horas del ingreso. La AVM se empleó en el 40% de los casos.

La velocidad de recambio de PF fue de 50 ml/min [mediana; rango: 45-55]. Se hicieron 2 recambios por paciente [mediana; rango: 1 (2 pacientes) – 5 (2 pacientes)]. Se empleó como líquido de recambio plasma o albúmina + solución fisiológica, indistintamente.

Se logró una reducción de (casi) el 100% de las cifras basales de TGs tras 2 sesiones de PF. En los fallecidos no se pudieron lograr cifras de TGs menores de 1000 mg% tras la primera PF.

**Conclusión:** La incidencia de PAH en esta serie fue del 11.9%. Hemos observado que la mayoría de los pacientes incluidos en este trabajo eran alcohólicos activos, por lo que no se podría descartar un mecanismo de sinergismo entre estos dos factores "irritantes" del páncreas. La severidad de la PAH se evidenció por el incremento en los valores del APACHE II y Ranson. Más de la mitad de los pacientes experimentó DOM, y la mortalidad fue alta. Los valores basales de TGs no influyeron en el desenlace y los pacientes que fallecieron no fueron los que se presentaron con valores más altos al momento del ingreso. Fue llamativo que en los fallecidos no se lograron cifras de TGs < 1000 mg% tras la primera sesión de PF. La plausibilidad de los datos impide arribar a conclusiones firmes sobre tal hallazgo. Podemos hipotetizar que la falla en lograr una reducción de los TGs "segura" (≤1000mg%) constituyó una continua irritación a la glándula, y la persistencia del SIRS y DOM.

### 0024 A PROPOSITO DE UN CASO: FISTULA AORTOENTERICA

MA FOSSATI, L OBREGON, G BERRO, ALN MARTINUZZI, M SEPULVEDA, M ALONSO, C PEREZ VALDEZ, VH BORRAJO, R URIBE

CMIC Neuquén Capital, Argentina.

**Introducción:** Las fistulas aortoentéricas pueden ser primarias o se-

cundarias, ambas infrecuentes, sobretodo las primarias.

Las secundarias asociadas a prótesis, suelen manifestarse primeramente como hemorragia digestiva, por lo cual requieren alto grado de sospecha diagnóstica. Son de ayuda para el diagnóstico las imágenes como TC y/o RNM. Las fístulas más frecuentes son las aortoduodenales (FAD). Presenta elevada mortalidad, principalmente por shock hipovolémico y/o séptico. El diagnóstico se confirma intraoperatoriamente y su tratamiento es la explantación del endoinjerto y la revascularización aórtica.

Caso: Paciente varón de 71 años, antecedente de HTA, FA crónica, tabaquista, EPOC, dislipémico, alérgico al yodo, con antecedentes de IAM y aneurisma aórtico abdominal (AAA) infrarrenal con prótesis colocada hace 3 años.

Ingresa derivado a nuestro centro con diagnóstico presuntivo de abdomen agudo en estudio; con dolor abdominal epigástrico, irradiado a flancos, de 3 días de evolución, sin náuseas, vómitos, ni registros febriles. Hemodinámicamente estable. Como dato positivo de laboratorio leucocitosis.

Rx de tórax frente muestra cardiomegalia con botón aórtico ensanchado. ECG: ritmo irregular, FA, FC: 100/min.

Evolucionó febril, se pancultiva y se aísla Klebsiella spp en hemocultivos. Cobertura con piperacilina-tazobactam. Presenta hematemesis en las primeras horas de internación, por lo cual se realiza FEDA, se objetivan restos hemáticos, sin localizar sitio de sangrado. Se realiza TC de abdomen sin contraste, se observa AAA infrarrenal, e imagen compatible con hematoma periaórtico. Por lo cual cirugía realiza videolaparoscopia exploradora, en la que no se objetivan signos de sangrado. Evolucionó con melena, sin descompensación hemodinámica, sin descenso del hematocrito. Por alta sospecha de AAA complicado se realiza angiografía con gadolinio, que muestra pasaje de contraste de aorta a duodeno, compatible con FAD.

Cirugía vascular interviene al paciente, hallando en retroperitoneo AAA pulsátil con duodeno adherido. Se reseca la prótesis hasta las arterias ilíacas y se implanta by pass axilo bifemoral.

Evolucionó con disfunción multiorgánica, inestabilidad hemodinámica, con requerimiento de soporte vasoactivo y terapia de remplazo renal. Progresó con trombosis de arteria femoral superficial izquierda y de arteria tibial anterior derecha, decidiéndose, por lo crítico del cuadro, en conjunto con familiares y cirujanos no reintervenir al paciente.

Presenta paro cardiorespiratorio y muerte al quinto día postquirúrgico.

**Conclusión:** Las complicaciones de aneurismas aórticos si bien son infrecuentes, requieren de una alta sospecha clínica, ya que las manifestaciones suelen ser poco específicas. En pacientes con antecedentes de cirugía reconstructiva aórtica o aneurisma aórtico conocido, debemos sospechar fístula aortoentérica en todos aquellos casos de hemorragia digestiva y dolor abdominal. El tratamiento de elección es con cirugía abierta, siendo la más practicada la extracción de la prótesis y el bypass extraanatómico.

### 0027 NEUMONÍA BILATERAL POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTE VIH NEGATIVO

SB SOLI, VS CLAIRON, DA ROVIRA

Sanatorio Julio Corzo, Argentina.

La neumonía por Pneumocystis jirovecii (Pj) es una infección oportunista severa frecuente en los pacientes inmunocomprometidos. Su presentación en no infectados por el VIH está en aumento. Es una patología a tener en cuenta en los diagnósticos diferenciales en neumonías bilaterales que no responden al tratamiento empírico en pacientes con factores de riesgo. Es importante incluir a los pacientes diabéticos entre la población susceptible.

Presentamos el caso de un paciente varón de 38 años, diabético. Ingresó con insuficiencia respiratoria por neumonía bilateral, requirió ventilación mecánica invasiva. El laboratorio evidenció leucocitosis y PAFIO2 < 200. En la radiografía de tórax infiltrados bilaterales. Inició tratamiento con ampicilina-sulbactam y claritromicina. Los

cultivos de sangre, orina y secreción bronquial resultaron negativos para gérmenes comunes y BAAR. Serología y PCR para VIH fueron negativas. Sin mejoría, se cambiaron antibióticos en dos oportunidades. Se realizó TAC de tórax que evidenció infiltrado intersticial en vidrio esmerilado difuso e imágenes micronodulares predominantes en base derecha. Se realizó broncofibroscopia y lavado broncoalveolar donde se aisló Pj, inició tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMX) y corticoides con mejoría del cuadro.

La neumonía por Pj es una infección oportunista bien conocida. En pacientes no infectados por el VIH, las condiciones asociadas más frecuentes son: neoplasias hematológicas (30%), receptores de trasplantes (25%), enfermedades inflamatorias (22%), tumores de órganos sólidos (13%) y otras (9%). En distintas series entre el 80 y 100% recibían glucocorticoides u otros agentes inmunosupresores. A diferencia de los pacientes infectados por el VIH, suele presentarse clínicamente con cuadros de menor tiempo de evolución y es más frecuente la insuficiencia respiratoria. Paradójicamente los pacientes no VIH tienen mayores tasas de complicaciones y mortalidad debido a su superior capacidad de inflamación. Las imágenes radiográficas muestran infiltrados intersticiales bilaterales difusos, rara vez son normales. El diagnóstico se realiza con exámen microscópico o inmunofluorescencia directa del esputo o lavado broncoalveolar aunque el rédito suele ser menor. El tratamiento con TMP-SMX es de elección con corticoides si existe hipoxemia.

Está ampliamente aceptado que la diabetes es un estado de inmunosupresión. Numerosos factores predisponen a las infecciones. La hiperglicemia afecta la quimiotaxis y adherencia de los neutrófilos al endotelio, la fagocitosis, actividad bactericida intracelular, opsonización y la inmunidad mediada por células.

Es muy importante la reevaluación clínica y microbiológica de los pacientes con infiltrados bilaterales que no responden a la terapéutica empírica inicial. El manejo de las infecciones oportunistas en inmunosuprimidos no VIH son un desafío para los años futuros.

#### 0028 NIVEL DE SEGURIDAD QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES INTERNADOS EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS RELACIONADOS CON ERRORES EN LA MEDICACIÓN

MF MORALES, ME ROJAS

Escuela Universitaria de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

**Introducción:** El presente trabajo de investigación aborda el Nivel de Seguridad brindado por el personal de enfermería a los pacientes internados en las unidades de cuidados intensivos, relacionado con los errores en la medicación.

**Objetivos:** El objetivo de este trabajo fue determinar los errores, causas, procesos, factores predisponentes, nivel de gravedad y seguridad que influyen durante la administración de medicamentos.

**Material y Método:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal cuya población estuvo constituida por el personal de enfermería de un servicio estatal y de un servicio privado en San Miguel de Tucumán (n= 71), durante el mes de Agosto de 2011. Para la recolección de los datos se recabó la opinión del personal encuestado mediante un cuestionario autoadministrado.

**Resultados:** Se observó que el grupo etéreo predominante es el de 30-39 años con el 39%, el 54% pertenece al sector estatal, el 55% es femenino y 51 % son solteros. El nivel de formación en enfermería se destaca que el 42% son enfermeros universitarios, el 38% trabaja más de 12 horas y el 59% lo hace en otra institución. Los errores de medicación con el 65% le atribuyen a la omisión de registro, el 58% a la administración en otro horario, 30% a paciente equivocado. Las causas más frecuentes son: el 77% corresponde a problemas en la comunicación, en el proceso con el 69% a la prescripción. Se encontró al 61% error sin daño, 10%(7) IC95% (4% - 19%) y error con daño al paciente, según nivel de gravedad. Según los

factores con el 82% a sobrecarga de trabajo, el nivel de seguridad 35% IC95% (24%-47%) fue deficiente el 8% fue óptimo. El nivel de seguridad relacionado con errores en la medicación se asocia significativamente al servicio (Test Chi Cuadrado P< 0,01), y no se asocian con nivel de formación en enfermería (Test Exacto, P= 0,13), horas de trabajo (Test Chi Cuadrado, P= 0,39) y multiempleo (Test Chi Cuadrado, P= 0,19).

**Conclusiones:** Se puede sostener que el principal medio para prevenir los errores de medicación es limitar la posibilidad que ocurran, teniendo en cuenta que no es posible prevenir todos los errores, basándose en hacer visibles los errores cuando ocurran, para actuar antes que lleguen al paciente y así evitar consecuencias que pueden dejar secuelas o ser mortales. Es importante que los errores sean notificados así logremos que no se repitan y aprenderemos de ellos dando al paciente la mejor atención deseada

#### 0029 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS MAYORES: ¿CUÁL ES EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES COLONIZADOS E INFECTADOS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS? ¿ES UN PREDICTOR DE MALA EVOLUCIÓN?

A VALDIVIA DAHL, L CUSMANO, A CHIRICO, MC EZCURRA, J HERRERA, MG BADINO VARELA, B VARELA, P REYES, D MAESTRE TORRES, C CANESSA, LV MATTIELLO SACCHI, A VITERI, A TERUSI

Unidad Asistencial Por Más Salud Dr.Cesar Milstein, Argentina.

**Antecedentes:** Las infecciones por Klebsiella productora de carbapenemasas (KPC) se asociaron con altas tasas de mortalidad en pacientes con hospitalización prolongada, expuestos a procedimientos invasivos. Durante el año 2011 se detectaron dos brotes de KPC en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Como consecuencia se implementaron acciones intensificadas del subprograma de control de brote de microorganismos multirresistentes.

**Objetivo:** caracterizar el perfil epidemiológico de pacientes colonizados y con eventos clínicos por KPC y comparar con los índices de calidad de atención en UCI.

**Material y métodos:** En un estudio de tipo descriptivo retrospectivo y longitudinal, realizado en el año 2011, se analizó la fase intensificada del subprograma de control de brote. Las principales acciones fueron: toma de muestras de hisopados anales (HA) semanales; aislamiento de contacto universal; análisis semanal de resultados en la colonización e infección por KPC. Se tabularon las variables epidemiológicas y los índices de calidad de atención de cada subgrupo (colonizados, infectados y totales).

**Resultados:** Se procesaron 279 HA.: 238 negativos y 41 positivos. Del grupo con eventos clínicos por KPC se aislaron un total de 22 muestras: hemocultivos 6, punta de cateter 5, muestras respiratorias 5, urocultivo 5, liquido abdominal 1.

Tabla 1: Perfil Epidemiológico

Característica Epidemiológica	Pctes. Internados	Pctes. Colonizados	Pctes. Infectados
Edad años	76	74	79
Albuminemia ingreso	3.2	2.27	1.8
ATB Previos	1.7	3.8	6
Internación últimos 3 meses %	27	53	79
Cirugía abdominal últimos 3 meses %	38	69	75
Apache II Ingreso	17	20	24

**Tabla 2:** Índices de Calidad en UTI

Mortalidad Real %	25	59	87
Mortalidad esperada según Apache II %	25	40	40
Días de Estada en UTI	8	21	34
Media de días de AVM	7	15	36
Nº de vías centrales por paciente	0.7	2.67	4.5

**Conclusiones:** Las infecciones por KPC en UCI se asociaron con un aumento de los días de internación, de la mortalidad y del costo hospitalario. Este estudio exploratorio permitió detectar un perfil epidemiológico para una propuesta a futuro de un score de riesgo de colonización/infección por KPC.

### 0030 REPORTE DE UNA CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN AGUDA DE AORTA ABDOMINAL

AJ CARUSO, EA ADAMOLI, J RAMOS OLIVER, D TEDESCO, U ALEGRE ESCOBAR, S RUBACHIN, C SALVADO

Corporación Médica de Gral San Martín Buenos Aires, Argentina.

La obstrucción aguda de la aorta abdominal es un cuadro vascular catastrófico producido por patología local de la arteria aorta como trombosis local, aneurisma fusiforme, disección aortica, aortitis o por material embólico proveniente de las cavidades cardíacas como embolos en sable secundarios a trombos endocavitarios, endocarditis o tumores cardíacos.

Se describe el caso de un varón de 43 años con antecedentes de síndrome febril prolongado de 2 meses de evolución que ingresa al Servicio de Emergencias por dolor lumbar súbito, paraplejía, frialdad y falta de perfusión de miembros inferiores. Se realiza angioTAC que evidencia obstrucción total por trombos del lumen de aorta a nivel de L3 con obstrucción de ambas arterias ilíacas primitivas e infartos renales corticomedulares bilaterales. Se realiza cirugía de urgencia: aortotomía: se extraen trombos frescos y material gelatinoso de la aorta abdominal, no se evidencia lesiones intimales ni dilatación de la pared de la aorta. Ingresa a UTI en ARM con inotrópicos auricular requiere hemodilisis diaria y ventilación mecánica prolongada, se realiza Ecocardiograma Transesofágico que describe la presencia de masa móvil con pedículo fino de 12 x 12 mm a nivel de aurícula izquierda desde el tabique interauricular hasta la válvula mitral compatible con mixoma cardíaco.

La anatomía patológica del material aórtico extraído informa la presencia de trombo fresco con fenómenos degenerativos mixoides compatible con embolia en sable de mixoma cardíaco.

El paciente evoluciona con mejoría hemodinámica, vigil con paraparesia severa, episodios febriles con cultivos negativos, se deriva a otra institución donde se completa destete de ventilación mecánica, recupera función renal y se evidencia mejoría progresiva de la paraparesia, en plan de cirugía cardíaca.

El mixoma es el tumor cardíaco primario más frecuente y ocasiona síntomas y signos cardíacos y sistémicos, entre los cuales los fenómenos embólicos son frecuentes (alrededor de 30%) a nivel cerebral y periférico.

La obstrucción total de la arteria aorta abdominal por embolia en sable de material de mixoma cardíaco es muy infrecuente siendo descritos casos aislados en la literatura médica y la misma debe sospecharse en pacientes jóvenes o de mediana edad con inicio brusco de los síntomas y signos de obstrucción de aorta abdominal y que no presenten antecedentes de miocardiopatía, fibrilación auricular o vasculopatía periférica.

### 0031 PRONÓSTICO EN QUEMADOS. CUANDO SE BIFURCAN LOS CAMINOS?

G RAMOS<sup>1</sup>, F ALONSO<sup>1</sup>, G PREZZAVENTO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> CIAREC, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Alemán, Argentina.

**Introducción:** Los avances en el manejo de los pacientes con quemaduras críticas han permitido un sostenido descenso de la mortalidad. Los factores de riesgo que comúnmente se asocian a mortalidad son la extensión de la quemadura, la edad y la presencia de lesión inhalatoria. Basado en estos factores de riesgo se compararon pacientes de similar gravedad que sobrevivieron a quemaduras críticas con no sobrevivientes para evaluar si había diferencias en la respuesta clínica a la injuria inicial.

**Metodología:** Estudio retrospectivo caso control donde se seleccionó a los pacientes fallecidos (NSV) durante los periodos 1996-2006 y 2008-2010 en 2 centros privados de quemados. Los controles, sobreviviente (SV), fueron seleccionados en forma randomizada luego de ser apareados con los casos de acuerdo a los siguientes criterios: SCQ  $\pm 5\%$ , edad  $\pm 5$  años, lesión inhalatoria (si/no). Fueron excluidos los pacientes fallecidos dentro de la etapa resucitativa (primeras 72 hs) y los pacientes que no tuvieron un par control. Los datos fueron analizados con métodos univariados, descriptivos y bivariados, comparativos, considerando significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** En el periodo de estudio fallecieron 19 pacientes de 482 internados (3,9%), 7 pacientes fueron excluidos (1 S Lyell, 1 pediátrico, 5 quemaduras masivas). Fueron comparados 12 pacientes de los pacientes fallecidos, casos, con 12 sobrevivientes, controles. No hubo diferencias en SCQT (61,9%  $\pm 15,1$  vs 61,7%  $\pm 15,1$ ), edad (46,2  $\pm 19,4$  vs 43,1  $\pm 25,1$ ) y presencia de lesión inhalatoria (58% en c/ grupo). Al ingreso solo se observaron diferencias en la profundidad de las quemaduras 8,4% ( $\pm 7,5$ ) vs 34,5% ( $\pm 20,6$ ), ( $p < 0,00$ ) y de la bilirrubina total 0,67 ( $\pm 0,2$ ) vs 1,3 ( $\pm 0,9$ ) ( $p < 0,02$ ) entre SV y NSV. Al final de la etapa resucitativa se observaron diferencias en dependencia a drogas vasopresoras, incremento de la urea, trombocitopenia, déficit de base buffer y que persistió SOFA de 6,1 ( $\pm 4,1$ ) vs 2,3 ( $\pm 2,2$ ) ( $p < 0,013$ ). Los NSV tuvieron mayor porcentaje de procedimientos quirúrgicos invasivos (66% vs 16%,  $p < 0,012$ ) y mayor requerimiento transfusional (58% vs 16%,  $p < 0,03$ ). Al final de la primera semana persistía la diferencia en plaquetas, urea, y dependencia a drogas vasopresoras con un SOFA de 5,8 ( $\pm 3,6$ ) vs 1,8 ( $\pm 2,3$ ) ( $p < 0,005$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes que no sobrevivieron a quemaduras críticas tuvieron mayor porcentaje de quemaduras profundas y evidenciaron persistencia de las disfunciones orgánicas luego de la etapa resucitativa.

### 0033 MEDIASTITIS FÚNGICA EN POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE.

JA CACCIAGUERRA GOMEZ, JS PIETROBON, FJ FERREIRO BERTA, AF MUSCARELLO, EP GUZMAN HUME, MA PRETEL, R LAMBERGHINI

Aconcagua Sanatorio Privado, Argentina.

**Introducción:** La mediastinitis fúngica es una complicación infrecuente de cirugía cardiovascular, de alta morbimortalidad y patogenia multifactorial. Su rápido diagnóstico mejora el pronóstico.

**Objetivo:** Reportar un caso de mediastinitis por candida parapsilosis en post operatorio cardiovascular.

**Material y Método:** Hombre de 57 años con antecedentes de Diabetes, HTA, coronariopatía, obesidad, ex tabaquista. Ingresa a UTI en posquirúrgico de revascularización miocárdica, complicado con disfunción neurológica (excitación psicomotriz). Buena evolución, pasa a sala común al 5to día. Reingresa a las 12hs. por insuficiencia respiratoria. Febril, soporoso, inestabilidad hemodinámica, disneico, inestabilidad torácica, con requerimiento de drogas inotrópicas y ARM con posterior traqueostomía. APACHE II 23. Rx. tórax: derrame pleural izquierdo. Laboratorio: leucocitosis, anemia, hiperglucemia, fallo renal, hipernatremia, hipopotasemia, acidosis metabólica, hipoalbuminemia. Se instaura antibioticoterapia (piperacilina

tazobactam mas vancomicina). Se realiza sutura esternal y plástica con músculos pectorales; toma de muestra de hueso esternal para bacteriología donde desarrolla Cándida parapsilosis. Inicia tratamiento con fluconazol. Se complica con empiema pleural. Buena respuesta inicial al tratamiento médico y quirúrgico. Luego evoluciona de forma tórpida con fallo multiorgánico, urosepsis, fallece a los 61 días del ingreso.

**Resultado:** La mediastinitis posquirúrgica, es una patología grave, infrecuente, con una incidencia del 1 al 2% y mortalidad del 55%. La infección por cándida 5%. Los factores de riesgo son contaminación intraoperatoria de herida quirúrgica, diabetes, obesidad, enfermedad vascular, tiempo quirúrgico prolongado, reintervención, y posquirúrgico prolongado en UTI. El curso clínico puede ser subagudo o fulminante. La bacteriemia ocurre en el 57% de los pacientes. La demora en el diagnóstico se asocia a pronóstico ominoso.

**Conclusiones:** El tratamiento óptimo es debridamiento quirúrgico agresivo y terapia antifúngica por al menos 6 meses. La mediastinitis postoperatoria, se asocia con una importante morbimortalidad, prolongando la internación de los pacientes de 38 a 51 días y llega a duplicar o triplicar los costos.

### 0036 UTILIDAD Y ANALISIS DEL SCORE NEMS PARA ADECUAR LA CARGA DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

JA VILLALOBOS SILVA, JM VERDINES PIÑA, M MORENO CRUZ, T GARCÍA ZENÓN, H RODRIGUEZ HINOJOSA, VE FLORES RODRIGUEZ

Hospital Regional de Alta Especialidad Victoria (HRAEV), México.

**Introducción:** A pesar de los enormes avances en el reconocimiento de los pacientes más graves en las UTIs mediante APACHE y SOFA, la utilidad de NEMS como instrumento de medición de carga de trabajo en enfermeras debería ser la base para seleccionar la cantidad exacta del personal de enfermería en las Terapias Intensivas y mantener adecuada calidad y seguridad en la atención de los enfermos. En el presente estudio, se utiliza la escala NEMS para conocer y valorar la utilización de recursos humanos de una UCI polivalente.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de las cargas de trabajo de enfermería mediante el score NEMS (Nine Equivalents of nursing Manpower use Score) y conocer la necesidad idónea de recurso humano en la UTI del HRAEV.

**Material y métodos:** Se incluyeron 108 pacientes ingresados a la UTI del HRAEV para su estudio, evaluamos variables demográficas, APACHE, se definió carga de trabajo diario mediante la puntuación de NEMS, se calculó WUR (work utilisation ratio, NEMS 1 año / (# enfermos x 200 días/46/3)), evaluamos el indicador enfermera-paciente de NEMS en los ingresos a UTI (Clase III y IV), nivel operativo de cuidados (NOC) 46 / Valor medio de NEMS diario en la UTI. Servicios proveedores. Paquete estadístico SPSS.

**Resultados:** Se evaluaron 108 expedientes, la edad promedio 53±21 (13-95), el 60% fueron masculino, sus criterios de ingreso a UTI fueron el problemas médicos 31%, quirúrgicos 70%, los órganos blanco involucrados fueron: riñón 25%, corazón 23%, digestivo 21%, cerebro 17%, pulmones 10%, otros 4%. APACHE 18±6 (13-27). Días de estancia hospitalaria 7±5 (2-33), ocupación promedio en UTI 70%, NEMS de ingreso 39± 10 (26-53), NEMS 72hrs 25±12 (10-60), NEMS al egreso 14± 11 (3-53), WUR 0.77, Nivel Operativo de Cuidados 0.90±0.16 (0.64-1.36), P/E: Nivel III 1:1. Mortalidad 12%.

**Conclusion:** La medición de la escala NEMS ayuda a conocer en cualquier momento el nivel de atención que necesita un enfermo y la carga asistencial necesaria en la UTI. En nuestra Unidad el nivel de atención según la Conferencia de Consenso Bethesda es nivel III (1:1) y con una razón de trabajo producido en la UTI: WUR del 77% y un nivel operativo diario de cuidados del 90%. indicadores cumplidos en UTI >85%.

### 0039 NEUMOPERITONEO ASOCIADO A VENTILACIÓN MECÁNICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

RJ PONCE, M GODOY

Hospital Dr. Guillermo Rawson. San Juan., Argentina.

**Introducción:** El barotrauma asociado a ventilación mecánica (VM) se encuentra ampliamente detallado en la bibliografía de medicina crítica pediátrica. Sabemos que Presiones en vía aérea mayores a 50 cm de agua en modelos animales provocan neumomediastino y mayores a 60 neumoperitoneo. Solo un 5-15% de los neumoperitoneos no están asociados a patología de viscera hueca. Los objetivos planteados con esta presentación son describir un caso clínico acerca de neumoperitoneo asociado a ventilación mecánica y realizar una revisión bibliográfica del tema.

**Materiales y métodos:** Descripción de caso clínico. Se utilizó como material la Historia Clínica del paciente. Se realizó una revisión no sistemática del tema.

**Desarrollo:** Paciente de 10 meses, femenino que ingresa a la UTIP por insuficiencia respiratoria, requiere de ventilación mecánica y luego de 48 hs de evolución presenta neumotórax acompañado de neumomediastino. Es drenado quirúrgicamente el primero y a las 24 hs sufre una desmejoría súbita con hipoxemia refractaria e hipotensión arterial. Se diagnosticó Síndrome Compartimental Abdominal luego de la medición de Presión Intraabdominal (PIA) de 36 cmH<sub>2</sub>O y clínica compatible. Se realizó ecografía de urgencia en la cual no se visualizó líquido libre (método FAST). Se coloca drenaje en fosa iliaca izquierda logrando descompresión y mejora cardiorrespiratoria. A las horas requiere de la colocación de un drenaje abdominal por cirugía pediátrica a causa de repetición del cuadro. La paciente continúa en VM modo VAFO y a los 15 días de internación pasa a terapia intermedia. Se otorga egreso requerimiento de oxígeno suplementario.

**Conclusiones:** Si se trata de un neumoperitoneo a tensión con grave deterioro hemodinámico y respiratorio, con hipotensión arterial con disminución del gasto cardíaco y aumento de las resistencias periféricas y con disminución del retorno venoso, causantes de hipoxemia, hipercapnia y gran elevación de las presiones de la vía aérea, es preciso realizar una descompresión abdominal de inmediato mediante un drenaje intraperitoneal o practicar una laparotomía descompresiva; con esto se logra habitualmente superar el riesgo de muerte.

### 0041 ACIDOSIS METABÓLICA POR INFUSION DE CLORURO DE SODIO: ¿DEPENDE DEL AGUA O DEPENDE DEL CLORO?

JA VAZQUEZ, MC ADDUCCI

Hospital Italiano "Agustin Rocca", Argentina.

**Objetivo:** Cuantificar las diferencias sobre el EAB de la dilución de una muestra de sangre entera con dos soluciones de cloruro de sodio de diferente concentración

**Material y métodos:** Estudio de tipo prospectivo, experimental, in vitro, de corte transversal. Sobre una muestra de sangre entera obtenida por punción venosa en un paciente se midieron los parámetros correspondientes al estado ácido-base, ionograma, albúmina, lactato, urea, creatinina, hemoglobina y glucosa. En forma posterior la muestra se dividió en dos partes iguales de 1 ml cada una diluyéndose ambas con 0.02 ml (dilución al 2%) de solución salina normal o solución de cloruro de sodio hipertónico al 20%. Se estudiaron las diferencias entre la sangre y las muestras diluidas así como las diferencias entre las muestras diluidas entre sí para determinar el efecto dilucional y los efectos sobre el estado ácido-base. Se compararon los parámetros químicos para determinar el efecto dilucional y en los valores del estado ácido-base para determinar el efecto acidificante entre los datos basales y las muestras diluidas así como entre las muestras diluidas entre sí. Se considero aceptable un error alfa de ≤ 0.01. Las diferencias se estudiaron con el test t de Student.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 14 muestras correspondientes

## ■ Resúmenes

a 6 hombres (57.1%). Diez pacientes (71.4%) fueron quirúrgicos (de estos, 8 cirugías de urgencia), APACHE II: 15.7 ± 6.12, edad: 58.3 ± 19.9. Los datos basales son: Hb: 10.3 ± 1.33, albúmina: 2.59 ± 0.63, glucemia: 140 ± 48.7, urea: 49.8 ± 31.5, creatinina: 1.08 ± 0.75 Na: 138 ± 3.57, K: 4.11 ± 1.0, cloro: 109 ± 6.33. Los datos del EAB son: pH: 7.41 ± 0.08, PCO<sub>2</sub>: 42.8 ± 7.71, HCO<sub>3</sub>: 27.3 ± 4.76, EB: 2.63 ± 5.55. Los datos correspondientes a las muestras diluidas con SSN son: Hb: 10.3 ± 1.33, albúmina: 2.56 ± 0.53, glucemia: 138 ± 49.3, urea: 48.6 ± 30.7, creatinina: 1.03 ± 0.75, Na: 138 ± 3.16, K: 4.01 ± 0.94, cloro: 110 ± 5.73. Los datos del EAB son: pH: 7.40 ± 0.08, PCO<sub>2</sub>: 40.6 ± 6.64, HCO<sub>3</sub>: 25.9 ± 4.65, EB: 1.21 ± 5.42.

Los datos correspondientes a las muestras diluidas con SSH son: Hb: 10.1 ± 1.53, albúmina: 2.4 ± 0.6, glucemia: 144 ± 49.7, urea: 48.6 ± 30.6, creatinina: 1.01 ± 0.77, Na: 212 ± 7.33, K: 3.91 ± 0.33, cloro: 188.3 ± 11.8. Los datos del EAB son: pH: 7.42 ± 0.07, PCO<sub>2</sub>: 36.6 ± 5.36, HCO<sub>3</sub>: 23.8 ± 3.7, EB: -0.47 ± 4.45. Se observó una diferencia significativa entre los valores de urea y creatinina entre los datos basales y los datos correspondientes a las muestras diluidas con SSN y con SSH. No hay diferencia entre los datos de hemoglobina, albúmina y glucemia. Tampoco hubo diferencias entre los datos obtenidos entre las muestras diluidas con SSN y SSH. También se observó una caída significativa de los valores de dióxido de carbono, bicarbonato y exceso de base entre los datos basales y las muestras con SSN y SSH así como entre las muestras de SSN y SSH entre sí.

**Conclusion:** El aporte de una solución de cloruro de sodio a la sangre entera genera acidosis metabólica, cuya magnitud está en relación con la concentración de la sal.

#### 0042 NEUMONIA EOSINOFÍLICA: REPORTE DE UN CASO

GN DE MARCHI, SE NOYA, S MARKIEVICH, M LEGUIZA, S MARE, ML ROMERO  
Sanatorio Julio Mendez, Argentina.

**Introducción:** Desde su descripción como entidad independiente en 1989 son numerosos los casos reportados de neumonía eosinofílica aguda. A pesar de su reconocimiento como etiología de insuficiencia respiratoria aguda, sigue siendo débil la capacidad de diagnóstico y tratamiento correcto.

**Presentación:** HN, 71 años, masculino, con antecedentes de hipertensión arterial, ex tabaquista, EPOC, bronquiectasias, cardiopatía isquémica en 2008 con stent a DA, vasoespasmos de coronaria derecha con tratamiento médico, refería haber retomado el hábito tabáquico dos semanas previas a la consulta. Medicación habitual: AAS, clopidogrel, losartán, hidroclorotiazida, simvastatina, omeprazol, diltiazem, salmeterol y tiotropio. Presentó progresión de disnea habitual, tos, expectoración mucosa, fiebre y episodios de disnea súbita, por lo que consultó. Ingresó hipotenso, con mala perfusión periférica, taquipneico, saturación 80%. Se decidió su internación en nuestra unidad. ECG sin cambios isquémicos agudos, sinusal, 110 lpm. Rx Torax: radiopacidad reticulonodular bilateral a predominio bibasal. Inició tratamiento antibiótico con Ampicilina Sulbactam. Presentó broncoespasmo con regular respuesta al tratamiento. Se procedió a la ARM. TAC de Tórax con contraste endovenoso multicorte: severa afectación intersticial en ambos campos pulmonares en vidrio esmerilado con áreas respetadas hacia los lóbulos superiores y en el segmento apical del lóbulo inferior izquierdo. Áreas de panalización hacia territorios inferiores. Dilataciones bronquiales. Imágenes compatibles con bullas en ambos lóbulos superiores. Se realizó lavado broncoalveolar, con secreciones mucosas difusas, sin lesiones que comprometan la luz de los bronquios. Citológico: macrófagos 17%, eosinófilos 30%, neutrófilos 53%. No se evidenciaron agentes patológicos. Extendido oncológicamente negativo. Cultivo para gérmenes comunes y hongos negativos. Serologías para HIV, EBV, CMV, HCV, HBV, negativas. Cultivos de sangre, orina y esputo, negativos. Se descartaron enfermedades reumatológicas. Ante el diagnóstico de eosinofilia pulmonar aguda se procedió al tratamiento con metilprednisolona 125 mg cada 6 horas por la gravedad del cuadro respiratorio. Pre-

sentó en las primeras 48 horas del tratamiento mejoría progresiva del cuadro respiratorio, procediéndose a la extubación a las 96 hs. Tomografía control: Afectación intersticial bilateral a predominio de territorios inferiores con áreas de panalización y bronquiectasias asociadas. La afectación intersticial que se observa en el examen anterior ha disminuido notoriamente.

**Conclusión:** La neumonía eosinofílica aguda idiopática es una patología infrecuente en la cual la pericia clínica es de suma relevancia para arribar al diagnóstico correcto; ya que el inicio del tratamiento adecuado con corticoides implica una respuesta clínica favorable.

#### 0043 ECMO COMO MEDIDA DE SOPORTE RESPIRATORIO. EXPERIENCIA EN LA TERAPIA INTENSIVA.

MS VENUTI, PA GASTALDI, PD CALO, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** En los últimos años, ha habido un importante progreso en la aplicación de ECMO en la población adulta. Probablemente esto se encuentre relacionado con mejoras tecnológicas, que hacen esta práctica más simple y segura. Sin embargo, a pesar de recientes estudios que sugieren que el ECMO mejoraría la sobrevida en pacientes con síndrome de distress respiratorio del adulto (SDRA), sobre todo en contexto de la pandemia de H1N1, las indicaciones del mismo aún están en discusión.

Nuestro objetivo es describir una serie de casos en los que se utilizó ECMO en contexto de insuficiencia respiratoria hipoxémica, sus complicaciones y resultados.

**Materiales y métodos:** Se incluye en esta serie de casos a 5 pacientes, enrolados entre julio de 2011 y enero de 2012 en una terapia intensiva de adultos. Es un análisis observacional retrospectivo.

**Desarrollo:** De los 5 pacientes, 3 de ellos corresponden a trasplante pulmonar (2 bipulmonar y 1 unipulmonar con falla primaria del graft); 1 corresponde a distress primario en pop de segmentectomía pulmonar y 1 a distress 2rio a sepsis y falla multiorgánica. La PAFI promedio al inicio del ECMO fue 81 (51-137) y su duración de 6,6 días (3-14 días). A todos se los evaluó con ecocardiograma transtorácico y 2 de ellos tuvieron monitoreo invasivo con catéter de swan-ganz. Todos fueron ventilados con estrategia protectora con VT 2-4 ml/kg.

Como complicaciones se observó disfunción de accesos vasculares, alta dependencia del Volumen Minuto y de la Precarga para el correcto funcionamiento del ECMO.

Si bien 3 pacientes presentaron plaquetopenia y sangrados menores, ninguno presentó complicaciones hemorrágicas mayores. 3 pacientes fallecieron, todos secundariamente a falla multiorgánica.

**Conclusiones:** El ECMO es una herramienta nueva para el tratamiento de la hipoxemia, que muestra ser segura, pero que requiere más estudio para definir su utilidad e indicaciones precisas.

#### 0044 MENINGITIS TUBERCULOSA: UNA ALTERNATIVA DIAGNOSTICA

JS PIETROBÓN, JA CACCIAGUERRA GÓMEZ, AF MUSCARELLO, FJ FERREIRO BERTA, EP GUZMÁN HUME, R LAMBERGHINI, MA PRETEL

Aconcagua Sanatorio Privado, Argentina.

**Introducción:** Las neuroinfecciones en terapia intensiva sobre todo la meningitis, son unas de las causas de morbimortalidad más importante dentro de la población joven. La meningitis por TBC se produce por infección primaria o reactivación de infección latente, casi 5 veces más frecuente en pacientes HIV, en general asociado a TBC pulmonar. Su mortalidad es similar en pacientes HIV (+) y HIV (-). Objetivo: Considerar el *Mycobacterium tuberculosis* (MT) como agente etiológico de neuroinfecciones en UTI. Reporte de un caso. Material y Método: Hombre de 27 años, con antecedentes de síndrome febril de 15 días de evolución, malestar abdominal inespecífico, tos no productiva y cefalea. Consulta por guardia por

fiebre y síndrome confusional. Al ingreso, Glasgow 11/15, desorientado, rigidez de nuca y fofobia, poliadenopatía generalizada, APACHE II 12. Ante la sospecha de meningitis se realiza TAC y PL, se envía muestra para cultivos. El resultado del LCR: hipoglucoorraquia, hiperproteinoorraquia con 2 células por campo, tinción con Gram, Zhiel-Neelsen y tinta china negativos. Cultivos para virus, bacterias, hongos y parásitos negativo. TAC cerebro: normal. Ecografía abdominal: adenopatía hiliar hepática. Se inicia tratamiento con Dexametasona, Ceftriaxona y Claritomicina. Permanece en UTI 48 hs con buena respuesta al tratamiento, pasa a sala común. A las 24 hs presenta deterioro del sensorio, APACHE II 17. Se realiza nueva TAC y PL donde persisten los hallazgos anteriores. Se realiza ELISA para HIV que resulta (+), conteo de CD4 <50. Se agrega al tratamiento inicial, Ampicilina, TMS/MXS, Anfotericina B y tuberculostáticos. Franco empeoramiento, en coma, ARM, fiebre persistente. Se solicita IRM cerebral con contraste: normal. Evoluciona con shock refractario, fallece a los 6 días de ingreso. Posterior al óbito se confirma diagnóstico de TBC meningea mediante desarrollo de MT en cultivo de LCR.

**Resultados:** La incidencia de meningitis tuberculosa en HIV es del 10-15%, con un pico en personas de entre 20 y 49 años. Aumenta casi a un 50% si se asocia con TBC pulmonar. En Argentina, la tasa de incidencia de TBC meningea sin lesiones pulmonares es de un 20-30%. Presenta alta morbilidad a pesar del tratamiento tuberculostático. El examen LCR es vital para el diagnóstico temprano, se caracteriza por proteínas elevadas, hipoglucoorraquia, pleocitosis linfocítica, la tinción con Zhiel Neelsen es + en un 25%, reacción de polimerasa en cadena (PCR), en cultivo de LCR con alta sensibilidad y especificidad, Acelular Adenosin Deaminasa (ADA) superiores a 10 UI/l como criterio diagnóstico de meningitis tuberculosa en meningitis aséptica. Es importante hacer PL reiteradas, lo cual no debe demorar el tratamiento empírico.

**Conclusión:** El diagnóstico puede ser difícil pero mantener un alto grado de sospecha es vital para iniciar la terapia precozmente. El pronóstico depende en gran medida del estadio en el que el tratamiento es iniciado. Es más perjudicial demorarlo en espera de la confirmación diagnóstica que la instauración de antibioticoterapia inadecuada.

#### 0045 ANÁLISIS POBLACIONAL Y EVALUACIÓN DE CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE HEMICRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA EN ACV ISQUÉMICO MALIGNO. PROPUESTA DE CRITERIOS DE SELECCIÓN.

V MARQUEVICH, S COSENZA, J FUNES, H MAZZINI, R DE ROSA, G PIROLO, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** La evidencia bibliográfica ha mostrado que la hemicraniectomía descompresiva en pacientes pre-seleccionados con infarto maligno de arteria cerebral media reduce la mortalidad y mejora la evolución funcional. El análisis retrospectivo de nuestra base de datos nos permitió detectar una falta de homogeneidad en la selección de pacientes, llevándonos a proponer un conjunto de criterios.

**Objetivo:** Evaluar pacientes ingresados a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) con diagnóstico de ACV isquémico analizando específicamente el subgrupo de pacientes que presentaron infarto maligno de arteria cerebral media. Proponer una serie de criterios denominados S.T.A.T.E. que nos permitirían establecer la elegibilidad de pacientes que se beneficiarían con la hemicraniectomía descompresiva temprana.

**Materiales y Métodos:** Análisis retrospectivo del registro médico informatizado de los pacientes ingresados a la UCI en el período comprendido entre enero de 2008 a diciembre de 2011 con diagnóstico de ACV isquémico, identificando aquellos pacientes con ACV isquémico maligno definido como un compromiso de más del 50% del territorio de la arteria cerebral media evidenciada en TC o RM realizada al ingreso. En base a una revisión bibliográfica, se propu-

sieron como criterios para la selección adecuada de los pacientes los criterios S.T.A.T.E., sigla que implica: S (Score), T (Tiempo desde el inicio de los síntomas) A (Age, Edad del paciente) T (Territorio afectado) y E (Expectativa de sobrevida).

**Resultado:** Ingresaron a UCI en dicho período 30 pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico. La media de edad fue de 65.8 años (DE ± 17) siendo el 16% de sexo femenino. La media de GCS al ingreso fue de 13 y requirieron asistencia ventilatoria mecánica el 37% de los pacientes. La mediana de estadía en UCI fue 4 días (1-45). La mortalidad global fue de 13%. La media de APACHE II fue de 10.7 (DE ± 7.4). Presentaron infarto maligno de la arteria cerebral media el 16% (5 pacientes), con una mortalidad en este subgrupo del 40%. Fueron sometidos a hemicraniectomía descompresiva 2 de 5 pacientes, presentando una mortalidad del 50%. El paciente que reunió la totalidad de los criterios S.T.A.T.E. sobrevivió.

**Conclusiones:** Los datos epidemiológicos de nuestra población son similares a los documentados estadísticamente en nuestro país. Los criterios STATE podrían facilitar la identificación temprana, la selección adecuada y el tratamiento temprano de los pacientes con alto riesgo de desarrollar infartos malignos de la arteria cerebral media. En caso de reunir todos los criterios la hemicraniectomía descompresiva con duraplastia de urgencia o dentro de las 4 a 6 hs, podría ser considerada. Se propone la utilización de los criterios S.T.A.T.E. como base para la realización posterior de un trabajo prospectivo, multicéntrico para estandarizar la inclusión de los pacientes para dicho procedimiento.

#### 0046 MORTALIDAD ESPERADA POR APACHE II EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS ADMITIDOS A UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

V MARQUEVICH, R QUIROS, M MALLETT, T BALL, M JERMAN, A GIRA, D CZERWONKO, S COSENZA, P PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** El APACHE II (APII) fue utilizado como score para estratificar el nivel de severidad de los pacientes admitidos a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), su uso como estimador de la probabilidad de muerte no ha sido tan difundido. Debido a la introducción de avances tecnológicos y cambios en la terapéutica en el manejo de pacientes neurocríticos, el modelo de Knaus de 1985 para estimar la probabilidad de muerte a partir del APII debería ser revalidado. En este sentido una mortalidad observada menor a la mortalidad esperada podría reflejar el impacto de éstos cambios.

**Objetivo:** Describir las características clínicas de una población de pacientes neurocríticos y estimar la razón estandarizada de mortalidad (REM).

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte. Se incluyeron 280 pacientes neurocríticos mayores de 16 años, internados por al menos 24 horas en la UCI de un Hospital Universitario entre enero de 2008 y diciembre de 2011. Se definió como condición neurocrítica a la presencia de injuria cerebral secundaria a causas clínica o quirúrgicas. Se utilizó la ecuación de regresión logística de Knaus estimando la probabilidad de fallecer en la UCI, ajustada por APII, motivo de ingreso y patología de base. Para evaluar la influencia de cambios temporales en el manejo terapéutico se compararon dos periodos (Periodo 1: 2008-2009; Periodo 2: 2010-2011). Los casos esperados se calcularon como la suma de las probabilidades individuales de cada paciente. La REM se determinó como razón entre los casos fallecidos observados y los esperados. Para cada REM se estimó su IC del 95% estableciéndose como significativa una  $p < 0,05$  para dos colas.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 55 años (rango 16-90), con un 55,4% de varones y una mediana de APII de 9.5 (p25 6-p75 17). El 46,7% (131) de los pacientes ingresaron por causa clínica. Del resto de los pacientes el 32,5% (91) fueron cirugías programadas mientras que el 20,7% (58) fueron de urgencia. La tasa de mortalidad global fue de 11,8%, sin existir diferencias significativas entre

ambos periodos (Periodo 1: 15,4%; Periodo 2: 9,2%; diferencia: 6,2; IC 95% -1,7 a 14,1). La REM global fue de 0,52 (IC 95% 0,34 – 0,69).

**Conclusiones:** La mortalidad observada para cada subgrupo de pacientes fue significativamente menor que la mortalidad esperada (REM <1). La comparación entre periodos mostró un descenso en las REM para los pacientes clínicos y quirúrgicos programados. Al estar ajustado por severidad estos cambios podrían reflejar mejoras en el proceso asistencial de estos pacientes.

Global 2008-2011				
n	Casos observados	Casos esperados	REM	IC 95%
131	13	27.6	0.47	0,21 a 0,73
91	4	9.2	0.43	0,01 a 0,86
58	16	27.3	0.59	0,30 a 0,87
<b>280</b>	<b>33</b>	<b>64.1</b>	<b>0.52</b>	<b>0,34 a 0,69</b>

#### 0047 ATONTAMIENTO MIOCÁRDICO EN HIDROCEFALIA AGUDA. REPORTE DE UN CASO

M. JERMAN, A. GIRA, A. DONA, F. UNGAR, V. MARQUEVICH, R. DE ROSA, P. PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** El atontamiento miocárdico neurogénico es un cuadro de disfunción cardíaca reversible inducida por un evento neurológico agudo en paciente sin antecedentes de insuficiencia cardíaca (IC) ni factores de riesgo coronarios. Ha sido reportado en numerosos casos de insultos cerebrales aunque en pocos casos de hidrocefalia aguda. Se postula como mecanismo teórico la descarga de catecolaminas que realizan sinergia con el tono simpático ya elevado subyacente, generando la sobreestimulación simpática cardíaca lo cual conduciría al daño celular, depresión miocárdica, hipokinesia global con retorno a valores normales a los días o semanas.

**Objetivos:** Reporte de caso

**Resultados:** Paciente de 42 años con antecedentes de espina bifida, mielomeningocele, hidrocefalia holovenricular progresiva portador de válvula de derivación ventriculoperitoneal (VDVP) quien cursó dos meses de internación en UCI por meningitis postquirúrgica asociada a shock séptico a foco abdominal por absceso pericólico con requerimientos de retiro de la VDVP, colocación de ventriculostomía externa y laparotomía exploratoria abdominal. En contexto de shock séptico y soporte vasopresor se realizó ecocardiograma donde se constató función sistólica normal.

Evolucionó al mes de internación con eventos de obstrucción de la ventriculostomía en cuyo contexto intercurrió con evento compatible con edema agudo de pulmón hipertensivo con IC y evidencia en ecocardiograma de hipokinesia global y deterioro moderado de la función sistólica con fracción de eyección (FEY) de 35%, y troponina de 0,021. Se inició tratamiento con IECA y betabloqueantes. El balance hídrico fue neutro en los días previos. Posterior a la reapertura del catéter mejoró el cuadro clínico y se repitió ecocardiograma a las 24 horas evidenciándose mejoría de la función cardíaca (FEY 50%). Presentó como intercurriencia el retiro accidental de la ventriculostomía presentando nuevo evento de IC con deterioro en la FEY al 30% con requerimientos de recolocación de la misma evolucionando con neumovenículo con el consiguiente retraso en la colocación de la válvula de derivación ventriculoatrial.

Evolucionó lucido, con mejoría franca del estado general. Se disminuyó tratamiento con betabloqueantes y se suspendió tratamiento con IECA. Continuó con ventriculostomía externa y fue derivado a centro de tercer nivel con evidencia en ecocardiograma control de función sistólica normal.

**Conclusión:** Presentamos el caso debido a la escasa publicación de casos de hidrocefalia e IC relacionada al atontamiento miocárdico secundario a la misma. Teniendo en cuenta esta entidad, la sospe-

cha precoz y el diagnóstico temprano conducirían a un tratamiento adecuado focalizándose en la reapertura del catéter y drenaje de LCR. La exclusión de otras causas puede producir un retraso en establecer el diagnóstico.

#### 0048 TRATAMIENTO DE ANEURISMA GIGANTE SOBRE DISPLASIA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA. REPORTE DE UN CASO

L. BALLESTRACCI, C. MARTINEZ BARRETO, F. UNGAR, R. DE ROSA, A. CECILIANO, F. VILLASANTE, V. MARQUEVICH, P. PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** La arteria cerebral media tiene la menor frecuencia de anomalías congénitas dentro de todos los vasos intracerebrales. El sitio más frecuente donde aparecen estas displasias es la porción proximal de la arteria cerebral media (segmento M1). El abordaje terapéutico resulta dificultoso cuando se trata de aneurismas gigantes (mayor a 2,5cm), éstos constituyen el 5 % del total de los aneurismas intracraneales. Se ha reportado una mortalidad y discapacidad severa de hasta el 80% en los primeros cinco años posteriores a la ruptura de un aneurisma gigante.

**Objetivo:** Reporte de Caso

**Resultados:** Paciente de sexo masculino de 37 años de edad, diestro, con antecedente de dislipemia, tabaquista, hipertenso en tratamiento con tres drogas y cefaleas de 2 meses de evolución. Consultó por incremento súbito de la intensidad del dolor hasta 10/10 asociado a paresia braquiocrural izquierda no constatada al examen físico al ingreso. Presentaba GCS 15/15. Se realizó TC de cerebro donde se constató hemorragia subaracnoidea difusa y hematoma intraparenquimatoso temporoparietal derecho. Hunt y Hess III, Fisher IV. Se realizó angiografía cerebral donde se constató aneurisma gigante de tipo displásico de la arteria cerebral media derecha. Aneurisma no factible de tratamiento endovascular y con dificultad en el abordaje quirúrgico. Se decidió la intervención quirúrgica realizándose craniectomía frontotemporal derecha. Se realizó el clipado del aneurisma con exclusión del mismo de la circulación arterial. El paciente evolucionó con recuperación íntegra a los 6 meses de evolución.

**Conclusión:** Se trata de una entidad infrecuente con dificultad en la decisión del tratamiento adecuado. El abordaje quirúrgico fue considerado el más efectivo en el contexto de aneurisma gigante sobre arteria cerebral media displásica. Considerando el antecedente de hipertensión y cefaleas progresivas, la solicitud temprana de un estudio por imágenes podría conducir a su detección temprana.

#### 0049 HIPERTENSION ENDOCRANEANA E HIDROCEFALIA AGUDA SECUNDARIA A NEUROCISTICERCOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO

F. CARLUCCI, J. GARCIA, L. BALLESTRACCI, M. JERMAN, M. L. PE-REYRA, S. COSENZA  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** A pesar de ser la infección por helmintos más frecuente del sistema nervioso, endémica en América latina son pocos los casos documentados en donde la presentación inicial es la hidrocefalia aguda con hipertensión endocraneana asociada.

En la mayoría de los casos sigue un curso lentamente progresivo el cual puede interrumpirse por episodios súbitos de pérdida de conciencia relacionados con movimientos de la cabeza (Síndrome de Bruns) cuando la causa es un cisticerco en el IV ventrículo.

Su diagnóstico se establece mediante la detección de anticuerpos anti cisticerco en sangre y LCR. Los hallazgos imagenológicos más característicos son las calcificaciones.

**Objetivo:** Reporte de Caso

**Resultados:** Paciente masculino de 25 años que consulta por cefalea frontal, mareos y deterioro en el estado de conciencia GCS 13/15.

Con respuesta parcial a órdenes. Se realizó tomografía computada de cerebro de urgencia donde se informó dilatación de los ventrículos laterales, tercer y cuarto ventrículo con edema periventricular en cuernos frontales y colapso de cisternas basales. Imágenes nodulares hipodensas lateral izquierda al IV ventrículo. Pequeñas calcificaciones en plexo coroideo del ventrículo lateral, occipital izquierdo en tálamo y putamen derecha. RM con mismos hallazgos. Presentó evento de pirogenemia. En laboratorio presentó leucocitosis, LCR patológico con pleocitosis e hiperproteínorraquia e hipoglicorraquia. Se tomaron cultivos y se inició tratamiento antibiótico empírico con vancomicina y trimetoprimasulfametoxazol por antecedente de alergia a penicilina. Se recibió resultado positivo del enzoinmunoensayo (ELISA) de 0.75 en suero para cisticercosis. Se inició tratamiento con corticoides y albendazol. Completó 45 días de tratamiento. Evolucionó con síndrome de hipertensión endocraneana con requerimientos de drenaje lumbar de LCR para descompresión con posterior colocación de una válvula de derivación ventrículo peritoneal

**Conclusión:** Presentamos el caso debido al inusual reporte en la literatura de esta forma de presentación aguda manifestada por hidrocefalia e hipertensión endocraneana con requerimientos de válvula de derivación ventriculoperitoneal siendo este cuadro una manifestación infrecuente del síndrome de Bruns.

#### 0050 ENCEFALITIS AUTOINMUNE. REPORTE DE UN CASO

J. GARCIA, F. CARLUCCI, M. JERMAN, A. GIRA, D. MONARDO, J. BUERI, P. PRATESI  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** La encefalitis autoinmune es un cuadro neurológico infrecuente, rápidamente progresivo, caracterizado por trastornos mnésicos, psiquiátricos y convulsiones. Algunos subtipos de esta entidad se encuentran asociadas a síndromes paraneoplásicos. Dada su baja prevalencia, su diagnóstico es dificultoso debiendo descartar etiologías más frecuentes. El tratamiento temprano se asocia a mejor evolución neurológica.

**Objetivo:** Reporte de Caso

**Resultados:** Paciente femenina de 25 años derivada de otro centro por cuadro neurológico de cinco semanas de evolución, caracterizado por hipertonia, mioclonías, convulsiones tónico clónicas, síndrome disautonómico y deterioro en el estado de conciencia. Se realizó punción lumbar sin evidencia de alteraciones en fisicoquímico y cultivo de LCR. Finalizó tratamiento empírico con aciclovir y ceftriaxona. Se realizaron estudios de imágenes sin evidencia de hallazgos patológicos. En electroencefalogramas iniciales no presentó alteraciones. Persistió con deterioro del estado de conciencia. Se realizaron EEG diarios que evidenciaron posteriormente descargas compatibles con status epiléptico. Requiere asistencia ventilatoria mecánica. Presento status epiléptico refractario requiriendo tratamiento con difenilhidantoína, levetiracetam, topiramato, ácido valproico y coma barbitúrico. Habiendo descartado las causas más frecuentes de encefalitis y sin mejoría de su cuadro clínico se realizó biopsia cerebral donde se informan cambios compatibles con meningoencefalitis de etiología autoinmune. Se solicitó dosaje de anticuerpos anti canales de potasio (VGKC - Ab), anticuerpos anti LG 1 y anti NMDA no autorizados inicialmente por su financiador de salud. Se realizó screening oncológico sin evidencia de enfermedad neoplásica. Se inició tratamiento con metilprednisolona 1gr/día por 5 días y ante la falta de respuesta se realizó tratamiento con inmunoglobulina humana hiperinmune 125gr. Evolucionó con resolución del status convulsivo. Se logró la desvinculación de la asistencia ventilatoria mecánica. Presentó mejoría progresiva logrando a los 3 meses de internación el egreso hospitalario siendo autoválida para las actividades básicas de la vida cotidiana. Continuó tratamiento inmunosupresor ante el riesgo de recurrencia.

**Conclusión:** Presentamos este caso debido a que se trata de una patología infrecuente cuyo diagnóstico fue tardío y dificultoso. De-

bido a que en nuestro medio la titulación de anticuerpos no está disponible, y considerando que el tratamiento precoz se encuentra asociado a un mejor pronóstico, la terapéutica inmunosupresora no debería ser retrasada a la espera de los resultados de pruebas confirmatorias como la biopsia cerebral y/o el dosaje de anticuerpos específicos.

#### 0051 IMPLEMENTACION DE UN ALGORITMO DE MANEJO PARA LA INDUCCION DE HIPOTERMIA TERAPEUTICA POSTERIOR A PARO CARDIACO SECUNDARIO A FIBRILACION VENTRICULAR.

F. CARLUCCI, V. MARQUEVICH, J. NUÑEZ, F. LIPZSYC, F. UNGAR, J. ALVAREZ, G. MUSANTE, J. BUERI, A. HITTA, S. COSENZA, P. PRATESI

Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** La hipotermia terapéutica (HT) disminuye la mortalidad y mejora la evolución neurológica en pacientes en estado comatoso posterior a paro cardíaco (PC) secundario a FV/TV sin pulso, con recuperación espontánea de la circulación (REC). Su uso no se encuentra estandarizado en la mayoría de las unidades críticas de nuestro país.

**Objetivo:** Presentación de caso clínico e implementación de algoritmo de manejo para la inducción de HT.

**Materiales y Métodos:** Revisión bibliográfica que permitió el desarrollo de una guía con algoritmo de manejo. Se implementó el mismo en este caso clínico.

**Resumen:** Paciente masculino de 56 años con antecedentes de dislipemia, tabaquista, HTA quien presentó evento de PC. Se iniciaron maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) básica dentro de los 3 minutos del evento. Ingresó a nuestro hospital a los 20 minutos, donde se constató ritmo de FV. Posterior a maniobras de RCP revirtió a ritmo sinusal con REC a los 30 minutos de iniciado el PC. Se constató en ECG supradesnivel del ST en cara inferoposterolateral. Se realizó coronariografía donde se constató lesión severa de dos vasos y se realizó angioplastia con un stent convencional a ambos vasos. Se colocó en contexto de shock cardiogénico balón de contrapulsación intraaórtica. Requiere soporte vasopresor e inotrópico con noradrenalina y dopamina. En ecocardiograma se evidenció aquinesia inferoposterior con hipoquinesia global con fracción de eyección del 30%. Evolucionó con estado comatoso (GCS 7/15). Se inició tratamiento con HT según algoritmo. Se realizó la inducción con 20 ml/kg de cristaloides fríos y paquetes de hielo. Para el mantenimiento se conectó a un sistema de enfriamiento externo con sábanas con circulación de agua a temperatura controlada con el objetivo de alcanzar una temperatura central de 34°C la cual fue lograda dentro de las 6 horas del ingreso. Se realizó sedoanalgesia con fentanilo y propofol. Los escalofríos fueron controlados inicialmente con paracetamol requiriendo a las 9 hs relajación neuromuscular por escalofríos refractarios. A las 12 horas se tomaron hemocultivos de control. No presentó alteraciones electrolíticas o coagulopatía. Evolucionó a las 16 hs de iniciada la HT con shock cardiogénico refractario. Se suspendió la HT logrando el recalentamiento pasivo alcanzando los 36.5° C a las 8 hs. Evolucionó con recuperación íntegra. Retornó a sus actividades habituales encontrándose luego de 3 meses sin secuelas neurológicas.

**Conclusiones:** Ante la necesidad institucional de un protocolo adecuado a nuestra complejidad se desarrolló una guía de manejo. Mediante una revisión bibliográfica se detalló el mecanismo de acción postulado, los métodos de enfriamiento, las fases de la HT y sus efectos adversos. Se confeccionó un algoritmo de manejo para sistematizar la implementación e incentivar el uso de la HT. Se aplicó el algoritmo en un caso clínico y se comunicaron los resultados. Proponemos la implementación sistemática del uso de la HT en pacientes, que luego de la REC, posterior a PC secundario a FV o TV persisten en estado comatoso.

**0052 CALIDAD DE VIDA EN LA TERAPIA INTENSIVA**

GA SIBILA, M GUAYMAS, A MARINO

Complejo medico Churruca Visca, Argentina.

**Introducción:** La calidad de vida depende de determinados factores físicos y psicológicos, ambos influenciados por el estado nutricional. Sobre todo, en las personas que se desenvuelven dentro de un ámbito tan extremo como las unidades de cuidados críticos.

**Objetivos:** Analizar a la población que trabaja en la Terapia Intensiva (UTI) y mejorar su calidad de vida, disminuyendo los factores de riesgo.

**Materiales y Métodos:** Análisis descriptivo prospectivo de 2 Terapias Intensivas de la Capital Federal, ( Hospital Churruca Visca y Clínica del Sol) durante los meses de diciembre, enero, y febrero del 2012. Para ello se utilizó: encuesta escrita anónima, balanza para peso y talla, cinta métrica, tensiómetro y laboratorio.

**Análisis y Resultados:** Se encuestaron y analizaron 117 personas en total, de los cuales 79 son mujeres y 38 varones. Promedio de edad de 37.5 años. Con un peso máximo de 150 Kg y mínimo de 45 kg. ambos encontrados en el Hospital Churruca. Promedio de peso en total de 73 kg. y el índice de masa corporal (IMC) total de 26.7. Con hs de sueño en ambos lugares de 5.8 hs. El perímetro abdominal promedio de 91.72 cm, siendo mayor en las mujeres del Hospital Churruca con 92 cm y los varones de 101 cm en total. Sin actividad física del personal 56.4% del total analizado. Con mayor ingesta de medicación en el personal del Hospital Churruca y más antecedentes patológicos. No hubo alteraciones significativas en el laboratorio: Glucemia promedio de 87.9 mg/dl, TG de 136, HDL 45.8 y TA de 130/80.

**Conclusión:** Con éste simple trabajo se intenta representar la calidad de vida de los integrantes de las Terapias Intensivas. Las personas que se desempeñan en las mismas, duermen poco, sin respetar el ritmo circadiano, ya que lo hacen de manera fraccionada a lo largo del día. No realizan actividad física permanente, la mayoría iniciaba sus actividades en el momento de la encuesta, influenciado por la época del año. Si bien la diferencia del IMC entre una institución y otra fue de 3 puntos, cabe analizar que se trata de 9 kg de diferencia. Se encontró el perímetro abdominal mayor en las mujeres, ya que son mayoría dentro de la UTI. Hay que destacar que edades más jóvenes están en el Hospital Churruca pero con más antecedentes patológicos y medicación. Se debe tener en cuenta al trabajo dentro de unidades críticas como factor de riesgo para empeorar nuestra calidad de vida. Representando riesgo de síndrome metabólico y resistencia insulínica para el personal si no toman conciencia y mejoran determinados aspectos de su vida diaria.

**0053 MENINGITIS ASEPTICA Y TOXICODERMIA ASOCIADA A LAMOTRIGINA. REPORTE CASO CLINICO.**

AC RODRIGUEZ, PM MORALES, JF SINNER, PA GASTALDI, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

En el presente reporte se describe el caso de una mujer de 38 años que desarrolla meningitis aséptica, toxicodermia y hepatitis, 30 días posteriores al consumo de lamotrigina como parte del tratamiento de un trastorno afectivo bipolar, sintomatología que desaparece paulatinamente con la suspensión del fármaco mostrando recuperación ad integrum.

**Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino de 38 años, trabajadora del área de la salud con antecedentes de miomatosis uterina, tratamiento de fertilización asistida y aborto inducido e intento de suicidio por lo cual requirió internación en psicopatología.

Treinta días previos a la consulta inicio tratamiento con venlafaxina, Clonazepam, trifluoperazina y lamotrigina con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar.

Se presenta a la guardia por cuadro consistente en odinofagia, fiebre y erupción puntiforme asociado a rash eritematoso en cara anterior de ambos miembros superiores, se trata ambulatoriamente

con antihistamínicos y AINES. Una semana después la paciente es traída a la guardia por exacerbación de la sintomatología extendiéndose el rash a tronco, extremidades y cuero cabelludo, asociado a excitación psicomotriz, confusión y fiebre con tendencia a la agresividad por lo cual requiere sedación y ARM, temperatura de 40°, pupilas isocóricas normo reactivas, rigidez de cuello sin signos de foco motor. Se observan lesiones maculo papulosas eritematosas en manos (dorso y palmas), tronco, cuero cabelludo, piernas y miembros superiores sin afectación de mucosas (Imagen 1 y 2). Laboratorio con alteración del hepatograma a predominio enzimático y leucocitosis, (Ver Tabla 1) función renal normal. Se realiza punción lumbar que evidencia: líquido cristal de roca, con presión de apertura de más de 40 cm H<sub>2</sub>O, (Ver tabla 2). Tinción de gram: negativa para gérmenes. Se realiza TAC de cerebro que no evidencia alteraciones. Tc de tórax y abdomen: Escaso derrame pleural bilateral. Serología para HIV negativa 1 mes antes de la consulta. Se interna en la unidad de Terapia Intensiva, se suspende medicación habitual, se toman cultivos de sangre y muestras para serologías virales, se inician corticoides sistémicos y tratamiento antibiótico con Ceftriaxona, Ampicilina y Aciclovir ante la posibilidad de meningitis bacteriana y viral.

Se solicita valoración por dermatología quienes realizan biopsia de piel que reporta: epidermis con vacuolización de la capa basal y exocitosis de linfocitos. Dermis con infiltrados inflamatorios mononucleares peri vasculares e intersticiales que podría estar vinculado a cuadro de toxidermia.

A las 72 horas ante los resultados negativos se deciden retirar antibióticos y antivirales. Evoluciona favorablemente obteniendo adecuada respuesta, se logra la desconexión de la ventilación mecánica a los 8 días, se evidencia remisión de las lesiones en piel y normalización progresiva de los parámetros de laboratorio, se reinicia alimentación enteral, y a 12 días de el ingreso se da el alta domiciliaria con recuperación ad integrum.

**0054 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SEGÚN RIFLE Y AKIN: ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO**G SALGADO<sup>1</sup>, M LANDA<sup>1</sup>, D MASEVICIUS<sup>2</sup>, A RISSO-VÁZQUEZ<sup>2</sup>, S GIANASSI<sup>3</sup>, S VILLAROE<sup>3</sup>, JE SAN ROMÁN<sup>3</sup>, L SILVA<sup>4</sup>, M VELÁZQUEZ<sup>4</sup>, J HERNÁNDEZ<sup>4</sup>, M GIMÉNEZ<sup>5</sup>, G CAÑARTE-BERMÚDEZ<sup>6</sup>, O TEJERINA<sup>7</sup>, C DÍAZ<sup>7</sup>, G VEGA<sup>7</sup>, P DÍAZ-CISNEROS<sup>8</sup>, T CASTAÑO<sup>8</sup>, R FRANCHINO<sup>8</sup>, F CICCIO<sup>9</sup>, V ROLFO<sup>9</sup>, JL DO PICO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Ferreyra Necochea, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Otamendi, Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> Hospital Italiano (central), Buenos Aires, Argentina. <sup>4</sup> Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Jujuy, Argentina. <sup>5</sup> Clínica de los Virreyes, Buenos Aires, Aruba. <sup>6</sup> Hospital del IESS, Portoviejo, Ecuador. <sup>7</sup> Hospital Pablo Soria, Jujuy, Argentina. <sup>8</sup> Hospital Municipal Ramón Santamarina, Tandil, Argentina. <sup>9</sup> Hospital Municipal Leónidas Lucero, Bahía Blanca, Argentina.

**Introducción:** La definición de Insuficiencia Renal Aguda (IRA) experimentó grandes cambios. Los sistemas RIFLE y AKIN intentan unificar el método diagnóstico, pero existe gran variabilidad en la aplicación sus criterios. En consecuencia los datos de incidencia y mortalidad no son claramente comparables.

**Objetivo:** Determinar la incidencia de Injuria Renal Aguda (IRA) en pacientes críticos usando RIFLE y AKIN, y evaluar su capacidad de predecir mortalidad y tiempo de estadía en la Unidad de Cuidados Críticos (UCC).

**Materiales y métodos:** Estudio observacional prospectivo multicéntrico, realizado de Febrero de 2010 a Febrero de 2011, sobre 627 pacientes de 9 UCC de Argentina durante los 7 primeros días de admisión. Se aplicaron RIFLE y AKIN por criterios urinario (CU) y creatinina (CC) juntos y separados. Se utilizó la Diuresis Horaria Promedio (DHP) para aplicar el CU uniformemente. Datos procesados por Excel y SQL, y analizados por SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Se utilizaron test de Levene, Comparación

de Medias/Promedios T de Student y Chi-cuadrado, con 95% de confianza.

**Resultados:** La incidencia de IRA fue de 69.4% y 51.8%, según RIFLE y AKIN respectivamente. La mayor proporción presentó el grado leve (R de RIFLE 44.2% y 1 de AKIN 60%). RIFLE detectó mayor cantidad de pacientes con IRA de grados intermedio y grave. RIFLE y AKIN juntos detectaron más casos de IRA que separadamente. Al aplicar sólo el CU se detectaron más casos de IRA que al utilizar sólo el CC. Los pacientes con IRA fueron más añosos y con valores de IMC, APACHE II y SOFA mayores que aquellos sin IRA. No hubo relación entre la incidencia de IRA y los días de estadía en UCC. Sólo 34 pacientes recibieron Terapias de Soporte Renal. La diuresis fue menor y la creatinina plasmática mayor en los pacientes con IRA, pero la sensibilidad de ambos fue baja. La mortalidad de los pacientes con IRA fue de 40.9% y 44,6% para RIFLE y AKIN, significativamente mayor a la de los pacientes sin IRA, y aumentó al empeorar la gravedad. La mayor mortalidad se observó en la UCC y en pacientes no quirúrgicos.

**Conclusiones:** Si comparamos la eficacia de RIFLE y AKIN para la detección de IRA, RIFLE identificó mayor cantidad de casos. La aplicación de RIFLE y AKIN juntos fue más efectiva que la de cada uno por separado. El CU fue más eficaz que el CC. La presencia de IRA y sus niveles de gravedad tuvieron correlación con la mortalidad, pero no con los días de estadía en UCC. La caída del ritmo diurético podría considerarse de valor pronóstico. La implementación de la DHP fue útil para unificar la aplicación del CU y lograr resultados comparables.

#### 0057 EFECTOS HEMODINÁMICOS SISTÉMICOS Y MICROCIRCULATORIOS DE LA DOBUTAMINA EN PACIENTES CON SHOCK SÉPTICO

C ENRICO<sup>1,2</sup>, VS KANOORE EDUL<sup>1,2</sup>, A RISSO VAZQUEZ<sup>1</sup>, MC PEIN<sup>1</sup>, RA PÉREZ DE LA HOZ<sup>1</sup>, C INCE<sup>3</sup>, A DUBIN<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Sanatorio Otamendi y Miroli, Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. <sup>3</sup> Erasmus Medical Center, University Medical Center, Rotterdam, Países Bajos.

**Objetivo:** La dobutamina es la droga habitualmente empleada en el shock séptico para mejorar el volumen minuto cardíaco y la perfusión tisular. Sin embargo, sus efectos hemodinámicos sistémicos son difíciles de predecir. Además, sus acciones microcirculatorias han sido insuficientemente estudiadas. Nuestro objetivo fue caracterizar las diferentes respuestas cardiovasculares sistémicas y microvasculares a la dobutamina e identificar sus predictores. Nuestra hipótesis fue que la dobutamina principalmente genera taquicardia y vasodilatación, y es incapaz de mejorar la microcirculación, en pacientes con shock séptico.

**Material y método:** En 23 pacientes con shock séptico y evidencias de hipoperfusión, se administraron dosis crecientes de dobutamina (0, 2.5, 5.0, and 10.0 µg/kg/min), con intervalos de 20 minutos. La hemodinamia sistémica fue evaluada por medio de catéteres arteriales y pulmonares y la microcirculación sublingual con un sistema de videomicroscopía (sidestream dark field-SDF-imaging). La fracción de eyección del ventrículo izquierdo fue determinada, en condiciones basales, por ecocardiografía transtorácica.

**Resultados:** Globalmente, la dobutamina incrementó la frecuencia cardíaca, el índice cardíaco y el índice sistólico. La presión arterial media no se modificó y la resistencia vascular sistémica disminuyó. No obstante, las respuestas individuales fueron heterogéneas. El índice sistólico aumentó en el 52% de los pacientes. En comparación con los pacientes que no tuvieron modificaciones en el índice sistólico, aquéllos que lo elevaron tuvieron menores cambios en la presión arterial media ( $3 \pm 16$  vs.  $-10 \pm 6$  mm Hg,  $p = 0.02$ ) y mayores aumentos en el índice cardíaco ( $1.47 \pm 0.93$  vs.  $0.20 \pm 0.5$  l/m/m<sup>2</sup>,  $p = 0.0005$ ). Las variaciones en el índice sistólico correlacionaron con la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (Pearson  $r = 0.55$ ,  $p = 0.006$ ). La densidad capilar perfundida ( $14.0 \pm 4.3$  vs.  $14.8 \pm 3.7$

mm/mm<sup>2</sup>,  $p = 0.20$ ), así como otras variables microcirculatorias, se mantuvieron inalteradas independientemente de los cambios en el volumen minuto cardíaco y la presión arterial.

**Conclusiones:** La dobutamina produjo efectos cardiovasculares muy variables. El índice sistólico sólo se incrementó en la mitad de los pacientes y la presencia de disfunción sistólica en el ecocardiograma fue el único parámetro asociado con la elevación del índice sistólico. Finalmente, la dobutamina no demostró efectos beneficiosos sobre la microcirculación sublingual.

#### 0058 TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA AL VENTILADOR: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA E IMPACTO EN LOS PACIENTES CRÍTICOS

E MANRIQUE<sup>1,2</sup>, Y KAHAN<sup>1</sup>, G CEPEDA<sup>1</sup>, M BRIZUELA<sup>1,2</sup>, C AHUMADA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Transito Caceres de Allende, Argentina. <sup>2</sup> Hoapital Misericordia, Argentina.

**Introducción:** Las infecciones respiratorias bajas asociadas al ventilador son infecciones frecuentes en los pacientes críticos, conociéndose con más detalle las características de la neumonía asociada al ventilador (NAV), en cambio la traqueobronquitis asociada al ventilador (TAV) posee definiciones, características y manejos actualmente poco claros. La fisiopatogenia se basa en la colonización de la vía aérea baja a través del tubo endotraqueal generando inflamación, luego infección, la cual si progresa puede llegar generar una NAV. **Objetivos:** La razón de este estudio fue determinar la incidencia de la TAV en los pacientes ventilados por más de 48 hs, los gérmenes causantes y realizar una aproximación del impacto sobre la evolución de los pacientes.

**Materiales y métodos:** El estudio se realizó en la unidad de terapia intensiva (UTI) del Hospital Transito Caceres de Allende desde el mes de Septiembre de 2010 hasta marzo de 2011. La TAV se definió como: fiebre ( $>38^{\circ}\text{C}$ ) sin otra causa que la explique, nueva aparición de esputo purulento o incremento en la producción y cultivo positivo del aspirado traqueal (AT) sin evidencia radiológica de NAV, en pacientes ventilados por un periodo mayor a 48 hs. Se realizaron aspirados traqueales para cultivos cuantitativos, en forma rutinaria a las 48 hs del comienzo de la AVM y en forma semanal, o en el momento de sospecha del desarrollo de la TAV. Se considero positivo el cultivo con el desarrollo de  $10^6$  unidades formadoras de colonias (UFC) por mililitro (ml).

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes de los cuales el 76% eran pacientes no quirúrgicos y el 36% eran no quirúrgicos. 2 pacientes se excluyeron por presentar NAV sin TAV previa. De los pacientes incluidos 18 (45%) desarrollaron TAV y 22 (55%) no tuvieron TAV. De los pacientes con TAV falleció el 41% vs 26% para los que no tuvieron TAV ( $p = \text{ns}$ ). Tuvieron una internación en UTI promedio de  $31,47 \pm 32$  días vs aquellos que no presentaron TAV que permanecieron  $10,87 \pm 3,12$  días. En AVM estuvieron  $23 \pm 32,49$  días vs  $8,26 \pm 3,89$  días, respectivamente ( $p = \text{ns}$ ). La necesidad de traqueotomía en pacientes con TAV fue del 42% vs 8% en pacientes sin TAV (OR: 7,64 95%, IC 1,57-37,7;  $p = 0,01$ ).

**Conclusión:** Los resultados de este estudio indican que la traqueobronquitis es una infección intranosocomial común en pacientes ventilados mecánicamente en nuestra unidad de cuidados intensivos. La TAV fue asociada con mayor estadía en la UTI, días de ventilación mecánica, de necesidad de traqueotomía. Otros estudios son necesarios para evaluar estos resultados, y evaluar el real impacto de esta entidad en los pacientes críticos, y así establecer adecuadas estrategias de manejo.

#### 0060 TRAQUEOTOMIA PERCUTÁNEA SIN BRONCOSCOPÍA: UN PROCEDIMIENTO AL ALCANCE DEL TERAPISTA

DJ FIRRO, JA VAZQUEZ, DN CHIACCHIARA, S BORELLO, E PESAT, MA ESTRIN, G CARQUEIJEDA-ROMAN

Hospital Santojanni, Argentina.

**Introducción:** En los últimos años, la traqueotomía percutánea ha ganado gran aceptación como técnica alternativa a la quirúrgica. El presente trabajo tiene como objetivo cuantificar los resultados de dicho procedimiento llevado a cabo por un equipo de clínicos y kinesiólogos especialistas en medicina crítica sin apoyo broncoscópico.

**Métodos:** Estudio prospectivo, observacional, descriptivo. En el que se registraron los datos demográficos y clínicos de un grupo de pacientes (p) críticos sometidos a traqueotomía percutánea (por el método de Ciaglia modificado por Byhahn) durante un periodo de estudio de 13 meses.

**Resultados:** Entre el 01 de Enero del 2011 y el 31 de Enero del 2012 ingresaron al servicio de emergencias un total de 1238 pacientes, indicándose traqueotomía en 55 de ellos. Se realizaron 7 traqueotomías quirúrgicas por lo que se estudiaron finalmente 49 p, Sexo masculino 16 (36.7%), edad:  $56.8 \pm 17.1$ , APACHE II:  $20.1 \pm 6.2$  SAPS II:  $39.2 \pm 13.9$  Días de internación:  $14.7 \pm 6.5$ , Días de ARM:  $12.1 \pm 7.3$ . El procedimiento fue exitoso en 48 p (98%), 2 p (4.1%) presentaron sangrado como complicación, se destetaron 30 p (61.2%), se lograron decanular 21 p (42.9%) y fallecieron 10 p (20.4%) en terapia intensiva y 17 p en el hospital (34.7%).

**Conclusión:** La traqueotomía percutánea parece ser un procedimiento seguro y con escasas complicaciones en pacientes seleccionados. La misma se puede llevar a cabo sin broncoscopio por un equipo de clínicos y kinesiólogos.

#### 0061 SHOCK HIPOVOLEMICO GRAVE SECUNDARIO A CRISIS HEMOLITICA AUTOINMUNE: UNA CAUSA INFRECUENTE DE INGRESO AL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA

MC ADDUCCI, RE GOMEZ PAZ, JA VAZQUEZ, C CORONEL, JE MENDEZ

Hospital Italiano "Agustin Rocca", Argentina.

**Introducción:** Presentamos el caso de una paciente que sufrió un cuadro de anemia hemolítica auto-inmune (AHA) por ceftriaxona.

**Caso clínico:** Paciente de raza blanca caucásica, sexo femenino, 48 años con múltiples antecedentes que ingresa al servicio de Emergencias por fiebre, deterioro del sensorio y hematuria posterior a una crisis de dolores lumbares luego de una dosis de ceftriaxona. Con diagnóstico de shock séptico a foco urinario ingresa a terapia intensiva donde se realizan hemocultivos y urocultivo y se inicia tratamiento con vancomicina + imipenem. Desde el ingreso se observa una anemia severa con hematocrito de 20,6%, leucocitos de 13500, plaquetas 205000, glucosa 206, urea 118, creatinina 0,8 bilirrubina total de 1,2 TGO 138, TGP 52, FAL 46, y LDH de 1547 TP de 36% y KPPT de 38" ácido láctico 7,4 y gasometría arterial con acidosis metabólica leve sin acidemia. Se constata anemia hemolítica por lo que se solicita estudio inmuno-hematológico que informó prueba de Coombs directa positiva para anti-IgG y anti-C3d.

La paciente en las primeras horas evoluciona en forma desfavorable con mayor deterioro del sensorio, hipotensión arterial, signos de mala perfusión distal por lo que se mantiene carga con fluidos, vasopresores (noradrenalina) y se inicia asistencia ventilatoria mecánica. Dada la grave caída del hematocrito (8%) y las alteraciones de la coagulación se transfunden glóbulos rojos y plasma.

Luego de seis días de internación, la paciente finalizó el proceso de desvinculación de la asistencia respiratoria mecánica y no hubo requerido más transfusiones. Los cultivos resultaron negativos. Ocho días después de su ingreso la paciente fue dada de alta de la unidad. Se realizaron las pruebas directas para detectar anticuerpos anti-ceftriaxona.

**Comentario:** Las crisis hemolíticas auto-inmunes son una rara causa de ingreso a las salas de emergencia. Sin embargo, una concisa revisión de la literatura nos permitió observar que esta entidad se está diagnosticando cada vez con más frecuencia.

Tanto los casos que resultaron fatales (70%) como los no fatales presentaron ciertas características clínicas comunes que conviene resaltar. En primer lugar, la aparición de dolor lumbar, con palidez y episodio febril es casi constante en la bibliografía. La aparición

de hematuria y/o hemoglobinuria también es un hecho altamente frecuente. La revisión de la literatura, mostró que el test directo de antiglobulina fue positivo para anticuerpos anti-C3d, o anti-IgG en la mayoría de los casos. En el caso de nuestra paciente, ésta presentó ambos, siendo esto último solo observado en 4 de los 16 casos analizados en la literatura.

**Conclusiones:** Aunque se han reportado pocos casos de AHA inducida por ceftriaxona, es probable que la misma sea infrecuente aunque no excepcional. Nuestra paciente sufrió un proceso de AHA por formación de un complejo ternario fármaco-anticuerpo-célula diana. Las Inmunoglobulinas involucradas fueron la IgG y la IgM.

#### 0062 EDEMA AGUDO DE PULMÓN A PRESIÓN NEGATIVA. REPORTE DE 2 CASOS. REVISIÓN DE LA LITERATURA

A DÍAZ, A NISNIK, M HEREDIA, J BARTOLI

Clínica Reina Fabiola - Córdoba, Argentina.

**Introducción:** La Incidencia y Prevalencia de esta entidad ronda el 0,1-1% y se considera infradiagnosticada. La fisiopatología es multifactorial, afecta a personas jóvenes, previamente sanos, que desarrollan en forma súbita un cuadro de Edema Agudo de Pulmón (EAP) perioperatorio, siguiendo a un espasmo laríngeo ó de manera secundaria a la Maniobra de Mueller (inspiración con glotis cerrada que aumenta la presión intratorácica negativa).

Tabla1: Clasificación

	EAPPN TIPO1	EAPPN TIPO2
Características	Obstrucción aguda de la vía aérea superior. Aparece a los 60 minutos de la extubación, aunque hay reportes hasta 4-6 hs después.	Obstrucción crónica de la vía aérea. Aparece casi siempre inmediato al alivio de esa obstrucción.
Causas	Laringoespasmo posextubación, epiglotitis, crup, cuerpo extraño laríngeo, estrangulación, obstrucción de la cánula traqueal, tumor laríngeo, bocio, casi ahogamiento, etc.	Posterior a amigdalectomía o adenoidectomía, posterior a la exéresis de un tumor en la vía aérea, estenosis coanal, úvula hipertrófica.

\* EAPPN: Edema Agudo de Pulmón a presión negativa.

**Objetivo:** Reportar 2 casos de una patología de baja incidencia y difícil diagnóstico.

**Caso 1:** Varón de 27 años, antecedentes de Enfermedad de Crhon desde 2 años antes tratado con Mesalazina 4 grs/d y Azatioprina 100 mg/d, Extabaquista, Amigdalectomizado. Ingresó a la institución para Fibrocolonoscopia de control de su enfermedad, Riesgo ASA1. Fue sometido a anestesia con propofol y remifentanilo sin intubación, apoyado con oxígeno a través de mascarabolsa-reservorio, dos horas después del procedimiento presentó dolor torácico, tos con expectoración hemoptoica, saturación de oxígeno de 88%, estertores crepitantes húmedos bilaterales. Rx de Tórax; infiltrado alveolointersticial bilateral. PaO<sub>2</sub>: 60 mmhg. ECG: Taquicardia sinusal. Ingresó a Terapia Intensiva. Se trató con restricción de fluidos, furosemida y Ventilación No Invasiva (VNI). Evolucionó favorablemente con mejoría clínica y radiológica en 48hs.

**Caso 2:** Varón de 33 años con antecedentes de Apendicectomía y Alérgico a Penicilinas. Fue sometido a una Septum-Plastia bajo anestesia general. Luego de la Extubación presenta obstrucción severa de la vía aérea superior desarrollando esfuerzos inspiratorios muy intensos, tras lo cual instala insuficiencia respiratoria hipoxémica, taquicardia, taquipnea y secreciones hemoptoicas, saturación de O<sub>2</sub> 60%, T<sup>a</sup>38° y TA: 140/80. Rx de Tórax: infiltrado alveolointersticial difuso bilateral. Ecocardiograma: normal. Tratamiento: VNI con mala respuesta por lo cual se intubó y se lo ventiló con VCV : VT; 500cc, FR: 18, TI: 1:3 PEEP: 12 , FIO<sub>2</sub>: 0,5

CE: 34, Pr Plateau: 25. Resolvió su cuadro clínico a las 48 hs pero presentó una Neumonía por Broncoaspiración que demoró 10 días en resolver con antibióticos.

**Conclusión:** El intensivista debe estar preparado para sospechar esta entidad cuando el mecanismo de presión negativa esté involucrado.

### 0063 APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA LA RETIRADA DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA

SM MERCADO, AE MENCHACA, N MONTEVERDE, C OLAGUE  
Centro Pereira Rossell Montevideo, Uruguay.

La asistencia respiratoria mecánica (ARM) es un recurso terapéutico que ha mejorado el pronóstico vital del niño en fallo respiratorio de diferentes etiologías. Son conocidas las complicaciones asociadas a la ARM prolongada, así como el aumento de la mortalidad relacionada con fallo en la desconexión.

En Unidad de Cuidados Intensivos del Niño (UCIN) del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), se alcanzó en el año 2006 a 20 % de reintubaciones por fallo en la desconexión.

**Objetivos:** Evaluar si la sistematización del proceso de destete y (o) la realización de una prueba en ventilación espontánea (VE) tienen impacto en la reducción de reintubaciones por fallo en el destete. Identificar índices capaces de predecir los pacientes pasibles de fallo en la desconexión.

**Material y Método:** Estudio clínico prospectivo, realizado en la UCIN, incluyó pacientes entre 1 mes y 15 años que requirieron ARM invasiva por más de 24 horas, con criterios para el retiro de ARM. Criterios que se tomaron en cuenta para el destete: resolución de la causa que motivó la ventilación; Glasgow mayor de 13, esfuerzo respiratorio espontáneo y de tos presentes; volumen corriente espirado (VCE) no inferior a 6cc/k, relación PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> > de 200, ausencia de acidosis, hemodinamia estable, ausencia de proceso infeccioso en curso, sin diselectrolitemias, hemoglobina > de 9g/dL, pacientes sin sedación o solo sedación moderada en las 12 horas previas y no haber requerido aumento de los parámetros ventilatorios en la 24 horas previas.

Mediante aleatorización balanceada, se diferenciaron dos grupos de pacientes: de estudio en el cual se realizó una prueba de VE durante 30 minutos, con aplicación de P5 y PEEP. Estos fueron extubados si completaban los 30 minutos de prueba en VE. En el grupo control no se aplicó prueba de VE.

Los clínicos tratantes desconocían los casos integrantes de cada grupo.

**Resultados y medidas:** Se incluyeron 88 pacientes, en 44 se realizó la prueba de VE, durante la cual se controló: PA, FC, VCE, FR, duración de ti - te espontáneos, P<sub>I,max</sub> y P<sub>0,1</sub>, en situación basal, a los 15 y 30 minutos en VE. Se realizaron gases arteriales al inicio y a los 30 minutos. En base a los datos obtenidos a los 30 minutos se calcularon: el índice de respiración rápida y superficial (RSB) e índice tensión / tiempo (TTI) ajustados para niños.

Los 44 pacientes del grupo control fueron retirados del ventilador según el criterio de los clínicos tratantes.

El porcentaje de fallos de destete del total de pruebas de desconexión fue de 2,2%.

En 4,5% se interrumpió la prueba de VE por no tolerancia.

Dentro del grupo control fallaron el 4,5%.

La frecuencia de reintubación fue del 4,5 %.

**Conclusiones:** La aplicación de un protocolo de actuación en el proceso de retiro de la ARM disminuyó francamente el porcentaje de fracasos en el destete en esta unidad.

Habrà incluir mayor número de pacientes para establecer el valor predictivo de la aplicación de una prueba de VE.

No se encontraron diferencias significativas para la predicción de fallo en los índices calculados.

### 0065 SHOCK SÉPTICO Y ECTIMA GANGRENOSO A PSEUDOMONAS AERUGINOSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN UN LACTANTE

AM VÉLEZ<sup>1</sup>, JM MENZELLA<sup>1</sup>, V BELL<sup>1</sup>, E DIGIUNE<sup>2</sup>, CF DE CARLI<sup>2</sup>, DE ALLENDE<sup>1</sup>

<sup>1</sup> UTIP. Policlínico Neuquén, Argentina. <sup>2</sup> Cirugía Infantil. Policlínico Neuquén, Argentina.

**Objetivo:** Presentación de un lactante de 7 meses, previamente sano, que desarrolló shock séptico a Pseudomonas aeruginosa, con neutropenia, ectima gangrenoso, falla multiorgánica y absceso renal con urinoma. Diagnóstico posterior de hipogammaglobulinemia congénita.

**Caso Clínico:** Lactante con evolución previa de 4 días con fiebre, diarrea y rechazo alimentario, medicado con AINE. En 12 hs aparición de lesiones eritematomaculares con centro purpúrico indurado en tronco, abdomen, MMSS y MMII. Ingresó en UTIP el 28/2 con compromiso del sensorio, mal perfundido, taquipleico, taquicárdico y con lesiones en piel (ampollares y con desprendimiento de tejido necrótico). Se policultivó y medicó con piperacilina-tazobactam/amikacina. Se expandió con SF a 60ml/kg, monitoreo y sostén cardiovascular (adrenalina, noradrenalina, dobutamina, corticoides a dosis de stress) y ARM. Por sepsis severa y leucopenia recibió inmunoglobulina EV a 0,5 g/Kg/EV y 1 dosis de filgrastim. Laboratorio de ingreso con GB 2900 (36/54) PCR 90, Albumina 1,9 gammaglob 0,45. Plaquetas: 150.000, urea 0,60, creat: 0,70, Iono: 141/3,l, TP 43%, KPTT 60" RIN 2,1. EAB 7.30/22/-14.5/14/170/99. En las ampollas dérmicas cultivadas desarrolló Pseudomonas aeruginosa.

A las 12hs de su ingreso presentó disfunción orgánica múltiple (renal, hematológica, respiratoria, hemodinámica). Al 5° día CID con severa trombocitopenia, requiriendo transfusión de plaquetas, plasma y GR. Al 8° día SDRA grave e HTP refractaria, tratados con ventilación protectora (PEEP Mx 15), decúbito prono y sildenafil. Al 16° día SCA con PIA de 22 mm Hg, que mejoró con paracentesis abdominal. Por NAV a Pseudomonas y Acinetobacter baumannii se rotó a meropenem y colistin. Posteriormente desarrolló severa distensión abdominal y TAC compatible con peritonitis, tratada como primaria. A los 28 d cultivó Candida albicans en impacto bronquial y recibió Anfotericina liposomal a 25 mg/Kg/total, con ecografía compatible con micetoma en pelvis renal derecha, que luego desapareció. Requirió debridamiento quirúrgico progresivo de las lesiones de piel (que aún desarrollaban Pseudomonas aeruginosa). A los 57 días se drenó quirúrgicamente absceso infrarrenal derecho, quedando fistula urinaria, y a los 73 d ante dilatación pélvica obstructiva derecha (RRG y DMSA con 39%) se realizó nefrostomía percutánea. Permaneció 32 días en ARM. En repetidos controles de laboratorio se observó severa hipogammaglobulinemia (IgG 50 mg%, IgM 10 mg% e IgA 20 mg%), con pielonefritis derecha a Pseudomonas resistente. Luego de los estudios respectivos se inició IgG EV a 500 mg/Kg/mensual, manteniendo IgG en valores adecuados.

**Conclusión:** El shock séptico y ectima gangrenoso por Pseudomonas aeruginosa es excepcional en niños sanos, con neutropenia como factor de mal pronóstico (90% de casos fatales). La sospecha clínica, el reconocimiento precoz y un tratamiento apropiado son decisivos para disminuir su morbimortalidad. Nuestro caso se asoció con hipogammaglobulinemia congénita, diagnosticada a partir de este cuadro infeccioso.

### 0066 PREVALENCIA DE TRASTORNOS DEL SUEÑO EN TERAPIA INTENSIVA

JJ VEGA, G BADARIOTTI, JP SUAREZ, M HERNANDEZ, S VOMMARO, B DE DIEGO

Sanatorio Mater Dei, Argentina.

**Introducción:** Los trastornos de sueño son comunes en la terapia intensiva (TI). Pueden asociarse al desarrollo de síndrome confusional, aumento de la estadía en TI y representa el peor recuerdo de su estadía en la terapia intensiva en el 7% de los pacientes.

**Objetivo:** Describir la prevalencia de trastornos del sueño en TI, y sus factores asociados.

**Material y métodos:** Relevamiento consecutivo en 35 pacientes internados en la TI utilizando el cuestionario de Richards y Campbell (RCSQ). Se registraron antecedentes personales del paciente en relación a alteraciones previas del sueño, uso de fármacos hipnóticos y hábitos tóxicos. La gravedad se calculó mediante escala Apache II al ingreso. Se realizó CAM-ICU diario a todos los pacientes. Se midió el ruido ambiente mediante decibelímetro.

**Resultados:** Se evaluaron 35 pacientes y un total de 86 noches. La edad media fue de 61,6 años (rango de 17-94), 43 % eran de sexo femenino. El 51% de los pacientes presentaba problemas previos de sueño, de estos el 88% consumía hipnóticos y todos benzodiazepinas. El 17% refirió consumo diario de alcohol. La percepción del sueño por parte de los pacientes fue buena 38,57%, regular 24,29% y malo 34,29% de las noches/pacientes analizadas. Siendo la evaluación por parte de enfermería: bueno 54%, regular 19% y malo 27% de las noches/pacientes analizadas. No se halló concordancia significativa entre las dos evaluaciones. Según el análisis de las primeras 24 hs de internación no se observaron diferencias estadísticamente relevantes en los pacientes con o sin trastornos del sueño previo a la internación ( $p=0,25$ ). Tampoco entre los que consumían benzodiazepinas ( $p=0,55$ ) ni alcohol ( $p=0,91$ ). No hubo diferencias significativas según el sector de internación (habitación abierta o privada) dentro de la TI ( $p=0,70$ ). La calidad del sueño tampoco mostró diferencias significativas según APACHE II. Con respecto a las razones por las cuales presentaron alteración del sueño, el ruido fue la principal molestia señalado por el 33% de los pacientes (54% se quejó por las alarmas, 25% por voces del personal, y 25% por otros ruidos). Otras razones fueron: posición incómoda 12%, dolor 9%, miedo o ansiedad 7%, luces 7%, estudios 7%, visita de enfermería 5%, medición de presión arterial 5%, visita médica 4%, falta de medicación habitual 1% y otros 10%. El ruido ambiental fue de 55 a 65 decibeles (db) en todas las mediciones (diurnas y nocturnas) y los sonidos de las alarmas fueron de 78 (db) de intensidad.

**Conclusiones:** En más del 60 % de las noches de los pacientes internados en terapia intensiva la calidad del sueño fue regular o mala, siendo los ruidos la principal causa. A través de los factores perturbadores detectados es posible diagramar estrategias para mejorar el sueño y disminuir las comorbilidades de los pacientes internados en TI

#### 0067 EVALUACIÓN DE HIPONATREMIA EN PACIENTES NEUROCRÍTICOS

E AMUNDARAIN, N GALLUCCI, M CASANOVA, N PISTILLO, M GARCIA, P CASTELLUCCIO, B DORFMAN, O FARIÑA  
Hospital El Cruce, Argentina.

**Introducción:** La hiponatremia (HNA) es una afección frecuente en pacientes con enfermedades neurológicas graves. Debido a que puede aumentar la morbimortalidad, requiere de su reconocimiento temprano y de la identificación fisiopatológica que la origina, para establecer un tratamiento adecuado.

**Objetivos:** 1) Estudiar la incidencia de HNA en pacientes neurocríticos, 2) determinar factores relacionados con su presencia y 3) establecer la frecuencia según su origen (SIHAD, derrame de sal cerebral, etc.)

**Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, observacional que incluyó pacientes con enfermedades neurológicas agudas internados en UTI. Se excluyeron embarazadas, menores de 16 años y aquellos que a su ingreso tuvieron criterios de muerte cerebral. Se definió como diagnóstico de HNA, 2 dosajes correlativos de  $Na < 134$  mEq/L. Se estableció una base de datos que registró: edad, antecedentes patológicos, medicación previa, interurrencias durante su internación como: hiperglucemia, hipocalcemia, presencia de HTA, y el uso de vasopresores, opioides, benzodiazepinas (BZD), barbitúricos, anticomiciales, neurolépticos, corticoides, como así también del

aporte de sodio o agua. Para la interpretación del proceso causal se utilizó un flujograma diagnóstico que tuvo en cuenta: la frecuencia cardíaca, la tensión arterial, la PVC, el ác. Úrico, la excreción fraccional de urea, la osmolaridad (OU) y Na urinario (Nau). En los pacientes en los cuales se sospechó otros diagnósticos asociados con HNA se solicitó dosaje de cortisol, perfil tiroideo y triglicéridos.

**Estadística:** La incidencia se expresó en porcentaje. Los datos se expresaron como mediana entre max-min. Las variables relacionadas con HNA se analizaron con ANOVA. Significativo:  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Ingresaron 234 pacientes. La edad fue 40 años (16-81). La incidencia global de HNA fue 31.6 % (n: 74) y por patología fue: traumatismo craneoencefálico (TEC) 38 % (n: 23/60), post-operatorio de lesión ocupante de espacio 24 % (n 13/54); hemorragia subaracnoidea 20 % (n: 8/39); accidente cerebro vascular hemorrágico 32 % (n: 9/28); y post operatorio de MAV o aneurisma 19 % (n: 5/26). El 62 % (n: 46) presentó HNA en los primeros 7 días de internación, siendo el 6° día la mediana; y el valor promedio del Na fue: 131 (126-134). Las variables que se asociaron a la misma fueron, BZD ( $p: 0.007$ ), Difenilhidantoína (DFH) ( $p: 0.0001$ ), HTA ( $p: 0.005$ ), opioide ( $p < 0.0001$ ). La causa principal de HNA fue casi exclusivamente compatible con SIHAD (92%). Un paciente presentó HNA por aporte de agua y otro en contexto a insuficiencia renal crónica agudizada y 4 pacientes de origen indeterminado. El Nau promedio fue 160 mEq/lt (8-280), la OU: 568 mOsm/L (80-1444).

**Conclusiones:** La hiponatremia es una complicación que ocurre frecuente en pacientes neurocríticos, especialmente si padecen trauma de cráneo. Se relacionó con hipertensión arterial y el uso de: BZD, DFH y opioides. En la mayoría de los pacientes se diagnosticó dentro de la primera semana y el origen de la misma fue casi en su totalidad compatible con SIHAD.

#### 0068 TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR EN PEDIATRÍA

S RIVEROS, I MARINELLI TRILER, S GUERRERO, M MOSCIARO, E VANELLA, B PEREYRA, M SANCHEZ PERI  
Hospital Humberto Notti, Mendoza, Argentina.

**Objetivos:** Presentación de caso clínico de un niño con Sección Medular Traumática.

**Caso clínico:** Paciente de 19 meses de vida, que ingresó a Guardia, por politraumatismo por accidente vial. El niño era trasladado en motocicleta, por sus padres, sin protección cefálica. Fueron embesitados por un colectivo, el padre falleció en el lugar del accidente y el niño fue encontrado a 3 metros del lugar del hecho. Fue trasladado en ambulancia, con medios de inmovilización. Durante el traslado el paciente sufrió convulsión tónico clónica.

Al ingreso a Guardia, el niño se encontraba en mal estado general, taquicárdico, pulsos centrales y periféricos palpables con buen relleno capilar, respiración paradójica, sin cianosis, hipotónico, pupilas reactivas e isocóricas, Glasgow 7/15, por lo que se realizó intubación endotraqueal. El paciente presentaba además, edema laterocervical bilateral. Estudios realizados: TAC de cerebro normal y TAC de columna cervical con fractura luxación de C5-C6 y sección medular completa.

La radiografía de columna cervical mostró fractura a nivel de C5, con separación del cuerpo vertebral y apófisis espinosa.

RMN de cerebro y columna que mostró lesión medular severa C5-C6, contusión medular a nivel de D3 - D4 y fractura de C5 (cuerpo vertebral hacia abajo con pedículos arriba).

A su ingreso a UTIP, el niño se conectó a respirador, requiriendo expansiones e inotrópicos. Se inició en forma inmediata dosis de ataque de metilprednisolona a 30mg/kg y luego mantenimiento a 5,4mg/kg/h, y colocación de halo de VEST. A los 7 días del ingreso se realizó reducción de fractura C5-C6, artrodesis y duroplastia.

Posteriormente se realizó traqueostomía y gastrostomía. El paciente permaneció 46 días en UTIP, con posterior pase a Sala de Internación. Actualmente, Matías se encuentra con internación domiciliaria, conectado a un BIPAP, sin requerimiento de oxígeno suplementario.

**Conclusión:** Nuestro interés en dar a conocer este caso, se debe a

que si bien el Traumatismo Raquimedular es poco habitual en nuestro medio, las secuelas del mismo muchas veces son devastadoras, como fue en el caso de nuestro paciente.

Es común el traslado de niños en motocicleta, en compañía de sus padres, sin conciencia de la morbilidad y mortalidad que supone sufrir este tipo de accidentes.

Es de vital importancia enfatizar en la población, medidas tendientes a prevenir accidentes.

### 0069 TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE POR APLASTAMIENTO POR TELEVISOR EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

ME PENAZZI, S ARENALES, L SÁNCHEZ OTAOLA, E MARI, P PACHECO

Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina.

**Introducción:** Los accidentes son la principal causa de morbimortalidad en pediatría. El hogar, considerado como uno de los lugares más seguros involucra a cerca del 35% de los mismos. Los aparatos de televisión (TV) son cada vez más ubicuos y numerosos en los hogares. Las pesadas TV tradicionales por su diseño presentan un elevado riesgo de caída sobre los niños pequeños, peligro no siempre percibido por los adultos.

**Objetivos:** Valorar características de las lesiones y evolución de los pacientes ingresados a UCIP por politraumatismo secundario a aplastamiento por TV.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo por revisión de historias clínicas de niños entre 1 mes y 18 años ingresados a la UCIP del HNSJ por aplastamiento por caída de TV en el período de 2 años comprendido entre el 1/1/2010 y el 31/12/2011.

**Resultados:** En el curso de los 2 años del estudio ingresaron 560 pacientes, 59 de los cuales (10,5%) lo hicieron por traumatismo de cráneo (TEC). La causa de TEC en 8 niños fue por aplastamiento por caída de TV (13,5% del total de TEC y 1,4% del total de ingresos en ese período). De ellos, el 62,5% (5) eran varones. El promedio de edad fue de 32 meses -2,7 años- (rango: 20-72 meses). El principal motivo de ingreso fue coma en el 75% de los niños (6). Las principales lesiones sufridas fueron fractura occipital en 5 (62,5%) y de peñasco en 4 (50%). Cuatro niños (50%) presentaron fracturas múltiples de cráneo y 4 desarrollaron edema cerebral. Se realizó desplaqetamiento en 1 paciente y a 4 (50%) se les monitoreó la presión intracraneana (PIC). El 50% de los niños (4) requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM) por una media de 4 días. Dos pacientes (25%) fallecieron por muerte encefálica y el resto egresaron sin secuelas.

**Conclusiones:** En esta serie de pocos casos se han reproducido algunas de las características principales que la literatura refiere respecto a este tipo de politraumatismo que constituye una entidad en sí misma: la edad (entre 2 y 4 años), el tipo de lesiones (predominio en cabeza y cara y presencia de múltiples fracturas de cráneo, especialmente occipital) y la importante morbimortalidad. No hay cifras nacionales respecto a su incidencia.

Considerando la elevada morbimortalidad y el alto nivel de exposición de estos niños ya que la presencia de este tipo de aparatos de TV aun sigue siendo frecuente en los hogares, indudablemente el hincapié debe hacerse en la promoción de las medidas de prevención institucionales (centros de salud y escuelas) y particulares (pediatras).

### 0070 METASTASIS NO HABITUAL DE UN LEIOMIOSARCOMA DE CORDÓN ESPERMÁTICO

C BARRIOS, GA TAUIL, D LERMAN, A DEVES, D PINA  
Sanatorio Franchin, Argentina.

**Objetivo:** Reportar un caso de metástasis no habitual intratorácica de un Leiomioma de Cordón espermático.

**Materiales y Métodos:** Revisión de historia clínica.

**Resultados:** Pte 45 años, masculino, HTA (Losartán 50mg/día), Obeso, Sedentario, Leiomioma de Cordón Espermático Grado II, habiendo recibido tratamiento quirúrgico (Orquiepidididectomía derecha). Continúa con seguimiento ambulatorio, y tras control ecográfico 3 meses posteriores a cirugía, se constata recidiva local (nódulos hipoecoicos de 24x18mm), programándose vaciamiento inguinal con quimioterapia. Presenta previamente al comienzo de dicho tratamiento disnea progresiva de 10 días de evolución, consultando en otro sanatorio por disnea clase funcional IV, siendo internado con diagnóstico presuntivo de tromboembolismo de pulmón. Es derivado encontrándose a su ingreso con mala mecánica ventilatoria, desaturando. Se realiza ECG observándose bloqueo completo de rama derecha, Rx tórax con derrame pleural bilateral, y Tac constatándose derrame pleural bilateral, masa ventricular derecha y masa abdominal derecha, doppler de miembros inferiores sin trombosis venosa. Posteriormente se solicita un ecocardiograma doppler donde se observa masa en ventrículo derecho con alteración del flujo de salida (de 7 x 5 mm), la cual no impresiona coágulo, con dilatación de cavidades derechas. Se descarta tromboembolismo de pulmón. Inicia inmediatamente VNI con mala tolerancia, desarrollando shock, requiriendo intubación orotraqueal e inotrópicos. Se realiza biopsia donde se informa leiomioma. Presenta mala evolución y PCR a las 48hs de su ingreso.

**Conclusión:** Los tumores del cordón espermático y de la región paratesticular son raros (110 casos descriptos hasta el 2007) con una incidencia poco establecida (0,8-10%), de los cuales entre el 10% y el 30% son leiomiomas, y los del cordón espermático corresponden al 30% de los sarcomas genitourinarios. Dichos tumores pueden metastatizar en pulmón, hígado, cerebro y órbita, vía linfática, hematogena o local, inclusive apareciendo hasta 15 años posterior a su tratamiento. El tratamiento de elección es la cirugía, sin haber consenso actual acerca de la terapéutica adyuvante. El riesgo de recurrencia local es elevado (entre el 50 y el 60%), apareciendo con mayor indiferenciación. La supervivencia reportada es de 16 meses.

### 0072 UTILIDAD DE PROCALCITONINA COMO GUÍA DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EMERGENCIAS

L AGUILAR<sup>1</sup>, R LOPEZ RAMOS<sup>1</sup>, M CHALLADA<sup>1</sup>, G THOFERHN<sup>1</sup>, B TORRES<sup>1</sup>, B MASKIN<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Emergencias. Hospital F. Abete. Malvinas Argentinas. Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Posadas. El Palomar. Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** sólo un selecto grupo de pacientes con exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se beneficia con el tratamiento antibiótico (ATB), pero diferentes estudios muestran que alrededor del 85 % de los pacientes hospitalizados con ese diagnóstico recibieron ATB. La procalcitonina (PCT) es un biomarcador de infección bacteriana y se la utiliza como diagnóstico de infección y eventualmente como guía del tratamiento antibiótico.

**Objetivo:** evaluar una estrategia terapéutica basada en los niveles séricos de PCT para reducir el uso de ATB en pacientes ingresados con exacerbación de EPOC en el servicio de Emergencias del Hospital F. Abete.

**Métodos:** un total de 152 pacientes con exacerbación de EPOC fueron aleatorizados en dos grupos. En uno (Grupo A) se indicó ATB por criterios clínicos sin conocer los niveles séricos de PCT. En el otro grupo (B), la indicación se realizó según el valor de PCT al ingreso. Se indicó ATB si los valores de PCT eran iguales o superiores a 25 microgramos por litro. Con niveles inferiores no se indicó ATB. La PCT se determinó al ingreso y se revaluó a la sexta hora. El end point primario fue uso de ATB y los secundarios el resultado clínico (outcome) y la estadía en el hospital.

**Estadística:** chi cuadrado y Wilcoxon test.

**Resultados:** grupo A: se evaluaron 75 pacientes. En el grupo B (n:

77), 9 pacientes con niveles de PCT inferiores a 25 recibieron ATB por indicación de sus médicos tratantes y no fueron considerados para el análisis. Se evaluaron los 68 pacientes restantes. No hubo diferencias entre los dos grupos en relación con la edad y el recuento leucocitario. La indicación de ATB en el grupo A (59/75, 78.7 %) fue el doble que el del grupo B (26/68, 38.2 %),  $p < 0.001$ . La evolución clínica fue adecuada en 88.2 % de los pacientes en el grupo A y 86.2 % en el grupo B,  $p = 0.75$  (NS). La estancia hospitalaria fue menor en los pacientes del grupo B (4 días) comparada con la del grupo A (5.5 días),  $p = 0.015$ . Si se comparan entre los dos grupos solo los pacientes con  $PCT < 0.25$ , la diferencia es mayor,  $p = 0.003$ . No hay diferencias en los valores de PCT analizadas al ingreso y a la sexta hora,  $p = 0.51$ .

**Conclusiones:** los resultados sugieren que el uso de los niveles de PCT como guía del tratamiento antibiótico en pacientes con exacerbación de EPOC en Emergencias lleva a una significativa reducción del uso de ATB, sin comprometer los resultados, con reducción de la estancia hospitalaria. Repetir la determinación de la PCT a la sexta hora no muestra beneficios.

### 0073 TERAPIA DE INDUCCIÓN EN TRASPLANTE RENAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE TIMOGLOBULINA Y BASILIXIMAB EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL ALEMÁN DE BUENOS AIRES

V. MOSQUEDA<sup>1</sup>, A. SOSA<sup>1</sup>, J. ROBERTI<sup>2</sup>, M. PAZ<sup>1</sup>, P. COMIGNANI<sup>1</sup>, F. CICORA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> FINAER, Argentina.

**Introducción:** La introducción de timoglobulina de conejo (rATG) y basiliximab (BSX) como terapia de inducción de inmunosupresión redujo la incidencia de rechazo agudo. La rATG es una fracción purificada de IgG de conejo inmunizado contra timocitos humanos. Los anticuerpos de ATG afectan la unión y/o la expresión de los ligandos y las moléculas de superficie, también posee anticuerpos antiCCR7, antiCXCR4 y antiCCR5. Basiliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico murino/humano, obtenido por cultivo de una línea celular de mieloma murino modificada que actúa sobre la cadena 55 kDa del receptor para la interleukina 2 de las células T.

**Objetivo:** Describir y comparar los datos clínicos de pacientes trasplantados renales de bajo riesgo inmunológico, tratados con rATG o BSX, admitidos en terapia intensiva en el post trasplante inmediato entre el 1 de enero de 2010 y 15 de mayo de 2012.

**Método:** Análisis retrospectivo descriptivo y comparativo de 36 pacientes que recibieron terapia de inducción de rATG (5-7 dosis de 1-1,5 mg/kg) y 34 pacientes que recibieron BSX (dosis de 20 mg) el mismo día de trasplante y a los cuatro días. El tratamiento de mantenimiento se realizó con tacrolimus 0,15 mg/kg/día, dosaje 8-10 mg/ml durante los 3 primeros meses, luego 6-8; myfortic 1440 mg por día; la deltisona se bajó de 1 mg/kg/d a 4mg/d a partir del día 30. Las variables categoriales se resumieron como cantidades y porcentajes y las continuas como medias y desvíos típicos. Los datos categoriales se compararon con la prueba chi cuadrado y los continuos con la prueba t de Student.

**Resultados:** Se utilizó rATG en 36 casos (51,4%) y BSX en 34 (48,6%). La media del tiempo de diálisis pretrasplante fue de 53,94 ( $\pm 51,81$ ) meses para el grupo tratado con rATG y 40,38 ( $\pm 42,55$ ) meses para el grupo tratado con BSX. En el 64,4% de los casos de trasplante renal cadavérico y en el 100% de los trasplantes renales de donantes vivos no relacionados se administró rATG; en el 85,7% de los casos de trasplante renal de donantes vivos relacionados y en el 35,6% de donantes cadavéricos se utilizó BSX ( $p < 0,001$ ). Los valores medios de creatinina a los 7 días después del trasplante fueron 6,31mg/dl para rATG (n=35) vs 4,18 mg/dl para BSX (n=34); al mes 2,37 mg/dl para rATG (n=35) vs 1,46 mg/dl para BSX (n=29) (diferencia significativa,  $p < 0,05$ ); al año 1,96 mg/dl para rATG (n=18) vs 1,48 mg/dl para BSX (n=15). Se observó una asociación entre el tipo de droga y la incidencia de infección: 50% para rATG y 25,5% para

BSX ( $p < 0,05$ ), lo mismo que para la incidencia de función retardada del injerto: 44,4% para rATG y 17% para BSX,  $p < 0,05$ . No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la sobrevida del injerto y del paciente.

**Conclusión:** La comparación de las dos terapias de inducción mostró una asociación entre la incidencia de infección y ATG como así también la incidencia de función retardada del injerto y ATG. Sin embargo, se debe tener en cuenta el porcentaje de casos de donantes cadavéricos en los que se utilizó esta droga.

### 0074 CÁLCULO DE PESO RELATIVO DE COSTOS EN LA INTERNACION DE PACIENTES EN TERAPIA INTENSIVA ADULTO Y CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL DOCTOR GUILLERMO RAWSON, MARZO 2012.

MC ZAMORA, DE BENÍTEZ, M MARTIN

Hospital Dr. Guillermo Rawson, Argentina.

El problema sobre el que se trabajó es el siguiente: Falta de costos de internación de los pacientes en el Servicio de Terapia Intensiva Adulto (STIA) y en el Servicio de Clínica Médica (SCM) del Hospital Dr. Guillermo Rawson (HDGR), en Marzo del 2012. El conocimiento de los costos es relevante a la hora de gestionar en salud, esto permite efectivizar los procesos asistenciales de los pacientes internados, y sus respectivos pases de un servicio a otro. Por lo tanto ante la ausencia de este recurso necesario es que se decide calcular el peso relativo de la internación en ambos servicios.

**Objetivo:** Calcular el peso relativo de costos de internación de los pacientes en el STIA y en el SCM, en el HDGR, en Marzo de 2012.

**Material Y Método:** Se realizó un Estudio Analítico Observacional de Corte Transversal. Se relevaron los datos de los costos imperantes en el Mercado Local (Obra social de la Provincia), en Marzo del 2012, y se calcularon los costos según la Teoría económica de Peso relativo. Se establece como unidad de estudio costo-día/cama en el STIA Y SCM, y se realizó el cálculo en relación a diez camas.

**Resultados:** Basados en la Teoría de Peso Relativo, resulta que la Unidad de Peso Relativo tiene un valor de \$13.049. Por lo tanto el costo del día/cama en el STIA es de 1,60 Unidades de Peso Relativo (UPR), y en el SCM (con cobertura kinésica) es de 0,37 UPR.

**Conclusión:** Luego de determinar las UPR de los costos de ambos servicios, concluimos que el peso relativo del costo-día/cama de internación de los pacientes resulta 4,32 veces mayor en el STIA que en el SCM.

### 0077 HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA ESPONTÁNEA: COMPLICACIONES NEUROLOGICAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO 2007-2011

L. CRISTALDO, R. SALAS, C. MAMANI ROMANO, J. VOSS, V. OCAMPOS, M. DAZA ARAMAYO, E. D'ANDREA, C. POZO, M. GIOVAGNOLI, R. PIÑEYRO, M. PRIETO, C. PEREYRA, L. BENITO MORI, P. SCHOON

H.I.G.A Prof Dr Luis Güemes- HAEDO, Argentina.

La HSA espontánea es una enfermedad que presenta una alta mortalidad, gran parte de la misma relacionada con el desarrollo de complicaciones (convulsiones, vasoespasmo, hidrocefalia, isquemia, hipertensión endocraneana y resangrado) y precisa de un manejo clínico y terapéutico temprano y multidisciplinario.

**Objetivo:** Analizar la incidencia de complicaciones neurológicas en un grupo de pacientes con HSA espontánea, comparando la frecuencia de las mismas según el grado de severidad clínica.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de una base de datos prospectiva, único centro, periodo 2007-2011. Criterio de inclusión: Todo paciente ingresado con diagnóstico de HSA espontánea. Criterio de exclusión: Pacientes que no permanecieron en la Institución durante todo el periodo agudo. Se analizaron las siguientes variables: Edad, Sexo, APACHE II de ingreso, Hunt y Hess, Fisher, días internación UTI, Complicaciones neurológicas:

## ■ Resúmenes

Convulsiones, Vasoespasmo, Hidrocefalia, Isquemia, Hipertensión endocraneana (HTE) y Resangrado. Se incluyó en el grupo BG (buen grado) a todo paciente con Hunt y Hess I a III y grupo MG (mal grado) a todo paciente con HH IV-V.

Análisis estadístico: Los datos cualitativos se expresan en frecuencia (porcentaje) y los datos cuantitativos como media y/o mediana con rango según distribución gaussiana. Para el análisis comparativo se utilizó el software Statistix 7,0 empleando test de chi cuadrado considerando significativa valor  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Durante el periodo 2007-2011 ingresaron en la UCI un total de 99 pacientes con HSA espontánea. Se excluyeron 8 pacientes, incluyéndose en el análisis 91 pacientes. La edad promedio fue de 48 años (17-82), sexo femenino 49 ptes (53%). En el grupo BG se incluyeron 55 ptes (60%) y en el grupo MG 36 ptes (40%). A continuación se describen las complicaciones en cada grupo:

	BG	MG	p	RR (IC 95)
Convulsiones	5 (9%)	7 (19%)	0.15	
Vasoespasmo	30 (54%)	10 (28%)	0.01	1.96 (1.1-3.5)
Resangrado	6 (11%)	7 (19%)	0.25	
HTE	17 (31%)	21 (58%)	0.009	0.53 (0.32-0.85)
Hidrocefalia	13 (24%)	11 (31%)	0.46	
Isquemia	13 (24%)	9 (25%)	0.88	

**Conclusiones:**

En esta serie de pacientes se observó una incidencia de complicaciones neurológicas coincidente con las descritas en otras series publicadas. La presencia de las mismas es la principal causa de malos resultados en pacientes portadores de HSA espontánea.

**0078 BOTULISMO**

D BOLZICCO<sup>1,2</sup>, E VERA<sup>1,2</sup>, L VICENTE<sup>1,2</sup>, U MONTESERIN<sup>1,2</sup>, A BECKER<sup>1,2</sup>, R GARCIA TURIELLA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Italiano Garibaldi Rosario, Argentina. <sup>2</sup> Instituto Universitario Italiano de Rosario, Argentina.

El botulismo es un síndrome neuroparalítico raro y potencialmente fatal, resultante del efecto de una neurotoxina elaborada por *Clostridium Botulinum*. Presentamos el caso de un paciente varón de 55 años de edad que comienza con cuadro de cefalea, vómitos y diarrea, 24 horas posteriores a la ingesta de alimento en conserva, agregando en las 24 horas siguientes y en forma progresiva diplopía, ptosis palpebral bilateral, midriasis bilateral arreactiva, debilidad generalizada descendente con mal manejo de las secreciones respiratorias y digestivas, conservando pleno estado de conciencia. Finalmente desarrolla insuficiencia ventilatoria asociada a disminución del estado de conciencia, motivo por el cual se vincula a Asistencia Respiratoria Mecánica. Posteriormente presenta inestabilidad hemodinámica con requerimiento de inotrópicos. Se sospecha toxoinfección alimentaria por botulismo y se realiza tratamiento con antitoxina botulínica obteniendo recuperación únicamente del estado de conciencia. Al cuarto y quinto día presentó dos episodios de paro cardíaco por arritmia ventricular. Se confirma la presencia de toxina botulínica tipo "A" en los restos alimentarios consumidos y en muestra sanguínea del paciente. Actualmente continúa internado en Terapia Intensiva, en estado de coma, traqueostomizado y en Asistencia Respiratoria Mecánica, alimentado vía parenteral exclusiva. Se realizó la denuncia epidemiológica a la autoridad sanitaria correspondiente.

**0079 MEDICIÓN DE PRESIÓN SUBGLÓTICA CON Y SIN INSUFLACIÓN DE AIRE POR CATETER SUBGLÓTICO DURANTE LA DEGLUCIÓN**

M CLARETT, M RODRIGUEZ, MF ANDREU, R ADARVES, A BAEZ, MC VILLAFÁÑE, J ANSELMO, I SALVATI, MC DONNIANI, M CATALDO, GS MONTES, MB IBAÑEZ, M COTIGNOLA, CE AGUIRRE, AS OCCHIUTTI, S BORELLO, AR LEOZ, M BEZZI Hospital D. F. Santojanni, Argentina.

**Introducción:** La deglución es una actividad compleja que ocurre con un sistema aerodigestivo cerrado al ambiente. La traqueostomía interrumpe este sistema lo que ocasiona entre otras alteraciones la disminución de la presión subglótica, siendo este un factor que puede aumentar el riesgo de aspiración. El restablecimiento de la presión subglótica mediante la insuflación de aire continuo por el catéter subglótico podría mejorar las condiciones para la deglución.

**Objetivo:** Determinar la existencia de diferencias significativas entre las presiones subglóticas durante la deglución con y sin insuflación de aire por catéter subglótico en pacientes traqueostomizados.

**Pacientes y Métodos:** Se midió la presión subglótica con válvula fonatoria en pacientes internados en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, que requirieron ventilación mecánica y traqueostomía con catéter subglótico configurada para fonar. La misma se midió durante el trago de una solución espesada con y sin colocación de flujo de aire por el catéter subglótico.

**Resultados:** De un total de 14 pacientes 12 mostraron valores superiores de presión subglótica durante el trago con insuflación de aire. Dos no mostraron diferencias entre ambas condiciones. Las diferencias entre las medianas de ambas condiciones resultaron en 2 cm H<sub>2</sub>O para el total de la muestra (Wilcoxon, Z = -3,078; p = 0,002).

**Conclusión:** En un grupo de pacientes traqueostomizados, la insuflación de aire por catéter subglótico incrementó los niveles de presión subglótica medidos durante el trago.

**0081 EVALUACIÓN REGIONAL DE PRESIONES TRANSPULMONARES EN EL SDRA**

N PISTILLO, O FARIÑA

Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Argentina.

**Introducción:** La elección del valor de PEEP a partir de la obtención de la mejor distensibilidad tóraco-pulmonar (PEEP/Cst) es un método sencillo y frecuentemente utilizado en pacientes con SDRA, sin embargo, esta técnica refleja el comportamiento pulmonar de forma global. En el SDRA con distribución focal de los infiltrados, los lóbulos pulmonares inferiores están más comprometidos que los superiores y en consecuencia, el valor de PEEP obtenido con esta técnica, podría tener efectos beneficiosos en un área del pulmón, pero resultar excesiva o insuficiente en otras. La medición de presiones transpulmonares (PTP) en ambas regiones permitiría evaluar el impacto pulmonar a nivel regional.

**Objetivo:** Determinar a partir de las PTP, cuál es el riesgo de colapso o sobredistensión en distintas regiones del pulmón cuando se utiliza la relación PEEP/Cst para titular PEEP en pacientes con SDRA focal.

**Materiales y Métodos:** Ingresaron pacientes con SDRA focal. Se definió SDRA a la presencia de infiltrados pulmonares bilaterales con Pa/FiO<sub>2</sub> <200 en ausencia de insuficiencia cardíaca luego de al menos 30 min de una VM estandarizada (Vt 6ml/kg, FiO<sub>2</sub> 100%, PEEP 10 cm H<sub>2</sub>O y Fr necesaria para mantener un pH > 7,25). La distribución de los infiltrados se evaluó con una TAC de tórax. Luego de una maniobra de reclutamiento progresivo se descendió secuencialmente la PEEP de a 2 cm H<sub>2</sub>O y se midió la Cst en cada parada hasta establecerse la mejor relación PEEP/Cst. Concomitantemente se midió la PTP al final de la inspiración (PTPi) y de la espiración (PTPe) en dos regiones pulmonares mecánicamente diferentes (tercio inferior y superior del tórax). Se definió riesgo de sobredistensión cuando la PTPi superó 20 cm H<sub>2</sub>O y de recolapso cuando la PTPe fue < 0 cm H<sub>2</sub>O.

**Estadística:** Los datos se expresaron como mediana y max-min. Se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar las PTP superiores vs inferiores. Significativo  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Ingresaron 13 pacientes, edad: 45 (22-54), Pa/FiO<sub>2</sub>: 124 (61-167), Murray: 2,5 (2,25-3). El nivel de PEEP seleccionado fue: 10 (6-14 cm H<sub>2</sub>O), asociado a Pplat: 23 (19-33 cm H<sub>2</sub>O) y Cst: 34 (24 - 53 cm H<sub>2</sub>O). La PTPi fue mayor en el tercio superior que en el inferior 17 (5-32 cm H<sub>2</sub>O) vs 11,7 (2,1-28,8 cm H<sub>2</sub>O) p = 0,001. 6/13 pacientes presentaron valores compatibles con sobredistensión en los lóbulos superiores. Las PTPe fueron más bajas en el tercio inferior que

en el superior: 0,75 (-4 – 15,6 cm H<sub>2</sub>O) vs 7,8 (-0,9 – 30 cm H<sub>2</sub>O) p=0,002. 6/13 pacientes presentaron alto riesgo de recolapso en las regiones basales.

**Conclusiones:** La elección de la PEEP a partir de la mejor PEEP/Cst no evitó que el 46% de los pacientes tenga mayor riesgo de colapso alveolar en las regiones más comprometidas, inclusive con niveles altos de PEEP, ni que otro tanto sobredistienda el pulmón menos dañado, a pesar de que la Pmeseta resultara inferior a 30 cm H<sub>2</sub>O en casi todos ellos. La estrategia de medir la PTP en dos regiones pulmonares de características mecánicas diferentes podría ser de utilidad para establecer una PEEP más adecuada en este tipo de pacientes.

### 0082 UTILIDAD DE NT-PROBNP EN LA PREDICCIÓN DE EDEMA PULMONAR POST-EXTUBACIÓN EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDIACA.

C YIC, J PONTET, L LA RUINA, L LAPUNOV, C SANTOS, M CANCELA

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Uruguay.

**Objetivo:** Fue determinar la utilidad de la fracción aminoterminal del pro-péptido natriurético tipo B (NT-proBNP), en la falla cardíaca post-extubación del postoperatorio de cirugía cardíaca (POCC).

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, realizado en un CTI polivalente con 13 camas para ARM. Se incluyeron pacientes en el POCC con circulación extracorpórea (CEC), coronaria o valvular, con algún grado de compromiso de la función sistólica (FEVI menor de 50%) o diastólica previos. Se excluyeron pacientes con ARM mayor de 24 h. Los criterios de implementación de ventilación no invasiva (VNI) post-extubación fueron: frecuencia respiratoria mayor de 30 pm y PaFi menor de 200 en paciente lúcido con estabilidad hemodinámica, con edema pulmonar radiológico.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes sometidos a cirugía, 14 con revascularización miocárdica y 9 con sustitución valvular. El desdete se hizo mediante una prueba de TT de 1 hora. Se midieron variables fisiológicas y NT-proBNP al inicio, a 60 minutos de TT y 12 h post-extubación. Tuvieron buena evolución 17 pacientes (grupo 1), mientras 6 desarrollaron edema pulmonar postextubación (grupo 2) y fueron tratados con VNI. No hubo reintubaciones. Se compararon entre grupos las variables: edad, tiempo de clampeo, tiempo de CEC; volumen corriente, pH, pO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, BE, saturación arterial y venosa, diferencia a-v de CO<sub>2</sub>, Hto, frecuencia cardíaca, presión arterial, azoemia, creatinemia, FEVI, diámetro de VCI y aurícula izquierda; sin encontrar diferencias entre los mismos en los 3 tiempos considerados. También se calcularon la variación de NT-proBNP antes y después de prueba TT ( $\Delta$  NT-proBNP) y su porcentaje (% $\Delta$  NT-proBNP) con fines de normalización: ver Tabla. La curva ROC para estas variables tuvo para  $\Delta$  NT-proBNP área 0,82, punto de corte 150 (S 83%, E 71%); para % $\Delta$  NT-proBNP área 0,88, punto de corte 35% (S 83%, E 83%).

**Conclusiones:** Un aumento de NT-proBNP durante la prueba de TT, es útil para predecir la aparición de edema pulmonar postextubación en el POCC. Parece más preciso que las variables clínicas e indica la necesidad precoz de ARM no invasiva.

Resultados de NT-proBNP	Grupo 1	Grupo 2 (edema pulmonar)	
Pre- TT	1317 ±1029	658 ±479	0.20
1 hora TT	1460 ±1176	1320 ±651	0.37
12 h post-extubación	3173 ±1874	3038 ±2280	0.39
$\Delta$ NT-proBNP prueba TT	142 ±514	662 ±430	0.03
% $\Delta$ NT-proBNP prueba TT	15 ±28	178 ±202	0.0001

### 0085 RIÑÓN HIPERFILTRANTE EN EL PACIENTE CRÍTICO: INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A SU DESARROLLO

ML CAMPASSI, MC GONZALEZ, A DUBIN, FD MASEVICIUS, A

RISSO VASQUEZ, M MOSEINCO, NC NAVARRO, L PREVIGLIA-NO, NP RUBATTO, MH BENITES

Sanatorio Otamendi Miroli, Argentina.

**Objetivos:** el riñón hiperfiltrante (depuración plasmática de creatinina >120 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) se ha descrito en ciertos grupos de pacientes críticos como quemados y politraumatizados. Su presencia puede generar concentraciones subterapéuticas de drogas de eliminación renal, especialmente antibióticos. La incidencia del síndrome en una población general de pacientes críticos, así como sus determinantes han sido insuficientemente estudiados. Nuestro objetivo fue describir la incidencia del síndrome durante las primeras 24 hs. después del ingreso a la unidad de terapia intensiva e identificar los factores asociados.

**Materiales y métodos:** se reclutaron pacientes sucesivamente ingresados a una terapia intensiva médico-quirúrgica durante un período de 9 meses. Los criterios de inclusión fueron edad > 21 años, posibilidad de recolectar orina de 24 horas y función renal normal (creatinina plasmática <1,4 mg%). En los pacientes que requirieron vancomicina, se determinaron las dosis máximas y las concentraciones plasmáticas obtenidas. Los pacientes se agruparon de acuerdo a la presencia o ausencia de riñón hiperfiltrante (ClCr  $\geq$ 120 ml/min/1,73m<sup>2</sup>). Los grupos fueron comparados con test t no apareado para variables continuas y x<sup>2</sup> para variables categóricas.

**Resultados:** el riñón hiperfiltrante se encontró en 25% de los pacientes estudiados. La única categoría diagnóstica en la que hubo una tendencia a mayor presencia de riñón hiperfiltrante fue el trauma (9 vs. 4%, p = 0.078).

	Riñón hiperfiltrante	Riñón no hiperfiltrante	P
N (%)	72 (25)	214 (75)	
Edad (años)	48 ± 14	65 ± 18	<0.00001
APACHE II	9 ± 5	11 ± 6	0,003
SOFA	2 ± 3	2 ± 3	0,40
Ingresos (litros)	3,12 ± 1,18	3,38 ± 1,61	0,23
Egresos(litros)	2,42 ± 1,27	1,9±0,9	0,008
Uso de vasopresores (%)	9/72 (13)	39/214 (16)	0,26
Uso de diuréticos(%)	4/72 (6)	33/214 (15)	0,03

La vancomicina se indicó en 22 pacientes, 7 con riñón hiperfiltrante y 15 con riñón no hiperfiltrante. Los pacientes con riñón hiperfiltrante recibieron mayores dosis de vancomicina (3,3 ± 0,4 vs. 2,3 ± 0,6 g/día, p = 0,0005) y tuvieron menores concentraciones plasmáticas (8,3 ± 4,7 vs. 14,6 ± 5,1 µg/ml, p = 0.02).

**Conclusiones:** El riñón hiperfiltrante es una condición frecuente en pacientes críticos. El único factor asociado fue la menor edad. Los pacientes con riñón hiperfiltrante presentaron mayores volúmenes de diuresis y eliminación urinaria de electrolitos. La presencia de riñón hiperfiltrante determinó mayores dosis de vancomicina pese a las cuáles, las concentraciones plasmáticas fueron menores.

### 0086 VARIACION DEL INDICE DE PULSATILIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE CON PRESION DE PERFUSION CEREBRAL NORMALIZADA

E MARTINEZ<sup>1,4</sup>, F TAMAGNONE<sup>2</sup>, D MASEVICIUS<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Sanatorio Sagrado Corazón, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Militar, Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Otamendi Miroli, Argentina. <sup>4</sup> Sanatorio Colegiales, Argentina.

**Objetivo:** El flujo sanguíneo cerebral puede ser inadecuado aun con los valores de presión de perfusión cerebral (PPC) recomendados por las guías.

Estudios previos mostraron que en situaciones de compromiso de la perfusión cerebral, el índice de pulsatilidad (IP) medido por doppler transcraneano (DTC) aumenta.

Los objetivos son:

1- Determinar la prevalencia de IP aumentado en pacientes con TEC grave estabilizados (normoventilados, con PIC controlada y PPC normalizada), durante las primeras 48 hs posterior al trauma.

2- Investigar la respuesta del IP al aumento de la PPC con noradrenalina (NA).

**Material y método:** Estudio de cohorte prospectivo de 28 pacientes con TEC grave ingresados a UTI.

Los pacientes fueron manejados con el protocolo de TEC del Servicio, en el cual una vez alcanzadas las metas: pCo2 35-40 mmHg, PIC < 20 mmHg y PPC entre 60-70 mmHg, se realizó una medición basal de las velocidades de flujo con DTC y cálculo de IP.

IP=[Velocidad Sistólica-Velocidad Diastólica]/Velocidad Media.

Un IP mayor a 1.2 se consideró patológico y en este caso se utilizó NA para incrementar la PPC y se observó la respuesta del IP.

Los datos expresados como media, mediana y porcentajes fueron analizados con Test T, Test U de Mann Whitney para muestreas no apareadas y con Chi cuadrado para variables categóricas.

**Resultados:** Se estudiaron 28 pacientes, 14 el día 1 y 25 el día 2 (11 pacientes se estudiaron los 2 días).

Las mediciones basales del día 1 y 2 no tuvieron diferencias en los valores de PPC (66±4 vs 67±4 mmHg, p:0.7). La mayoría de los pacientes con IP anormal se encontraron el día 1 (85 vs 36%, p<0.05 y 1.34± 0.2 vs 1.09± 0.28, p:0.01), la velocidad media (VM) fue menor el 1° día (58±12 vs 82± 25 cm/seg, p<0.05). No hubo diferencias en el resto de las variables (TAM, FC, PIC, dosis de NA, Hto, T° y pCo2).

Durante el 1° día, a los 12 pacientes con IP>1.2 se les aumentó la PPC de 66±4 a 82±8 mmHg (p<0.001), se observó disminución del IP en todos los pacientes (1.41± 0.13 vs 1.15±0.12, p< 0.001). Aumentaron las cifras de TAM (83±8 vs 98±11 mmHg, p<0.002), VM (58±12 vs 77±9 cm/seg, p<0.001) y dosis de NA (0.11±0.04 vs 0.21±0.05 mcg/min, p<0.001). No hubo diferencias en la FC y PIC. En este grupo normalizaron (<1.2) el IP 9 pacientes (75%).

Durante el 2° día, a los 9 pacientes con IP>1.2 se les aumentó la PPC de 67±4 a 83±9 mmHg (p<0.001) el IP disminuyó (1.41± 0.08 vs 1.11±0.11, p<0.01). Aumentaron los valores de TAM (85±6 vs 98±11 mmHg, p<0.001) y dosis de NA (0.14±0.06 vs 0.28±0.07 mcg/min, p<0.001). No hubo diferencias en la FC, PIC y VM. Normalizaron el IP 7 pacientes (77%).

Se observó un total de 15 (53%) pacientes con IP>1.2 durante los 2 días del estudio, estos tuvieron mayores niveles de PIC (17±4 vs 11±5 mmHg, p:0.009), Hto (33±4 vs 29±4%, p:0.02) y LED 3 en la TAC (53 vs 7%), que pacientes con IP <1.2.

**Conclusión:** El IP está frecuentemente aumentado en pacientes con TEC grave y valores de PPC normalizados, en especial el primer día posterior al trauma. Este hallazgo podría indicar compromiso de la perfusión cerebral que puede ser optimizado aumentando la TAM.

#### 0089 FASCITIS NECROTIZANTE POST HEMORROIDECTOMIA

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

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

**Introducción:** La fascitis necrotizante es una infección con una mortalidad del 20-40%. Cuando afecta periné, escroto o área perineal se conoce como Gangrena de Fournier. Se presenta en pacientes con factores predisponentes, siendo el origen del proceso infeccioso el absceso perineal, enfermedad hemorroidal, fistula, episiotomía, sondeo vesical etc. El tratamiento integral debe incluir la debridación agresiva y extensa de los tejidos afectados así como el soporte hemodinámico y antibiótico (ATB) empírico para gérmenes aerobios y anaerobios.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino, de 54 años de edad, con antecedente de hemorroidectomía 10 días previos. Ingresó a cirugía con diagnóstico de fascitis necrotizante, se realiza debridamiento

quirúrgico e inicia Ceftriaxona-clindamicina. Se recibe cultivo de tejido positivo para E. Coli.

Evoluciona presentando shock séptico y progresión de la infección a glúteo, muslo izquierdo y herida quirúrgica con signos de flogosis y placas necróticas, motivo por el cual ingresa a UTI. Se rota ATB a Piperacilina-Tazobactam-Clindamicina y se realiza debridamiento amplio de la zona afectada, continuando luego con curaciones en quirófano cada 48 hs. Se efectúa precozmente colostomía de descarga. Desarrolla SDR secundario, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica por 4 días. Al 6° día persiste febril y dependiente de vasoactivos decidiéndose recultivar y rotar a Colistin-Linezolid; rescatándose en MiniBal A. baumannii y en hemocultivo Enterococo vancomicina resistente. A los 12 días se constata enfisema subcutáneo en zona de ingle, glúteo, muslo y rodilla izquierda, reinstaurándose tratamiento con Clindamicina; continúa con toiles y evoluciona favorablemente.

Recibe el alta de UTI a los 18 días y externada a los 65 días del ingreso.

**Conclusión:** De los factores de riesgo preestablecidos en la fascitis necrotizante nuestra paciente solo tenía como antecedente una hemorroidectomía reciente.

A pesar de la debridación amplia, agresiva y el tratamiento ATB para los gérmenes aislados, la evolución fue tórpida hasta la reinstauración de la cobertura de gérmenes anaerobios.

El tratamiento debe mantenerse hasta la resolución de los signos locales y sistémicos.

#### 0090 EVENTO ISQUÉMICO ASOCIADO A COSUMO DE DROGAS ILÍCITAS

E VAZQUEZ, C HERRERA, A DIAZ, F POCHEITINO, S NIEVA  
Hospital Misericordia - Córdoba, Argentina.

**Introducción:** La Isquemia Cerebral asociada a Drogas Ilícitas tiene una incidencia del 9,5-34%, es más frecuente en varones menores a 45 años. Entre las múltiples causas vinculadas al ACV relacionadas a la cocaína y sus metabolitos se destacan la HTA, vasoespasmo, efectos trombogénicos, siendo la presentación clínica en un 33% entre la 1-6hs posterior al consumo, en un 6% entre 6-12h y 3% entre 12-24hs.

**Objetivos:** Reportar un caso de ACV Isquémico 2° a consumo de cocaína y su revisión bibliográfica.

**Caso clínico:** Mujer de 23 años con antecedentes de consumo de suplementos dietarios, que comenzó con dificultad para caminar y disartria. Al examen físico presentó excitación psicomotriz, desviación de la comisura labial derecha más hemiplejía braquicirural izquierda, progresando con depresión del sensorio y requiriendo ARM. Se realizó TAC de cerebro: mostro atrofia cerebral, por lo que se solicitó cribado toxicológico en orina, laboratorio normal, ECG: taquicardia sinusal, PL y cultivos.

El diagnóstico inicial fue de Encefalitis Herpética y se inició Aciclovir. A las 4hs se recibió resultados de cribado toxicológico positivo para cocaína y de LCR negativo, confirmando por anamnesis indirecta, consumo de cocaína inhalada 72hs previas. Se repitió TAC de cerebro 24hs después, que evidenció lesión hipodensa de localización parasiviana y paracapsular externa derecha que producía efecto de masa con compresión y desplazamiento del sistema ventricular ipsilateral y acentuación de surcos corticales cerebrales. Se solicitó serología para HIV, enfermedades autoinmunes: anticuerpo anti cardiolipina, IgG-IgM, anticoagulante lúpico, anti SMIT, anti RO-LA, antitrombina C-5, ANCA, Anticuerpo anti-beta2, resultando todos negativos; coagulograma: app, kptt, fibrinógeno, factor 5 y plaquetas normales; Ecocardiograma y Eco-Doppler de cuatro vasos del cuello normales; Rx tórax con infiltrado en base derecha. Se realizó tratamiento con medidas antiedema, noradrenalina, ampicilina-sulbactam por sospecha de broncoaspiración y se suspendió aciclovir.

La paciente presentó buena evolución, fue extubada a las 96hs del ingreso, siendo dada de alta de Terapia Intensiva al sexto

día de internación, continuando tratamiento en sala de Clínica Médica, donde se inicio Rehabilitación Neurológica, presentando como secuela, paresia braquial izquierda y se realizo RNM de cerebro que informo lesion extensa hiperintensa heterogenea con centro hipointenso irregular de límites deformados corticosubcortical extensa y profunda en cuerpo estriado con borramiento de surcos adyacentes y compresión supratentorial, arrojando como conclusión, lesión vascular isquémica con transformación hemorrágica en arteria cerebral media derecha. Se realizo angiografía siendo negativa. Fue dada de alta hospitalaria a los 14 días del ingreso.

**Conclusión:** Destacar que se debe tener un protocolo de diagnóstico en todo paciente joven con alteracion neurológica aguda, teniendo presente el flagelo actual del consumo de sustancias ilícitas en la sociedad.

#### 0902 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y DE LA ADMINISTRACIÓN FARMACOLÓGICA ADECUADA EN TERAPIA INTENSIVA.

G ARANA, L VICENTE, E VERA, R GARCÍA TURIELLA, G ABRIATA, A CATALÁ, G CASTAÑEDA, V MILANÉS

Hospital Italiano Garibaldi Rosario, Argentina.

La seguridad clínica de los pacientes se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud. La seguridad del paciente crítico se considera una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad compleja que entraña riesgos potenciales, donde no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de errores. Los errores derivados del uso de medicamentos son cualquier quiebre o equivocación a lo largo del proceso que va desde la indicación hasta la administración e impacto sobre el paciente.

**Objetivos:** 1) detectar errores en la transferencia de información de la prescripción médica a enfermería y de la administración del fármaco por parte del enfermero a los pacientes internados en Terapia Intensiva 2) identificar errores en la prescripción médica 3) evaluar propuestas de mejoras y prevención de daño potencial.

**Material y Métodos:** estudio descriptivo, observacional, prospectivo de revisión de historias clínicas e indicaciones médicas y enfermería manuales de pacientes internados en Servicio de Terapia Intensiva, a partir de 1ero marzo 2012 a 28 de febrero de 2013, realizado por estudiantes avanzados pregrado supervisados por staff, en días alternos. La información se asienta en una ficha para su análisis. Se realizó un punto de corte el 30 de abril de 2012. La planilla consigna: nombre, edad, motivo del ingreso, días de internación y número de indicaciones médicas al momento del análisis, indicación acorde al diagnóstico, eventos adversos, y se define puntaje de calidad de prescripción médica según legibilidad médica, posología, preparación y dilución adecuadas/inadecuadas (máximo 3), y puntaje enfermería con: dispensación, administración, rotulación adecuadas/inadecuadas, y legibilidad (máximo 4). Puntaje total máximo 7 (calidad buena), 4-6 (aceptable-regular), menos de 4 (mala). Es adecuado lo que se cumple en el 100% de los casos, legible a las palabras sin abreviaturas, y cuando la forma de una letra no puede ser sobreentendida como 2 letras-palabras distintas por el evaluador y 2 personas más. Se usó test no paramétrico, probabilidad asociada, proporciones.

**Resultados:** se evaluaron 38 planillas, 86,8% de los casos motivo de ingreso clínico, 63,2% mayores de 65 años, días de internación promedio 5,58(R1-21), número de prescripciones promedio 8,21(2-21). El puntaje general de la calidad de prescripción fue 5,18(aceptable,regular), promedio global de ítems correctos fue 71,4%, 72,8% médico y 70,4% enfermería (P 0,94). El principal error médico fue la ilegibilidad (9 casos por uso abreviaturas), 9 casos presentaron error en preparación dilución no especificado, en enfermería el principal error fue la letra ilegible por caracteres, los demás ítems superaron el 73%, se destaca la falta de detalle e incompletud registro, tiempos de administración, incompleta rotulación. Las indicaciones acordes al diagnóstico, sin eventos adversos. Se interceptaron 3 casi errores.

**Conclusiones:** la gestión de riesgos convierte el análisis en datos útiles. Se prioriza informatizar, abreviaturas convenidas, educación al personal.

#### 0903 SIRS CON EDEMA PULMONAR NO CARDIOGÉNICO POST EJERCICIO EXTENUANTE.

J NUÑEZ, P KABLAN, I CONRADO, M OSMAN, P TARRUELA, D MOCHI, J DARCHEZ, JP BERTOSI, C SERUR, M CARBONI BISSO  
Hospital San Antonio, Argentina.

**Objetivo:** Describir el cuadro de SIRS post ejercicio extenuante tratado en nuestro hospital.

**Materiales y métodos:** Reporte de caso.

**Resultados:** Varón de 35 años s/ antecedentes que consultó a las 4 hs de terminar un partido de fútbol por malestar general y palpitations. Consumió previo al partido cafeína y efedrina. Ingreso con Fc:150, Fr: 20, T°:38°, TA:110/50. Lúcido, buen estado general, sin disnea, dolores musculares generalizados sin signos de hipoperfusión. Se interpreta deshidratación y se infunden 2 L de ClNa al 0,9%. Persiste con taquicardia por lo que ingresa a UCI una hora más tarde. Pálido, 38%, moderada frialdad de extremidades, lucía agudamente enfermo. Sin insuficiencia respiratoria, semiograma pulmonar normal. Ecocardiograma normal con signos de hipovolemia. Rx de tórax con infiltrados alveolares bilaterales sin derrame pleural. Ecografía abdominal sin sangrado. Persiste con taquicardia y un registro de 80/40. Nuevo ecocardiograma con colapso de la vena cava inferior, se expande con cristaloides con buena respuesta de TA pero taquicardia persistente. Diuresis de 200 ml/h. A las 6 hs mejoría de la T°, FC y perfusión. Mejoría progresiva a las 12 hs con FC de 110, TA: 110/60, T°: 36°, Diuresis de 2400 ml. Rx de tórax con progresión de infiltrados sin insuficiencia respiratoria ni hemoptisis. Mejoría de la respuesta inflamatoria con progresión en los infiltrados radiológicos sin insuficiencia respiratoria con la peor radiografía a las 24 hs del ingreso. Mejoría radiológica en las 48 hs siguientes. Hemocultivos y serologías para germen comunes, HIV, Influenza A, B y H1N1 negativas, no se tomó muestra respiratoria por ausencia de expectoración. Evolucionó estable otorgándose el egreso a los 4 días. Se repitió a los 60 días un ecocardiograma doppler normal y PEG negativa hasta 18 METS.

**Conclusión:** El SIRS expuesto no evolucionó como una patología infecciosa ni se ajusta a un cuadro de golpe de calor por lo que estimamos que, el ejercicio, con el uso de Efedrina y Cafeína que potenciaron el esfuerzo realizado, fue el desencadenante del cuadro con edema pulmonar, anemia, disminución transitoria de las plaquetas, hiperglucemia y leve aumento de la CPK.

#### T-1

Tiempo	Ph	PCO2	PO2	HCO3	EB	Hto	Plaquetas	Glucemia	Urea	K	CPK
Ingreso	7,34	34	104	19	-5	34	169.000	225	45	2,7	454
2 hs	7,33	35	94	18	-7	33	160.000	180			
6 hs	7,39	40	58	21	-4	34	158.000	124	29	3,1	646
16 hs	7,42	38	79	24	1	32		90			3,3
30 hs						34	149.000	96	12	4,3	670
54 hs						34	133.000	103	14	3,9	676
78 hs						39	165.000	90	15	4	
14 días						42	300.000	85	21		80

#### 0905 ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE LA INCIDENCIA DE DIARREA EN UNA UCI POLIVALENTE

L RETAMAL, ALN MARTINUZZI, M ALONSO, VH BORRAJO, C PEREZ VALDEZ, G BERRO, M SEPULVEDA, L OBREGON, A NUÑEZ, R RABUFFETTI, J CACHARELLI, L GUTIERREZ  
CMIC Neuquén, Argentina.

**Introducción:** La diarrea es un hallazgo frecuente en los pacientes críticos cualquiera que sea la causa de admisión en la unidad de

cuidados intensivos (UCI). Representa una de las complicaciones gastrointestinales, más frecuentes, con una incidencia entre 5-64%, esta variación es uno de los puntos más conflictivos, dada por la amplia variedad de definiciones existentes sobre diarrea.

**Objetivos:** 1) Determinar incidencia de diarrea. 2) Objetivar el impacto de la misma en la evolución de los pacientes y los factores de riesgo relacionados a su desarrollo.

**Métodos:** Criterios de Inclusión: Todo paciente que ingrese en nuestra unidad y permanezca internado por más de 48 hs. Tiempo de estudio: de 01/01 a 31/03 del 2012. Definición de diarrea: Deposiciones líquidas o semisólidas con un volumen  $\geq$  a 300 ml/día por más de 48 hs, se consideraron como factores de riesgo los descriptores en el trabajo ACCEPT. Los resultados se expresan en media y DS o porcentaje según corresponda.

**Desarrollo:** Durante el estudio ingresaron a nuestra unidad 101 pacientes con apache II 15 +/- 4 con una estadía de 7,7 +/- 5 con una mortalidad 17,6%, de los cuales cumplieron los criterios de inclusión al estudio 42 pacientes, de este grupo 11 presento diarrea según nuestra definición 26,2% (10,9% del total de ingresos).

De los pacientes con diarrea, la mayoría fueron hombres, de 57 +/- 20 años. El apache II fue de 20 +/- 6. Recibieron soporte nutricional (SN) la totalidad de los pacientes: 4 recibieron alimentos por vía oral, 7 por nutrición enteral, 4 de ellos por sonda nasogástrica y 3 por acceso yeyunal. El inicio de la diarrea fue 8 +/- 6 días desde el ingreso y una mediana de 5 (Min 0 max 16) de inicio del SN. La duración de la misma fue de 14 +/- 12, la mayoría de los pacientes presente en promedio 4 +/- 3 episodios.

Se observo que la mayoría de los pacientes (10/11) recibió tratamiento ATB, en su mayoría Bactámicos, vancomicina y colistin. 72,8% presento shock. En el 63,6% de los casos habia más de un paciente con diarrea. Los estudios por Elisa buscando toxina A y B fueron en todos negativos, lo mismo que los cultivos de materia fecal. Recibieron prokinéticos el 36,3% de los pacientes. Los valores de albumina promedio fueron de 2,7 +/- 0,7. La NE fue con formulas poliméricas en su totalidad, todas infundidas por bomba. Solo en 2 pacientes se suspendió la NE, en la mayoría se continuo con la infusión a menor velocidad. Como tratamiento se realizo cambio de formula en 2 pacientes, suspensión prokinéticos, el resto no requirió tratamiento específico.

La estadía promedio fue de 36 +/- 28 días, con una mortalidad del 36,4% en este grupo.

**Conclusión:** Nuestra incidencia es intermedia a la internacional, se observo que la diarrea es mas frecuente en los pacientes graves, añosos, recibiendo ATB de amplio espectro y con internación prolongada. La hipoalbuminemia fue frecuente y no se observo durante el periodo de estudio diarreas infecciosas lo cual nos podría llevar a pensar en falsos negativos del método en nuestra institución.

#### 0098 ESTRATEGIA HOSPITAL DONANTE. HOSPITAL DE EMERGENCIAS "DR. CLEMENTE ÁLVAREZ"

E LONDERO, S PULCINELLI, C RONDINA, M NÓVILE  
Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez", Argentina.

**Introducción:** La necesidad de hacer frente al incremento de los pacientes en lista de espera para trasplante de órganos y tejidos en la Argentina, requirió instrumentar políticas públicas de procuración que determinaron durante los últimos años un notable y sostenido crecimiento en la generación de donantes.

La implementación de la Estrategia Hospital Donante, podría constituir la respuesta sanitaria a la demanda de trasplante en nuestro país. En este contexto, en el HECA se conforma a fines del año 2011 la Unidad de Procuración y Trasplante de Órganos y Tejidos, cuya misión es desarrollar el proceso de Donación-Trasplante como una actividad hospitalaria que brinde respuesta a quienes necesiten un trasplante para salvar y/o mejorar su calidad de vida.

**Objetivo general:** Incorporar la procuración como actividad propia del HECA para incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplante.

**Objetivos específicos:** Incorporar la generación de donantes a los objetivos institucionales.

Involucrar a los distintos servicios del hospital como unidades generadoras de donantes.

Garantizar las etapas del proceso de donación en el hospital.

Implementar acciones de capacitación y comunicación hacia todos los niveles del recurso humano hospitalario.

**Resultados:** El promedio anual de donantes durante el período 2007-2011 en el HECA fue de 14,8 (6,2 de donantes de tejidos y 8,6 donantes de órganos).

Entre Enero y Mayo de 2012 se realizaron 30 procesos de donación (8 de órganos y 22 de tejidos).

**Conclusión:** La implementación de la Estrategia Hospital Donante permitió incorporar la actividad de procuración a la tarea médico asistencial en el Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez", generando un considerable incremento en la procuración de órganos y tejidos destinados al trasplante.

#### 0100 EDEMA PULMONAR NO CARDIOGENICO INDUCIDO POR BASILIXIMAB EN PACIENTE ADULTO TRASPLANTADO HEPATICO

A GIRA, L BALLESTRACCI, J ESCARDO, M CORONEL, F PIÑERO, M MENDIZABAL, D ARUFE, S COSENZA  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** El rechazo es una de las complicaciones mas importantes del trasplante hepático. El basiliximab es un potente agente inductor de inmunosupresión y una opción terapéutica para evitar el rechazo y mejorar la sobrevida del injerto. El edema pulmonar no cardiogénico es una posible complicación del trasplante. Sin embargo, su asociación a la infusión de basiliximab ha sido infrecuentemente reportada en la literatura.

**Objetivo:** Presentación de caso clínico.

**Resumen:** Paciente masculino de 53 años de edad portador de cirrosis por virus de hepatitis C asociado a alcoholismo previo con un Child Pugh C, MELD 23 complicado con hepatocarcinoma, síndrome hepatorenal y varices esofágicas.

Ingreso a UCI en postoperatorio de trasplante hepático ortotópico con donante cadavérico con técnica de Piggy Back. Tiempo de isquemia fría 7 hs y tibia 35 min. Recibió 14 unidades totales de hemoderivados y 1 litro de recuperó sanguíneo autólogo con Cell Savers®. Recibió inmunosupresión intraoperatoria con Basiliximab 20mg y Metilprednisolona. Evolucionó al 2do día postoperatorio con ALI/SDRA requiriendo ingreso en AVM. Se descarto etiología infecciosa del cuadro. No presentaba SIRS ni signos de hipoperfusión. Se realizó TC de tórax que evidenció áreas de consolidación en lóbulos inferiores e infiltrado intersticial en ambos vértices. Evolucionó al 9no día postquirúrgico con mejoría clínico/radiológica que permitió la desconexión de AVM. Continúo inmunosuprimido con Ciclosporina y Micofenolato.

**Conclusión:** Escasos reportes han evaluado la seguridad del basiliximab. El mecanismo potencial de desarrollo de la injuria pulmonar incluiría liberación de citoquinas, incremento de la permeabilidad capilar, sobrecarga de volumen e injuria de reperfusión. En las series de casos reportadas la aparición del ALI/SDRA ocurrió entre el día 3 y 4 y su resolución se extendió hasta el día 7 a 10. El conocimiento de esta potencial complicación, el prudente manejo de la fluidoterapia y la minimización de la injuria de reperfusión sobre el injerto podrían ser recomendados para prevenir esta complicación.

#### 0101 MIOCARDIOPATIA POR ESTRÉS

A BARRIOS L., S NOYA, C PLAZA, O CARAVELLO, S MARE, ML ROMERO  
Sanatorio Municipal Dr. Julio Mendez, Argentina.

**Introducción:** La Miocardiopatía transitoria por estrés, Sme. del corazón roto o Tako-Tsubo es una disfunción ventricular izquierda

reversible que se presenta en mujeres de mediana edad, sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, que se caracteriza por un cuadro clínico indistinguible de síndrome coronario agudo, desencadenado por una situación de estrés psicofísico. Los biomarcadores de lesión miocárdica se encuentran elevados y la elevación del ST como la alteración de la onda T son característicos. En la ecocardiografía (ECOC) se puede evidenciar hipocinesia o acinesia apical con cierta hipercinesia basal. En la Cinecoronariografía (CCG) se evidencia abombamiento apical del Ventrículo Izquierdo (VI) sin lesión coronaria. Los signos y síntomas son reversibles entre los 7 y 30 días, con una morbimortalidad baja.

Se presentan 3 pacientes de mediana edad, de sexo femenino, sin antecedentes cardiovasculares, que ingresan a Terapia Intensiva (UTI) con Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (SCANST). Todas ellas tenían en común exposición a situaciones de estrés psicofísico.

**Caso 1:** Mujer de 68 años que luego de una discusión familiar, presentó EAP hipertensivo/SCANST, troponina T positiva, con ECOC: Hipocinesia del apex, antero-medio y apical, septal-medio apical, lateral e infero-apical, Fey 35%. CCG: sin lesiones coronarias significativas, hipoquinesia severa anterolateral, apical e inferoapical. Buena evolución con tratamiento convencional. Alta asintomática.

**Caso 2:** Mujer de 45 años que ingresa a UTI por Pseudocrisis Epilépticas desencadenadas por violencia de género, requiriendo ventilación mecánica, con antecedentes de múltiples internaciones por dicha patología. Presenta como intercorrelación cambios ECG con T negativas en cara antero-lateral, curva enzimática positiva y posterior prolongación del intervalo QT. ECOC: acinesia de pared lateromedial, lateroapical, infero y postero-medial. Hipocinesia septal anterior, FSVI moderado. CCG: sin lesiones. Buena evolución con ECOC al alta: Hipertrofia del VI, FSVI conservada.

**Caso 3:** Paciente de 52 años, con antecedentes de cese laboral abrupto, pérdida de la vivienda e internación de su hija discapacitada por cuadro respiratorio, en la misma semana. Ingresó a UTI con diagnóstico de SCANST de 12hs de evolución. ECG: T negativas en cara antero-lateral. Curva de Ck/Mb positiva. Se comenzó tratamiento convencional. Evolucionó con episodios de dolor precordial subintrales con profundización de ondas T. ECOC: hipocinesia anteroapical con hipercontractilidad basal. CCG: coronarias normales, discinesia anteroapical, hipercinesia de segmentos basales. Buena evolución, alta asintomática.

**Conclusión:** Esta presentación tiene como objetivo la discusión y el acercamiento a una patología aparentemente de baja incidencia, tal vez vinculada en gran medida al subdiagnóstico, que se desarrolla en determinado grupo de pacientes expuestos a situaciones de estrés psicofísico, demostrando que el sustrato de una patología clínica no necesariamente debe tener una etiología orgánica definida.

### 0102 UTILIDAD DE LAS NEBULIZACIONES CON COLISTIN PARA EL TRATAMIENTO DE TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA POR GERMEENES MULTIRRESISTENTES

LP MASKIN, M SETTEN, PO RODRIGUEZ, I BONELLI, S ATTIE, SL FROSIANI, R VALENTINI  
Instituto Universitario CEMIC, Argentina.

**Introducción:** La traqueobronquitis asociada a la ventilación mecánica (TAV) es una infección frecuente, con incidencia del 2.7-10% entre los pacientes bajo ventilación mecánica (VM). Probablemente sea un proceso intermedio entre la colonización de la vía aérea y la neumonía asociada a la VM (NAV), y que incrementa la duración de VM, la estancia en terapia intensiva, y el desarrollo de NAV.

**Objetivos:** Evaluar la erradicación de gérmenes multirresistentes en TAV por medio de colistin aerosolizada. Secundario evaluar efectos adversos.

**Materiales y métodos:** Se enrolaron pacientes consecutivos con criterios de TAV, definida por secreciones muco-purulentas en pacientes en VM > 48 hs, con tinción (+) para bacilos negativos; sin nuevos

infiltrados, ni criterios de NAV (ATS-CPIS). Se definió multirresistencia, como resistencia a dos grupos antibióticos habitualmente sensibles (carbapenems + otro). Se administró colistin metasulfonato nebulizada 50 mg c/12 hs, por un mínimo de 6 días. Se obtuvieron datos demográficos, APACHE II, EPOC, leucocitos y creatinina diarias. Se categorizó el volumen (1-escaso / 2-normal / 3-abundante), y purulencia (1-francamente purulentas/ 2-purulenta / 3-mucosa) de las secreciones, evaluadas diariamente por un terapeuta físico. Se realizó un aspirado traqueal entre el día 5°-7° del tratamiento. Se registraron efectos adversos y la aparición de infecciones respiratorias dentro de los 30 días posteriores. Los datos se expresan como mediana (IQ 25-75), o porcentaje. Análisis de datos no paramétricos con Chi2

**Resultados:** Se incluyeron 12 pacientes, 83% varones, edad 69 (63-78) años. APACHE II: 27 (19-29); 50% con EPOC. Días en VM previo a la TAV fue de 39 (24-52), y 83% (10/12) estaban traqueostomizados. Microbiología por aspirado traqueal: >10<sup>6</sup> ufc de *Pseudomonas aeruginosa* 92% (11 pacientes), y *Acinetobacter spp* 8% (1 caso); sensibles solamente a colistin y aminoglucósidos. La erradicación de los gérmenes multirresistentes se dio en el 100% de los casos, con una duración de tratamiento de 6 (6-9) días. Las secreciones mejoraron tanto en purulencia (3(3-3) vs 2(1-2), p<0.001), como en volumen (2(1-2) vs 3(3-3), p<0.001), luego del tratamiento. No se evidenciaron diferencias pre- y post-nebulizaciones, en el conteo de leucocitos: 8.550/mm<sup>3</sup>(6.825-13.250) vs 7.900/mm<sup>3</sup>(5270-8.625) (p: 0.29) ni la creatinina: 0.53 mg/dl(0.5-1.18) vs 0.65 mg/dl(0.5-0.79) (p: 0.70). Solo dos pacientes presentaron riesgo de injuria renal (creatinina > 50% basal, clasificación RIFLE), pero revirtió al final del tratamiento. Existió un descenso del score CPIS a los 3 y 7 días, 3(3-4) vs 2.5 (2-3, p: 0.016) vs 1.5 (1-2, p: 0.015). Dos pacientes tuvieron 1 episodio de broncoespasmo no severo, y otro presentó un episodio de convulsiones, en contexto de TEC grave, suspendiéndose la droga. Ningún paciente presentó infecciones respiratorias dentro de los 30 días posteriores al tratamiento.

**Conclusiones:** La utilización de colistin aerosolizada es efectiva para la erradicación de gérmenes multirresistentes en pacientes con TAV.

### 0103 VARIABLES ASOCIADAS A BACTERIEMIA RELACIONADA A CATÉTERES EN PACIENTES QUEMADOS GRAVES Y CRÍTICOS

A ANTIK<sup>1</sup>, I CIORDIA<sup>2</sup>, S RIAL<sup>2</sup>, M ÁVILA<sup>2</sup>, G CARBALLIDO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Durand, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Quemados, Argentina.

**Introducción:** La incidencia bacteriemia relacionada a catéter (BRC) en pacientes quemados se presenta entre 6,6 a 34 x 1000 día catéter aumentando el riesgo de morbimortalidad.

**Objetivo:** Evaluar las variables que podrían influir en la presentación de BRC en pacientes quemados graves y críticos

**Materiales y Métodos:** Estudio de cohorte prospectiva, analítico de catéteres venosos centrales (CVC) colocados en pacientes ingresados en la Terapia Intensiva del Hospital de Quemados de la CABA durante el período 01/11/2008 al 01/11/2010. Variable de resultado: BRC. Variables independientes: Grupo de gravedad según tabla de Benain (se incluyeron grupo III y IV), Sitio de inserción, Lesión por inhalación (LIP), distancia de inserción a la quemadura, días de permanencia del catéter. Análisis bivariado (RR IC95%). Análisis multivariado regresión logística. P significativa si p<0.05.

**Resultados:** Se estudiaron 163 catéteres. Edad promedio pacientes 38 (DE 17), SCQ 41% (DE 16), El 47% se insertaron en accesos superiores (vena subclavia y yugular interna) y el 53% en vena femoral. La incidencia de BRC fue de 31x1000 día catéter. En el análisis bivariado las variables que presentaron significancia estadística fueron: grupos de gravedad RR 1,17 IC 95% 1-1,39, (p 0,048), la LIP RR 1,21 IC 95% 1,02-1,45 (p 0,024) y la distancia de inserción a la quemadura entre 6-10 cm RR 2,06 IC95% 1,10-3,86 (p 0,003) y ≤5 cm RR 2,47 IC95% 1,31-4,67 (p 0,0001) (grupo basal >10 cm). En el análisis multivariado la distancia de inserción a la quemadura constituyó la

única variable con significación estadística. Entre 6-10 cm RR 3,77 IC 95% 1,38-10,32 (p 0,01) y  $\leq 5$  cm RR 4,78 IC 95% 1,70-13,46 (p 0,003)  
**Conclusión:** Según nuestro estudio el intento de colocación del CVC más allá de 10 cm de la piel quemada sería una medida adecuada para disminuir la BRC.

#### 1014 MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO A PROPÓSITO DE UN CASO CG CERZEZO, SP ALBANESE, RA AVILA Hospital Cullen, Argentina.

**Introducción:** La miocardiopatía periparto (MCP) es una patología infrecuente que se desarrolla en el último mes del embarazo y hasta 6 meses después del parto sin causa justificable de ICC y en ausencia de cardiopatía estructural con hallazgos ecocardiográficos de dilatación y disfunción global del VI con una fracción de eyección menor al 45% o fracción de acortamiento menor al 30% con una dimensión ventricular mayor a 2,7 cm/m<sup>2</sup> en diástole. Aparece alrededor de los 30 años, en multiparas, con antecedente de preeclampsia y embarazo múltiple, es de etiología desconocida, pero se asocia posiblemente a un mecanismo autoinmune (miocarditis), viral y/o genético, con una alta tasa de mortalidad cuando el diagnóstico y tratamiento es en forma tardía.

**Caso Clínico:** Paciente de 33 años G1P0Ab0, que cursa 36 semanas de gestación, diabética tipo 2 e hipertensa crónica que ingresa a UTI en postoperatorio inmediato de cesárea abdominal de urgencia por insuficiencia respiratoria con diagnóstico presuntivo de NAC grave con requerimiento de ARM; radiografía de tórax con radiopacidad basal derecha y borramiento de seno costodiafragmático homolateral, se instaura tratamiento antibiótico con respuesta favorable. A las 48hs la misma presenta EAP con descompensación hemodinámica (shock, oliguria, taquicardia, hipoxemia) con requerimientos de vasopresores; se realiza 1) Radiografía de tórax: se observan infiltrados intersticioalveolares difusos, hili congestivos y cardiomegalia; 2) ECG: ritmo sinusal, con T (-) de V1 a V5; 3) **Ecocardiograma** (Gold standart): VI: cavidad normal, hipocinesia global y difusa con depresión severa de la función sistólica; DFDVI: 50mm; DMS: 14mm, FVDVI: 65% ml/m<sup>2</sup> con signos de bajo gasto cardíaco y patrón restrictivo de la función diastólica. Se decide la colocación de un Cateter de Swan Ganz que nos informa un patrón Hemodinámico de Shock Cardiogénico:  $\downarrow$  IC  $\downarrow$  GC  $\uparrow$  RVS  $\downarrow$  ITS VI  $\downarrow$  ITS VD. Se realiza interconsulta con el Servicio de Cardiología para el manejo y tratamiento quienes sugieren como estrategia terapéutica colocar vasopresores Noradrenalina, Furosemida y Dobutamina con lo cual se logra una mejoría de todos los parámetros hemodinámicos:  $\uparrow$  IC  $\uparrow$  GC  $\uparrow$  VS  $\downarrow$  IRVS además del IDO<sub>2</sub> y EO<sub>2</sub>. La paciente presenta buena evolución clínica y con mejoría de los parámetros ecocardiográficos. Finalmente se indica el pase al Servicio de Clínica Médica para su seguimiento, control y tratamiento ambulatorio.

#### 1015 INFECCIONES EN PACIENTES CON HERIDA PENETRANTE EN CRÁNEO

SI CASTRO<sup>1,2</sup>, N CATALDI<sup>1</sup>, S MARTINI NOVAS<sup>2</sup>, M FLORES<sup>1</sup>, M CHAMUT<sup>1</sup>, M LAREU<sup>1</sup>, M MORANTE<sup>1</sup>, G ROBERT<sup>1</sup>, O CRISTALDI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Terapia Intensiva, HIGA Eva Perón. San Martín, Argentina. <sup>2</sup> División de Infectología. Hospital Juan A. Fernández. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las episcrisis de pacientes con herida penetrante en cráneo entre 2006 y 2011, considerando las infecciones que presentan en UTI.

**Material y método:** Reportamos 35 casos de pacientes que sufrieron herida de arma de fuego o de arma blanca: 9 en 2006, 9 en 2007, 2 en 2008, 4 en 2009, 8 en 2010 y 3 en 2011. Se relevaron episodios de meningitis postquirúrgica, cerebritis, infección de herida quirúrgica, neumonía asociada con respirador (NAV), infección urinaria (ITU) y asociada con catéter venoso central. Las variables

analizadas fueron: edad, días de internación, motivo de ingreso, tipo de cirugía, APACHE, SAPS, monitoreo intracraneano y rescates bacteriológicos relevantes. De los 35 pacientes, se excluyeron ocho que fallecieron en las primeras 48 horas, luego de descartar que fuera por causas infecciosas.

**Resultados:** La mediana (M) de edad de los 27 pacientes finalmente analizados fue 25 (R: 16-57) y de días de internación 5 (R: 3-37). Hubo dos heridos por arma blanca. El Glasgow al ingreso dio una M de 6 (R: 3-15). Los procedimientos quirúrgicos iniciales fueron: toilette (4), toilette más craniectomía (13), craniectomía descompresiva (5), evacuación de hematoma subdural (8), evacuación de hematoma extradural (1), evacuación de hematoma cerebral (1), poleotomía (1), colocación de PIC solamente (1), no se operaron a 3, reoperados (4). Hubo monitoreo de PIC en 26 de los 35 pacientes (74 %) y la M de los días de utilización fue 5 (R: 1-13). Se empleó catéter subdural en 23 pacientes e intraparenquimatoso en 5, en dos, ambas y la ventriculostomía en dos casos. La M de APACHE fue 18 (R: 2-36) y la de SAPS 35 (R: 6-65). La M de días de utilización de ARM fue: 4,5 (R: 1-29, en 22/27 pacientes, 81%). Recibieron profilaxis con cefalosporina de primera generación 3 pacientes, ampicilbactam 7, TMS-rifampicina 12, cefalosporina de primera generación más amikacina 1, TMS-metronidazol 1, y tres no recibieron antibióticos. En cinco pacientes se registraron: dos episodios de meningitis por *Stafilococcus coagulasa negativo* y *Enterobacter cloacae*, una infección subgaleal por *E. cloacae* más *Enterococcus faecalis*, 2 cerebritis (una con rescate de *Acinetobacter* en toilette quirúrgica). Hubo una ventriculitis por *Acinetobacter* en un paciente que requirió ventriculostoma en reinternación. En 8 pacientes tuvimos como rescate bacteriológico en primer episodio de NAV: *Acinetobacter* en 2, *Pseudomonas* en 2, ambas en uno, *E. cloacae* en uno, *Stafilococcus metilinosensible* en uno, *Klebsiella*, uno. Dos desarrollaron ITU por *C. albicans* y *Acinetobacter* respectivamente. Fallecieron 7 pacientes (26 %).

**Conclusiones:** La tasa de utilización de PIC fue de 36,5 catéteres por cada 100 pacientes internados. La frecuencia de infección global resultó ser 29,63 %. Hubo una elevada tasa de incidencia de infección neuroquirúrgica (20,8 %), observándose en 4 de 5 pacientes un Glasgow de ingreso bajo y en todos un APACHE  $\geq$  18. La mortalidad global fue alta, con un APACHE de ingreso  $>$  15 en 5 de ellos. No hallamos correlación significativa entre Glasgow e infección.

#### 1019 INTOXICACION GRAVE POR ISONIAZIDA

AE BORDÓN, JT SÁNCHEZ-MÍÑOPE, EA RUIZ, CV IGLESIAS  
Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez. Unidad de Terapia Intensiva, Argentina.

**Objetivo:** Presentación de un caso infrecuente como intento de suicidio.

**Caso Clínico:** Paciente femenino de 20 años de edad, que ingresó a la unidad de terapia intensiva de nuestro hospital, en horas de la madrugada, con deterioro del sensorio, insuficiencia ventilatoria, y acidosis metabólica.

Antecedentes: Nacionalidad boliviana, con reciente arribo al país, recibiendo quimioprofilaxis por conviviente con tuberculosis pulmonar en tratamiento.

La familia refiere que se encontraba triste por dejar su país, y que hacía varios días presentaba conductas de aislamiento. Horas antes del cuadro que motivó su internación presentó alucinaciones visuales, discurso delirante y cuadro compatible con convulsión tónico clónica. La paciente requirió 24 horas de asistencia respiratoria mecánica, sin compromiso hemodinámico, con mejoría gasométrica y metabólica. La tomografía axial computada de encéfalo sin contraste y el estudio del líquido cefalorraquídeo fueron normales.

Se arribó al diagnóstico de intoxicación grave por isoniazida a las 48 hs de su ingreso, estimándose en 7.5 gramos el consumo con fines suicida. Evolucionó favorablemente, sin daño hepático pasando a sala general al cuarto día de ingresada a la unidad.

Discusión: la intoxicación aguda con isoniazida es causal de encefalopatía.

falopatía tóxica, coma, acidosis metabólica, e hiperglucemia. El diagnóstico de sobredosis por dicha droga, con fines tanáticos, fue orientado por el interrogatorio a la familia y confirmado por el relato de la paciente.

La utilización de isoniazida con intención suicida es infrecuente en la literatura.

Dada la alta prevalencia de tuberculosis en nuestro medio debería considerarse la intoxicación por isoniazida en pacientes que teniendo indicada esta medicación presentaran convulsiones, depresión del sistema nervioso central, y acidosis metabólica.

#### 0110 AISLAMIENTO DE STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE CON MESOTELIOMA PLEURAL

A FELDMAN, M GUAYMAS, V NUNES VELLOSO, N LUQUE, P REVEL CHION, M MOLINA, S SUTERA, S ZADCOVICH, A MARINO

Complejo medico de la Policía Federal Argentina Churrucá – Visca Servicio de Terapia Intensiva y medicina crítica CABA, Argentina.

**Objetivo:** Reportar un caso clínico de derrame pleural con aislamiento de strongyloides stercoralis (SS) en paciente con mesotelioma pleural. MATERIAL Y METODOS: paciente femenino de 65 años, con antecedentes de ex TBQ, hipotiroidia, ICC, consulta en otro centro en enero del 2012 por disnea CF IV y derrame pleural bilateral a predominio izquierdo (exudado no complicado), intercorre con neumotórax el cual se drena, sin mejoría por lo que se realiza VATS donde se observa atelectasia del lóbulo superior izquierdo e imagen en base pulmonar compatible con neoformación. Se deriva a nuestro hospital el 18 de enero ingresando lucida, con tubo de avenamiento pleural izquierdo, se realiza PPD negativa, ADA 51,7. Cultivos negativos, biopsia pleural proceso inflamatorio crónico sin presencia de células neoplásicas, se externa el 09 de febrero. Reingresa a los 7 días, por disnea CF IV y derrame pleural masivo derecho en la TAC de torax se observa neumonía cavitada izquierda y derrame pleural bilateral. Se coloca tubo de avenamiento pleural derecho y se inicia tratamiento con piperacilina tazobactam. Evolucionando con shock séptico y SDR. Se realiza fibrobroncoscopia con BAL. Líquido pleural: hemático, turbio, proteínas 3,40g/dl, glucosa 96mg/dl, LDH 334 UI/l, GB 600 mm3 (linfocitos 64%), se observa en el directo SS, por lo que comienza tratamiento con ivermectina. Proteína C reactiva 4,09 y ES 101. Colágenograma sin datos patológicos. HIV no reactivo. El 13/3 se recibe informe de anatomía patológica que informa fragmentos de pleura parietal con cambios reactivos del mesotelio de revestimiento e infiltrados inflamatorios y colgajos de células mesoteliales reactivas. Marcadores compatibles con mesotelioma. Se realiza TAC con protocolo para TEP positiva, a los dos meses del comienzo de los síntomas la paciente fallece.

**Conclusión:** Entre 30 y 100 millones personas en el mundo se encuentran infectadas con strongyloides stercoralis, en nuestro país es endémica en el norte, registrándose estudios con prevalencias del 42% en Salta y 24% en Chaco. SS es un nematode, verme cilíndrico, que presenta diversos estadios o formas parasitarias: hembra adulta parasitaria, larvas rabaditoides (L1), larvas filariformes (L3) y machos y hembras de vida libre. Son factores de riesgo la residencia en zonas endémicas, alteración de la inmunidad celular, enfermedad crónica pulmonar, además puede cursar una infección crónica persistiendo por más de 50 años con infestación masiva parasitaria, conocido como síndrome de hiperinfestación. En más de la mitad de los pacientes el único hallazgo para el diagnóstico presuntivo es la eosinofilia en sangre periférica. En el síndrome de hiperinfestación y en las formas diseminadas es frecuente la ausencia de eosinofilia. Para el diagnóstico se requiere la identificación del parásito o de sus huevos en el esputo, BAL, líquido pleural o en la biopsia pulmonar. El tratamiento debe ser específico.

#### 0111 STATUS EPILÉPTICO REFRACTARIO - SÍNDROME DE HIPERAMONEMIA EN POST-TRANSPLANTE RENO PÁNCREAS

C SALVATIERRA, M GIMÉNEZ, R ERUSALIMSKY, D STURBA, A HLAVNICKA, CA NOSTI

Clinica de los Virreyes, Argentina.

**Introducción:** La hiperamoniemia (HA) es un evento que se asocia con alta morbilidad y mortalidad. Puede originarse debido a un aumento en su producción o por trastornos en su depuración. La HA aguda provoca importantes alteraciones a nivel intracelular y de procesos metabólicos, liberación de mediadores inflamatorios intracelulares que conllevan a edema cerebral, aumento en el flujo sanguíneo cerebral y pérdida de la autorregulación cerebral. El reconocimiento precoz de este evento y rápidas medidas encaminadas al control de la HA, el edema cerebral, la hipertensión endocraneana y su desencadenante, son las recomendaciones para el manejo de estos pacientes con el fin de disminuir el impacto en un pronostico a menudo fatal.

**Resumen:** Mujer de 39 años con antecedentes: DBT tipo 1, panvascular, IRC, con Tx reno-páncreas con tratamiento inmunosupresor. Cursaba internación prolongada en otro centro al que ingresó por cuadro de abdomen agudo, donde realizó laparotomía exploradora con colecistectomía y biopsia renal con implantación de ambos graft; presentando convulsiones tónico-clónicas en el post operatorio, siendo ésta la causa de derivación a nuestro centro. Al ingreso presento convulsiones tónico-clónicas generalizadas, hipotensión arterial y mala perfusión generalizada. PL: LCR físico químico normal, incluida la presión de apertura. Se colocó cateter de PIC (inicial 6 mmHg, no identificándose cifras mayores a 15 mmHg durante la evolución). Dada la refractariedad del status epiléptico a dosis máximas de midazolam y propofol se indicó hipotermia (33.5 C° central) logrando control de la actividad comicial por monitoreo EEG continuo. Posteriormente recibió diferentes esquemas con ATB y antimicóticos por aislamiento de microorganismos en tejido renal y en líquido retroperitoneal. Se diagnosticó en PAMO síndrome hemofagocítico iniciando corticoterapia y gammaglobulina. Evolucionando con estabilidad clínica al 4to día de internación. Laboratorio: tricitemia, Quik 62%, Láctico 9, amonio 1119. Se tomaron muestras para detección viral en LCR y plasmáticas. TAC cerebro: cisternas peritroncales libres y leve borramientos de surcos. Evolucionando posteriormente al shock y paro cardíaco.

**Conclusión:** Se presenta un paciente con trasplante reno-pancreas y cuadro de status epiléptico refractario con fallo multiorgánico, Sme. hemofagocítico e HA. La recomendación para su manejo son medidas encaminadas al control de la HA (uso de lactulosa, ATB no adsorbibles y terapia dialítica) y el uso hipotermia como tratamiento para el status epileptico refractario; sin embargo el pronóstico es de alta mortalidad.

#### 0115 COMUNICACIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES HIV+ ENTRE 2006-2011 EN EL HOSPITAL INTERZONAL DE AGUADOS EVA PERÓN DE SAN MARTÍN

SI CASTRO, P BOSCHINI, R ECHEGARAY, G GUTIÉRREZ, P SOTOMAYOR, P CASTRO, J RISSO PATRÓN, O CRISTALDI

Unidad de Terapia Intensiva, HIGA Eva Perón. San Martín, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las epicrisis de pacientes HIV+ internados en UTI, considerando su evolución y mortalidad global.

**Material y método:** Se consideraron 45 pacientes: 9 en 2006, 6 en 2007, 9 en 2008, 5 en 2009, 3 en 2010, 14 en 2011. Se evaluaron la necesidad de ARM, administración de inotrópicos, el apoyo renal, la APT y los procedimientos quirúrgicos. Las variables analizadas fueron: edad, días de internación, enfermedades marcadoras, motivo de ingreso, APACHE, SAPS, tratamiento de infecciones oportunistas y la mortalidad global.

**Resultados:** Ingresaron 17 mujeres y 28 hombres, con una mediana (M) de edad de 41 (R: 16-75) y de días de internación, de 4 (R: 1-33).

Como enfermedades marcadoras previas o relevantes tuvimos TBC en nueve pacientes, toxoplasmosis cerebral (7), *Pneumocystis jirovecii* (3), sarcoma de Kaposi (2), candida esofágica (2), linfoma B (1), citomegalovirus diseminado (1), *Cryptosporidium sp* (1). En once pacientes se hizo diagnóstico de HIV durante la internación. Los motivos de ingreso fueron: insuficiencia respiratoria (25), postparo cardiorespiratorio (3), insuficiencia hepática (2), masa cerebral (2), meningoencefalitis (1), shock (5), postoperatorio de cirugía (7). La M de APACHE fue 26,5 (R: 3-31) y la de SAPS 63 (R: 4-119). Hubo necesidad de ARM en 39 pacientes (86,6%), con una M de días de utilización de 3 (R: 1-26). Recibieron dopamina 3 pacientes, nora-drenalina 5, ambas 20, bomba de furosemida 8, diálisis 3, y APT uno. Los procedimientos quirúrgicos abdominales fueron: drenaje de vía biliar en uno y en otro, laparotomía con hallazgo de líquido quiloso. Se registraron cinco procedimientos neuroquirúrgicos: tres secundarios a TEC, una biopsia cerebral y una resección de chagoma, con colocación de PIC. Además tuvimos 2 traqueotomías, una colocación de tubo pleural por neumotórax, una toracotomía con resección pulmonar, un colgajo muscular en miembro inferior por traumatismo. Se rescató BAAR + en minibal de un paciente; en cerebro se diagnosticó por PCR un virus JC, un BAAR+, una biopsia tinción para BAAR +. En líquido ascítico se halló PCR + para MAI. Otros hallazgos: tres diagnósticos de sarcoma de Kaposi por biopsia de piel, un chagoma cerebral, una histoplasmosis diagnosticada por minibal y otra por biopsia de paladar, y una diarrea por *Cryptosporidium sp*. Recibieron tratamiento específico para PCP 21 pacientes, TBC 15, toxoplasmosis cerebral 6, histoplasmosis 3, CMV 7, Chagas 1, MAI 1. La mortalidad global fue de 34 pacientes (75,5%) y de estos, 15 dentro de las 48 horas (33%).

**Conclusiones:** A pesar del mayor acceso al tratamiento antirretroviral y conocimiento de la enfermedad por la población, ingresaron pacientes avanzados en su infección por HIV y en algunos el diagnóstico se sospechó por la presencia de enfermedad marcadora. Hubo un requerimiento alto de ARM e inotrópicos (62%). La mortalidad fue elevada, con una mediana de APACHE de 28 entre los fallecidos. La insuficiencia respiratoria fue la causa más frecuente de ingreso. Se debe mantener alta sospecha de TBC.

**0116 CAUSA POCO FRECUENTE DE COMPRESION MEDULAR: LINFANGIOMA**  
**MS ROTONDO, P URBINATI, DA ROVIRA, N YUNIS, VS CLAIRON, SB SOLI**  
 Sanatorio Julio Corzo, Argentina.

La compresión medular es una urgencia neurológica, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son la clave para evitar el daño neurológico severo e irreversible. La parálisis, pérdida de sensibilidad y la alteración del control de los esfínteres, son la consecuencia final del proceso. La invasión del cuerpo vertebral por diseminación hematogena, es la causa más frecuente de compresión medular. El dolor es el síntoma más precoz y frecuente. El diagnóstico definitivo es la resonancia magnética de la columna completa. La resección quirúrgica está indicada cuando el linfangioma causa compresión de los nervios y la inestabilidad de la medula espinal. Ingresa a terapia intensiva del Sanatorio Julio Corzo de Rosario, varón, de 20 años de edad, con antecedente hace 2 años de parestesia en miembros inferiores que revierte espontáneamente. Al ingreso relata dorsalgia súbita sin referirla a esfuerzo o trauma reciente, paciente lucido, con paraparesia progresiva, nivel sensitivo de termoalgia D6, Babinski espontáneo positivo, vejiga neurogenica. Laboratorio hemograma y hepatograma normal, coagulograma hemostático, VES 16, serología para HIV, PCR, HVB y HVC negativos. Radiografías simples sin particularidades. Ecografía de partes blandas región dorsal informa área hipoecogénica de 19 mm, en región paravertebral izquierda, en plano muscular profundo, que contacta con eje vertebral. Punción con aguja fina de la lesión, informa citofisicoquímico líquido hemático y cultivo negativo. Tomografía de columna dorsal informa lesión hipodensa de iguales característica que ecografía

sugiriéndose complementar con resonancia magnética. La resonancia magnética informa colección líquida en columna torácica, a nivel de D3-D6, en íntima relación con el arco posterior vertebral, apófisis espinosa y transversa de ese lado, que compromete el canal medular y medula. Diagnósticos diferenciales mielitis transversa y causas diversas de compresión medular. Se decide conducta quirúrgica con extirpación total (Laminectomía D2-D3 con exéresis de tejido anómalo) y toma de biopsia. El informe anatomopatológico indica linfangioma. El paciente evoluciona favorablemente. Alta de Terapia Intensiva a los 3 días de la intervención, seguimiento en sala general con neurocirugía y alta sanatorial a los 7 días presentando parestesias de miembros inferiores con trastornos en la marcha. Realiza tratamiento de rehabilitación, siendo su estado en la actualidad (a los 7 meses de la internación) recuperado retomando a su vida laboral.

**Conclusión:** Se presenta un caso poco frecuente de linfangioma que invade el espacio epidural y compromete la medula en la región torácica y debido al cuadro clínico que presentaba el paciente decide extirparse quirúrgicamente. A pesar de que la presentación del linfangioma epidural de la columna vertebral es muy raro, debe ser considerado uno de los diagnósticos diferenciales de las masas que comprometen el espacio epidural.

**0117 BOTULISMO NEONATAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO**

**G PUJALES, A FLORES**

Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica-Hospital San Luis- San Luis, Argentina.

**Resumen:** El botulismo del lactante es una enfermedad infecciosa rara que se debe a la colonización intestinal por *Clostridium botulinum*. La distribución por edades abarca desde las primeras semanas de vida a un año de edad, siendo una característica definitoria de la enfermedad. La provincia de San Luis en el año 2011 reportó 7 casos, siendo tercera a nivel nacional. Se presenta el primer caso clínico de botulismo del lactante en el periodo neonatal reportado en la provincia.

**Introducción:** Este organismo esporulado produce toxina botulínica in situ con la consiguiente absorción de ésta al torrente circulatorio, lo que origina bloqueo de la liberación de acetilcolina en las terminales presinápticas de la unión neuromuscular y del sistema nervioso autónomo.

**Caso clínico:** Paciente sexo femenino de 18 días de vida; RNT/AEG Gesta 1 Para 1 Cesárea 1, derivado al hospital regional provincial desde una ciudad rural distante 70 km, ingresa con antecedentes de constipación, rechazo alimentario (Pecho+leche de fórmula) e hipotonía progresiva. El diagnóstico de ingreso: RNT/AEG-sospecha de sepsis- Intoxicación por infusión (Menta)-lactante hipotónico en estudio. Se realizan exámenes complementarios ,Rx , eco transfontanelar, dentro de parámetros habituales. El paciente ingresa a ARM secundario a hipotonía generalizada grave a las 12 hs de ingreso, es medicado por sospecha de sepsis con ampicilina + gentamicina (se suspende al 7 día). La Universidad Nacional de San Luis informa cultivo positivo para *clostridium botulinum* y presencia de toxina en sangre. La parálisis se hace progresiva hasta el 10 día de internación mejorando luego lentamente. La ANLIS (Malbran) informa Toxina botulínica tipo A. A los 20 días de internación se realiza traqueotomía, pudiéndose lograr la desconexión a los 25 días. A los 46 días de internación se da el Alta Médica decanulada y con aporte por succión.

**Conclusiones:** La aparición de botulismo infantil refleja la distribución en el medio ambiente de las esporas, las fuentes habituales de contaminación son la miel, el polvo y ha sido aislado de té de hierbas que se le administraron a los recién nacidos. Los lactantes son sensibles a la colonización por el *C. botulinum* en la primera semana, sobre todo luego de la interrupción de la alimentación materna. La toxina altera el componente presináptico de la unión neuromuscular. Clínicamente se caracteriza por episodios de estreñimiento y dificultad en la alimentación de neonatos previamente

sanos seguido de hipotonía que afecta primero a los músculos faciales y bulbares. El diagnóstico del botulismo se basa en la presencia de la bacteria en las deposiciones. El tratamiento se basa en medidas de apoyo. El botulismo infantil es una enfermedad autolimitada.

Es importante tener en cuenta este diagnóstico ante la presencia de hipotonía de instalación súbita en neonatos aún en ausencia de relación con la posible ingesta de esporas del suelo en ciertas áreas geográficas, y desarraigar costumbres culturales relacionadas a la ingestión de miel e infusiones caseras en los menores de un año.

#### 0118 STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC): IMPACTO DEVASTADOR SOBRE UNA POBLACION "SANA" A PARTIR DE LESIONES MENORES.

JT SÁNCHEZ MIÑOPE, AE BORDON, JA AGUILERA, EA RUIZ  
Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Alvarez", Argentina.

**Objetivos:** El SAMR-AC se ha convertido en unos de los principales patógenos emergentes de la última década. Éste trabajo intenta detectar factores contribuyentes al desarrollo de infección generalizada por SAMR-AC. Identificar patrones de presentación, comportamiento y marcadores pronósticos.

**Material y método:** Estudio retrospectivo y descriptivo de 5 casos clínicos admitidos en terapia intensiva de adulto en 3 hospitales públicos de Buenos Aires desde abril de 2011 a mayo de 2012 con diagnóstico de infección de partes blandas y sepsis con rescate bacteriológico en hemocultivos de SAMR-AC. Se utilizaron para su confección, libro de ingresos y egresos, una base de datos de laboratorio microbiológico, epicrisis e historias clínicas.

**Resultados:** Predominó en un grupo etario joven y activo (media 23,8 años), que ejercían oficios manuales y de esfuerzo o se relacionaban directamente como convivientes.

El 100% de los pacientes presentaron la piel como puerta de entrada y todos necesitaron de una lesión o trauma menor, muchas veces inadvertida por su pobre envergadura para su diseminación. El 100% de los pacientes tiene ausencia de comorbilidades mayores e inmunosupresión adquirida. En el 100% se produjo un desarrollo precoz del germen en hemocultivos (antes de la 24hs). Se destacó elevada potencialidad (80%) para producir lesiones en el endotelio vascular (tromboflebitis, endocarditis, trombosis séptica del seno cavernoso). Se observó una evolución sobreaguda, agresiva y progresiva a pesar de un adecuado tratamiento empírico inicial. Con un promedio de 6,4 días desde la aparición de la fiebre o el traumatismo menor hasta la manifestación pulmonar grave que precipita su ingreso a ARM. Las embolias sépticas pulmonares tienden a coalescer y producir necrosis pulmonar, algunos detergen sobre uno o más bronquios, otros constituyen colecciones y neumatoceles. La fragilidad tisular facilitó la ruptura de éstos hacia la pleura o el mediastino, motivando neumotórax, muchas veces asociadas a fístula broncopulmonares de difícil resolución y alta mortalidad (100%). El score APACHE II de ingreso fue de 5,8 promedio. Llamativamente bajos para la mortalidad global del 80%.

**Conclusiones:** Existirían oficios de riesgo que predispondrían la portación de SAMR-AC individual o familiar. La virulencia del germen requeriría de una disrupción en la barrera natural para su diseminación. El impacto sistémico sería devastador, pero predecible por la cualidad de producir sepsis, tromboflebitis, embolia infecciosa y generar necrosis y abscesos en los puntos de impacto. El compromiso pulmonar pareciera seguir un patrón de daño y condicionar un peor pronóstico, especialmente tras la generación de neumotórax y fístulas broncopulmonares. No se ha podido detectar un defecto inmunitario, ni comorbilidades mayores; siendo probable que un joven sistema inmunológico y defectos higiénicos dietarios influyan en su patogenia. El Apache II de ingreso no refleja el pronóstico de los pacientes con SAMR-AC diseminados.

#### 0119 INFECCIÓN GRAVE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO-RESISTENTE DE LA COMUNIDAD. REPORTE DE CUATROS CASOS

V CHEDIACK, E CUNTO, C NOGUERAS, C DOMINGUEZ, O VILLAR, P SAÚL, J SAN JUAN  
Hospital de Enfermedades Infecciosas F J Muñoz, Argentina.

**Introducción:** La infección por Staphylococcus aureus meticilino-resistente de la comunidad (SAMR-CO) es una entidad emergente en nuestro país. El 70-87% de las infecciones por Staphylococcus aureus en la comunidad se deberían a SAMR-CO. Presentamos nuestra experiencia en el manejo de pacientes con infección por SAMR-CO que requiere terapia intensiva (UTI).

**Caso 1:** Masculino, 17 años, 10 días previos presenta forúnculo glúteo. Ingres a UTI con shock séptico y pústulas en antebrazo derecho. APACHE II 13. En hemocultivos, lavado broncoalveolar y lesión pustulosa: Staphylococcus aureus meticilino-resistente. Tratamiento: linezolid y daptomicina. TAC de tórax: nódulos pulmonares cavitados. Se realiza resonancia nuclear magnética: líquido intraarticular y compromiso óseo. Se da alta. **Caso 2:** Femenino, 41 años. Un mes previo con tumefacción en cadera derecha y lesión fluctuante en región cervical derecha. Ingres a UTI con tumefacción en cadera derecha y shock séptico. APACHE II: 23. Tratamiento vancomicina, clindamicina y ciprofloxacina. TAC de cadera: colección en partes blandas. Se drena cadera derecha y región cervical. Radiografía de tórax: infiltrados bilaterales. Aspirado traqueal y partes blandas: Staphylococcus aureus meticilino-resistente. Fallece a las 24 horas del ingreso. **Caso 3:** masculino, 28 años, 4 días previos al ingreso fiebre y dolor torácico. Ingres a UTI por shock y bradipsiquia. Radiografía de tórax: derrame pericárdico e infiltrado pulmonar base derecha. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo turbio, proteínas 88 mg/dl glucorraquia no dosable, células 700/mm<sup>3</sup> a predominio polimorfonuclear. APACHE II: 24. Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico severo con colapso de aurícula derecha. Se drena pus de pericardio. Tratamiento daptomicina, linezolid y rifampicina. Hemocultivos y líquido pericárdico: Staphylococcus aureus meticilino-resistente. Fallece a las 48 horas del ingreso. **Caso 4:** Masculino, 26 años, lesión flogótica labial derecha de 7 días de evolución. Ingres a UTI con neumonía, sepsis, celulitis en hemicara derecha y drenaje de pus por fístulas. APACHE II: 15. Se realiza drenaje de labio superior. Hemocultivos y partes blandas: Staphylococcus aureus meticilino resistente. Tratamiento vancomicina. Se da alta. Los 4 casos clínicos por Staphylococcus aureus eran sensibles a TMS, rifampicina, levofloxacina, ciprofloxacina, gentamicina, vancomicina, minociclina, linezolid y resistentes a oxacilina, clindamicina, eritromicina.

**Conclusiones:** Se debe sospechar infecciones graves por SAMR-CO en pacientes con neumonía, sepsis y presencia o antecedentes previos de lesiones cutáneas. En cuanto al tratamiento empírico, debido a la sensibilidad variable a clindamicina, este antibiótico debe ser combinado con vancomicina o usar alternativas como daptomicina y linezolid.

#### 0120 PROBLEMAS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA COTIDIANA DE TERAPIA INTENSIVA. CASO CLÍNICO

E LONDERO<sup>1</sup>, I TESTONI<sup>1</sup>, M DEMERGASSO<sup>1</sup>, C RONDINA<sup>1</sup>, A SCHMUKLER<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez", Argentina.  
<sup>2</sup> Sanatorio Británico, Argentina.

**Introducción:** El avance tecnocientífico, ha supuesto un cambio radical en la historia de la medicina asistencial. Si bien posibilitó el mantenimiento de la vida para el tratamiento de pacientes críticos, ha generado problemas filosóficos que exigen preguntarse si las acciones posibles son buenas o malas.

Desde los 70 aparece la bioética como un espacio para reflexionar sobre la toma de decisión en el comienzo, el transcurso y el fin de la vida.

En las Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que nacieron por la disponibilidad de herramientas para mantener la vida, estos conflictos tienen que ver con la muerte porque ella es el final de la vida. Sin embargo, es difícil abordar estas cuestiones en el paciente agudo y las decisiones tienden a quedar dentro de un manto de silencio y confusión.

**Caso Clínico:** 33 años, estado vegetativo hace 1 año. Ingresar por Abdomen Agudo. Cirugía urgente previo consentimiento. Postoperatorio con abdomen abierto y asistencia mecánica respiratoria en UTI. Estadía prolongada y evolución tórpida. Peritonitis y shock. Se comunica a familiares y se plantean alternativas de intervenir quirúrgicamente o limitar nuevas medidas. Familiares indecisos. Servicios médicos divididos acerca del curso moralmente apropiado de sus acciones.

**Discusión:** Se deben afrontar problemas tanatóxicos, debiendo estimar valores en juego y principios de la Bioética.

Los valores de la sacralidad y calidad de la vida se vinculan en la praxis médica intentando preservar la vida en el primer caso y reduciendo el sufrimiento en el segundo. Vinculada a calidad de vida está el derecho a la muerte digna, debiendo comprender cuando centrarse en brindar confort, disminuir el sufrimiento y evitar el aislamiento físico. Se reproduce la tensión entre la tecnología hacia la preservación imperativa de la vida y el permitir una muerte en paz. Referente a los principios de beneficencia y no-maleficencia abusar de los recursos, puede alejarnos de objetivos de la medicina como aliviar y confortar. Se debe reflexionar sobre implementar medidas inútiles que prolongan la agonía, atentando contra los mismos.

El derecho de autonomía, exige consensuar conductas. Usufructuar el progreso exige conocer las consecuencias de las decisiones que deben ser compartidas.

Relacionado al principio de justicia el ingreso a UTI debiera ser evaluado por los médicos y acordado con la familia, situación que será facilitada cuando se instale en la sociedad el debate sobre las metas y los límites de la medicina.

**Conclusiones:** La medicalización tecnológica de la muerte, no debe ser observada por la sociedad como un evento ajeno porque su participación en la humanización de la medicina de este tiempo dependerá de su actitud en esta problemática.

Es necesaria la reflexión acerca de la dificultad de diálogo entre médicos y familia para la toma de decisiones potenciales y reales en relación al fin de la vida.

La difusión de las preocupaciones y dificultades en relación a los desvíos de un razonable humanismo en medicina son fundamentales para esclarecer futuras problemáticas concretas en torno al fin de la vida.

### 0121 EVALUACIÓN DE LA NUTRICIÓN ENTERAL EN PACIENTES INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS : TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL INICIO Y LOGRO DE LOS REQUERIMIENTOS CALÓRICOS SEGÚN MOTIVO DE INGRESO

G MELNIK, S BLASCO DIEZ, M TORRES BODEN, C COZZANI, V FRABOTTA, G CUETO  
Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina.

**Introducción:** El metabolismo del paciente(P) crítico se caracteriza por mayor gasto energético y del catabolismo con aumento del riesgo de infección, ARM y estadía. El tubo digestivo(TD) compromete su motilidad, con menor tolerancia a la nutrición enteral(NE) pero conserva en parte su capacidad absorbente. Asimismo, la falta de alimento causa alteración mucosa por ello la NE es la mejor vía para nutrir a P con TD parcial o totalmente funcionante por sus efectos moduladores en la respuesta inmune. La nutrición enteral precoz (NEP-dentro de las 48hs) y su progresión sostenida reduce incidencia de infecciones, sin embargo estudios observacionales muestran que más del 60% de los pacientes no reciben NE en ese periodo.

**Objetivos:** 1) Estimar el tiempo en que los pacientes críticos alimentados por sonda enteral inician y alcanzan el requerimiento energético.

2) Determinar si existen diferencias entre promedios de tiempo en alcanzar requerimiento y los distintos motivos de ingreso.

**Material y métodos:** *Periodo:* 1°/10/2010 al 30/09/2011; *Lugar:* UTI de 15 camas. *Diseño:* **Objetivo 1:** Observacional, prospectivo, longitudinal. **Objetivo 2:** comparativo, transversal, prospectivo. *Variables:* Edad, sexo, requerimiento energético en reposo(REE), estimado dentro de las 48 hs de inicio de la nutrición enteral(NE), fecha de ingreso a UTI, horas de inicio de la NE (HsiNE), tiempo en días de progresión de alimentación hasta RRE(TPNE), requerimiento calórico alcanzado. Motivo de ingreso. *Criterios de inclusión:* Pacientes(P)> de 18 años con NE. *Criterios de exclusión:* P con nutrición parenteral (NP); NE; NP u oral complementaria. P con NE al ingreso. P en LET

**Resultados:** Ingresaron 515 P. Cumplieron criterios de inclusión: 82 P. Varones: 52 (63,4%). Edad: 52,8 años (±13,95). El REE promedio fue 1768,5 kcal/día (± 205,13 kcal /día), Las HsiNE fue de 55,3 hs (2,3 días). Iniciaron NEP 64 pacientes (78%). El TPNE de 184,9 hs (7,7 días).

Motivo de ingreso	n (%)	Días iNE	TPNE	P<0.05
1. Cx digestiva	5 (6.1)	4.6	13.8	2,3;5
2. CCV	18(22.0)	4.0	6.5	1
3. Insuf Resp	26(31.7)	1.3	7	1
4. NeuroQx	18(22.0)	1,7	9.3	5
5. Otros	12(14.6)	2.08	5.9	1,4
Trauma	3(3.7)	1	8	

**Conclusión:** El 70.20% de los P iniciaron la NE dentro de 48 hs y 78% lo hicieron en un promedio de 55.3 ±79,4 hs. Alcanzaron su REE en un promedio de 184, 9 hs o 6.6 días.

El motivo de ingreso tuvo influencia en el alcance del REE, existiendo retraso significativo entre Cx digestiva y CCV; Insuf Resp y otros, así como también entre NeuroQx y otros motivos de ingreso. Esta diferencia permitió identificar oportunidades perdidas y utilizarlas en mejorar la NE.

### 0122 TRATAMIENTO DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA CAVO BILIACO FEMORAL CON TROMBOLÍTICOS LOCALES

G WERBER, G BADARIOTTI, JP SUAREZ, G EISELE, A FERNANDEZ PAZOS, G POMBO, B DE DIEGO  
Sanatorio Mater Dei, Argentina.

**Introducción:** La trombosis venosa profunda (TVP) que se extiende hasta las venas ilíacas y/o a la vena cava inferior (VCI) se asocia con incremento en la morbilidad aguda y tardía a pesar del tratamiento con heparina y anticoagulante orales. Aproximadamente el 50 % de los pacientes presentan síndrome post-trombótico con mayor frecuencia de enfermedad tromboembólica y recurrencia.

Se ha descrito en los últimos años, el abordaje multidisciplinario de este cuadro mediante trombolisis local dirigida por catéter. Este tratamiento se basa en la infusión de trombolíticos a través de un catéter colocado por una vena periférica proximal al trombo. Esto produce una disminución significativa del tamaño de trombo comparado con el tratamiento anticoagulante estándar.

En 20 estudios que evaluaron trombolisis local dirigida por catéter (18 observacionales y 2 randomizados) se reportó una tasa de éxito de 80 a 90 % y complicaciones por sangrado del 5 al 11 %. La complicación más frecuente fue el hematoma en el sitio de punción, no se reportó hemorragia intracraneal y se observó 1% de TEP durante el tratamiento.

**Caso Clínico:** Paciente de 50 años de edad, que consultó por presentar dolor lumbar. Se le aplicó AINE intramuscular. Evolucionó con edema de miembros inferiores bilateral progresivo en 48 hs. Se constató síndrome compartimental en ambos miembros inferiores y en ecodoppler TVP bilateral con extensión ilíaco femoral. Por tomografía se evidenció el compromiso de la VCI infra renal. Se administró activador tisular del plasminógeno (rt-PA) sistémico, sin mejoría del cuadro. Se derivó a nuestro sanatorio para tratamiento

mediante hemodinamia. Al arribo se constató flegmasia cerúlea dolens en ambos miembros inferiores con persistencia de la TVP bi ilíaca femoral y de VCI infra renal. Se realizó venografía y se procedió a realizar trombolisis local con rt-PA en infusión continua por 24 hs mediante un catéter colocado por punción en ambas venas poplíteas, continuando luego tratamiento anticoagulante con heparina. Evolucionó con recanalización parcial del trombo. A las 2 semanas de inicio del tratamiento desarrolló descenso progresivo de plaquetas y aumento del diámetro de ambos miembros inferiores presentando TVP en el mismo sitio inicial, constatado por ecodoppler y tomografía. Se interpretó trombocitopenia inducida por heparina, por lo cual se rotó el tratamiento anticoagulante a fondaparinux, restableciendo el número de plaquetas. Se repitió el tratamiento trombolítico local con con rt-PA dirigido por catéter en ambas venas poplíteas mediante una infusión continua durante 48 hs, continuando posteriormente tratamiento anticoagulante con fondaparinux y luego con acenocumarol. Evolucionó con mejoría sintomática, evidenciándose recanalización parcial mediante ecodoppler y tomografía.

**Conclusión:** Según la evidencia actual la estrategia de remoción del trombo mediante trombolisis local guiada por catéter, parece ser la mejor opción para disminuir la incidencia de síndrome post trombótico y mejorar la calidad de vida en casos de TVP extensa.

#### 0124 NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ACINETOBACTER SPP. MULTIRRESISTENTES: EVALUACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD. IMPORTANCIA DEL SCORE CLÍNICO DE INFECCIÓN PULMONAR. ESTUDIO CASO-CONTROL

P SAUL, E CUNTO, C BISPO, V CHEDIACK, C DOMINGUEZ, O VILLAR, C NOGUERAS, J SAN JUAN  
Hospital de Enfermedades Infecciosas F J Muñiz, Argentina.

**Introducción:** La neumonía asociada a la ventilación (NAV) es la infección más frecuente en los pacientes que requieren ventilación invasiva en unidad de terapia intensiva (UTI). La mortalidad es del 20-70%. Las NAV por bacilos gram negativos no fermentadores (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter* spp) multirresistentes, con frecuencia sólo sensibles a colistin, se han convertido en un problema en las terapias intensivas de nuestro país. En nuestra UTI estos gérmenes son las principales causas de NAV tardía. Existen pocas publicaciones acerca de los factores pronósticos y la evolución de este grupo de pacientes.

**Objetivo:** Evaluar factores pronósticos asociados a mortalidad y la utilidad de la determinación seriada del score clínico de infección pulmonar (CPIS) en NAV por *Pseudomonas aeruginosa* (PAE) y *Acinetobacter* spp (ABA) con patrón de multirresistencia antibiótica.

**Materia y método:** Estudio retrospectivo caso control. Se analizaron las historias clínicas de 33 pacientes con diagnóstico de NAV por PAE o ABA sólo sensibles a colistin durante septiembre 2005-octubre 2009. Se consideró significativa  $p < 0,05$ . Se realizó un análisis univariado. Se evaluaron distintas variables: Apache II al ingreso, comorbilidad, CPIS 3° y 10° día de tratamiento, germen implicado (PAE, ABA), germen acompañante, uso de colistin y aparición de nefrotoxicidad por colistin. Se definió NAV como CPIS  $\geq 6$  con aspirado traqueal (AT)  $\geq 10$ -6 UFC/ml o lavado bronqueoalveolar (BAL)  $\geq 10$ -4 UFC/ml.

**Resultados:** La mediana de edad fue de 51 años (Rango 16-72), 43% de sexo masculino, 91 % fueron NAV tardía (> 4 días de inicio de la ventilación mecánica). 40 % de los episodios de NAV fueron por PAE, 43 % por ABA y el resto por PAE y ABA. El diagnóstico se realizó en 67% con AT y el resto con BAL. El 51% fueron tratados con colistin endovenoso e inhalatorio, el resto con colistin endovenoso. El 15% presentó nefrotoxicidad reversible, sin requerimiento de diálisis. La mortalidad global fue del 42%. Se observó que la permanencia de CPIS  $\geq 6$ , al 3° y al 10° día de tratamiento se relacionaron en forma significativa con aumento de mortalidad intra

UTI ( $P < 0,001$ ). El APACHE II, comorbilidad, etiología (PAE o ABA), germen acompañante, tipo de tratamiento (Colistin endovenoso versus colistin endovenoso más nebulizaciones) no se asociaron significativamente a mortalidad.

**Conclusiones:** En nuestro estudio la persistencia de CPIS elevado ( $\geq 6$  puntos al 3° y 10° día) fue significativo con aumento de mortalidad en NAV por PAE y ABA multi-resistentes. Las limitaciones del presente trabajo incluyen el tamaño de la muestra y el carácter univariado del análisis estadístico. Consideramos de utilidad la realización de un estudio prospectivo de mayor tamaño muestral y con análisis multivariado, para validar los datos. El CPIS es de fácil realización y podría ayudar en las decisiones de NAV de difícil tratamiento: Rotación o agregado de antibióticos (ATB), uso de ATB inhalatorios en pacientes con CPIS elevados o decidir duración de ATB en pacientes con CPIS  $< 6$  durante el tratamiento.

#### 0125 INFECCIÓN DEL SITIO DE SALIDA DE LOS CATÉTERES VENOSOS CENTRALES Y SU ASOCIACIÓN CON LA PRESENCIA DE BACTERIEMIA RELACIONADA A CATÉTER

A PORCEL, JP MONTEFIORE, C BUSTAMANTE, S TAL BENZECRY, C MARCHENA, C BALASINI, P RODRÍGUEZ, S LARRAÍN, L NAVIÑO, L CARRERAS, L DI LUCA, F IGLESIAS, E DIBERARDINO, W DÁVALOS, M SIMIONATO, C MORENO, AL GONZÁLEZ, M LARES, E ESTENSSORO, R REINA  
Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre la Infección del Sitio de Salida (ISS) del catéter venoso central (CVC) y la presencia de Bacteriemia Asociada a Catéter (BAC)

**Diseño:** Estudio observacional prospectivo

**Métodos:** Pacientes ingresados en una UTI médico/quirúrgica de un hospital escuela que requirieron colocación de CVC, desde el 01/06/2010 hasta el 01/04/2012.

Se evaluaron datos epidemiológicos, BAC (según criterios del CDC) y gérmenes presentes. Se utilizó media $\pm$ DE, mediana y rango intercuartílico, y porcentajes.

**Resultados:** Durante este periodo ingresaron a UTI 575 pacientes; la tasa de utilización de CVC fue del 98%. Se observaron 51 ISS: 5,5/1000 días-catéter. Datos de los pacientes: edad  $41 \pm 26$  años, APACHE II  $15 \pm 7$ , 96% en VM, días de VM  $41 (33-63)$ , días de internación  $43(25-67)$ ; la mortalidad fue del 36%.

Todos los CVC con ISS fueron retirados y cultivados; la distribución de las ISS fue: subclavias 33%, yugulares 38%, y femorales 29%. Seis pacientes presentaron BAC, (12% de las ISS): 3 subclavias, 2 yugulares y 1 femoral; 2 evidenciaron halo y 8 secreción purulenta. Tiempo de permanencia del CVC: 7.5 días (5-10) Clínica al momento de la ISS: 50% shock, 83% fiebre, SOFA  $6 \pm 3$ . 12% presentaron hemocultivos(+): 83% monomicrobianos: 83% fueron bacilos gram-negativos (2 *Klebsiellas*, 2 *Pseudomonas*, 1 *Serratia*, y 1 *Acinetobacter*), 17% *Enterococo* vancomicina-resistente. La mortalidad fue del 50%.

**Conclusión:** La ISS fue causa de extracción de los CVCs; sin embargo, sólo el 12% presentaron BAC. La ISS pareciera no ser predictiva de BAC, por lo que se podrían retirar un menor número de CVCs.

#### 0127 FACTORES DE RIESGO PARA COLONIZACIÓN/INFECCIÓN POR BACTERIAS PAN RESISTENTES EN PACIENTES CON QUEMADURAS GRAVES

G RAMOS  
CIAREC, Argentina.

**Introducción:** La comunidad médica ha asistido a la creciente presencia de infecciones por bacterias multi-resistentes generando un verdadero desafío en el tratamiento, especialmente en pacientes altamente vulnerables como son los quemados. Se realizó este trabajo con el objetivo de determinar los factores de riesgo de colonización/infección por bacterias pan-resistentes en pacientes internados por quemaduras graves.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes internados por quemaduras durante los períodos 1997-2006 y 2009-2011. Durante el segundo período no se utilizó sala de hidroterapia. Fueron incluidos los pacientes con quemaduras  $\geq 20\%$ . Fueron considerados para el estudio los cultivos realizados tanto como vigilancia de heridas, como los cultivos de rastreo en paciente con sospecha de infección. Se consideró bacterias pan resistente (BPR) aquellas resistentes al antibiograma estándar. Todos los cultivos fueron testeados según el método de difusión en agar (Kirby). El consumo de antibiótico fue expresado en relación con 1000 dosis diaria definida. Se realizó el análisis estadístico considerando significativo un valor  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Fueron ingresados 149 pacientes, de los cuales 25 (16%) tuvieron bacterias pan resistentes (24 P aeruginosa y 1 A baumannii) durante su internación. La prevalencia fue de 16% con 2 picos (brotes) durante los años 1999 (56%) y 2004 (50%) ( $p < 0,02$ ). El riesgo fue mayor en los pacientes con quemaduras extensas con un RR para quemaduras  $>40\%$  de 6,6 (IC 2,6-16,7;  $p < 0,001$ ) y profundas con un RR para  $>10\%$  tipo B de 6,7 (IC 3-15;  $p < 0,001$ ). La lesión inhalatoria se asoció a BPR con un OR 2,7 (IC 1,9-3,9). La estadía fue más prolongada en los pacientes con BPR con un RR para más de 30 días de 7,3 (IC 1,7-29,9;  $p < 0,001$ ). Se han asociado a riesgo de BPR la utilización de cefalosporina de III 4,6 (IC 2,8-7,7), cefepime 14,8 (IC 3,1-69,5), imipenem 4,0 (IC 2,6-6,2) y aminoglicosidos 3,0 (IC 2,1-4,2) ( $p < 0,003$ ). En el análisis multivariado se observó una significativa asociación estadística entre BPR y extensión de quemaduras profundas, lesión inhalatoria, estadía hospitalaria y utilización de cefalosporina de III generación e imipenem.

**Conclusión:** La colonización/infección por bacilos pan-resistentes se asoció a características del huésped (lesión inhalatoria, extensión de heridas profundas) y de las intervenciones (utilización de antibióticos de cefalosporina de III generación e imipenem).

#### 10134 COMPARACIÓN DE DOS SOLUCIONES DE MANTENIMIENTO DE DISTINTA TONICIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS: ENSAYO CONTROLADO, DOBLE CIEGO RANDOMIZADO.

FA JORRO BARÓN, CN MEREGALLI, C BOLASELL, VA ROMBOLÁ, VE PIGLIAPOCO, SE BARTOLETTI, GE DEBAISI  
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

**Introducción:** La composición óptima de electrolitos en las soluciones de hidratación endovenosa de mantenimiento (SM) continúa siendo desconocida. Las SM hipotónicas han sido relacionadas con la producción de hiponatremia iatrogénica.

**Objetivo:** Evaluar los cambios producidos en la natremia luego de 24 horas de administración de dos SM de distinta tonicidad.

**Material y Métodos:** Ensayo clínico randomizado, doble ciego, controlado, realizado en la Unidad de Cuidados Críticos (UTIP) del Hospital General de niños Pedro de Elizalde, desde febrero a noviembre del año 2011. Se incluyeron consecutivamente pacientes de 1 mes a 18 años de edad, que permanecieron internados por  $>24$  horas, con natremia normal (135-145 mEq/L), y requerimiento de líquidos EV  $>80\%$  del total. Fueron enrolados 63 pacientes de 251 ingresos, a 32 se les asignó una solución con dextrosa 5% y 75 mEq/L de ClNa, y a 31 pacientes una solución con dextrosa 5% y 150 mEq/L de ClNa, el ClK fue indicado por los médicos tratantes y agregado a las soluciones previamente preparadas y enmascaradas. Se midió la concentración de Na sérico a la hora 0 y 24 de ingreso al estudio. Se realizó un análisis por protocolo con el programa STATA 9.0 para Windows.

**Resultados:** Las características basales fueron similares en ambos grupos. No hubo diferencias en el volumen [grupo hipotónico (HG) 865 $\pm$ 853 ml; grupo isotónico (IG) 778 $\pm$ 649 ml,  $p=0.654$ ] ni en el tiempo de infusión (HG: 24 $\pm$ 10.8 horas; IG: 27.6 $\pm$ 12.8 horas,  $p=0.231$ ) entre ambos grupos. Se encontró una diferencia en el nivel de sodio sérico después de la infusión de las SM (HG: 137.8 $\pm$ 4.3 mmol/L; IG: 140.0 $\pm$ 4.1 mmol/L,  $p=0.04$ ). La mortalidad a los 28 días de la admisión, la cantidad de días libres de asistencia respiratoria

mecánica a los 28 días, y la estadía en UTIP no mostraron diferencias entre ambos grupos. La SM isotónica no aumentó el riesgo de producir hiponatremia o hipernatremia.

**Conclusión:** Las SM isotónicas previnieron un descenso de la natremia, evitando la producción de hiponatremia iatrogénica

#### 10135 REDUCCIÓN DE LA BACTERIEMIA ASOCIADA A CATÉTER EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS PEDIÁTRICOS

FA JORRO BARÓN, C BOLASELL, VA ROMBOLÁ, CN MEREGALLI, V APREA, P TAFFAREL, GE DEBAISI  
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

**Introducción:** la bacteriemia asociada a catéter (BAC) es común en pediatría, produciendo altos costos y morbilidad en los pacientes que la padecen. El uso de paquetes de medidas para la colocación y mantenimiento de vías centrales ha mostrado reducir la tasa de BAC cada 1000 días catéter.

**Objetivo:** reducir la tasa de BAC en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Comparar las tasas de utilización de catéter y razón de mortalidad estandarizada (RME) en ambos períodos.

**Material y métodos:** se realizó en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde un diseño serie-temporal (junio de 2010 – abril 2012). Se programó una intervención a partir de mayo de 2011, consistente en el uso de set de colocación de catéteres endovenosos centrales (CVC), limpieza de piel con clorhexidina 2% en solución alcohólica al 70%, y lavado de manos. Se compararon las tasas de BAC, el uso de CVC, y la RME entre ambos períodos (junio 2010-abril 2011 contra mayo 2012-abril 2012). Se utilizó el programa STATA 9.0 para Windows.

**Resultados:** en ambos períodos se registraron similar cantidad de ingresos (328 vs 332) y promedio de ocupación (63.3% vs 64.4%). La tasa de BAC disminuyó un 73% en el segundo período, de 10.43 BAC por 1000 días catéter a 2.94 BAC por 1000 días catéter (OR: 0.28 [IC 95%: 0.11-0.72];  $p=0.01$ ). Se redujo un 41% la RME, de 1.41 en el primer período a 0.83 en el segundo. La tasa de uso de CVC disminuyó de 58.2% a 52.1% (OR: 0.81 [IC 95%: 0.66-1.01];  $p=0.08$ ). Se registró desde mayo 2011 a abril de 2012 un cumplimiento en los paquetes de lavado de manos del 61% y del 90% en la inserción de catéteres.

**Conclusión:** el uso de paquetes de inserción de CVC, limpieza de piel con clorhexidina 2% en solución alcohólica 70% y lavado de manos reduce la tasa de BAC en una Unidad de Cuidados Críticos Pediátricos, con la consiguiente disminución en la mortalidad.

#### 10136 ES LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL POSTOPERATORIO DE TUMORES CEREBRALES UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO?

D VARELA, R SANCHEZ, ME ARISTA, L GRIECO, MF DIAZ, A HLAVNICKA, N WAINSZTEIN  
FLENI, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las variables clínicas y su impacto en el pronóstico de los pacientes que cursan con hipertensión arterial (HTA) en el postoperatorio inmediato de exéresis de tumor cerebral.

**Material y Método:** Estudio retrospectivo y observacional en el que se analizaron todos los pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de nuestra institución desde 1/08/2009 hasta el 30/04/2012, en el postoperatorio inmediato (PO) de exéresis de tumores cerebrales. Para la evaluación se los dividió en dos grupos: 1) con HTA y 2) sin HTA. En el grupo con HTA se incluyó a todos los pacientes que presentaron HTA, definida como la presencia de una presión arterial sistólica  $> 160$  mmHg y/o diastólica  $> 90$  mmHg por más de 20 minutos, (valores obtenidos por medición directa mediante canulación de arteria radial), a pesar del control de medidas generales que podrían generarla (control del dolor, náuseas, vómitos, temblores, hipotermia, etc). Para su análisis se tomo en cuenta: edad, sexo, Apache II, SAPS II, requerimientos de

asistencia respiratoria mecánica (ARM), traqueostomía, estadía en UTI, estadía hospitalaria, escalas de Rankin y GOS, complicaciones neurológicas y extraneurológicas. Los datos se expresaron como media y desvío estándar para las variables continuas, y como porcentaje las nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el test de t para variables continuas y el chi Cuadrado o test de Fisher para variables categóricas según correspondiese. Se consideró significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se analizaron 726 pacientes, de los cuales el 168 (23.1%) presento HTA.

	Total	Con HTA	Sin HTA	p
N	726	168	558	
Sexo Femenino	381(52.5%)	82(48.8%)	299(53.6%)	0.31
Edad	51(14.9)	57.6(12.7)	48.9(14.9)	<0.05
Apache II	6.3(4.7)	8.7(5.3)	5.6(4.3)	<0.05
SAPSII	14.4(9.9)	18.8(10)	13.1(9.5)	<0.05
Estadía Hospitalaria	9.4(13.7)	13.7(16.5)	8.1(12.4)	<0.05
Estadía en UTI	3.4(4.5)	5.7(6.7)	2.8(3.3)	<0.05
Escala de Rankin	1.4(1.1)	2(1.4)	1.3(0.9)	<0.05
Escala de GOS	4.5(0.8)	4.2(1)	4.6(0.7)	<0.05
Mortalidad	5(0.68%)	4(2.38%)	1(0.17%)	<0.05

Complicaciones	Total	Con HTA	Sin HTA	p
Neurológicas	240(33.1%)	94(55.9%)	146(26.2%)	<0.05
Hemorragia	88(12.1%)	42(25%)	46(8.2%)	<0.05
Neumoencéfalo	101(13.9%)	40(23.8%)	61(10.9%)	<0.05
HTE	15(2.1%)	8(4.7%)	7(1.2%)	<0.05
Hidrocefalia	31(4.3%)	19(11.3%)	12(2.1%)	<0.05
Edema Cerebral	86(11.8%)	39(23.2%)	47(8.4%)	<0.05
Convulsiones	25(3.4%)	5(3%)	20(3.6%)	0.89
Isquemia Cerebral	8(1.1%)	2(1.2%)	6(1.1%)	0.76
Fistula LCR	14(1.9%)	3(1.8%)	11(2%)	0.86
Catéter de PIC	31(4.3%)	14(8.3%)	17(3%)	<0.05
Días de PIC	7.8(4.9)	8.1(6)	7.4(3.3)	0.52
Re Operación	23(3.2%)	16(9.5%)	8(1.4%)	<0.05
Trastorno Visual Nuevo	11(1.5%)	2(1.2%)	9(1.6%)	0.97
Déficit Motor Nuevo	82(11.3%)	40(23.8%)	42(7.5%)	<0.05
Pares Craneales Bajos	32(4.4%)	21(12.5%)	11(2%)	<0.05
Extraneurológicas	267(36.8%)			
DBT Insípida	49(6.7%)	11(6.5%)	38(6.8%)	0.95
Arritmia	33(4.5%)	13(7.7%)	20(3.6%)	<0.05
Hepatotoxicidad	245(33.7%)	76(45.2%)	169(30.3%)	<0.05
Hiponatemia	130(17.9%)	46(27.4%)	84(15.5%)	<0.05
Hipernatremia	67(9.2%)	26(15.5%)	41(7.3%)	<0.05
Infección Nosocomial	38(5.2%)	18(10.7%)	20(3.6%)	<0.05
ARM	50(6.9%)	30(17.8%)	20(3.6%)	<0.05
Trombosis Venosa Profunda	12(1.6%)	6(3.6%)	6(1.1%)	0.06
Distensión Abdominal	12(1.6%)	7(4.2%)	5(0.9%)	<0.05
Transfusión de Hemoderivados	21(2.9%)	4(2.4%)	17(3%)	0.85
Insuficiencia Renal Aguda	6(0.8%)	3(1.8%)	3(0.5%)	0.28

**Conclusiones:** Lo pacientes con HTA en el PO inmediato de exeresis de tumor cerebral presentan mayor edad y scores pronósticos a la admisión. También presentan una peor escala de ranking y GOS al alta, así como mayor tasa de complicaciones neurológicas y extraneurológicas; mayor estadía en UTI y hospitalaria, y mayor mortalidad. La presencia de HTA en este tipo de pacientes es un parámetro de extrema importancia que obliga a la búsqueda de complicaciones para su oportuno tratamiento

### 0137 INFECCIONES ASOCIADAS A CUIDADOS DE LA SALUD - EPISODIOS SIMULTANEOS - EPIDEMIOLOGIA

RO FERNANDEZ, LA BATTISTINI, WD VAZQUEZ  
Hospital Español de Mendoza, Argentina.

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas de una serie de pacientes críticos que desarrollaron, episodios simultáneos de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional de pacientes ingresados a UTI desde septiembre de 2008 a febrero de 2012, que desarrollaron episodios de infección nosocomial. Para cada paciente se registraron datos demográficos, puntaje APACHE II, mortalidad predicha, estadía en UTI, intervalo entre el ingreso y el inicio del episodio, tipo y sitio de infección, germen aislado y evolución, (sobreviviente o fallecido), factores de riesgo y comorbilidades. Los

pacientes se dividieron en dos grupos según hubieran presentado 1 solo episodio de infección o mas de uno en forma simultánea. Se definió como infección simultánea a la presencia de dos o mas focos infecciosos con aislamientos bacteriológicos diferentes en las muestras biológicas de cada uno de los sitios, ej. BAL, orina, hemocultivo, cultivo transcáteter, etc. utilizándose las definiciones del CDC para sitio y tipo de infección.

**Análisis estadístico:** Las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DS) y para su análisis se utilizó test de Kruskal Wallis. Las cualitativas se expresan como porcentajes o proporciones y fueron analizadas mediante chi cuadrado. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Durante el estudio ingresaron a UTI 1468 pacientes, de ellos 96 desarrollaron infección nosocomial, (6,5%). El 60,4% (58) pertenecían al sexo masculino. El promedio de edad fue de  $62,3 \pm 15,8$  años. El puntaje APACHE II y la mortalidad predicha alcanzaron  $19,5 \pm 5,7$  puntos y 30,9% respectivamente. La mortalidad observada fue de 51%. La estadía media fue de  $19,1 \pm 11,72$  días. De los 96 pacientes, 74 presentaron un episodio único de infección y 22 presentaron más de uno en forma simultánea. Solo se encontró significación estadística entre ambos grupo en cuanto a estadía en UTI e intervalo hasta el comienzo de la infección; estadía infecciones múltiples 27,9 vs 16,2 días,  $p=0,000$  e intervalo hasta infección múltiple 9,8 vs 7,2,  $P=0,022$

En los pacientes con infecciones simultáneas, la combinación mas frecuentemente observada fue la de Neumonía asociada a Ventilación Mecánica (VAP) e Infección asociada a CVC, (IACVC) 42,9%. Mientras que en los pacientes con episodio de infección única el foco mas frecuente fue el pulmonar, (VAP) en el 69,9% de las veces. El microorganismo aislado mas frecuentemente en ambos grupos fue *Acinetobacter baumannii*, 31,3% en infecciones únicas vs 37,1% en infecciones múltiples,  $p=NS$ .

En cuanto a factores de riesgo y comorbilidades no hubo diferencias entre ambos grupos excepto para la presencia de EPOC a favor de los pacientes con infecciones múltiples, 45,5 vs. 16,2%,  $p \leq 0,004$ .

**Conclusiones:** La presencia de episodios simultáneos de infección nosocomial prolonga la estadía en UTI con respecto a los pacientes con un único episodio, sin embargo no pudo demostrarse diferencias en cuanto al nivel de gravedad inicial o la mortalidad en ambos grupos.

### 0138 ABSCESO EPIDURAL DEBIDO A STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE

Y ADALA, P LUFIEGO, G HUERTA, P DEBASTIANI, C ORELLANO, S TURANO, A MANTI, M RODRIGUEZ, C ARNAUDIN, C ROTH, L CORSIGLIA  
Hospital San Juan de Dios, Argentina.

**Objetivo:** Describir un caso clínico de absceso epidural debido a *Staphylococcus Aureus* meticilino resistente (SAMR), secundario a celulitis en la región cervical que intercurrió con neumonía y empiema. Paciente femenina de 44 años de edad sin antecedentes patológicos de relevancia que comienza en forma aguda con dolor torácico pleurítico izquierdo, disnea, fiebre y lesiones forunculares en región cervical posterior. Se realiza radiografía de tórax que evidencia derrame pleural bilateral, toracocentesis con diagnóstico de empiema e inicia antibióticoterapia empírica con vancomicina y ceftriaxona. En TAC de tórax sin contraste se observa ocupación alveolointerstitial bilateral, cavitaciones, áreas de infarto pulmonar, zonas de consolidación con broncograma aéreo bibasal interpretándose embolias sépticas por *Staphylococcus aureus*.

A las 48 hs es derivada a nuestro hospital con diagnóstico de neumonía grave de la comunidad, empiema, secundaria a infección de partes blandas en región cervical. Ingres a UTI con sepsis severa, insuficiencia respiratoria mixta, con buena adaptación a ventilación no invasiva, se coloca avamiento pleural bilateral y se rota esquema antibiótico a vancomicina/clindamicina con rescate de SAMR de la comunidad en líquido pleural.

A las 72 hs evoluciona con debilidad en cintura escapular izquierda con dolor radicular neuropático interpretándose como radiculopatía de C5-C6. En los días posteriores progresa el cuadro neurológico a hemiparesia izquierda, hemiplejía derecha, hiperreflexia en miembros inferiores e hiporreflexia en miembros superiores, hipopalestesia en hemicuerpo derecho con diagnóstico presuntivo de compresión medular cervical. Se realiza Resonancia Magnética con contraste de columna cervical y dorsal que evidencia colección epidural en margen lateral izquierdo de canal espinal desde C2-C7, que desplaza la médula a la izquierda y realiza con contraste. Se deriva a centro neuroquirúrgico en donde se practica laminectomía descompresiva desde C2-C7 con drenaje del absceso, sin rescate bacteriológico. Presenta evolución neurológica favorable en controles evolutivos.

**Conclusión:** El absceso epidural es una complicación poco frecuente de la infección por SAMR (1/10.000 admisiones hospitalarias). 25-30% provienen de foco a distancia y 10-30% por contigüidad, con un 30% de origen desconocido constituyendo una emergencia clínica-infectológica y neuroquirúrgica. En 2/3 partes se aísla SAMR, otros E. Coli, Streptococcus sp, mycobacterium tuberculosis y anaerobios. La triada diagnóstica es dolor, fiebre y déficit neurológico. El método diagnóstico de elección es la RNM con contraste. El tratamiento es laminectomía descompresiva inmediata, drenaje del absceso y antibióticos por 4-6 semanas. Son indicadores de mal pronóstico: aumento persistente de PCR, déficit motor, compromiso cervical y torácico, sepsis, retraso diagnóstico y quirúrgico e infección debido a SAMR. La mortalidad es 5-20%

#### 0141 EXPERIENCIA EN FUNGEMIA POR CÁNDIDA EN UN HOSPITAL GENERAL

C PINCHEIRA, S CORREA, C BARTOLI, M FIGUEROA, M MONTAMAT, N SPITALE, A MINGUEZ  
Hospital Misericordia Nuevo Siglo, Argentina.

**Introducción:** La incidencia de candidemias a nivel mundial ha aumentado en los últimos años, llegando a valores cercanos 4-7% en estudios estadounidenses. En nuestro país poco se conoce con respecto a la incidencia real de estas infecciones; sin embargo los patógenos micóticos se reconocen como el cuarto microorganismo, aislado en hemocultivos, y la quinta causa de infecciones intrahospitalarias, siendo las especies de Candida responsables del 80% de éstas últimas. C albicans es la especie aislada con más frecuencia, no obstante en los últimos años las especies no albicans han aumentado.

**Objetivos:** • Caracterizar en un Hospital Polivalente las fungemias por especies de Candida.  
• Caracterizar clínico-epidemiológicamente a la población en estudio.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historia clínica de pacientes con registros de hemocultivos positivos para Candida, internados en un Hospital General Polivalente entre enero 2006 y diciembre 2011. Los hemocultivos fueron incubados en el Sistema automatizado Bact-Alert. Score pronóstico APACHE II. Datos analizados estadísticamente con EPIDAT 3.1.

**Resultados:** Se identificaron 40 candidemias en el periodo estudiado. El porcentaje de candidemias del total de los hemocultivos positivos fue 1,31%. Promedio 6,6 casos/año. La distribución de especies fue albicans 30%, glabrata 27,5%, tropicalis 12,5%, parapsilosis 12,5%, otras especies 7,5%, guilliermondii 5%, famata 5%. Distribución según sexo: hombres 57,5% y mujeres 42,5%, edad promedio 59,9 años. Se calcularon los siguientes datos en 35/40 pacientes: promedio de score APACHE II al ingreso 16, tiempo de internación promedio 29,3 días; uso de antibióticos (ATB) previos 92%, < 3 ATB 64% y > 3 ATB 36%. Días promedio ATB: 24. Lugar de internación: UTI 74%, sala común 26%. Uso de fluconazol previo: 23%. Se realizó tratamiento al 54%: fluconazol 63%, anfotericina 37%. Se evaluaron factores de riesgo, siendo los

más frecuentes: catéter venoso central 92%, sonda vesical 92%, ventilación mecánica 63%, alimentación parenteral 46%, cirugía abdominal 37% (17 días promedio entre cirugía y hemocultivo+). Mortalidad 72,5%.

No hubo asociación significativa entre mortalidad por candidemia y edad, especie de cándida, tipo de tratamiento recibido.

Distribución de especies de candida según año:

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Albicans	2	2	2	1	1	4
No albicans	2	5	4	5	4	8

**Conclusión:** Coincidimos con la bibliografía acerca de la distribución de especies, situando a cándida albicans en primer lugar, con una prevalencia de cándida no albicans notablemente alta. Destacamos el aumento de la identificación de candidemias durante el año 2011, posiblemente relacionado al nuevo perfil de pacientes y la mayor complejidad del Hospital a partir de dicho año.

#### 0143 SAMR DE LA COMUNIDAD: REVISIÓN DE 3 CASOS EN LA UTI DE UN SANATORIO DE CABA

GA TAUILL, C BARRIOS, D LERMAN, A MARANZANA, D PINA  
Sanatorio Franchin, Argentina.

**Objetivo:** Reportar 3 casos clínicos de presentación de SAMR de la comunidad en un Sanatorio privado de CABA.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de historias clínicas y registros bacteriológicos históricos de pacientes internados en la Terapia Intensiva del Sanatorio desde el 04/2009 hasta el 04/2012 con rescate de SAMR de la comunidad, basándose en los antecedentes clínicos y la epidemiología de estos.

**Resultados:** 1) Pte 19 años, masculino, que presenta cefalea occipital derecha y visión borrosa de 1 mes de evolución. Consulta y se realiza TAC de cerebro donde se observan 2 lesiones hipodensas en región occipital derecha, de aspecto quístico, rodeadas de edema, y posteriormente tras realización de RMN de cerebro se constatan abscesos. Se realiza evacuación, se cultiva, y se rescata SAMR. Realiza tratamiento antibiótico con vancomicina + rifampicina 2) Pte de 26 años, femenino, con antecedentes de lumbociatalgia; Recibió administración de AINES intramuscular, evolucionando a las 48hs con dolor torácico, disnea clase funcional IV, por lo que consulta. Se constata área de celulitis con centro necrótico en sitio de administración de analgésicos. TAC de tórax con infiltrado bilateral de tipo nodular. Evoluciona con falla multiorgánica (hemodinámica, respiratoria, renal, hematológica y hepática), requiriendo ARM, inotrópicos (adrenalina, vasopresina), hemodiafiltración continua, y transfusiones múltiples por sangrados por sitios de venopunción. Recibió tratamiento antibiótico con Vancomicina + Imipenem + Rifampicina. Múltiples cultivos positivos para SAMR. Presenta PCR sin respuesta a las 48hs de su ingreso. 3) Pte 57 años, masculino, que presenta lesión con centro necrótico de evolución progresiva por probable picadura por arácnido no identificado. Desarrolla a los 5 días malestar general, dolor de hombro izquierdo y mialgias, por lo que consulta. Se evidencia placa eritematosa con colección purulenta. Evoluciona con falla respiratoria, hemodinámica, renal, hepática y hematológica, requiriendo ARM, inotrópicos y hemodiafiltración continua, presentando PCR a las 24hs de su consulta. Se rescata SAMR en hemocultivos. Realizó tratamiento antibiótico con vancomicina + piperacilina-tazobactam + rifampicina.

**Conclusión:** El Staphylococcus aureus es el agente etiológico más frecuente en infecciones de piel y partes blandas. Las modificaciones en su sensibilidad que fueron apareciendo desde su descubrimiento generaron la necesidad de ir cambiando la terapéutica. La prevalencia de este patógeno tiene una amplia variación geográfica a nivel mundial, aunque en nuestro país la prevalencia exacta es desconocida y el conocimiento de su prevalencia local es de fundamental importancia para adoptar decisiones terapéuticas criteriosas en cuanto al esquema antibiótico de inicio. El SAMR de la comunidad se ha convertido en uno de los principales patógenos emergentes de la última década.

**0144 SINDROME CORONARIO AGUDO EN UTI POLIVALENTE**  
**A QUINTEROS, S ROJAS, A DELARRIVA, E GARCIA, J CELIA, S HERRERA, M GARCIA, J FERNANDEZ, J ORTEGA, M RUIZ, A CARRIZO, N BONETTO**  
 Hospital Regional "Víctor Sanguinetti". Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina.

**Objetivo:** Caracterizar epidemiológicamente a los pacientes ingresados en terapia intensiva (UTI) con síndrome coronario agudo (SCA) durante un periodo de 3 meses.

**Introducción:** La cardiopatía isquémica constituye una de las causas más frecuentes de admisión en las aéreas de cuidados críticos, siendo responsable de gran parte de las muertes de causas cardiovascular, ya que su prevalencia oscila en alrededor del 0.5% de la población general. En los últimos años se han desarrollado numerosas estrategias para su tratamiento, dejando la conducta expectante y tomando una postura activa en el mismo, en pro de permeabilizar la arteria responsable, limitar el tamaño del infarto y mejorar la supervivencia.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo que incluyó a todos los pacientes que ingresaron a UTI por SCA desde el 01/06/2011 al 31/08/2011. Para el análisis de los datos se utilizó EPI info 6.0.

**Resultados:** Sobre un total de 72 pacientes ingresados a UTI el 16% (n 12) presentaron SCA como primer diagnóstico. Se observó un amplio predominio de sexo masculino 91.7% (n 11), la edad mediana fue 60 (50-78), la estadía promedió los 3 días. El 66 % se encontraban activos laboralmente (desocupados 8.2%, jubilados 25%) . La prevalencia de los factores de riesgo fue la siguiente: hipertensión arterial (HTA) 75%, sedentarismo 75%, dislipemia 50%, diabetes mellitus (DBT) 50%, tabaquismo 41%. Un cuarto de los pacientes presentaron como principal antecedente IAM previo o angina crónica estable, además habían recibido ATC previa con lesión arterial mayor al 50% en CCG. Se encontraban medicados previamente el 75 % de los pacientes siendo los fármacos más frecuentes: aspirina 66%, hipoglucemiantes 41.2%, IECA/ATII 33.3%, estatinas 25%. El patrón electrocardiográfico observado al momento del ingreso fue: SCACEST 66% (n 8), SCASEST 33% (n 4). La topografía más frecuente involucrada fue: anterior 33.3%, inferior 33.3%, anteroseptal 16.7%.

El tiempo puerta balón tuvo una mediana de 6 hs (mínima 3, máxima 13) para los SCASEST, y 2 hs (mínima 0.5 máxima 5.5) para los SCACEST. En estos últimos, 87.5 % (n7) recibieron tratamiento de reperfusión con ATC primaria.

La mortalidad por SCA fue de 16% (n 2), de los cuales ambos fueron SCACEST y la mortalidad atribuida a SCA fue de 2.7%.

**Conclusiones:** En nuestra UTI el SCA no es un motivo de ingreso prevalente. De los pacientes ingresados por SCA todos presentaban factores de riesgo siendo los más frecuentes la HTA y el sedentarismo. Es notable la prevalencia del SCACEST debido a que en nuestro hospital el SCASEST, que no presenta compromiso hemodinámico ni eléctrico, no ingresan a terapia intensiva. El tiempo promedio de puerta balón para ambos SCA, fue el mismo que lo observado en la literatura.

**0147 TOS CONVULSA: ENFERMEDAD REEMERGENTE. EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSELL.**

**C MACHIN, A SERRA, A MENCHACA**

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay.

**Introducción:** La incidencia de tos convulsa se ha incrementado desde 1990 y actualmente ha vuelto a emerger. En el 2011 en Uruguay ocurrió un aumento de casos que requirieron ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

**Objetivo:** describir los casos ingresados en la Unidad con diagnóstico de Tos Convulsa en el periodo Abril-Diciembre 2011.

**Material y Métodos:** trabajo descriptivo, prospectivo, observacional, de pacientes ingresados en UCIN del CHPR con diagnóstico de infección por Bordetella pertussis (BP) y parapertussis (BPP). Fueron procesados los datos con Epi info 2002.

**Resultados:** ingresaron 34 niños, mediana de 2 meses. BP en 28 pacientes y BPP en 6 pacientes.

Hipertensión pulmonar en 10 (29,4%). De estos fallecieron 7 (77,8%),  $p < 0,01$ . Leucocitosis en los fallecidos registró una mediana de 61.000 GB/mm<sup>3</sup>, y en los sobrevivientes fue de 32.300 GB/mm<sup>3</sup> con una  $p < 0,0003$ . La velocidad de ascenso de glóbulos blancos en los fallecidos tuvo un promedio de 2305 GB/hora que fue de 495 GB/hora con una  $p < 0,0001$ . Asistencia ventilatoria mecánica invasiva 15 pacientes (44,1%). Exanguineotransfusión a 9 pacientes.

Fallecieron 9 pacientes (26,5%), se realizó 4 necropsias, mostraron infarto de miocardio.

**Conclusiones:** El conteo de glóbulos blancos al ingreso, la velocidad de ascenso leucocitario y la presencia de hipertensión pulmonar son estadísticamente significativos en aquellos pacientes que evolucionaron a la muerte. Además los fallecimientos se produjeron por shock cardiogénico con infarto agudo de miocardio. Estos factores se relacionan con aumento de la mortalidad, por lo que debemos estar atentos a su aparición.

**0148 SINDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE CON CORTICOTERAPIA PROLONGADA.**

**L DI LUCA, A PORCEL, C BUSTAMANTE, S TAL BENZECRY, C MARCHENA, C BALASINI, AL GONZÁLEZ, P RODRÍGUEZ, M LARES, S LARRAÍN, L NAVEIRO, L CARRERAS, F IGLESIAS, E DIBERARDINO, W DÁVALOS, M SIMIONATO, C MORENO, R REINA, E ESTENSSORO**

Hospital San Martín, La Plata, Argentina.

**Introducción:** La autoinfección endógena y exógena es una forma de strongiloidiasis. Auto endoinfección: se transforman en la luz intestinal y penetran en íleon e intestino grueso repitiendo el ciclo parasitario, cuadro denominado Hiperinfección, por la capacidad de aumentar progresivamente la carga parasitaria y ser causa de persistencia de la strongiloidiasis durante años. La agudización de la hiperinfección en pacientes inmunosuprimidos resulta en Strongiloidiasis diseminada fatal. Auto exoinfección: las larvas retenidas en heces ensucian la región perianal, ropa interior o de cama, penetran en tejidos y reinician el ciclo parasitario. Este proceso dura 7 días. Los síntomas predominantemente digestivos son inespecíficos. Síndrome de Hiperinfección: infección masiva diseminada, con larvas son detectables extraintestinales: corazón, cerebro, hígado y pulmón. Es frecuente la sobreinfección bacteriana por gérmenes digestivos que acompañan a las larvas en su migración. Presenta baja incidencia (1.5-2.5/pacientes con strongiloidiasis) y alta mortalidad (80-90%). Factores riesgo frecuentes: corticoterapia e inmunosupresión porque alteran la función eosinofílica. Diagnóstico: visualización de larvas en muestras corporales o biopsias.

**Caso clínico:** Masculino de 36 años internado en Clínica por dolor epigástrico, distensión abdominal, náuseas, vómitos y alteraciones evacuatorias de 1 año de evolución. En consultas reiteradas previas se evidenció hipereosinofilia, coprocultivos negativos, VEDA: estómago y duodeno edematosos. En tratamiento con prednisona 60mg/d desde hacía 11 meses.

Serología para HIV, HTLV y anticuerpos para Enfermedad Celíaca (-). Nueva VEDA sin cambios morfológicos, biopsia de duodeno: DUODENITIS CRÓNICA INESPECÍFICA y observación del Strongyloides. Inicia tratamiento con Ivermectina 200 mg cada 12 hs VO. 48 hs después presenta deterioro del sensorio y rigidez de nuca; punción lumbar: LCR purulento. Ingreso a UTI: Glasgow 6/15, inestable hemodinámicamente (noradrenalina 0.12 microgramos/kg/min), infiltrados en 4 cuadrantes, PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>: 180. Inició tratamiento ATB y siguió con Ivermectina VO. Cultivos de LCR y HC: E.coli CCI y BLEE (-), en Aspirado Traqueal: Strongyloides. Al 6° día: alto residuo gástrico

(1700 ml/d), ecografía abdominal: engrosamiento parietal duodenal e intestino delgado; se decide iniciar Ivermectina subcutánea y Nutrición parenteral. Evolucionó con ARDS severo y alta PEEP y FIO2, posición prono sin respuesta; inestabilidad hemodinámica y anuria con requerimiento de hemodiálisis. Nuevo aislamiento del parásito en muestra respiratoria. Continuó tratamiento con Ivermectina subcutánea hasta negativización de muestras respiratorias y biopsia duodenal (22 días en total) Presentó múltiples intercurencias infectológicas y falleció 5 meses después.

**Conclusión:** Describimos este caso de Síndrome de Hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*, DOM y sobreinfección bacteriana por lo infrecuente de su observación en UTI y la mejoría del cuadro con cambio de Ivermectina a la vía subcutánea.

#### 0149 EXTUBACIONES NO PLANEADAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y ESTRATEGIA DE MEJOR

CN MEREGALLI, FA JORRO BARÓN, M D'ALESSANDRO, E DANZI, P GONZALEZ, GE DEBAISI  
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

Las extubaciones no planeadas (ENPs) son eventos adversos frecuentes y prevenibles de la ventilación mecánica (VM).

**Objetivo:** Evaluar las ENPs en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (HGNPE) durante el período comprendido entre mayo del año 2010 y abril del año 2011 con la finalidad de implementar un programa de gestión de riesgo para disminuir o evitar dicho evento.

**Hipótesis.** La gestión de un programa de optimización de procesos en las ENPs mejora los indicadores.

**Diseño:** Prospectivo, descriptivo, correlacional de centro único.

**Población:** Todos los niños que requirieron intubación orotraqueal para VM invasiva por más de 12 horas en la UCIP del HGNPE durante el período comprendido entre el 1° de mayo del 2010 y el 30 de abril del 2011.

**Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron a la UCIP del HGNPE 395 pacientes, de los cuales 262 (66%) recibieron VM por más de 12 horas. Se registraron 30 episodios de ENPs en 27 pacientes, 22 durante el período mayo-octubre 2010 y 8 durante el período noviembre 2010-abril 2011.

La tasa media de incidencia de ENPs en el período mayo-octubre 2010 fue de 2,30 ENPs por 100 días de VM.

Los grupos son similares en edad, peso y score de gravedad (PIM II). Los pacientes que padecieron ENPs requirieron más días en VM (7 vs 5 días,  $p = 0,077$ ) aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa y permanecieron más días internados en la UCIP (7 vs 9,5 días,  $p = 0,049$ ). No se registraron defunciones asociadas a ENPs. La mortalidad de los pacientes que requirieron VM por más de 12 horas durante el período de estudio fue 16.7% ( $n = 25$ ). De las 22 ENPs 16 (73%) requirieron reintubación.

Se identificaron como causas de las ENPs la incorrecta fijación del TET (27%), la realización de un procedimiento de atención y de cuidado (27%), el destete de la VM (17%), el inadecuado nivel de sedación del paciente (15%), la relación enfermero paciente > 1:2 (10%), el transporte (2%) y las secreciones abundantes (2%). Los procedimientos de atención y de cuidado vinculados a las ENPs fueron: el baño (46%), la realización de una radiografía (9%), la colocación de un acceso vascular (9%), el cambio de fijación del TET (9%) y sin causa conocida (27%).

Se implementó una estrategia de mejora que incluía: educación del personal, estandarización de la fijación del TET y del monitoreo de la fijación. Luego de la implementación de la misma la incidencia media de ENPs disminuyó de 2,30 ENPs por 100 días de VM; IC (1,12-3,49) a 0,86 ENPs por 100 días de VM; IC (0,27-1,44)  $p = 0,037$ . Conclusión. La gestión de un programa de optimización de procesos en las ENPs mejora los indicadores.

#### 0151 DEFICIT ADQUIRIDO DE FACTOR VIII

AS ALCALA, LC GERVASONI, FH KUBARYK, JF PLA CÁRDENAS, GS MARTINEZ, EA MARULLO, NS FERNÁNDEZ, J PACHADO, S SAAVEDRA, MR PALLERO, JJ SARASKETA, DO REMY  
Hospital Dr Lucio Molas, Argentina.

Presentamos el caso una paciente joven cursando puerperio de cuatro meses, que desarrolla un síndrome compartimental luego de hematoma espontáneo de miembro inferior, que evoluciona con trastorno hemorragiparo posterior a fasciotomía, provocando un cuadro de Shock Hipovolémico que requirió la transfusión de varias unidades de glóbulos rojos, expansión y apoyo farmacológico.

Se diagnostica un déficit adquirido de Factor VIII de origen autoinmune.

El sangrado fue controlado mediante tratamiento con inmunosupresores, factor VII recombinante activado (rFVIIa) y gammaglobulina polivalente.

La paciente evolucionó a la mejoría hasta ser dada de alta de la Unidad de Terapia Intensiva.

El interés del presente caso clínico radica en que, si bien la aparición de inhibidores de la coagulación en pacientes no hemofílicos es un fenómeno raro, se trata de un cuadro grave que puede determinar la muerte del paciente, por lo que es de capital importancia realizar un diagnóstico y tratamiento precoz, así como definir si constituye un trastorno primario o, por el contrario, responde a la existencia de una enfermedad subyacente.-

#### 0153 DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA. SU PREVALENCIA Y DESCRIPCIÓN DE 5 CASOS

CDOMINGUEZ, E CUNTO, C NOGUERAS, P SAÚL, R CALLEJO, D VAUSTAT, R CABRERA, R ROLLET, J SAN JUAN  
Hospital de Enfermedades Infecciosas F J Muñiz, Argentina.

**Introducción:** Clostridium difficile (CD) es la principal causa de diarrea infecciosa en pacientes internados. Son factores de riesgo los tratamientos antibióticos y las internaciones recientes, prolongadas y repetidas, especialmente en determinadas áreas, como cuidados intensivos.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de CD como causa de diarrea en pacientes internados en la unidad de terapia intensiva (UTI), comparar con el dato correspondiente durante igual período en el hospital, y analizar los casos diagnosticados.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional de corte transversal retrospectivo. Se examinaron casos de pacientes internados en UTI, de febrero 2011 a enero 2012, con diagnóstico presuntivo de diarrea por CD (DCD). El mismo se realizó por determinación de toxinas A-B en heces y cultivos (QUIKCHECK COMPLETE-TECHLAB®). Para el análisis estadístico se utilizó el método de las proporciones (Statistix 7.0) con un nivel de significación 0,05.

**Resultados:** Se registraron 23 pacientes, con edades de 20 a 83 años (media: 43); 53,8% de sexo masculino. Recuento leucocitario: 2100 a 22600/mm<sup>3</sup> (media: 8761). Se diagnosticó DCD en 5 de los 23 casos (21,74%; IC: 2,71-40,77%). En la población hospitalaria general, fue 31,03% (153/493) (diferencia: 9,29;  $p = 0,4752$ )

En antecedentes clínico-epidemiológicos más destacados encontramos: el 82,61% ( $p = 0,0035$ ) había recibido antibióticos, entre ellos los 5 pacientes con DCD. Doce pacientes recibían inmunosupresores, 4 de ellos desarrollaron DCD (33,3%) y el riesgo relativo (RR) asociado fue 3,42. El 42,31% era desnutrido, 3/5 casos de DCD tuvieron esta condición, lo cual correspondió al 30% de los pacientes desnutridos (RR: 1,8). Tres pacientes con DCD estaban infectados con VIH. Obesidad y colagenopatía se dieron en el 11,54% de los casos. Tabaquismo en 30,67%. El 46,15% estaba en ventilación mecánica. De los 5 casos de DCD, 4 recibieron metronidazol-vía oral, 3 de ellos evolucionaron favorablemente, pero el cuarto persistió con diarrea y evolucionó al óbito. El quinto paciente no recibió tratamiento por fallecer previo al diagnóstico (toxina en materia fecal: negativo;

cultivo toxigénico: positivo). Tres pacientes recibieron metronidazol intravenoso, a pesar de no tener la confirmación diagnóstica de DCD. Sólo uno de ellos persistió con diarrea. Los 2 pacientes con mala evolución tenían como comorbilidades SIDA y artritis reumatoidea tratada con corticoides.

**Discusión:** A diferencia de otros estudios, la prevalencia de DCD entre los pacientes con diarrea en UTI fue menor que la general en nuestro centro. Sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa y esta tendencia deberá confirmarse con una muestra de mayor tamaño. Los factores asociados fueron los tratamientos con antibióticos e inmunosupresores y desnutrición.

**Conclusiones:** Destacamos la necesidad e importancia de la búsqueda de CD como agente causal de diarreas en UTI y la disponibilidad de metodologías diagnósticas efectivas que orienten a la implementación de un tratamiento específico y temprano.

#### 0154 STATUS EPILEPTICUS Y PATOLOGÍA REGIONAL

F AGUIRRE, G CUELI, J PEREZ, Z ROSSETTI, B GABILONDO, J HUAMAN DE LA CRUZ, S VAZQUEZ MONICO, C VARELA, N CAPALBO, C RODRIGUEZ

HIGA Vte Lopez y Planes General Rodriguez, Argentina.

**Objetivo:** Presentación de un caso y revisión de la literatura.

**Caso:** paciente CH.B.R. ♂ de 37 años, etilista, oriundo de Bolivia, seropositivo para Chagas, con antecedentes de epilepsia no tratada, que ingresa a la guardia en estado post-ictal luego de permanecer con convulsiones tónico-clónicas durante varias horas, presentando un Glasgow de 9/15, sin déficit motor, alteraciones pupilares ni otros datos semiológicos relevantes.

Se inicia tratamiento con fenitoína. La TAC de cerebro evidencia múltiples imágenes quísticas.

En UTI recupera el nivel de la conciencia, sin hallarse otros signos de foco neurológico y evoluciona sin repetir convulsiones.

La RMN confirma las lesiones mencionadas y describe a la mayor de ellas, frontoparietal derecha, con efecto de masa.

La radiología simple de tórax y la ecografía abdominal no revelaron alteraciones.

El laboratorio demostró leucopenia leve con fórmula conservada, siendo el resto del hemograma, hepatograma, coagulograma, ionograma y función renal, normales.

Las serologías para VIH, Toxoplasmosis, VDRL, hepatitis B y C resultaron no reactivas.

La prueba de ELISA y el Western blot para hidatidosis resultaron ambos positivos.

Por cinco meses recibió tratamiento con meprednisona, albendazol y fenitoína.

La histopatología de pieza operatoria confirma diagnóstico de hidatidosis.

**Comentario:** La hidatidosis cerebral constituye el 2% del total de casos. La enfermedad, contraída en la infancia, produce síntomas insidiosos durante la juventud. La sospecha diagnóstica se realiza por TAC, siendo superior la RMN. La serología puede ser negativa. El tratamiento se basa en la cirugía y el albendazol. Puede recidivar cerca del 25% de los casos.

#### 0155 PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN TERAPIA INTENSIVA REALIZADOS POR MEDICOS ROTANTES EN LA ÚLTIMA DÉCADA ANTES DEL 2012

LR MARTINEZ, AM QUISPE LAIME, SL KLINSUK, AC LOPEZ, CG CAMPAGNE, VE ROLFO, JD BRACCO, AM STOCKI, VI TORRES Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las características de los procedimientos invasivos realizados por médicos rotantes y obtener parámetros de referencia esperados para un rotante de Terapia Intensiva Polivalente del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero".

**Material y método:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Revisión de planillas de registro de procedimientos invasivos de los médicos residentes que rotaron en Terapia Intensiva durante el periodo 2003 a 2011. Las variables discretas las registramos como porcentaje y las variables continuas como medias más menos un desvío estándar, medianas y valores mínimo-máximo. Se consideró significativo una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se estudiaron 42 registros de procedimientos invasivos realizados por médicos rotantes: 23 clínica médica, 13 cirugía general, 4 emergentología y 2 otros. Total de procedimientos invasivos 1132, 617 (54,5%) clínica médica, 313 (27,7%) cirugía, 177 (15,6%) emergentología y 25 (2,2%) otros. La media por rotante fue  $20 \pm 12$ . Fueron supervisados por médicos del plantel de la UTI 1109 (98%). Según resultado fueron exitosos 898 (79,3%) y fallidos 234 (20,7%). Se describen 21 tipo de procedimientos: accesos venosos centrales 713/1132 (63%), subclavias 318/713 (44%), yugulares interna posteriores 255/713 (35,7%) y yugulares interna anteriores 77/713 (10,8%); intubación orotraqueal 189/1132 (16,7%); punción lumbar 88/1132 (7,8%), catéter arteria pulmonar 60/1132 (5%), otros 95/1132 (8%).

También se analizó según grupo diagnóstico: neurológicos, respiratorio, postquirúrgicos, sepsis/shock, coronarios, síndrome febril y otros. Los neurológicos y respiratorios fueron las más frecuentes 25,1% y 22,3% respectivamente. En un 9,5% de los procedimientos no se registro el diagnóstico.

Las complicaciones y/o dificultades fueron 270/1132 (23,9%), por rotante un promedio de  $6,41 \pm 4,16$ . Dificultad anatómica 89/270 (33%), no encuentra acceso 31/270 (11,5%), vía aérea difícil 31/270 (11,5%), no progresa cuerda 24/270 (8,8%), punción arterial 22/270 (8%), intubación esofágica 15/270 (5,5%), neumotórax 8/270 (3%), otros 50/270 (18,5%).

El apache II medio fue  $14 \pm 7,5$ ; y el TISS medio fue  $22,8 \pm 7,7$ . El egreso de UTI en este período fue de 4589 pacientes con una media por año de 573 pacientes, el 25% fueron instrumentados por rotantes.

**Conclusión:** Las características de los procedimientos invasivos realizados por médicos residentes rotantes son similares a los descriptos en la literatura, con amplio predominio de los accesos venosos centrales e invasión de la vía aérea. Nuestros resultados pueden ser considerados seguros y enfatizamos la importancia de la supervisión. Esta revisión de una década nos permitió establecer parámetros de performance esperados para un medico que rota en Terapia Intensiva Polivalente.

#### 0156 DRENAJE ENDOSCOPICO TRANSGASTRICO DE PSEUDOQUISTE PANCREATICO: UNA APROXIMACION MINIMAMENTE INVASIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PANCREATITIS AGUDA NECRO-HEMORRAGICA

SN ARCIERI, JA VAZQUEZ, S DESSY, MS GILLI, JC SANCHEZ DE LORIA, ES VEDOVATO, M KALOUSECK, DN CHIACCHIARA, G CARQUEIJEDA-ROMAN

Hospital Santojanni, Argentina.

**Introducción:** La pancreatitis aguda es un trastorno que presenta una incidencia de 5-35 /100000 personas-año. La misma parece ir incrementándose en los últimos años a causa del mayor consumo de alcohol y grasas por parte de la población joven.

**Caso clínico:** Paciente femenina 19 años, antecedentes de obesidad mórbida, presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre, leucocitosis (18.100), hiperglucemia, hiperamilasemia (1016), alt. Hepática: TGO: 76; TGP: 311; Fal: 488, BBT: 18; BBD: 12. En ecografía y Tomografía presenta páncreas aumentado, heterogéneo, con pseudoquiste retrogástrico; líquido libre en cavidad, colección subfrénica y derrame pleural bilateral a predominio derecho. Con diagnóstico de pancreatitis necrohemorrágica se interna en nuestra unidad. Presenta Score APACHE II: 13, SAPS: 18, Ranson 4 (Leucocitos, LDH, caída del Hto, Calcio).

Balthasar (grado E + necrosis 31-50%): 8.

## ■ Resúmenes

Inicia antibióticos (Imipenem), nutrición parenteral total, analgésicos (Fentanilo – AINES) y protección gástrica.

Por VEDA se punza curvatura mayor ingresando pseudoquiste, se aspira líquido purulento enviándose a cultivo, se coloca sonda K 108 para drenaje que se exterioriza por fosa nasal.

Evoluciona con normalización de parámetros bioquímicos, estabilidad hemodinámica e hiperglucemia, con cultivo del líquido quístico positivo para E. Coli y Enterococo Fecalis, se agrega vancomicina. A los 10 días del drenaje se coloca por endoscopia stent metálico entre cavidad gástrica y el pseudoquiste, se lava cavidad extrayéndose material necro-hemorrágico que se envía a anatomía patológica. Procedimiento que se realiza en dos oportunidades, agregándose colocación de K 108 transduodenal para alimentación enteral.

Luego de 14 días se retira el stent, observándose cavidad limpia parcialmente colapsada; iniciándose alimentación enteral. Al mes de internación se da el alta del servicio.

**Discusión:** Los avances en el diagnóstico así como en las intervenciones terapéuticas han disminuido la mortalidad de las formas más severas de pancreatitis aguda. Un estudio multicéntrico reportó una mortalidad general del 10% con una mortalidad del 30% en los pacientes con formas más severas. El drenaje endoscópico del pseudoquiste y de la necrosis infectada representa una aproximación mínimamente invasiva con escasa repercusión sistémica por lo que permite un mejor manejo del paciente y una importante disminución de la mortalidad. La colocación de un stent gastro-pancreático aun cuando requiere de monitoreo frecuente para prevenir/tratar complicaciones (desplazamiento, etc.) es un recurso moderno, que conlleva poca morbilidad, es eficaz y mínimamente invasivo.

#### 0157 ERGOTISMO POR ASOCIACIÓN DE ERGOTAMINA E INHIBIDORES DE LA PROTEASA

P. URBINATI, M. ROTONDO, V. CLAIRON, M. ALMADA, D. ROVIRA

Sanatorio Julio Corso, Argentina.

**Introducción:** El ergotismo es una complicación causada por la intoxicación o abuso crónico de la ergotamina. Su manifestación es la vasoconstricción arterial sin enfermedad vascular demostrable por estudios complementarios. Se caracteriza por isquemia arterial aguda, con palidez, frialdad y ausencias de pulsos distales en miembros superiores o inferiores. La ergotamina es un derivado de los alcaloides del cornezuelo de centeno con metabolismo hepático mediante la isoenzima CYP 3A4 del citocromo P450. El uso concomitante con inhibidores del CYP 3 A4 (Ritonavir) aumenta las concentraciones plasmáticas de la ergotamina aumentando el riesgo de vasoespasmos.

**Caso clínico:** Paciente, de 41 años de edad, VIH positivo en tratamiento con Ritonavir + Lopinavir y Emtricitabina+ Tenofovir, sin otro antecedente de jerarquía que refiere ingesta de ergotamina (3mg) asociada a cafeína y AINES usada como analgésico por cefalea. Consulta por parestesia, dolor y cianosis distal de ambos miembros superiores con ausencia de pulsos radial y cubital. Se realiza Ecodoppler de miembros superiores constatando flujo monofásico con disminución de la velocidad de arteria radial y cubital derecha e izquierda. TAC de Tórax y abdomen con contraste y ecocardiograma no mostraron alteraciones. Laboratorio: Hb: 14.9 g% Hematocrito: 33.9% G.B. : 5200/mm Plaquetas: 193000/mm TGO: 26 U/L TGP : 12 U/L FAL: 169 U/L Colinesterasa :8040 Ac. Láctico: 2.45 mmol/l. Se inicia anticoagulación, anti agregación y se suspende medicación antirretrovirales. En 24 horas aparece notable mejoría de los síntomas, se mantienen rango terapéutico de anticoagulación en 96 horas recibe alta de UTI.

**Conclusión:** En los últimos años se han reportado algunos casos de ergotismo en relación a la interacción de ergotamina con ritonavir, inhibidor de la proteasa viral indicado para el tratamiento de la infección por HIV. Los casos reportados correspondieron a pacientes jóvenes, HIV positivos en tratamiento antirretroviral que incluía ritonavir. Debe tenerse en cuenta en pacientes consumidores de

ergotamina y con causas predisponentes este cuadro clínico en los diagnósticos diferenciales; así también los médicos deben recomendar la no utilización de ergotamina a los pacientes que por sus antecedentes pueden desarrollar la enfermedad.

#### 0158 ESTUDIO DE CALIDAD DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

AM. NIEVA<sup>1</sup>, ER KOCH<sup>1</sup>, E MONTEVERDE<sup>1</sup>, ME RATTO<sup>2</sup>, C LUTKEVICIUS<sup>2</sup>, K FIQUEPRON<sup>3</sup>, M TANUZ<sup>4</sup>, J STEINER<sup>5</sup>, N LACQUANITI<sup>3</sup>, D CHAGAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Niños R. Gutierrez, Argentina. <sup>2</sup> Hospital de Niños Sor María Ludovica, Argentina. <sup>3</sup> Hospital El Cruce "Dr. Néstor Kirchner. Alta Complejidad en Red", Argentina.

<sup>4</sup> Hospital de Niños Héctor Quintana, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Lucio Melendez, Argentina.

**Objetivo:** Describir las características y desenlaces de pacientes pediátricos internados en UCIPs que reciben SN. Estudiar la calidad del SN e identificar factores asociados a desviaciones de la misma. La eficacia fue definida como la tasa ml recibidos/ml indicados de fórmula enteral por día.

**Diseño:** Cohorte prospectiva con inclusión de pacientes consecutivos a lo largo de un año en 5 UCIPs. El seguimiento se llevó a cabo durante 28 días.

**Centros:** Cinco UCIPs médico-quirúrgicas.

**Pacientes:** Todos los pacientes de 1 a 216 meses con internación en UCIP superior a 24 horas e indicación de SN fueron ingresados.

**Resultados:** La muestra se compuso de 151 pacientes pertenecientes a cinco instituciones, cuya contribución relativa fue la siguiente (n, %): SL 43 (28), RG 41 (27), EC 26 (17), LM 22 (15) y HQ 19 (13). La mediana de edad fue 12 meses (RIC 4-47) y 97 (64%) fueron varones. Los diagnósticos de ingreso fueron: respiratorio (58%), neurológico (11%), causas externas (7%), posquirúrgico (4%), cardiovascular (3%) y otros (17%), con una mediana de PIM2 de 5.6% (RIC 2.0-11.9). La estadía en la UCIP fue de 18 días (RIC 11-28). La tasa de utilización de VM fue 91% con una mediana de 12 días (RIC 6-26). La mortalidad global fue 15.9%.

Entre los 149 pacientes que tuvieron nutrición enteral (NE), el tiempo hasta el inicio tuvo una mediana de un día (RIC 1-2), iniciando en el 60% en las primeras 24 horas. De los 17 casos con NE tardía (11%), definida como el inicio más allá de las primeras 72 horas, sólo en seis se mencionó su causa: desconocido y otros (3), shock y cirugía (2) Hubo 2833 días de NE en 3858 días de internación en UCIP (73.4%). La relación días NE/días UCIP por paciente tuvo una mediana de 86% (RIC 67-95). La eficacia global fue 86% (RIC 77-92), pudiendo observarse un comportamiento en crescendo entre los días 1 y 7: 64.1%, 77.3%, 80.4%, 83.3%, 85.6%, 86.1% y 88.7%, respectivamente.

Hubo 348 suspensiones que sumaron 4507 horas. 113 pacientes (75%) tuvieron al menos una suspensión. Analizado por cada paciente, el tiempo total de suspensión tuvo una mediana de 18 hs (RIC 3-44). Los motivos de las suspensiones fueron (n, %): desconocido 64 (18.4), distensión abdominal 52 (14.9), otros 50 (14.4), extubación 44 (12.6), insumos 31 (8.9), alto residuo gástrico 29 (8.3), cirugía 24 (6.9), shock 23 (6.6), diarrea 15 (4.3), vómitos 12 (3.4) y realización de estudios 4 (1.1). La sonda nasogástrica (SNG) fue la vía excluyente de administración de NE (96%), gastrostomía (4%). La modalidad de alimentación preferida fue continua (98%).

Las complicaciones más frecuentemente reportadas fueron: constipación (9.9%), vómitos (9.3%), gastroparesia (7.3%) y diarrea (6.6%). La suspensión o disminución de la NE fue la conducta más reportada: en 9 de 11 eventos de gastroparesia y en 3 de 10 eventos de diarrea.

**Conclusión:** En este reporte preliminar pudo observarse una tasa aceptable de inicio precoz de la NE, una alta eficacia en la administración con una alta tasa de suspensiones, muchas de ellas sin causa clara. La tasa de complicaciones asociadas a la NE fue menor al 10%.

### 0160 EMBOLISMO GRASO EN PACIENTES POLITRAUMATIZADOS CON FRACTURA DE HUESOS LARGOS. SERIE DE CASOS

SL KLINZUK, AM QUISPE LAIME, LR MARTINEZ, AC LOPEZ, CG CAMPAGNE, VE ROLFO, ME FUHR STADLER, L MELATINI. Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las características clínico-terapéuticas y valorar una posible aproximación diagnóstica rápida del embolismo graso en una serie de pacientes politraumatizados con fractura de huesos largos ingresados a Terapia Intensiva Polivalente del Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero"

**Material y método:** Estudio prospectivo, descriptivo, serie de casos. Recolección de datos a partir de las historias clínicas de los pacientes ingresados a Terapia Intensiva con politraumatismo y fracturas de huesos largos, durante el período 2010-2011. Las variables discretas las registramos como porcentaje y las variables continuas como medias más menos un desvío estándar, medianas y valores mínimo-máximo. Se consideró significativo una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Describimos 9 pacientes politraumatizados con fracturas de huesos largos y diagnóstico clínico de embolia grasa (EG), 7 hombres y 2 mujeres, con una media de edad de  $31,56 \pm 14,5$  años. Apache II de ingreso media  $16,56 \pm 4,7$ ; SOFA ingreso media  $6,89 \pm 4,4$  y SOFA 7mo día media  $4,50 \pm 4,7$ .

Tipos de fracturas: 8(88,8%) de fémur, 1 de humero proximal y 1 tibio-peronea. Variedad 3 lineales, 4 con minuta, y 1 expuesta.

Manifestaciones clínicas: todos presentaron encefalopatía, 6/9(66%) excitación psicomotriz y 3/9(33%) depresión del sensorio; síntomas respiratorios 6/9 (66%) disnea e insuficiencia respiratoria, y solamente 3(33%) petequias.

Requirieron ventilación mecánica 8/9(88%) y el tiempo medio de ventilación fue de 6 días.

Se observaron algunas variaciones humorales: caída en un 31% del hematocrito y hemoglobina; valores bajos de colesterol y triglicéridos medias de  $87 \pm 18$  y  $83 \pm 39$  mg/dl respectivamente. Calcio y albumina medias de  $7,2 \pm 0,9$  y  $3,0 \pm 0,52$  mg/dl respectivamente. Búsqueda de glóbulos de grasa en coágulos de sangre fresca en 5/9, fueron 3 negativos y 2 positivos.

Se utilizó como tratamiento de profilaxis de EG: metilprednisolona y albumina, las dosis medias fueron de  $255 \pm 131$ mg y  $322 \pm 222$  mg respectivamente. Todos recibieron profilaxis antibiótica y para trombosis venosa. Noradrenalina 7/9 (80%). Estabilización de la fractura: el 100% recibió algún tipo de estrategia de estabilización inicial, 66% mediante traccionesquelética. El 80% requirió estabilización intermedia con tutor externo y la estrategia de estabilización definitiva más frecuente fue con placas (44%).

Complicaciones: 2 pacientes presentaron recurrencia EG, 2 osteomielitis crónica a 4 meses, y 1 amputación supracondílea.

La estadía media en UTI y hospitalaria fue de 10 y 45 días respectivamente.

Mortalidad en UTI y hospitalaria 1/9 (11%).

**Conclusión:** Las características clínicas de nuestra serie son similares a los descriptos por la literatura, y el tratamiento utilizado, a pesar de algunas controversias, creemos que es apropiado y debería comprender la estabilización temprana de las fracturas y una estrategia de profilaxis con bajas dosis de metilprednisolona y albúmina por al menos 72 horas. Nuestras observaciones además sugieren que podría hacerse una aproximación diagnóstica rápida con algunas variables humorales.

### 0161 PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE NEUMONIA EN UCI

G BOGADO, M MENDEZ, A CREMONA, L OLIVERI, G AMENDOLARA, A YEBARA, S CHAPARRO, A LEGARTO. Htal. Italiano de La Plata, Argentina.

**Introducción:** la neumonía asociado a ventilación mecánica (NAVM) es la infección más frecuente adquirida en las Unidades de Cuidados

Intensivos (UCI). La tasa de incidencia varía de 2,5-35,7 episodios por 1000 días de ventilación, generando aumento de los costos, estadía hospitalaria y mortalidad. Alrededor del 50% de los antibióticos prescritos son usados para las infecciones respiratorias y especialmente las NAVM. La prevención de las NAVM debe ser un objetivo prioritario dentro del programa de control de infecciones en la UCI. **Objetivos:** evaluar el impacto del programa para reducir la tasa de infección asociada a ventilación mecánica en la UCI.

**Material y métodos:** incluimos a todos los pacientes admitidos en nuestra UCI desde enero de 2009 a diciembre de 2011 que requirieron asistencia respiratoria por más de 24 horas. Se dividió a la población en Pre-implementación (2009) e Intervención (2010-2011). La vigilancia de las infecciones asociadas a dispositivos se realizó a través del Programa VIDHA en forma activa y prospectiva. El programa está basado en 6 pilares: 1.- Apoyo institucional; 2.- Equipo multidisciplinario; 3.- Lista de Procedimientos (Serie de medidas); 4.- Adherencia a los procedimientos (Lista de verificación); 5.- Evaluación de los resultados; 6.- Formación y estímulo continuo

**Resultados:** se evaluaron 2488 pacientes, 820 en el periodo pre-implementación y 1668 en el periodo de intervención. (Tabla)

	Pre-implementación	intervención	intervención
año	2009	2010	2011
N° pacientes	820	827	841
APACHE II	14,9	15,6	13,9
días paciente	3025	3235	3404
días ARM	1596	1719	1915
tasa de infección	13,13	2,44	3,67
N° NAVM	21	4	6

**Conclusiones:** El programa de prevención de NAV implementado en la UCI, basado en 6 pilares resultó una medida eficiente para reducir la tasa de Neumonía Asociada a Respirador.

### 0162 MEDICIÓN DEL CONSUMO DE OXÍGENO POR CALORIMETRÍA INDIRECTA EN UN PACIENTE CON AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO Y RESECCIÓN EXTENSA DE INTESTINO.

F PÁLIZAS, F LIPOVESTKY

Centro Médico Integral Fitz Roy, Argentina.

**Presentación del caso:** Paciente de 24 años que sufre politraumatismo grave por maquina perforadora presentando evisceración de abdomen y lesión grave de miembro inferior izquierdo (MII). Se realizaron maniobras iniciales de estabilización.

Se le practicó laparotomía con resección masiva de intestino delgado, yeyunostomía, fístula ileal, colostomía transversa y cierre proximal del sigmoides. Se realizó amputación supracondílea de MII. Luego de la cirugía abdominal el intestino remanente es el siguiente: de la boca hasta 18 cm a partir del angulo de treitz, el colon ascendente y transversal abocado con fístula mucosa y el recto-sigma cerrado con muñón.

Requiere ARM y drogas vasoactivas por shock. En el día 5° de internación comienza con NPT 2000 Kcal/día con la siguiente composición: Dextrosa 300 gr, aminoácidos 120 gr, lípidos 70 gr.

Evoluciona estable, se logra extubar al día 7° de internación, recibiendo NPT exclusivamente. Se realiza calorimetría indirecta (CI) en el día 6° (aún en ARM) y 21° de internación (con ventilación espontánea) con los siguientes resultados:

Día Post trauma	6°	21°
Tiempo (minutos)	31	24
Gasto Energético en reposo (kcal/día)	997	728
GER/Predicho (%)	52	43
VCO2 (ml/min)	187	90
VO2 (ml/min)	123	103

**Discusión:** Los requerimientos calóricos del paciente basados en la

## ■ Resúmenes

ecuación de Harris & Benedict (sexo, edad, altura, peso) serían 1905 Kcal/día. Si a esta cifra se agrega una elevación del gasto energético por politraumatismo y cirugía (10-20%) su gasto energético teórico debería ser de 2200-2400 Kcal/día. Sin embargo el gasto energético basado en nuestra medición por CI es de sólo 997 y 728 kcal/día.

La contribución de las distintas partes del organismo en el resultado total del GER pueden ser extrapoladas de su correspondiente proporción en superficie corporal. El miembro inferior representa el 18% de la superficie corporal. Una reducción del 18% del gasto energético estimado en 2200-2400 le reduciría solo una fracción de la diferencia con el gasto medido. Por lo que podríamos suponer que la diferencia observada en nuestro paciente entre el GER estimado y el medido por CI podría ser secundario a la amputación intestinal y del miembro inferior.

**Conclusión:** En un paciente con resección intestinal extensa y amputación de un miembro la estimación del GER no es fiable. Es fundamental en estos casos medir el GER por CI. No hemos encontrado en la literatura un caso similar y aquellos con resección extensa intestinal no han sido evaluados por CI.

### 0163 PACIENTES MAYORES A 75 AÑOS EN CUIDADOS INTENSIVOS, ESTUDIO CASOS-CONTROLES.

D BIÉNZOBAS, F RÍOS, M BERMEO, C FALLATTI, N MÁRQUEZ, V RODRÍGUEZ, L AGUILAR

Hospital Dr. Profesor Alejandro Posadas, Argentina.

**Introducción:** La edad es un factor pronóstico a tener presente en pacientes críticos, pero no es tan importante como la gravedad de la enfermedad que motiva su internación. Sin embargo, este mismo parámetro puede ser un criterio importante para la admisión en UCI.

**Objetivo:** comparar características y resultados de los pacientes de 75 años o más, ingresados a UCI del Hospital Dr. Profesor Alejandro Posadas con los pacientes de 60 años o menores.

**Método:** Estudio caso-control apareado, durante un período de 3 años, seleccionados por: sexo; edad (20-60 años); APACHE II (puntuación calculada sin la edad); necesidad de ventilación mecánica; diagnóstico de internación y shock al ingreso.

**Resultados:** 70 pacientes de 75 años o más (casos) fueron seleccionados y apareados con 70 controles de menos de 65 años, divididos entre patologías quirúrgicas 41% y médicos 59% en ambos grupos. Los resultados se expresan la siguiente tabla.

VARIABLE	CASOS	CONTROLES	
Edad ( años )	80 ±4	43±14	P =< 0,001
APACHE II	15±7	18±8	P = 0,068
Femenino n ( % )	43 ( 47% )	33 ( 61% )	P = 0,063
Ventilación mecánica n ( % )	48 ( 69% )	47 ( 71% )	P = 0,851
Estadía UCI	6,5 [ 4-12 ]	7,5 [ 5 - 17 ]	P = 0,055
Shock séptico n ( % )	23 ( 32% )	19 ( 27% )	P = 0,581
Infección nosocomial n ( % )	18 ( 25% )	13 ( 18% )	P = 0,415
Muerte en UCI n ( % )	20 ( 29% )	28 ( 40% )	OR 0,6 ( 0,29-1,2)

**Conclusiones:** la edad mayor a 75 años no se asocia a una mayor mortalidad en UCI, la edad no debería ser una limitante para la admisión a UCI

### 0164 COMPARACIÓN DE 2 MÉTODOS DE DESCONEXIÓN DE LA ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.

GL FAGALDE, MV ALBARRACIN, AS REARTE, MS OLIVIERI, PD JUAREZ, FM JEREZ, GE CORREA, LS MARCOS

Hospital del Niño Jesús. Tucuman, Argentina.

**Introducción:** La mitad del tiempo que los pacientes están en Asistencia ventilatoria mecánica (AVM) se dedica al proceso de desco-

nexión. La retirada de la AVM llevada a cabo mediante la prueba de ventilación espontánea (PVE), debe ser realizada de forma precoz y oportuna. La PVE se puede realizar empleando diferentes modos como ser tubo en T (TT), CPAP/PSV, SIMV, PSV.

**Objetivos:** 1) Comparar dos métodos de desconexión de la AVM (CPAP/PSV vs TT). 2) Evaluar parámetros clínicos y gasométricos que predigan el posible Implementar un protocolo de extubación en el servicio.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio comparativo aleatorizado en pacientes de 1 mes a 13 años que ingresaron a UCIP y que requirieron AVM por más de 24 hs, desde el 1 de Julio de 2010 al 31 de agosto de 2011. Los pacientes fueron asignados a Tubo en T o a CPAP/PSV en forma aleatoria. Se realizó la PVE durante 30 a 60', con control de parámetros clínicos y gasométricos. Se considero fallo en la desconexión cuando el paciente fue reintubado dentro de las 48hs. Fueron excluidos pacientes con traqueostomía y postquirúrgicos de cirugía cardiovascular.

**Resultados:** Se realizaron 132 PVE en 124 pacientes. El diagnóstico más frecuente de ingreso a AVM fue de causa respiratoria 44%, sepsis 20% y trauma 11%.

Media(±DS)	CPAP/PSV (n=70)	Tubo T (n=62)	valor de P
Edad en meses	26,4 (43,01)	39,1 (45,8)	0,10
Peso en Kg	13,8 (16,6)	17,1 (16,3)	0,26
ARM en Hs	162,8 (139)	157,5 (132)	0,83
Score PIM 2	6,12 (12,8)	4,1 (5,7)	0,29
Fracaso de la desconexión	1,77 (0,56)	1,85 (0,43)	0,35

En los pacientes en los que fracaso la extubación la duración de la AVM fue estadísticamente significativa (328hs vs. 149hs) con un valor de p<0,0001. La causa más frecuente de fracaso de la extubación fue la depresión respiratoria en el 50% y Laringitis en 28%. En un análisis multivariado encontramos que la pO2 al inicio de la prueba era de menor valor en los pacientes que fracasaron sin llegar a ser estadísticamente significativa (p< 0,057). El 10% del total de los pacientes fracasaron la desconexión de la AVM (IC95%= 5,35-16). El 8% (n=5) de los tratados con TT y el 9% (n=6) de los tratados con CPAP.

**Conclusiones:** Del análisis de los datos podemos concluir que no hay diferencia significativas entre los dos métodos empleados para la desconexión de la AVM; Se observó un mayor número de fracasos en pacientes con mayor horas de AVM. El 50% de los fracasos se debieron a depresión respiratoria, creemos que estos pacientes no tuvieron una valoración inicial adecuada.

### 0167 INFECCIONES PRODUCIDAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS: FACTORES DE RIESGO Y PERFIL DE USO DE ANTIBIÓTICOS.

H TELECHEA, L ROBINO, N SPERANZA, V GARCÍA, N CORDEIRO, I BADO, M MOTTA, G ALGORTA, R VIGNOLI, A MENCHACA

Facultad de Medicina, Universidad de la República., Uruguay.

**Objetivo:** Identificar factores de riesgo (FR) para la adquisición de Enterobacterias productoras de β-lactamasas de espectro extendido (BLEE) en niños hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. Describir el patrón de uso de antibióticos en estas infecciones e identificar mecanismos de resistencia asociados.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio de casos y controles en el Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell Se incluyeron niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Servicio de Hematología (HO) y sala de cuidados moderados. Se definió caso aquellos pacientes con infección producida por Enterobacterias productora de BLEE y control a los pacientes con infección por Enterobacterias BLEE negativas. El criterio de pareo

## ■ Resúmenes

fue por servicio de internación y por la fecha del aislamiento. Los datos de los pacientes fueron obtenidas de las historias clínicas y los FR fueron definidos por análisis univariado. Las BLEE y los genes de resistencia asociados fueron detectados por reacción en cadena de polimerasa (PCR).

**Resultados:** Durante el estudio se identificaron 112 infecciones por enterobacterias, 21 fueron causadas por Enterobacterias productoras de BLEE.;) 9 procedentes de cuidados intensivos, 6 de HO y 6 de cuidados moderados. Solo 26 controles pudieron ser seleccionados. Los FR factores de riesgo identificados fueron enfermedad crónica subyacente (P=0,002, OR:8, IC 95%:2,1-31,2); internación en UCI en los 6 meses previos, (P=0,007; OR5,4; IC 95%:1,5-19), uso previo de oxyminocefalosporinas, (P=0,002; OR:18,8; IC 95%:2,1-165,5), ciprofloxacina (P= 0,03, OR:1,2; CI95%:1,1- 1,5) e infección intrahospitalaria por Enterobacteria. (P=0,008 OR:5,8; CI95%:1,5-22,1). La presencia de 3 o más FR presentó una sensibilidad de 83% y una especificidad de 88% para detectar infecciones por Enterobacterias productoras de BLEE.

Las BLEE detectadas fueron: 15 blaCTX-M and 6 blaSHV. La resistencia a quinolonas mediada por plásmidos fue detectada en 9 cepas.

**Conclusiones:** El diagnóstico y tratamiento de niños con infecciones por Enterobacterias productoras de BLEE puede optimizarse a través de la aplicación combinada de FR.

#### 0168 REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICA.

H TELECHEA<sup>1</sup>, N SPERANZA<sup>1</sup>, L NANNI<sup>2</sup>, G GIACHETTO<sup>1</sup>, A MENCHACA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, Universidad de la República., Uruguay. <sup>2</sup> Administración de Servicios de Salud del Estado, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia y características de las RAM en una Unidad de Cuidado Intensivo de Niños entre mayo y junio de 2009.

**Material y Método:** Se realizó farmacovigilancia intensiva mediante el análisis diario del perfil de prescripción de todos los niños hospitalizados. Se analizaron las siguientes características de los pacientes: edad, sexo, medicamentos implicados, órganos y sistemas afectados, enfermedad ocasionada, mecanismo de la reacción adversa, presencia de polifarmacia, gravedad y evolución. Se calcularon las siguientes variables de las reacciones adversas: frecuencia, incidencia en los niños hospitalizados, incidencia por 100 niños – día y porcentaje de reacciones prevenibles.

**Resultados:** Fueron hospitalizados 123 niños de los cuales 24 presentaron al menos una reacción adversa. El total de reacciones adversas identificadas fue 45. La edad media fue 34 meses, 14 eran varones.

La frecuencia fue 36,6 % (IC 95% 28,4 - 46,4). Se identificó un promedio de 1,9 reacciones adversas por niño. La incidencia de RAM por 100 niños – día fue 10,4. Estuvieron implicados 66 medicamentos, siendo los antiepilépticos y diuréticos los grupos más frecuentes. Los sistemas más afectados fueron el metabólico y hematológico. 61% de las reacciones eran prevenibles. 12 reacciones adversas fueron severas, 1 paciente falleció.

**Conclusiones:** Las reacciones adversas en los niños críticamente enfermos constituyen un problema de salud frecuente. Se destaca la necesidad de elaborar estrategias de promoción y prevención para disminuir su frecuencia y gravedad.

#### 0169 TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR CON POSTERIOR DISMINUCIÓN MILIAR

A FELDMAN, B SAVASTANO, S GONZÁLEZ, C BALASINI, G VALIDO, H CESARIO, A PLITT, M TURINA, M ROLANDO  
Hospital General de Agudos "Dr. I. Pirovano" Servicio de Terapia Intensiva CABA, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la evolución y las interurrencias por abandono del tratamiento en un paciente con diagnóstico de tuberculosis osteoarticular.

**Caso clínico:** Paciente de 52 años de edad con antecedentes de HTA, enolismo, fractura del extremo distal de radio izquierdo en el año 2010 que requirió colocación de clavos y placas. Evolucionó con supuración de la herida quirúrgica por lo cual recibe antibióticos (ATB) y dado que evoluciona con osteomielitis se reinterna. En el laboratorio presenta un aumento de la Proteína C reactiva. A los seis días de su internación se realiza toilette quirúrgica con toma de muestra ósea, observándose material caseoso aislándose *Stafilococcus aureus* y *Enterobacter cloacae*, iniciando ciprofloxacina y trimetoprim sulfametoxazol y al mes de su internación se aísla *Mycobacterium tuberculosis* iniciándose tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol (HRPE) por cuatro meses dado que el paciente abandona el tratamiento. En abril del 2012 ingresa a clínica médica por disnea progresiva, fiebre, infiltrados retículo nodulillares, por lo cual se reinicia tratamiento con HRPE, serología para HIV y VDRL negativas. Al noveno día presenta hepatotoxicidad se suspende el tratamiento. Se realiza TAC de tórax que evidencia infiltrado retículo nodulillar bilateral con imágenes compatibles con cavernas en el lóbulo superior izquierdo, adenomegalias mediastino hiliares, derrame pleural localizado izquierdo compatible con TBC miliar. BAL y muestra ósea positiva para BAAR. Se realizan pruebas de sensibilidad a los ATB. El nueve de mayo ingresa a terapia intensiva por deterioro del sensorio y convulsiones tónicas clónicas generalizadas realizándose intubación orotraqueal y conexión a ARM. TAC de cerebro sin particularidades, punción lumbar evidencia hipoglucoorraquia, proteinorraquia, celularidad a predominio polimorfonuclear por lo cual recibe tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y se reinicia tratamiento con HRPE. Evolucionó lúcido, hemodinámicamente estable, con buena mecánica ventilatoria sin foco motor, siendo dado de alta al servicio de clínica médica.

**Conclusiones:** Entre 1-3 % de los casos de las TB son miliares y se asocian a una alta mortalidad. Los factores de riesgo son alcoholismo, diabetes, neoplasias o inmunodeficiencias. La forma de presentación osteoarticular es poco frecuente, la incidencia es de 3 -5 % de todos los casos de TB extrapulmonar y se produce por vía hematogena. En casi la mitad de los casos coincide con focos tuberculosos activos pulmonares o extrapulmonares. La tuberculosis miliar refleja el fracaso en el control del crecimiento del bacilo por parte del sistema inmune y es una forma de manifestación típica en pacientes inmunodeprimidos también puede comprometer el SNC, siendo frecuente la asociación con meningitis tuberculosa y tuberculomas parenquimatosos. El abandono del tratamiento es indicación absoluta de efectuar pruebas de susceptibilidad a los fármacos principales, a fin de detectar la aparición de resistencias, que son más probables en los casos de fracaso terapéutico.

#### 0170 SEPSIS PUERPERAL POR AEROMONA SOBRIA

M VILLA, J MORENO, N VILLAVICENCIO, V AMAYA, C TONELLI, M TORRES BODEN, G CUETO, W CORNESTEIN, M BADIA, L LOPEZ, N GOMEZ

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina.

**Introducción:** El género *Aeromonas* está constituido por bacilos gramnegativos, oxidasa positivos y anaerobios facultativos, cuyo hábitat natural es el agua corriente o estancada y el suelo. No se consideran flora humana habitual. Las especies que producen infección en el hombre son: *A. hydrophila*, *A. caviae* y *A. veronii biotipo sobria*.

Las infecciones por *Aeromonas* se adquieren por ingestión de agua y/o alimentos contaminados, inoculación traumática, exposición de heridas abiertas y mucosas, con agua contaminada. El cuadro clínico más frecuente es la gastroenteritis aguda.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 26 años, multipara, ingresa a servicio de Gineco - Obstetricia, cursando embarazo de 37 semanas con

## ■ Resúmenes

trabajo de parto en período expulsivo, bolsa rota de tiempo evolutivo desconocido y antecedente de baño de inmersión en aguas estancadas (piscina). Se realiza parto eutócico sin complicaciones, con producto único vivo y sano.

En puerperio inmediato evoluciona con leucocitosis, ictericia, coagulopatía, dolor abdominal en FID, por ecografía se evidencia líquido libre en cavidad. Se realiza Laparotomía exploradora con hallazgo de Hemoperitoneo por sangrado en napa.

Ingresa a UTI; con DMO- SOFA: 10, requiere IOT+ARM, soporte inotrópico, transfusión de hemoderivados, mejorando inicialmente. En tratamiento con ceftazidima y vancomicina, a las 48 hs se recibe HC 2/2 *Aeromonas sobria*, HC 1/2 *S. Agalactiae*, HC 1/2 *Klebsiella pneumoniae*, rotando esquema a Ciprofloxacina, Imipenem. Se rescata en muestras de agua de piscina *Aeromonas spp.*

Evoluciona con progresión de DMO -SOFA:12, se considera como foco no drenado, en ecografía transvaginal el útero fue acorde a tiempo de puerperio. Por deterioro hemodinámico se resuelve laparotomía exploradora con hallazgo de útero pálido y restos friables (Anatomía patológica, inflamación de mucosa, pared y cervix, con focos de hemorragia y abscedación). Controlado su foco de sepsis evoluciona con mejoría de sus disfunciones hasta el alta hospitalaria a los 15 días.

**Discusión:** El 2% de los partos normales son complicados por una sepsis puerperal, siendo la ruptura prematura de membranas un factor de riesgo. El rescate de flora polimicrobiana es frecuente, aunque no se ha descrito previamente el hallazgo de *Aeromonas spp.*

El *S. Agalactiae* es causal del 8% de los casos de endometritis post parto en pacientes previamente colonizadas, como parte de infecciones polimicrobianas.

Presentamos una paciente con sepsis puerperal por *Aeromonas Sobria*, que tuvo mala respuesta al tratamiento antibiótico dirigido y presente progresión de las disfunciones, sin evidencia de foco uterino por medios complementarios.

La puerta de entrada vaginal fue sugerida por el uso de una piscina contaminada con *Aeromonas spp* el día previo al parto y la presencia de *Streptococo Agalactie* vaginal (a pesar de la profilaxis recibida intraparto), confirmándose el origen uterino por los microabscesos miometrales hallados.

**Conclusión:** Los criterios clínicos fueron determinantes para indicar en forma precoz y agresiva el tratamiento quirúrgico.

### 0171 APACHE II Y SU CORRELACION CON MORTALIDAD EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

C TOLOSA, A CABRERA, J ORQUERA, D GODOY

Hospital San Juan Bautista - Provincia de Catamarca, Argentina.

**Objetivos:** Evaluar gravedad de los pacientes ingresados al Servicio de Terapia Intensiva, mediante la utilización del SCORE APACHE II, correlacionando su valor predictivo de mortalidad. Establecer el punto de corte del score APACHE II que se comporte como marcador independiente de mortalidad.

Asimismo conocer la cantidad de pacientes ingresados con TCEG (trauma craneo-encefálico grave) por accidente en la vía pública y su correlación APACHE II con mortalidad.

**Materiales y métodos:** Estudio poblacional, observacional, retrospectivo realizado en un período de seis meses (segundo semestre 2011) en el Servicio de Terapia Intensiva. Se incluyeron a todos los pacientes mayores de 16 años con patologías médico quirúrgicas, que hayan ingresado al Servicio, utilizando el SCORE APACHE II.

**Resultados:** Se estudiaron 160 pacientes, ingresados desde el 01 de julio hasta el 31 de diciembre de 2011, con un promedio de internación de 9,14 días, con una edad promedio de 42,11 años, predominando el sexo masculino en un 66,88% sobre el 33,12% de población femenina.

Con una mortalidad global del 40%, correlacionada con un APACHE >10 en un 87,5%.

De 160 pacientes, 35 ingresaron con TCEG por accidente en la vía

pública, es decir 21,87%, con una edad promedio de 32,38 predominando el sexo masculino en un 82,85%, con un promedio de internación de 13,47 días, constatándose el óbito de 60%(21), de los cuales 85,72% (18), presentaron APACHE >10 puntos.

**Conclusiones:** Se observa que la mortalidad global registrada en el segundo semestre del año 2011, se correlaciona con la puntuación APACHE >10% (87,5%), así también se observó que la mortalidad en pacientes con TCEG se condice con un porcentaje similar (85,72%) de acuerdo al APACHE.

### 0172 KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA DE RUTINA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍAS TORÁCICAS O DE ABDOMEN SUPERIOR COMO PROFILAXIS DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

M MANAGO<sup>1</sup>, G MUSSO<sup>2</sup>, J ROBLES<sup>3</sup>, A RAMOS<sup>3</sup>, A DOGLIOTTI<sup>4</sup>, L LOVESIO<sup>5</sup>, C LOVESIO<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Coordinador del Servicio de Kinesiología del Sanatorio Parque, Argentina. <sup>2</sup> Kinesiólogo de Planta del Sanatorio Parque, Argentina. <sup>3</sup> Médico Residente de Terapia Intensiva Sanatorio Parque, Argentina. <sup>4</sup> Unidad de Epidemiología Clínica y Estadística del Grupo Oroño, Argentina. <sup>5</sup> Médico Intensivista e Infectólogo del Sanatorio Parque, Argentina. <sup>6</sup> Director del Servicio de Terapia Intensiva y Clínica Médica del Sanatorio Parque, Argentina.

**Objetivos:** Los pacientes sometidos a cirugías torácicas o del abdomen superior padecen complicaciones respiratorias en mayor proporción que tras otras cirugías.

Por lo tanto se pretende conocer si la kinesioterapia respiratoria rutinaria con aumento de volúmenes pulmonares en el postoperatorio reduce las complicaciones respiratorias y la estadía hospitalaria.

**Material y Métodos:** Se analizó una cohorte histórica de 67 pacientes consecutivos con percusión y tos asistida una o dos veces por día (desde julio del 2010 a junio del 2011) y se la comparó con una cohorte prospectiva de 53 pacientes consecutivos con kinesioterapia respiratoria basada en aumentos de volúmenes pulmonares, movilización precoz y asistencia en la tos (Air Staking) cuatro veces por día (desde julio del 2011 a abril 2012). Se realizó un análisis multivariado para hallar las variables relacionadas a complicaciones y estadía hospitalaria.

**Resultados:** Las características basales fueron similares en ambos grupos, excepto tratamiento quirúrgico previo que fue más frecuente en la cohorte prospectiva.

Se observó una tendencia en la reducción de complicaciones: OR= 0,43; IC 95% 0,17-1,08; p= 0,07. La estadía se relacionó a la edad (p= 0,037) y a la kinesioterapia respiratoria basada en aumentos de volúmenes pulmonares: -1,63 días/paciente, IC 95% -3,2 a -0,02; p= 0,04.

**Conclusiones:** La kinesioterapia respiratoria precoz y rutinaria y con aumento de volúmenes pulmonares redujo significativamente la estadía hospitalaria y en forma limitrofe la tasa de complicaciones. Nuestro estudio, dada su naturaleza observacional, no puede descartar el sesgo de selección.

### 0175 TRAUMA CARDIACO PENETRANTE

M WILLIG, M FLORES MONTES, Y SALOMON, A TORRES, C PEIN, G IZZO, M ANCHORENA

HZGA Simplemente Evita G Catan, Argentina.

**Introducción:** En el pasado las heridas cardíacas penetrantes eran consideradas invariablemente letales e intratables. En 1896, el cirujano alemán Ludwig Rhen reportó la primera reparación exitosa de una puñalada al ventrículo derecho en su segundo día de evolución. En los siguientes 10 años, Rhen recopiló una serie de 124 pacientes víctimas de heridas cardíacas penetrantes, logrando reducir la mortalidad a un 40%. Actualmente una herida penetrante al corazón sigue teniendo un grave pronóstico y es causa importante de mor-

bilidad y mortalidad en pacientes de trauma. El 60 a 80 % de estos pacientes mueren en la escena o antes de llegar al hospital. Sin embargo, estudios recientes reportan de un 33 hasta un 73 % de sobrevida en pacientes que ingresan con signos vitales a centros de trauma avanzados. La causa más común de traumatismo cardíaco abierto es la herida por arma blanca o de fuego. Nuestro servicio presenta un ingreso promedio anual de 620 pacientes, de los cuales el 2,49% son traumatismos de tórax y, dentro de estos, el 27% son trauma cardíacos penetrantes, en su mayoría secundarios a heridas por arma blanca.

**Objetivos:** Describir una serie de 24 casos de trauma cardíaco penetrante

**Material y métodos:** Recopilación de datos a partir de historias clínicas de pacientes ingresados entre el año 2005 y 2011.

**Desarrollo:** 92% fue producido por herida de arma blanca y el 8% por herida de arma de fuego.

La mortalidad global fue 21% (5 pacientes)

Todos los pacientes ingresaron en postquirúrgico, con un tiempo puerta quirofano no mayor a dos horas

Al ingreso al Hospital el 33%(8 pacientes) presento taponamiento cardíaco y 37.5%(9 pacientes) hemotorax

El 63%(15 pacientes) presentó inestabilidad hemodinámica con compensación dentro de las 24 horas.

El 34%(8 pacientes) ingreso en ARM, el 17 %(4 pacientes) permaneció en ARM por más de 72 horas

ECG: en el 30%(7 pacientes) se evidenciaron alteraciones eléctricas con supra ST.

Ecocardiogramas: en 80 %(19 pacientes) de los casos sin trastornos de la motilidad ni deterioro

Estadía promedio en UTI de 15 días

**Conclusión:** Se describen 24 casos de trauma cardíaco penetrante. Los datos obtenidos con respecto a mortalidad muestran una tendencia a menor mortalidad de este grupo con respecto a otros casos reportados. Se destaca el ingreso precoz al quirófano, la celeridad en los tiempos quirúrgicos y la baja tasa de complicaciones en UTI.

### 0177 TRATAMIENTO PREVIO CON $\beta$ -BLOQUEANTES Y MORTALIDAD EN PACIENTES INTERNADOS CON SEPSIS DE LA COMUNIDAD: ANÁLISIS DE 9465 PACIENTES.

A MACCHIA<sup>1,3</sup>, N PRINI<sup>1</sup>, M SANTOPINTO<sup>1</sup>, R COUCE<sup>1</sup>, M MOSQUEDA<sup>1</sup>, A SOSA<sup>1</sup>, M KLEINERT<sup>1</sup>, E SORIA<sup>1</sup>, B HUNTER<sup>1</sup>, J OSATNIK<sup>1</sup>, J MARIANI<sup>2</sup>, M ROMERO<sup>3</sup>, P COMIGNANI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Aleman, Argentina. <sup>2</sup> Hospital El Cruce. Florencio Varela, Argentina. <sup>3</sup> Consorzio Mario Negri, Italia.

**Objetivo:** La disfunción miocárdica inducida por un aumento de las catecolaminas circulantes en la sepsis contribuye a un aumento de la mortalidad. Actualmente, líneas de investigación básica y clínicas estudian el eventual efecto protector que pueden tener los bloqueantes de los receptores beta sobre la mortalidad en la sepsis. El objetivo de este estudio fue comparar la mortalidad a 28 días de una población internada por sepsis de la comunidad según recibieran o no previamente tratamiento crónico con agentes  $\beta$ -bloqueantes.

**Material y métodos:** Utilizando tres fuentes de datos que incluyeron, las bases de datos de prescripciones, las de evolución hospitalaria y las de mortalidad, se identificaron todos los pacientes de 40 años o más que fueron internados en terapia intensiva con diagnóstico de sepsis de la comunidad entre el 2003 al 2008 en 22 regiones de Italia (36 millones de personas en riesgo/año). La asociación entre la prescripción previa con  $\beta$ -bloqueantes y la mortalidad a 28 días fue estudiada con un modelo de regresión logística ajustada por edad, sexo y comorbilidad previa. Adicionalmente se realizaron dos análisis de sensibilidad (análisis de subgrupos y modelos apareados según score de propensión) a fin de explorar la consistencia de los datos. Todos los valores de p son a dos colas y se consideró significativo un valor de p<0.05.

**Resultados:** De los 9465 pacientes internados, 1061 (11.2%) recibían previamente  $\beta$ -bloqueantes y 8404 (88.8%) no estaban previamente tratados. Pese a que los pacientes que recibían tratamiento previo con  $\beta$ -bloqueantes tenían mayor edad, mayor comorbilidad previa y mayor disfunción orgánica, evolucionaron con menor mortalidad a 28 días: 188/1,061 (17.7%) contra 1,857/8,404 (22.1%); OR 0.78; IC 95%: 0.66-0.93; p=0.005 para el análisis no ajustado y OR 0.81; IC 95%: 0.68 -0.97; p=0.025, para el análisis ajustado, respectivamente. Los análisis de sensibilidad confirmaron los mismos resultados.

**Conclusión:** Usando una extensa base de datos, este estudio epidemiológico sugiere que la prescripción previa con  $\beta$ -bloqueantes podría conferir una ventaja en la evolución hospitalaria de pacientes internados en terapia intensiva con sepsis de la comunidad. Ensayos clínicos bien diseñados deberán responder formalmente a esta hipótesis.

### 0178 CALIDAD DE VIDA Y AUTOPERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD LUEGO DE TERAPIA INTENSIVA.

AV DAS NEVES<sup>1,3</sup>, DN VASQUEZ<sup>1,2,3</sup>, D INTILE<sup>2</sup>, J MOREIRA<sup>3</sup>, C LOUDET<sup>1</sup>, MG SÁENZ<sup>1</sup>, C MARCHENA<sup>1</sup>, C BALASINI<sup>1</sup>, AL GONZALEZ<sup>1</sup>, F CICORA<sup>3</sup>, R REINA<sup>1</sup>, E ESTENSSORO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIGA Gral. San Martín, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Anchorena, Capital Federal, Argentina, Argentina. <sup>3</sup> Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal (FINAER), La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina., Argentina.

**Introducción:** La Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) luego de la enfermedad crítica permanece por debajo de los valores de referencia para la población general, aún a largo plazo. Esta condición se denomina "Síndrome post Terapia Intensiva" (SPTI) y puede ser evaluada mediante herramientas como el EuroQol 5-d **Objetivos:** Evaluar CVRS a 1, 3, 6 y 1 año luego del alta de TI. La autopercepción del paciente de su estado de salud se evaluó por medio de Escala Visual Análoga EQ EVA (0 a 100 puntos) y la respuesta objetiva por medio de EQ-index (0 a 1)

**Métodos:** Cohorte prospectiva. Se enrolaron todos los sobrevivientes de TI que recibieron ventilación mecánica > 48 hs durante 17 meses. Los pacientes se entrevistaron 1,3, 6, y 12 meses luego de TI. Las variables categóricas se presentan como n(%), variables continuas como media  $\pm$  DS, y mediana (RIQ). Un valor de p<0,05 se consideró significativo.

**Resultados:** N=71 pacientes; edad:33[24-44], APACHEII:15 $\pm$ 6, sexo masculino: 51(67), sin comorbilidades: 43(57). Categorías diagnósticas: Trauma: 39/71(54), Médica:25/71(26), Cirugía Programada: 11/71(15), 8/71(11). Mortalidad 5(7), estadía en TI:21[11-42] días, estadía hospitalaria:45[31-78],Reingreso a TI: 6(8), reingreso hospital 18(24).

Evaluación de CVRS: Las dimensiones más afectadas en el EQ 5 -d son la realización de actividades cotidianas:1 mes: sin problemas:(SP) 11(22), problemas moderados a severos (PM+S):38(74), 3 meses SP:8(19), PM+S:34(81), 6 meses SP:13(42), PM+S:18(58), 1 año SP:6(54), PM+S:5(45); movilidad: 1 mes SP: 18(35), PM+S: 33(65), 3 meses: SP 20(48), PM+S:22(53), 6 meses SP:19(61), PM+S:12(39), 1 año: SP:8(72),PM+S:2(27) y dolor /discomfort: 1 mes SP:11(23), PM+S:39(81), 3 meses SP:13(32), PM+S:25(62), 6 meses SP:11(35), PM+S:23(55), 1 año SP:5(45), PM+S:6 (54).

Retorno al trabajo: El 9(58%), 14/39(36%) y 10/29(34%) y 7/11(60%) retornó al trabajo a 1,3,6 y 1 año del alta de TI.

**Conclusiones:** - Nuestra población está constituida por jóvenes que ingresaron a UTI por trauma, y sin comorbilidades.

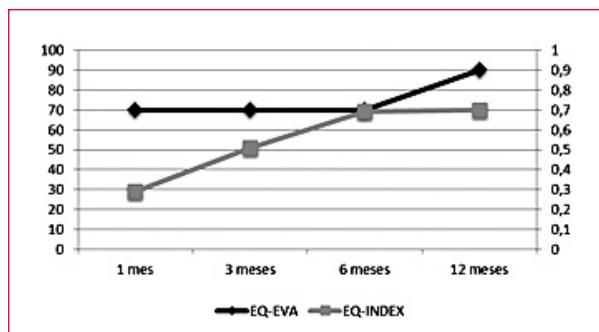
- Presentan estadías prolongadas en TI y hospitalaria.

- Se observan problemas moderados a severos en la realización de actividades cotidianas, movilidad y dolor/discomfort, aún 6 meses luego del alta.

- Existe diferencia en la autopercepción del estado de salud por EQ-EVA y la evaluación objetiva por EQ-Index. Los pacientes se sienten

mejor que lo evidenciado en la evaluación objetiva.  
 - El 35 % retorno al trabajo entre los 3 y 6 meses y el 60% al año.  
 - Se observa una sobrevida de 93%, pero con altas tasas de reingreso hospitalario.

EQ-EVA vs EQ-Index



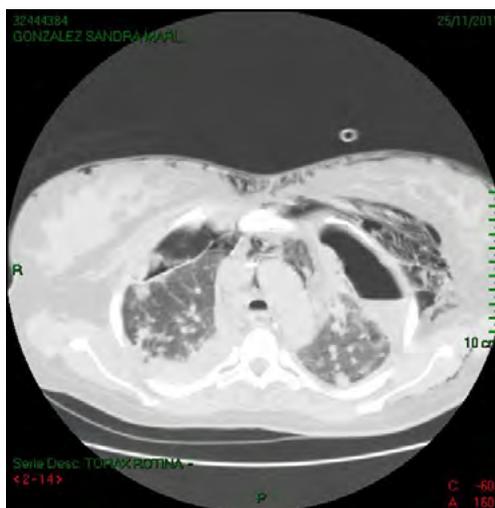
### 0180 NEUMONIA NECROTIZANTE POR CA-MRSA EN EL POSTOPERATORIO DE CESAREA

A RAMOS, P SANCHEZ, M CAVAGNARI, C LONGHI ROSSI, S SESELOVSKY, C LOVESIO, L LOVESIO  
 Sanatorio Parque, Argentina.

**Introducción:** Los aislados de *Staphylococcus aureus metilino resistentes (SAMR)* fueron descriptos pocos años luego de la introducción de la metilina en 1959. Desde entonces, su prevalencia fue en aumento en todo el mundo, particularmente en el ambiente hospitalario (HA-MRSA). Posteriormente a partir de 1990, aparecieron aislados originados en la comunidad (CAMRSA). Estos están asociados en más del 90% de los casos con la producción de varias exotoxinas, particularmente la leucocidina de Pantón Valentine (PVL), toxina del shock tóxico, toxina necrotizante.

**Caso clínico:** Paciente de 26 años ingresa por *amenaza de parto prematuro*. Se realiza *cesárea*. Dos días posteriores, sin síntomas previos, presenta fiebre y dolor abdominal difuso. Se realiza laparotomía exploradora donde se evidencia útero friable y severa anexitis. Se realiza *anexohisterectomía total*. Comenzó tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam y amikacina. Por persistencia del cuadro febril luego de las 48 horas de instituido el tratamiento se agrega vancomicina. Al cuarto día de internación se recibe el informe: *Staphylococcus aureus metilino resistente en 2/2 hemocultivos*, urocultivo y herida. En este momento se agrega trimetoprima - sulfametoxazol. En el curso de la primera semana de evolución la paciente presenta *neumonía bilateral necrotizante*. En tomografía axial computada de tórax multicorte se observa compromiso pulmonar bilateral con lesiones cavitadas, neumatoceles, neumotórax, derrame pleural e imágenes de condensación (Fig. 1) Se realiza ventana pleuropulmonar bilateral con tórax abierto y contenido, con sistema aspirativo continuo tipo VAC. Se logra desvinculación del respirador al 10° día. En este momento se inicia asistencia ventilatoria no invasiva (VNI) por dificultad respiratoria condicionada por el daño pulmonar severo con hipoxemia permanente y la incapacidad muscular motora generalizada consecuencia de la polineuropatía del paciente crítico.

El día 37, luego de evolucionar con mejoría clínica y tomográfica, presenta en forma súbita dolor precordial con bradicardia progresiva, sin evidencia de isquemia en el electrocardiograma, deterioro hemodinámico y *paro cardiorespiratorio*. Resucitación cardiopulmonar avanzada sin respuesta favorable. Como causa de muerte, se postula un eventual *neumomediastino a tensión*.



**Conclusion:** La infección por CA-MRSA deberá ser considerada hoy día en cirugía obstétrica.

El uso de antibióticos no betalactámicos deben ser considerados si el paciente no responde rápidamente a la terapia con los betalactámicos.

### 0181 EVALUACIÓN FUNCIONAL Y LIMITACIONES DE FUNCIONAMIENTO FÍSICO LUEGO DE TERAPIA INTENSIVA.

DN VASQUEZ<sup>1,2,3</sup>, AV DAS NEVES<sup>1,3</sup>, D INTILE<sup>2</sup>, J MOREIRA<sup>3</sup>, C LOUDET<sup>1</sup>, MG SÁENZ<sup>1</sup>, C MARCHENA<sup>1</sup>, C BALASINI<sup>1</sup>, AL GONZALEZ<sup>1</sup>, F CICORA<sup>3</sup>, R REINA<sup>1</sup>, E ESTENSSORO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> HIGA Gral. San Martín, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Anchorena, Capital Federal, Argentina, Argentina. <sup>3</sup> Fundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad RenFundación para la Investigación y Asistencia de la Enfermedad Renal (FINAER), La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina., Argentina.

**Introducción:** Muchos sobrevivientes de Terapia Intensiva presentan limitaciones en el funcionamiento físico, que a pesar de mejorar en el tiempo, persisten a largo plazo. El Test de Caminata de 6 minutos (TC6M) es un examen standarizado y objetivo para evaluar capacidad de ejercicio funcional, considerando en forma global la respuesta del sistema cardiopulmonar, circulatorio, neuromuscular, hematológico y metabolismo muscular. El resultado se expresa en metros recorridos y se calcula según ecuación el % predicho para sexo, edad y peso.

**Objetivos:** Describir las consecuencias físicas 1, 3, 6 y 12 meses luego de la internación en TI y evaluar distancia caminada en 6 minutos por medio del TC6M.

**Métodos:** Cohorte prospectiva. Se enrolaron todos los sobrevivientes de TI que recibieron ventilación mecánica > 48 hs durante 17 meses. Los pacientes se entrevistaron 1,3, 6, y 12 meses luego del alta de TI. Las variables categóricas se presentan como n(%), variables continuas como media ± DS, o mediana (RIQ). Un valor de p<0,05 se consideró significativo.

**Resultados:** Datos demográficos: Se evaluaron: 71 pacientes, edad: 33[ 24-44], sexo masculino: 51(67), APACHE II:15±6, sin comorbilidades:43(57). Categorías diagnósticas: Trauma: 39/71(54), Médica:25/71(26), Cirugía Programada: 11/71(15), 8/71(11).Estadía en TI:21[11-42], ventilación mecánica 16[9-33] días, estadía hospitalaria:45[31-78] días. Se evaluaron 56, 42, 31 y 11 pacientes a 1, 3, 6,y 12 meses.

**Secuelas físicas:** Debilidad: 1 mes: 33(60), 3 meses 23 (55),6 meses 16(52) y 12 meses 4(36,3); incapacidad total para sentarse/pararse: 1 mes 15(27), 3meses 6(14); 6 meses 5(16) y 12 meses 2(18); deambula sin ayuda: 1 mes: 24(43), 3 meses 23(55), 6 meses 20(64) y 12 meses

## ■ Resúmenes

7(64); con ayuda 1 mes: 13(23), 3 meses 12(27), 6 meses 5(15), 12 meses 2(18), no deambula 1 mes 19(34), 3 meses 8(19), 6 meses 6(19) y 12 meses 2(18); fatiga 1 mes 21(37), 3 meses 14(33), 6 meses 9(29) y 12 meses 7(67), foco motor: 1 mes 24(42), 3 meses 14(33,3), 6 meses 12(38,7) y 12 meses 3(27), bajo tratamiento kinésico 1 mes 24(42), 3 meses 14(33), 6 meses 12(39) y 12 meses 3(27,2).

Distancia recorrida en 6 minutos (metros), % valor predicho: 3 meses 467[420-552]v 68%, 6 meses 484[386-551], 73%; y 12 meses 492[480-520,] 74%.

**Conclusiones:** 1. La incidencia de secuelas físicas luego de TI es elevada y persiste en el tiempo. En nuestra población de pacientes jóvenes, el 34% no puede deambular o necesita algún soporte aún 6 meses luego del alta de TI.

2. La percepción de debilidad es mayor que la presencia de alguna limitación física.

3. En el Test de caminata de 6 minutos todos los pacientes rindieron menor que el valor predicho para sexo, edad y peso.

### 0182 LESION POR ENCLAVAMIENTO: REPORTE DE UN CASO

W COX, I CHOQUE, I PRIETO, N VILLAVICENCIO, J MORENO, R TORREZ, M VILLA, V AMAYA, M TORRES BODEN, G CUETO  
Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina.

**Introducción:** Entendemos por enclavamiento aquella herida penetrante causada por un objeto inciso-punzante de tamaño y aspecto variable que queda incorporado en el cuerpo del sujeto. Son infrecuentes y su pronóstico depende de la extensión del trauma provocado por el objeto, el tipo de lesiones asociadas, el tiempo transcurrido desde la producción del trauma y el tratamiento definitivo; la edad del paciente y sus condiciones físicas; el grado de contaminación y la calidad de atención en el momento del trauma. Las lesiones por enclavamiento tienen actualmente una tasa de supervivencia mejorada por las maniobras de resucitación avanzada, la intervención quirúrgica temprana y el uso precoz de antibióticos.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 40 años, que a las 06 hs AM, estando alcoholizado sufre caída de altura de 3 mts en una construcción, impactando en una barra metálica (BM). Es hallado a las 3 hs requiriendo extracción con fijación del objeto, finalizando el operativo de rescate a las 16 hs. Una hora después ingresa a la guardia del hospital con BM de aproximadamente 2 mts fijada con apósitos. Se observa el ingreso por cara posterior de muslo derecho hacia pelvis y zona dorsal toracolumbar sin orificio de salida siendo trasladado al quirófano. **TSR:** 12; **TSRe:** 7.84.

**Hallazgos intraoperatorios:** Por vía pelviana se realiza apertura de peritoneo. Se observa BM que se dirige en sentido superior-posterior-izquierdo, pasando entre la bifurcación aórtica (sin compromiso) y el nacimiento de la vena cava inferior (VCI). Diseca fascias de colon derecho y uréteres. Transcurre por detrás de los vasos, saliendo por la cara lateral izquierda de la Aorta, introduciéndose entre el psoas y la columna vertebral, terminando en partes blandas de región dorsolumbar izquierda. Se realiza rafia y reparación de VCI; se retira barra metálica y se explora el resto del abdomen sin otros hallazgos patológicos. Se cierra con bolsa de Bogotá/packing. **ISS:** 29 (Abd y cont pelv:5/Ext: 2). **TRISS:** 3% PS

Ingresa a UTI en ARM e inestable hemodinámicamente. Evolucionó con Shock séptico dentro las primeras 24hs, requiriendo múltiples laparotomías, hasta el cierre de pared abdominal a los 10 días. Intercurre con SDRA, SDMO (renal, hemodinámica, hematológica), retroperitonitis terciaria y bacteremia a Burkholderia cepacia y celulitis a SAMR, en bolsillo torácico. A los 13 días pasa a sala, donde se otorga el alta hospitalaria luego de 12 días.

**Conclusión:** 1) El adecuado manejo de la BM permitió que una lesión vascular fuera contenida hasta su resolución quirúrgica, evitando mayor daño fisiológico.

2) Las complicaciones infecciosas abdominales podrían estar vinculadas al retraso en el tratamiento.

3) A pesar de ser lesiones de alto impacto visual, un tratamiento pre e intrahospitalario oportuno y ajustado a las recomendaciones

de las guías existentes, mejoran la probabilidad de supervivencia del paciente.

### 0183 RESCATE CON MOLGRAMOSTIM DE FALLO DEL ENGRAFTMENT REFRACTARIO AL FILGRASTIM EN TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA EN EL CONTEXTO DE SEPSIS

G GARCIA, L EBEBEKE, M RAVAZZOLA, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Introducción:** El trasplante autólogo de médula ósea (TAMO) es una alternativa terapéutica en el mieloma múltiple, dada las complicaciones con el trasplante alogeneico. Habitualmente el engraftment ocurre entre la 2ª y 4ª semana post TAMO con recuperación de la función medular al año.

El Filgrastim (G-CSF) favorece la expansión de los precursores mieloides. No hay recomendaciones claras sobre el tratamiento de la falla del engraftment refractaria al G-CSF.

Se presenta un caso con rescate a través del uso combinado de G-CSF y Molgramostim (GM-CSF).

**Presentación del caso:** Mujer de 42 años, que recibió TAMO con la infusión de 5,4 x 10<sup>6</sup> células CD34 positivas con un volumen infundido de 540 ml. A las 24 hs presentaba Hto de 33%, un recuento leucocitario (RL) de 300/mm<sup>3</sup> y plaquetas de 50.000/mm<sup>3</sup>. Se inició G-CSF en dosis de 300 mcg/día.

Al 5º día, con RL de 100/mm<sup>3</sup>, presentó episodios de pirogenemia. Se inició tratamiento empírico con Cefepime y 11 días después se rotó a Piperacilina/Tazobactam y Vancomicina por la reaparición del cuadro. A los 15 días se rotó nuevamente a Levofloxacina e Imipenem, suspendiendo Vancomicina por nefrotoxicidad y cultivos negativos. Al persistir neutropenia y febril, se duplicó la dosis de G-CSF. Una TAC de tórax mostró imagen de neumonía en lóbulo superior izquierdo; se realizó FBC y BAL evolucionando con SDRA, shock y falla multiorgánica agregándose Anfotericina B Liposomal. Con RL menores a 400/mm<sup>3</sup> y requiriendo transfusiones cada 48 hs se interpretó su tricitopenia como falla primaria del engraftment asociada a probable inhibición medular por sepsis. Una PAMO el día 21 informó hipocelularidad mielo-eritroide con aislados megacariocitos. Se inició Metilprednisona 2 mg/kg/día. El día 26 post-TAMO continuaba en ARM por SDRA con consolidación de todo el pulmón izquierdo y cultivos negativos. Dada la presencia de precursores mieloides se asoció GM-CSF a razón de 600 mcg/día por vía endovenosa. Recibió la 1ª dosis con un RL de 400/mm<sup>3</sup> y continuó recibiendo una dosis diaria. Al día siguiente presentó un RL de 500/mm<sup>3</sup>; seguido de 900/mm<sup>3</sup>, 1400/mm<sup>3</sup> y 1800/mm<sup>3</sup> secuencialmente; saliendo del rango de neutropenia en 72 horas y suspendiéndose el GM-CSF (4 dosis, 36 días postTAMO). Se observó una mejoría progresiva de las fallas orgánicas, realizando una única sesión de hemodiálisis (20º día postTAMO) y extubándose el 37º día habiendo requerido 18 días de ARM. Luego de 21 días en UTI, pasó a sala general con un RL de 5500/mm<sup>3</sup>. Suspendió el G-CSF el día 37º.

**Discusión:** Se presenta una paciente con Mieloma con falla primaria del engraftment del TAMO refractario a G-CSF en el contexto de sepsis en quien fue posible su rescate a través de tratamiento combinado con GM-CSF, el cual, dada su acción en un paso previo de la diferenciación celular podría ser un fármaco útil a considerar en asociación con el G-CSF

### 0184 DOLOR PRECORDIAL Y ELEVACION DE TROPONINA I EN EL CONTEXTO DE ISQUEMIA MEDULAR AGUDA (IMA). ¿PRECORDIALGIA DE ORIGEN NO CORONARIO?

A PIRIZ<sup>1</sup>, L SCALISE<sup>2</sup>, F PAGANI<sup>1</sup>, H PALADINI<sup>1</sup>, E DURONTO<sup>1</sup>, F KLEIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Fernandez, Argentina.

**Introducción:** La IMA es más frecuente en el territorio espinal anterior y se caracteriza por debilidad, flaccidez, pérdida de la sensibilidad superficial bilateral y disautonomía por debajo del nivel lesional. La etiología incluye hipoperfusión, ateroembolia o trombosis. A pesar de no ser típico, puede presentarse con dolor mimetizando un SCA. Se plantea en este caso la posibilidad de que la IMA sea desencadenante de un SCA.

**Caso clínico:** Mujer hipertensa de 81 años, que consulta por dolor epigástrico, intensidad 3/10. Ingresó con TA 200/100 mmHg. El ECG mostró ritmo sinusal, BIRD, sin cambios isquémicos agudos. Una Troponina I inicial de 0.067 ng/ml fue seguida a las 6 hs. de un valor de 0.05 ng/ml. En anticipación de un eventual procedimiento endovascular, se indicó carga de Clopidogrel y Enoxaparina. Un Doppler Transesofágico no mostró áreas diskinéticas demostrando foramen oval permeable con aneurisma del septum interauricular sin trombos intracavitarios. A las 2 horas, con TA de 100/60 mmHg presentó paraplejía, pérdida de sensibilidad superficial con nivel D3 y ausencia de reflejos osteotendinosos. Se descarta aneurisma de aorta abdominal por EcoDoppler. Una RMN mostró señal lineal hiperintensa en T2 y STIR en el sector anterior de la médula entre D2 y D4 sin signos compresivos. Una Angiotomografía computada mostró ateromas fibrolipídicos en la Aorta descendente en tercio proximal y medio, placas fibrolipídicas y cálcicas tipo III en Aorta torácica descendente, tipo IV a nivel de la emergencia de la arteria Subclavia y placa fibrolipídico-cálcica Tipo V con componente móvil de 0.8 cm a 30 cm de la arcada dentaria. Se hace diagnóstico de IMA de probable origen embólico e inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 mg suspendiendo el Clopidogrel. No se realizó drenaje de LCR por el antecedente de la carga de Clopidogrel y Enoxaparina. Luego de 16 días fue transferida a un centro de rehabilitación con paresia leve en miembros inferiores y sin cambios en el déficit sensitivo.

**Discusión:** Si bien se han descrito en distintas alteraciones del SNC, no hay reportes de elevaciones de la Troponina I y/u otros biomarcadores en el contexto de IMA. En la IMA el déficit motor suele ser clínicamente dominante, acompañado por alteraciones variables de la sensibilidad superficial pero hasta el 80% de los pacientes presentan inicialmente dolor metamérico (que puede ser precordial o epigástrico para los segmentos D1 a D9) con solo sutiles manifestaciones motoras. La disautonomía secundaria a la IMA podría contribuir además al desarrollo de SCA o a miocardiocitolisis aislada, cuando en casos como éste las metámeras comprometidas pertenezcan a la inervación cardíaca. La elevación de la Troponina I en la IMA, en ausencia de necrosis miocárdica segmentaria podría explicarse por la miocardiocitolisis secundaria a disautonomía.

#### 0185 SÍNDROME TAKO-TSUBO EN PACIENTE CON STATUS EPILEPTICO CONVULSIVO (SEC)

HARIAS, Y ASÍS, L AGUIRRE, A PIRIZ, F SALMO, E DURONTO, F KLEIN

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Introducción:** El síndrome Tako-Tsubo es una miocardiopatía que imita a un síndrome coronario agudo (SCA) y se caracteriza por un trastorno de la contractilidad cardíaca transitorio y reversible, con balonamiento apical, arterias coronarias angiográficamente normales que suele asociarse con factores precipitantes de origen físico o emocional.

El nombre tiene su origen en la discinesia apical y medial con hiper-cinesia basal cuya imagen ecocardiográfica y angiográfica recuerda al recipiente utilizado por los pescadores japoneses para atrapar pulpos. Cursa con elevación de Troponina I (TnI) en un 100% y CPK en un 56 % de los casos

**Caso clínico:** Mujer de 43 años de edad con antecedentes de hemorragia subaracnoidea por aneurisma silviano derecho que requirió craniectomía descompresiva por edema maligno secundario a isquemia por vasospasmo severo con leve paresia braquio-cubital izquierda secuelar planificando la craneoplastia en forma diferida.

Reingresa ocho meses después por SEC. Al ingreso se encontraba en estado postictal, con Glasgow de 8/15, sin nuevo déficit neurológico focal, TA 130/70 mmHg, FC:80 L/min. Requirió intubación orotraqueal recibiendo tratamiento con Fenitoína. Se realizó TC cerebral que no mostró cambios respecto a la previa. Evoluciona con mejoría de la conciencia, extubándose a las 24hs del ingreso. A las 48hs de internación presenta angor típico, con un ECG con T negativas en la cara anetolateral, Tn I de 3,29 ng/ml (Vn < 0.028) y CK-MB de 38 U/l. El cuadro fue interpretado inicialmente como SCA sin elevación del ST iniciando ácido acetilsalicílico (AAS), NTG y betabloqueantes. Un Eco Doppler informó una fracción de eyección (Fey) de 30%, aquinesia de los segmentos medios y de la mitad proximal de los segmentos apicales, función ventricular derecha con deterioro leve. Una coronariografía por TAC multicorte de 64 pistas descartó enfermedad coronaria. Un nuevo Doppler cardíaco a los 7 días evidenció mejoría de la contractilidad de los segmentos afectados y Fey de 58%. La paciente revirtió los cambios en el ECG y negativizó las enzimas cardíacas. Fue dada de alta a los 8 días del ingreso en tratamiento con AAS, Bisoprolol y Atorvastatina.

**Discusión:** En la fisiopatología de este síndrome se implican teorías tales como el espasmo coronario y microvascular, la miocardiocitolisis mediada por catecolaminas o la posibilidad de un SCA de resolución espontánea en pacientes cuya arteria descendente anterior superaría la punta del corazón llegando hasta la cara diafragmática. Si bien existen numerosos reportes de casos de Tako-tsubo, son escasos los publicados en el contexto de SEC. El diagnóstico se basa en descartar otras condiciones y el tratamiento es el de sostén. El estado hiperadrenérgico y la severa disautonomía que acompañan al SEC podrían ser responsables del desarrollo de esta condición y contribuir a la morbi-mortalidad del status epiléptico

#### 0186 MIELINOLISIS PONTINA Y EXTRAPONTINA EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPATORRENAL

A FERRE, A PIRIZ, G GARCIA, Y ASIS, L AGUIRRE, G TUHAY, F KLEIN

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Introducción:** La Mielinolisis pontina central (MPC) es una complicación poco frecuente en el trasplante (Tx) hepático. El factor de riesgo más frecuentemente asociado es la variación rápida de la natremia (Na.) en la cirugía. Otros factores predisponentes son encefalopatía, desnutrición pre-trasplante, la duración de la cirugía y el uso de inhibidores de calcineurina.

**Caso clínico:** Varón de 18 años, con Tx hepático en el año 1997 por hepatitis fulminante por HAV. En lista de re Tx heparotrenal por pérdida del injerto por cirrosis biliar secundaria e insuficiencia renal crónica por uso de Tacrolimus. Ingresó a UTI por trauma encefalocraneano leve y encefalopatía G III. La Tomografía (TC) mostró una pequeña imagen hiperdensa en la convexidad de lóbulo frontal derecho. La resonancia magnética nuclear (RMN) demostró la misma imagen hipointensa en T2 y GRE e hiperintensa en T1. Se interpretó como hematoma subdural secuelar por lo que no se tomó conducta quirúrgica. Evolucionó a encefalopatía G IV y deterioro de la función hepática ingresando en lista de emergencia. Se realizó el Tx heparotrenal con donante cadavérico. En cirugía presentó una variación de la Na. de 16 meq/l en 14 hs (desde 132 a 148 mEq/l) bajando hasta 144 meq/l en los siguientes 4 días y manteniéndose luego en rango normal. Presentó un tiempo de isquemia fría de 7 hs y 26 min y de isquemia caliente de 52 min. Evolucionó con falla primaria del injerto hepático y retraso funcional del injerto renal reingresando en lista de emergencia. Al 5° día recibió el tercer Tx hepático con buena evolución y mejoría del injerto renal original. A las 48 horas presentó crisis parciales complejas recibiendo tratamiento con levitiracetam. Continuó con movimientos anormales orofaciolinguales y deterioro de la conciencia hasta el coma vigil. Una TC mostró hipodensidad del tronco encefálico a nivel protuberancial central. Una nueva RMN informó restricción de la difusión en topografía pontina, cápsulo-talámica y ambos antemuros, hiperintensos en el

## ■ Resúmenes

FLAIR y T2 e hipointensas en T1. Se interpretó como mielínolisis pontina y extrapontina. El paciente falleció por shock séptico de origen abdominal a los 64 días del primer Tx.

**Discusión:** La MPC se atribuye a cambios osmóticos neuronales que llevan a la separación del axón de la vaina de mielina y mielínolisis secundaria. Hay también apoptosis oligodendroglial debida al stress metabólico celular para prevenir la deshidratación y contracción osmótica. Algunos reportes sugieren el uso de plasmaféresis, gammaglobulinas, oxígeno hiperbárico o TRH aunque el tratamiento standard se limita a la corrección cuidadosa de la natremia, suspensión de drogas potencialmente tóxicas y tratamiento de sostén. La variante con afectación extrapontina como en este caso, es muy rara, presente en menos del 10% de de los reportes.

### 0187 ALIMENTACIÓN ENTERAL EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: COMPARACIÓN ENTRE LO ADMINISTRADO Y LO PRESCRIPTO

G SUTTON, V CORTEGGIANO, M ANTONINI, L PITA, G GONZALEZ, D CERASO  
hospital fernandez, Argentina.

**Introducción:** La prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Existe evidencia científica que la desnutrición hospitalaria produce un incremento en las tasas de morbimortalidad y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consecuente aumento de los costos sanitarios. Habitualmente se describen como causas de interrupción de la nutrición enteral (NE) a las relacionadas con la sonda de alimentación, síntomas gastrointestinales, descompensación hemodinámica o respiratoria y realización de procedimientos médicos; también se describen otras causas potencialmente evitables que ocasionan la suspensión de la NE. Esto conlleva a un aporte calórico inadecuado que contribuye al deterioro del estado nutricional del paciente crítico.

**Objetivos:** • Estimar el porcentaje de adecuación de las calorías prescritas versus administradas, en los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

• Estimar la distribución de frecuencias de las diferentes causas de interrupción de la NE.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo entre octubre de 2011 y abril de 2012. Se estudiaron pacientes internados en UTI que recibieron NE al menos durante cinco días consecutivos.

Se calcularon las calorías administradas por día y se compararon con la prescripción calórica. Asimismo, se consignaron las causas de interrupción de la NE.

**Resultados:** La muestra estudiada estuvo conformada por 80 pacientes con una edad media de 54 años; el 67,5% correspondió al sexo masculino y el 32,5% restante, al sexo femenino.

La administración de NE en UTI tuvo una adecuación promedio del 88,03%, encontrándose que el 90% de los pacientes internados recibieron más del 75% de las calorías prescritas (IC 95% 81,2-95,6 %).

Dentro de las causas de interrupción de la NE, la habilitación tardía de la sonda de alimentación representó el mayor porcentaje hallado (21,5% IC 95% 16,1-27,7%), seguido por el 17,22% (IC 95% 12,3-23,05%) y el 13,39% (IC 95% 9,07-18,7%) correspondiente a las causas relacionadas con la velocidad de administración y recambio de la sonda respectivamente. Otras causas halladas en orden decreciente, fueron complicaciones gastrointestinales, ayuno por procedimientos médicos e inestabilidad hemodinámica.

**Conclusiones:** Los resultados del presente estudio muestran una adecuada relación entre las calorías administradas y las prescritas. La diferencia entre lo administrado y lo indicado se debe en su mayoría a causas potencialmente evitables, las cuales son importantes de conocer a fin de minimizar sus consecuencias.

Es de relevancia el monitoreo permanente de la NE considerando que el déficit de aporte calórico-próteico contribuye al deterioro del estado nutricional del paciente crítico.

### 0188 LA AUSCULTACION DE LOS RUIDOS HIDROAEREOS (RHA) NO TIENE CONCORDANCIA CON LA PRESENCIA DE PERISTALTISMO INTESTINAL. ESTUDIO ECOGRAFICO, PROSPECTIVO, DOBLE CIEGO

L AGUIRRE, G TUHAY, P D'ANGELO, A FERRE, A PIRIZ, C BILDER, F KLEIN

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

La auscultación de los RHA determina frecuentemente decisiones tales como la extracción de las SNG o la iniciación o mantenimiento de la nutrición oral o enteral. No existen reportes que confirmen la sensibilidad o especificidad de este hallazgo semiológico.

**Objetivo:** Evaluar la concordancia entre los hallazgos auscultatorios y la determinación ecográfica de la presencia de peristaltismo intestinal.

**Material y Métodos:** Se incluyeron prospectivamente todos los pacientes (p.) internados en UTI desde el 01/03/2012 hasta alcanzar un número de 45 p. La auscultación abdominal se realizó por 2 operadores aleatorizados con un solo estetoscopio (3M Littmann Master Classic II) durante 3 minutos por cuadrante abdominal, clasificándose los hallazgos como positivos o negativos. La evaluación ecográfica se realizó por un solo ecografista con un ecógrafo marca Sonosite modelo Micromax Turbo con el mismo esquema de exploración y se clasificaron como positivos o negativos. Los datos fueron procesados a través del Med Calc. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y para el análisis de asociación entre aquellas de interés se realizó el cálculo del coeficiente Kappa de Cohen con un índice de confianza del 95%.

**Resultados:** El 79% fueron hombres, con una edad media de 59 ± 15.8 (26-87). El 70 % de los p. presentaban un IMC mayor a 25. El Apache II fue de 17 ± 7 (2-39). El 22% (10) se encontraba en ARM, con un 16% (7) bajo infusión de Noradrenalina. El 56% (25) recibían Fentanilo iv y el 11% (5) se encontraba bajo Midazolam iv. Un 24%(11) se clasificaron como postoperatorios de cirugía abdominal (PCA), un 36% (16) como cirugías no abdominales y un 40% (18) como no quirúrgicos. Los RHA fueron considerados positivos por los observadores en un 89 % y los movimientos evidenciados por ecografía fueron positivos en el 73%. Ninguna de las variables estudiadas permitió el cálculo de una asociación estadística.

Hubo 22% de falsos positivos y 40% de falsos negativos de RHA vs. Eco. Si bien la sensibilidad para el hallazgo de RHA positivos fue del 93%, la especificidad solamente alcanzó el 25%. No hubo diferencias significativas interobservadores. El índice Kappa de concordancia estadística hallado fue 0.23 (concordancia débil).

**Conclusión:** No existen en la literatura referencias a la sensibilidad y especificidad de los hallazgos semiológicos (RHA) en la determinación de la presencia o ausencia de movimientos intestinales propulsivos. En la población estudiada, la auscultación de los RHA no tuvo concordancia con el hallazgo ecográfico de fenómenos propulsivos intestinales. Probablemente se deba discutir su valor semiológico para la toma de decisiones clínicas tales como la permanencia de SNG o la oportunidad de la nutrición oral o enteral basadas en su solo hallazgo.

### 0190 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATETERES CENTRALES PRECOCES Y TARDIAS EN UTI

C FLORES, L RIVERA, E VALERO, G TUHAY, A PIRIZ, H ARIAS, M MARTINEZ NAVARRO, L EBEBEKE, G BOZOVICH, F KLEIN  
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Objetivo:** Describir una serie de infecciones asociadas a catéteres (IrC) en UTI y analizar las variables potencialmente asociadas a su precocidad.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal. Se estudiaron todos los pacientes(p) con IrC entre 1/01/ y 31/12/2011 desde los datos de las historias clínicas informatizadas. Se definió como infecciones precoces(IP) del catéter(C) las

documentadas hasta el 7° día de colocado y tardías (IT) las posteriores. Se estudió su relación con los datos demográficos, sitio de inserción, entrenamiento del operador, permanencia del C, gérmenes hallados, Score de APACHE II al ingreso, promedio de bombas de infusión continua (BIC) diarias, número de intervenciones diarias sobre el C, y mortalidad. Se utilizaron los tests de Pearson para X<sup>2</sup> para el análisis estadístico.

**Resultados:** Un 68% de accesos fueron yugulares internas, 28% subclavios y 4% femoral. El 71% fueron hombres de 67 ± 12 años (41-80). Un 84% (21) estaban en ARM y 44% (11) con shock previo al diagnóstico de IrC (dxIrC). La bacteriología incluyó SAMR (24%), Klebsiella Pneumoniae (KP 28%), Acinetobacter Baumannii (AB 16%) y Pseudomona Aeruginosa (PA 8%) con un caso para Serratia, Stenotrophomona, Enterococcus vancomicino resistente y C. Albicans. Un 36% (9) de las IrC fueron IP y 64% (16) IT. La media del Score Apache II al ingreso fue 18 ± 5 y 17 ± 5 al dxIrC. El TISS inicial fue 36 ± 10 y 35 ± 8 al dxIrC. La permanencia del C al dxIrC fue de 9 ± 3 días (4-18). La mortalidad global fue del 52% (13) con 38% para IP y 61% para IT sin diferencias en el hallazgo de gérmenes multiresistentes entre IP e IT (p 0.83). No hubo diferencias para IP vs IT para operadores de menor o mayor entrenamiento (p 0.17) ni en la media de BIC por p. La media de extracciones diarias fue 3.67 ± 1.4 (1.6-7.25) sin diferencias entre IP e IT para aquellos con más o menos de 3 extracciones diarias (p: 0.42). La media de bolos intravenosos diarios fue de 7.49 ± 3.3 (4-20) sin diferencias para IP e IT en aquellos con más o menos de 6 bolos diarios (p 0.57). Los accesos yugulares mostraron mayor tendencia a IP (55 vs 44%). En los p. con ARM fueron más frecuentes las IP que IT (66% vs. 33% p 0.07).

**Conclusiones:** Los gérmenes más frecuentes fueron SAMR, KP, AB y PA. La mayoría de los p. se encontraban en ARM, con 44% en shock. No hubo diferencias significativas entre las IP y las IT cuando se compararon grado de entrenamiento del operador, intervenciones sobre el C ni promedio del número de BIC diarias. Hubo una mayor frecuencia de IrC en los accesos yugulares vs. los subclavios. Los pacientes en ARM presentaron más frecuentes IP que IT. La mortalidad global del grupo en estudio fue de 52%, muy superior a la predicha para el mismo Apache II (29.1 %) y a la observada en el servicio para ese mismo score (17.64%).

#### 0191 EVALUACION DE LA ADHERENCIA A LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE ANALGO-SEDACION EN UNA SALA DE TERAPIA INTENSIVA

G CACERES, R TORREZ, JR RODRIGUEZ, E ADAMOLI, F TORRES, M TORRES, G CUETO  
Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina.

**Introducción:** La analgo-sedación representa uno de los tratamientos más frecuentemente instituidos en UTI. Existen numerosos fármacos y combinaciones disponibles con marcada variabilidad en su uso. Para homogenizar las prácticas y lograr la reducción de los efectos adversos y polimedición, se recomienda la implementación de guías. Los protocolos de analgo sedación se basan en la evidencia disponible, el ajuste a la población a tratar y a las opciones disponibles. Su utilización implica abandonar el paradigma propio para dar lugar a un trabajo más ordenado y homogéneo, donde el factor humano puede ser causa única y suficiente de falla del mismo.

**Objetivo:** Evaluar la adherencia de los médicos ante la implementación de un protocolo de analgo-sedación (PA-S) en una UTI.

**Materiales y métodos:** La adherencia fue evaluada por medio de 1) Encuesta anónima al personal médico respecto de sus prácticas al abordar la analgo-sedación en UTI en un período previo y luego de 1 año de implementado del PA-S, valorando los cambios. 2) Registro de las indicaciones médicas en forma aleatoria, en ambos períodos. 3) Análisis de los consumos en la farmacia de UTI, en los mismos períodos.

**Resultados:** Se entregaron 22 encuestas, de las cuales fueron analizadas 14. El 100% de los encuestados consideró útil el PA-S. La utilización de escalas de sedación y analgesia aumentó 64%. La va-

riación de la sedación diaria aumentó un 10%. Mostró un aumento de la utilización de midazolam y remifentanilo, apareció el propofol como opción sedante y disminuyó el uso de lorazepam. Se incorporó morfina y tramadol como analgésicos para pacientes (P) no ventilados, y el uso de dextropropoxifeno ha disminuido un 33%. En los P ventilados, los cambios fueron menores.

En consumos de farmacia, se detectó por dosis diaria por paciente disminución del uso de dextropropoxifeno (88%), fentanilo (6%), remifentanilo (9%) y ketorolac (6%). Se observó en P sin ARM aumento morfina (60%), tramadol (39.5%) y lorazepam (113%) incorporados en nuevos esquemas por el PA-S y también de incremento en consumo de atracurio (84%), propofol (27%) y midazolam (17%) en P con ARM.

En registro en sala, 75% de los P sedados se encuentran dentro del PA-S, siendo la relación de P fuera de protocolo/P en protocolo de 1:4. Respecto a los analgésicos, la relación es de 1/1 P analgésico según el protocolo /P analgésico fuera del mismo, al igual que P con AINES y antipsicóticos.

**Conclusiones:** 1) A pesar de manifestar la totalidad de los encuestados la percepción del beneficio brindado por una guía, la adherencia a la implementación del PA-S fue irregular.

2) En la valoración objetiva a partir de consumos de farmacia y registros de indicaciones médicas se observaron aumentos y reducciones del uso de drogas acordes a las recomendaciones propuestas, con mejor compliance en la sedación.

3) Existe una clara discrepancia la evidencia médica y la práctica diaria. Para aumentar la adherencia se enfatizarán métodos de difusión, además del ajuste permanente de las pautas propuestas en el PA-S y su seguimiento continuo.

#### 0192 VENTILACION NO INVASIVA (VNI) EN EL OBESO

JP SANCHEZ, JL MARENGO, M MARENGO, J CENTORBI, C PELLEGRINI, D RAGIO, JM PINA, A CHENA  
Hospital L. Lagomaggiore de Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La VNI ha probado ser una alternativa eficaz en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda en grupos seleccionados de pacientes. Uno de estos grupos es la obesidad, la cual se encuentra en franco aumento al punto de constituir en nuestros días un creciente problema de salud pública, motivado tanto por el elevado número de sujetos que la presentan como por la comorbilidad que la acompaña.

**Objetivo:** Evaluar los resultados de la utilización de VNI en nuestra UTI en pacientes obesos.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo observacional. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a VNI en nuestro servicio, registrándose, 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 las dos horas de VNI, interfaces utilizada, complicaciones, éxito o fracaso del procedimiento y evolución, (sobreviviente/fallecido). Se dividió a la población en dos grupos, pacientes obesos y el resto de los pacientes ventilados en forma no invasiva para su comparación.

Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresan como medias y desvíos estándar (DS) y para su análisis se utilizó U de Mann Whitney. Las cualitativas se expresan como porcentajes o proporciones y se analizaron mediante Chi cuadrado. Se consideró significación estadística p ≤ 0,05.

**Resultados:** Fueron estudiados 34 pacientes, con un promedio de edad de 49,03 ± 20,09 años; el 52,9% (18) pertenecían al sexo femenino. Estadia promedio de 5,26 días; Apache promedio de 17 (ds 4,8); Motivo de VNI . EPOC 23%, ASMA 18%, EAP 20%, HVO 9%, SDRA 3%, Ins. Respiratoria no especificada 18%, NAC 3% Contusión Pulmonar. Las comorbilidades presentadas fueron. Encontrándose el diagnóstico de EAP en mayor proporción en pacientes obesos (44,4% vs 12%).

Las comorbilidades fueron EPOC 13, Diabetes M. 9, Asma 7, HTA 7, Ins Cardíaca 3, Ins cardíaca/ HTA.

Al comparar las dos poblaciones se observó un mayor porcentaje de HTA (44,4% en obesos vs 12%) y diabetes (66,6% en obesos vs 12%). Como puede observarse no existieron prácticamente diferencias significativas entre ambos grupos en las características analizadas. El porcentaje de fracasos fue de 11,1% (1 paciente) vs 20% al comparar obesos vs el resto;  $p = NS$ .

**Conclusiones:** La VNI se muestra como una herramienta útil en el manejo del grupo de pacientes obesos con insuficiencia respiratoria ingresados a UTI, con un porcentaje menor aunque no significativo de fracasos en nuestra casuística.

### 0193 ISQUEMIA MESENTÉRICA NO OCLUSIVA SECUNDARIA AL ABUSO DE COCAÍNA EN EL ADULTO JOVEN

MM PANIAGUA, ML ROMERO, S MARE, PE PARDO, G TACHDJIAN, SE NOYA  
Sanatorio Julio Méndez, Argentina.

**Introducción:** La isquemia mesentérica no oclusiva es una causa poco frecuente de colitis isquémica, en particular en el adulto joven sin antecedentes clínicos previos de relevancia, asociada a drogas de abuso.

**Presentación:** Masculino, 43 años con antecedentes de HTA medicado con enalapril, dispepsia en estudio, enolista y consumo de cocaína. Presenta dolor abdominal difuso de 4 días de evolución, consultando a distintos servicios de emergencias recibiendo tratamiento sintomático. Por persistencia y progresión de síntomas, consulta a Servicio de Guardia de nuestro hospital donde se evidencia abdomen con reacción peritoneal, insuficiencia ventilatoria, perfusión periférica alterada e hipotensión severa. Se evidencia en Radiografía de abdomen: asas distendidas, abundantes niveles hidroaéreos y signo de reboque. Presenta además insuficiencia renal aguda con urea: 226 mg/dl, Cr: 7,42 mg/dl. Se evidencia presión intraabdominal (PIA) de 30 mmHg, siendo trasladado rápidamente a quirófano donde se realizó operación de Hartmann por proceso inflamatorio en región de rectosigma. En el postoperatorio el paciente evolucionó inestable, con altos requerimientos de drogas vasopresoras y hemodiálisis por acidosis refractaria y anuria. Presentó necrosis de colostomía, con PIA elevada. Reexploración quirúrgica, lavado peritoneal por peritonitis de cuatro cuadrantes, sin evidencia macroscópica de necrosis intestinal, con abdomen abierto y contenido. Continúa inestable, refractario al tratamiento médico y persistencia de necrosis en colostomía, requiriendo nueva intervención y realizándose colectomía izquierda por necrosis intestinal de colon descendente. Evolucionó con refractariedad al tratamiento médico quirúrgico finalizando en el deceso del paciente. Informe de anatomía patológica: colon izquierdo con signos de colitis isquémica aguda, trombosis fibrinoide y arteriolesclerosis de vasos de mucosa y submucosa con márgenes comprometidos por la lesión.

**Conclusión:** La colitis isquémica por cocaína inicialmente es oligosintomática presentándose con dolor abdominal y diarrea, indistinguible de un cuadro de gastroenterocolitis aguda. El diagnóstico se realiza a través de métodos por imágenes observándose en la TAC la mucosa colónica engrosada en estadios tempranos, en particular en zonas vulnerables a estados de bajo flujo. El tratamiento es de sostén, requiriendo en algunos casos terapia endovascular con papaverina en regiones en las que se evidencia vasoconstricción arterial y eventualmente resección de los segmentos afectados. La pericia diagnóstica es importante al presentarse pacientes con las características citadas, ya que la evolución clínica y la sobrevida están directamente relacionadas al reconocimiento temprano de la etiología de dicha colitis isquémica.

### 0194 PERFORACIÓN GÁSTRICA POSTERIOR A MANIOBRA DE HEIMLICH Y RCP

S BELTRAMINO, G BADARIOTI, JP SUAREZ, J GOMEZ, G KIRSZNER, S LAMOT, B DE DIEGO  
Sanatorio Mater Dei, Argentina.

**Introducción:** La reanimación cardiopulmonar (RCP) y la maniobra de Heimlich constituyen la única esperanza de supervivencia ante un paro cardíaco y la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño respectivamente. Obviamente el riesgo de complicaciones no supera el beneficio potencial de dichas maniobras.

Las complicaciones más comunes de la RCP y la maniobra de Heimlich son las fracturas costales.

Presentamos un caso de perforación gástrica en un paciente víctima de asfixia posterior a la maniobra de Heimlich y RCP.

**Caso clínico:** Varón de 64 años de edad, hipertenso, con deterioro cognitivo y antecedente de ACV. Presentó asfixia durante la ingestión de alimentos. El cuidador realizó la maniobra de Heimlich. La misma se repitió hasta la eliminación del bolo alimenticio, realizando luego RCP hasta la restitución ad-integrum del paciente. Posteriormente fue trasladado al sanatorio donde se presentó vigil, normotenso con abdomen distendido, blando e indoloro. En TAC de abdomen presentó neumoperitoneo. Se realizó laparoscopia de urgencia donde se evidenció laceración de 7 cm en la curvatura menor del estómago. Se realizó gastrorrafia, evolucionando favorablemente.

**Discusión:** La ruptura del estómago es la complicación grave más común de la maniobra de Heimlich. Aún así, sólo siete casos han sido reportados en la literatura. Estos tienen en común que se trata de pacientes mayores de 65 años, con pérdida de conciencia, maniobra de Heimlich reiterada y ruptura gástrica localizada en la curvatura menor.

Está demostrado que se requiere una presión de 120 mmHg para causar la ruptura del estómago. Sin embargo el promedio de la presión medida en la boca en una correcta maniobra de Heimlich es sólo de 31 mmHg. Por esto se cree que la mayoría de las rupturas gástricas reportadas fueron el resultado de una incorrecta realización de la maniobra de Heimlich.

La curvatura menor del estómago es más probable que se rompa debido al menor número de pliegues y a la fijación por el ligamento hepatogástrico. Además la unión gastro-esofágica puede funcionar como un mecanismo valvulado de obstrucción cuando el estómago se dilata.

Con respecto a la relación de RCP y el neumoperitoneo existen 67 casos reportados en la literatura. De estos pacientes a tres se le realizó respiración boca a boca. En 14 casos se realizó ventilación con bolsa y mascarilla. En un caso se usó máscara laríngea y en 11 pacientes se colocó el tubo endotraqueal erróneamente en el esófago. En 4 de los casos, la maniobra de Heimlich se llevó a cabo. Todos los casos de perforación gástrica relacionada con la RCP sucedieron en la curvatura menor del estómago.

**Conclusión:** Si bien la perforación gástrica es una complicación infrecuente de la maniobra de Heimlich y la RCP, este cuadro debe ser considerado en los pacientes reanimados para poder realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

### 0195 NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN SEGÚN LA ADECUACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO INICIAL

MA IZZICUPO, G DÍAZ, R PARODI, M LAGRUTTA, L CARDONNET  
Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

**Introducción:** En la neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) el tratamiento antibiótico inicial (TAI) debe ser empírico, temprano y dirigido contra los patógenos prevalentes.

**Objetivos:** Describir la incidencia de NAV. Analizar diferencias entre NAV de comienzo precoz y tardío. Describir la evolución, determinar si el TAI fue adecuado y analizar la relación entre evolución y adecuación del TAI empírico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se revisaron los casos de NAV atendidos entre el 01/01/2006 y el 31/12/2008. Se consideró NAV cuando, después de 48 horas

de ventilación mecánica (VM), el caso cumplía los criterios clínicos y bacteriológicos definidos por la American Thoracic Society. Se calificó tardía a la NAV diagnosticada después de 96 horas de VM. Se definió acertado al TAI efectivo de acuerdo a la sensibilidad "in vitro" del agente causal involucrado; TAI temprano al iniciado dentro de las 24 horas de la sospecha diagnóstica; TAI adecuado cuando éste fue acertado, temprano e indicado en dosis e intervalos correctos para cada paciente (p). Las comparaciones se analizaron utilizando la prueba de la t de Student, la prueba de Chi cuadrado o el test de Fisher según correspondiere. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ . El análisis multivariado se realizó con una prueba de regresión logística binaria.

**Resultados:** Hubo 2433 ingresos a UTI; 1272 p (47,1%) recibieron VM; 76 p tuvieron NAV con confirmación bacteriológica. Se estableció una densidad de incidencia de 12,2 casos de NAV por cada 1000 días de VM.

Cincuenta p desarrollaron NAV de comienzo tardío. Estos tuvieron mayor incidencia de enfermedad respiratoria como causa de inicio de la VM (22% vs 4%;  $p = 0,049$ ), mayor duración de la VM (23,1 ± 14,5 vs 15,2 ± 8,5 días;  $p = 0,004$ ) y mayor frecuencia de antibioticoterapia previa al diagnóstico (86% vs 50%;  $p = 0,002$ ) que los p con NAV de comienzo precoz. No hubo diferencia en los gérmenes aislados.

Los gérmenes más frecuentes fueron *Acinetobacter baumannii* (ABA) y *Pseudomona aeruginosa* (PAE). La duración de la VM fue 20,4 ± 13,2 días. La mortalidad en UTI fue 51,3% (39 p) y la mortalidad hospitalaria de 56,6% (43 p); 12 p fallecieron con la NAV en resolución. El TAI fue acertado en 46 p (60,5%), temprano en 45 p (59,2%) y adecuado en 28 p (36,8%).

ABA se relacionó con TAI no acertado e inadecuado ( $p < 0,001$ ). La duración de la VM fue menor en los p que recibieron TAI adecuado (16,9 vs. 22,4 días;  $p = 0,044$ ). El TAI no acertado se asoció a un mayor riesgo de muerte en UTI (OR 4,7; IC 1,1-19,6).

**Conclusión:** Los p que recibieron TAI con acción sobre gérmenes multirresistentes incluyendo ABA y PAE, independientemente de los días de VM previos al diagnóstico de NAV, tuvieron mejor evolución.

#### 0198 SIGNIFICADO DE LA OLIGURIA POSTOPERATORIA: RESULTADOS DE UN PROTOCOLO PARA SU MANEJO.

R GIANNONI<sup>1,2</sup>, PN RUBATTO<sup>1</sup>, FD MASEVICIUS<sup>1</sup>, AM RISSO VAZQUEZ<sup>1</sup>, NC NAVARRO<sup>1</sup>, L PREVIOLIANO<sup>1</sup>, ML CAMPASSI<sup>1</sup>, C GONZALEZ<sup>1</sup>, M BENITES<sup>1</sup>, A DUBIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sanatorio Otamendi Miroli, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Sagrado Corazón, Argentina.

**Objetivos:** La oliguria es una situación observada en el postoperatorio (POP) y es atribuida a hipovolemia o hipoperfusión tisular. Los objetivos de nuestro estudio fueron detectar la presencia de oliguria en el POP, caracterizarla de acuerdo a su respuesta a un protocolo terapéutico dirigido a optimizar metas de resucitación e investigar sus implicancias pronósticas.

**Material y método:** Se estudió durante las primeras 24 hs. del POP todos los pacientes que ingresados a UTI entre 01/2011 al 04/2012. Oliguria fue definida como diuresis  $< 0,5$  ml/kg/h y aquéllos que persistían oligúricos fueron expandidos con fluidos. Si con 30 ml/kg de cristaloides no revertían la oliguria, se implementaba un protocolo de optimización dirigido a normalizar las presiones arterial media y venosa central, la saturación venosa central de O<sub>2</sub>, la diferencia venoarterial de CO<sub>2</sub>, el lactato, la Hb, la variación ventilatoria de la presión del pulso y la presión de perfusión abdominal. Los pacientes fueron agrupados en: grupo 1 (sin oliguria), grupo 2 (oliguria que revirtió con la expansión inicial) y grupo 3 (oliguria requirió protocolo de optimización). La creatinina sérica (Cr) fue registrada al ingreso y a las 48 hs y se considero injuria renal aguda (IRA) al aumento de la Cr  $\geq 0,3$  mg/dl durante las primeras 48 hs ( $\Delta$  Cr 48hs). Se registraron datos epidemiológicos, balance y clearance de creatinina durante las 1<sup>o</sup> 24hs. Se excluyeron pacientes con insuficiencia renal previa (Cr  $\geq 1,4$ mg/dl), IC, uso de diuréticos.

**Resultados:** Fueron incluidos 309 pacientes. Presentaron oliguria 126 pacientes (41%).

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
n (%)	183 (59%)	75 (24%)	51 (17%)
APACHE II	8.5±4.5	8.6±3.8	14±6 <sup>®</sup>
SOFA	1.5±1.7	1.5±1.2	3±2.4 <sup>®</sup>
Estadía UTI (días)	2.4±1.4	2±1	3.8±2.9 <sup>®</sup>
Estadía Hospitalaria (días)	8.9±7.3	10±8	13±9 <sup>x</sup>
Láctico (mmol/l)	1.7±0.8	2±2.3	2.6±1.7 <sup>x</sup>
$\Delta$ Cr 48hs	0.04±0.3	0.01±0.24	0.11±0.42
Ingresos (ml)	3072±1002	3701±1062	5265±2052 <sup>®</sup>
Diuresis (ml)	2012±998	1875±1128	1784±886

<sup>x</sup>  $p < 0,05$  Vs grupo 1

<sup>®</sup>  $p < 0,05$  Vs otros grupos

Si bien, no hubo diferencias en la variación del  $\Delta$  Cr 48 hs. el grupo 3 evidenció un mayor riesgo de presentar IRA con respecto al grupo 1 (RR: 2.06, IC: 1.14-3.73,  $p = 0.029$ ).

Solo 3 pacientes del Grupo 3, persistieron oligúricos a pesar de alcanzar metas de resucitación.

**Conclusion:** La oliguria es frecuente en el POP y esta asociada a una reanimación insuficiente. Su presencia se relaciona con la gravedad al ingreso y el riesgo para el desarrollo de IRA.

#### 0200 EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE HEPÁTICO. POSIBLE CONTRIBUCIÓN DEL SÍNDROME DE TAKO TSUBO

J KLEIN, M MARTINEZ NAVARRO, G GARCIA, F SALMO, E DURONTO

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Introducción:** El edema agudo de pulmón (EAP) no es infrecuente (3.4-7%) en el postoperatorio (POP) del trasplante hepático (TxH). El Sme. de Tako Tsubo, o disquinesia apical transitoria, es una miocardiopatía reversible inducida por stress. Descripto inicialmente en Japón en 1990, se caracteriza por disfunción apical transitoria del ventrículo izquierdo (VI) y disfunción mesosistólica con hiperquinesia basal en ausencia de lesiones coronarias o miocardiopatía, resultando una imagen ecocardiográfica similar a la vasija japonesa redondeada y de cuello angosto utilizada para pescar pulpos.

**Caso Clínico:** Mujer de 35 años en lista de TxH por cirrosis biliar primaria. Un Ecocardiograma Doppler (ECOD) preTx mostró fracción de eyección (Fey) de 82% y diámetros ventriculares normales sin disfunción sistólica. Se estimó una Presión Sistólica del Ventrículo Derecho (PSVD) de 32 mmHg. El contraste con infusión salina reveló burbujas en cámaras izquierdas luego del 4<sup>o</sup> latido, compatible con shunts intrapulmonares. El stress con Dobutamina fue negativo. Durante el TxH no se describieron complicaciones. La reperfundación requirió altas dosis de noradrenalina (NA), con acidosis metabólica hasta pico de lactato de 21 mg/dl. Se mantuvo en ritmo sinusal. Fue necesaria NA hasta 1,8 mcg/kg/min para mantener la TA y se redujo hasta suspenderse el 3<sup>o</sup> POP. Requirió 28 hs de ARM. El 2<sup>o</sup> POP presentó EAP, requiriendo ARM. Un ECOD reveló diámetros y espesores auriculares y ventriculares normales, aqinesia anterior, septal, inferior e inferolateral medioapical, con hiperquinesia de todos los segmentos basales y disfunción diastólica restrictiva compatible con Sme. de Tako Tsubo con disfunción VI severa (Fey 33%), con insuficiencia mitral (IM) y tricuspídea (IT) leve. Presentó Troponina I de 1952 ng/ml (VN  $< 0,2$ ng/ml) y BNP de 4302 pg/ml. El ECG mostró ondas T invertidas anteroseptales. Recibió Dobutamina que suspendió luego de recibir Levosimendan al 8<sup>o</sup> POP. Estable y sin signos de falla cardíaca u otras complicaciones se transfirió a sala general el 9<sup>o</sup> POP. Con normalización del ECG y al 12<sup>o</sup> POP, un ECOD mostró cavidades de diámetros y espesores parietales normales, leve hipoquinesia lateral y anteroapical sin disfunción sistólica con Fey de 57% y una PSVD de 44 mmHg.

**Discusión:** El EAP postTxH es una situación de alta mortalidad (45%) donde la pérdida de la vasodilatación preTxH, la necesidad del uso de altas dosis de vasopresores y el desarrollo de hipertensión pulmonar pueden enmascarar una miocardiopatía crónica latente o producir falla cardíaca aguda. El patrón del ECOD consistente con Sme de Tako Tsubo en este caso agrega una posible etiología poco descrita donde a la hipoperfusión miocárdica, la injuria miocardiocítica, la disfunción metabólica inducida por stress y el atontamiento miocárdico por catecolaminas propuestos habitualmente se agrega el aumento de la postcarga típico del POP del TxH.

### 0201 ENDOCARDITIS + ANEURISMA MICOTICO POR ROTHIA DENTOCARIOSA. REPORTE DE UN CASO CLINICO.

CJ QUINTERO HOYOS, C FREIBERGER, L STEFANINI, F GOLDENBERG, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Rothia Dentocariosa es un microorganismo pleomórfico, gram positivo, que normalmente se aloja en la cavidad oral de los humanos, 40% se presentan en formaciones de placas supragingivales. Se ha podido aislar de procesos infecciosos como abscesos de tórax, cerebrales, garganta, y en sangre en pacientes con septicemia, tanto en inmunocomprometidos e inmunocompetentes.

Hasta el momento existen pocos casos publicados (35 casos hasta 2011). A continuación se describe el caso de un paciente con endocarditis en válvula aórtica acompañada de aneurisma micótico secundario a infección por Rothia Dentocariosa.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes previos, derivado de otro centro de salud refiriendo registros febriles de 1 mes de evolución. El paciente menciona como único antecedente episodio de conjuntivitis y gastroenteritis 2 meses atrás, realizando tratamiento antibiótico completo con ciprofloxacina.

Previo al ingreso a esta institución, se realizaron estudios complementarios, remarcándose dentro de ellos el Ecocardiograma Transesofágico que presentaba Válvula Aórtica bicúspide con estenosis leve, e insuficiencia aórtica moderada/severa. Asociado a esto se realizaron Hemocultivos, cuyo resultado fue 5/6 (+) para Corynebacterium. Se decide iniciar tratamiento antibiótico con Ampicilina + Gentamicina ajustado a rescates bacteriológicos. Ante la persistencia del cuadro febril, se decide derivación.

Durante internación en esta institución, se reciben resultado definitivos de hemocultivos, aislandose C. Matruchetto y C. Dorum, sensible a penicilina y vancomicina, iniciándose tratamiento con este último. Se decide completar tratamiento antibiótico durante 40 días otorgando su externación para posterior programación de cirugía valvular.

Durante su traslado a domicilio presenta episodios de convulsiones parciales simples, en hemicuerpo izquierdo, por lo que es reingresado a Terapia Intensiva. Se realiza a TC de cerebro donde se evidencia lesión compatible con HSA frontal derecha. Posteriormente se efectúa Angiografía digital en donde se observa pequeño aneurisma micótico localizado en nivel distal de la arteria callosa marginal derecha.

Se decide intervención neuroquirúrgica, realizándose clipado del mismo con colocación de miniclip. Evolución favorable sin intercurencias; a los 40 días de antibioticoterapia se recibe informe del Malbran: Fenotipo: Rothia dentocariosa. Se rota ATB a Ampicilina, Gentamicina, cumple 6 semanas de tratamiento, y se decide en este momento recambio Valvular Aórtico mecánico y bentall de bono por tener raíz Aórtica dilatada; posoperatorio sin complicaciones, se otorga alta de Unidad Coronaria.

**Conclusión:** La infección por Rothia Dentocariosa no es agente habitual, así como tampoco lo son las manifestaciones clínicas que se observaron en este paciente. Cabe aclarar que el rescate bacteriológico en los cultivos orientó a pensar en las posibles complicaciones que presentan las infecciones por dicho germen.

### 0202 MORTALIDAD DEL SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) GRAVE, FACTORES ASOCIADOS Y MORTALIDAD A 6 MESES

L LOPEZ SAUBIDET, P MASKIN, I BONELLI, S ATTIE, M SETTEN, P RODRIGUEZ, R VALENTINI  
Instituto Universitario CEMIC, Argentina.

**Introducción:** se discute si la mortalidad del SDRA disminuyó con la implementación de la ventilación mecánica (VM) protectora y el impacto en mortalidad a más largo plazo, luego del egreso hospitalario.

**Objetivo:** describir la mortalidad hospitalaria y a 6 meses de los pacientes (pt) con SDRA grave, la tasa de uso de rescates especiales. Material y Métodos: durante el período 1/6/2008 a 1/8/2011 se incluyeron pt con SDRA (definición AECC 1994) y gravedad definida por PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 200 mmHg con PEEP ≥ 10 cmH<sub>2</sub>O y FiO<sub>2</sub> > 0.5 luego de 12 hs de VM y dentro de las 72 hs. Se aplicó el protocolo de VM del Servicio: Vt 4-8 ml/kg peso predictivo, PEEP según ensayo Express, y sucesivamente si PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < a 200 mmHg, maniobra de reclutamiento hasta 50 cmH<sub>2</sub>O y PEEP según presión transpulmonar. Si PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 100 mmHg, decúbito prono y/o óxido nítrico. Datos consignados: demográficos, etiología del SDRA, Apache II, intercambio gaseoso, mecánica ventilatoria y SOFA a los días 1, 3, 7 y 10 de VM. Como comorbilidades sólo se consideró al cáncer estadio III/IV y la inmunodepresión. Evaluación: mortalidad hospitalaria, a 3 y 6 meses.

**Resultados:** se incluyeron 103 pt; exclusión de 5 por ausencia de datos. De los 98 evaluados, en 9, no hubo datos luego del egreso. Edad: 63 (47-72) años; 57% varones; comorbilidades 38 pts (39%); con cáncer (24 pts), trasplante renal (5 pt), leucemia/transplante médula ósea (4pt) y otra inmunodepresión (5 pt). Etiología primaria (46%) y extrapulmonar (54%); Tuvieron shock séptico 53%. Se usó VM prona en 25 pts Uso de rescates especiales: óxido nítrico en 12 y ECMO en 1 (13% toatal)

	Datos generales (*)	Vivos (*) (n=61)	Muertos (*) (n=37)	valor de p
Apache II (mediana. IQR 25-75)	21 (17-26)	20 (16-26)	23 (19-27)	0.22
Vt -Vt/kg peso predicho(media-DS)	411±68 / 7 ±1	407 ±66 / 7 ±1	405 ±70 / 6.7±1	0.49 / 0.71
Presión meseta (cmH <sub>2</sub> O) (media-DS)	28 ± 10	28 ±3	28 ±4	0.90
PEEP (cmH <sub>2</sub> O) (media-DS)	13 ± 3	13 ±3	13 ±3	0.70
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> (mmHg) (media-DS)	146 ± 40	148 ±41	130 ±40	0.56
PaCO <sub>2</sub> (mmHg) (media-DS)	47 ± 11	47 ±9	46.2 ±11	0.33
pH (media -DS)	7.28 ± 0.08	7.28 ±0.08	7.26 ±0.09	0.025
SOFA (media- IQR 25-75)	8 (6-10)	7 (5-9)	9 (7-11)	0.012

(\*) datos día 1 de VM

Edad en pt vivos 58 años (IQ45-68) y en pt fallecidos 67 (59-80) (p 0.006); fallecieron 61% de los pt con comorbilidades mayores y 23% sin ellas (0.0001). Fallecieron 2 pt a 6 meses (1 con comorbilidad)

**Conclusión:** se observó baja mortalidad en pt con SDRA grave, especialmente en el grupo sin comorbilidades mayores. Sólo 2 pt murieron luego del alta hospitalaria en seguimiento hasta 6 meses. La utilización de terapia de rescate especiales ante hipoxemia o acidosis hipercápnica refractaria se acompañó asimismo de baja mortalidad (31%)

### 0203 EXPERIENCIA CON HIPOTERMIA TERAPEUTICA EN POS-TI PARO CARDIACO PEDIATRICO

C DAVILA, M VELAQUEZ, M CASSINA  
Hospital de Niños de Córdoba., Argentina.

**Introducción:** La hipotermia (HTM) es empleada como tratamiento hace muchos años. Los éxitos proveniente de trabajos en adultos

con postPCR la han sido reconsiderado. A pesar de los buenos resultados la HTM entraña en sí riesgos y debe balancearse con los beneficios. En el ámbito pediátrico hay pocos trabajos, a pesar de eso se recomienda en pacientes postPCR.

**Objetivo:** Evaluar una serie de casos de pacientes postPCR tratados con HTM, características en la implementación y complicaciones del método.

**Material y método:** 12 niños tratados con HTM luego de paro cardíaco, se realizó por 24 hs. y se recalentó por 7 hs. Descripción de la aplicabilidad, características y complicaciones de la HTM.

#### Características de los pacientes y de PCR

N° de pacientes	12
Edad en años (promedio)	4.5 (2m-11a)
Sexo (v/m)	8/4
Tiempo PCR	24 min.
Adrenalina	10 pacientes // 2 (sin datos)
Dosis adrenalina	6 pacientes (al menos 2 dosis)
GCS postPCR	8 pts.

#### Hipotermia

Tiempo entre PCR e HTM	2 hs.
Método de enfriamiento	
Inducción (%)	66% manta // 44% medios físicos
Mantenimiento (%)	66% manta // 44% medios físicos
Tiempo de Inducción	2:40hs
Mantenimiento HTM	20.4hs
Tiempo de recalentamiento	7.2hs

#### Complicaciones

Trastornos electrolíticos	10 (83%)
Arritmias	3 (25%)
Drogas inotrópicas	12 (100%)
Convulsiones	2 (16%)
Tiritamientos	4 (33%)
Interrupción del método	3 (33%)
Muertos	3 (25%)

**Conclusiones:** Nuestra serie de casos es pequeña, pero demuestra que la hipotermia es factible de realizar. En <3hs se logró el rango, utiliza medios accesibles, es fácil de mantener y las complicaciones obligaron a la suspensión del método en solo 3 pacientes, no hubo aumento de la intensidad terapéutica.

#### 0204 FACTORES DE RIESGO PARA EL FRACASO DE WEANING EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON EPOC EN VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

E PUCHULU<sup>1,2</sup>, L RAPELA<sup>1,2</sup>, G PLOTNIKOW<sup>1,2,3</sup>, V FELD<sup>1,2</sup>, D VILLALBA<sup>1,2,4</sup>, C QUIROGA<sup>1,2,3</sup>, V LEIVA<sup>1,2</sup>, M SCRIGNA<sup>1,2</sup>, E DISTÉFANO<sup>1,2,3</sup>, P EZCURRA<sup>1,2,5</sup>, R PRATTO<sup>1,3</sup>, L MORETTI<sup>1</sup>, A APREA RUDELLA<sup>1</sup>, JL 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> Grupo A.I.R.E., Argentina. <sup>3</sup> Sanatorio Anchorena, Argentina. <sup>4</sup> Hospital de Chivilcoy, Argentina. <sup>5</sup> Hospital Italiano, Argentina.

**Introducción:** Los pacientes con EPOC experimentan episodios de falla respiratoria que requieren de asistencia ventilatoria mecánica (AVM). Debido al compromiso pulmonar, muscular y nutricional experimentan dificultad en el weaning. Hay escasa información de los factores que puedan predecir el fracaso del weaning en pacientes con EPOC en VM prolongada (VMP). El objetivo de este trabajo es encontrar factores de riesgo para el fracaso de weaning en pacientes con EPOC y evaluar mortalidad según éxito o fracaso en el weaning.

**Materiales y métodos:** Se realizó el estudio en un centro de weaning (CW). Se incluyeron pacientes internados en una unidad de terapia intensiva (UTI) por reagudización de su EPOC derivados a nuestro CW traqueostomizados con requerimiento de AVM.

**Resultados:** Se recolectaron los datos de 40 pacientes, 21 finalizaron AVM de manera exitosa y 19 fracasaron. El análisis univariado arrojó

4 variables asociadas al fracaso del weaning: Pimax ( $p=0.035$ ), días de AVM en el CW ( $p=0.005$ ), pH ( $p=0.039$ ) y la CO<sub>2</sub> ( $p=0.002$ ). Sin embargo, solo la CO<sub>2</sub> a las 12hs de la prueba de respiración espontánea (PRE) fue predictor de fracaso de weaning ( $p=0.007$ ). No se encontraron predictores de mortalidad.

**Conclusión:** Encontrar factores de riesgo que permitan identificar el fracaso en la desvinculación de la VM puede contribuir en la decisión de insistir con el weaning o bien plantear un programa de internación domiciliaria con la finalidad de mejorar la calidad de vida. La única variable asociada al fracaso de weaning fue la CO<sub>2</sub> a las 12hs de comenzada la PRE.

#### 0205 HIPERTENSIÓN ABDOMINAL EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDÍACA AGUDA DESCOMPENSADA. ROL DE SU DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ.

P KLIN, E GURFINKEL, F KLEIN  
Fundación Favalaro., Argentina.

**Introducción:** Los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda descompensada (ICAD) pueden desarrollar hipertensión abdominal (HA) y disfunción renal. La relación entre estas entidades no se ha caracterizado en forma adecuada.

**Objetivo:** Revisar un caso clínico en que tras curso clínico con ICAD desarrolla HA y disfunción renal, con mejoría tras resolución del síndrome de HA con terapia guiada por presión intraabdominal (PIA).

**Material y Métodos:** Un paciente de sexo masculino de 53 años de edad, con antecedentes de reemplazo valvular aórtico con prótesis mecánica y plástica mitral por Endocarditis Infecciosa y posterior reoperación con reemplazo valvular mitral con prótesis mecánica y cierre de fuga perivalvular protésica aórtica. Evolución con una miocardiopatía dilatada valvular, hipertensión pulmonar severa e internaciones por ICAD. Otros antecedentes: Insuficiencia renal crónica no dialítica (creatinina 1.6 – 1.8 mg/dl).

Medicación Habitual: anticoagulantes orales, furosemida, sildenafil, digital.

Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos por progresión de su disnea habitual hasta CF IV, con fallo derecho predominante. Score Apache II 13 puntos; Score SOFA al ingreso 6. Al ingreso urea 75 mg/dl; creatinina 1.8 mg/dl; Na<sup>+</sup> 134 mEq/l; K<sup>+</sup> 3.2 mEq/l; lactacidemia normal. Peso + 5.5 kg con respecto a peso seco. ECG con fibrilación auricular a 70 lpm con extrasístoles ventriculares frecuentes bigeminadas.

Inició tratamiento médico con vasodilatadores (nitroprusiato de sodio) y furosemida en infusión continua.

Evolucionó con síndrome de bajo volumen minuto (SBVM) e injuria renal caracterizando síndrome cardiorenal (SCR). Al cuarto día de la internación presentaba tensión arterial media (TAM) 64 mmHg; PIA 20 mmHg y presión de perfusión abdominal (PPA) de 44 mmHg. Recibió terapia de reemplazo renal (4 sesiones de ultrafiltración) guiada por los valores de PIA, con recuperación de la función renal tras su normalización (PIA 3 mmHg).

En la siguiente figura se muestran comportamiento del síndrome de HA y respuesta al tratamiento.

Ante recurrencia de SBVM tras discontinuación de inotrópicos se indicaron levosimendán y Sildenafil.

Egresó de la unidad de cuidados intensivos tras veinte días de internación, y del hospital a los 29 días del ingreso medicado con cefazolina, dicumarínicos, sildenafil y furosemida.

**Conclusiones:** En pacientes con ICAD y fallo ventricular derecho el síndrome de HA puede ser considerado uno de los componentes del cuadro clínico y de los determinantes de injuria renal, un predictor pronóstico independiente.

En pacientes con SCR y resistencia a los diuréticos, la ultrafiltración instaurada en forma precoz permite mejoría clínica y del SCR.

Debería evaluarse el registro de PIA en forma sistemática en pacientes con ICAD y fallo ventricular derecho.

### 0206 TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA TÉCNICA DE DILATACIÓN CON FORCEPS, NUESTRA EXPERIENCIA EN SAN LUIS

J FUNES, MB FERNÁNDEZ, F CASAS, M CAMARGO, L GARCÍA, A SOSA

Programa Hospital San Luis, Argentina.

**Objetivo:** Dar a conocer nuestra experiencia en la utilización de Traqueostomía Percutánea con técnica de dilatación con Forceps en nuestra Unidad Terapia Intensiva Adultos durante el año 2011.

**Diseño:** Estudio retrospectivo observacional de traqueostomía percutánea dilatacional.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron los pacientes ingresados a ARM desde el 01/01/2011 al 31/12/2011 y la cantidad de los cuales cumplieron los criterios para traqueostomía. En todos los casos se utilizó Set de Traqueostomía Percutánea con pinza dilatadora con Técnica de Seldinger. De los pacientes traqueostomizados evaluamos: APACHE de ingreso, Patología de ingreso a ARM en UTI, indicación de traqueostomía, días de intubación previo al procedimiento, días de traqueostomía hasta la desvinculación del respirador, sexo, edad y complicaciones de la técnica.

Previo a los procedimientos se solicitó autorización a familiares en historia Clínica. Se realizaron en la cama del paciente con monitoreo continuo, Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM) permanente con modo Presión Control y FIO<sub>2</sub> 100%. Premedicación: Midazolam, Fentanilo y Pancuronio. Equipo formado por: dos médicos que realizan la técnica, Kinesiólogo a cargo de la vía aérea y enfermero asistente. Técnica usada: Dilatación percutánea que usa técnica de Seldinger para ostoma traqueocutáneo, se realiza incisión con bisturí, se disecciona por planos hasta la traquea y luego se punza entre primer y segundo cartilago traqueal, se coloca guía metálica sobre la cual se pasa dilatador, posteriormente apertura de la traquea con pinza dilatadora tipo forceps y finalmente se introduce cánula de traqueostomía. Control radiológico posterior a cada procedimiento.

**Resultados:** Los pacientes traqueostomizados durante el 2011 fueron 21 de 196 pacientes en ARM, o sea, 10,7%. Sexo femenino = 7. Sexo Masculino = 14. Edad promedio en ambos grupos = 48 años. APACHE PROMEDIO 21 - Promedio días de intubación previo al procedimiento 17,4 - promedio días de traqueostomía hasta la desvinculación de ARM 7,8.

Patologías de ingreso a ARM posteriormente traqueostomizados: Neurológica aguda = 15, Sepsis severa = 4, Gran quemado = 2. Motivos de indicación de traqueostomía: ARM prolongada (Mayor de 14 días) = 10, No protección de vía aérea = 8, Quemadura de vía aérea = 2 y Debilidad de pared posterior de traquea = 1. Complicaciones en el procedimiento: un caso de enfisema subcutáneo en cuello y uno con sangrado profuso, ambos autolimitados.

**Conclusiones:** Con la traqueostomía percutánea Terapia Intensiva logra independencia del servicio de Cirugía ya que el procedimiento es realizado por el médico terapeuta a los pies de la cama del paciente. Es una técnica fácil de realizar, con muy escasas complicaciones y sin necesidad de traslado del enfermo para su realización. Disminuye los días de ARM, los requerimientos de sedoanalgesia, facilita la limpieza bucal y el manejo de secreciones.

### 0208 EXPERIENCIA DE 1571 CAMBIOS DE CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA: ¿SE JUSTIFICA EL CAMBIO DE Rutina?

P EZCURRA<sup>1,2,3</sup>, G PLOTNIKOW<sup>1,2,4</sup>, V FELD<sup>1,2</sup>, D VILLALBA<sup>1,2,5</sup>, C QUIROGA<sup>1,2,4</sup>, V LEIVA<sup>1,2</sup>, M SCRIGNA<sup>1,2</sup>, F PUCHULU<sup>1,2</sup>, E DISTÉFANO<sup>1,2,4</sup>, L RAPELA<sup>1,2</sup>, R PRATTO<sup>1,4</sup>, L MORETTI<sup>1</sup>, A APREA RUDELLA<sup>1</sup>, JL SCAPELLATO<sup>4</sup>, D INTILE<sup>4</sup>, F PLANELLIS<sup>1</sup>, D NOVAL<sup>1</sup>, P BUÑIRIGO<sup>1</sup>, R JOFRÉ<sup>1</sup>, E DÍAZ NIELSEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Clínica Basilea, Argentina. <sup>2</sup> Grupo A.I.R.E., Argentina. <sup>3</sup> Hospital Italiano, Argentina. <sup>4</sup> Sanatorio Anchorena, Argentina. <sup>5</sup> Hospital de Chivilcoy, Argentina.

**Introducción:** La traqueostomía (TQT) es una técnica habitual en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Un adecuado manejo de la cánula de TQT es esencial para el confort y la comunicación

del paciente, y dentro de los cuidados generales se encuentra la indicación o el tiempo de cada cuanto se debe cambiar la misma.

**Objetivo:** Analizar cada cuanto tiempo realizamos cambios de las cánulas de TQT por problemas propios del material, y de manera secundaria describir los motivos generales de cambios de cánulas en nuestro centro de weaning (CW).

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, donde se analizó las historias clínicas de pacientes que ingresaron con cánulas de TQT a la unidad de cuidados respiratorios de nuestro CW en el período comprendido entre mayo de 2004 y diciembre de 2011 inclusive.

**Resultados:** Ingresaron 690 pacientes con cánulas de TQT, los cuales recibieron un total de 1571 cambios por diferentes motivos. El mayor porcentaje de cambio (22,8%) fue debido a problemas propios del material de la cánula. De estos 27,37% (98) fue por envejecimiento del material, 22,62% (81) por rotura de aletas o separación del cuerpo/cuello de la cánula, 20,39% (73) fue por pinchadura del balón y 5,86% (21) por falla de válvula del balón testigo. Cada paciente recibió un promedio de 2,27 cambios de cánulas de TQT durante su estadía en el CW, con una mediana de 67 (RQ 33-117) días de uso para cada cánula.

**Conclusión:** El cambio rutinario de las cánulas de TQT está recomendado por los fabricantes alrededor de los 30 días, sin embargo en la literatura no se encuentran fundamentos que sustenten dicha recomendación. Del análisis de nuestros datos se desprende que solo el 25% las cánulas de TQT presentan fallas en su material alrededor del mes de colocadas.

Consideramos que se requieren más estudios en este sentido con el fin de lograr una correcta guía para el accionar profesional.

### 0209 PREDICTORES DE MORTALIDAD DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

P SANCHEZ, C LOVESIO, L LOVESIO, M CAVAGNARI, C LONGHI ROSSI, A RAMOS, S SESELOVSKY

Sanatorio Parque, Argentina.

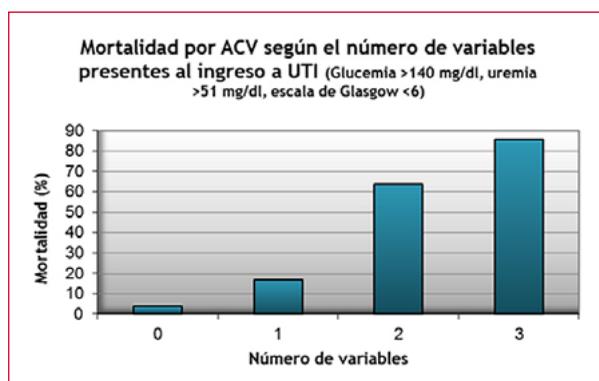
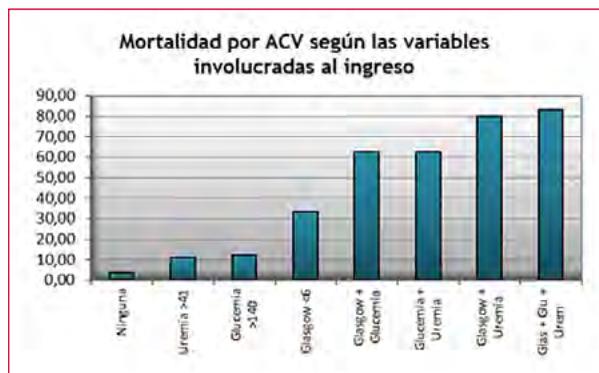
**Introducción:** El accidente cerebrovascular (ACV) es una entidad cuya mortalidad reportada varía según las investigaciones sean basadas en la comunidad o en el hospital. Por lo cual se llevó a cabo un estudio basado en pacientes ingresados a nuestra Unidad de Cuidados intensivos (UTI) con el objetivo de hallar variables relacionadas a muerte.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en una entidad privada, comprendido en un período de tiempo desde enero del 2007 hasta julio de 2011 donde se tomaron las distintas variables al ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva como ser:

Tipo de ACV	Hemorrágicos		Isquémicos		P
	73 ptes	48%	77 ptes	51%	
Edad	65 (14)		66,4 (15)		0,3
Sexo	45	61%	49	63%	0,8
Tiempo de evolución (Mna P25-75)	6 (3-12)		6 (3-12)		0,9
HTA	51	69%	51	66%	0,6
Tabaquismo	24	32%	28	28%	0,5
DBT	11	15%	7	9%	0,2
Cardiopatía	17	23%	22	29%	0,4
ACV previo	13	18%	15	19%	0,7
Anticoagulado	12	16%	15	19%	0,6
PAS (X±DE)	162 (96)		156 (35)		0,1
PAD (X±DE)	87 (25)		88 (23)		0,4
PAM (X±DE)	112 (27)		110 (26)		0,3
PA diferencial (X±DE)	75 (22)		68 (20)		0,02
Glucemia (X±DE)	162 (63)		146 (62)		0,054
PH (X±DE)	7,38 (0,07)		7,4 (0,07)		0,9
Leucocitos (X±DE)	10968 (4710)		10030 (3704)		0,08
Uremia (X±DE)	42,4 (22)		42,7 (27)		0,9
Creatinemia (X±DE)	1,2 (1,2)		1,1 (1,1)		0,8
Glasgow (X±DE)	9 (4,6)		11 (3,5)		0,005
Glasgow 76	33	45%	14	18%	0,0003
ARM	33	45%	13	17%	0,001
Fallece	24	33%	16	21%	0,09
Estadía en UTI días (Mna P25-75)	2 (1-5)		2 (1-3)		0,4

**Resultados:** Análisis Univariado (grafico 1)

Análisis Multivariado:



**Puntos de corte (áreas bajo la curva ROC)**

1. **Glasgow** ACR 82 % (IC95% 75-88) < 6 (p < 0,001)
  2. **Uremia** ACR 62 % (IC95% 54-70) > 51 (p = 0,03)
  3. **Glucemia** ACR 72% (IC95% 64-79) > 140 (p < 0,001).
- Todo estadísticamente significativo (Chi for trend: < 0,001)

**Conclusiones:** Se han desarrollado a lo largo del tiempo distintos trabajos y escalas de deterioro para definir la severidad del ACV, monitorizar el curso clínico y predecir el pronóstico. Sin embargo, en América Latina existen pocos estudios epidemiológicos con base poblacional y la mayor parte de la información disponible proviene de registros hospitalarios.

Por lo cual este estudio estableció características particulares y variables con distinta prevalencia a la observada en otros. De lo que se infiere la importancia de analizar y correlacionar los resultados con la bibliografía actual, teniendo en cuenta las diferencias de la población estudiada.

### 0211 SÍNDROME NEFRÓTICO E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE NEFRITIS SECUNDARIA A LITIO

J. FUENTES, DE OLMOS KUTSCHERAUER, GW BONGIORNI, EA ROMERO  
Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina.

**Objetivo:** Reporte de un caso: paciente femenino con trastorno bipolar presenta síndrome nefrótico e insuficiencia renal aguda secundaria a nefritis por tratamiento intermitente con litio.

**Material y método:** Mujer de 44 años, antecedentes de tabaquismo, trastorno bipolar y brotes psicóticos, tratamiento intermitente con litio. Lesiones maculopapulosas eritematopurpúricas dolorosas en miembros inferiores asociado a artralgias de rodillas, tobillos, edemas y oliguria, disnea FCII progresa a CFIV. Al examen: TA:130/70 mmHg, FC:110/min, FR:37/min, T 36,5 °C, con 88% de saturación. Somnolienta, desorientación temporo-espacial, agitación psico-

mótriz, hiperreflexia y babinsky positivo. Estertores crepitantes bibasales sin ingurgitación yugular, matidez abdominal, edema en miembros inferiores. Laboratorio: GB 25 k/ul y Ns 75%, VSG 101 mm/h, P 6,5 mEq/dl, albumina 1,9 g, LDH 1115, Acido Úrico 7,6 mg/dl, creatinina 0,58 mg/dl (Clearance 121 ml/h), deterioro progresivo de función renal en 48hs (creatinina 4,13 mg/dl-clearance 12 ml/h), RIFLE F, PaFi 128. Relación proteinuria/creatininuria 14 g/dl. Radiografía de tórax: Infiltrado alveolointersticial bilateral en parches con redistribución de flujo. Biopsia de piel: dermatitis, edema y microtrombos en capilares de dermis papilar con eosinófilos. Biopsia renal: nefritis tubulointersticial crónica, glomerulopatía con patrón membranoproliferativo y microtrombos en capilares glomerulares y peritubulares; fibrosis intersticial con atrofia tubular; IF: IgG; IgA; IgM; C3 negativos; ME: glomérulo esclerosado células con citoplasma espumoso, plegamiento de membrana basal glomerular y aumento de matriz mesangial con oclusión de lúmenes capilares, fusión pedicular, PMN en intersticio, sin depósitos electrónicos densos.

**Resultado:** Insuficiencia renal aguda, Insuficiencia respiratoria, ARM, hemodiálisis y ultrafiltración. Síndrome nefrótico por litio, tratamiento esteroide con recuperación ad-integrum de función renal.

**Conclusiones:** El litio produce insuficiencia renal, y nefropatía tubulointersticial crónica con el consumo prolongado, pequeño porcentaje de pacientes evoluciona a enfermedad terminal; el síndrome nefrótico es una reacción adversa idiosincrática y rara. En este caso, la corta exposición a la droga y la administración intermitente, sugieren menor probabilidad de afectación renal. La biopsia renal es gold standar para el diagnóstico. Los cambios anatomopatológicos resultaron concluyentes para toxicidad por litio. La suspensión de la droga y los corticoides produjeron una progresiva mejoría clínica con recuperación completa de la función renal.

El objetivo de esta presentación es documentar un caso de síndrome nefrótico asociado al tratamiento con litio a fines de su detección precoz y evitar así la progresión a insuficiencia renal terminal.

### 0213 MEDIASITINIS AGUDA SECUNDARIA A FARINGOMIGDALITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD.

E. PORJOLOVSKY<sup>1,2</sup>, J. ALBARRACIN<sup>1</sup>, R. BASSO<sup>1</sup>, O. DALQUÍ<sup>1</sup>, M. ECHAVARRÍA<sup>1</sup>, D. GOLDSTEIN<sup>1</sup>, G. RAMOS<sup>1</sup>, H. RIZZI<sup>1</sup>, S. ROMERO<sup>1</sup>, E. TAGLIAFERRO<sup>1</sup>, J. VILLARROEL<sup>1</sup>, D. FERNANDEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Municipal Juan C. Sanguinetti Pilar, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Enrique Tornu CABA, Argentina.

**Introducción:** En la era preantibiótica, la mediastinitis aguda presentaba una mortalidad mayor al 50%. En años posteriores, a pesar del advenimiento de los antibióticos, el pronóstico sigue siendo similar; la mortalidad no ha mejorado sustancialmente manteniéndose cerca del 30 a 40%. El diagnóstico suele ser tardío con demora de horas y hasta días. Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 14 años de edad que concurre acompañado de su padre y refiere haber padecido cuadro de faringitis desde hace 4 días sin respuesta al tratamiento ambulatorio con penicilina intramuscular (se desconocen dosis). Al ingreso se constata dolor cervical, torácico, taquipnea, odinofagia, debilidad generalizada y decaimiento, mialgias, sin rigidez de nuca, se presenta febril 38°C, compensado hemodinamicamente TA 100/70. Laboratorio leucocitosis. Se decide realizar hemocultivos x 2 e iniciar esquema antibiótico empírico con Ceftriaxona y Claritromicina; RX de tórax que muestra mediastino ensanchado, por lo que se solicita TAC sin contraste cervical y torácica. Se evidencia colección con características gaseosas en mediastino superior, anterior y medio, mas derrame pleural derecho. Se interpreta el cuadro como mediastinitis aguda secundaria a faringomigdalitis y se lleva a cabo exploración quirúrgica. Se realiza cervicotomía izquierda, se drena absceso pretraqueal, se continúan planos musculares, se

## ■ Resúmenes

diseca cavidad torácica, se evidencia mediastino abombado con tejido friable, se toman muestras para cultivo y anatomía patológica. Se coloca tubo de avenamiento pleural derecho y drenaje cervical. Ingresa a UTI en el post operatorio inmediato con, APACHE II de 28. Se indica esquema antibiótico con ceftriaxona, vancomicina y clindamicina. Se realizan controles quirúrgicos 24, 48 y 72 hs con buena evolución de heridas, hemodinámicamente estable sin necesidad de soporte vasopresor desde el ingreso. Se descarta HIV, se recibe cultivo de absceso pretraqueal tejido mediastinal y hemocultivos positivos para Staphylococcus Aureus meticilino resistente (SAMR), se ajusta esquema antibiótico. El paciente presenta necesidad de soporte ventilatorio prolongado por tórpida evolución gasométrica, se realiza TC de tórax con imagen de derrame pleural izquierdo. Se realiza diagnóstico de exudado complicado, se coloca tubo de avenamiento pleural izquierdo, por ventilación prolongada se lleva a cabo traqueotomía. El paciente presenta mejoría de su patología de ingreso y luego de 34 días de internación es dado de alta a sala general.

**Conclusión:** la mediastinitis aguda secundaria a SAMR debe sospecharse en todo paciente con cuadro de infección de vía aérea superior con evolución rápidamente progresiva, compromiso cervical y torácico, y en pacientes con mala respuesta a terapéuticas antibióticas habituales. El tratamiento antibiótico de amplio espectro y precoz en conjunto a un debridamiento quirúrgico agresivo son los pilares para obtener resultados satisfactorios.

#### 0214 EXCELENTE RESULTADO NEUROLOGICO CON HIPOTERMIA INDUCIDA POST PARO CARDIACO

PM MORALES, MS VENUTI, MD TERAN, FD GOLDENBERG, JE SAN ROMAN  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La hipotermia moderada (32-34°) como herramienta neuroprotectora ha sido extensamente estudiada en los últimos años. Estudios randomizados han demostrado su utilidad terapéutica en el post paro cardiaco (PC). En las guías del 2005 de la American Heart Association es una recomendación II para pacientes que sufrieron PC extrahospitalario por fibrilación ventricular y que permanecieron en coma luego de restituido ritmo de perfusión. Si bien su aplicabilidad para pacientes post PC intrahospitalario o con ritmo distinto a fibrilación ventricular ha sido confirmada, ningún estudio a la fecha ha probado beneficio en este grupo de pacientes por lo que es recomendación II b.

Reportamos un caso en el que se utilizó hipotermia moderada en el post PC asistido en una unidad de terapia intensiva, cuya evolución neurológica fue favorable a pesar de presentar una respuesta inicial de descerebración.

**Caso clínico:** Paciente de 62 años con hemorragia subaracnoidea secundaria a la ruptura de un aneurisma de la arteria comunicante anterior que fue clipado satisfactoriamente sin déficit neurológico. En el post quirúrgico inmediato presentó súbitamente coma y paro cardiorespiratorio asistido que respondió a maniobras de reanimación avanzada de 4 minutos. La tomografía de cerebro evidenció discreto neumoencefalo frontal esperable para tal cirugía. El electrocardiograma reveló un QTc prolongado, troponina I normal y el ecocardiograma fue normal.

La paciente permaneció en coma y con rigidez de descerebración al menor estímulo. Se inició protocolo de hipotermia externa. La presión intracraneana se mantuvo normal.

Luego de 24 horas de hipotermia moderada sin incidentes, inició la fase de recalentamiento progresivo. Se suspendieron los sedantes y la paciente despertó con respuesta adecuada a comandos y sin déficit neurológico motor ni sensitivo. Presentó delirio que se trató fácilmente con antipsicóticos.

Fue externada de cuidados intensivos luego a 20 días.

**Discusión:** El excelente resultado neurológico obtenido en esta paciente a pesar de la pésima performance post PC (rigidez de descerebración) sugiere que el set de criterios pronósticos descriptos

en la era pre-hipotermia debe ser redefinido cuando se induce hipotermia. Enfatizamos la utilidad de la hipotermia aun en los casos típicamente descriptos como de pobre pronóstico neurológico.

#### 0215 ENTEROCOCO VANCO R PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN A TRAVÉS DE MEDIDAS BÁSICAS

GUS LEIVA, YERY SALOMON, CLAU FARIÑA, CELE FARIAS, PAB CENTENO, MATI ANCHORENA, GABY IZZO, CARO PEIN  
HZGA Simplemente Evita, Argentina.

En el Hospital Simplemente Evita de la localidad de González Catán frente al primer caso de infección por Enterococo Vanco R nos propusimos como fin último erradicar dicha bacteria.

Para ello nos planteamos los siguientes objetivos:

1. Controlar dicha infección
2. Prevenir casos futuros
3. Evitar la colonización

Debido al bajo presupuesto con que cuenta nuestro Hospital se tomaron medidas básicas y elementales. Entre ellas

1. la implementación del lavado de manos por parte de todo el personal,
2. La enseñanza del mismo,
3. la instrucción del personal médico y de enfermería de todo el hospital actualizando los conceptos básicos de la prevención
4. Estableciendo protocolos referidos a los tiempos de aislamientos e hisopado rectal en cada servicio
5. En particular, en el servicio de Terapia Intensiva, se construyeron dos lavaderos y un chatero.
6. Se destino un mayor presupuesto a la compra de camisolines y guantes descartables por parte de nuestro servicio.

Los resultados fueron alentadores debido a que durante los últimos meses de este trabajo se erradicó el Enterococo Vanco R de nuestra Terapia intensiva. Esto se encuentra probado en tanto sobre una cantidad de 196 hisopados rectales realizados desde el mes de Mayo 2011 hasta Marzo de 2012, en los últimos cuatro meses no se objetivaron casos de colonización o infección.

Nosotros, como servicio de Terapia Intensiva, atribuimos dicho éxito al lavado de manos.

#### 0216 NEUROFIBROMATOSIS, ENFERMEDAD DE MOYAMOYA Y ANEURISMAS CEREBRALES. UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE.

MD TERAN, FD GOLDENBERG, PD CALO, JE SAN ROMAN  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La neurofibromatosis tipo I se asocia con un amplio espectro de lesiones vasculares. Estenosis o aneurismas de la aorta, arterias renales o vasos mesentéricos son los hallazgos más frecuentes; la incidencia de compromiso cerebrovascular por neurofibromatosis es de aproximadamente el 2%. La enfermedad de Moyamoya es un desorden cerebrovascular oclusivo crónico de etiología desconocida, si bien puede acompañarse de aneurismas intracerebrales (3-14%), la hemorragia subaracnoidea por rotura aneurismática es infrecuente (2-4%). El tratamiento neuroquirúrgico o endovascular resulta dificultoso y de alto riesgo. Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de neurofibromatosis tipo I, que es internada por hemorragia subaracnoidea y que en la evaluación inicial muestra lesiones angiográficas compatibles con enfermedad de Moyamoya.

**Caso clínico:** Mujer de 33 años con antecedentes de neurofibromatosis tipo I, ingresa por cefalea y convulsiones; en la tomografía inicial se evidencia hemorragia subaracnoidea difusa y edema cerebral, la angiografía cerebral digital muestra vasculopatía compatible con enfermedad de Moyamoya en arteria cerebral media derecha y cerebral anterior izquierda y un aneurisma en codo posterior de arteria carótida interna izquierda. Se realiza clipado quirúrgico y craniectomía sin complicaciones. En el 3er día postquirúrgico pre-

senta afasia y paresia braquio-crural derecha, la angiotomografía de cerebro muestra vasoespasmio severo, se realiza tratamiento médico e infusión de papaverina local con leve mejoría. Sin embargo persiste con afasia, posteriormente coma; una nueva tomografía evidencia isquemia cerebral difusa, desarrolla hipertensión endocraneana severa y finalmente fallece.

**Discusión:** Los aneurismas cerebrales relacionados a la enfermedad de Moyamoya se localizan en las porciones distales de los vasos colaterales característicos de esta entidad o en las arterias principales del polígono de Willis; son considerados pseudoaneurismas e incluso pueden reducir de tamaño y desaparecer espontáneamente. Sin embargo, de forma menos frecuente, se ha descrito la presencia de aneurismas cerebrales de características distintas a las mencionadas en pacientes con enfermedad de Moyamoya. El comportamiento de estos últimos es distinto, la desaparición espontánea es infrecuente y el sangrado por ruptura puede producir lesiones graves en un territorio irrigado por un lecho vascular anormal. La asociación entre estos fenómenos y la neurofibromatosis no está descrita en la literatura. Presentamos un caso en el que a raíz de una hemorragia subaracnoidea se encuentra un lecho vascular cerebral patológico y cuyas complicaciones habituales produjeron una evolución tórpida rápidamente progresiva y fatal.

#### 0217 MIELITIS TRANSVERSA Y LES. REPORTE DE UN CASO

MARC FLORES M, MC PEIN, L DEL RIO, ALBE TORRES, GIZZO, P CENTENO, M ANCHORENA  
HZGA "simplemente Evita" Gonzalez Catán, Argentina.

Mielopatía manifiesta clínicamente como mielitis aguda longitudinal o transversa constituye una de las manifestaciones neurológicas más graves y raras de lupus eritematoso sistémico (3.1% de los pacientes). Mielitis se ha observado con menos frecuencia en otras enfermedades del tejido conectivo, sobre todo en el síndrome antifosfolipídico, y rara vez en el síndrome de Sjögren, enfermedad de Behçet y otras enfermedades del tejido conectivo.

La Mielitis en el LES se manifiesta como una lesión de la médula espinal aguda que conduce a paraparesia o parálisis muscular, déficits sensoriales y disfunción del músculo liso por lo general en forma de disfunción del esfínter.

El estudio de elección para visualizar este tipo de lesión es la RMN con contraste (Galodinio)

El líquido cefalorraquídeo en estos pacientes generalmente indica pleocitosis con predominio de granulocitos, aumento de los niveles de proteína, bajos niveles de glucosa, dificultando significativamente el diagnóstico diferencial en la etapa temprana de la enfermedad.

La introducción temprana de la inmunosupresión por vía intravenosa con altas dosis de ciclofosfamida y glucocorticosteroides mejora el pronóstico a largo plazo.

Paciente 19 años de edad sin antecedentes previos relevantes, puérpera de 3 meses G2P2A0 consulta por paraplejía súbita de 12 hs de evolución.

Al interrogatorio refiere como antecedente presentar en ambos embarazos previos VDRL + / FTABs - y ordenes para eventuales controles clínicos y reumatológicos.

Examen físico; paraplejía flácida hiporreflexica con nivel sensitivo en D4 - D5 con un GSC 13/15 M6 V3 O4 sin rigidez de nuca cuadro que se interpreta como cerebritos por encefalitis.

Se realiza PL Punción lumbar: LCR rojizo transparente, Aspecto turbio post centrifugación, Glucorraquia 12 mg/dl, Proteinorraquia 113 mg/dl, Tinta china negativo

Rto Celular: Leucocitos 1000/ml, A predominio PMN, Hematíes muy escasa cantidad. Se envía muestras a cultivo e instituto Malbran para virológicos.

Inicialmente se interpreta como cuadro infeccioso e inicia esquema antibiótico y antiviral.

Se solicita RMN con galodinio de urgencia, para descartar lesión medular aguda, cuyo informe relata; Columna dorsal con hiperin-

tensidad a nivel de D1 a D4 en T2 de márgenes mal definidos, sin modificación significativa de esa cuerda espinal. (Mielitis) señal de medula ósea en vértebras normal. Diámetros de canal raquídeo conservado. No se observan herniaciones discales dorsales.

Por el antecedente de un falso positivo en VDRL y las ordenes para consultorio de reumatología se decide solicitar marcadores: FAN + 1/2550, Anti DNA +, C3 - C4 disminuidos. Por lo cual se reinterpreta caso como mielitis transversa o longitudinal asociada a LES.

Se inicia terapia con Pulsos de Metilprednisolona 1 g/día por 3 días, Ciclofosfamida 750 mg/día, Inmunoglobulina 30 g/día como coadyuvante 4 días, Metilprednisolona 40 mg/día

Durante el transcurso de su internación cuadro compatible con Nefritis Lupica.

Actualmente se encuentra en rehabilitación, con control de esfínteres y bipedestación.

#### 0218 TRAUMA ENCÉFALO CRANEANO GRAVE CON CONTUSIÓN HEMORRÁGICA Y DISECCIÓN CAROTÍDEA BILATERAL CON TROMBOSIS DERECHA. ¿QUE TRATAMOS?

JM VARGAS<sup>1</sup>, VH BORRAJO<sup>1</sup>, S SVAMPA<sup>2</sup>, M ALONSO<sup>1</sup>, ALN MARTINUZZI<sup>1</sup>, L OBREGON<sup>1</sup>, C PEREZ VALDEZ<sup>1</sup>, M SEPULVEDA<sup>1</sup>, M HERRERA<sup>1</sup>, R RIOSECO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> CMIC Neuquén Capital, Argentina. <sup>2</sup> Neurointensivista independiente, Argentina.

**Introducción:** El Traumatismo encefalocraneano grave (TECG) representa una de las principales causas de muerte y discapacidad en todos los grupos etarios. La asociación de TECG con lesiones vasculares es frecuente, y de estas la más importante es la disección carotídea traumática. Esta asociación suma dificultad al tratamiento de una patología de por sí complicada.

Metodos y objetivos: A proposito de un caso controversial, y compartir la resolución del mismo.

**Desarrollo:** Paciente masculino de 20 años que ingresa a UTI por politraumatismo por colisión moto-auto sin casco, presenta TECG. Ingresa con Glasgow 6/15. Luego del ABC se realizó TAC de encéfalo donde se observa LED II con contusión frontal, temporal derecha y HSA, durante el examen clínico se objetiva fractura de clavícula derecha. Evoluciona con anisocoria, midriasis hiporreactividad de la pupila derecha y miosis con ausencia del reflejo consensual izquierdo, se coloca sensor PIC para monitoreo, se observan valores promedio 25 mmHg. A nivel cervical se observó hematoma en región lateral derecha del cuello a nivel del tercio distal del esternocleidomastoideo con latido carotídeo disminuido por lo que se decide realizar ecodoppler de vasos de cuello que no mostró lesiones ni alteraciones del flujo. Pese a lo cual persiste la sospecha de lesión inadvertida de vasos de cuello por lo que se realizó angioRNM, donde se observa oclusión de carótida interna derecha, y se observa también disección de arteria carótida interna izquierda es su segmento intracraneano que no provoca estenosis significativa. Para evaluar mejor la lesión se realiza angiografía de vasos de cuello y cerebrales que confirma oclusión trombótica de carótida interna derecha, con circulación colateral a través de arteria cerebral posterior de ambas vertebrales. Se interconsultó a neurocirujano y neurointensivista quienes sugieren no anticoagular y resolución quirúrgica, en cambio el cirujano vascular sugiere anticoagular si las lesiones cerebrales así lo permiten. El equipo tratante considerado contraindicado anticoagular y en conjunto se decide conducta expectante y se decide tomar medidas para disminuir consumo de oxígeno cerebral y así disminuir la demanda de flujo, se inicia goteo de tiopental sodico. Evolucionó febril, con PIC estable, presión de perfusión cerebral mayor a 60 mmHg. Midriasis parálitica bilateral. Se realiza DTC para descartar si la causa es debida a impregnación con TPS o a arresto circulatorio por isquemia. Se evidencia flujo cerebral en todos los territorios insonados con Hiperemia y vasoespasmio izquierdo. Se suspende TPS, persiste estable, pero febril se realiza diagnóstico de meningitis asociada a dispositivo intracraneal. Evoluciona favorablemente y se decide superficializar.

**Conclusión:** En este paciente el manejo del TECG genero controversia debido a la coexistencia de contusiones hemorrágicas cerebrales y la lesión vascular de arteria carótida, la cual sufrió disección con oclusión trombótica. En este paciente se optó por no anticoagular tras interconsulta con neurocirugía y cirujano vascular.

## 0220 UTILIDAD DEL CATETER CENTRAL DE IMPLANTACION PERIFERICA EN PACIENTES QUEMADOS

R BELLONI, M VELEZ, G ZAMBRANO, A BOLGIANI  
H.Aleman, CEPAQ; Fundacion Benaim, Argentina.

**Objetivos:** Demostrar los beneficios de los PICC (Peripherally Implanted Central Catéter) en pacientes con quemaduras en cuanto a la reducción de las complicaciones y la necesidad de recambio.

**Métodos:** Estudio prospectivo intervencionista. Durante el periodo Enero 2008-Diciembre 2010, se implantaron PICCs en forma consecutiva a todos los pacientes internados en la UCI que requerían un acceso venoso central. Los catéteres fueron implantados en venas periféricas de los miembros superiores sobre piel sana (a  $\geq 5$  cm de la piel quemada) 2 en sala de hemodinamia, bajo control ecográfico y radioscópico, con estrictas medidas de esterilidad. En cada paciente se evaluaron las siguientes variables: edad, grupo de gravedad, promedio de día de permanencia del catéter, complicaciones y motivo de retiro del catéter. Aquellos pacientes con  $< 96$ h de quemados, necesidad de infusión de grandes volúmenes de líquidos, necesidad de más de  $\geq 2$  lúmenes, inestabilidad hemodinámica, y piel quemada en los posibles sitios de inserción, fueron excluidos del estudio. Los criterios de retiro de los PICCs fueron: presencia de signos locales de infección, fiebre con cultivos transcáteter positivos, infección asociada a catéter (IAC), shock séptico, falta de necesidad de catéter venoso y alta médica. Se estudiaron a través de cultivo todos los catéteres extraídos.

**Resultados:** Se implantaron 11 PICC (10 doble lumen y 1 monolumen) en 9 pacientes quemados internados (6 hombres y 3 mujeres) en UCI especializada en quemados. La media de días de internación al momento de colocación de los PICC fue 29,9 (rango 2-145). La media de edad fue 38 años (rango 14-91). De acuerdo a la clasificación de Benaim 6 pacientes correspondieron al grupo de gravedad 4, 1 paciente al grupo 3 y 2 pacientes al grupo 2. El promedio de duración de los catéteres fue 18,8 días (rango 5-67). Los motivos de retiro fueron: flogosis en sitio de inserción (5/11), falta de necesidad de catéter venoso (2/11), alta médica (1/11), sepsis a foco cutáneo (1/9), sepsis severa a foco urinario (1/11) y shock séptico a foco urinario (1/11). De los 11 segmentos de PICC enviados a cultivo solo 2 (18%) fueron positivos para un microorganismos. Ambos pacientes tuvieron hemocultivos periféricos negativos (colonización de catéter). En ambos casos los catéteres fueron retirados por presentar signos locales de infección en el sitio de implantación. Ningún paciente presentó complicaciones asociadas al procedimiento de colocación o durante la permanencia de catéter. No se documentaron IAC.

**Conclusiones:** Este trabajo es el primero en la literatura en evaluar en forma prospectiva el uso de PICC en pacientes con quemaduras, con criterios claros de inclusión y exclusión. Nuestra curva de aprendizaje en este último año nos permitió ser más permisivos y mantenerlos por más tiempo sin complicaciones. Proponemos la utilización de PICC en forma rutinaria ya que reduciría el riesgo de complicaciones mecánicas e infectológicas y disminuye el recambio de los accesos venosos en pacientes quemados

## 0221 HIPOTIROIDISMO SEVERO EN TERAPIA INTENSIVA. ANÁLISIS OBSERVACIONAL DEL EMPLEO DE LEVOTIROXINA ENDOVENOSA.

S MARE, M PANIAGUA, J LOPEZ, P PARDO, ML ROMERO  
Sanatorio Dr Julio Méndez, Argentina.

**Introducción:** Los disturbios endocrinológicos en los pacientes (ptes) críticamente enfermos pueden empeorar la evolución de los

mismos y el conocimiento adecuado por los intensivistas de estos trastornos se torna cada vez más importante para un mejor resultado. Es así que el hipotiroidismo cobra relevancia por la frecuencia de presentación, la dificultad en el diagnóstico y el tratamiento adecuado.

**Objetivo:** Se efectuó un análisis observacional retrospectivo del empleo de levotiroxina endovenosa (T4) en una unidad de cuidados intensivos en un periodo comprendido entre los años 2009-2011, registrando datos demográficos, APACHE II, SAPS II, niveles de TSH/T4L al inicio y final del tratamiento endovenoso, criterios de infusión de la T4, días de infusión de la misma, factores desencadenantes de hipotiroidismo (FD), mortalidad intrahospitalaria (MIH), estancia en Terapia Intensiva (ETI) y complicaciones asociadas a la infusión de la T4.

**Material y Métodos:** Se admitieron 845 ptes clínico-quirúrgicos, de los cuales 27 recibieron T4. Se tomó como valor anormal un nivel de tirotrófina (TSH) mayor a 3,7 mUI/L y un nivel de T4 Libre (T4L) menor a 0.8 ng/dl. Bradicardia e hipotensión arterial fueron los signos más relevantes. La administración de T4 se realizó en 120 minutos, con una dosis de 100 ug día. El promedio de días de tratamiento endovenoso fue de 6,3 días. El 53 % de los ptes no padecían patología tiroidea previa.

**Resultados:** La edad media de 75,14 años, en su mayoría sexo femenino (n:19), APACHE II: 19.81 y SAPS II: 42. 20 ptes. presentaron hipotiroidismo clínico y 6 ptes. coma mixedematoso. Los síntomas y el nivel hormonal en sangre fueron la indicación de infusión endovenosa de T4 más frecuente (66 %), el déficit de absorción gastrointestinal (29,6%) y el resto (4,4%) fue por cifras hormonales sin cuadro clínico acompañante. El valor promedio de TSH fue de 26 mUI/Ly el de T4L: 0.43 ng/dl. El 24 % de los ptes poseían valores normales de TSH y solo el 11 % T4L normal.

El 59 % de los pacientes normalizaron su valor hormonal en sangre durante la infusión endovenosa continuando el tratamiento por vía enteral debido a mejoría clínica y/o absorción adecuada. Se identificó como FD al uso de Amiodarona en el 18,5 %, la inadecuada absorción gastrointestinal en el 14.8 % y en el resto no se registró FD. Los niveles de cortisol matinal plasmático fueron adecuados o incrementados en todos los pacientes.

La MIH fue del 55,5%. La ETI fue de 23,2 días, requiriendo el 82 % de los pacientes ventilación mecánica. Sólo un paciente presentó taquiarritmia durante la infusión.

**Conclusión:** Podemos concluir que el grupo que recibió T4 fueron ptes ancianos, con nivel de gravedad elevado, en estadios críticos de hipotiroidismo y con alta mortalidad. Se registró baja tasa de efectos adversos durante la infusión de T4. Dado la falta de consenso en el diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo en ptes críticos; la baja experiencia en la utilización de T4; así como T3 endovenosa de la cual carecemos en nuestro país, consideramos relevante esta observación.

## 0222 ¿TIENEN DOLOR LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA?

M MALATINI, JE ENDERS, NV LUNA

UTI Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina.

**Objetivos:** 1) Determinar si el paciente bajo ventilación mecánica presenta dolor en ausencia de maniobras dolorosas; 2) Establecer el grado de relación entre sedación y dolor; 3) Determinar cuál de las escalas analizadas para la valoración de dolor en pacientes bajo ventilación mecánica es mejor para detectarlo; 4) Determinar la frecuencia cardíaca en relación a una maniobra dolorosa.

**Materiales y Métodos:** Estudio longitudinal prospectivo, experimental. Muestra: 44 pacientes mayores de 18 años bajo sedoanalgesia con midazolam y morfina o fentanilo, en ventilación mecánica, sin efectos de drogas curarizantes, internados en tres Unidades de Terapia Intensiva de la Ciudad de Córdoba. Se le aplicó a cada paciente una maniobra dolorosa que consistió en compresión del esternón durante 10 segundos. Se realizó la valoración del dolor

antes y después de la maniobra con las siguientes cuatro escalas: "Campbell", "Escala Sobre Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)", "Critical Care Pain Observation Tool (CCPOT)" y "Nonverbal Pain Scale (NPS)". Se determinó el grado de sedación mediante la escala de Ramsay. Estadísticos: análisis multivariado de correspondencias múltiples, análisis de la varianza, regresión lineal, test de datos apareados. En todos los casos se consideró nivel de significación 0,05.

**Resultados:** La magnitud de dolor mediante las cuatro escalas antes de aplicar la maniobra dolorosa muestran valores alrededor de uno, lo que correspondería a la ausencia de dolor o a la presencia de un dolor leve para todos los grados de sedación. Existe una relación inversa entre el grado de sedación valorado con la escala de Ramsay y el grado de dolor valorado con cada una de las escalas de dolor ( $p < 0,0001$ ). Según los coeficientes de regresión lineal obtenidos la escala que menos está atenuada por la sedación es CCPOT. Si bien ESCID es la que más estaría atenuada por el grado de sedación, es la que detectaría mejor el dolor ante una maniobra dolorosa, con una media diferencial de  $3,41 \pm 0,52$  ( $p < 0,0001$ ). El diagrama de perfiles multivariados muestra que en grados bajos de sedación la escala que más detectaría dolor es ESCID. Se objetivó un aumento de la frecuencia cardíaca ante el dolor ( $p < 0,0001$ ), con una media de aumento de 3,66 latidos por minuto.

**Conclusiones:** Si al paciente bajo sedoanalgesia en ventilación mecánica no se le aplican maniobras dolorosas no manifiestan dolor o presentan un dolor leve, a través de las cuatro escalas de dolor, para todos los grados de sedación. Existe una relación inversa entre el grado de sedación valorado con la escala de Ramsay y el grado de dolor valorado a través de las cuatro escalas de dolor. Dentro de las cuatro escalas analizadas, CCPOT es la que menos se ve atenuada por el grado de sedación. ESCID es la que detectaría mejor el dolor ante una maniobra dolorosa. La frecuencia cardíaca es una variable que se modifica ante una maniobra dolorosa.

### 0223 TASA DE UTILIZACION DE SONDAS PARA NUTRICION ENTERAL COMO INDICADOR DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS: ANÁLISIS DE PROBLEMAS ASOCIADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIONES

P MARGUELICHE, L CARRERAS, F IGLESIAS, W DAVALOS, M RAMIREZ, G ROMAN, S REYNOSO, I HERRERA, E DI BERARDINO, M SIMIONATO, C MORENO, L NAVIRO, L DI LUCA, MC MARCHENA, L TUMINO, R REINA, E ESTENSSORO, C LOUDET Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata, Argentina.

**Introducción:** La detección de una alta tasa de utilización de sondas para recibir nutrición enteral (NE) en pacientes críticos en nuestra UCI fue el primer paso para identificar un proceso con la necesidad de análisis y propuesta de intervención de calidad.

**Objetivos:** -Identificar causas asociadas al alto recambio de sondas para NE.

-Analizar los problemas detectados con herramientas cualitativas.  
-Desarrollar una propuesta/intervención educativa para ser implementada en un ciclo de mejora continua.

**Métodos:** *Diseño:* Estudio descriptivo, prospectivo en UCI médico-quirúrgica de hospital escuela. Pacientes consecutivos con requerimientos de NE a los que se les midió el indicador de calidad. **Indicador utilizado:** Tasa de utilización de sondas NE: n° sondas utilizadas/días totales de NE por x 100 días de NE. Causas de recambio de sondas consideradas: 1-Auto-extracción por el paciente 2-Extracción accidental por personal asistencial 3-Oclusión 4-Desplazamiento 5-Desconocido.

Se conformó un equipo ad hoc compuesto por enfermeros y médicos ("enfoque de solución sistemática de problemas en equipo") para abordar el problema y las potenciales soluciones utilizando los datos disponibles. Para ello se utilizaron herramientas cualitativas de calidad. Se programaron sesiones de discusión semanales de

60min por turno de enfermería durante un mes para implementar una intervención educativa.

**Análisis estadístico:** Datos presentados como porcentajes, media ( $\pm$ DS) o mediana(RIQ), de acuerdo a su naturaleza. Programa VISIO 3.0 para desarrollo de herramientas cualitativas.

**Resultados:** Mediciones en 49 pacientes. 747 días-NE. 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%. Tasa de utilización de sondas NE: 17/100 días de NE. Causas de recambio de sondas: auto-extracción por el paciente: 44%; extracción accidental por personal: 20%; oclusión: 14%; desplazamiento: 14%; desconocido: 8%.

Durante las sesiones de discusión con la herramienta tormenta de ideas estructurada se identificaron posibles motivos del alto recambio de sondas, los cuales se incluyeron en un diagrama de causa-efecto: sedación inadecuada, falta de alarma por personal que asiste al paciente, técnica y fijación inadecuada, conocimiento inapropiado de riesgos asociados al alto recambio de sondas, fallas en comunicación, etc. Para valorar las oportunidades de mejora se incorporaron los siguientes items en una matriz decisional: factibilidad, autonomía, resistencia potencial y si cada intervención es o no económica. En un diagrama de flujo se desarrollaron los cambios propuestos para solucionar el problema.

**Conclusiones:** -Se encontró una alta tasa de utilización de sondas para NE.

-La principal causa de recambio de sondas fue la auto-extracción por el paciente, evidenciando un problema de seguridad que fue el inicio para planificar una intervención de calidad.

-Mediante la solución sistemática de problemas en equipo se plantearon las posibles causas de los inconvenientes detectados permitiendo elaborar potenciales soluciones a implementar en un ciclo de mejora continua.

### 0224 NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA

OR GALLINI, MC DE RUEDA, C CARVALHO, C RUANO, M GRAZIANI, C COLOMBO

Hospital Interzonal San Roque de Gonnet La Plata, Argentina.

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

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

**Diseño:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.

**Lugar:** Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes (U.C.I.) del Hospital Interzonal "San Roque" de Gonnet de La Plata.

**Materiales y métodos:** **Grupo de estudio:** pacientes que ingresaron a la U.C.I. desde el 1 de enero del 2010 hasta el 1 de enero del 2012, mayores de 16 años, que requirieron ventilación mecánica invasiva por más de 48 Hs. y que reunieron los criterios de NAV del CDC.

**Grupo control:** población de pacientes que ingresaron en el mismo período, mayores de 16 años que requirieron ventilación mecánica, pero no presentaron NAV.

**Criterios de exclusión:** pacientes que tenían diagnóstico de NAV al ingreso a la U.C.I.

**Resultados:** Se incluyeron 197 pacientes que requirieron V.M.I por más de 48 Hs. La incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) fue de 15% (30 casos).

Los factores de riesgo, que resultaron estadísticamente significativos fueron una o más reintubaciones, la ventilación mecánica invasiva por más de 5 días y la presencia de traqueostomía.

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

### 0225 FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL EMPEORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE RECIBIERON VENTILACIÓN MECÁNICA EN TERAPIA INTENSIVA. RESULTADOS PRELIMINARES.

M BUSICO<sup>1</sup>, D INTILE<sup>2</sup>, N IRASTORZA<sup>2</sup>, A ALVAREZ<sup>3</sup>, S DEPAOLI<sup>1</sup>, A JARQUE<sup>1</sup>, J QUINTANA<sup>1</sup>, A MORENA<sup>1</sup>, J ARMELINO<sup>1</sup>, L BARCENA<sup>3</sup>, C FOSTER<sup>1</sup>, A PALMIERI<sup>1</sup>, L VASQUEZ<sup>3</sup>, G PLOTNIKOW<sup>2</sup>, A LEOZ<sup>2</sup>, P D'ANNUNZIO<sup>2</sup>, V RIENZI<sup>2</sup>, M HEIDENREICH<sup>2</sup>, V LEIVA<sup>2</sup>, C QUIROGA<sup>2</sup>, F PALIZAS<sup>3</sup>, F VILLAREJO<sup>1</sup>, P DESMERY<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Clínica Olivos SMG, Argentina. <sup>2</sup> Sanatorio Anchorena, Argentina. <sup>3</sup> Clínica Bazterrica, Argentina.

**Introducción:** La sobrevida es la variable de resultado más importante en Terapia Intensiva (TI) aunque parece no ser suficiente para la evaluación del impacto de la enfermedad aguda. La calidad de vida (CV) y el status funcional podrían reflejar en forma apropiada el significado de la sobrevida a TI.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo relacionados con el empeoramiento de la calidad de vida en pacientes que recibieron más de 24 hs de ventilación mecánica invasiva (VM).

**Material y Método:** Estudio prospectivo, multicéntrico, observacional para la determinación de los factores de riesgo relacionados con el empeoramiento de la calidad de vida a los 3 meses y al año del alta de TI. Se incluyeron todos los pacientes ingresados al área de TI de Clínica Olivos, Anchorena y Bazterrica entre 01/04/11 y 16/04/12, adultos, con más de 24 hs de VM. La calidad de vida se evaluó a través del Cuestionario EQ-5D y el Status Funcional a través del Índice de Barthel al ingreso (referidos a cuatro semanas previas) a los tres meses y al año del alta. Se consideró empeoramiento de la calidad de vida cuando el valor del index del EQ-5D de los tres meses del alta hospitalaria haya sido menor al referido previo a la internación.

**Resultados:** Ingresaron 181 pacientes a las 3 unidades de TI, 52 fueron excluidos, 8 se rehusaron a firmar el consentimiento y 37 fallecieron en TI. Al alta de TI quedaban 84 pacientes vivos. A los 3 meses de seguimiento, 13 pacientes habían fallecido, 2 no pudieron ser contactados y 69 fueron evaluados. La media de score de calidad de vida al ingreso (0.759 ES 0.211) se diferenció significativamente de la media de score a los 3 meses (0.515 ES 0.025 p<0.001). De forma similar se comportó el Score de Funcionalidad Barthel, la media al ingreso fue 93.84 (ES 1.75) y a los 3 meses 77.17 (ES 4.23 p<0.001). El 72.5% no pudo volver a hacer las actividades previo al ingreso a TI. 47 pacientes (68.1%) empeoraron su score de calidad de vida con respecto al de ingreso y 22 (31.9%) la mejoraron. La diferencia de las medias de cada grupo fue 0.243 (IC 0.137-0.348 p<0.001); el 43% de los pacientes empeoraron su dependencia en las actividades de la vida diaria (Índice de Barthel) a los 3 meses del alta mientras que el 56% la mejoraron. Las variables que demostraron diferencias estadísticamente significativas fueron las siguientes: edad (50.7-61.81 p0.016), días de delirium (1.82 vs 4.28 p0.009), estadía en TI (9.86 vs 19.82 p<0.001) y hospitalaria (15.9 vs 35.42 p<0.001), días de VM (5.04 vs 7.12 p0.043) y debilidad adquirida en TI (7 vs 32 p0.005). Otras variables como la gravedad de la enfermedad al ingreso, las comorbilidades, el género, la liberación de la VM y debilidad de los MR no demostraron significancia estadística.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos a la fecha nos permiten sacar conclusiones parciales. La debilidad adquirida en TI, el delirium y la estadía en TI serían factores de riesgo para el empeoramiento de la calidad de vida posterior a una internación en TI.

### 0226 CUIDADOS DEL FINAL DE LA VIDA: LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN UNA UNIDAD MEDICINA INTENSIVA.

R MARTINEZ, G BASCOLO VIVIANI, P ZANARDI, J TEVES, M CHOY, N SANCHEZ, J HADDAD, N RISSO, F SALA, L ZACARIAS, M CORNELIO

H.I.G.A. Dr Oscar Alende, Argentina.

**Introducción:** La prolongación de la vida sin tener en cuenta su calidad puede no servir al mejor interés del paciente, y la lucha por prolongarla con medios artificiales puede llegar a ser una acción degradante que viole los principios éticos, y por lo tanto, sea incompatible con el respeto a la dignidad humana. La limitación del esfuerzo terapéutico es la decisión meditada y consensuada sobre la no implementación o el retiro de terapéuticas médicas que no conllevarían a un beneficio para el paciente

**Objetivo:** Analizar la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en la práctica diaria en una Unidad Terapia Intensiva (UTI) y las variables relacionadas en la toma de esta decisión.

**Material y método:** Estudio de tipo prospectivo observacional en una UTI polivalente de 18 camas en un periodo de 14 meses. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo y duración de internación, antecedentes, fallas orgánicas, participación del paciente o la familia en la toma de decisiones. Se definió LET como la limitación de medidas de soporte vital (ventilación mecánica, depuración extrarrenal, soporte hemodinámico, antibióticos, transfusiones y nutrición artificial) ya fuera la abstención, no progresión o retiro. Las decisiones son tomadas por el equipo asistencial, teniendo en cuenta en general: los antecedentes, la evolución SOFA (máximo y mínimo), evolución desfavorable en los últimos 5 días.

**Resultados:** Durante el periodo estudiado se internaron 898 pacientes con una edad promedio de 44.5 años, APACHE II 18,3, con una mortalidad de 38.9%. siendo las categorías: médicos 42%, neuroquirúrgicos 9,5%, quirúrgicos 20,3%, trauma 28%. De los 349 pacientes fallecidos se realizó LET en 64 casos (18%) con una edad de 53.2 años (DS 16,6), 56,3% varones, APACHE II 23,8 (DS 6,4) 98,4% con ARM, todos ellos tenían ONR. Siendo las categoría: médicos 56%, neuroquirúrgicos 10,9%, quirúrgicos 18%, trauma 14,1% no hubo diferencias significativas en estas variables entre los fallecidos (F) y los pacientes que recibieron LET (LET) salvo para: días de internación F: 7.7días vs LET: 12,6.

La decisión de LET fue consensuada con el paciente en 1 caso y con la familia en el 60,6%. En esta población hubo más incidencia de: EPOC- insuficiencia respiratoria crónica (10%), cardiopatía isquémica (9,4%), insuficiencia cardíaca (14.1%), VIH (7,8%), y diabetes (17,2%) que en la población general evaluada.

**Conclusiones:** • En los cuidados del final de la vida de nuestros pacientes la limitación del esfuerzo terapéutico es frecuente (18% de los fallecidos)

- La mayoría de las veces la decisión fue consensuada con la familia y excepcionalmente con el paciente.
- El retiro de la ventilación mecánica fue excepcional en esta serie de casos.
- Son escasos los reportes de unidades de cuidados intensivos que den cuenta de la limitación del esfuerzo terapéutico en nuestro país.
- Una vez tomada la decisión de limitar el esfuerzo terapéutico en ningún caso se privara al paciente de las medidas destinadas al confort físico, psíquico y espiritual así como a la contención adecuada de sus familiares.

### 0227 DIAGNÓSTICO PRECOZ DE UNA ENFERMEDAD POTENCIALMENTE LETAL Y PREVENIBLE: SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS

F CALDERÓN, A BORDOGNA, ME GUTIÉRREZ MEYER, L MORENO, MF PODESTÁ, ME RATTO, O RECUPERO, A SILVESTRE HIAEP "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La infección sintomática por hantavirus es rara en la edad pediátrica y presenta una alta letalidad (33-46%). Requiere un alto índice de sospecha ante un paciente con compromiso multisistémico, brusca descompensación cardiorrespiratoria, datos de laboratorio característicos, sumado al antecedente del contacto con roedores.

Es fundamental una vigilancia extrema, dada la posibilidad de una

rápida evolución a un cuadro clínico grave (insuficiencia cardiopulmonar, fallo renal agudo, compromiso neurológico y coagulopatía).

**Objetivos:** presentar una patología poco frecuente, endémica, prevenible y de alta mortalidad. Evaluar diversos parámetros hemodinámicos como el gasto cardíaco y el índice de oxigenación para definir su ingreso a ECMO.

**Material y método:** descripción de caso clínico

**Resumen:** Niña de 6 años que ingresa a Terapia Intensiva por presentar insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía multifocal de siete días de evolución con mala respuesta al tratamiento instaurado (ceftriaxona y claritromicina)

Refiere como antecedente hermano con neumonía y contacto con roedores.

Ingresa en ARM presentando, a las 18 horas de su ingreso, descompensación hemodinámica requiriendo drogas vasoactivas reinterpretándose el cuadro como shock séptico refractario con fallo multiorgánico (respiratorio, cardiovascular y hepático)

Dada la gravedad y la mala evolución se decide rotar antibióticos (Piperacilina – tazobactam + vancomicina + amikacina) y se solicita serología para Hantavirus.

Ante la dificultad en el manejo hemodinámico, se realiza monitoreo invasivo con medición de saturación venosa central y no invasivo (ecocardiograma) para determinación del gasto cardíaco y cálculo del índice de oxigenación con el fin de guiar el tratamiento y evaluar la posibilidad de ingreso ECMO

Presento los siguientes parámetros

SCVO2(%)	Gasto cardíaco (L/min)	Índice de oxigenación
71	3.5	16.2
78	2.5	5.4
72	3	25

La paciente evolucionó favorablemente sin necesidad de otros tratamientos logrando la extubación electiva luego de siete días confirmándose diagnóstico de síndrome cardiopulmonar por Hantavirus luego de recibir el resultado de la serología IgM (+) Hantavirus Andes tanto en la paciente como en su hermano.

Es importante destacar que no se observaron en el laboratorio las alteraciones características del Hantavirus, a excepción del aumento de las transaminasas e hipoalbuminemia

**Comentario:** El síndrome cardiopulmonar por Hantavirus requiere una pronta derivación a un centro con disponibilidad de cuidados intensivos pediátricos. Carece de tratamiento específico por lo que solo puede realizarse tratamiento de sostén. El monitoreo hemodinámico en casos graves es fundamental para guiar el tratamiento y evaluar la necesidad del empleo de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) como terapia de rescate en el shock refractario.

#### 0228 LATRODECTISMO: LA SOSPECHA HACE LA DIFERENCIA.

M GUERRERO, M NIEVA, J GUYON, E PEREZ, L VARGAS, F MUÑOZ, C AGÜERO, L CANOVAS  
Policlínico Neuquén, Argentina.

**Introducción:** La mordedura de esta araña se produce más frecuentemente en extremidades y habitualmente no presenta lesión local. La neurotoxina actúa a nivel de SNC y neurovegetativo, por lo que el cuadro clínico es dominado por efectos simpáticos y parasimpáticos requiriendo de diagnóstico diferencial con otras entidades frecuentes en UTI. El marcado aumento de la tensión arterial y la contractura muscular suelen ser de gran valor para el diagnóstico. El reconocimiento del latrodectismo permite ofrecer el tratamiento dirigido y revertir la sintomatología.

**Objetivo:** presentar una patología que simula entidades frecuentes en UTI.

**Caso clínico:** paciente de 79 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial y aneurisma de aorta abdominal es derivada de hospital periférico con diagnóstico de urgencia hipertensiva y síndrome coronario agudo. La paciente refiere haber sido mordida por araña y comenzar con calambres en miembros inferiores

e intenso dolor abdominal. Al examen presenta edema bupalpebral, sudoración profusa, sialorrea y lesión eritematosa de 3 mm en rodilla izquierda. Se encuentra en tabla sin peritonismo. En ECG ondas T negativas en cara lateral alta. Laboratorio: acidosis metabólica, elevación de CPK y MB sin configurar curva, troponina I (-) e hipocalcemia. Se solicita TAC abdominal que descarta disección aneurismática. Se indica nitroglicerina y morfina para tratamiento del dolor y control de la tensión arterial. Sin respuesta a tratamiento instaurado y ante la sospecha de latrodectismo se administra antiveneno revirtiendo signo sintomatología en 3 hs.

**Conclusión:** La sintomatología puede ser confundida con patologías neuromusculares, afecciones cardíacas o infecciosas. El tratamiento específico se basa en la administración de antiveneno que previene las complicaciones y secuelas disminuyendo la letalidad. Consideramos relevante este caso ya que de no conocer las características clínicas nos embarca en una amplia gama de posibilidades diagnósticas.

#### 0229 VALOR PRONOSTICO DE LA MEDICION DIARIA DE LACTATO EN TERAPIA INTENSIVA

A CASARETTO, M ULLOA BERSATTI, N JUAREZ GOMEZ, H PIZÁ, C LLERENA, G CARDONATTI  
Hospital Central de San Isidro, Argentina.

**Introducción:** La hiperlactatemia es común en los pacientes de UTI, y se asocia a evolución adversa. Si bien se conoce que en conjunto los pacientes con valores elevados sostenidos de lactato sérico tienen mayor mortalidad, es controversial el rol de la medición diaria de lactato sérico en el pronóstico del paciente individual.

**Objetivos:** 1) Establecer un punto de corte de lactatemia que permita identificar pacientes con alto riesgo de mortalidad. 2) Observar si hay un aumento sostenido del lactato que se anticipe en los tres días previos al diagnóstico de NAV o al incremento del SOFA.

**Material y método:** Estudio prospectivo observacional sobre todos los pacientes ingresados a UTI que hayan requerido ARM al menos por 48 hs. durante un período de 6 meses.

Se midió lactato en sangre arterial desde el comienzo de ARM y hasta el retiro de la ventilación mecánica. Se registró en una ficha prospectiva el APACHE II al ingreso a UTI y se consignaron diariamente desde el inicio de ARM el valor de lactato, el uso de vasopresores, SOFA y CPIS. Se consideró hiperlactatemia un valor mayor a 2.4 mmol/l.

Las medianas fueron comparadas usando el test T de Student, las diferencias entre variables categóricas fueron evaluadas usando el test de Fisher. Se construyó una curva ROC para establecer punto de corte.

**Resultados:** La población estudiada fueron los 89 pacientes que ingresaron a ARM en el período. La mediana de edad fue 67 años, del APACHE II fue 25 y de la estadía en UTI fue 8 días. La mayoría de los pacientes (95.5%), tuvieron hiperlactatemia en el ingreso a UTI o durante la internación.

La mortalidad fue de 60% (54/89). Los pacientes que fallecieron tuvieron picos de lactato más elevados (mediana 5.8 mmol/l) que los sobrevivientes (mediana 3.8 mmol/l), siendo una diferencia estadísticamente significativa (p 0,0018).

Se estableció por curva ROC que un lactato de 5 mmol/l es el mejor punto de corte que se asocia a mortalidad, con una sensibilidad 46%, especificidad 88% (odds ratio 4). Sin embargo, a igual valor de lactato, la diferencia que marcó la evolución tórpida fue el uso concomitante de vasopresores. Entre los pacientes que recibieron vasopresores cuando se produjo el pico de lactatemia la mortalidad fue de 76%, mientras que si no los requerían la mortalidad fue de 37% (p 0,0002).

En la mayoría de los pacientes que tuvieron NAV no se elevó el lactato en los días previos al diagnóstico.

Si bien la curva de lactato acompañó en la mayoría de los casos (78%) a la tendencia diaria del SOFA, no observamos un aumento

de lactato en los 3 días previos a un incremento del SOFA en la mayoría de los pacientes, por lo cual la medición diaria de lactato no se anticipó a predecir con certeza un evento adverso.

**Conclusiones:** 1) La hiperlactatemia es común en los pacientes en ARM, con valor pronóstico de muerte cuando es igual o mayor a 5 mmol/l y se asocia a shock con uso de vasopresores. 2) La medición diaria de lactatemia no permite predecir un posterior desarrollo de NAV o de aumento del SOFA.

### 0230 EVOLUCIÓN DEL TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO GRAVE EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS EN LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA - BUENOS AIRES - ARGENTINA

J HADDAD, G BASCOLO VIVIANI, P ZANARDI, F SALA, L ZACARIAS, J TEVES, M CHOY, M CORNELIO, N SANCHEZ, N RISSO, R MARTINEZ, E GIMENEZ  
H.I.G.A. Dr Oscar Alende, Argentina.

**Introducción:** el traumatismo craneoencefálico severo es un grave problema de salud pública, es la principal causa de muerte en las primeras cuatro décadas de la vida, además de ser la principal causa de discapacidad. Las unidades de cuidados intensivos (UCI) desempeñan un papel cada vez más relevante con el fin de reducir la gran mortalidad y morbilidad asociada a este padecimiento.

**Objetivos:** analizar la evolución del trauma craneoencefálico grave (TECG) en una UCI polivalente en los últimos doce años para conocer: las características de la población, las lesiones asociadas y la mortalidad global.

**Material y métodos:** trabajo de tipo retrospectivo de serie de casos de una base de datos ideada ad hoc en dos periodos: años 2001-2004 periodo I y años 2010-2011 periodo II. Los resultados se expresan con media y DS para las variables continuas y como porcentajes para las categóricas. se analizaron las variables cualitativas con chi cuadrado y/o test de Fisher según correspondiera y las cuantitativas con test t Student.

**Resultados:** En el periodo I se atendieron 468 pacientes con TECG que corresponden al 17% de las admisiones en UCI en tanto en el periodo II 242 pacientes que corresponden al 20%. Todos los pacientes estaban bajo ventilación mecánica y con monitoreo de la PIC con catéter subdural.

Las características de la población y las lesiones asociadas fueron las siguientes:

- edad 29.9 (DS 16) en el periodo I y 36.58 (DS 18.4) en el periodo II
- **sexo masculina** 77% en el periodo I y 83.1% en el periodo II
- ISS 18.5 (DS 8.4) en el periodo I y 20.6 (DS 9.4) en el periodo II
- TRS 8.50 (DS 2.1) en el periodo I y 8.03 (DS 3.1) en el periodo II
- APACHE II 12.9 (7.2) en el periodo I y 19.22 (DS 8.9) en el periodo II
- Torax 29% en el periodo I y 25% en el periodo II
- Abdomen 14% en el periodo I y 7% en el periodo II
- Pelvis 7.4% en el periodo I y 4.1% en el periodo II
- Raquimedular 6.4 en el periodo I y 1.2% en el periodo II
- Extremidades 22.6% en el periodo I y 16.7% en el periodo II

La craniectomía descompresiva fue mucho más frecuente en el periodo II =56 pacientes (23%) de los TCEG que en periodo I =16 pacientes (3.4%).

Los días de ventilación mecánica fueron menores en el periodo II (I=12.08 vs. II=8.3) con incidencias similares de ARDS en ambos periodos (I=15.9 vs. II=15.0) y la traqueotomía fue realizada en ambos grupos de manera similar (I=18.5% vs II=.20%) aunque fue más precoz en el periodo II (I= día 9.5 vs. II= día 13.1).

Los días de internación fueron similares en ambos periodos (I=9.71 vs. II=10.2)

La mortalidad descendió en último periodo. (II= 36% vs. I=41,2%).

**Conclusiones:** La incidencia del TECG continúa en aumento.

En los últimos años la mortalidad ha disminuido, las poblaciones estudiadas fueron de características similares.

Si bien desde la evidencia no se ha logrado demostrar la utilidad de la craniectomía descompresiva en mejorar los resultados, su utiliza-

ción ha aumentado significativamente en los últimos años, pues ha sido reconocida como una estrategia terapéutica útil en el trauma craneoencefálico grave.

### 0232 TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA

GR HÖRMANSTORFER, HM GORINO, E BORNACIN, K BUSTAMANTE GALARZA, A MARTI, A DE BONIS, MA GARCÍA, O FARIÑA

Hospital El Cruce "Dr. Néstor Kirchner"; Florencio Varela; Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** presentar un caso de Trombocitopenia inducida por Heparina (HIT) en una paciente internada en la UTI.

**Materiales y métodos:** Historia clínica de la paciente. Búsqueda bibliográfica en la literatura universal sobre HIT.

**Resultados:** Mujer de 35 años, ingresa al hospital derivante para histerectomía por Leiomatosis uterina. Intercede a las 48 horas del postoperatorio con disnea, oliguria y episodios de pirogenemia. Evoluciona con insuficiencia respiratoria, requiriendo AVIM. Se deriva a nuestro hospital, al examen físico: abdomen distendido con aumento de la tensión parietal, ruidos hidroaéreos ausentes. Herida quirúrgica flogótica, con secreción serohemática. Se realiza Tomografía Computada (TC) de tórax: TEP bilateral. TC de abdomen/pelvis con contraste: fuga de contraste a nivel de uréter derecho. Laboratorio: Hto 23,5%; Hb 7,3; GB 4000; PQT 110.000; CP 68%; APTT 25 seg; Fibrinógeno 837; Dímero D 4000. Ecocardiograma transtorácico: Hipertensión pulmonar severa. Laparotomía exploradora: peritonitis purulenta. Uréter derecho seccionado (se reconstruye con vejiga, se tutoriza con catéter doble jota). Se interpreta el cuadro como Shock Séptico secundario a peritonitis urinosa por lesión ureteral. TEP bilateral. Evoluciona con insuficiencia renal aguda oligúrica. Dada la necesidad de reintervenciones quirúrgicas para lavado de cavidad abdominal se inicia anticoagulación con heparina sódica. (Determinación basal: APTT de 30 seg), incrementándose paulatinamente la dosis hasta 40000 UI/d; y recuento plaquetario diario. Al 5to día de anticoagulación presenta descenso de plaquetas (32.000 confirmado por frotis), asociado a la aparición de lesiones tromboticas en miembro superior izquierdo (MSI) y en ambos miembros inferiores. Eco doppler venoso MSI: trombosis venosa humeral en segmentos medio y distal. Vena Basílica ocluida. Trombosis arterial. Ante la sospecha de HIT, se solicita determinación de Anticuerpos Anti Factor Plaquetario 4 (Anti FP 4): 126 % (normal < 28%). Se suspende Heparina sódica, con posterior incremento de plaquetas a 80.000. Se realizó amputación de MSI.

**Conclusión:** la hemorragia es la complicación más frecuente en el tratamiento con heparina, aunque aún más grave es la trombosis. La incidencia de HIT es variable, del 1-5% cuando se utiliza heparina no fraccionada y <1% con heparina bajo peso molecular. Según estudios recientes la incidencia en UTI es < 3%. Es más frecuente en mujeres. El uso de dosis profilácticas aumenta el riesgo de formación de anticuerpos. Sólo del 5 al 30% de los pacientes con Anti FP 4, tendrán manifestaciones clínicas de HIT; éstos forman un complejo: Heparina- Anti FP4 generando activación plaquetaria, liberación de mediadores protrombóticos, consumo de plaquetas y trombocitopenia. El diagnóstico se realiza en base a un pre test (4T) que tiene en cuenta la presencia de trombocitopenia (descenso >50%) tras 5 días de tratamiento o <1 día si existe exposición previa en los últimos 30 días y aparición de fenómenos tromboticos; y la presencia de anti FP 4.

### 0233 TORMENTA SIMPÁTICA PAROXÍSTICA; UN DIAGNOSTICO A TENER EN CUENTA. PRESENTACION DE UN CASO

N BASSO, M VARGAS, A CARTELLI, M ZELADA, R ANDRIANO, P TAGLIAFERRO, J AGUERO

Clinica Delta Campana, Argentina.

**Introducción:** La tormenta simpática paroxística se caracteriza por alteraciones episódicas disautonómicas: taquipnea, taquicardia, hi-

pertensión arterial, hiperhidrosis, midriasis, hipertermia y postura extensora; generalmente en pacientes con injuria axonal difusa por traumatismo cráneo-encefálico grave.

**Caso Clínico:** Varón de 29 años, sin antecedentes de jerarquía. Sufre politraumatismo y TEC grave. Con hematoma bialpalpebral derecho, Glasgow 3/15, HSD bitemporal, vuelco ventricular, HSA y edema cerebral difuso.

Monitoreo de PIC 5 días.

Intercurre con neumonía broncoaspirativa por SAMS e ITU por Proteus.

En día 22 de internación comienza con episodios neurovegetativos caracterizados por hipertensión, hipertermia, hiperhidrosis, taquicardia, taquipnea y postura en extensión ante distintos estímulos. Bioquímica normal, policultivos negativos, EEG no relevante. Nueva TAC de cerebro con signos de remisión y RMN con injuria axonal difusa.

Descartando causas estructurales e infecciosas se interpreta el cuadro como tormenta simpática paroxística y se comienza tratamiento con morfina (30 mg-día EV) y propanolol. Se observa mejoría clínica inmediata. Se deriva a centro de rehabilitación con igual tratamiento vía oral.

**Discusión:** Después de un traumatismo cráneo-encefálico grave existe una respuesta simpática inmediata con el fin de compensar los efectos del mismo. Una pequeña parte de estos pacientes presentan una respuesta de stress exagerada o tormenta simpática paroxística.

A partir de 1998 Boeve y col asocian estos cuadros a injuria axonal difusa, presentando normalidad en el EEG durante las crisis y ausencia de lesión diencefálica en RMN.

El control del flujo simpático en el SNC esta mediado por receptores opioides lo que explica el efecto supresivo de la morfina.

Como propuesta diagnostica se sugiere que haya al menos 5 de las siguientes manifestaciones: taquicardia, hipertensión, hipertermia, taquipnea, distonía, postura extensora y sudoración; además de la desaparición de las crisis con 10mg de morfina endovenosa.

Los efectos de esta hiperactividad simpática pueden incrementar el riesgo de injuria cerebral secundaria por lo cual es necesario un reconocimiento y tratamiento temprano.

**Conclusión:** Se presenta este caso debido a que la tormenta simpática paroxística es un desafío diagnóstico y se pone en manifiesto la necesidad de incluirla dentro de diagnósticos diferenciales. Lo cual acelera el tratamiento adecuado, modificando la evolución y evitando complicaciones posteriores y secuelas.

#### 0234 ANGIOGRAFIA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA (ANGIOTAC) EN EL DIAGNOSTICO DE MUERTE ENCEFALICA (ME)

A CABRERA, J ORQUERA, D GODOY, C TOLOSA  
Hospital San Juan Bautista - Provincia de Catamarca, Argentina.

**Introducción:** El diagnostico de ME es un proceso medico con implicancias legales. La Ley Argentina requiere criterios clínicos (abolição definitiva y total de las funciones corticales y del tronco encefálico) mas el auxilio confirmatorio de estudios neurofisiológicos (electroencefalograma, potenciales evocados) o métodos que objetiven la ausencia de flujo cerebral como el doppler transcrañeal o la angiografía cerebral. Esta última debe evidenciar ausencia de flujo sanguíneo más allá de las apófisis clinoideas y del parenquimograma cerebral conjuntamente con llenado retrogrado del polígono de Willis a través de las arterias leptomeningeeas. Tiene las ventajas de no alterarse por el accionar de drogas y de no tener falsos positivos. Entre sus desventajas se encuentran la necesidad del traslado a sala de hemodinamia, tiempo prolongado para su realización y utilización de material de contraste potencialmente nefrotóxico.

**Propósito:** analizar en forma preliminar y exploratoria el rol de la AngioTAC en el diagnostico de ME.

**Pacientes y Métodos:** reportamos 2 casos clínicos de ME diagnosti-

cada siguiendo las normativas vigentes (INCUCAI), en los cuales realizamos AngioTAC de 64 cortes con estudio de la perfusión cerebral.

**Resultados:** En las imágenes adjuntas, la AngioTAC confirma el paro circulatorio cerebral siguiendo los criterios antes mencionados para la angiografía convencional.

**Conclusiones:** AngioTAC debido a su no invasividad, tiempos cortos de realización y menor necesidad de contraste nefrotóxico puede constituir un método alternativo auxiliar en el diagnostico de ME. Estudios a gran escala son necesarios para la estandarización del método, definición y validación antes de recomendarla en forma rutinaria.

#### 0235 IMPORTANCIA DE BRINDAR CUIDADOS DE ENFERMERIA EN TERAPIA INTENSIVA, CON PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA.

MF QUINTEROS,, GA TORANZO,, AG DÍAZ,  
Hospital San Roque, Argentina.

**Introducción:** La enfermería se halla en un período crucial en el desarrollo del conocimiento enfermero o, como diría Khun, puede afirmarse con total certeza que la ciencia de los cuidados se halla inmersa en plena revolución científica, es decir, "las enfermeras están comenzando a ver el mundo de otra forma". Partiendo de la base de que la enfermería basada en evidencias ayuda a entender mejor la realidad del paciente, de su familia y del propio sistemas de salud. Lo que falta por plantear es cuáles son las barreras y cuáles los instrumentos facilitadores de su uso haciendo más frecuente basar los cuidados en la mayor evidencia posible.

En este contexto de las Prácticas Basadas en la evidencia, en las últimas décadas está transitando el proceso por conformar un cuerpo de conocimientos propios que le permitan lograr brindar cuidados eficientes y la articulación de las teorías generales, la investigación y la práctica fundamentada en evidencias. Por lo cual los cuidados en las terapias intensivas, están implícitas en este cambio, que requiere de elementos y estrategias de abordaje en el cuidado, que permitan disminuir la variabilidad en la atención clínica en los individuos a quien brindamos cuidado.

**Objetivo:** Describir la importancia de los cuidados de enfermería, en la Terapia Intensiva, justificadas en prácticas basadas en evidencia.

**Metodología:** Revisión bibliográfica y síntesis de literatura científica. Revisiones sistemáticas.

Se consultaron Bases de datos electrónicas, con límites de búsqueda en revistas de enfermería, artículos con no más de 7 años de publicación, en lengua española.

**Conclusión:** La gestión del cuidado plantea desafíos para las enfermeras, que requieren de competencias y conocimientos necesarios para enfrentar lo que la sociedad espera de estos. Es así que la estrategia propuesta por la EBE permite sustentar una gestión del cuidado de calidad segura y con satisfacción hacia el usuario, tomando las mejores decisiones a través de las evidencias disponibles, haciendo que las enfermeras sean respetadas como profesionales con conductas responsables de cuidado frente a la sociedad. La aplicación de la Evidencia en la disciplina de Enfermería, permite el desarrollo de la investigación, al convertir dudas planteadas en la clínica en problemas de investigación, desarrollando la capacidad de lectura crítica de investigaciones reportadas. Con los conocimientos obtenidos de la investigación en enfermería podrán ser utilizados en la práctica diaria del cuidado al crear guías, protocolos y procesos de atención sistematizados, que permiten brindar cuidados seguros en todos los niveles de atención en salud.

#### 0237 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A RABDOMIOLISIS POR ESFUERZO FISICO

J ORQUERA, A CABRERA, C TOLOSA, D GODOY  
Hospital San Juan Bautista - Provincia de Catamarca, Argentina.

**Objetivos:** Descubrir las características clínicas, bioquímicas y evolución de dos casos de rhabdomiólisis con insuficiencia renal aguda por esfuerzo físico en personas sanas.

**Materiales y métodos:** Presentación de dos casos clínicos

**Introducción:** Pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva, sin antecedentes patológicos, de 26 y 28 años, sexo femenino y masculino respectivamente. Ambos luego de una actividad física en exceso, golpe de calor, presentaron insuficiencia renal oligoanúrica secundaria a rhabdomiólisis.

**Resultados:** La clínica predominante fue dolor y debilidad muscular, fatiga, náuseas, vómitos, oliguria y convulsiones.

Laboratorio: aumento CPK entre 25.000 y 260.000 U/L; aumento de las enzimas hepáticas: GOT > 1.000 U/L, GPT > 500 U/L; aumento UREA > 150 mg/dL; aumento de la CREATINA > 8.00 mg/dL y mioglobulinuria positiva.

El tratamiento instaurado fue hidratación, alcalinización de la orina y hemodiálisis.

**Conclusión:** Se concluye que el diagnóstico de insuficiencia renal aguda secundaria a rhabdomiólisis, requiere de la sospecha clínica en pacientes previamente sanos, con factores de riesgo asociados como el esfuerzo físico, golpe de calor e hidratación inadecuada para iniciar tratamiento precoz con terapia de reemplazo de la función renal (hemodiálisis).

### 0238 SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO POR LEPTOSPIRA

C RODRIGUEZ, F VILLAREJO, M LLORIA, L AGUILAR  
Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, Argentina.

Paciente de 47 años de edad que cursa internación en clínica médica por cuadro de disnea progresiva (CF II - III), hemoptisis, fiebre (38°C), sudoración, mialgias, desaturación (84% FiO2 0,21) e hipoventilación generalizada de cinco días de evolución y acompañado de radiografía de Tórax con evidencia radiológica de infiltrado heterogéneo bilateral retículo-nodulillar. Se indica tratamiento empírico con Ampicilina-Sulbactam (AMS) - Claritromicina. Familiar acompañante refiere contacto frecuente por parte del paciente con roedores.

Evoluciona, durante su estadía en clínica médica, con mala dinámica ventilatoria e insuficiencia respiratoria hipoxémica (*Tc de tórax con evidencia de vidrio esmerilado bilateral con mayor compromiso de lóbulos superiores - evaluado por Neumonología donde impresiona Neumonía por pneumocystis (PCP) - Neumonía aguda de la comunidad (NAC) - Hemorragia Alveolar - Leptospirosis*) en contexto de caída del hematocrito (Hto) (de 37% a 24,8% en 72 hs) evolucionando con Síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) (*SOFA 8 - Compromiso hepático/Respiratorio/Hemodinámico*) acompañado de hiperlactacidemia (*ac.láctico 3,7*).

Pasa al shock room de la emergencia donde se decide apoyo ventilatorio, intubación orotraqueal y conexión a asistencia respiratoria mecánica invasiva (IOT/ARM) con requerimiento de apoyo vasopresor (Noradrenalina 0,3 gamma por 24 hs). Se realiza lavado bronqueoalveolar (BAL), con evidencia de contenido hemático por tubo endotraqueal (TET), tomando muestra para gérmenes comunes, Kock, micológico y neumonía por pneumocystis (PCP). Se decide su ingreso a UTI. Continúa tratamiento empírico con AMS-Claritromicina-Trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) (serología par HIV(-)), se suspende TMS (*descartando PCP*) continuando con claritromicina - AMS. Se solicita serología para Hantavirus y Leptospira al instituto Malbrán, obteniendo resultado positivo para Leptospira. Desde lo respiratorio evoluciona con SDRA con requerimiento de sedación-analgésica profunda (FNT-MDZ-Propofol) acompañado de infiltrado radiológico bilateral y Score de Murray 2,75. Adecuada respuesta a maniobras de reclutamiento. Se decide, 96 horas después, su extubación con buena tolerancia, máscara Venturi FIO2 0.50, cánula nasal con destete de oxigenoterapia y pase a sala general de clínica médica.

### 0239 COLAGENOPATIAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN SALTA

V GARCIN MENDOZA, V CELIOPE, ME NADIR, V JUAREZ  
Hospital Señor del Milagro Salta, Argentina.

Las colagenopatías pueden tener compromiso multisistémico y ser potencialmente fatales, precisando algunos pacientes el ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

**Objetivo:** Describir y determinar las características clínicas, diagnósticos reumatológicos más frecuentes, motivo de ingreso, compromiso sistémico y mortalidad en Unidad de Cuidados Intensivos.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de corte transversal, en el Hospital Señor del Milagro, Ciudad de Salta, período Julio 2009 - Julio 2011. Se incluyó pacientes que ingresaron a UCI con diagnóstico de colagenopatías realizado antes o durante su internación. La recolección de datos se realizó mediante revisión de historias clínicas. Se analizaron parámetros clínicos: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, tiempo de diagnóstico, debut en UCI, tratamiento previo, causa de ingreso, compromiso sistémico, patologías asociadas, infecciones adquiridas en UCI, tratamientos, tiempo de estadía y mortalidad.

**Análisis estadístico:** Se realizó análisis descriptivo. Se expresaron los datos categóricos en número y porcentajes, los datos continuos en mediana y rango intercuartil (RIC).

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes, el 78.6% (n=11) de sexo femenino, mediana de edad 41.5 (RIC: 26-57) y de años de evolución 6 (RIC: 3.2-8.7). Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: Lupus Eritematoso Sistémico (LES) 35.7% (n=5), Vasculitis 21.4% (n=3), Artritis Reumatoidea 14.3% (n=2), Rhupeus 14.3% (n=2), otro diagnóstico 14.3% (n=2). Dos pacientes fueron diagnosticados durante la internación. El tiempo mediano de estadía en terapia fue de 10 días (RIC: 1.75-24.75). Las causas de internación fueron infecciosas en el 50% (n=7), con 3 tuberculosis (1 meningea, en un paciente con LES), y en 28.6% (n=4) fue por actividad de la enfermedad de base. El 57.1% (n=8) tuvo falla de más de 2 órganos, siendo la causa pulmonar la más frecuente (n=10), con 3 Hemorragias pulmonares. En los 7 pacientes que hubo compromiso renal, fue secundario a LES. El compromiso hematológico, fue por anemia en la totalidad de los pacientes. Durante la internación en UCI, 10 pacientes sufrieron infecciones. En 6 pacientes se realizaron pulsos de ciclofosfamida o metilprednisolona, y otros tratamientos en 6 pacientes (plasmáferesis y diálisis). La mortalidad fue del 42.9% (n=6), siendo la causa más frecuente secundaria a sepsis.

**Conclusión:** En este estudio retrospectivo, la causa de internación más frecuente fue el LES, en general por compromiso pulmonar o renal, con falla multiorgánica. Es de destacar, la alta tasa de infección durante la estadía en UCI y la elevada mortalidad asociada. Este trabajo, constituye la base de un futuro registro prospectivo de pacientes con enfermedades reumatológicas en dicho servicio del Hospital.

### 0240 VENTILACION PROTECTIVA Y MANIOBRA DE RECLUTAMIENTO ALVEOLAR EN NIÑOS CON SDRA

SM MERCADO<sup>1</sup>, AE MENCHACA<sup>1</sup>, C SANTOS<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centro Pereira Rossell Montevideo, Uruguay. <sup>2</sup> Laboratorio de Exploración Funcional Respiratorio Hospital de Clínicas, Uruguay.

El SDRA/LPA representa el 1-4% de los ingresos a las UCI pediátricas con una mortalidad de 22-44%. Las formas de ventilación se han modificado en los últimos años y la estrategia actual asocia volúmenes corrientes bajos y niveles de PEEP elevados. Es discutido cual es el mejor nivel de PEEP a utilizar así como, la necesidad de realizar maniobras de reclutamiento alveolar para asegurar el máximo de apertura alveolar. La estrategia actual de VM del SDRA no está completamente estudiada en el niño y la información es escasa.

**Objetivos:** Determinar los efectos inmediatos de la ventilación protectora, con niveles de PEEP iguales o mayores al punto de mejor

compliance (PMC) y maniobra de reclutamiento alveolar (MRA).

**Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo, randomizado en pacientes entre 1 año y 15 años de con diagnóstico de Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda o Lesión Pulmonar Aguda (SDRA/ LPA) de inicio temprano.

Cada paciente se estudió antes y después de MRA, con dos niveles de PEEP:

Grupo A: PEEP=PMC; Grupo B: PEEP=PMC+5 cm H<sub>2</sub>O.

Se midieron la hemodinamia sistémica y los gases arteriales en 4 condiciones: 1) Basal (T0): PEEP = 5 cm H<sub>2</sub>O; 2) T1: 30 min PEEP; 3) T2: post MR inmediato; 4) T3: 30 min PEEP post MR.

**Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes, mediana de edad: 42,5 meses, semi recorrido intercuartílico (SRI), 57. El 88% de los casos de SDRA correspondió a infecciones respiratorias, 13 % a etiología extrapulmonar.

El valor de la relación presión parcial de O<sub>2</sub> arterial/ fracción inspirada de O<sub>2</sub> (PaO<sub>2</sub>/ FiO<sub>2</sub>) al inicio del estudio fue 161,5, SRI 44,8.

Dentro del grupo A se logró una mejoría significativa de la relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (p =0,002), con el empleo de ventilación protectora y niveles titulados de peep. También se corroboró una mejoría en los volúmenes pulmonares (p=0,004), ). En la comparación pareada hubo una mejoría significativa en la relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>, con la aplicación de niveles de peep (p= 0,017), aumento post MR inmediato (p= 0,036), manteniéndose (p=0,018). Sin cambios hemodinámicos.

Dentro del grupo B no hubo cambios significativos en el intercambio gaseoso o en los volúmenes pulmonares en la evaluación global. En la comparación pareada se constató una mejoría significativa de la relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inmediatamente a la maniobra de reclutamiento (p=0,05), mantenida en el periodo postreclutamiento inmediato (T3) (p=0,012). El volumen corriente presentó un comportamiento similar (p=0.05), que persistió posreclutamiento (p =0,012), no hubo cambios hemodinámicos.

El potencial reclutamiento fue mayor en el grupo de SDRA extrapulmonar (p=0,05)

**Conclusiones:** El SDRA mantiene elevada mortalidad, el empleo de ventilación protectora y niveles elevados de Peep mostró en este grupo una mejoría en el intercambio gaseoso. Habrá a que evaluar un mayor número de pacientes para afirmarlo, así como los beneficios de incluir la maniobra de reclutamiento alveolar en la estrategia ventilatoria .

#### 0241 ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA DE EVOLUCIÓN LETAL

P CELARIO, M GOMEZ GENTILLI, J RAMACCIOTTI

Hospital Ángel Padilla.Tucumán. San Miguel de Tucumán, Argentina.

**Material y Método:** Descripción de caso.

Paciente de sexo femenino de 47 años de edad, que presenta parésia fascio braquío crural derecha de instalación paulatina desde el 5/1/12 debutando diez días posteriores al evento con crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas. Se interna en servicio de urgencias con GCS 14/15(M=6 O=4 V=4) presentando TAC de encéfalo que informa extensas áreas hipodensas a nivel de sustancia blanca profunda parietal izquierda y frontal homolateral. Punción lumbar con líquido normal, cultivos bacteriológicos y virológicos negativos. Iniciándose 3 ciclos de Metilprednisolona con escasa respuesta, progresando el deterioro del sensorio a un GCS 12/15 (M=6 O=4 V=2) y desarrollando vejiga neurogénica. Se realiza RNM de encéfalo y columna cervicodorsal presentando compromiso desmielinizante de la sustancia blanca de las áreas descritas previamente por TAC, así como también a nivel de 5 segmento cervical, con sospecha diagnóstica de encefalopatía desmielinizante aguda. Debido a la progresión del compromiso neurológico con deterioro del Glasgow 10/15 (M=5 O=3 V=2) se deriva a unidad de cuidados críticos, completando 5 gramos de Metilprednisolona sin respuesta a los mismos e iniciándose plasmaféresis con paulatino

deterioro del cuadro requiriendo asistencia respiratoria mecánica por inadecuada protección de la vía aérea. La paciente evoluciona a un GCS de 3/15, sufriendo neumonía asociada a la ventilación progresando posteriormente a distress respiratorio severo y shock séptico constatándose el óbito el 28/2/12. Actualmente se espera confirmación diagnóstica anatomo-patológica por necropsia total de encefalomielitis diseminada aguda.

La encefalomielitis diseminada aguda, cuyo acrónimo en inglés es ADEM, se define clásicamente como un síndrome autoinmune monofásico post infeccioso, alérgico o post inmunización que afecta a la sustancia blanca del SNC. La patogenia postulada para la ADEM es la sensibilización de linfocitos contra el tejido encefálico debido a una reacción cruzada entre antígenos infecciosos o agentes de inmunización y antígenos cerebrales, esto produce una respuesta inflamatoria directa provocando inflamación perivascular, edema y desmielinización del sistema nervioso central. En los últimos años la mortalidad de la ADEM ha disminuido a un 10 a 30% en la actualidad debido a la terapia inmunosupresora y al tratamiento agresivo del edema cerebral. A pesar de esto, debemos tenerla presente en nuestra práctica para su reconocimiento y tratamiento precoz, con el fin de evitar secuelas o síntomas que comprometan la vida de nuestros pacientes.

#### 0242 MECANISMOS DE LESIONES ENVÍCTIMAS DE EXPLOSIÓN

P CELARIO, R SUELDO, J RAMACCIOTTI

Hospital Ángel Padilla.Tucumán. San Miguel de Tucumán, Argentina.

**Material y Método:** Descripción de caso.

Paciente femenina de 43 años de edad que sufre politraumatismos por explosión de cámara séptica en su domicilio, con eyección de 2 metros de distancia en área abierta; ingresando por servicio de emergencias evidenciando quemaduras tipo AB y B que comprometen rostro (3,5% ASC) y heridas faciales cortantes con múltiples esquirlas. Al examen primario del trauma se presenta lúcida GCS 15/15, sin constatar disfonía, estridor o espanto carbonáceo en orofaringe, con saturación de oxígeno conservada por oximetría de pulso y buena dinámica ventilatoria sin particularidades a la auscultación. Hemodinamia estable, permaneciendo normotensa, con taquicardia leve, pulsos y coloración de piel normales. Se constató hematoma en pie y muñeca derecha realizando antisepsia de las heridas, y cobertura con ropa de cama esterilizada para control infectológico y de temperatura. Durante el reconocimiento secundario se realiza ECOFAST negativo y mediante trabajo interdisciplinario precoz por servicios de otorrinolaringología, oftalmología, y odontología se diagnostican y tratan fractura coronaria del incisivo lateral, múltiples heridas cortantes en labio y mentón; y traumatismo perforante de ojo izquierdo con cuerpo extraño alojado en el mismo. Luego de 24 horas de la evaluación inicial se constatan lesiones pasadas por alto durante el reconocimiento terciario por especialistas; fractura de tobillo derecho y fractura de pelvis en su rama ilio-isquio-pubiana derecha. Realizándose además estudios tomográficos que revelan contusión encefálica frontal izquierda y hemotórax derecho con requerimiento de avenamiento pleural. Finalmente se efectúa la enucleación del ojo izquierdo de forma diferida con buena evolución del resto de las lesiones de la paciente. El trauma por explosión es causado por el súbito aumento de presión del aire ambiente luego de la detonación de una carga de alta energía, por la expulsión de fragmentos a distancia, la propulsión del cuerpo de la víctima por la onda expansiva, la exacerbación o complicación de enfermedades preexistentes, y su vinculación con injuria celular asociada a hipoxia y stress oxidativo. La paciente citada sufrió múltiples lesiones parenquimatosas por implosión, espalación e inercia, lesiones faciales y oculares por expulsión de esquirlas, y lesiones óseas por propulsión.

El daño tisular producido por explosión puede ser una causa importante de lesiones ocultas en pacientes de servicios de emergencias, debido a la heterogeneidad de los mecanismos implicados en su

génesis. Es esencial ser consciente de la extensión y el impacto de sus efectos directos e indirectos en los diferentes sistemas del organismo haciendo uso de estrategias diagnósticas dirigidas por metas, a los fines de pesquisar y minimizar las lesiones pasadas por alto.

#### 0243 INANICIÓN POSTLESION CEREBRAL AGUDA Y SINDROME DE ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR

P. LAZARTE, R. SUELDO, L. ARVELOA, J. SANCHEZ, J. RAMACCIOTTI

Hospital Ángel Padilla. Tucumán. San Miguel de Tucumán, Argentina.

**Material y Método:** Descripción de caso.

Paciente de 16 años con cefalea intensa en estudio, sufre deterioro de sensorio con requerimiento de ARM e internación en UCI. Posterior a estabilización hemodinámica, se realiza diagnóstico arteriográfico de disección carotídea interna derecha con infarto hemisférico homolateral. Debido a la extensión de la lesión se realiza traqueostomía temprana, requiriendo internación prolongada y cursando múltiples interurrencias infectológicas. Ingres a protocolo de desvinculación de ventilación mecánica con éxito y 3 semanas posteriores se realiza decanulación con buena evolución. Inicia en forma concomitante a nutrición enteral ingesta vía oral y días después sufre episodios de dolor postprandial en hemiabdomen superior, de intensidad leve a moderada; por lo que se reduce volumen de ingesta conservando contenido calórico proteico. A la semana se añade al cuadro vómitos tipo alimenticios, cantidad moderada. Se realiza TC de Abdomen contrastada sin evidencia de causa que justifique la signosintomatología. Se realiza ateneo en conjunto con Servicio de Gastroenterología y Cirugía Abdominal, decidiéndose estudio baritado esofagogastroduodenal. El análisis del mismo evidencia obstrucción extrínseca de tercera porción del duodeno. Se interpreta como Síndrome de Arteria Mesentérica Superior y se decide tratamiento postural e higiénico-dietético con buena evolución y posterior alta de cuidados críticos.

El síndrome de la arteria mesentérica superior, también conocido como compresión duodenal arterio-mesentérico, síndrome de Wilkie o síndrome de pinzamiento aortomesentérico; se debe a una compresión intermitente de la tercera porción del duodeno, debido al nacimiento anómalo de la arteria mesentérica superior. Las principales causas radican en lo agudo del ángulo de emergencia en la arteria aorta y la corta longitud hasta que cruza la tercera porción del duodeno.

Es difícil evaluar su incidencia real, pero se presenta con mayor frecuencia entre la 2ª y la 4ª década; en el sexo masculino. Los pacientes pueden tener antecedentes de dolor abdominal de tipo cólico y náuseas, las que se alivian con los vómitos, que son biliosos, a veces alimenticios. Aparece a menudo en procesos crónicos o traumatismos que requieren inmovilización prolongada, que predisponen a pérdida considerable de peso.

El diagnóstico diferencial se hace con enfermedades frecuentes como úlcera gástrica o duodenal, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, colon irritable, síndrome pilórico, etc.

El tratamiento médico consiste en mejorar el peso corporal del paciente, así acumulará grasa en el retroperitoneo. Estrategias planteadas abarcan uso de alimentación parenteral y utilización de decúbito prono o lateral izquierdo después de las comidas para ayudar el vaciamiento. En caso de refractariedad a las terapéuticas mencionadas se realiza abordaje quirúrgico, de preferencia laparoscópico, aunque existen grupos que realizan cirugía inmediatamente luego del diagnóstico.

#### 0244 BOTULISMO ALIMENTARIO AGUDO

N. GONZA, L. LEGUIZAMON, R. SUELDO, M. LUIS, J. SANCHEZ, J. RAMACCIOTTI

Hospital Ángel Padilla. Tucumán. San Miguel de Tucumán, Argentina.

**Material y Método:** Descripción de caso. (Tres intoxicados)

Paciente de 44 años sin antecedentes patológicos ingresa por Guardia Mayor presentando visión borrosa, diplopía, oftalmoplejía bilateral, disartria, disfagia, debilidad muscular de los 4 miembros con reflejos osteotendinosos presentes, pupilas isocóricas y reactivas, excitación psicomotriz, afebril e hipertenso. Tiene como antecedente ingesta de conserva casera 72 hs. antes de la presentación de sintomatología descripta. Presentó signos de insuficiencia respiratoria con posterior deterioro del sensorio y se decide ingreso a UCI realizándose intubación orotraqueal y se conecta en ARM. Se infundió antitoxina trivalente (ABE) a los 3 días del inicio de los síntomas, cuando se confirma el diagnóstico de Botulismo Alimentario Agudo por aislamiento de Toxina Botulínica serotipo A con alto inoculo de esporas en el alimento ingerido por el paciente que fue remitida al Dpto. de Bromatología. Es traqueostomizado al 7º día. Evoluciona con parámetros de SDRA severo (Murray 3) sin responder a maniobras de reclutamiento y sepsis asociada a foco endovascular progresando a shock séptico. Durante su tórpida evolución sufre PCR del cual se logra recuperar presentando anisocoria (midriasis derecha) que evoluciona a midriasis bilateral, ausencia de reflejos tronco bulbares. En TAC de cerebro se evidencia edema difuso compatible con encefalopatía hipóxica se realiza doppler transcraneal con patrón de paro circulatorio cerebral, confirmandose por EEG ausencia de actividad eléctrica. Paciente aún distresado severamente sufre nuevo paro cardiorrespiratorio y finalmente fallece. Cabe destacar que 2 pacientes más sufrieron igual sintomatología posterior a ingesta de dicha conserva con alto inoculo presentando diferentes evoluciones, uno requiriendo ARM en otro centro asistencial evolucionando favorablemente y otro sin requerir internación.

**Conclusión:** El botulismo es una enfermedad paralizante causada por las neurotoxinas del Clostridium botulinum y en raros casos, por otras especies de Clostridium. Es un BGN que tiene 7 serotipos (a-g) y cada una es neutralizada por su correspondiente antitoxina. Los brotes de botulismo alimentario son raros, pero pueden provocar la muerte rápidamente y los productos contaminados pueden exponer a muchas personas. Actualmente es más frecuente el botulismo por productos vegetales que por alimentos de origen animal. El botulismo alimentario resulta de la ingestión de la toxina preformada en el alimento. En general, mientras más breve es el período de incubación, más grave es la enfermedad y mayor la tasa de letalidad. Si bien la presentación es aguda en los 3 pacientes, la evolución es diferente a pesar de la administración de la antitoxina posterior a las 6 horas.

#### 0245 FÍSTULA INTESTINAL DE ALTO DÉBITO Y REINFUSIÓN DE LÍQUIDO INTESTINAL.

C. CORDOBA CARRIZO, V. HERRERA, J. SANCHEZ, J. RAMACCIOTTI

Hospital Ángel Padilla. Tucumán. San Miguel de Tucumán, Argentina.

**Material y Método:** Descripción de caso.

Paciente masculino de 21 años de edad, con diagnóstico de traumatismo cerrado de abdomen por incidente de vehículo de motor. Requiere Laparotomía exploratoria con sutura hepática, duodenal y pancreática más gastroyeyunoanastomosis. Ingres a UCI cursando reintervención quirúrgica, realizándose sutura de perforación Gástrica, complicándose con pancreatitis postraumática. Evoluciona con abdomen abierto y contenido, con múltiples intervenciones quirúrgicas, con cecostomía, colecistostomía y múltiples fistulas de alto débito, con impacto a nivel hidroelectrolítico, metabólico y nutricional (principalmente alcalosis metabólica cloro sensible e hipokalemia), requiriendo plan de hidratación amplio, nutrición parenteral total (NPT) y tratamiento prolongado con SIVACO. Posteriormente se agrega nutrición enteral (NET), luego se realiza fistuloclis con reinfusión de líquido intestinal (dos sondas Foley, con recolección por proximal y reinfusión por distal mediante bom-

ba, durante cinco días), alimentación distal a fístula y tratamiento con Octreótide, mejorando parcialmente el débito y solucionando la alcalosis metabólica. Durante su internación requirió de ARM prolongada, cursó con hemorragia digestiva alta y múltiples intercorrientes infectológicas con gérmenes multiresistentes. Luego del tratamiento médico y con estado nutricional óptimo, se realiza Cirugía de restitución de tránsito Intestinal, con buena evolución y posterior alta.

**Conclusión:** Las fistulas enterocutáneas son generalmente una complicación de la cirugía abdominal. El cierre espontáneo ocurre en un 30% de los casos. La NET debe emplearse si es posible como forma exclusiva. La somatostatina, sus análogos, y el cierre asistido por vacío, facilitan el cuidado de la piel y reducen el tiempo de cierre de la fístula y la estancia hospitalaria. La fistuloclis es un procedimiento relativamente novedoso, factible para algunos pacientes. Permite la NET, la reinfusión de parte del contenido Intestinal y evita las complicaciones de la NPT prolongada. Parece ser aceptable y seguro para mantener y mejorar el estado nutricional e hidroelectrolítico. Algunos tipos de fistulas como las de localización proximal, de alto débito y con trayectos múltiples, siguen asociándose con una elevada mortalidad.



#### 0247 PROTOCOLO DE CINCO PUNTOS PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE NMN ASOCIADA A LA VENTILACION MECANICA Y A LA VÍA AÉREA ARTIFICIAL

A GARCIA, J LUGONES, D COLQUE, S BAESSO, N ENCINA, C JANUSZEVIKI, A CARPIO

Servicio de Terapia Intensiva ALPI - Departamento de Enfermería, Argentina.

**Introducción:** La aplicación de protocolos de trabajo para la sistematización de las conductas terapéuticas no sólo organiza y da consistencia a la labor diaria del grupo de trabajo, sino que mejora la respuesta por parte de los pacientes ante las mismas.

**Objetivo:** Observar si la aplicación de un protocolo de prevención disminuye la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica y vía aérea artificial.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron en este trabajo todos los pacientes internados en el servicio de terapia intensiva, entre marzo y septiembre del año 2012, que presentaron vía aérea artificial y/o estuvieran ventilados mecánicamente.

De cada sujeto se recolectaron diariamente los siguientes datos:

- Nivel de conciencia según la escala RANCHO LOS AMIGOS para pacientes con lesión del Sistema Nervioso Central.
- Características de la vía aérea artificial
- Soporte ventilatorio total-parcial o no requerimiento del mismo.
- Datos aportados por la Escala de Coplin (frecuencia de aspiraciones, cantidad y calidad de las secreciones bronquiales)
- Cuantificación del lago faríngeo.

A todos se le aplicó un protocolo de prevención que consistió en los siguientes cinco puntos:

- 1- Medición de la presión del manguito (cada 8hs)
- 2- Cabecera a 45°.
- 3- Higiene oral (cada 8hs)
- 4- Instilación de aire comprimido a nivel subglótico.
- 5- Medición de residuo gástrico. (Cada 8hs)

Una vez terminado el estudio se comparó la incidencia de NMN asociada a la ventilación mecánica y vía aérea artificial con el mismo periodo del año anterior.

**Resultados:** En análisis

#### 0251 ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA CON DIAGNOSTICO DE SEPSIS SEVERA Y SHOCK SEPTICO (PARTE 1)

JS ECHAVE, SI BAÑOS, L BUSSO, K CINQUEGRANI, KP FIQUERON, GE MACARRON, DI OTERO, M RZEPESKI, AG WALSER Htal El Cruce, Dr Nestor Kirchner, Argentina.

**Objetivos:** Describir la epidemiología de los pacientes que se internan en nuestra UCIP con diagnóstico al ingreso de sepsis severa y shock séptico, derivados de los hospitales de la red.

Asociar la mortalidad a: edad, sexo, estado nutricional, presencia de comorbilidades; volumen de resucitación y antibióticos administrados en la primera hora.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, de 87 pacientes ingresados a UCIP derivados desde los hospitales del rea programática, desde el 1° de abril de 2011 al 31 de marzo de 2012. Utilizando la historia clínica digital y la base de datos SATI Q.

**Resultados:** El 60% de los pacientes son de sexo femenino, la edad promedio fue de 30,1 meses, según PIM2 la probabilidad de mortalidad fue de 30,9 %, la mortalidad ascendió al 41,6 %, el índice de mortalidad estandarizado (SMR) fue de 1,28. El 25% de los pacientes presentaban desnutrición leve y el 6,2 % desnutrición severa. La comorbilidad asociada más común fue la cardíaca 20,8 %. Se obtuvo rescate microbiológico en el 47,9% de los casos. Todos los pacientes requirieron asistencia respiratoria mecánica en las primeras 24 Hs. Las disfunciones respiratoria y cardiovascular fueron las más frecuentes. El 22,9 % de los pacientes presentaron SDRA, y el 18,7 % requirieron diálisis como terapia de remplazo renal. El volumen de resucitación utilizado en la primera hora fue menor a 20 ml/k el 12,5 %, entre 20 y 40 ml/k el 58,4 %, y mayor a 40 ml/k el 29,1 %. Solo el 18,7 % recibió antibióticos en la primera hora de diagnóstico.

La asociación entre sexo y mortalidad fue 37% para el sexo femenino y 47% para el sexo masculino. La edad, el estado nutricional y las comorbilidades no pudieron ser evaluados debido a la disparidad de las muestras en relación al PIM2 de ingreso. Se observó que los pacientes que recibieron menos de 20 ml/k de volumen como resucitación la mortalidad fue de 62,3 %, los que recibieron entre 20 y 40 ml/k la mortalidad fue de 40,2% y los que recibieron más de 40 ml/k la mortalidad fue de 19,8%. Los pacientes que no recibieron antibióticos en la primera hora la mortalidad fue del 43%, mientras los que recibieron la mortalidad fue del 22,4 %. Ambas muestras (las de resucitación y las de antibióticos) fueron similares en cuanto a edad y a PIM2.

**Conclusiones:** La edad de los pacientes concuerda con el promedio del servicio. El PIM, la mortalidad y el SMR son mayores a los observados en nuestro servicio.

Si bien la muestra es pequeña, la mortalidad fue menor cuando mayor es la resucitación inicial con fluidos, como así también la mortalidad es menor cuando se administra antibióticos dentro de la primera hora de diagnóstico de sepsis severa y shock séptico; como se recomienda en las guías de sepsis y en la campaña sobreviviendo a la sepsis.

La segunda parte del trabajo consiste en realizar una acción educativa sobre el equipo de salud de los hospitales de la red, así lograr un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno de esta patología, realizando un estudio prospectivo para evaluar los resultados.

### 0252 CORRELACION ENTRE EL PATRON HEMODINAMICO Y LOS PARAMETROS DE FUNCION DEL INJERTO EN EL POSTOPERATORIO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

G TUHAY, G GARCIA, A FERRE, M MARTINEZ NAVARRO, H ARIAS, C PEREZ ACOSTA, F KLEIN  
Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Introducción:** Los pacientes (p.) cirróticos presentan un patrón hiperdinámico caracterizado por un Gasto Cardíaco elevado y una Resistencia Vascular Sistémica (RVS) disminuida. El monitoreo hemodinámico con catéter de arteria pulmonar es habitualmente utilizado durante el intra y postoperatorio del trasplante hepático (TxH). La reversión espontánea del patrón hemodinámico descripto o su normalización durante el postoperatorio (POP), estaría asociada con la mejoría de los parámetros de funcionalidad del injerto. El objetivo del estudio fue evaluar los cambios hemodinámicos durante el post TxH inmediato y relacionarlos con los cambios de la función hepática.

**Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal, en el que se incluyeron a todos los p. trasplantados hepáticos con diagnóstico de cirrosis que ingresaron a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) durante el período de noviembre del 2008 al mes de marzo del 2012. Se registraron durante el POP los valores hemodinámicos y de función hepática. Se analizaron como variables hemodinámicas la RVS a las 12 hs desde el ingreso a UTI y la variación de la resistencia vascular sistémica (vRVS) tomada como la diferencia entre la RVS al ingreso a UTI y a las 12 hs.

Como variables de función hepática se consideraron el Tiempo de protrombina (TP) a las 24 y 48 hs post TxH, la bilirrubina total (BT) a las 24 hs, la variación del TP (vTP) a las 48 hs y la variación de la BT (vBT) a las 24 hs.

La relación entre las variables de interés se realizó mediante regresión lineal simple. Se consideró como valor de significación alfa  $\leq 0.05$ . Las variables cuantitativas se describen como media  $\pm$  DE y las variables cualitativas como porcentajes.

**Resultados:** Se estudiaron 35 p. de un total de 81, de los cuales se excluyeron 38 por datos hemodinámicos insuficientes y 8 por encontrarse bajo vasopresores al ingreso. La población presentaba edad media de  $57 \pm 10$  y un score de MELD medio de  $22 \pm 10$ . Las causas de cirrosis fueron por VHC 37% (13), alcohol 32% (11), idiopática 14% (5), VHB 6% (2) y otros 11% (4). La media de la RVS a las 12 hs fue de  $831 \pm 205$  y el 49% de los p. (17) normalizó la RVS. Al realizarse la regresión lineal de la RVS a las 12 hs y la vRVS en relación a los valores de TP a las 24 y 48 hs, vTP, BT y vBT; se evidenció una  $p > 0.05$ .

**Conclusiones:** La mejoría hemodinámica expresada por el ascenso de la RVS a las 12hs post TxH no se correlacionó con la función del injerto expresada por la mejoría del TP y la disminución de la BT. Dados los cambios en los patrones hemodinámicos del POP, el monitoreo hemodinámico invasivo continúa siendo una herramienta útil durante las primeras horas del trasplante.

### 0253 EPIDEMIOLOGÍA DE PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

MI FERRERO, L AREAS, G BATAGLIA, R CASTRO, A CURA, LJ FINN, LI GAREGNANI, C GROSSI, GJ MUHAFARA, MN NOVO, G PAZ, P PROS, M RICCIARDELLI, A TASSARA, WA TOZZI, L TUYA, G VERDE, M VILLARRUEL, SA VIRGILIO  
Hospital P. Piñero, Argentina.

**Objetivo:** Conocer las características epidemiológicas y la prevalencia de pacientes que reciben VM por más de 12 hs, durante el período de un año, en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

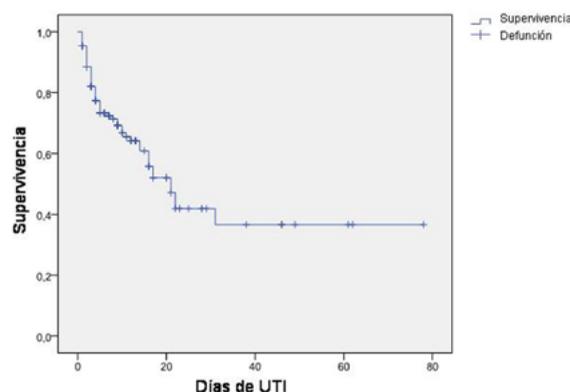
**Materiales y método:** Estudio descriptivo transversal retrospectivo utilizando historias clínicas. Las variables registradas fueron edad, sexo, APACHE II, motivo de VM, días de VM, estadía en UTI y hospitalaria, mortalidad en UTI y hospitalaria, la supervivencia estimada por el método Kaplan-Meier, tasa de extubaciones programadas,

exitosas y fallidas, tipo y duración del weaning, prevalencia y día de realización de traqueotomía (TQT). Se analizará en subgrupo a los pacientes adictos a drogas ilícitas.

**Resultados:** Ingresaron a UTI 373 pacientes, 153 (41,02%) requirieron VM por más de 12 hs. El 35,29% fueron mujeres. La media de edad fue de  $49,56 \pm 20$  años y la de APACHE II de  $19 \pm 9,6$  puntos. Los motivos de VM fueron Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) 72,5% (n=111), Coma 22,8% (n=35), Insuficiencia Respiratoria Crónica Reagudizada 4% (n=6), Enfermedad Neuromuscular 0,65% (n=1). La mediana de días de VM fue de 3[1-5], la de estadía en UTI de 7[3-14] y la de estadía hospitalaria de 17[7-31]. La mortalidad en UTI fue del 37,25% y la hospitalaria del 45,75%. La supervivencia fue de 95% (IC 95%: 92% a 98%) al primer día, de 73% (IC al 95%: 66% a 80,9%) al 5° día y de 42% (IC al 95%: 30% a 55%) al 28° día (Gráfico 1). La tasa de extubaciones programadas fue de 92,3%, donde 64,8% fueron exitosas y 35,2% fallidas. El weaning representó el 41,33% del total de días de VM. El 48% de los pacientes realizó weaning simple, el 31% dificultoso y el 21% prolongado. La prevalencia de TQT fue del 14,4% (n=22) y la mediana de días en el cual se realizó la TQT de 13,5[8-17]. La prevalencia de pacientes adictos a drogas ilícitas fue de 14,4% (n=22), con una mediana de edad de 36,5[16-59]. El 95% fueron hombres con una media de edad de  $35,3 \pm 13,2$ . La media de APACHE II  $15,3 \pm 7,3$ . El principal motivo de VM fue la IRA 72%. La mediana de días de VM fue de 3,5[2-7] y de estadía en UTI 11,5[4-16]. El weaning representó el 52% del tiempo total de VM, donde el 82% corresponde a weaning dificultoso o prolongado. La mortalidad en UTI fue del 27,27%.

**Conclusión:** El trabajo posibilitó conocer el perfil evolutivo y epidemiológico de nuestros pacientes. Es el primer paso para el diseño de estrategias que nos permitan mejorar a la calidad de atención.

Gráfico 1. Supervivencia según tiempo de VM



### 0255 ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA RELACIONADA A LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

MB ROMERO

Hospital Central Reconquista, Argentina.

**Introducción:** Los hospitales son organismos de salud considerados como sistemas abiertos, orientados a metas comunes: brindar calidad de atención, mejorar la salud, la satisfacción de pacientes; como otras actividades de la salud, como la enseñanza y la investigación. Se considera calidad en la atención, a las características técnicas, científicas, materiales y humanas que debe reunir el cuidado de la salud de las personas, asegurando el mayor número posible de años de vida saludable a un costo social y económicamente válido, tanto para el sistema como para la población. Se define en función de la eficiencia utilizando la información para la toma de decisiones, conducentes a una mejor prestación de servicio.

Así se logra la satisfacción del paciente, definido como el nivel del

estado de ánimo de la persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas. Por ello, el personal de enfermería centra su accionar en el cuidado de la persona, satisfaciendo demandas y necesidades de salud dentro de una concepción holística del hombre y la mujer.

**Antecedentes:** Cuando hablamos de calidad de atención de enfermería tenemos en cuenta, la teoría de Virginia Henderson que define como la consecución de conjuntos de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente.

Se puede expresar la calidad de la asistencia, dando respuestas adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales disponibles y el nivel de desarrollo científico, logrando el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción para el usuario como para los profesionales al menor costo.

En el contexto de atención a los usuarios en las unidades de urgencias de las instituciones prestadoras de servicios de salud, el concepto de calidad ha despertado gran interés para su aplicación lo que implica compromiso gerencial, trabajo en equipo, tecnología de punta, entre otros; sin embargo, no serían suficientes si se vulneraran los derechos basados en el trato humano, lo que otorga, una mejor atención y cuidados con dignidad.

La satisfacción del paciente es una respuesta emocional y subjetiva que debe perfilarse conforme se avanza en los diferentes tipos de pacientes, esto se sustenta debido a que existen diferencias educativas, sociales y económicas, por lo tanto la satisfacción como percepción de la calidad varía de una persona a otra en función de sus conocimientos, valores, recursos individuales, además de la edad sexo y algunos factores de morbilidad.

**Metodología:** Para lograr dicho propósito se entregó a cada paciente dado de alta (o familiar, en caso que éste no pueda responder) una encuesta anónima, con preguntas cerradas sobre varios aspectos del cuidado de enfermería en UTI, durante marzo, abril y mayo de 2012.

#### 0256 TRANSFUSION DE GLOBULOS ROJOS SEDIMENTADOS EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA.

M RZEPESKI, L BUSSO, P CASTELLANI, JS ECHAVE, GE MACARRON, LL MORENO, DI OTERO, AE PICCIRILLI, M RABINO, S SUAREZ

Htal El Cruce, Dr Nestor Kirchner, Argentina.

**Objetivos:** Evaluar la indicación de transfusión de sedimento globular en pacientes ingresados a nuestra Unidad de Terapia Intensiva, en el período comprendido entre el mes de marzo de 2009 y febrero de 2012 inclusive.

Discriminar las indicaciones de transfusión según patología.

**Material y Método:** Se llevó a cabo el relevamiento de los pacientes que recibieron transfusiones de sedimento globular durante su hospitalización en nuestra Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, en el período de estudio, que totalizaron un número 668 transfusiones en niños de entre un mes y 15 años de edad.

Se tuvieron en cuenta el valor de hemoglobina, el diagnóstico de base, la puntuación del PIM 2, la edad del paciente, el sexo, los requerimientos de asistencia ventilatoria mecánica, el uso de drogas vasoactivas, y la mortalidad.

**Resultados:** Del total de pacientes analizados la probabilidad de mortalidad según PIM 2 fue 17.87%. La mortalidad general fue del 27%. El 52% de los niños fueron de sexo masculino, la edad media 32 meses, el 87% requirieron asistencia ventilatoria mecánica. Se usaron drogas vasoactivas en el 55,8% de los pacientes, en el 50, 8% de ellos se usaron más de 2 drogas.

El valor de hemoglobina media antes de la transfusión fue de 7,7 g/dl. En los pacientes con diagnóstico de infección respiratoria aguda baja el valor de hemoglobina media fue 7,5 g/dl, shock 7,8g/dl, traumatismo de cráneo grave/hemorragia cerebral 7,4g/dl, cirugía general 8,1g/dl, cardiopatías congénitas cianóticas/cirugía cardiovascular 9,3g/dl, otras patologías 6,9g/dl. Los pacientes en cuya

patología se utiliza como punto de corte para la transfusión una hemoglobina menor de 7 g/dl, la media fue de 7,4 g/dl englobando un total de 207 pacientes.

**Conclusiones:** La indicación de cada transfusión se realizó en base a los niveles de hemoglobina, la enfermedad de base y la clínica del paciente.

Observamos que los pacientes cuya patología y estado clínico no requieren transfusiones con una hemoglobina mayor 7 g/dl, el valor medio en nuestra muestra fue superior. Por lo tanto proponemos que este estudio sirva como punto de partida para la elaboración de una guía que incluya nuevas variables para la indicación de transfusión de glóbulos rojos.

#### 0260 HEMATOMA LINGUAL – CASO CLINICO

A MONZON MOLINAS, M CHALLAPA, D ROMAO, N DE LA CRUZ

Hospital de Trauma y Emergencias Federico Abete, Argentina.

**Introducción:** Los hematomas intrabucales se producen normalmente como consecuencia de un traumatismo, por accidentes, convulsiones, e intubaciones fallidas, pero existen casos de presentación espontánea en pacientes anticoagulados.

La mayor preocupación con respecto a los hematomas intrabucales es su posibilidad de expandirse progresivamente y así comprometer de manera aguda la vía aérea

**Material y métodos:** Dada tan baja incidencia de hematoma lingual se presenta un caso clínico de una paciente femenina, traída por el sistema de emergencias, que ingresa al shock room por presentar lengua aumentada de tamaño, y cambio en la coloración de horas de evolución.

**Desarrollo:** Paciente de 65 años, con antecedentes de hipertensión, fibrilación auricular y anticoagulación oral, consulta por aumento del tamaño de la lengua y cambios en la coloración y consistencia de horas evolución, y dificultad respiratoria.

Al Examen Físico:

lúcida, hemodinámicamente estable, con regular dinámica ventilatoria, normotensa

SV. TAS:130/80 mmgh FC:100 Lpm FR: 25 rpm Spo2 98%

Cara: aleteo nasal; Boca se evidencia hematoma de lengua con huellas de prótesis dentaria, consistencia semirígida, que le impide el cierre bucal, se palpa el piso de la boca de consistencia blanda.

Tórax: con Buena entrada bilateral de aire; Abdomen: depresible no doloroso

Se realiza ABC, posterior interconsulta con cirugía maxilofacial, se retira prótesis y se revierte anticoagulación con plasma y vitamina k se decide internación por posibles complicaciones

Laboratorio: Hto. 35% ; Plaquetas 190000 ; G. B . 8300 ; TP 30% KPTT 33' RIN 4.5

Electrocardiograma, Rx Tórax

Tratamiento: clínico

**Conclusiones:** Es importante reconocer que el hematoma lingual puede ser una causa de obstrucción de vía aérea, muy difícil de solucionar sin no es detectada a tiempo, es fundamental corregir agresivamente y mantener una observación cercana para detectar los primeros signos de insuficiencia ventilatoria, siendo necesario el conocimiento del manejo de vía aérea dificultosa.

#### 0261 MALARIA CAUSADA POR PLASMODIUM FALCIPARUM, FIEBRE TERCIANA MALIGNA. REPORTE DE UN CASO

S MADUSSI, C MONTOYA, R SOLANO, C TORREGROSA, M SACCA, G MESSINA, J GARZON, P GALLO

Hospital Señor del Milagro, Argentina.

**Objetivo:** Comunicar un caso de Malaria grave (Paludismo) causada por Plasmodium Falciparum.

**Material y Metodo:** Clínica y laboratorio.

**Caso Clínico:** Paciente sexo masculino, de 30 años de edad, sin antecedentes patológicos. Antecedentes epidemiológicos: viaje a Mozambique, África por razones laborales, regresando en los días previos a la consulta.

Comienza 4 días antes de su ingreso con fiebre, malestar general, escalofríos, mialgias y delirio.

Consulta por primera vez en el hospital Joaquín Castellanos de General Guemes Salta, que ante los síntomas y antecedentes del viaje realiza estudio de gota gruesa informando plasmodium falciparum. Se inicia tratamiento con mefloquina 1000 mg vía oral.

A las 24 horas el paciente comienza con una evolución torpida presentando ictericia cutaneomucosa generalizada. A las horas deterioro neurológico y convulsiones tónico clónicas. se inicia asistencia respiratoria mecánica. Continúa oligoanurico, taquicardico, con requerimiento de inotropicos. Laboratorio: hto 27%, GB 16.800 mm<sup>3</sup>, N 81%, plaquetas 23.000 mm<sup>3</sup>, Glucemia 45mg/dl, urea 112 mg/dl, cr 6.04 mg/dl, bil t 18, directa 3.47. Al día siguiente es derivado al Hospital Señor del Milagro ingresando inestable, en ARM con FIO2 al 100%, con requerimiento de vasopresores y signos de hipoperfusion periférica, edematizado e ictericia generalizada. Laboratorio de ingreso: Hto 25%, Gb 34.230 mm<sup>3</sup>, RIN 3.14KPTT 38 seg, TP 34 seg, gasometria arterial pH 6.79, pCO2 37 mmHg, pO2 49 mmHg, HCO3 5.8 mEq/l, EB -29.7 Sat 63,5% FIO2 100%, Na 136 mEq/l, K 6.8 mEq/l, gl 116, urea 183, cr 4.35 got 146, gpt 52, serologia Hiv no reactivo. El paciente obita a las pocas horas del ingreso.

**Comentario:** el paludismo es la primera causa de muerte de origen parasitario, según la OMS. Las personas que residen en áreas endémicas son quienes tienen mayor riesgo de adquirir la enfermedad, pero el incremento de los viajes internacionales han generado que más de 70 millones de viajeros se expongan anualmente al riesgo de la malaria. Se debería realizar mayor hincapié en la quimioprofilaxis que debe iniciarse 1 semana antes del viaje y hasta 4 semanas después de abandonar la zona de riesgo, con cloroquina 300 mg/semana en área de cloroquinosensibilidad y mefloquina 250 mg/semana en área resistente, también como así el uso de mosquiteros, piretroides y el uso de ropa que cubra brazos y piernas.

La malaria por pl. falciparum puede ser grave hasta en un 38% y se debe a que no se realizó quimioprofilaxis o se realizó en forma incorrecta. Dentro de los criterios de malaria grave (OMS 1990 y 2000) el paciente presentado evidenció paludismo cerebral, insuficiencia renal, distress respiratorio agudo, shock, acidosis metabólica e ictericia.

## 0262 PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA INSTAURADO POR EL SERVICIO DE EMERGENTOLOGIA

G THOFERN, A MONSON, D ROMAO, M CHALLAPA, B TORREZ

Hospital de Trauma y Emergencias Federico Abete, Argentina.

**Introducción:** El Ministerio de Salud en La Resolución N° 932/2000, publicada en la BOLETIN OFICIAL, normalizan el manejo del médico especialista en dolor, implicando otras áreas en el manejo del mismo; regula que dichas normas también deben ser aplicadas en Salas de Parto, Centros de Quemados, Salas de Trauma y asistencia en Emergencias médicas o quirúrgicas con las especificaciones consideradas en el desarrollo de las mismas, al tratamiento eficaz del dolor en sus distintos tipos.

El dolor es un síntoma, que puede ser generado por diferentes estímulos: Mecánico, Químico y Térmico produciendo efectos adversos que aumentan la morbilidad. A pesar de ello no presenta estándares de manejo dentro de los DE.

Debido a la necesidad creciente de realizar procedimientos invasivos, o intervenir en ellos en el área de emergencias, y de acuerdo a las normativas vigentes, decidimos realizar la revisión bibliográfica y consensuar una guía de actuación para tratamiento del dolor, y sedación.

**Objetivo:** Generar y utilizar un protocolo de sedoanalgesia para manejo del dolor durante procedimientos de urgencia en la sala de emergencias, evitando la utilización del área quirúrgica para la realización de los mismos

**Material y métodos:** Reporte de casos:

1- Mujer de 60 años sin antecedentes patológicos es presentado por el servicio de ORL con un cuerpo extraño alojado en orofaringe con el fin de sedar y analgesiar a la paciente dado la dificultad que presentaba su extracción.

2- hombre de 81 años con luxación de cadera es presentado por el servicio de OYT con el fin de brindar analgesia y relajación al paciente por la dificultad que presentaba su reducción.

3- paciente de 32 años, portador de tps, se decide CVE como método electivo, bajo sedoanalgesia.

4- luxación de hombro en paciente masculino de 50 años.

Resultados: se elabora el siguiente protocolo.

**Conclusión:** Observamos la necesidad de adoptar y adecuar Al Dpto. de Emergencias guías de actuación para tratamiento del dolor ante procedimientos de urgencia apropiado al paciente, evitando el manejo inadecuado, o subóptimo del mismo; categorizando de esta manera nuestra especialidad en el Hospital donde la ejercemos, Ya que los protocolos predefinidos se recomiendan como factor predictor independiente de calidad asistencial.

## 0263 VENTANA TERAPEUTICA Y PRONOSTICO DE LA ISQUEMIA ARTERIAL AGUDA EN EL PARTIDO DE MALVINAS ARGENTINAS

N CRUZ, B SIRI, A MONZON MOLINAS

Hospital de Trauma y Emergencias Federico Abete, Argentina.

La isquemia Arterial Aguda es la obstrucción brusca del flujo sanguíneo de una extremidad que produce una amenaza potencial a la viabilidad de la misma en pacientes que se presentan dentro de las dos semanas del evento agudo.

Prevalencia de 1.7 casos/10000 hab/año con una Mortalidad del 25% y Amputación del 20%.

Es necesaria la reperfusión rápida (4 a 6 horas) de la circulación en cuestión, las prioridades son un diagnóstico temprano y un rápido comienzo del tratamiento.

Se trata de una enfermedad multisistémica, estando asociada a HTA, diabetes, tabaquismo entre otros.

El pronóstico clínico de los pacientes con isquemia aguda de una extremidad, continúa manteniendo una morbilidad elevada, con riesgo de pérdida de dicha extremidad o incluso de la propia vida.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional, durante el período de agosto a noviembre del 2011, se evaluaron una serie de casos de pacientes con diagnóstico de isquemia arterial aguda en el hospital Dr. Federico Abete.

**Resultado:** Se registraron 10 pacientes de los cuales solo el 20% se encontraron en ventana terapéutica, en el 40% de los casos se realizó tratamiento quirúrgico específico, amputación del miembro inferior en el 30%.

El 80% presentó más de 2 factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y enfermedad arterial periférica.

La edad promedio fue de 70 años y el 90% fueron varones.

La mortalidad fue del 50%.

**Conclusión:** El principal factor pronóstico es la demora de un tratamiento quirúrgico habiéndose observado solo en el 20% de los casos encontrarse en ventana terapéutica, una intervención después de las 12 horas aumenta la morbimortalidad.

Otros factores con influencia negativa en el pronóstico son las enfermedades asociadas que hacen más vulnerables al paciente y la edad avanzada.

El diagnóstico precoz de la isquemia aguda es la clave para mejorar su pronóstico

## 0264 EVOLUCIÓN HOSPITALARIA DEL TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE

C RUANO, C COLOMBO, C CARVALHO, L ACUARO, O GALLINI, J MORVELLI, J SAINTOUT, L BIANCHI, G GALINDEZ, D BARROSO, G PARDAL, M MANSILLA  
Hospital San Roque de Gonnet, Argentina.

**Objetivos:** Analizar la evolución hospitalaria de los pacientes (p) con trauma de encéfalo (TEC) grave, sus complicaciones, causas de mortalidad hospitalaria, e identificar factores que se relacionaron con la misma.

**Material y métodos:** estudio retrospectivo, observacional, incluyendo todos los p. con TEC grave ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro Hospital entre enero de 2010 y febrero de 2012. Se consideraron 2 grupos: A (alta hospitalaria) y B (mortalidad hospitalaria). En relación a estos últimos se establecieron 2 subgrupos: B1 (fallecidos hasta el 3 día y B2 a partir del 4 día). Se efectuó un análisis comparativo entre los grupos. Se utilizó prueba de chi cuadrado, considerándose significativo un valor de p menor a 0,05.

**Resultados:** se incluyeron 42 p. de edad promedio de 35 años, el 78 % fueron masculinos. APACHE 21

Tabla 2 Complicaciones

	TOTAL	GRUPO A	GRUPO B	
HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA (HEC)	16 (38 %)	5 (19 %)	11 (68,7 %)	p=0,02
DISTRES (SDRA)	11 (26,1 %)	6 (23 %)	5 (31,2 %)	NS
INESTABILIDAD HEMODINÁMICA	26 (61,9 %)	13 (50 %)	13 (81,2 %)	p=0,04
INSUFICIENCIA RENAL	4 (9,5 %)	1 (3,8 %)	3 (18,7 %)	NS
SEPSIS	11 (26,1 %)	9 (34,6 %)	2 (12,5 %)	NS
MENINGITIS	7 (16,6 %)	6 (23 %)	1 (6,2 %)	NS
NEUMONÍA ASOCIADA VENTILADOR (NAV)	20 (47,6 %)	16 (61,5 %)	4 (25 %)	p=0,02
DÍAS INTERNACIÓN UCI	22,3	32,7	5,5	

Tabla 3 Causas de mortalidad

	TOTAL	GRUPO B 1	GRUPO B2	
Óbitos	16 (38 %)	10 (62,5 %)	6 (37,5 %)	
hipertensión endocraneana	11 (68,7 %)	9 (90 %)	2 (18,1 %)	p=0,01
causa no neurológica	5 (31,2 %)	1 (10 %)	4 (80 %)	p=0,01

De los que sobreviven al 4 día la mortalidad es del 18,75 %.

**Conclusiones:** En nuestro centro los TEC graves se produjeron en pacientes jóvenes, predominantemente masculinos. Las complicaciones más frecuentes fueron NAV, HEC, SDRA y sepsis. La hipertensión endocraneana y la necesidad de soporte inotrópico se asociaron a mayor mortalidad hospitalaria. La mortalidad fue de causa neurológica en los 3 primeros días y no neurológica después. La sobrevida después del 4to día aumenta significativamente. Los pacientes que sobrevivieron tuvieron una estadía en UCI prolongada

## 0267 APLICACIÓN PRECOZ DE PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA MODERADA - SEVERA EN PACIENTES MENORES DE 2 AÑOS.

L FIGUEROA, M GONZALEZ, F LAFFAYE, G KALTENBACH, V ARIAS, E CERDA  
Hospital Provincial Neuquén, Argentina.

**Objetivo:** Describir la experiencia con la aplicación precoz de presión positiva continua (CPAP) a burbuja en pacientes menores de 2 años con infección respiratoria aguda baja (IRAB) moderada a severa.

**Sujetos y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo. Se incluyeron pacientes menores de 2 años con diagnóstico de Bronquiolitis o Neumonía, con score de Tal > a 5 puntos, que hayan ingresado a la unidad de cuidados intermedios entre Junio de 2009 y Diciembre de 2010. Se recogieron los datos clínicos previos al inicio de la ventilación no invasiva y a las 2, 6, 24 y 48 hs a través de una planilla de datos prearmada.

Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para la descripción de la muestra. Las variables cualitativas fueron analizadas con el test de Chi cuadrado de independencia para determinar asociación entre las variables considerando un nivel de significancia inferior al 5% (p < 0,05). La medida de efecto empleada fue el odds ratio. Para determinar puntos de corte (Threshold) en las variables predictoras de falla se utilizaron curvas de Sensibilidad y Especificidad. Las curvas ROC y su test correspondiente fueron utilizadas para evaluar la discriminación de los predictores de falla.

Se definió como falla de CPAP la necesidad de intubación endotraqueal.

**Resultados:** El CPAP burbuja tuvo éxito en el 72% (n= 86) de los 120 casos incluidos. La mediana de edad fue 3 meses (rango 1-22 meses) y la media de peso 6,49Kg ± 2,24.

Los pacientes que no fallaron pudieron ser alimentados por vía enteral en forma precoz.

Las áreas bajo la curva ROC para Frecuencia respiratoria a las 2 horas, score de Tal a las 2 hs y Score de Tal a las 6 hs fueron de 0.79, 0.82 y 0.84 respectivamente (p < 0.0001).

Del análisis se identificó que a las 2 hs un descenso del 15 % de la FR y de 2 puntos en el score de Tal son los factores mejor relacionados con el éxito, con un OR 6,41 (IC 95% de 2,68-15,36) y 9,07 (IC 95 % de 3,72-22,19) respectivamente.

Al combinar dos variables cualitativas, que son el descenso de un 15 % de la FR a las 2hs y el descenso de 2 puntos en el score de Tal a las 2hs, el OR aumento a 13,31 (IC 95% 4,51-39,26)

No hubo hallazgos estadísticamente significativos a las 24 y 48 hs.

**Conclusiones:** El CPAP burbuja tuvo un alto porcentaje de éxito en infección respiratoria aguda baja en menores de 2 años y sin efectos adversos. Los principales factores predictores de éxito fueron la disminución de la FR y del score de Tal a las 2 horas de inicio. Esta técnica permitió la alimentación enteral en la mayoría de los pacientes que no fracasaron.

## 0268 IMPLEMENTACION DE UN BUNDLE REALIZADA POR PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA LA DISMINUCION DE INFECCIONES RELACIONADAS A CATETER VESICAL

MA SALAS, C MARTINEZ, R QUIROS, M ENRIQUEZ  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** Las tasas de infección relacionadas a catéteres vesicales (IRCV) varían sustancialmente. En nuestro país, según los datos reportados por el Programa VHIDA referentes al semestre enero-junio de 2010, la tasa de IRCV según el tipo de unidad osciló 3,76-5,99 por 1000 días/catéter. El desafío de implementar un programa de mejoramiento de la calidad basado en una *bundle* o un conjunto de medidas basadas en evidencias científicas para asegurar el uso adecuado del catéter vesical (CV) y reducir el riesgo de IRCV representa para los profesionales de enfermería un gran desafío.

**Objetivos:** Describir la incidencia IRCV, el nivel de adherencia del personal de enfermería y el impacto económico producido luego de la implementación de un Bundle para catéteres vesicales.

**Material y métodos:** Estudio cuasi experimental de una cohorte de pacientes internados en la UCI del Hospital Universitario Austral con CV. El bundle consiste en la implementación de los siguientes puntos: 1- Evitar el uso de CV si no es necesario; 2- Uso de CV de menor calibre; 3- Uso de sistema cerrado; 4- Higiene de manos con alcohol –gel antes y después del procedimiento; 5- Uso de antiséptico / lubricante de uso único; 6- Uso de medidas de barrera para la inserción del CV; 7- Uso de un check list para comprobar el correcto

cumplimiento del procedimiento. Estos datos fueron recolectados de la valoración diaria que realizan los profesionales de enfermería en la historia clínica informatizada (PECTRA/MONITOREOS/NECESIDAD DE ELIMINACION). El nivel de cumplimiento del bundle se monitoreo a través de un *check list*. El nivel de adherencia de las medidas fue expresado como porcentaje de cumplimiento del total de observaciones realizadas. Dado que la implementación del paquete de medidas no introdujo nuevos insumos, el impacto económico se estimó a partir de los eventos de IRCV prevenidos utilizando como costo atribuible \$3.700 por evento (valores 2010). La tasa de IRCV (expresada como eventos c/1000 días – CV) durante el periodo de implementación (04/2001 – 03/2012) fue comparada con la tasa media previa a la implementación del bundle (01/2010 – 03/2011).

**Resultados:** La incidencia de IRCV durante el periodo basal fue de 6,02 episodios c/1000 días – CV (21/3486) vs una tasa de 2,47 episodios c/1000 días – CV (7/2839) en el periodo de implementación del bundle ( $p < 0,05$ ). La tasa de utilización de CV se redujo (0,62 en el periodo basal vs 0,59 post implementación) llegando así también a la disminución de IRCV (6,02 en el periodo basal vs 2,47 post implementación). Durante el periodo de implementación se logró un nivel de adherencia global a las medidas preventivas del 90%. Teniendo en cuenta los eventos prevenidos con la implementación del paquete de medidas se estimó una reducción anualizada de 10 casos, con una reducción estimada de \$37.000.

**Conclusiones:** La implementación del bundle para la disminución de IRCV resultó una medida efectiva para la UCI de nuestra institución, traduciéndose en mejora de la calidad de atención y reducción de costos sin requerimiento de nuevos insumos.

#### 0269 TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES SECUNDARIA A EMPIEMA SUBDURAL EN PACIENTE OBESO MÓRBIDO.

J.HERNANDEZ

Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario, 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 directos o indirectos 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, permaneciendo 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 heterogénea subdural parietal derecha. Sin presencia de signos indirectos de trombosis de senos venosos ni de infartos venosos.

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.

#### 0270 PRESENTACION CASO: "ASOCIACIÓN ENTRE ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA SOBREENFECTADA CON CLOSTRIDIUM PERFRINGENS Y SHOCK SEPTICO EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA HEPATOCELULAR"

L. OROPEZA, C. PARUSSINI, D. VARGAS, L. CABANA, L. VIDAL, C. OVIEDO, G. VEGA, M. DAUD, C. JUAREZ

Hospital Pablo Soria. Servicio Terapia Intensiva. San Salvador de Jujuy. Pcia. de Jujuy, Argentina.

La Espondilodiscitis Infecciosa (EI), es un proceso inflamatorio infeccioso del espacio intervertebral y los cuerpos vertebrales adyacentes. Representan el 2 al 4% de las osteomielitis, la vía hematogénica es la principal fuente de colonización. Son predisponentes la drogadicción, alcoholismo, hemodiálisis, diabetes mellitus, edad avanzada e inmunodepresión. Se caracteriza por su prolongada morbilidad, la posibilidad de desarrollar complicaciones neurológicas y en ocasiones la muerte. La aproximación clínica requiere de imágenes y la obtención de una muestra de tejido para cultivo e histopatología. Generalmente son monomicrobianas, si es Tuberculosa se llama Enfermedad de Pott y el curso suele ser más insidioso e indolente.

**Objetivo:** presentación de un caso de E.I. Tuberculosa con aislamiento de Clostridium Perfringens en material lesional y Shock Séptico.

**Material y Método:** Masculino, 35 años, obeso, paraplejía súbita y agudización de lumbalgia crónica. Astenia y disminución de peso progresiva; consultas reiteradas. Etilismo crónico. Lúcido, 80/40 mm Hg, FC 124, icterico, hipoventilación basal derecha, dolor a la palpación dorsal, hepatomegalia dura, lesión espinal ASIA B nivel T7, asterixis. Laboratorio: Anemia, Leucocitosis, APP 46%, KPTT 60", pseudocolinesterasa < 1000, BrT 3,1 mg/dl, Albúmina 2 g/dl. Creatinina 2,1 mg/dl; VSG >100. EB -7. Hematuria microscópica. Diagnóstico: Shock Séptico (SS), FMO. Paraplejía en Estudio. Evolución: 19 días en TI; ARM 11 días; drogas VA; ATB; hemoderivados/Child-Pugh C. Rx: inestabilidad por acunamiento D6-D7 con compromiso discal. RMN: Espondilodiscitis D6-D7, colecciones líquidas abscedadas perivertebrales, mielitis. Sospecha de TBC. Punción Dirigida: Baciología y cultivo(-); Hemocultivos(-); HIV(-); VDRL(-); marcadores tumorales (-). Toracotomía: drenaje de colección perivertebral, Cultivo (+) Clostridium Perfringens. A Patológica: Granulomas Caseosos. Se traslada a hospital infectológico donde fallece 1 mes después con 4 drogas TBC.

**Comentarios:** El diagnóstico de la EI depende de un alto grado de sospecha. La asociación entre dolor axial prolongado con o sin compromiso neurológico o fiebre y una VSG elevada, continúan siendo el eje diagnóstico inicial. En el caso presentado como factor predisponente encontramos el etilismo crónico; el SS y la IHeptica difirieron la cirugía e inicio de drogas tuberculostáticas empíricas ya que en nuestro medio la TBC es endémica. El Absceso peridural: complicación supurativa grave e infrecuente. En el año 2011 hubo 428 casos de TBC en Jujuy, 74 extrapulmonares, solo 3 de compromiso osteoarticular y ningún Mal de Pott. El Clostridium Perfringens no fue encontrado como etiología de EI en la bibliografía. La A.Patológica confirma la sospecha etiológica.

**Conclusión:** La etiología infecciosa de lumbalgia, aunque infrecuente, debe ser tenida en cuenta en la consulta de Atención Primaria, la demanda diagnóstica puede producir cuadros graves e invalidantes. El alcoholismo y la Insuficiencia Hepatoceleular en este paciente fueron determinantes en cuanto a la mala evolución.

### 0271 DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO POR STRONGYLOIDIASIS DISEMINADA

M VELASQUEZ, J HERNANDEZ, B LLAPUR, L SILVA, F TROGLIO  
SANATORIO NTRA. SRA. DEL ROSARIO, ARGENTINA.

**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.

**Historia Clínica:** paciente de 50 años de edad, oriunda de zona endémica, inmunocomprometida por corticoterapia por uveítis bilateral idiopática de 3 meses de evolución, que ingresa a UTI por encefalopatía hiponatrémica durante la evolución de gastroenteritis de aproximadamente 7 días. parámetros vitales normales. APACHE de ingreso 19 puntos, SOFA 7 puntos. Glasgow 9/15.

Al 3º día, insuficiencia respiratoria aguda, progresión radiológica y deterioro de la oxigenación, con requerimiento de soporte ventilatorio. Se agrega empíricamente ivermectina. Al 5º día, Shock séptico, con Insuficiencia renal aguda oligúrica. Se realiza hemodiálisis.

**Métodos complementarios:** 1. Rx de tórax: infiltrados pulmonares bilaterales.

2. examen directo de MF Y MINIBAL: strongyloides.

**Resultado:** Ante la sospecha de tal infección se inició tratamiento empírico con antibióticos e ivermectina. El resultado directo del lavado bronquial informó abundantes larvas de Strongyloides stercoralis. Recién a los 18º días el examen directo de MF(-) para strongyloides, se suspendió Ivermectina (completó 14 días).

**Conclusión:** Las guías de tratamiento antimicrobiano de infiltrados pulmonares en pacientes inmunocomprometidos no contemplan la utilización de ivermectina. En zonas en las que esta patología es endémica proponemos sumar como tratamiento empírico inicial el citado antiparasitario. Se presentó éste caso clínico para destacar el screening que se debe realizar de esta patología infecciosa en pacientes inmunodeprimidos en quienes éste 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.

### 0273 PRESENTACION DE UN CASO :UNA CAUSA INFRECUENTE DE INGRESO A UTI: LEIOMIOMA UTERINO GIGANTE CON COMPROMISO LOCAL EXTENSO Y NECESIDAD DE NEFRECTOMIA EN MUJER CON OBESIDAD MORBIDA

F FARFAN, L CABANA, L VIDAL, D VARGAS, C DIAZ, L LUNA, F QUISPE, E BERNAL, J MERCADO, S DIAZ  
Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Pcia Jujuy, Argentina.

El aparato ginecológico es lugar de asiento de múltiples afecciones donde el útero es el que más frecuente se afecta. Los leiomiomas uterinos se presentan habitualmente entre los 30 y 50 años. Son tumores benignos estrógenos dependientes, producidos por la proliferación patológica de las fibras musculares lisas del miometrio normal. Pueden tener gran crecimiento, llegando a dimensiones impresionantes (> a 11 kg). El tamaño del tumor hace que la sintomatología sea florida y la indicación de tratamiento quirúrgico se establece por las complicaciones que experimentan. La obesidad es una enfermedad crónica con prevalencia creciente que representa la segunda causa principal de muertes prevenibles en el mundo. **Objetivo:** presentación de un caso de Leiomioma Uterino Gigante (LUG) en mujer con obesidad mórbida y complicaciones locales/sistémicas con necesidad de re-laparotomías.

**Material y método:** Mujer, 49 años, obesidad mórbida (IMC 42) consulta por tumor abdominal hipogástrico de crecimiento rápido y aumento progresivo del peso corporal (3 meses) ECO: útero aumentado de tamaño, globuloso con nódulo hiperecogénico. Post Operatorio Inmediato en UTI : Shock Hipovolémico, Histerectomía total abdominal, miomatosis uterina mórbida, (Pieza de 20kg) con compromiso pélvico y retroperitoneal, nefrostomía piélica derecha, reimplantación ureteral izquierda y reconstrucción total de vejiga (tiempo de quirófano: 7 hs. 45 min). APACHE II 14 SOFA 4. Laboratorio: anemia, neutrofilia, APP 43%, BT 3,4 mg/dl. Ac. Láctico: 3,8 mmol/l. SVC 66%. Días UTI 22; ARM 18ds. Re intervención al 7º y 12º día: por fístula ureteral, desplazamiento de nefrostomía y flemón urinoso; nefrectomía y salpinguectomía derecha. La 2º por hemoperitoneo. Drogas VA. Politransfusión. Sepsis por SAMR. A Patológica: LUG benigno de 15 kg. Alta hospitalaria a los 40 días; descenso de 40 kilos; curación de herida quirúrgica por segunda con controles ginecológicos y nutricionales.

**Discusión:** El mioma uterino es el tumor benigno más frecuente. Se presenta el caso por la baja incidencia mundial de LUG. La edad de la paciente coincide con la media de aparición y al padecer obesidad mórbida los síntomas locales fueron minimizados, salvo la ecografía no se pudo hacer TC por peso corporal. Las complicaciones locales compresivas e isquémicas y sistémicas coinciden con la bibliografía encontrada donde se describieron tumores de 63 kilos en año 1888 y otros menores también publicados.

**Conclusión:** a pesar de tratarse de una patología benigna y frecuente sin control adecuado puede alcanzar dimensiones extraordinarias con complicaciones locales, generales, alta morbimortalidad y costos elevados sumados al difícil abordaje de los pacientes con obesidad mórbida.

### 0274 NEUMORRAQUIS NO TRAUMÁTICO DE CAUSA INFECCIOSA

U RIOS PARRAGA, J HERNANDEZ, B LLAPUR, L SILVA, F TROGLIO, M VELASQUEZ

Sanatorio Ntra. Sra. del Rosario, Argentina.

**Introducción:** el neumorraquis no traumático es una patología infrecuente y con pocos datos en publicaciones actuales.

**Objetivo:** Sospecha de enfermedades y complicaciones poco frecuentes secundarias a patologías infecciosas comunes en poblaciones con bajo nivel instructivo y poca accesibilidad al sistema de salud.

**Material y métodos:** paciente de sexo femenino, 78 años de edad, ingresa por guardia con deterioro del sensorio. Antecedente de DBT tipo II insulinoquirúrgico de 30 años de evolución. Presentó diarrea acuosa de 5 días de evolución, acompañado de náuseas y vómitos con tratamiento sintomático; lumbalgia de 1 mes sin fiebre ni escalofríos. Al ingreso a UCI Glasgow 11/15 (O:4, V:2, M:5) sin déficit neurológico motor, taquicárdica, taquipneica TA: 90/60 mmHg, apache II al ingreso: 29 puntos. Al examen físico: deshidratada, con respiración de Kussmaul, dolor abdominal generalizado. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, glucemia: 660mg/dl, acidosis metabólica, cetonemia ++. Sedimento urinario patológico. Impresión diagnóstica inicial: CAD secundaria a gastroenteritis aguda, ITU.

Inicia ATB con AMS cubriendo foco urinario y abdominal. Evoluciona con descenso del Glasgow, shock distributivo e injuria renal aguda, requiriendo soporte ventilatorio y vasopresor.

Estudios complementarios: TAC de abdomen: sin colecciones, imagen gaseosa en riñón derecho, psos y canal medular.

Por tal hallazgo se decide la realización de PL obteniendo LCR con recuento de GB 1500, hipoglucorraquia, hiperproteinorraquia, examen microbiológico directo negativo.

Cultivos: Hemocultivos x 2: E. coli BLEE, urocultivo: E. coli BLEE, LCR: E. coli BLEE.

**Resultados:** Se replantea impresión diagnóstica inicial asumiendo infección de SNC por contigüidad con foco urinario. Se plantea

## ■ Resúmenes

esquema antibiótico que atraviese barrera hematoencefalica. Evoluciono con FMO y obito.

**Conclusion:** el neumorrhaquis no traumático de causa infecciosa es un hallazgo infrecuente en la era postantibiótica. no obstante, en poblaciones de pacientes con bajo nivel instructivo y deficitario acceso al sistema de salud, las patologías infecciosas siguen teniendo un lugar mayoritario respecto de las patologías crónicas como causa de mortalidad.

### 0276 INFECCIÓN POR ASPERGILLUS COMO HALLAZGO EN TERAPIA INTENSIVA

S ROJAS, A QUINTEROS, A DELARRIVA, E GARCIA, J CELIA, M GARCIA, J FERNANDEZ, M RUIZ, J ORTEGA, N BONETTO, S CARRIZO, S HERRERA, S ORTIZ, M BERNALDO DE QUIROS, N NICKELS, G MAMY, D GOFFREDO  
Hospital Regional "Victor Sanguinetti" Comodoro Rivadavia, Chubut., Argentina.

**Introducción:** La aspergilosis es una enfermedad producida por el género *Aspergillus*, la cual se presenta en forma invasiva en pacientes inmunocomprometidos con alta mortalidad. Además produce una amplia variedad de enfermedades crónicas, saprofitas y alérgicas que son causa de morbilidad, pero rara vez son potencialmente mortales. La aspergilosis pulmonar necrotizante crónica, provoca destrucción inflamatoria progresiva del tejido pulmonar en pacientes con neopatas subyacentes y bajo grado de inmunosupresión. El aspergiloma pulmonar, se define como una conglomeración de hifas, fibrinas, moco y residuos celulares entrelazados dentro de una cavidad pulmonar preformada o un bronquio ectásico. La mortalidad de las dos entidades con o sin tratamiento antimicótico, es baja. El 90% de los casos de aspergilosis intracavitaria son producidas por *A fumigatus*, le siguen en orden de frecuencia el *A flavus* y el *A niger*.

**Objetivo:** Mediante un caso clínico se propone realizar una observación de las formas crónicas de aspergilosis, haciendo hincapié en aspergilosis necrotizante crónica y aspergiloma en sus dos categorías, cavitario crónico o simple.

**Caso clínico:** Masculino de 48 años, con antecedentes de etilismo, tabaquismo, herida de arma blanca en tórax izquierdo, tuberculosis pulmonar bilateral diagnosticada en 2008 con tratamiento incompleto y discontinuo. Ingres a UTI cursando post operatorio inmediato de laparotomía exploradora, por hernia diafragmática izquierda atascada. Evolucion a manera tórpida, progresa rápidamente a daño multiorgánico, obitando a pesar de tratamiento instituido a las 96 hs de ingreso.

Se solicitó por sus antecedentes y su evolución, cultivo de secreciones respiratorias para gérmenes comunes y baciloscopia, los cuales fueron negativos, quedando pendiente el informe de cultivo para hongos. Se realizó TAC de tórax que presentaba secuela de tuberculosis bilateral, cavidad residual de bordes gruesos en el lóbulo superior izquierdo con contenido vegetante en su interior.

Pos mortem se informa el desarrollo de *Aspergillus niger* en cultivo de secreciones bronquiales.

**Conclusion:** Se trata de un hallazgo casual en un paciente con factores predisponentes a la infección micótica. Teniendo en cuenta los antecedentes del mismo, se hubiera favorecido con la búsqueda activa tanto clínica, radiológica y microbiológica, asociado a un tratamiento oportuno.

En las formas crónicas y saprofitas de la aspergilosis, la quimioterapia antimicótica brinda alguna posibilidad de beneficio terapéutico con un riesgo mínimo. Es probable que la resección quirúrgica o el tratamiento antimicótico intracavitario resulten apropiados en pacientes seleccionados con aspergiloma simple con una evaluación exhaustiva de los riesgos. Un tratamiento antimicótico prolongado, quizás permanente, es necesario para la aspergilosis pulmonar cavitaria crónica.

### 0277 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS DE MIOCARDIOPATÍA DE TAKO-TSUBO (MTS)

S PAVÓN, J ARROYO, Y MANCHO, I LEDESMA, MJ ARAMBURU, MJ CABRERA, V CAGLIERI, C GALLETTI  
Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** Es una entidad que se caracteriza por ser clínicamente indistinguible del síndrome coronario agudo (SCA), cursa con elevación enzimática y extensa acinesia anterior, pero sin alteraciones significativas en las arterias coronarias y con recuperación de las alteraciones segmentarias en las semanas siguientes. Afecta predominantemente al sexo femenino.

**Objetivo:** Análisis descriptivo de los criterios diagnósticos y evolutivos de una serie de pacientes de nuestro servicio con diagnóstico de (SCA), que fueron diagnosticados como portadores de miocardiopatía de takotsubo (MTS).

**Materiales y métodos:** Se realizó el análisis descriptivo retrospectivo de 5 casos con diagnóstico de MTS desde Octubre del 2006 a Abril del 2012; las variables analizadas fueron: edad, sexo, antecedentes, diagnóstico, valor de enzimas cardíacas, ECG, hallazgos en el ecocardiograma (ETT) y estudio hemodinámico (CCG).

**Resultados:** De los 5 pacientes, 4 fueron mujeres con un promedio de edad de 60 años, 1 varón joven, todos asociados a situación de stress. Presentaron aumento de enzimas cardíacas, cambios en ECG en precordiales, Ecocardiograma con acinesia o hipocinesia apical, y cinesia conservada basal, CCG normal. Recibieron tratamiento con ácido acetil salicílico, betabloqueantes, salvo uno de ellos con alteración de la coagulación. Se realizó ECG, marcadores biológicos seriados, que normalizaron al cabo de 10 días. Solo uno de ellos falleció a las 72 hs por shock séptico.

Caso	Edad	Sexo	Antecedentes	Diagnóstico	Enzimas	ECG	ETT	Estudio hemodinámico
1	71	F	ninguno	POP ooforectomía	Elevadas	SST	hipocinesia apical	V. hipocinesia apical CCG normal
2	42	F	IRC HTA Cirrosis	Shock séptico	Elevadas	T-	hipocinesia antero-apical	V. hipocinesia apical CCG normal
3	65	F	HTA tabaquismo	SCA SEST	Elevadas	T-	acinesia antero-septal	CCG normal
4	29	M	cuadruplejía	POP neo vejiga	Elevadas	T-	acinesia antero-septal	hipocinesia apical CCG normal
5	68	F	hipotiroidismo	Sepsis	Elevadas	T-	hipocinesia septo-apical	CCG normal

IRC (Insuficiencia renal crónica), HTA (hipertensión arterial), POP (post operatorio), SST (supradesnivel del segmento ST), T- (troponina negativa), V (ventriculograma), CCG (cinocoronariografía).

**Conclusion:** se observó que esta entidad se presenta con mayor frecuencia en personas arias y de sexo femenino, asociada a stress, cursa generalmente con SCA con SST, con trastornos segmentarios en ETT, con coronarias normales y evolución favorable de su MTS.

### 0278 ATENUACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA PULMONAR CON UN BLOQUEADOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE RATAS SOMETIDAS A VENTILACIÓN MECÁNICA INJURIANTE.

E CORREGER<sup>1,2</sup>, P STRINGA<sup>1,5</sup>, R LUENGO<sup>1</sup>, J MARCOS<sup>3</sup>, G LA GUENS<sup>4</sup>, N LAUSADA<sup>5</sup>, L BLANCH<sup>6</sup>, L VITTONI<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Grupo de Trabajo en Fisiopatología Pulmonar Experimental, Cátedra de Fisiología, FCM, UNLP, Argentina. <sup>2</sup> Cátedra de Fisiología y Física Biológica, FCM, UNLP, Argentina. <sup>3</sup> Servicio de Reumatología, Hospital San Martín, LaPlata, Argentina. <sup>4</sup> Cátedra de Patología, FCM, UNLP, Argentina. <sup>5</sup> Laboratorio de Trasplante, FCM, UNLP, Argentina. <sup>6</sup> Centre de Critics, Hospital de Sabadell, IU-FPT.UAB, España.

**Introducción:** La ventilación mecánica (VM) con volúmenes corrien-

tes (Vt) elevados puede desencadenar una respuesta inflamatoria pulmonar que lleve a la lesión pulmonar inducida por la VM (VILI). Adalimumab es un anticuerpo monoclonal que se une específicamente al Factor de Necrosis Tumoral alfa (FNT $\alpha$ ) soluble y transmembrana neutralizando su función biológica al bloquear su interacción con los receptores.

**Objetivo:** Evaluar si la administración de Adalimumab disminuye el daño pulmonar ocasionado por la VM en un modelo experimental in vivo de VILI.

**Materiales y Métodos:** 18 Ratas Wistar fueron ventiladas mecánicamente, durante 3 hs, con una FiO<sub>2</sub>= 0.40% y aleatorizadas en 3 grupos: Grupo Control (n=6) Vt 7ml/kg, PEEP= 5 cmH<sub>2</sub>O; Grupo Lesión (n=6): Vt 35 ml/kg sin PEEP y Grupo anti FNT $\alpha$  (n=6): Vt 35 ml/kg sin PEEP + dosis única (100ug/kg) de Adalimumab intraperitoneal 24hs previas a la VM. Se evaluó daño histológico medido según el Sistema de Score de Injuria Pulmonar de ATS 2010, edema pulmonar (agua pulmonar), distensibilidad pulmonar, PO<sub>2</sub> arterial y hemodinamia medida con Presión Arterial Media (PAM) en los diferentes grupos de estudio. Los datos fueron analizados con test de ANOVA, p significativa <0,05.

**Resultados:**

GRUPOS	Control Bajo Vt	Lesión Alto Vt	Alto VT + Anti FNT $\alpha$
Score Histológico	0.0051±0.0077	0.03±0.003*	0.0052±0.0028 <sup>∞</sup>
Ganancia de peso (gr)	0.05±0.017	4.41±0.59*	1.5±0.35 <sup>a</sup>
Crs (ml/cm H <sub>2</sub> O) Basal	0,62 ± 0,138	0,55 ± 0,09	0,61 ± 0,065
Crs (ml/cm H <sub>2</sub> O) 3hs VM	0,54 ± 0,072	0,44 ± 0,11	0,52 ± 0,128
Hemodinamia (PAM) mmHg Basal	93,83±5,11	96,5±7,56	97,83±6,3
Hemodinamia (PAM) mmHg 3hsVM	77,5±10,98	83,33±5,9	75,66±8,13
PO <sub>2</sub> (mmHg) Basal	173,6 ± 7,57	184,33 ± 3,09	178,16 ± 4,13
PO <sub>2</sub> (mmHg) 3hs VM	154,5 ± 8,22	119,5 ± 47,09	129,66± 23,73

\*p 0.003 vs control, <sup>a</sup> p 0.003 vs lesión, <sup>∞</sup> sin diferencias vs control.

Luego de 3 hs de ventilación lesiva, no se observaron diferencias entre grupos en los parámetros hemodinámicos, intercambio gaseoso y mecánica pulmonar. La VM aumentó de manera significativa los scores histológicos y la ganancia de peso, mientras que en el grupo tratado con anti FNT los valores de score de lesión histológica y ganancia de H<sub>2</sub>O pulmonar disminuyeron en forma significativa comparados con el grupo Lesión.

**Conclusión:** Los resultados sugieren que a las 3 horas de VM lesiva se observa lesión histológica pulmonar inflamatoria en un modelo de VILI, incluso en ausencia de alteraciones evaluables en el monitoreo clínico como alteraciones en la mecánica o la oxigenación pulmonar. En estas condiciones experimentales, Adalimumab contribuye a disminuir tanto el edema como el daño histológico pulmonar.

### 0279 TRASPLANTE HEPATICO EN INSUFICIENCIA HEPATICA FULMINANTE SECUNDARIA A COINFECCION AGUDA CON VHB-HIV.

VG SORIA, D OLMOS KUTSCHERAUER, GW BONGIORNI, EA ROMERO

Hospital Privado Centro Medico de Cordoba, Argentina.

**Objetivo:** Reportar caso de insuficiencia hepática fulminante y trasplante hepático mas coinfección aguda de VHB -HIV.

**Material y método:** paciente 53 años, sexo femenino, antecedentes: tabaquismo y depresión, consulta por dolor abdominal y náuseas de una semana de evolución. Laboratorio: GOT (AST) 3200U/L, GPT (ALT) 4340U/L, GGT 67U/L, APP 39%, TP 35seg, KPTT 59seg, hipoglucemia; ecografía abdominal que descarta hepatomegalia y ascitis. Serología para VHB y HIV: Ag HBs reactivo, IgM HBcore reactivo, Anti HBc reactivo, AgHBe reactivo, HIV reactivo. Presenta deterioro progresivo del estado de la conciencia, encefalopatía grado III-IV, ingresa a UCI. Requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica, monitoreo hemodinámico y de presión intracraneana.

Con MELD 25, Carga Viral (CV) VHB 32000 ui/ml, CD4 837 cel/ ui, y CV HIV 7337 copias/ml, ingresa en emergencia nacional para trasplante hepático. Inicia tratamiento antiretroviral (TARV) con tenofovir y lamivudina. A las 24hs de su ingreso se realiza trasplante hepático. Se agrega al TARV raltegravir para sinergia por HIV.

**Resultado:** 4º día: aumento transaminasas. Biopsia hepática: Rechaizo agudo grado I. Se realiza pulso de corticoide. 5º día: se extuba. Control al 6º día: CV VHB 625ui/ml, CD4 277 cel/ui, y CV HIV 394 copias/ml. Inmunosupresion con tacrolimus, micofenolato y esteroides. Evolucion estable. Alta de UCI al 7º día de internación.

**Conclusión:** Tras 12 días de internación, con evolución favorable se otorgo el alta hospitalaria. Control ambulatorio: CV VHB menor a 125 ui/ml, CD4 521cel/ui, CV HIV menor a 47 copias/ml.

El objetivo es documentar este caso, por que existe escasa literatura respecto al manejo de pacientes que desarrollan falla hepática fulminante por coinfección VHB-HIV aguda, en cuanto a indicación de trasplante, tratamiento antiretroviral e inmunosupresor.

### 0280 COMPLICACIONES Y MORTALIDAD EN LA ESOFAGECTOMÍA POR CANCER EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

D TEJERA<sup>1,3,4</sup>, M MICOL<sup>1</sup>, A LAINO<sup>1,5</sup>, L TAROCCO<sup>2,3</sup>, A DEICAS<sup>3</sup>, M CANCELA<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Clínicas, Uruguay. <sup>2</sup> Hospital Militar, Uruguay. <sup>3</sup> Casmu, Uruguay. <sup>4</sup> Asociación Española, Uruguay. <sup>5</sup> Camdel, Uruguay.

**Introducción:** La supervivencia de pacientes sometidos a esofagectomía mejoró en las últimas décadas, sin embargo la morbimortalidad sigue siendo alta.

**Objetivos:** Evaluar la incidencia de complicaciones y mortalidad en esofagectomía, detectar factores perioperatorios asociados a malos resultados y comparar con series internacionales.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio analítico, observacional, multicéntrico y retrospectivo de una cohorte histórica de pacientes sometidos a esofagectomía por cáncer, en los años 2001 al 2011. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se tomó como significativo un valor p < 0,05 con un intervalo de confianza de 95 % para cada variable. Se realizó un análisis univariado, y aquellas variables significativas se incluyeron en un multivariado por método de regresión logística binaria.

**Resultados:** Se incluyeron 227 pacientes, hombres 72 % y mujeres 28 %, media de edad 61 + 11 años. El tipo de cancer fué carcinoma epidermoide 62,9 % y el adenocarcinoma 33,5 %; la topografía tumoral fué tercio inferior 70,4 %, tercio medio 21,7 % y tercio superior 7,9 %; el abordaje quirúrgico transhiatal 69,7 %, transtorácico 29,1 % y mínimamente invasivo 1,2 %. La media de APACHE II al ingreso fué 16 +- 5, y el 97 % fueron clasificados por estado físico previo ASA 2-3. La media de estadía en UMI fué de 12 +- 10 días, requerimiento ventilación mecánica el 65 %. La morbilidad fué de 77 % con una mortalidad global de 22 %. Las complicaciones más importantes fueron las respiratorias 56,9 %, infecciosas 51,5 %, pleurales 46,1 %, cardiovasculares 28,4 % y quirúrgicas 24,6 %. La sepsis grave fué la principal causa de muerte a foco mediastinal y/o respiratorio. La presencia de las siguientes complicaciones se asociaron a mayor mortalidad en el análisis univariado: insuficiencia respiratoria (p 0,002), distres respiratorio (p 0,0001), shock (p 0,0001), falla de sutura anastomótica (p 0,001), sepsis grave (p 0,0001), mediastinitis (p 0,02) y la injuria renal aguda (p 0,01). Se asociaron a mayor incidencia de sepsis grave la hipoalbuminemia (p 0,02), tiempo de cirugía mayor a 3 horas (p 0,01), reposición intraoperatoria mayor de 3500 cc (p 0,001), y la transfusión de sangre desplasmatazada (p 0,003). El abordaje transtorácico en relación al transhiatal presentó mayor morbilidad (86,3 % vs 72,7 %, p 0,03) principalmente en complicaciones quirúrgicas, pero sin diferencias significativas en la mortalidad. El análisis multivariado detectó que la presencia de 1 o más fracasos de extubación (OR 3,9; IC 95 % 1,02-15,30; p 0,03), radioterapia preoperatoria (OR 6,0; IC 95 %

1,70-21,30; p 0,02), transfusión intraoperatoria (OR 5,6; IC 95 % 2,07-15,60; p 0,001) y sepsis grave (OR 29; IC 95 % 1,72-21,30; p 0,001) se asociaron de forma independiente a mayor mortalidad.

**Conclusiones:** Las complicaciones más importantes fueron las pleuropulmonares, infecciosas, quirúrgicas y cardiovasculares. La principal causa de muerte fue la sepsis grave a foco mediastinal o respiratorio. Se encontró una mayor morbimortalidad que la registrada en series extranjeras.

### 0282 CORRELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PROCALCITONINA (PCT) Y SÍNDROME DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA (SRIS) DE ORIGEN INFECCIOSO Y NO INFECCIOSO.

J ARROYO, L BARAC, A CHAVES, MV GAZZONI, E ASINARI, V CAGLIERI, CG GALLETI  
Sanatorio Allende . Córdoba., Argentina.

**Introducción:** El SRIS es una situación clínica de respuesta inflamatoria general infecciosa o no infecciosa. Una PCT superior a 2,5 ng/ml sugiere una infección grave bacteriana. Si la PCT es inferior a 0,5 ng/ml, la probabilidad de sepsis es de menos del 2%.

**Objetivos:** Correlacionar diagnóstico de infección con niveles de PCT. Secundariamente comparar PCT con otros marcadores de infección (MI) y; correlacionar los niveles con mortalidad

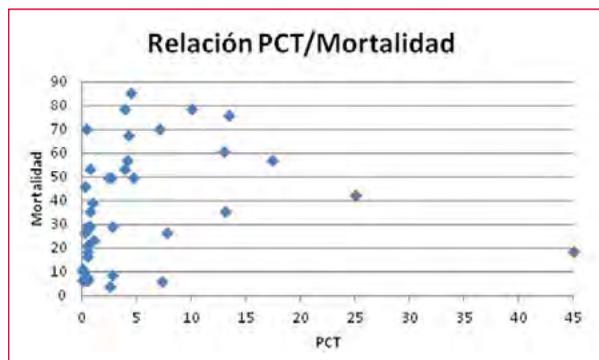
**Material y método:** Estudio prospectivo en 18 meses. Inclusión: SIRIS en mayores de 15 años con sospecha de infección sin foco aparente. Se determino PCT al ingreso, a los 3 y 6 días considerándose valor positivo >2.5 ng/ml. Se comparó PCT con leucocitos (L), PCR, y ácido láctico (AL). Se evaluó niveles de PCT y mortalidad. Para el análisis estadístico se aplicaron los test de Chi cuadrado de independencia para determinar si los datos relacionados se debían al azar y; estimaciones lineales y logarítmica.

**Resultados:** N: 46, varones (54,3%). El 70,97% de los casos que reunieron criterio de infección tuvieron PCT elevada (P: 0,0033). La PCT es muy superior en Especificidad (E) (80%), Valor Predictivo Positivo (VPP) (88%) y Valor Predictivo Negativo (VPN) (57,1%) a los MI evaluados, y sólo es superado en Sensibilidad (S) por PCR (90,32%) y L (77,42%). (Tabla1) No hubo correlación lineal ni logarítmica con mortalidad, aunque todos los pacientes que murieron tenían PCT>2,5, (P: 0,0138).

Tabla 1: Comparación de infección con PCT y otros MI

MI en %	PCT	PCR	AL	L
S	70.97	90.32	45.16	77.42
E	80.00	13.33	46.67	26.67
VPP	88.00	68.29	63.64	68.57
VPN	57.14	40.00	29.17	36.36

**Gráfico 1:** Relación entre PCT y Mortalidad: no hay ningún patrón definido (esto estaría dado si mostrasen una tendencia creciente, decreciente, con forma de curva, etc). Las estimaciones lineales y logarítmicas entre ambos valores (PCT y Mortalidad) fueron erráticas, es decir, no se puede predecir la Mortalidad por el valor de PCT.



**Conclusión:** PCT es de alta sensibilidad y especificidad para diagnóstico de infección en relación a otros MI. En la muestra no se pudo predecir la mortalidad por el valor de PCT.

### 0284 SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON HIV, REVISIÓN DE CASO CLÍNICO

M TORO, N CRUZ, D ROMAO, A MONZON, B SIRI  
Hospital del Trauma y emergencias Federico Abete, Argentina.

**Introducción:** A partir de la aplicación del tratamiento en los pacientes con infección de virus de HIV ha modificado la historia natural de la enfermedad como consecuencia del restablecimiento inmunológico y la disminución de las enfermedades oportunistas; por otra parte se la ha relacionado con alteraciones del metabolismo lipoproteico y de los hidratos de carbono responsables de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Aun no se demuestra aumento de las mortalidad por la enfermedad cardiovascular en estos pacientes, pero cada vez es mas frecuente su aparición como complicaciones en estos pacientes

**Objetivos:** Conocer las características de la enfermedad cardiovascular sintomática en los pacientes con infección por virus de HIV y tratamiento antirretroviral de gran actividad

**Desarrollo:** Paciente de 45 años con antecedentes de tabaquismo, HIV en tratamiento con antiretrovirales con recuento de CD4 770 carga viral menor a 20, que ingresa derivado por presentar dolor precordial de 6 horas de evolución, de inicio brusco de intensidad 10 en 10 retroesternal que irradia a dorso y miembros superiores, que cede parcialmente con aines TA 130/70 FC 75 FR 20 SAT 92% ECG: supradesnivel ST y ondas QS en cara anterior.

Los laboratorios reportan al ingreso una CPK de 2400 con MB 97 LDH 640 y TROPONINA positiva Ingresando con diagnóstico de SCACEST, para lo cual se realiza la derivación a Unidad Coronaria para tratamiento específico.

**Conclusiones:** Los pacientes con infección por HIV, tratados con TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad) tienen un elevado riesgo cardiovascular, ello implica el estricto control de los factores de riesgo modificables en estos pacientes.

### 0286 IMPACTO DE ALTAS TASAS DE HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS: PROTOCOLO DE MEJORA DATOS PRELIMINARES

G NELSON, H MICHELANGELO, H MORENO, A ARANDA, M ENCINA, A MARTIN, P BUCHANAM, V CORDOBA, P YOST, J ROSSI, G BARRO, J FERNANDEZ, R ZALIMBER, M DINO, F FLORES, L RAMOS, A CAMPETELLA, S RODRIGUEZ, J MARTINEZ, P MUÑIZ, M VILLAGRA, C KECSKES, I STANELONI, A DIAZ, G GRECO, E SALAZAR  
Hospital Italiano de Bs.As., Argentina.

**Introducción:** El Colegio Americano de Patólogos realizó un estudio de mejora de calidad, a través de la examinación prospectiva de 497134 hemocultivos de 640 organizaciones de salud americanas; mientras que la frecuencia de contaminación en los pacientes internados fue del 2.5%, había instituciones que tenían una frecuencia menor al 1%, mientras que otras tenían una frecuencia mayor al 5%. Otros estudios muestran que hasta el 50% de todos los cultivos positivos pueden ser debidos a la presencia de contaminantes. Del total de hemocultivos, entre 0,6 a 6,25% están contaminados. El impacto financiero de la contaminación de hemocultivos ha sido descrita en una gran cantidad de estudios. A modo de resumen, se podría afirmar que los hemocultivos contaminados generan: Aumento del trabajo y estudios de laboratorio, Uso innecesario de antibióticos, Selección de microorganismos resistentes, Mayor tiempo de hospitalización y Aumento en los costos de internación del paciente.

Ante esto, la pregunta es cómo poder reducir la tasa de contaminación o falsos positivos y que conductas suceden a la aparición de

los mismos. Para responder a ese planteo, se dispuso la realización del presente protocolo.

**Objetivo:** Primario: Disminuir la tasa de hemocultivos contaminados. Secundarios: Inferir la disminución de costos asociados a los HC contaminados, Mejorar los procesos asociados a la extracción de hemocultivos, Dar a conocer la tasa de HC contaminados

**Material y método:** El estudio presenta un diseño del tipo "antes-después"; esto significa, partir de una medición basal de la tasa de hemocultivos contaminados; dicha medición se efectuó durante los meses de marzo y abril 2012. Con posterioridad se aplicó una estrategia entendida como "práctica de seguridad" durante un período de tiempo, tras lo cual se volverán a medir las tasas de contaminación; con la hipótesis de reducir la tasa de HC contaminados basales en un 50% se calculó el número de la muestra, con una frecuencia estimada (por promedio de proporciones en experiencias previas) del 8% (error alfa= 0.05; poder = 80%) y una precisión del 3%, lo que estimó una muestra mínima de 278 muestras de hemocultivo. El trabajo se desarrolla en el ámbito de la Terapia Intensiva mediante un Team de enfermeros investigadores quienes fueron capacitados en las medidas de prevención de contaminación de muestras (protocolo de extracción segura).

**Resultados:** La tasa de HC contaminados/total HC realizados previa a la intervención fue de: enfermera/médico 9.92 % (7.88-12.28) y del personal de laboratorio 6.65 (5.09-8.51) Las muestras de HC realizadas por el Team fueron, hasta el momento, 34 de las cuales el 100% fueron negativas. El protocolo sigue aún en desarrollo hasta llegar recolectar 300 muestras.

**Conclusiones:** Se necesitan de mayor número de muestras para demostrar la disminución significativa en las tasas de contaminación que demuestre que la implementación de un Team mejora significativamente los resultados

### 0288 DISECCIÓN ESPONTANEA DE ARTERIAS ABDOMINALES, SIN DISECCIÓN AORTICA. SERIE DE CASOS

I LEDESMA, J ARROYO, Y MANCHO, S PAVÓN, V CAGLIERI, C GALLETTI

Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción. Objetivos:** La disección de arterias abdominales sin compromiso aórtico es una patología de rara presentación. Las opciones terapéuticas incluyen tratamiento médico, quirúrgico y endovascular, aunque no está establecido el mejor abordaje. Se presentan tres casos, que ilustran la complejidad diagnóstica y terapéutica

**Materiales y métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva/prospectiva y analítica 3 casos ingresados al servicio de UTI; con diagnóstico de disección de arterias abdominales por TAC, Eco Doppler y angiografía. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, antecedentes patológicos, arteria/s comprometidas, tratamiento y evolución clínica a los 6 meses y año.

**Resultados:** La edad promedio fué de 46 años, solo uno de los pacientes presentó antecedentes de importancia, fueron tratados según el caso con angioplastia (ATC) implantación de Stent (S), y Anti Agregación (AG) o Anti Coagulación (AC).

Tabla 1

CASO	EDAD	SEXO	ARTERIA/S	ANTECEDENTES	CONDUCTA	EVOLUCION-SEGUIMIENTO
1	51	F	MS	NO	ATC+ S+AG	Requirio ATC+S a los 6 meses. Control a los dos años
2	48	M	MS	Tabaco. hipert. Art	ATC+AC	Buena. AG. Control 10 meses
3	40	M	TC+H+E	Sobrepeso	AC	Infartos hepático y esplénico. Buena al los 8 meses

F (Femenino), M (masculino) ATC (Angioplastia) S (Stent), MS (mesentérica superior) TC (tronco celiaco) H (hepática) E (esplénica) AC (Anti Coagulación), AG (Anti Agregación).

**Discusión. Conclusiones:** La disección espontánea de vasos abdominales sin compromiso aórtico es una patología de causa desco-

nocida más frecuente en hombres. Aunque de presentación rara debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal. Se carece de consenso para su tratamiento por lo que, la individualización de la mejor alternativa terapéutica, se hace esencial tal como ejemplifican los casos presentados.

### 0289 ANGIOEDEMA HEREDITARIO (AEH) Y OPCIONES TERAPÉUTICAS

MR ESPÓSITO, G CUELI, Z ROSSETTI, F MOLINA, B GABIRONDO, C RODRIGUEZ

H.I.G.A. Vte. Lopez y Planes de Gral. Rodriguez, Argentina.

**Objetivo:** Presentación de un caso y revisión de la literatura.

**Caso:** Paciente G.B ♀ de 49 años, tabaquista, diabética tipo II, alérgica a penicilina, con antecedentes familiares y personales de AEH (un hermano fallecido y dos internaciones propias, una de ellas casi fatal), sin tratamiento sustitutivo, que ingresa a guardia presentando síndrome obstructivo laríngeo agudo y edema facial, que requirió de intubación orotraqueal y ARM para su control.

En UTI permanece en ARM por 4 días y con "tubo en T" por 48 horas más.

Ante la imposibilidad de conseguir alguno de los agentes específicos recomendados, se administran como opción terapéutica 5 U de PFC. Posteriormente se extuba exitosamente y se realiza con seguridad FBC (sin alteraciones).

**La enfermedad:** Esta afección es causada por la deficiencia heterocigota del inhibidor C1 (inh-C1) del complemento. Esta proteína regula varias vías de la respuesta inflamatoria. Por ello los pacientes padecen episodios de edema cutáneo-mucoso debido al fallo local en la producción de bradiquinina. El trauma y el estrés son los principales desencadenantes. El AEH tipo I y II se deben a insuficiente producción del inh-C1 y a la producción de una forma disfuncional de dicha proteína respectivamente. El tipo III, no relacionado a deficiencia del inh-C1, afecta a mujeres, con altos niveles estrogénicos y se asocia a mutación del factor XII de la coagulación.

Los nuevos agentes destinados al tratamiento resultan prácticamente inaccesibles por lo que, a pesar de los efectos adversos conocidos, sugerimos considerar al plasma fresco congelado como opción terapéutica válida.

### 0291 PARALISIS PERIODICA TIROTOXICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

I CHOQUE, W COX, I PRIETO, G CACERES, L SANTORO, C TONELLI, C COZZANI, M TORRES BODEN, G CUETO

Hospital General de Agudos Cosme Argerich, Argentina.

**Introducción:** La parálisis periódica tirotóxica (PPT) es una rara complicación del hipertiroidismo potencialmente fatal. Se caracteriza por parálisis flácida proximal adquirida y reversible e hipocalcemia. Se asocia a la tirotoxicosis, pero muchos de los pacientes afectados no tienen evidencia de hipertiroidismo.

La patogénesis se relaciona con estados de hiperinsulinemia, hiperandrogenismo e incremento en la actividad de la bomba Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPasa con entrada intracelular de potasio

Se presenta el caso por resultar una patología de muy baja incidencia, con complicaciones potencialmente graves y de fácil tratamiento, una vez sospechada.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 35 años con antecedentes de tabaquismo, adicto a droga (marihuana) y vitiligo. Ingres a guardia, refiriendo disminución de fuerza muscular en miembros inferiores (MMII) que dificulta la marcha, llevándolo a la postración. Había consultado previamente por parestesias en MMII hallándose un laboratorio normal. Dado de alta, reingresa 12 hs más tarde por progresión de la debilidad muscular que le ocasiona caída.

A la admisión se encontraba normotenso, FC:150x', afebril, SO2 96% (0,21), con examen físico cardíaco y pulmonar normal. Poco después del ingreso sufre paro cardiorrespiratorio, realizándose RCP básica y

avanzada, presentando TV polimorfa que requiere CVE, revirtiendo a ritmo sinusal. Se recibe Laboratorio: K<sup>+</sup>: 1,4mEq/L, Na<sub>i</sub>: 103mEq/L, K<sub>i</sub>: 6,9mEq/L, acidosis respiratoria, leucocitosis, hiperglucemia, examen toxicológico en orina negativo. Se realiza reposición de potasio por infusión EV a razón de 7,5 mEq/hora (total: 180mEq).

Ingresa a UTI, sedo-analgesiado en ARM, hipotenso sin requerimientos de inotrópicos. Se constata K<sup>+</sup>: 9,5mEq/L. Se suspende infusión EV de ClK, instaurándose tratamiento de la misma. De acuerdo a cuadro clínico y parámetros de laboratorio, se sospecha TPP, confirmándose la misma por los siguientes datos obtenidos: TSH <0,02 U/ml, T3 = 2,04 mg/ml y T4: 2,96 mg/ml.

Se inició tratamiento con metimazol 40mg/día y propranolol 40 mg 3 veces por día.

Presenta mejoría clínica del cuadro y posterior normalización de los valores de ionograma y perfil tiroideo.

En 8 días pasa a sala y 4 días después se da a la fuga.

**Conclusión:** En un paciente con parálisis progresiva e hipocalcemia, el origen hipertiroideo es posible, aun sin síntomas específicos. La parálisis hipocalcémica tirotóxica (PHT) es una complicación de alto riesgo no solo por las consecuencias asociadas al descenso de K (parálisis y arritmias), sino que esta reportado que la intempestiva reposición del mismo lleva frecuentemente a hipercalemia, agravando aun mas el riesgo cardiaco.

Es esencial Identificar la causa hipertiroidea, ya que en este caso la terapéutica se enfoca en bloqueo beta adrenérgico y tratamiento específico del hipertiroidismo.

Se presenta el caso por resultar una patología de muy baja incidencia, con posibles complicaciones graves y de fácil tratamiento una vez sospechada.

#### 0294 TRAUMA CARDIACO PENETRANTE: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PARMENIO PIÑERO DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES.

J RODRIGUEZ RATTARO, G SILBERZSAC, G VERDE, J SAGARDIA

Hospital Parmenio Piñero, Argentina.

A pesar de la mejoría en el tratamiento del trauma las lesiones penetrantes cardiacas continúan generando mortalidad. La mayoría de las lesiones penetrantes son ocasionadas por actos de violencia. El objetivo de este trabajo es describir el tratamiento y la evolución de las lesiones cardiacas penetrantes causadas por heridas de arma blanca y de fuego.

**Métodos:** Serie de casos. Prospectivo. Se analizaron las internaciones consecutivas de pacientes sometidos a toracotomía de urgencia por injuria penetrante cardiaca que ingresaron al servicio de UCI desde noviembre de 2010 a mayo de 2012.

Los datos que se recolectaron fueron edad, sexo, APACHE II, ISS, mecanismo de injuria, presentación clínica y estabilidad hemodinámica al ingreso hospitalario, investigación preoperatoria (Rx tórax, ECG, ECO, TAC) complicaciones, tiempo de estadía en UCI, mortalidad en UCI y hospitalaria.

**Resultados:** Cinco pacientes ingresaron a UCI con injuria cardiaca penetrante ( arma de fuego: 2, por arma blanca: 3. La mediana de edad fue 24 años. Todos eran hombres. APACHE II 19. ISS 25. Todos requirieron IOT de urgencia en la guardia debido a inestabilidad hemodinámica: tres pacientes con diagnóstico de taponamiento cardiaco (dos de ellos presentaron paro cardiaco intraquirúrgico) y 2 pacientes con shock hipovolémico. Los pacientes fueron intervenidos rápidamente (tiempo desde ingreso-cirugía: 10 minutos). Se utilizó para el diagnóstico: ecografía (3) y clínica(2). Las cavidades comprometidas fueron: ventriculo izquierdo: 3, auricular derecha: 1, auricular izquierda: 1. En tres pacientes se realizó rafia pulmonar. Todos los pacientes requirieron ARM, soporte inotrópico y transfusión de hemocomponentes. No hubo complicaciones relacionadas a la cirugía. Tres pacientes requirieron VNI post extubación. Un paciente desarrollo neumonía asociada a la ventilación lo que prolongó los días de VM y su estancia en UCI. La mediana de días

de ventilación mecánica y de internación en UCI fue 1 (RIQ 1-4) y 6 (RIQ 4-8) respectivamente.

**Conclusiones:** La principal causa de trauma penetrante cardiaco fue la lesión por arma blanca, siendo el ventriculo izquierdo la principal cámara cardiaca afectada. La mortalidad fue de 40 % la cual estuvo relacionada con la presencia de taponamiento cardiaco y de lesiones producidas por arma de fuego. Los resultados quirúrgicos son comparables con otras series. En general las lesiones producidas por arma blanca tienen mejores resultados que aquellas producidas por heridas de arma de fuego.

El tratamiento definitivo es posible pero requiere un rápido traslado al hospital, sospecha clínica (posición anatómica de las lesiones, estado hemodinámico) y rápido traslado a quirófano con adecuada reanimación.

Todos los cirujanos generales deberían ser capaces de reconocer estas heridas e intervenir si un cirujano cardiorrástico no está inmediatamente disponible.

#### 0297 PREVALENCIA DE DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA EN CUIDADOS CRITICOS HOSPITALES DE SALTA CAPITAL. AÑO 2011.

JE TEJERINA, D BERTA, L CORIMAYO, V YUGRA, P CARRIZO  
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Salta, Argentina.

**Introducción:** El uso de las Taxonomías NANDA en los planes de cuidados contribuye a unificar el lenguaje enfermero en la denominación de los problemas del paciente, lo que permite identificar la frecuencia con la que se presentan los mismos en determinadas áreas.

Durante la pasantía por los servicios, se orienta a los alumnos a trabajar en los planes de cuidados utilizando las taxonomías NANDA, NIC, NOC. Al finalizar las mismas, deben identificar los diagnósticos enfermeros que se presentaron con mayor frecuencia durante su práctica. Es importante que los estudiantes alcancen a comprender que independientemente de la patología, existen necesidades que se presentan con mayor frecuencia que otras en las áreas de cuidados críticos. El conocimiento de las mismas define los cuidados a realizar.

**Objetivos:** • Reconocer los diagnósticos enfermeros utilizados en los planes de cuidados elaborados por los alumnos.

• Identificar la prevalencia de los diagnósticos enfermeros utilizados en los planes de cuidados de adultos y niños.

• Identificar a que dominio de salud pertenecen los diagnósticos de mayor prevalencia.

**Metodología:** Estudio observacional de prevalencia descriptivo. La población de estudio estuvo constituida por 48 informes de planes de cuidados elaborados por los alumnos que cursaron Enfermería Especializada durante la pasantía realizada de Agosto a Noviembre de 2011 en Servicios de Cuidados Críticos adultos y pediátricos pertenecientes a Hospitales Públicos de la ciudad de Salta.

**Resultados:** En pacientes adultos se identificaron 70 diagnósticos enfermeros sobre un total de 35 informes y en niños 44 diagnósticos sobre un total de 13 informes. Los diagnósticos enfermeros más utilizados fueron:

En adultos:

1. Riesgo de infección,
2. Dolor agudo,
3. Ansiedad,
4. Deterioro de la Integridad cutánea,
5. Deterioro de la movilidad física,
6. Disminución del gasto cardiaco,
7. Deterioro del patrón del sueño,
8. Limpieza ineficaz de la vía aérea
9. Patrón respiratorio ineficaz.

En niños:

1. Riesgo de Infección
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas

3. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea  
 4. Deterioro de la Integridad cutánea  
 5. Riesgo de estreñimiento  
 6. Exceso de volumen de líquido  
 7. Riesgo de Aspiración  
 8. Deterioro de la movilidad física  
 9. Riego de deterioro de la vinculación madre-lactante  
 Los diagnósticos enfermeros de mayor prevalencia están vinculados a los siguientes Dominios de salud. 5 a Seguridad/ Protección, 3 a Actividad/Reposo y 1 para: Confort, Afrontamiento/ Tolerancia al estrés, Eliminación e Intercambio, Nutrición y Rol/ Relaciones.  
**Conclusión:** El diagnóstico enfermero de mayor prevalencia identificado en los informes de adultos y niños fue Riesgo de Infección. Los dominios de Seguridad / protección y Actividad Reposo han sido los más trabajados.

### 0299 ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO DIAGNOSTICO EN UN CASO DE SOSPECHA DE ENCEFALITIS RÁBICA HUMANA EN BUENOS AIRES

D PEREYRA, J UGARRIZA, A FRÍAS SALAZAR, F ROTRYNG, S ARCIERI, L VASTA, J MORALES, J FERNANDEZ, C AVILA, F LIPOVESTKY

Hospital Universitario UAI, Argentina.

Se presenta un paciente de sexo masculino de 24 años de edad con antecedentes de adicciones a drogas de uso ilegal (cocaína, paco y marihuana), presentó traumatismo de MMII izquierdo hace 3 meses por colisión en motocicleta, y en los últimos 10 días previos al ingreso a UTI presentó cambios en su conducta (agresividad) mordiendo a su entorno familiar.

Se hace referencia que 15 días previos fue mordido por 2 perros (los cuales poco tiempo después murieron de forma súbita y no se investigó la causa), el paciente no realizó controles médicos, y a partir de allí comenzó con cambios de la conducta. También se refiere la presencia en su domicilio (Pablo Nogues, Pcia Bs As) y alrededores de murciélagos muertos.

7 días previos al ingreso en UTI comienza con alteración del sensorio, confusión, donde es llevado al servicio de guardia de la Localidad de Ezeiza, allí se realiza TC de cerebro (normal) y se indica alta hospitalaria. El paciente es hallado a las 24hs en su casa por un amigo, con alteración del sensorio y escalofríos por fiebre. Allí es llevado a un hospital de la localidad Ezeiza, donde se realiza otra TC de cerebro (s/cte) que muestra múltiples imágenes hipodensas bilaterales. Se realiza PL con LCR normal y es derivado a nuestra UTI para mayor complejidad.

Ingresar en coma (GCS 4/15) con postura de descerebración, se realiza IOT y ARM, se repite la TC de cerebro con contraste evidenciándose edema cerebral solamente.

Se realizan cultivos: hemocultivos, urocultivo, y LCR con resultados negativos, se suspende inicialmente los ATB, continua con Aciclovir por sospecha de encefalitis herpética. Test de HIV (Elisa) negativo. Screening de drogas de abuso: Positivo para benzodiazepinas. PCR herpes: Negativa.

Se repite la PL: LCR normal.

Se inicia investigación en forma multidisciplinaria para descartar el diagnóstico de encefalitis rábica humana. Participan el Ministerio de Salud de Buenos Aires, Instituto de Zoonosis Luis Pasteur, Instituto de Zoonosis de Malvinas Argentinas, Instituto de Microbiología Malbrán, Hospital Durand, Hospital Muñiz, Servicio de Toxicología del Hospital Posadas y nuestra Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Universitario de la Universidad Abierta Interamericana.

**Conclusión:** Se presenta este caso con el objetivo de mostrar cuales son los estudios que se deben solicitar ante un caso sospechoso, la importancia de alertar a las autoridades sanitarias y el estricto seguimiento multidisciplinario que han realizado en una patología sumamente infrecuente, la cual en el año 2008 se produjo el último caso de rabia humana en un niño en la Provincia de Jujuy.

### 0301 MUERTE SÚBITA POR DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA (DA) EN EMBARAZADA DE 35 SEMANAS CON SOBREVIVENCIA DEL PRODUCTO LUEGO DE CESAREA POST MORTEN (CPM)

J ARROYO, MJ CABRERA, MJ ARAMBURU, V CAGLIERI, CG CALLETTI

Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción y objetivos:** La DA que complica al embarazo es poco frecuente ocurre generalmente en el peri parto o post parto inmediato, poniendo en riesgo la vida de la madre y el feto. En la DA 21% de los pacientes muere antes de ingresar a un hospital, 25% en las 24 horas, 70% en la 1 semana y 80% a las 2 semanas. El síndrome de Marfan, u otras enfermedades del colágeno son factores predisponentes. Se presenta un caso de una paciente con embarazo de 35 semanas, sin enfermedad previa, con muerte súbita y diagnóstico post-morten de DA.

**Material y métodos:** Presentación del caso: Paciente de 35 años, sin antecedentes. El mismo día, internada por cuadro de amenaza de parto prematuro, tratamiento con isoxuprina. Ocho horas después del alta, en su domicilio presenta episodio de muerte súbita. Trasladada por familiares, ingresa 15 minutos después, en paro cardiaco (PC). Se inicia RCP, y se realiza CPM en UTI, con nacimiento de niña en PC, se reanima madre durante 56 minutos y se constata óbito, y niña durante 60 minutos, obteniéndose ritmo cardiaco, por lo que queda internada, sin aparente daño neurológico. Se realiza necropsia de la madre donde se objetiva DA tipo A de Stanford, y hemopericardio con taponamiento cardiaco.

**Discusión y conclusiones:** El embarazo genera una serie de cambios en todos los aparatos y sistemas, que puede conducir al desarrollo de complicaciones tanto a nivel materno, como fetal o neonatal. Lo interesante del caso radica en la carencia de enfermedades previas conocido como factor de riesgo asociados a DA. Su único aparente factor es el embarazo, por lo que la DA debe ser considerada en toda embarazada con síncope o MS, aún en ausencia de antecedentes, tanto más cuanto que pueden existir factores genéticos, como mutación heterocigota en MYH11 ya identificada. No se encontró en la bibliografía, relación entre el tratamiento con isoxuprina y DA. Luego de una RCP de 4 minutos es recomendable la CPM, para promover la viabilidad fetal. Tal fue el resultado de este caso. La niña presenta una evolución normal a los 8 meses del nacimiento.

### 0302 IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDIDA DE LA VAINA DEL NERVIÓ OPTICO COMO MONITOREO DE PRESION INTRACRANEANA EN PACIENTES CRÍTICOS

J GORRASI, A BIESTRO, M CANCELA

Centro de Tratamiento Intensivo. Hospital de Clinicas. Facultad de Medicina. Uruguay.

**Antecedentes:** La vaina del nervio óptico (VNO) es sensible a los cambios de presión intracraneana. Este método ha sido propuesto como herramienta diagnóstica de monitoreo de presión intracraneana (PIC). Nuestro estudio esta destinado a comprobar la utilidad del método en pacientes en Medicina Intensiva.

**Objetivo:** Estudiar variabilidad de la VNO por ecografía, estudiar la correlación de este método con la PIC invasiva

**Material y métodos:** Se estudiaron 17 pacientes internados en medicina intensiva en ventilación mecánica. La medida de la vaina del nervio óptico se realizó con un ecógrafo Toshiba con un transductor de 3.5 MHz, las determinaciones se realizaron sobre el sector temporal de cada ojo colocando el transductor sobre el párpado superior. Las medidas se realizaron por triplicado en cada ojo, se tomó el valor promedio en cada ojo. La variabilidad de cada medida se estudio con el coeficiente de variabilidad intraobservador (CV). El diámetro de la VNO se correlaciono con r de Pearson con los valores de PIC. Los valores se expresan como media y DE.

**Resultados:** En 17 pacientes se realizaron 148 medidas de VNO, el CV fue 0,09. VNO fue 5,3 ± 1 mm. EL diámetro de VNO fue 5,12 ± 1,0 a derecha y 5,15 ± 1,0 a izquierda. En 6 pacientes con monitoreo de

## ■ Resúmenes

PIC la correlación con el diámetro de VNO fue  $r = 0,720$ ;  $n=19$ ,  $p < 0,001$ . En estos pacientes VNO fue  $5,3 \pm 1$  mm y PIC  $21 \pm 10$  mm Hg. Conclusiones. La medida de la VNO es un método no invasivo que puede ser realizado en pacientes en medicina intensiva. El diámetro de la VNO se asocia significativamente con los valores de PIC invasiva.

**0303 NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA**

J GUILLÉN, L DIETZ, S CAMERLINGO, A PALAZZO, M SANTA-GIULIANA, S ILUTOVICH  
Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

**Introducción:** El síndrome de Stevens Johnson y la Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) constituyen una reacción cutánea severa compartiendo etiología, patogenia e histología y diferenciándose entre sí por el porcentaje de superficie afectada. Se define como NET el compromiso mayor al 30% de superficie corporal y su mortalidad alcanza el 90%.

**Objetivo:** Describir un caso de NET asociado a sulfonamidas en paciente con VIH-SIDA.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 27 años de edad, diagnóstico reciente de VIH-SIDA, con CD4 31 sin tratamiento antirretroviral ni enfermedades marcadoras previas. Presenta neumonía con diagnóstico etiológico presuntivo de *P. jiroveci* 1 mes previo a internación por lo que recibe tratamiento con Trimetoprima-Sulfametoxazol (TMS). En la 3ª semana de tratamiento mejora el proceso pulmonar, presentando eritema en tronco y MMSS por lo que se rota el tratamiento antibiótico a Dapsona. Evoluciona con lesiones úlcero vesiculares que comprometen un 90% de la superficie corporal interpretándose como NET.

Se suspende Dapsona e inicia tratamiento con inmunoglobulina (IGIV) 2g/kg/día por 5 días, asociado a medidas generales de soporte (hidratación, nutrición enteral hipercalórica, protección ocular) y toillettes quirúrgicas periódicas.

Se valoró la gravedad utilizando el score de severidad en la NET (SCORTEN) asignándole un puntaje de 4 (mortalidad predicha de 58.3%)

Evoluciona con bacteriemia primaria por *E. faecalis* y shock, requiriendo ventilación mecánica y vasopresores. Por persistencia de bacteriemia se realizó Ecocardiograma y Eco-Doppler de MMII resultando ambos negativos. Recibió tratamiento con Ampicilina por 21 días.

Evolucionó favorablemente con re-epitelización de las lesiones a los 12 días del ingreso. Al día 14 inició profilaxis para neumonía por *P. jiroveci* (Pentamidina) y el día 18 inicio antirretrovirales. Se externo a los 48 días de su ingreso.

**Discusión:** La NET es una lesión cutánea severa que compromete únicamente la epidermis, patrón que la diferencia del eritema multiforme. Se asocia a fármacos (75%) y agentes infecciosos. Tiene igual incidencia en hombres y mujeres.

El diagnóstico se establece con la presencia de necrosis y desprendimiento de la epidermis mayor al 30% de la superficie corporal. La infección por VIH y el uso de sulfonamidas son factores de riesgo conocidos. El uso del SCORTEN permite evaluar la severidad y predecir mortalidad.

Múltiples estudios sugieren un rol central de la actividad citotóxica de los linfocitos T en la patogenia de la NET. Se han ensayado diversos inmunomoduladores (esteroides, Ac anti Factor de Necrosis Tumoral, Ciclosporina, Talidomida, IGIV y otros) con resultados variables. En el caso presentado se utilizó IGIV que mostraron resultados alentadores en pequeñas series de casos.

**Conclusión:** La NET representa la forma más severa de reacción cutánea generalmente asociada a fármacos. El tratamiento se basa en la suspensión del fármaco desencadenante y el soporte general. La utilización de IGIV y otros inmunomoduladores se han ensayado en series de casos con resultados promisorios.

**0304 TROMBOSIS VENOSA PORTAL (TVP). PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON EL MISMO ESCENARIO CLÍNICO PERO CON IMPLICANCIAS PRONÓSTICAS DIFERENTES**

S PAVON, V CAGLIERI, J ARROYO, I LEDESMA, MP BIRRI, H CARBALLO, Y MANCHO, C GALLETI  
Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El primer caso de TVP fue descrito en 1868 por Balfour and Stewart, en un paciente con esplenomegalia, ascitis y várices esofágicas. La incidencia en la población general se estimó en el 1% después de un estudio conducido por Ogren et al. en autopsias, pero recientemente el número de diagnósticos se ha incrementado gracias a la posibilidad de los métodos diagnósticos, especialmente la ecografía doppler.

**Objetivo:** Presentar dos casos clínicos con la misma patología pero con implicancias pronósticas diferentes.

**Material y método:** **Caso 1:** niña de 13 años derivada de otra institución por insuficiencia hepática con dolor abdominal periumbilical y fosa iliaca derecha, vómitos y fiebre de una semana de evolución. Ecografía: hepatomegalia hipoecogénica, ausencia de flujo portal con imagen ecogénica endoluminal en rama der e izq, líquido libre. Se inicia ATB. A las 24 hs por ecografía se objetivan colaterales. A las 48 hs se comienza con AAS 100mg/día. Descenso progresivo de enzimas hepáticas y bilirrubina pero con fluctuaciones de leucocitosis y fiebre, abdomen peritonítico que obliga a rotación de ATB. Paracentesis: 1350 células con 84% neutrofilos, otra con 9935 cel con 89% neutrofilos. Se suspende AAS y continua con HBPM. TAC control: colección pelviana peri apendicular, cavernomatosis portal con Hipertensión portal (HP) presinusoidal. Actualmente asintomática.

**Caso 2:** niña de 15 años con esplenectomía por esferocitosis 3 meses previos. Internada en otra institución 30 días antes por dolor abdominal en hipocondrio y flanco izq. TAC: engrosamiento intestinal e hígado aumentado de tamaño. Video laparotomía determina ascitis y adenitis por Yersinia, recibe ATB y es dada de alta. Ingresó a nuestra institución con dolor abdominal y fiebre. TAC: ascitis, adenopatías, trombosis venosa portal completa, y difusa de la esplénica y mesentérica superior. Anticoagulante lúpico (+). Tratamiento con ATB, nutrición parenteral total, paracentesis evacuadora y anticoagulación con heparina y luego anticoagulantes orales. No desarrolla colaterales visibles. Evoluciona con isquemia intestinal que requiere tratamiento quirúrgico. Actualmente persistencia de dolor abdominal.

**Discusión:** La TVP habitualmente presenta una clínica inespecífica por lo que se hace imperativa la sospecha diagnóstica temprana ya que se debe plantear la terapia anticoagulante sin demora, en especial aquellos pacientes con trombofilia hereditaria y estados protrombóticos adquiridos, siendo posible conseguir una repermabilización. Teniendo en cuenta que las consecuencias de esta entidad pueden ser tan graves como la HPI o incluso la isquemia intestinal es importante detectar los casos que presenten factores de riesgo.

**Conclusión:** Aun en la actualidad la TVP es una complicación alarmante y potencialmente mortal que ofrece pocas alternativas de tratamiento cuando el diagnóstico es tardío. Por lo tanto es decisivo en la evolución la detección de los factores de riesgo, y el diagnóstico del evento vascular, ya que la repermabilización es impredecible, como demuestran los casos presentados

**0305 APLICACIÓN DEL SF-UCI 24 EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS**

J GORRASI, A LEVY, C YIC, G RODRIGUEZ, A BIESTRO, M CANCELA, M CANCELA  
Centro de Tratamiento Intensivo. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Uruguay.

**Antecedentes:** En los últimos años ha surgido en la literatura internacional un importante interés en la satisfacción de los familiares y allegados (FA) con el tratamiento de los pacientes ingresados en las

Unidades de Cuidados Intensivos y en las dificultades en la comunicación entre éstos y el equipo tratante. Se desconocen antecedentes a nivel nacional de sistematización de esta información a través de un instrumento validado transculturalmente.

**Objetivo:** analizar la satisfacción con el tratamiento y la comunicación en FA de pacientes de la UCI del Hospital de Clínicas.

**Métodos:** Se usó la versión en español del cuestionario de origen canadiense SF-UCI 24: SATISFACCIÓN FAMILIAR CON EL CUIDADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Se realizó una encuesta anónima desde el 18.12.09 al 18.12.10. Para obtener una muestra más representativa éste será aplicado durante un año. El criterio de inclusión fue la entrega del SF-UCI (24), durante los informes médicos, a la persona más allegada de los pacientes ingresados por más de 7 días en dicha UCI.

**Resultados:** De los 280 pacientes ingresados durante el primer semestre estudiado obtuvimos una muestra de 75 instrumentos, lo que representa la opinión de 1 familiar de cada 4.

**Conclusiones:** estamos procesando los datos para graficarlos y medirlos con mayor precisión; sin embargo, podemos resaltar de los resultados generales que los FA que responden mayoritariamente son los familiares más cercanos y no han tenido experiencias de internaciones previas en UCIs. Califican como "muy buenos" los cuidados y preocupación en el tratamiento y en aspectos de cortesía y respeto, habilidad y competencia de los integrantes del equipo; destacándose la "insuficiente satisfacción" con características "ambientales". Se destaca una gran dicotomía en los resultados en cuanto a la información (voluntad del personal, comprensión, honestidad, claridad) y la frecuencia -y coordinación- con que se da la misma.

### 0309 PATOLOGÍA OBSTÉTRICA CRÍTICA: DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SANATORIAL

M VINZIO, W NIETO, J DALDIN, G DOMENICONI, O YUNK  
Sanatorio de la Trinidad - San Isidro, Argentina.

**Objetivo:** Describir la patología obstétrica registrada en una unidad de cuidados intensivos con financiamiento privado durante un período de tres años.

**Material y Métodos:** Diseño descriptivo, observacional y retrospectivo. Se registraron todas las pacientes que ingresaron a Terapia Intensiva por patología obstétrica entre Agosto de 2010 y mayo de 2012 inclusive. Se agruparon según motivo de ingreso. Se identificaron: 1) características de la población estudiada 2) severidad de la patología 3) tratamiento instituido 4) Mortalidad.

**Resultados:** Se registraron 68 pacientes. Fueron el 1,72 % de los ingresos a cuidados intensivos en ese período (3946 pacientes). El APACHE promedio fue de 6,98 (SD 3,9). La edad promedio fue de 31,4 años (SD 5,9). La media de la edad gestacional fue de 31,4 semanas. El 60 % de los ingresos fueron post cesárea. La causa más frecuente fue síndrome de hipertensión en el embarazo con el 60,29% del total de las pacientes. Las mismas se clasificaron en Preeclampsia leve 7,35 % y Severa 38,23%. Síndrome HELLP 5,88%. Eclampsia 4,41%. Hipertensión inducida por el embarazo 4,41 %. Hipertensión crónica 0 %. Las causas restantes fueron sangrado obstétrico 14,7%, TEP 0,68%, y causa quirúrgica no obstétrica 25%. El signo clínico de adversidad más frecuente fue la Tensión arterial mayor o igual a 160/100 mm Hg (70 %), seguida de la epigastralgia (15 %) y cefalea (15%). La proteinuria > a 2 g/24 hs se registró en 2 pacientes. Como factor de riesgo se identificó a la nuliparidad en el 90 % de las preeclampsias. Se documentaron dos casos multigestas. Se registró una muerte que correspondió a una paciente con hígado graso. Se utilizaron drogas vasodilatadoras titulables en 3 oportunidades (todas ellas preeclampsias severas). El número máximo de drogas utilizadas en la misma paciente fue de 3. La droga indicada con mayor frecuencia fue la alfa metil dopa (90%), quedando en segundo lugar el labetalol (50%).

**Conclusiones:** El 60,29 % de los ingresos correspondieron a tras-

ornos hipertensivos vinculados al embarazo. El APACHE no fue un predictor de severidad de este grupo de pacientes. La nuliparidad es un signo de riesgo frecuente y coincide con la información suministrada por la literatura. La mortalidad de este grupo de pacientes fue baja. La proteinuria mayor a 2 gramos por litro no estuvo presente en todos los casos graves. La droga más frecuentemente indicada fue la alfa metildopa.

### 0310 STATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO: PRINCIPALES PREDICTORES CLINICOS

NJ PRINI, V MOSQUEDA, PD COMIGNANI, B HUNTER, JD OSATNIK, FA SOSA, C HIGA, A MACCHIA  
Hospital Alemán, Argentina.

**Objetivo:** El Status Epiléptico No Convulsivo (SENC) podría desencadenar daño neurológico y promover trastornos cognitivos o de conciencia. Este síndrome probablemente se encuentre sub-diagnosticado. El objetivo de este estudio fue analizar la clínica que motivó el pedido de estudios electroencefalograficos con sospecha de SENC, así como evaluar asociación de diversas variables con dicha patología.

**Material:** Se analizó una población de pacientes internados en UTI a los que se les solicitó EEG. Se definió como SENC a la actividad epiléptica prolongada en el electroencefalograma (mayor a 30 minutos) con síntomas no convulsivos. Se compararon las variables categóricas con test de chi cuadrado y las variables numéricas con test de Mann-Whitney para grupos independientes. Se considero como significativo a un error alfa menor del 5%. Se realizó un análisis de ajuste por regresión logística.

**Resultados:** De 87 pacientes se identificaron 14 con diagnóstico de SENC (16 % de la población). Los motivos más frecuentes de la realización del EEG fueron: coma (16,7%), deterioro del sensorio (77,8%), trastorno del lenguaje (16%) y estado post ictal (16,7%). Los diagnósticos más frecuentes de ingreso a UTI fueron: 22% SENC, 11,1% sepsis y 11,1% por post operatorio de resección de tumor cerebral. La media de APACHE de ingreso fue de 15 y de Glasgow 11/15 (8/15 durante el episodio de status).

La edad media fue de 74 ± 12 años, 83% fueron mujeres. A diferencia del resto de la población, los pacientes con SENC fueron más frecuentemente mujeres (83% vs. 49%, p 0.008), de mayor edad (74±17 vs. 60±19 años, p = 0.02), con más antecedentes de demencia (33% vs. 8%, p = 0.005) de hipertensión arterial (55% vs. 23%, p = 0.006) y de historia de convulsiones (39% vs. 16%, p = 0.02). Por ajuste multivariado la única variable asociada a SENC fue la demencia (OR 6 IC 95% 1-34, p = 0.03). De los pacientes con diagnóstico de SENC, 44% presentaron hipofosfatemia y 44 % alcalosis respiratoria durante el episodio. El resto de los parámetros de laboratorio medidos intracrisis arrojaron los siguientes resultados: glucemia 114mg/dl ± 77, sodio 135 mEq/l ± 6 , potasio 3,8 mEq/l ± 0.5, cloro 103 mEq/l ± 7, calcio 1,1 mg/dl ± 0.6, magnesio 0,76 mg/dl ± 0.6. Requirieron ARM 45% de los pacientes que no presentaron SENC vs. 78% de los que cumplieron criterios para dicha patología (p=0,01). La mortalidad del grupo SENC fue 43% vs. 32% en la población sin status. Presentaron lesiones en estudios de imágenes el 33 % de los SENC.

**Conclusiones:** La causa clínica que motivó en la mayoría de los casos el pedido de electroencefalogramas fue el deterioro del sensorio. Si bien se observó asociación con SENC y edad avanzada, sexo femenino, demencia, HTA e historia de convulsiones, sólo la demencia se asoció independientemente a SENC.

### 0311 EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL: SU RELACIÓN CON LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CRÍTICOS

DP CORBELLI, MA CARIGNANO, PN GUIMARAENS, MF GULDIN, J VALLUSI, CE KECSKES  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de desnutrición en una unidad de terapia intensiva de adultos (UTIA) y la relación entre el estado nutricional con el escore de gravedad APACHE II (APII) y mortalidad en UTIA y hospitalaria.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica de formularios de carga estructurada, ad hoc. Se incluyeron todos los pacientes ingresados a la UTIA, excluyendo aquellos con datos incompletos. Fueron estudiados 934 pacientes consecutivos ingresados a la UTIA desde Mayo del 2011 hasta Abril del 2012. Se registraron para el análisis: Valoración Global Subjetiva (VGS), APACHE II, diagnóstico y mortalidad hospitalaria y en UTIA. Todos los pacientes fueron evaluados utilizando la VGS dentro de las 48 hs. del ingreso y clasificados en normonutridos (A), desnutrición moderada o en riesgo de desnutrición (B) y desnutridos (C). Se utilizó para el paquete estadístico STATAII. Se consideró significativa  $p < 0.01$ . Los datos se expresan en promedio, mediana y rango según corresponda.

**Resultados:** de 1474 pacientes, se analizaron un total de 934; 48,72% mujeres. Edad 59 años (18 a 97). VGS: A 29,76%, B 53,96% y C 16,28%. APII 11,45 (DS 6,8). Los motivos de ingreso fueron: Quirúrgicos 58,6%, Médico 22,8%, Neurocríticos 15,6%, Politraumatismo 3%. La prevalencia de desnutrición fue del 76%. La mortalidad total hospitalaria fue de 11,9% y en UTIA del 8,03%. Riesgo Relativo de muerte en UTIA (RR: 2,32; IC 95% a 1,36 a 3,97) y en el hospital (RR: 5,73; IC 95% a 0,84 a 38,71).

	VGS A	VGS B	VGS C
N (%)	278 (29.76)	504 (53.96)	152 (16.28)
APII promedio (DS)	8.54 (5.28)*	12.11 (6.79)*	14.61 (7.27)*
Mortalidad UTIA %	4.33*	8.13*	23.53*
Mortalidad hospitalaria %	0.36**	2.38**	3.92**

\* $p < 0.001$  \*\* $p < 0.05$

**Conclusiones:** La prevalencia de desnutrición en pacientes críticos es elevada. Los pacientes desnutridos mostraron diferencias estadísticamente significativas en el valor de APACHEII y en la mortalidad en UTIA. Esta diferencia no fue significativa en la mortalidad hospitalaria.

Comparados con los pacientes con algún grado de desnutrición, los normonutridos tuvieron más del doble de probabilidad de egresar vivos de la UTIA y casi seis veces más probabilidades de egresar vivos del hospital.

### 0313 INCIDENCIA DE FRAGILIDAD Y DELIRIUM EN PACIENTES CRÍTICOS

L MORETTI, W TOZZI, N GOLFARINI, MS GOMEZ AVAD, LM GALLI, F GHELLINAZA, F JANSMAN, L BOFFINO, F ALARCON, M CAMAMA, R PUERTAS, C PELUFFO, A BRAVO, N IEZZI, AP BUSTAMANTE  
Hospital de Clínicas "Jose de San Martín", Argentina.

**Introducción:** La fragilidad, definida como la pérdida de reservas físicas y cognitivas que vuelve a los sujetos más vulnerables a sufrir eventos adversos y el delirium, definido como un estado de inicio agudo caracterizado por cambios fluctuantes en el estado mental, inatención y alteración de la consciencia; son dos entidades cada vez más reconocidas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) que tienen alto impacto en la evolución de los paciente.

**Objetivo:** determinar la incidencia de fragilidad y delirium de todos los pacientes internados en la división de Cuidados Intensivos del Hospital de "Clínicas José de San Martín" en la ciudad de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre enero y abril del 2012. Además relacionarlos entre sí, con el número de reinternaciones y con la tasa de mortalidad en UCI y hospitalaria.

**Materiales y métodos:** se evaluó prospectivamente el fenotipo de fragilidad con la escala propuesta por Rockwood y el delirium con

el Confusion Assessment Method for the UCI (CAM-ICU) a todos los pacientes ingresados en el período mencionado. Para su análisis los pacientes fueron divididos en dos grupos, el primero mayores o igual a 60 años y el segundo menores de 60 años.

**Resultados:** se evaluaron 182 pacientes de los cuales 112 fueron hombres y 70 mujeres, la edad media fue de 59.26 años (SD 20.54). El grupo de pacientes mayores o igual de 60 años tuvo un APACHE II de 17.43 (SD 9) y el de menores de 60 años de 12.88 (SD 9.91) ( $p: 0.016$ ). De los pacientes evaluados 69 (37.9%) fueron frágiles, 62 (34.07%) no frágiles y 51 (28.02%) prefrágiles. Al analizarlos por subgrupo etario encontramos que 55 (50.93%) pacientes mayores fueron frágiles, 30 (27.78%) prefrágiles y 23 (21.30%) no frágiles, y en los menores de 60 años, 14 (18.92%) frágiles, 21 (28.38%) prefrágiles y 39 (52.70%) no frágiles ( $p < 0.001$ ). Los pacientes frágiles y prefrágiles tuvieron un mayor número de reinternaciones en UCI ( $p: 0.039$ ).

En cuanto a la evaluación del delirium 34 pacientes (18.78%) tuvieron delirium positivo, 123 (67.96%) delirium negativo y 24 pacientes (13.26%) no pudieron ser evaluados. Se encontró mayor tasa de delirium en el grupo de pacientes mayores de 60 años 27 (25%) versus 7 (9.59%) del grupo de menor edad ( $p: 0.019$ ) y en aquellos que requirieron asistencia ventilatoria mecánica (AVM) 32 (33.33%) versus 6 pacientes (5.71%) que no requirieron ( $p: 0.001$ ). Los pacientes frágiles sufrieron más delirium que los no frágiles 26 (30.59%) versus 4 (6.56%) ( $p: 0.001$ ).

En cuanto a la mortalidad al alta de la UCI no hubo diferencias con respecto a la edad ni a la presencia de fragilidad, pero sí con el delirium ( $p: 0.001$ ). Además se observó mayor tasa de mortalidad hospitalaria en los pacientes frágiles ( $p: 0.006$ ).

**Conclusión:** la incidencia de fragilidad fue de 37.9% y la de delirium 18.18%. Los resultados demuestran como la fragilidad se relaciona con el aumento del número de reinternaciones, la mortalidad hospitalaria y la aparición de delirium. Mientras que el delirium con la mortalidad en UCI

### 0314 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 Emergencia 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 unidades de glóbulos rojos, 19 unidades de plasma fresco congelado, 19 unidades de crioprecipitados, 25 unidades de plaquetas. 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. Evolucionan 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 reperusión. 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 cristaloideos, 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.

### 0315 EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD EN PACIENTES CRÍTICOS

A VICCICONTTE, G FERNANDEZ, D ROSSI, G MARINO, L PIPOLO, F OSACAR, L GIMENEZ, A APREA RUDELLA  
Hospital de Clínicas "José de San Martín", Argentina.

**Introducción:** la fragilidad se puede definir como un síndrome caracterizado por la pérdida de la reserva física y cognitiva que conduce a un aumento de la vulnerabilidad ante eventos adversos. Este síndrome puede interpretarse como un estado fisiológico, que aunque reversible, puede representar un obstáculo insuperable ante la carga de una patología. La fragilidad podría representar la reserva fisiológica con la que un paciente enfrenta a la enfermedad crítica

**Objetivo:** describir las características de fragilidad en una población de pacientes de la División de Cuidados Intensivos a partir de una evaluación clínica y fenotípica, relacionándolo con la mortalidad.

**Materiales y métodos:** se evaluaron 182 pacientes internados en la Unidad de Cuidados intensivos de Hospital de Clínicas José de San Martín, durante el periodo comprendido entre 1 de enero del 2012 y el 31 de abril de 2012.

Se evaluó la fragilidad fenotípica con la escala propuesta por Rockwood y la fragilidad clínica con la escala de evaluación clínica de la fragilidad (CPF). Se registro la mortalidad al alta hospitalaria.

**Resultados:** evaluaron 182 pacientes de los cuales 112 fueron hombres y 70 mujeres, la edad media fue de 59.26 años (SD 20.54). De los pacientes evaluados con la escala fenotípica, 69 (37.9%) fueron frágiles, 62 (34.07%) no frágiles y 51 (28.02%) prefrágiles y con la escala clínica 71 (42.77%) pacientes presentaron un valor superior o igual a 4 (frágiles) y 95 (57.23%) menor o igual a 3 (no frágiles). Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la fragilidad y la mortalidad hospitalaria usando tanto por la escala fenotípica como con la clínica.

**Conclusión:** Cualquiera de las escalas utilizadas en este trabajo pueden aportar información para predecir la mortalidad hospitalaria

### 0318 BARRERAS DE IMPLEMENTACIÓN PARA EL CONTROL DE HIPERGLUCEMIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

A MARTINEZ, J VALUSSI, P GUIMARAENS, MA CARRIGNANO, DP CORBELLI, C KESCKES, MF GOLDIN  
Hospital Italiano, Argentina.

De un análisis previo sobre 1000 días pacientes se observó una incidencia del 14% de hiperglucemia y una falta de medición y registro del 31% de los días. Por tal motivo se decidió investigar posibles barreras de implementación a fin de diseñar un plan de mejoras

**Objetivos:** Identificar las barreras de implementación en el moni-

toreo/control de glucemia y el protocolo de insulización endovenosa en pacientes críticos (PIEPC) en un servicio de terapia intensiva de adultos de un hospital universitario.

**Material y método:** Se analizaron 318 días pacientes de atención en mayores de 18 años ingresados en forma consecutiva durante 15 días a la unidad. Se excluyen los pacientes con limitación terapéutica.

Para evaluar el monitoreo se estudiaron las siguientes variables: indicación de monitoreo, registro de la medición, cumplimiento del PIEPC. Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Se encuestaron 89 profesionales (médicos, enfermeros, residentes) para identificar probables barreras de implementación: conocimiento, comunicación, disponibilidad recursos humanos y materiales. Para evaluar el conocimiento teórico se realizó un cuestionario de 7 preguntas.

**Resultados:** menos del 2% de los días pacientes no tenían indicación médica para el control de glucemias. El 33% restante estaba inadecuadamente registrado. El requerimiento de insulización endovenosa se detectó en el 6.6% de los días analizados, y solo se implementó en el 25%. De los pacientes incluidos en el protocolo, 25% no respetó el monitoreo horario y solo el 20% llegó a objetivo de glucemia (140-180mg/dl).

De las encuestas realizadas (70 enfermeros y 19 médicos) cerca del 70% tenía una buena percepción sobre el manejo de las glucemias y de el cumplimiento del protocolo. Respecto a la accesibilidad y conocimiento del protocolo la opinión fue inversa entre el grupo de enfermos y médicos. Los médicos percibían menor dificultad en el acceso (46%) y mayor nivel de desconocimiento (52%). La falta de recursos tecnológicos, recursos humanos y tiempo no fue una barrera significativa. La comunicación médico/enfermero fue percibida como ocasionalmente defectuosa en el 50%. La falta en la indicación médica es para enfermería un problema frecuente en el 33% y para médicos en un 21%.

**Conclusión:** Las barreras de implementación observadas fueron: desconocimiento de la problemática (control inadecuado de glucemias y el incumplimiento del protocolo), falta de conocimiento en detalle del PIEPC e inaccesibilidad (barrera detectada por enfermería). La comunicación médico/enfermero fue una barrera ocasional, al igual que la falta de indicación médica de la BIC y la falta de tiempo para realizar controles. De acuerdo a los resultados obtenidos, se diseñó un plan de mejoras basado en concientización sobre la situación real, capacitación y mejora en la accesibilidad del protocolo; se programa una medición posterior a dicha intervención.

### 0319 TROMBOSIS SEPTICA DEL SENO CAVERNOSO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE INFECCIÓN GRAVE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD

CA DAZA, JT SÁNCHEZ MIÑOPE, EA RUIZ

Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Alvarez", Argentina.

**Objetivo:** Presentación de un caso poco frecuente con desenlace fatal. Proporcionar las herramientas para el reconocimiento precoz de la trombosis séptica del seno cavernoso (TSSC) como manifestación inicial de infección diseminada por Staphylococcus aureus meticilino resistente adquirida de la comunidad (SAMR-AC).

**Cuadro Clínico:** Paciente masculino de 21 años sin antecedentes de importancia, que presentó cefalea y fiebre de 36hs de evolución, asociado a pequeño forúnculo frontal complicado con celulitis extendida a región oftálmica bilateral. El examen reveló: Proptosis, quemosis, secreción mucopurulenta, anisocoria con midriasis palatística izquierda y amaurosis izquierda. Al examen neurológico: Lúcido con cefalea 9/10, paresia de III, IV y VI pares craneales izquierdos. Se realizó diagnóstico de sepsis por SAMR-AC a partir de celulitis periorbitaria, TSSC izquierdo y meningitis aséptica. Evolucionó con neumonía necrotizante y distress respiratorio, falleciendo a 12 días de su ingreso.

**Revisión del Tema:** La TSSC describe un proceso tromboflebitico de etiología infecciosa. Proveniente de un proceso infeccioso vecino o por embolia séptica. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia son *S. Aureus* 70%, *Streptococo* 25%. El diagnóstico se hace por sospecha clínica, laboratorio con hemocultivos, TAC coronal de seno cavernoso con cortes de 2mm o RMN en caso de dudas, Ecografíaocular podría detectar abscesos orbitarios. El tratamiento es preponderantemente médico con el uso de antibióticos a altas dosis durante por lo menos 4 semanas, asociado a corticoterapia, estando la anticoagulación discutida e indicada en casos seleccionados. El drenaje quirúrgico del seno cavernoso casi nunca se lleva a cabo, pero la cirugía podría ser esencial para erradicar el foco primario o sus complicaciones como la sinusitis, infección dental, absceso cerebral, absceso orbitario o empiema subdural. La mortalidad ronda el 22%. De los sobrevivientes el 77% sufrió complicaciones y secuelas, de ellos el 50% sufrió embolias sépticas, 20% abscesos orbitarios y 10% abscesos cerebrales, secuelas de tipo disfunción del III y IV par fueron las más comunes a largo plazo, el 10% desarrollo ceguera unilateral y otro 10% disminución de la agudeza visual. La insuficiencia hipofisaria es rara, pero está documentada.

**Conclusión:** Las infecciones por SAMR-AC están aumentando en frecuencia, con una alta tasa de mortalidad a pesar del diagnóstico y tratamiento adecuado. Por tanto se debe alertar que ante la presencia de infección de partes blandas en región facial habría que dirigir la pesquisa de signos tempranos de TSSC. Ya que el SAMR-AC resulta poseer una virulencia inusitada por su capacidad de producir colecciones y necrosis, que requeriría del traslado a un centro de alta complejidad por la necesidad de tecnología imagenológica para su valoración diagnóstica y de un equipo multidisciplinario especializado (oftalmólogos, otorrinolaringólogos y neurocirujanos) capaces de resolver con celeridad las eventuales complicaciones.

### 0320 EFECTO DE LA ELEVACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES SOBRE LA VARIABILIDAD RESPIRATORIA DE LA VENA CAVA INFERIOR

J GORRASI, R TACCINI, A BIESTRO, M CANCELA

Centro de Tratamiento Intensivo. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, Uruguay.

**Antecedentes:** La variación respiratoria de la vena cava inferior (VCI) se relaciona con los cambios de precarga cardíaca. La elevación de miembros inferiores genera un aumento de gasto cardíaco por aumento de precarga cardíaca.

**Objetivo:** Estudiar al variación respiratoria de la VCI con la elevación de los MI en pacientes con ventilación espontánea.

**Métodos:** Se estudiaron pacientes internados en medicina intensiva en ventilación mecánica con actividad respiratoria espontánea. La VCI se estudio con un ecógrafo Toshiba sonolayer con un transductor de 3.5 MHz, la VCI se midió en epigastrio con enfoque longitudinal. El diámetro de VCI se midió inmediatamente por debajo de la vena supra hepática. Se midió el diámetro máximo de VCI y el diámetro mínimo de VCI con movimientos respiratorios en el modo M. La variabilidad de la VCI (DVCI) se calculo como diámetro VCI máximo menos diámetro VCI mínimo sobre diámetro VCI máximo y expresado en porcentaje. Las medidas se efectuaron antes y durante la elevación de MI a 45 grados, colocando el tronco a 0 grados. Los valores se expresaron en media y desviación estándar.

**Resultados:** Se estudiaron 23 episodios episodios de EMI en 21 pacientes. Los resultados se expresan en la tabla.

	Pre elevación de MI	Post elevación de MI	p
VCI máximo (mm)	19±4	21±13	NS
VCI mínimo (mm)	16±4	18±3	NS
DVCI (mm)	16±14	11±8	0,033
PAM (mm Hg)	85±18	80±12	NS
PAS (mm Hg)	123±21	126±25	NS
PVC (mm Hg)	11±1	12±2	NS
FC (cpm)	98±17	90±20	NS

**Conclusiones:** La elevación de miembros inferiores disminuye la variabilidad respiratoria de la VCI en ventilación espontánea. Este efecto determina un aumento de la precarga cardíaca.

### 0321 CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA INVASIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS

MM DUCREY, P EZCURRA, E GOGNIAT, N ROUX, S GIANNASI, AD MIDLEY

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** Estudios multi-céntricos internacionales aportan información epidemiológica sobre la Asistencia Ventilatoria Mecánica Invasiva (AVMI) en las Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) en diferentes países, pero hay poca evidencia de que este tipo de estudios sea realizado por kinesiólogos.

El objetivo de este estudio es describir las características y resultados de los cuidados respiratorios de una cohorte de pacientes en AVMI en una UCIA de alta complejidad realizado por un grupo de becarios kinesiólogos.

**Material y método:** Estudio prospectivo observacional, realizado en una UCIA polivalente entre el 1° de noviembre de 2010 hasta el 31 de marzo de 2011. Fueron incluidos en el análisis los pacientes que recibieron AVMI por más de 24 horas.

El seguimiento diario de la AVMI fue realizado por becarios de la Sección de Cuidados Respiratorios con supervisión.

Variables principales: motivo de inicio de la AVMI, incidencia de los diferentes tipos de destete, estadía y mortalidad global en la UCIA. Variables secundarias: relación entre días de destete y tiempo total de AVMI, mortalidad de pacientes destetados, días de AVMI, tasa de re-intubación, tasa de traqueostomía.

Los resultados son presentados en media y SD.

**Resultados:** En dicho período 368 pacientes requirieron AVMI por más de 24 horas, edad promedio 64 (SD 17,6), 49,5% mujeres, APACHEII al ingreso 17,8 (SD 7.2).

Los pacientes incluidos fueron Médico/Quirúrgicos 62%/48%.

Motivos de inicio de AVMI: falla respiratoria aguda (FRA) 278 (75,5%), FRA sobre crónica 22 (5.9%), Coma 61 (16,5%) y Otras causas 7 (1.9%). De los pacientes que iniciaron AVMI por FRA 38% eran post-quirúrgicos, 14,7% neumonía, 8.9% sepsis, 3,2% SDR, 4% trauma, 3,5% aspiración, 2,4% edema agudo de pulmón, y 0,5% paro cardio-respiratorio.

269 (73%) pacientes lograron destetarse, iniciándolo a los 5,7 (SD 5,6) días del inicio de la AVMI. El proceso ocupó el 32% del tiempo total de AVMI. 177 (66%) pacientes tuvieron destete "simple", 38 (15%) destete "difícil", y 51 (19%) "prolongado". La estadía en la UCIA para el grupo "simple" fue 11,4 (SD 11,6) días, "difícil" 16,1 (SD 11,6) y "prolongado" 31,4 (SD 11,8). La mortalidad del grupo de destete simple fue de 2,8%, destete dificultoso 0% y destete prolongado 1,9%.

Fueron extubados 227 pacientes (62%), 42 (18,5%) re-intubados, de estos fallecieron 15 (35,7%). Se reportó extubación no planeada en 4 oportunidades, 3 pacientes se re-intubaron y ninguno falleció. Se realizaron 99 (26,9%) traqueotomías, días promedio de AVMI hasta la traqueotomía 8,2 (SD 4,1).

Duración promedio de la AVMI 9,15 (SD 9,1) días.

Estadía promedio en la UCIA 14,7 (SD 11,6) días.

Mortalidad global en la UCIA 31%.

**Conclusión:** Si bien nuestra UCIA es polivalente se observa que la mayoría de los ingresos a AVMI son en el curso de la FRA desarrollada en el post-quirúrgico. La mayor parte de los pacientes se desteta de la AVM sin dificultad, luego de un primer intento. Tanto la estadía como la mortalidad global en la UCIA muestran valores similares a los estudios epidemiológicos internacionales.

### 0322 RELACIÓN ENTRE GRAVEDAD DE ENFERMEDAD Y COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL

P. GUIMARAENS, M. CARIGNANO, D. CORBELL, MF. GOLDIN, C. KECSKES

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** evaluar la relación entre complicaciones gastrointestinales (GI) de la nutrición enteral (NE) y el score APACHE II (APII). Describir los resultados del seguimiento diario de los pacientes a cargo de un equipo de soporte nutricional.

**Materiales y Métodos:** análisis retrospectivo de datos en historia clínica electrónica de carga estructurada ad hoc, en 10 meses consecutivos en un hospital universitario. Se incluyeron todos los pacientes ingresados a la UTI. Se excluyeron los pacientes con datos incompletos. Se registraron edad, sexo, AP II, motivo de ingreso, Evaluación Global Subjetiva (EGS), tipo de SN: NE, nutrición parenteral (NP), suplementos orales (SO); ubicación del acceso enteral, complicaciones GI asociadas a la NE: **residuo gástrico elevado:** débito por SNG > 600 ml/24 hs o aspiración de un débito > al 50% de lo administrado en la hora previa. **Diarrea:** volumen diario de materia fecal > 600ml. **Constipación:** ausencia de catarsis  $\geq$  4 días. **Distensión abdominal:** aumento clínico del perímetro abdominal. Resultados expresados en media y desvío estándar (DS) o mediana y rango según corresponda. Análisis con paquete estadístico STATA2. Se consideró significativa  $p < 0.01$ .

**Resultados:** de 1000 pacientes (p), se analizaron 559p, 51% femeninos, edad: 65 (18-94) años, AP II: 16,1 (7.2). Motivo de ingreso: quirúrgicos 246p (44%), médico 184p (33%), neurocríticos 102p (18%) y politrauma 27p (5%). De 3305 registros, 3022 días fueron de SN, 2532 días de NE (tasa 84%), 471 días de NP (tasa 16%) y 87 días de SO (tasa 3%). De 433p con SN, 355p recibieron NE, 100p NP, 19p SO. Se emplearon 230 (53%) accesos gástricos y 87 (20%) postpilóricos. Presentaron complicaciones GI asociadas a la NE: 238p (65%). Ver resultados en [tabla 1](#).

	n (%)	AP II media (DS)	p
EGS A	100 (18)	10 (5,9)	< 0,01
EGS B	280 (50)	14 (7,4)	< 0,01
EGS C	106 (19)	16 (7,3)	< 0,01
EGS No realizable	73 (13)		
Constipación	136 (41)	16 (8)	NS
Diarrea	40 (12)	17 (8)	NS
Distensión Abdominal	45 (13)	17 (7)	NS
Residuo gástrico elevado	54 (15)	18 (7)	NS
Sin complicaciones GI	117 (35)	16,8 (7,5)	NS

**Conclusiones:** las complicaciones GI de la NE son frecuentes, siendo la constipación la principal. No hubo diferencia significativa entre el AP II de los pacientes con complicaciones GI y los que no las presentaron. Hubo correlación entre el estado nutricional y el APII.

### 0323 SÍNDROME DE TERSON COMO COMPLICACIÓN DE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

V. MAZZOLA, S. TORRES, A. SANTA MARIA, M. BERTÉ, D. NOVAL, S. ILUTOVICH

Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

**Introducción:** El Síndrome de Terson (ST) se define como una hemorragia intraocular asociada a hemorragia intracraneana. Es más frecuente en hemorragia subaracnoidea (HSA) y puede localizarse en el espacio subretiniano, intrarretiniano o en la cavidad vítrea.

**Objetivo:** Presentación de un caso de ST asociado a HSA.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 30 años que ingresa por presentar cefalea intensa y convulsiones tónico-clónicas. Evoluciona con excitación psicomotriz y requerimientos de ventilación mecánica.

Se realiza tomografía de cerebro: HSA temporal izquierda con volcado ventricular e hidrocefalia (Fisher IV).

Se coloca sensor de presión intracraneal (PIC) con presión de apertura de 35 mmHg y ventriculostomía. Se realiza angiografía digital: aneurisma de arteria comunicante posterior izquierda, se ocluye con coils.

Al cuarto día se diagnostica por doppler transcerebral vasoespasm severo refractario al tratamiento médico por lo que se realiza angioplastia y nimodipina intraarterial. A los 17 días se extuba. Se detecta visión bulto. Se realizan potenciales evocados visuales. En ojo derecho: ausencia de respuesta evocada. Ojo izquierdo: respuesta adecuada con ondas de latencia y morfologías normales.

ambos ojos (AO): cavidad vítrea ocupada por ecos tipo membrana de refractariedad baja y postmovimientos fluidos que limitan por dentro ecos puntiformes múltiples; cuadro ecográfico compatible con hemorragia intravítrea intensa en AO. Retina aplicada. Egresada con visión bulto para seguimiento por oftalmología.

**Discusión:** La asociación entre hemorragia intraocular y hemorragia intracraneal fue descrita en 1900 por el oftalmólogo A. Terson. Se ha postulado que el aumento de la PIC se transmite a través de la vaina del nervio óptico. Ésta se dilata comprimiendo las anastomosis retinocoroideas llevando a una reducción del drenaje venoso ocular con subsecuente hipertensión y hemorragia ocular.

Como el caso presentado, se asocia más frecuentemente con HSA aneurismática de mal grado (menor puntuación del score de Glasgow y mayor grado de Hunt y Hess).

La incidencia del ST está subestimada en los registros como consecuencia del subdiagnóstico producto del resultado neurológico desfavorable que presentan estos pacientes y a la falta de realización sistemática de la oftalmoscopia por un operador entrenado. La presencia de hemorragia intraocular es indicativa de mayor severidad y peor pronóstico en la HSA. La sospecha clínica u oftalmoscópica debe complementarse con un ecografía ocular.

La evolución es incierta. La mayoría de los pacientes presentan reabsorción de la hemorragia por lo que se espera hasta 6 meses para la eventual realización de vitrectomía.

**Conclusión:** El ST es una complicación frecuente de las hemorragias intracraneales, subdiagnosticado por la falta de realización sistemática de la oftalmoscopia en los pacientes que no pueden expresar disminución de la agudeza visual.

### 0324 SÍNDROME INFLAMATORIO DE RECONSTITUCIÓN INMUNE (SIRI). UN CASO CLÍNICO.

MV. GAZZONI, L. BARAC, E. ASINARI, M. IGLESIAS, CG. GALLETI  
Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El SIRI describe un conjunto de trastornos inflamatorios asociados con un empeoramiento paradójico de procesos infecciosos preexistentes tras el inicio de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes infectados por HIV. Infecciones en pacientes con SIRI pueden haber sido previamente diagnosticadas o ser subclínicas y luego manifestarse, debido a la capacidad de recuperación inmune para tener una respuesta inflamatoria. Si la función inmune mejora rápidamente tras el comienzo de TARGA, la reacción inflamatoria puede ser sistémica o local, dependiendo de su intensidad.

**Material y método: Presentación de Caso:** Masculino de 32 años con reciente diagnóstico de HIV/SIDA (CD4 100 y carga viral 1790000) y Hepatitis B. Consulta por primera vez por fiebre y adenopatías. Hemocultivos y urocultivos, sin desarrollo bacteriológico. Se inicia TARGA con efavirenz, emtricitabina y tenofovir. El paciente mejora y se otorga el alta sanatorial, a los 15 días reingresa con fiebre y abdomen agudo diagnosticándose por TAC masa oclusiva ilial, que requiere cirugía. Fiebre persistente y adenopatías generalizadas superficiales y profundas toracoabdominales. Anatomía Patológica: colitis granulomatosa compatible con tuberculosis identificándose numerosos bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). Sin desarro-

## ■ Resúmenes

llo bacteriológico en material quirúrgico. Comienza tratamiento tuberculostático.

A las 72 hs del alta presentó deterioro del sensorio y cefalea. Se realiza IRM cerebral que muestra realce leptomeníngeo a nivel de los surcos cerebrales: meningoencefalitis. LCR positividad de PCR de virus Epstein Barr, descartándose BAAR y otras etiologías bacterianas. Continúa con TARGA y tuberculostáticos. Ante la sospecha de SIRI comienza tratamiento con meprednisona 40 mg/día. Evolución favorablemente. Se otorga alta.

**Discusión. Conclusiones:** Hace unas décadas cuando se comenzó a implementar en pacientes con SIDA el tratamiento TARGA se pudo observar una muy buena respuesta, con mayor adherencia, mejor tolerancia y menor abandono, prolongando la sobrevivencia. Posteriormente como consecuencia de estas terapias eficientes y agresivas se observa SIRI que agrupa 3 tipos de fenómenos: 1) aparición de enfermedades oportunistas previamente silentes, 2) agravamiento clínico de enfermedades ya conocidas y controladas y 3) manifestaciones distintas o poco habituales de otras enfermedades.

Aunque SIRI se ha descrito asociado a múltiples agentes infecciosos, Mycobacterium Tuberculosis, Cryptococos, y Citomegalovirus son los más relacionados. Sin embargo también se ha asociado a otros procesos no infecciosos como Enfermedad de Graves y Sarcoidosis. El tratamiento con corticoides es una opción a considerar. Presentamos el caso de un paciente con SIRI secundario a Mycobacterium Tuberculosis, con respuesta favorable al esquema TARGA mas esteroides y tuberculostáticos, a pesar de un paradójico empeoramiento inicial que hizo sospechar el cuadro clínico sindrómico.

### 0325 INCIDENCIA, FACTORES DE RIESGO Y PRECIPITANTES DE DELIRIO EN LA UCI. DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO

MF BALLESTERO, MM FERREYRA, SV CEVALLOS, E REQUESSENS, D MOLINA, SP CHAPELA, F GRASSI, EJ DESCOTTE, ED SOLOAGA, MA BLASCO, M KHOURY, JF CHERTCOFF  
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** Los pacientes en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) son especialmente vulnerables al desarrollo de delirio, siendo importante identificar los factores predisponentes para su prevención.

**Objetivos:** Describir la incidencia de delirio, identificar factores relacionados y crear un modelo predictivo del desarrollo de delirio en UCI.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Durante seis meses se evaluó la presencia de delirio mediante el test CAM-ICU. Se analizaron datos demográficos, antecedentes, score de APACHE II, factores predisponentes y factores asociados con la internación en UCI (intercurrencias infecciosas, medicación recibida, alteraciones hidroelectrolíticas, ventilación mecánica). Ingresaron 648 pacientes de los cuales se excluyeron 100 pacientes porque la estadía fue menor de 24 horas, 9 por intoxicación medicamentosa, 3 por ser menores de 18 años, 18 por RASS -4, 4 por esquizofrenia y 38 por pérdida de información.

**Resultados:** De los 476 pacientes que fueron incluidos en este estudio, 95 pacientes desarrollaron delirio, 52 desarrollaron delirio hipactivo (54.7%; IC 95%= 44.2- 65), 21 (22.1%; IC 95%= 15.2- 31.8) hiperactivo y 22 (23.3%; IC 95% = 15.1- 32.9) tipo mixto.

Las variables estadísticamente significativas fueron: edad mayor a 65 años, APACHE II > 12, paciente neurocrítico, fiebre, hipernatremia, hiponatremia, hipokalemia, midazolam, betabloqueantes, corticoides, remifentanilo, propofol, ventilación mecánica invasiva y no invasiva, traqueostomía, insuficiencia renal aguda, noradrenalina, dopamina y neumonía intrahospitalaria. Se construyó un modelo utilizando regresión logística múltiple para identificar los mejores predictores de delirio.

La probabilidad calculada por el modelo de desarrollar delirio fue de 3.77% cuando ninguna de las variables estaba presente y del 95.63% cuando todas estaban presentes.

	OR ( IC 95%)	Coficiente	P
ARM	12.30 (5.92- 24.44)	2.48	<0.0001
Uso de beta bloq	2.34 (1.43- 4.57)	0.85	0.012
Hipernatremia	4.17 (1.43- 12.10)	1.42	0.009
Hipokalemia	2.11 (1.20- 3.70)	0.74	0.009
Mayores 65 años	2.23 (1.23- 3.70)	0.80	0.008
Neurocríticos	2.24 (1.22- 4.11)	0.80	0.009

Area under ROC curve= 0.8326

**Conclusión:** Con estas variables identificadas como predictoras de delirio, se construyó un modelo probabilístico mediante regresión logística múltiple. El análisis de resultados mediante modelos predictivos puede ser útil en el diagnóstico precoz y prevención de delirio, disminuyendo sus consecuencias a corto y largo plazo.

### 0326 VASOESPASMO CEREBRAL SEVERO Y PROLONGADO EN UNA PACIENTE CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRA-NEANO GRAVE

HM GORINO, K BUSTAMANTE GALARZA, M CASANOVA, B DORFMAN, GR HORMANSTÖRFER, E BORNACIN, P CASTELLUCCIO, O FARIÑA, N GALLUCCI, E AMUNDARAIN, MA GARCÍA, AE NUÑEZ

Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina.

**Objetivo:** el vasoespasmo cerebral postraumático es una causa no reconocida de daño isquémico luego del traumatismo de cráneo grave (TECG) que, a pesar de acumular evidencia que vincula a este fenómeno con peores resultados funcionales, su significado clínico y tratamiento es aún motivo de debate y disputa. Aún es limitado el entendimiento de su patogenia, factores de riesgo y predictores de duración e intensidad del mismo. El objetivo de este caso es describir la duración e intensidad del vasoespasmo cerebral en una paciente con TECG cerrado.

**Material y métodos:** Paciente femenina de 35 años. Derivada a nuestro hospital por TECG cerrado en escala de Glasgow (GCS) de referencia de 7/15 (evaluado en hospital derivante). Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), en TAC cerebro sin contraste se observa fractura occipital derecha, edema cerebral generalizado, cisternas perimesencefálicas colapsadas, desviación línea media mayor a 5 mm, contusiones frontal, temporal izquierdas y cerebelloso derecha, hematoma subdural (HSD) fronto-temporo-parietal izquierdo, hemorragia subaracnoidea (HSA) traumática. Se realizó evacuación de HSD izquierdo, craniectomía descompresiva (CD) y colocación de sensor de presión intracraneana (PIC) parenquimatoso evolucionando con hipertensión endocraneana (HEC) controlada con medidas de primer nivel. Asimismo intercurrió con meningitis postneuroquirúrgica. Es monitorizada y evaluada con doppler transcraneano (DTC) en forma seriada, realizándose en total 13 estudios. Las velocidades de flujo sanguíneo cerebral (FSC) fueron medidas en las arterias cerebrales medias (ACM), cerebrales anteriores (ACA), cerebrales posteriores (ACP), vertebral (AV), basilar (AB) y la porción extracraneana de la carótida interna (ACI). Se definió vasoespasmo cerebral como velocidad en ACM mayor a 120 cm/seg e índice de Lindergaard (relación ACM/ACI) > 3 y vasoespasmo severo como velocidad en ACM > 200 cm/seg e índice de Lindergaard > 6. Asimismo se define vasoespasmo tardío como el desarrollo de vasoespasmo luego de los 21 días de iniciado el cuadro. Se constató vasoespasmo por DTC desde el 10º día hasta el 40º día post trauma. Se realizó un promedio de las velocidades observadas constatándose: ACMD 208 cm/seg (rango 77, 344 cm/seg; DS 86,26), Lindergaard 5,33; ACMI 175 cm/seg (rango 106, 299; SD 60,86) Lindergaard 3,82, ACAD 115,15 cm/seg (rango 69, 199; SD 40,05); ACAI 128,38 cm/seg (rango 65 y 299; SD 61,44), AB 63,07 cm/seg (rango 33 y 167; SD 37,65). Se inician inotrópicos (noradrenalina) con el objetivo de inducir hipertensión arterial (TAM > 100), optimizando de esta manera el FSC y para prevenir isquemia secundaria.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta que la incidencia del vasoespasmio post traumático descripta en la bibliografía es de entre 15-40%, siendo considerado además como insulto secundario en los pacientes con TEGC resaltamos en este reporte la importancia del uso del DTC como una técnica diagnóstica complementaria para el abordaje terapéutico y seguimiento del vasoespasmio prolongado en los pacientes con TEGC.

### 0327 TRAQUEOTOMÍA PERCUTÁNEA POR DILATACIÓN CON TÉCNICA DE GRIGGS CON GUÍA BRONCOSCÓPICA.( TPD-G-B ) ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA "CURVA DE APRENDIZAJE" EN 117 CASOS

P PAHNKE, E BAHAMONDES, P LUCCINO, C GOMEZ  
Hospital Municipal de Urgencias, (HMU) Córdoba, Argentina.

**Introducción:** La traqueostomía es un procedimiento que comunica el exterior con la luz traqueal. La traqueostomía percutánea por dilatación (TPD) por diversas técnicas, se ha convertido en la alternativa al abordaje quirúrgico, minimizando las complicaciones del eje laringotraqueal y riesgos de traslado de pacientes críticos. Muchos autores han reportado similar incidencia de complicaciones en TPD a la cabecera del paciente vs. traqueostomía quirúrgica. Otros han propuesto una curva de aprendizaje para la TPD según la experiencia individual

El objetivo es analizar la curva de aprendizaje en TPD-G-b en 117 pacientes críticos en ARM, con indicación electiva de traqueostomía, realizada por un equipo multidisciplinario en la UTI del HMU.

**Material y métodos:** Análisis prospectivo de la incidencia de las complicaciones de los primeros 117 procedimientos de TPD-G-b en UTI de HMU desde marzo de 2006 a marzo 2012. TPD-G-b realizadas de forma estandarizada, con set de TPD (SIMS, Portex, Hythe, UK) Documentamos las características epidemiológicas, y factores de riesgo de cada paciente.

Los pacientes fueron divididos secuencialmente a intervalos de 40 para evaluar sus complicaciones perioperatorias y posoperatorias.

**Resultados:** La edad fue 34+16, sexo masculino n 93 (79%), patología traumática n 97 (82%) Factor de riesgo mas frecuente trastornos de la coagulación n 21 (17,9 %). APACHE II 15+4,66 Días de TET 11,5 + 3,5. Presentaron complicaciones 21 pacientes (17,9%) Las complicaciones perioperatorias fueron significativamente más altas en los primeros 40 pacientes. (G1:n16, 13,6%, -, G2: n3 2,5% -G3: n2 1,7%) asociada a la experiencia del operador Desaturación transitoria n7 ( 5,9%), Hipotensión y arritmia n1 (0,8%) Falsa vía n3 (2,5%), Extubación prematura n 5 (4,2%), Hemorragia menor n 12 (10,2%), Hemorragia mayor n 3 (2,5%) Imposibilidad de completar la TPD-G n2 (1,7%) Muerte relacionada n1 (0,8%) Las complicaciones postoperatorias no variaron significativamente con la experiencia del operador. Enfisema n3 (2,5%) Atelectasias n4 (3,4%), Neumotórax n1 (0,8%) e HTEC n1 (0,8%).

Pacientes con factores de riesgo asociados presentaron un aumento significativo de las mismas Los hallazgos broncoscópicos definieron con anticipación las complicaciones sospechadas

En pacientes con inestabilidad respiratoria la realización del procedimiento no exacerbó morbilidad.

**Conclusiones:** Con la TPD-G-b objetivamos que la curva de aprendizaje es más prominente en los primeros 40 pacientes relacionado a la experiencia del operador por lo que se necesita de circunstancias controladas antes de iniciar el aprendizaje del procedimiento. Complicaciones con riesgo de vida como la imposibilidad de completar el procedimiento pueden ocurrir con extensa experiencia, por lo que recomendamos stand by quirúrgico .

42 complicaciones registradas se presentaron en 21 pacientes, el 96,6 % fueron menores y resueltas rápidamente.

En ésta etapa evolutiva de la curva de aprendizaje de nuestro equipo multidisciplinario institucional de TPD-G-b es una alternativa segura al abordaje quirúrgico.

### 0328 NEUMOTÓRAX A REPETICIÓN: LINGANGIOLEIOMIOMATOSIS

E MINOLDO, R VANDERSANDE, JP CASAS, R NAVARRO, J FLORES  
Sanatorio Allende Cerro, Argentina.

**Introducción:** La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una rara enfermedad que afecta a mujeres jóvenes en edad fértil o bajo tratamiento sustitutivo con estrógeno. Se caracteriza por la proliferación de músculo liso atípico y formaciones quísticas. Representa menos del 1% de las enfermedades pulmonares difusas.

**Presentación del caso:** Paciente de sexo femenino, de 42 años, que ingresa a UTI por episodios repetidos de neumotórax espontáneos. APP: anemia, celiaquismo, múltiples abortos, útero bicorne, hernia de disco.

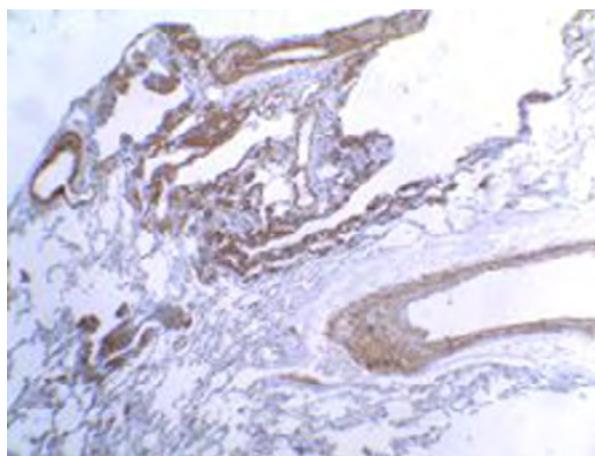
MC: tos seca y disnea.

Paciente que en los primeros meses de este año consulta en tres oportunidades por igual sintomatología. Refería dolor en hemitórax derecho de 7 días de evolución, tos seca y disnea progresiva. Se realizó Rx de tórax que evidenció neumotórax derecho. Debió ser internada dos veces para drenaje. Estos episodios no se relacionaban con los ciclos menstruales.

Se realiza TAC de tórax: bullas enfisematosas a nivel del segmento basal apical del L.I.D, del segmento basal apical y lateral del L.I.I. Discreto enfisema centrolobulillar.

Dada la recurrencia de los síntomas se decide segmentectomía pulmonar.

Anatomía Patológica: sectores de proliferación fusocelular a nivel intersticial. Inmunomarcación: Desmina (+) ASMA (+) HMB 45 (-). Hallazgos compatibles con LAM (Fig:1).



**Conclusión:** LAM fue descripta por primera vez en 1937 y desde entonces se ha progresado muy poco en el conocimiento de su patogénesis y tratamiento.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son la disnea y el neumotórax recidivante. Otras: tos, hemoptisis, quilotórax. Aproximadamente la mitad de los pacientes con LAM presentan angiomiolipoma renal.

El diagnóstico de LAM requiere la realización de biopsia abierta o bien transbronquial. Debe diferenciarse de otras neumopatías intersticiales (granuloma eosinofílico, esclerosis tuberosa, endometriosis torácica y neumotórax catamenial). La supervivencia media es de 8-10 años desde el momento del diagnóstico. Hasta ahora ningún tratamiento tiene beneficios probados.

La presencia de neumotórax espontáneo en mujeres en edad reproductiva, debe hacernos sospechar la posibilidad de LAM. Si la TAC muestra patrón quístico característico, se justifica realizar una biopsia de pulmón para confirmar el diagnóstico, dado el pronóstico de la enfermedad.

### 0329 CAPACIDAD INSPIRATORIA DURANTE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: RELACION CON VOLUMEN CORRIENTE, PEEP Y PRESIÓN PLATEAU.

S FREDÉS<sup>1</sup>, M BOSSO<sup>1</sup>, M OJEDA<sup>1</sup>, G AVACA<sup>1</sup>, A GOLDBERG<sup>1</sup>, A QUIJANO<sup>1</sup>, G NAHMÍAS<sup>1</sup>, P GIMÉNEZ<sup>1</sup>, S TORRES<sup>1</sup>, S CAMERLINGO<sup>1</sup>, D NOVAL<sup>1</sup>, A SANTA MARÍA<sup>1</sup>, M BERTÉ<sup>1</sup>, A PALAZZO<sup>1</sup>, G CONVERSO<sup>2</sup>, A MARINO<sup>3</sup>, S ILUTOVICH<sup>1</sup>, N TIRIBELLI<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina. <sup>2</sup> Universidad de Buenos Aires, Argentina. <sup>3</sup> CMPFA Churrucá Visca, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la capacidad inspiratoria (Clmed) en pacientes en VM, compararla con la predicha (Clpred), describir la proporción de Clmed que representan el volumen corriente (VC) y el de PEEP (PEEPvol) utilizados habitualmente, y relacionar estas variables con la presión plateau (PPI).

**Materiales y métodos:** Se evaluaron pacientes en VM <48 hs por distintas causas, >18 y <75 años, hemodinámicamente estables, sin esfuerzos respiratorios. Se solicitó consentimiento informado. Se calculó Clpred según fórmula. Los pacientes se ventilaron con VC 6, 8 y 10 ml/kg (PCP) PEEP 5 y 10. Se midió PEEPvol (se bajó PEEP a 0, Te 15 seg, VC espirado menos VC seteado) y Clmed (VC inspirado en PC-CMV, PI 40, PEEP 0, FR 5, Ti 4 seg). Se registró PPI, VC6, VC8, VC10, PEEPvol5, PEEPvol10, VC(6,8,10)+PEEPvol(5,10). Se realizó análisis descriptivo de las variables reportando medias o proporciones (DS, IC 95%). El volumen se expresó en litros y la presión en cmH<sub>2</sub>O. Las comparaciones se realizaron con prueba t de Student para muestras relacionadas o prueba de Friedman, las correlaciones con Coeficiente de Correlación de Pearson. Se consideró significativo p<0.05.

**Resultados:** Se evaluaron 30 casos (14M, 16H), 59.1 (13) años, SAPS II 43.2 (17). La Clmed fue 2.01 (0.73, 1.74-2.29). La Clpred 3.06 (0.93, 2.71-3.41). Diferencia de medias 1.04 (0.93, 0.69-1.39, p= 0.00). La relación Clmed/Clpred fue 0.68 (0.24, 0.59-0.77).

El VC6 fue 0.40 L (0.07, 0.38-0.43). La relación VC6/Clmed fue 0.22 (0.07, 0.19-0.25).

El VC8 fue 0.52 L (0.09, 0.48-0.55). La relación VC8/Clmed fue 0.28 (0.09, 0.25-0.32).

El VC10 fue 0.64 L (0.11, 0.59-0.68). La relación VC10/Clmed fue 0.35 (0.11, 0.31-0.39).

El PEEPvol5 fue 0.25 L (0.13, 0.2-0.3). La relación PEEPvol5/Clmed fue 0.13 (0.06, 0.10-0.15).

El PEEPvol10 fue 0.63 L (0.23, 0.54-0.71). La relación PEEPvol10/Clmed fue 0.32 (0.09, 0.29-0.35).

	VC6+ PEEPvol5	VC8+ PEEPvol5	VC10+ PEEPvol5	VC6+ PEEPvol10	VC8+ PEEPvol10	VC10+ PEEPvol10	p
Volumen	0.65 (0.17, 0.59-0.72)	0.77 (0.18, 0.70-0.84)	0.89 (0.2, 0.81-0.96)	1.03 (0.27, 0.9, 1.1)	1.15 (0.29, 1.04-1.25)	1.26 (0.3, 1.15- 1.38)	0.00
%Clmed	0.35 (0.09, 0.31-0.38)	0.41 (0.1, 0.37-0.45)	0.47 (0.12, 0.43-0.52)	0.54 (0.12, 0.50-0.59)	0.61 (0.14, 0.55-0.65)	0.67 (0.15, 0.61-0.72)	0.00
PPI	15.1 (3.1, 13.9-16.3)	17.5 (3.9, 16- 18.9)	19.8 (4.5, 18.1-21.5)	20.1 (3.2, 18.9- 21.3)	22.9 (4.1, 21.3- 24.4)	25.6 (4.8, 23.8- 27.4)	0.00

Las correlaciones entre VC6+PEEPvol5, VC8+PEEPvol5, VC10+PEEPvol5 y PPI fueron r= -0.46, -0.45 y -0.4 (p= 0.01, 0.01, 0.03). Entre VC6+PEEPvol10, VC8+PEEPvol10, VC10+PEEPvol10 y PPI fueron r= -0.53, -0.51 y -0.47 (p= 0.00).

Las correlaciones entre %Clmed (VC6+PEEPvol5/Clmed, VC8+PEEPvol5/Clmed, VC10+PEEPvol5/Clmed) y PPI fueron r= 0.6, 0.68 y 0.82 (p= 0.00). Entre %Clmed (VC6+PEEPvol10/Clmed, VC8+PEEPvol10/Clmed, VC10+PEEPvol10/Clmed) y PPI fueron r= 0.62, 0.68 y 0.81 (p= 0.00).

**Conclusiones:** La Clmed es menor que la Clpred. Los volúmenes (VC+PEEPvol) utilizados en la práctica habitual tienen baja correlación con la PPI. Dichos volúmenes, relacionados con la Clmed (VC+PEEPvol/Clmed), tienen buena correlación con la PPI.

### 0330 POLITRAUMATISMOS POR CAÍDA DE ALTURA QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS. EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN SOBRE 36 CASOS.

ME PENAZZI, EA MARI, PN PACHECO

Hospital Municipal del Niño. San Justo, Argentina.

**Introducción:** las injurias no intencionales por trauma constituyen la principal causa de morbimortalidad en pediatría. Si bien ubicuas, gran parte de ellas ocurren en el hogar.

Desde su apertura en el año 2006, nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) recibe alrededor de 35 pacientes al año por lesiones secundarias a politraumatismos y entre ellas, un alto porcentaje son debidas a caídas desde alturas moderadas.

**Objetivos:** Valorar características epidemiológicas, evolución y mortalidad de la población ingresada a UCIP por politraumatismo por caída de altura.

**Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo por revisión de la base de datos de pacientes politraumatizados de entre 1 mes y 18 años ingresados a la UCIP del Hospital del Niño de San Justo entre el 1 de enero del 2010 y el 31 de mayo del 2012 por politraumatismo secundario a caída de altura.

**Resultados:** En el período estudiado, ingresaron 655 pacientes de los cuales 74 (11,3%) lo hicieron por politraumatismos. De estos, 36 (48,64%) fueron por caída de altura. El 70% (25) de ellos, niños. Mediana de edad: 3 años (2 meses a 17 años). El 28,8% de los motivos de ingreso fue monitoreo, el 25,4% depresión del sensorio y el 13,5%, coma. Todas las caídas fueron desde alturas moderadas (menor a 4 metros) y la mayoría hogareñas. El principal lugar de caída fue la terraza del domicilio (39% - 14) seguido por caídas desde una escalera (22% - 8) y caídas a piletas vacías (8,3% - 3). El diagnóstico exclusivo de ingreso fue traumatismo de cráneo, no habiendo ocurrido lesiones de importancia en ninguna otra parte del cuerpo. Las principales lesiones fueron fractura parietal (44,4%) y frontal (27,7%). Al ingreso 6 pacientes presentaban edema cerebral (16,6%), 10, hematoma extradural (27,7%) y 4, hemorragia intraparenquimatosa (11,1%). Diez pacientes (27,7%) requirieron algún tipo de neurocirugía. A 5 se les colocó catéter para monitoreo de presión intracraneana y 6 debieron ser desplaquetados. El 44,4% requirió asistencia respiratoria mecánica por una mediana de 2 días. La mediana de internación fue de 3 días. Fallecieron 2 pacientes (5,5%), 4 presentaron secuelas neurológicas y 2 pacientes fueron derivados, desconociéndose su evolución.

**Conclusiones:** el politraumatismo por caída de altura moderada en pediatría es un cuadro grave que si bien puede afectar a todos los grupos etarios, acecha en el hogar a aquellos más indefensos y con menor conciencia de riesgo. Puede derivar en lesiones neurológicas severas y requiere de medidas simples de prevención pero mucha educación y especial atención por parte de los cuidadores.

### 0331 HIPERACTIVIDAD SIMPÁTICA PAROXÍSTICA

E REQUESENS, SP CHAPELA, E DEAN, JA MASTRACCHIO, MF BALLESTERO, MA BLASCO

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La hiperactividad simpática paroxística es una disautonomía secundaria a lesión axonal difusa por TEC grave. Es un síndrome poco frecuente caracterizado por episodios de hipertensión, taquicardia, taquipnea, hiperhidrosis, hipertermia y posturas en extensión.

**Caso clínico:** Paciente de 21 años de edad, sexo masculino, sin antecedentes de relevancia. Ingresó por politraumatismo secundario a accidente de tránsito con TEC grave Marshall I y fractura expuesta femoral derecha, GCS 5/15. Requirió ARM y monitoreo de PIC durante 48hs. Presentó cuadro de hipertensión severa e hipertermia (40-41°C) posterior a cirugía de osteosíntesis femoral derecha, se sospechó hipertermia maligna o síndrome neuroléptico, recibió tratamiento con dantrolene, con respuesta parcial. Nuevamente

evolució con registros febriles, taquicardia, hipertensió, sudoración, movimientos coreoatéticos, de características paroxísticas. La RNM mostró daño axonal difuso y el EEG fue normal. Se toman distintas muestras para cultivo, y se descartó foco infeccioso; se reinterpretó el cuadro como hiperactividad simpática paroxística. Recibió tratamiento con pramipexol, beta-bloqueantes y morfina cediendo el cuadro.

**Conclusiones:** La hiperactividad simpática paroxística es una patología asociada al traumatismo encefalocraneano grave con daño axonal difuso, es mas habitual en pacientes jóvenes. Esta entidad no está ampliamente descripta en la bibliografía. Su diagnóstico obliga a descartar tanto patologías infecciosas como no infecciosas, como síndrome neuroléptico maligno o hipertermia maligna. Se debe descartar lesión de encefálica y de tronco, y alteraciones en el EEG. Responde al tratamiento con betabloqueantes, morfina y agonistas dopaminérgicos.

### 0332 INFECCIÓN POR BORDETELLA PERTUSSIS EN UN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: UNA ENFERMEDAD MEJOR CONOCIDA PERO QUE CONTINUA TENIENDO ALTA MORTALIDAD

ME GUTIÉRREZ MEYER, A BORDOGNA, F CALDERÓN, MF PODESTÁ, M RABINO, ME RATTO  
HIAEP "Sor María Ludovica", la Plata, Argentina.

**Introducción:** La infección por Bordetella Pertussis es una enfermedad prevenible, muy contagiosa, que afecta principalmente a niños menores de 1 año, siendo de mayor gravedad en menores de 6 meses con inmunización incompleta o ausente.

Se asocia a una alta mortalidad que parece estar relacionada con hiperleucocitosis e hipertensión pulmonar (HTP) refractaria, que progresa a shock cardiogénico refractario e irreversible.

Ante la falta de respuesta al tratamiento se han planteado diversas terapéuticas destinadas a reducir la masa leucocitaria como la exanguinotransfusión.

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de la infección por Bordetella pertussis y evaluar si el diagnóstico temprano, uso del monitoreo hemodinámico y tratamiento agresivo modifica la evolución y el pronóstico de la misma

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes con infección por Bordetella Pertussis en una unidad de cuidados intensivos pediátricos en el período comprendido entre el 01/02/2007 y 01/02/2012

**Resultados:** Ingresaron en este período 53 pacientes con diagnóstico de Bordetella pertussis confirmado por técnica de reacción de polimerasa en cadena (PCR) de los cuales fallecieron 20 (37,73%), 7 en el 2007 (58,33%), 5 en el 2008 (38,4%), 1 en el 2009 (14,28%), 2 en el 2010 (25%), 2 en el 2011 (25%) y 3 en el 2012 (60%).

La mediana para la edad fue de 2 meses, solo un paciente contaba con 3 dosis de vacuna, el 62,26% del total presentaba epidemiología familiar positiva. No hubo diferencias significativas en el PIM2 entre sobrevivientes y no sobrevivientes

Solo 19 pacientes presentaron coinfecciones siendo esto más frecuente en el grupo de los sobrevivientes (63,15%)

Dentro de los parámetros clínicos 44 de los 53 pacientes presentaron accesos (83%), la mediana para la frecuencia cardíaca fue de 190 no habiendo diferencias entre ambos grupos. 32 pacientes (60,37%) requirieron ventilación mecánica

Del laboratorio se destaca la hiperleucocitosis siendo la mediana para el grupo de no sobrevivientes de 100525 y no sobrevivientes de 70000, presentando ambos grupos hiperplaquetosis (mediana de 548000).

Se diagnosticó HTP moderada-severa por ecocardiograma en el 81,1%(9) de los pacientes fallecidos y en el 31,15%(6) de los sobrevivientes.

Se realizó exanguinotransfusión en 4 pacientes, 2 de ellos sobrevivieron (50%).

En cuanto a la evolución, presentaron fallo multiorgánico 12 pa-

cientes de los que sobrevivieron (36,3%) y 19 de los fallecidos (95%), siendo lo más frecuentemente observado el fallo respiratorio y cardiovascular.

**Conclusión:** Es fundamental reconocer a los grupos de riesgo, sospechar y pesquisar una potencial evolución grave, mediante parámetros clínicos, de laboratorio y hemodinámicos y realizar ecocardiograma como apoyo diagnóstico y de seguimiento de la HTP y el fallo cardiovascular. La exanguinodilución constituye una opción terapéutica a considerar en niños de alto riesgo, siendo factible de realizar en cualquier unidad de cuidados críticos, de bajo costo y con pocas complicaciones.

### 0333 INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA PRESENTACION DE CASO CLINICO

B SIRI, M TORO

Htal Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete, Argentina.

**Introducción de caso clínico:** Paciente femenino de 23 años de edad, que acude al servicio con cuadro de 12 horas de evolución, presentando deterioro del estado de conciencia, tendencia al sueño, sensorio alternante, desorientación temporoespacial, en contexto de cursar un cuadro de 1 mes de evolución con astenia, adinamia, hiporexia, acolia, coluria, vómitos de características biliosas y coloración amarillenta de piel y mucosas.

**Antecedentes patológicos:** Sin antecedentes patológicos de relevancia.

Niegan familiares ingesta de paracetamol y hongos.

**Valoración general:** Paciente somnolienta, desorientada en tiempo, espacio y persona, ictericia generalizada.

Con signos vitales estables al momento del ingreso.

**Intervención y estudios complementarios:** Se realiza colocado de acceso venoso periférico, colocado de sonda nasogástrica, con escaso débito bilioso. Se realiza ecografía abdominal, donde se descarta la obstrucción de las venas supra hepáticas, hígado disminuido levemente de tamaño contornos lobulados y heterogéneo.

Acude con laboratorio previo con hepatograma alterado, IgG HVA positivo y resto negativo, con resultados laboratoriales actuales que reportan LDH 1285, TGO 4430, TGP 2770, FAL 789, BILIRRUBINA 27,47, TP menor a 10, RIN mayor a 4,75, KPTT 96, quedando pendiente resultados de serología para hepatitis autoinmune y HIV

**Puntos de discusión. Diagnóstico sintomático:** Insuficiencia hepática aguda.

**Evolución:** Se interpreta a la paciente como insuficiencia hepática con criterios de trasplante renal por puntaje de MELD y Kings College Criteria.

**Hipótesis:** El diagnóstico precoz y manejo interdisciplinario permiten aumentar la supervivencia de esta entidad, pero aun la mortalidad se mantiene entre un 40% a 80%, siendo el trasplante de emergencia el único tratamiento eficaz para este tipo de pacientes que tiene baja grado de recuperabilidad.

**Tratamiento:** Se contacta con CUCAIBA CRAI NORTE que acepta la paciente y es trasladada dentro las 3 primeras horas de su ingreso a la sala, quedando en lista de espera para trasplante hepático. Siendo transplantada al 5to día de su derivación

### 0334 FRACASO EN LA EXTUBACIÓN; COMPARACIÓN DE PACIENTES NEUROCRÍTICOS VS MÉDICO-QUIRÚRGICOS (ESTUDIO PROSPECTIVO)

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

**Introducción:** En el fracaso de la extubación influyen numerosos factores, algunos propios del paciente y otros adquiridos. Estos pueden estar relacionados con la causa de admisión o ser consecuencia de su estadía en terapia intensiva (UCI).

**Objetivo:** Analizar los fracasos de extubación (nuevo evento de AVM dentro de las 72hs) de los pacientes neurocríticos (NC) vs médico-quirúrgicos (MQ) y la evolución de los mismos en UCI.

**Materiales y Métodos:** Estudio observacional, prospectivo de 16 meses, en un solo centro de alta complejidad. Se incluyó la 1ª extubación programada en UCI de los pacientes con más de 24hs de ventilación mecánica (AVM). Se registraron las variables representativas de los pacientes y su evolución. Para la decisión de extubación se utilizó el protocolo del servicio.

**Resultados:** En el periodo del estudio ingresaron a UCI con requerimiento de AVM 210 pacientes. Se extubaron en forma programada 128 pacientes (tabla), 18 pacientes resultaron accidentales y 64 pacientes nunca se extubaron.

	Extubados (128)	éxitos (91)	Fracasos (37)	NC Éxitos (43)	NC Fracasos (19)	MQ Éxitos (48)	MQ Fracasos (18)
Edad, media DS	49 ±19	48 ±19	51 ±18	46 ±20	46 ±17	50 ±18	56 ±18
Apachell, media DS	21 ±7	20 ±8	21 ±5	19 ±7	20 ±6	21 ±8	23 ±5
Masc. N (%)	87 (67%)	63 (69%)	24 (64%)	29 (60%)	15 (75%)	34 (70%)	9 (52)
Días UCI, mediana (min-max)	10 (1-64)	8 (1-34)	18 (1-64)	10 (1-34)	18 (2-64)	7 (1-26)	17 (1-49)
Días AVM, mediana (min-max)	4 (1-18)	4 (1-18)	4 (1-12)	3 (1-16)	4 (1-12)	4 (1-18)	4 (1-12)
Días de destete, mediana (min-max)	1 (0-16)	1 (0-16)	1 (1-8)	1 (0-10)	1 (0-8)	1 (0-16)	0 (0-7)
2ª ext. exitosa			16		8		8
Traqueost. N (%)	16 (12%)	2 (2%)	14 (37%)	1 (2%)	8 (42%)	1 (2%)	6 (33%)
Decanulados N	3		3		2		1
Obitos UCI N (%)	16 (12%)	4 (4%)	12 (32%)	0	4 (21%)	4 (8%)	8 (44%)

En total hubo 37 pacientes (29%) que fracasaron en la extubación. NC 19 (30%) de los cuales 13 fracasaron por compromiso de vía aérea alta (estridor o similar) y mal manejo de secreciones. MQ 18 (27%) de los cuales 11 fueron por insuficiencia respiratoria/ventilatoria.

**Conclusiones:** No se evidenciaron diferencias en la incidencia de fracaso a la extubación entre los grupos evaluados. Pero en el grupo NC predominaron como motivo del fracaso la dificultad para mantener la patente de la vía aérea, a diferencia del grupo MQ donde las causas relacionadas a patologías pulmonares fueron las más frecuentes.

### 0335 PROTOCOLO DE CUIDADO EN EL POTENCIAL DONANTE DE ÓRGANOS CON MUERTE ENCEFÁLICA. "UN ABORDAJE DE ENFERMERÍA DESDE LAS NECESIDADES BÁSICAS" "PROYECTO DE INVESTIGACIÓN"

CR DE LA ROSA, HD GALLO

Instituto Universitario Italiano de Rosario, Argentina.

**Objetivo:** conocer si el protocolo aplicado al cuidado del potencial donante de órganos, con muerte encefálica, satisface sus necesidades humanas básicas alteradas, en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital municipal de la ciudad de Rosario.

**Propósito:** contribuir a la comprensión del proceso procuración-donación desde una mirada disciplinar, fomentando la participación de Enfermería en el equipo interdisciplinario, mediante la creación de protocolos específicos de cuidados enfermeros.

**Unidad de Análisis:** potencial donante de órganos, con diagnóstico de muerte encefálica, que no presente ninguna contraindicación médica ni legal, internado en la Unidad de Terapia Intensiva de un hospital municipal de Rosario, con el consentimiento familiar para la donación.

**Método:** descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo.

**Marco Teórico:** teoría de las necesidades básicas de Abraham Maslow, la adaptación a la misma de Richard Kalish y los sistemas de Enfermería totalmente compensadores de Dorothea Orem.

### 0337 VALORES DE REFERENCIA DE PARÁMETROS NO INVASIVOS DE CAPNOGRAFÍA VOLUMÉTRICA EN HUMANOS DESPIERTOS Y ANESTESIADOS

E GOGNIAT<sup>1</sup>, G TUSMAN<sup>2</sup>, F SUAREZ-SIPMANN<sup>3</sup>, S BOHM<sup>4</sup>, A SANTOS<sup>5</sup>, E SAN ROMAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Italiano - Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Privado de Comunidad - Mar Del Plata, Argentina. <sup>3</sup> Uppsala University. Dept of Surgical Sciences - Uppsala, Suecia. <sup>4</sup> Swisstrom AG - Landquart, Suiza. <sup>5</sup> Fundación Jiménez Díaz Capio - Madrid, España.

**Objetivo:** La capnografía volumétrica (VCap), que es la representación gráfica del CO<sub>2</sub> exhalado en una respiración a volumen corriente (VT), es de utilidad para el monitoreo de la función pulmonar en pacientes en asistencia ventilatoria mecánica. Los valores de referencia derivados de estos parámetros no invasivos no se conocen aún. El objetivo de este estudio es determinar valores de referencia de los parámetros de VCap en individuos despiertos y en individuos anestesiados.

**Material y método:** Método 1: Estudiamos 2 grupos de pacientes: Grupo 1: 16 pacientes sanos anestesiados y en ventilación mecánica, se utilizó ventilación controlada por volumen a flujo constante (VT 6-8 ml/kg, Fr 10-15 rpm, PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O, I:E 1:2 y FiO<sub>2</sub> 0.4). Grupo 2: 16 voluntarios sanos, despiertos y ventilando espontáneamente. VCap se obtuvo utilizando el monitor NICO (Respironics, Wallingford, CT, USA), los datos se grabaron en una laptop y se analizaron posteriormente. El sensor mainstream de CO<sub>2</sub> con un sensor de flujo integrado se colocó en la vía aérea abierta del paciente entre el tubo orotraqueal y la "Y" del respirador (pacientes) o directamente en la boca (voluntarios).

Método 2: En el Grupo 1 se grabaron 15 minutos en condiciones estables definida como: temperatura esofágica 36.5 ± 0.5 °C, SpO<sub>2</sub> 97-100 %, presión arterial media 65-80 mmHg y frecuencia cardíaca 55-90 por minuto. En el Grupo 2 se grabaron tres series de cinco minutos cada una en dos posiciones distintas: acostado y sentado, que se asignaron aleatoriamente. Se analizaron los últimos 2 minutos de cada período grabado, que incluyó aproximadamente 20 a 30 respiraciones dependiendo de la frecuencia respiratoria de cada sujeto. En el grupo 2 se promediaron los resultados de las 3 series de mediciones para cada parámetro de VCap.

Para el cálculo de los parámetros de VCap se obtuvo de este período un ciclo respiratorio promedio representativo, y se utilizó una técnica basada en una Aproximación Funcional utilizando el Algoritmo de Levenberg-Marquardt.

Para el análisis estadístico se utilizó el test de Student. Un valor de P < 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

**Resultados:**

El VT en pacientes anestesiados fue 529 ± 78 ml, en voluntarios acostados 559 ± 111 ml y en voluntarios sentados 566 ± 103 ml. En posición acostada, los pacientes anestesiados presentaron menor eliminación de CO<sub>2</sub> por respiración que los voluntarios acostados (13.6 ± 2 vs 15.7 ± 4, P<0.05), principalmente a causa de un aumento en el espacio muerto (0.30 ± .04 vs 0.21 ± .03, P<0.05). Entre los voluntarios, se observó solo un pequeño aumento en el espacio muerto de la vía aérea en la posición de sentado con respecto a acostado (108 ± 28 vs 87 ± 27, P<0.05).

**Conclusiones:** Estos datos aportan valores de referencia aún faltantes de los parámetros no invasivos de VCap en humanos sanos y despiertos, en posición acostada y sentada, y también en humanos anestesiados. Estos hallazgos ayudarán en la interpretación de condiciones patológicas.

### 0338 STATUS MIOCLÓNICO ASOCIADO A ENCEFALOMIELITIS PROGRESIVA CON RIGIDEZ Y MIOCLONÍAS (PERM)

M FERREYRA, SG SILLITANO, E DEAN, FM LASCAR, ED SOLOAGA, MA BLASCO

Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El síndrome de la persona rígida es un desorden neuroinmunológico poco común, caracterizado por rigidez muscular progresiva y espasmos que comprometen los músculos axiales. La encefalomiелitis progresiva con rigidez y mioclonías (PERM) es un cuadro que compromete tronco cerebral, áreas límbicas y médula espinal; se presenta con trastornos cognitivos, autonómicos, esfinterianos y pleocitosis en LCR.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 66 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo.

Ingresó por presentar algia facial y espasmos faciales a predominio derecho refractarios al tratamiento. Evolucionó con espasmos y mioclonías generalizadas, síntomas autonómicos y deterioro de conciencia requiriendo ARM. La TAC de cerebro no mostró lesiones agudas y la punción lumbar evidenció pleocitosis. Inició tratamiento empírico por sospecha de tétanos y meningococcal. Se realizó dosaje de zinc, aluminio y plomo encontrándose en rangos normales. Fue tratada con anticonvulsivantes por status mioclónico, con poca respuesta clínica y electroencefalográfica.

Al presentar cultivos, serología y PCR para virus negativos se sospechó encefalopatía inmunomediada por anticuerpos, solicitándose anticuerpos contra ácido glutámico descarboxilasa (AntiGAD) en suero y LCR los cuales fueron positivos. Los anticuerpos antineuronales Hu, Yo y Ri resultaron negativos. La RMN de cerebro evidenció señales inespecíficas en regiones cortico-subcorticales de ambos hemisferios cerebrales.

No se encontró evidencia de enfermedad neoplásica en TC de tórax, abdomen y pelvis. Se inició tratamiento con metilprednisolona y gammaglobulina EV.

Por persistir sin mejoría clínica, se decidió iniciar plasmáferesis, evolucionando favorablemente.

Al final de la internación, presentó apertura ocular parcial, sin respuesta a órdenes, hiperreflexia osteotendinosa, rigidez generalizada y mioclonías ante estímulos táctiles. Continuó con tratamiento corticoideo e infusión de gammaglobulina cada 30 días.

**Conclusiones:** La presencia de anticuerpos contra ácido glutámico descarboxilasa (AntiGAD) en LCR sugieren una etiología autoinmune de la encefalomiелitis progresiva con rigidez y mioclonías. La incidencia de epilepsia asociada es alrededor del 10% y es sugestivo de diagnóstico de PERM. En esta entidad, el tratamiento con plasmáferesis y corticoides, podría tener beneficio.

### 0339 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E INDICADORES DE CALIDAD - COMPARACIÓN DE DOS PERIODOS SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTOS -HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD "EL CRUCE"

JN CHAPARRO FRESCO, S LAGE, S TROZZI, E AVALOS, C GONA, E CORREGER, D SOTELO, A BARRABINO, L KRIZISNIK, K TENASCZUK, M BERNARDINI, C AMARILLA, P D'ANDREA, C GOSIS, M ROSA, O FARIÑA  
Hospital el Cruce, Argentina.

La UTI se ha convertido en una parte integral e indispensable de la atención hospitalaria. La calidad de atención de una UTI, no se limita a la supervivencia, está relacionada con la capacidad para el auto cuidado que pueda desarrollar el paciente posterior a la internación. Las distintas técnicas de soporte vital tienen un impacto significativo sobre la calidad de atención, por ende lograr la optimización de las mismas es un desafío.

La evaluación de los procesos asistenciales mediante distintos indicadores de calidad permite evaluar y eventualmente mejorar el rendimiento de los procesos considerados.

**Objetivos generales:** Identificar el perfil epidemiológico; Medir los indicadores de calidad seleccionados y Comparar dos periodos entre si.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en los periodos: octubre del 2010 a marzo del 2011 y octubre del 2011 y marzo del 2012, en una UTI con disponibilidad de 16 camas, de un hospital de alta complejidad. Se recopiló

datos secundarios de los registros clínicos. Se seleccionaron 10 indicadores de calidad de entre los 120 propuestos por la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Los mismos son: reingresos, prueba de tolerancia a la ventilación mecánica, extubaciones, reintubaciones, prevención de enfermedad tromboembólica, nutrición enteral precoz, infección relacionada a catéteres, infección relacionada con sonda vesical, infección relacionada a la ventilación mecánica y donantes reales. Se realizó el cálculo del Sistema de Puntuación de Intervención Terapéutica (TISS) al ingreso, a las 48 horas, a los 7 y 14 días de internación. El resultado se comparó con el número de enfermeros/as existentes en la UTI durante los periodos de estudio. Se utilizó la medición de tasas, razones, media, mediana, desvío estándar o rango según corresponda. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS 17.0.

**Conclusiones:** A través de este estudio se identificó el perfil epidemiológico de los pacientes de la UTI, encontrando una población joven, mayoritariamente sin condiciones mórbidas preexistentes, siendo la categoría de ingreso más frecuente la neuroquirúrgica.

La mortalidad global, la mortalidad predicha por scores y la mortalidad bruta por diagnóstico de egreso es inferior a la esperada según referencias internacionales.

Los indicadores de calidad medidos, se encuentran en general por debajo de los estándares establecidos. El recurso humano utilizado estuvo acorde a lo recomendado.

La implementación de un protocolo de desvinculación de asistencia ventilatoria mecánica ha tenido un impacto significativo tanto en el número de ensayos de tolerancia a la ventilación espontánea como en el número de extubaciones y reintubaciones

### 0340 ACTINOMICOSIS TORACICA: ¿UNA ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA?

V CIRES, D BRANDOLI, C PINCHEIRA, A NISNIK, N SPITALE, M MONTAMAT, G BERNARDI, S NIEVA, A MINGUEZ  
Hospital Misericordia Nuevo Siglo, Argentina.

**Introducción:** La actinomicosis es una enfermedad infecciosa crónica producida por bacilos gram positivos anaerobios que colonizan la mucosa orofaríngea y el tracto gastrointestinal, su agente más frecuente es el *Actinomyces israelii*. La forma torácica representa un 15-35% del total de las formas de presentación, pudiendo manifestarse como afectación endobronquial, forma extraordinariamente infrecuente.

**Caso Clínico:** Paciente sexo masculino 66 años, antecedentes de HTA y tabaquismo severo.

Refiere cambios en la tonalidad de la voz y hemoptisis de un año de evolución, a los que se agrega hace 2 meses disfagia para sólidos y líquidos más pérdida de peso de 5 kg. Al examen físico presenta sibilancias y roncus diseminados en campo pulmonar izquierdo.

**Métodos complementarios:** - Tránsito Esófago-gástrico-duodenal: imágenes de estenosis, a nivel de la unión faringoesofágica y debajo de la unión del tercio medio-superior, imágenes de suma compatibles con úlceras, disminución del calibre esofágico hasta la unión esófago-gástrica.

- Fibroendoscopia alta: Estenosis esofágica. Dilatación con balón.

- Cepillado Bronquial: tejido inflamatorio crónico, ausencia células neoplásicas.

- Fibrobroncoscopia más lavado bronquioalveolar: fístula esófago-bronquial. Parálisis de cuerda vocal izquierda. Bronquio izquierdo disminuido de calibre, levemente estenosado. Informe histopatológico: tejido inflamatorio crónico, ausencia de células neoplásicas. Presencia de colonias de *Actinomyces*. Microbiología: negativo para gérmenes comunes, BAAR, hongos.

- TAC: extenso proceso infiltrativo en bronquio izquierdo, engrosamiento paredes esofágicas.

**Evolución:** Paciente ingresa a UTI post-colocación de stent esofágico mediante fibrobroncoscopia, con requerimiento de ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria secundaria a broncoespasmo severo. Cursa infección primaria de la sangre por *Staphylococcus*

Aureus y neumonía asociada a ventilador por *Proteus Mirabilis*. Cumpliendo tratamiento para ambas infecciones intrahospitalarias. Evolución clínica tórpida. Se realiza nueva fibrobroncoscopia con toma de muestra de biopsia. Informe histopatológico: abundante tejido inflamatorio crónico, ausencia de células neoplásicas y presencia de hifas. Ante la fuerte sospecha diagnóstica de Actinomicosis torácica, se inicia tratamiento con penicilina G 20.000.000 UI/día. Paciente evoluciona con fallo multiorgánico y posterior óbito.

**Conclusión:** Siendo la actinomicosis endobronquial una entidad poco frecuente, la sospecha clínica debe ser alta. Se debe pensar siempre en pacientes con enfermedad de curso crónico, presencia de tumoración, fistulas con progresión a planos tisulares profundos y sin respuesta a cursos cortos de antibióticos convencionales. A pesar de que se considera a la biopsia como gold standard para el diagnóstico definitivo, destacamos la importancia de la interpretación del lavado bronquio-alveolar con resultado histopatológico positivo, acompañado de clínica e imágenes compatibles con el cuadro, para así poder realizar un tratamiento oportuno y evitar la progresión de la enfermedad.

**0341 MUCORMICOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**  
**M FERREYRA, SG SILLITANO, SP CHAPELA, ED SOLOAGA, MA BLASCO, FJ CHERTCOFF**  
 Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La mucormicosis es una infección angioinvasiva causada por hongos filamentosos del orden de Mucorales de la clase Zigomicetos. Los factores de riesgo asociados son la leucemia, el trasplante de células hematopoyéticas, diabetes mellitus y profilaxis con voriconazol, siendo rara la afectación en pacientes inmunocompetentes. La manifestación cutánea representa alrededor del 10% y el trauma es el factor predisponente más común.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 27 años de edad sin antecedentes patológicos.

Cursó internación por politraumatismo en vía pública en contexto de colisión vehicular; presentando fractura de pelvis y fractura expuesta fémur, tibia y peroné. Presentó herida de 30 cm de extensión desde cara interna de muslo, rodilla hasta tercio proximal de pierna, pérdida de sensibilidad en cara externa de la pierna. Se realizó debridamiento quirúrgico, estabilización de las fracturas y tratamiento antibiótico empírico. Evolucionó con infección local requiriendo toilette, resección del tejido desvitalizado de músculo y hueso y antibioterapia. En el directo de la muestra quirúrgica se evidenciaron hifas no tabicadas motivo por el cual se agregó anfotericina B liposomal al tratamiento. Se realizó amputación supracondílea de miembro inferior derecho.

Los cultivos del material quirúrgico fueron positivos para *Enterococcus faecium*, *Acinetobacter baumannii*, *Bacillus sp.* y *Mucor sp.* La paciente evolucionó favorablemente.

**Conclusiones:** La mucormicosis es una infección fúngica rara asociada con una alta tasa de mortalidad. La forma cutánea puede manifestarse en forma localizada, profunda o diseminada. La osteomielitis es una manifestación poco común que ocurre luego de la inoculación traumática o una intervención quirúrgica. El tratamiento consiste en el diagnóstico precoz, debridamiento quirúrgico, administración de agentes antifúngicos como Anfotericina B liposomal.

**0342 IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA INFORMATIZADO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO NUTRICIONAL EN UN SERVICIO TERAPIA INTENSIVA (TI) DE ALTA COMPLEJIDAD**  
**MA CARIGNANO, PN GUIMARAENS, MF GOLDIN, CE KECKES, D CORBELI**  
 Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La desnutrición secundaria a enfermedad presenta una alta prevalencia en los hospitales; la misma se encuentra alrededor del 47% y no ha variado en los últimos 20 años.

Una de las principales explicaciones a este problema de salud reside en que la mayoría de los pacientes no son valorados nutricionalmente y faltan registros de la historia nutricional y otros parámetros relacionados dentro de la historia clínica.

Actualmente, la desnutrición secundaria a enfermedad representa un indicador de calidad de atención hospitalaria por lo que distintas entidades de acreditación en calidad (JCAHO) lo incorporaron dentro de estándares internacionales, profundizando la necesidad de establecer, en forma sistemática, métodos de tamizaje nutricional que permitan la detección precoz de los casos problema. Para dar respuesta a dicha necesidad, diseñamos un programa de evaluación y seguimiento nutricional informatizado.

**Objetivos:**

- Diseñar e implementar un programa multidisciplinario de evaluación y seguimiento nutricional.
- Incorporar los registros nutricionales dentro de la historia clínica electrónica (HCE) hospitalaria.

**Material y métodos:** Según consenso de médicos y nutricionistas del equipo y recomendaciones científicas, diseñamos una ficha de evaluación nutricional, incluyendo:

- índice de masa corporal,
- modificaciones del peso e ingesta,
- estrés metabólico,
- ingesta oral,
- factibilidad de uso de vía oral-enteral,
- requerimientos nutricionales
- necesidad de soporte nutricional
- tipo de soporte nutricional a implementar

Los datos fueron relevados dentro de las 48 horas del ingreso.

Conjuntamente, diseñamos una ficha de monitoreo incluyendo:

- indicación nutricional,
- acceso,
- aporte calórico-proteico
- complicaciones.

Ambos formularios son de carga estructurada, ad hoc, y representan el relevamiento realizado; son modificables y adaptables según necesidades. Mantuvimos integridad y consistencia con la HCE

**Resultados:** Desde 01/05/2011 hasta el 31/03/2012 se tamizaron 1471 ptes (79.8% de ingresos); completamos el seguimiento nutricional en 754 ptes (5.4 seguimientos nutricionales / paciente). Realizamos 4061 seguimientos nutricionales totales.

**Conclusion:** El programa favoreció la detección temprana del riesgo nutricional y desnutrición; se facilitó el análisis de la utilidad y tasas de complicaciones. Mejoramos los registros nutricionales y la información brindada al resto del equipo tratante para la toma de decisiones.

**0343 CAUSAS DE INTERNACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PULMONAR**

**E REQUESENS, EJ DESCOTTE, FM LASCAR, D MOLINA, M BOS-SIO, FJ CHERTCOFF**  
 Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad grave con un pobre pronóstico. Los pacientes frecuentemente requieren Terapia Intensiva. El objetivo de este estudio es describir la población, las causas, el tratamiento y la evolución de los pacientes ingresados.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes ingresados entre Enero del 2005 y diciembre 2011.

**Resultados:** En nuestro servicio registramos 10 internaciones en 7 pacientes con una media de edad de 57,5 años correspondiendo a 6 pacientes (87,71%) al sexo femenino y 1 paciente (14,23%) al masculino. Las causas de la enfermedad productora de HAP fue: HAPI en 1 paciente (14,2%), HAP asociada a enfermedad del colágeno en 5 pacientes (71,2%), y 1 paciente (14,2%) asociado a enfermedad porto pulmonar.

El motivo de ingreso a UTI fue shock cardiogénico por falla ventricular derecha en tres casos, falla ventricular moderada con in-

suficiencia respiratoria en cuatro, hiponatremia severa en uno y hematoma subdural en dos pacientes anticoagulados. Todos los internados salvo dos que fueron diagnosticados de novo recibían medicación específico para HAP sola o asociadas (ambroxol, sildenafil y prostaciclina inhalada). El manejo en UTI requirió utilización de inotrópicos, oxigenoterapia, diuréticos y en los tres pacientes con shock cardiogénico observamos un VM promedio de 3,03Lts/min, una PAP media promedio de 47,6mm Hg y unas RVP promedio de 1012dina x s x cm -5, todos requirieron ARM y solo dos de ellos requirieron además oxido nítrico inhalado para su manejo; dos pacientes necesitaron treprostinil por bomba subcutánea y/o endovenosa. De los pacientes con hematoma subdural (2 pacientes) solo uno requirió cirugía.

La mortalidad global de nuestra población fue del 28,57% (2). El 71,4% continúan en tratamiento específico para su patología de base. Dos pacientes presentan disnea CF II, y dos pacientes CF III, la paciente restante no tuvo seguimiento por nuestro hospital.

**Conclusiones:** El desarrollo de los últimos años de medicación específica para el tratamiento de la HAP ha mejorado la sobrevida de estos pacientes y ha hecho más frecuente la aparición de complicaciones por lo que es importante conocer las causas de ingreso y las herramientas disponibles para su mejor manejo en UTI.

#### 0344 CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES LIBERADOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA.

M OJEDA, M BOSSO, S FREDES, G AVACA, A GOLDBERG, A QUIJANO, G NAHMÍAS, P GIMÉNEZ, D NOVAL, A SANTA MARÍA, M BERTÉ, A PALAZZO, S ILUTOVICH, N TIRIBELLI  
Sanatorio de la Trinidad Mitre, Argentina.

**Objetivo:** Durante el proceso de desconexión de la ventilación mecánica (VM) los pacientes pueden ser agrupados en tres categorías: weaning simple (WS), dificultoso (WD) o prolongado (WP). Esta clasificación ha sido poco evaluada en la práctica clínica.

El objetivo de este trabajo es describir la incidencia, las características y la evolución de los pacientes de acuerdo a estas categorías.

**Materiales y métodos:** Se analizó la base de datos de VM de la UCI entre enero de 2010 y diciembre de 2011. En ella se registró prospectivamente edad, sexo, SAPS II, motivo de ingreso, motivo de VM, duración de la VM, días de weaning, número de PRE, extubación, reintubación, requerimiento de traqueostomía, días de UCI, condición de egreso (vivo/óbito).

Se analizaron los pacientes ventilados más de 12 hs. hasta 28 días que fueron desvinculados de la VM. Se compararon las variables en subgrupos (WS, WD, WP). Los resultados se presentan como media (DS) o como proporciones.

Para realizar comparaciones entre grupos se utilizó análisis de varianza, con test de Tukey para las comparaciones post hoc, o test de Chi cuadrado. Se consideró significativo una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Ingresaron a la unidad 426 pacientes que requirieron VM. Fueron desconectados de la VM 235 (55.2 %). Las incidencias de WS, WD y WP fueron 61.7% (n=145), 25.5% (n=60) y 12.8% (n=30).

	WS	WD	WP	P
Edad (media, DS)	60.3 (19.5)	63.8 (17.7)	62.3 (18.2)	NS
Masculinos (n, %)	69/145 (47.6)	29/60 (48.3)	16/30 (53.3)	NS
SAPS II (media, DS)	38.4 (16.1)	44.5 (16.4)	38.8 (16.9)	0.048
Patología médica (n, %)	89/145 (61.4)	47/60 (78.3)	27/30 (90)	0.002
Días VM (media, DS)	5.1 (4.4)	7.4 (5.1)	11.4 (6.5)	0.000
No. PRE (media, DS)	1 (1)	2.35 (0.48)	6.1 (2.5)	0.000
Extubados (n, %)	128/145 (89.5)	45/60 (75.6)	13/29 (44.8)	0.000
Reintubados (n, %)	3/128 (2.3)	6/45 (13.3)	7/13 (53.8)	0.000
TQT (n, %)	14/143 (9.8)	14/58 (24.1)	18/30 (60)	0.000
Días UTI (media, DS)	10.4 (8.1)	13.4 (8.8)	32.1 (33.7)	0.000
Mortalidad (n, %)	8/145 (5.5)	4/60 (6.7)	1/30 (3.3)	0.78

**Conclusiones:** En el grupo de WS la proporción de pacientes médicos fue menor. En el grupo de WD el score de gravedad al ingreso fue mayor. En el grupo de WP la proporción de pacientes extubados fue menor, y mayor la proporción de pacientes reintubados y traqueostomizados.

La duración de la VM hasta el inicio del weaning, y la estadía en UCI fue diferente en los tres grupos. La mortalidad fue similar en los tres grupos de pacientes.

#### 0345 ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE: UN DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

J MONTERO-TINNIRELLO, A RAMOS, N LAURENTI, L LOVESIO, C LOVESIO  
Sanatorio Parque, Argentina.

**Introducción:** El síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (EPR) es una entidad clínico-radiológica de presentación aguda o subaguda que se manifiesta por la aparición de cefalea, trastornos visuales, síndrome confusional, y/o convulsiones asociado a la presencia de lesiones cerebrales reversibles, especialmente evidentes en las secuencias potenciadas en T2 y FLAIR de resonancia magnética. Si bien inicialmente se asoció con la hipertensión arterial, este síndrome puede ocurrir como complicación de una amplia variedad de situaciones clínicas como ser eclampsia, insuficiencia renal, conectivopatías, fármacos inmunosupresores, entre otras.

**Objetivo:** Presentar una serie de casos de EPR, analizar sus antecedentes, factores desencadenantes, características clínicas de presentación, evolución, y hallazgos neuroradiológicos.

**Material y Método:** Evaluamos retrospectivamente las historias clínicas de los casos asistidos con diagnóstico de ERP ingresados en Unidad de Terapia Intensiva del Sanatorio Parque de Rosario.

**Resultados:** De los cuatro pacientes, tres fueron mujeres siendo la edad media de presentación de 49 años. Entre los factores predisponentes, dos presentaron el antecedente de hipertensión arterial, una diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en tratamiento con micofenolato-mofetil y otra cursaba el puerperio. En cuanto a la presentación clínica, tres desarrollaron crisis hipertensiva asociado a cefalea de inicio súbito y otro estado confusional.

En la resonancia magnética (RM) los cuatro pacientes presentaron lesiones corticocorticales bilaterales en lóbulo occipital y cerebelo (esta última localización ocurrió en la paciente con antecedente de LES) siendo la magnitud del edema variable. Uno de los pacientes presentó un compromiso holocerebral.

Durante su evolución, una de las pacientes con antecedentes de LES y tratamiento con micofenolato, presentó un episodio de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, y otro de los enfermos desarrolló deterioro de la conciencia hasta el coma luego de 48 horas de presentar hipertensión arterial mal controlada con fármacos intravenosos. Finalmente, luego del tratamiento antihipertensivo, antiepilépticos para controlar las crisis y suspensión del fármaco involucrado (micofenolato), tres casos presentaron una evolución clínica favorable y controles posteriores ambulatorios sin lesiones en las neuroimágenes, mientras que el paciente que presentó deterioro neurológico falleció por parada cardiorrespiratoria sin constatare nuevas complicaciones en las imágenes de control.

**Conclusión:** La ERP es una complicación neurológica de muchas enfermedades médicas. Si bien se ha asociado inicialmente con la hipertensión arterial, esta situación puede ocurrir en diversos escenarios (enfermedades autoinmunes, terapia con inmunosupresores, enfermedades hematológicas, etc). Aunque es una entidad poco frecuente, debe ser considerado entre los diagnósticos diferenciales de los cuadros neurológicos debido a que su tratamiento precoz puede evitar la progresión del cuadro y el daño cerebral permanente.

**0346 UTILIZACIÓN DE LA POLIGRAFÍA EN TERAPIA INTENSIVA**  
**F. GRASSI, E. BORSINI, JA. MASTRACCHIO, ME. PIÑERO, JL. SOTO, FJ. CHERTCOFF**  
 Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

**Objetivos:** Valorar la utilidad de la poligrafía respiratoria (PR) en el ámbito de la terapia intensiva.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente 21 registros realizados en 20 pacientes internados en Terapia Intensiva con un polígrafo Stardust II durante el periodo del 22/05/10 al 22/05/2012. Se registró el motivo de ingreso, la indicación de VNI, la utilización previa de equipo de presión positiva, y el impacto sobre el tratamiento que tuvo su realización.

**Resultados:** Durante ese periodo fueron estudiados 20 pacientes; 15 hombres (75 %), con una edad promedio de 60 años, y un BMI promedio de 36.

Todos ingresaron por insuficiencia respiratoria con hipoxemia y una PCO<sub>2</sub> media: 57.35 mmHg. Siete no estaban hipercápnicos.

Los diagnósticos fueron; SAHOS (n=7; 35%), Obesidad-Hipoventilación (n=1; 5%), Síndrome de Overlap (4; 20%) enfermedad neuromuscular (n= 5; 25 %), enfermedad restrictiva (n=1; 5 %) y EPOC descompensado (n= 2; 10%). En todos los casos el tratamiento con presión positiva fue indicado durante la internación, seis pacientes la utilizaban previamente y en catorce casos la misma debió ser continuada al alta. La indicación de realización de la PR fueron: sospecha necesidad de optimización del uso del equipo en los que estaba ya indicado (5 pacientes) y necesidad o no de continuar el tratamiento al alta en los 15 restantes. La demora para la realización de la PR fue de 2,11 días y la estadía promedio en Terapia Intensiva de 4,9 días.

Diecinueve pacientes egresaron con indicación de VNI domiciliar. En los seis que ya la utilizaban se determinó cambio de modo: CPAP a BiPAP (n=1), adición de AVAPS (n=1) y cambio de máscaras por excesivas perdidas (2 casos). En 10 pacientes (50%) el análisis de la PR determinó modificación de los niveles de presión, adición de oxígeno (n=3; 15 %) y ayudó a suspender la VNI (no indicación crónica) en un caso.

**Conclusiones:** La poligrafía puede resultar muy útil en pacientes que ingresan por insuficiencia respiratoria en Terapia Intensiva y utilizan alguna modalidad de VNI o la situación clínica (SAHOS, Obesidad, EPOC hipercápnico severo o enfermedad neuromuscular previa) hacen predecir su indicación crónica.

En nuestra experiencia la PR determinó modificaciones del setting en 12 pacientes (60%). La simplicidad y la rapidez de su aplicación y el amplio rango de datos registrados permiten la toma de conductas que mejoran la aplicación de los métodos de VNI.

**0347 COMPLICACIONES DE ACCESOS VASCULARES REALIZADOS POR PUNCIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN**

**R. KARATANASOPULOZ, M. PAIZ, L. GOSSEN, G. LEVY, A. LOJO, N. BARRETO, M. BALEIRON**  
 Hospital J.R. Vidal, Argentina.

**Introducción:** La cateterización de venas centrales es un procedimiento rutinario, sin embargo, persiste un porcentaje de complicaciones por lo que su indicación debe ser estricta y la vía de abordaje cuidadosa. Hablamos de catéter venoso central cuando se accede al compartimento intratorácico. Esta ubicación se logra por vía yugular o subclavia. La vía femoral es una alternativa. Hasta el 20% de los portadores de un catéter central presentan complicaciones. Dentro de las complicaciones el sangrado se presenta en un porcentaje variable, los factores de riesgo son la técnica incorrecta, la punción arterial y alteraciones de la hemostasia.

El objetivo es reportar las complicaciones observadas en la realización de vías centrales realizadas por punción en pacientes con trastornos de la coagulación en un servicio de terapia intensiva con patologías oncohematológicas, internados en Clínica Médica y que se trasladaban para la confección del acceso.

**Materiales y métodos:** Se repasan las historias clínicas de aquellos pacientes a los cuales se les realizó vías centrales por punción con método de Seldinger y que presentaban trastornos de la coagulación, definido como leves por TP <50%, kptt >30 segundos o plaquetas <50000 mm<sup>3</sup> y severos por TP <30%, kptt >50 segundos o plaquetas <25000 mm<sup>3</sup> en el periodo 1 de enero 2007 al 30 de mayo del 2012. En los severos se realizó aporte de hemoderivados; plasma fresco congelado, una unidad cada 10 kgr de peso cuando la alteración era de las vías de la coagulación o concentrado de plaquetas en la misma dosis para corregir este déficit. Se consideró sangrado prolongado cuando requirieron compresión del sitio de punción por más de 30 minutos.

**Resultados:** Durante el periodo se indicaron 102 procedimientos, todos con método de Seldinger. Las venas utilizadas fueron yugular interna derecha en 59 pacientes, izquierda en 25 y la subclavia en 18. Entre los pacientes que presentaban trastornos de la coagulación considerados severos se indicaron 81 accesos, de los cuales se realizaron 77, 4 fueron postergados por falta de hemoderivados al momento del procedimiento. Entre los pacientes con trastornos leves se realizaron 21 procedimientos. Se observaron 10 sangrados prolongados con resolución espontánea y un hemoneumotorax bilateral en el primer grupo. Este último requirió internación en UTI, con buena evolución posterior. En el segundo grupo se presentaron 4 episodios de sangrado prolongado que evolucionaron favorablemente.

**Conclusión:** Ante la necesidad de obtener un acceso a una vena central en pacientes con trastornos de la coagulación el método de Seldinger parece seguro, con una baja tasa de complicaciones. Si bien el número de pacientes es pequeño para sacar conclusiones con peso estadístico, los pacientes con trastornos severos y a los cuales se le realizó aporte de hemoderivados presentaron escasas complicaciones. Los valores a partir de los cuales se indicaron fueron consensuados ya que faltan estudios randomizados que demuestren los valores formales a partir de los cuales la indicación de plasma y/o plaquetas es beneficiosa.

**0348 STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO EN CUIDADOS CRÍTICOS. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y ANÁLISIS DE VARIABLES CLÍNICAS Y DE EVOLUCIÓN.**

**F. KLEIN, L. AGUIRRE, A. FERRE, G. TUHAY, A. CALLE, J. RACOSTA, G. GARCIA**

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina.

**Introducción:** el status epiléptico no convulsivo (SENC) es una variante de crisis continuas de variable presentación clínica que va desde leves alteraciones cognitivas hasta el coma. Se asocia a una alta morbi mortalidad vinculada tanto a la severidad de la patología subyacente como a las complicaciones del tratamiento.

**Objetivos:** Describir las características de la población de pacientes (p.) que ingresan a una unidad de cuidados intensivos (UTI) con diagnóstico de SENC. Describir la asociación entre la respuesta al tratamiento con las variables clínicas y de evolución.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo 01/01/07 hasta 31/06/10 registrándose un total de 38 p. con diagnóstico de SENC. Se categorizó la respuesta al tratamiento en refractarios (quienes requirieron para el tratamiento 3 o más drogas) y no refractario. Se analizaron las variables clínicas y de evolución. Las variables clínicas analizadas fueron: comorbilidades, APACHE II, SOFA del día del diagnóstico (SOFA<sub>dx</sub>), etiología. Variables de evolución: complicaciones, días de internación total y en UTI, días de ARM y mortalidad. Se realizó un análisis descriptivo de las variables. Para las variables dicotómicas se utilizaron contraste de distribución de  $\chi^2$  mediante tablas de contingencia. Las variables continuas fueron dicotomizadas y las categóricas de más de dos grupos fueron analizadas con ANOVA.

**Resultados:** El 60% (23) fueron mujeres. La edad promedio fue de 67 años. El 70 % presentó alguna comorbilidad de la cual la insuficiencia renal crónica y la inmunosupresión fueron la más fre-

cuentas (18 y 21 % respectivamente). El motivo de internación más frecuente fue postoperatorio de cirugía cardiovascular 21% (8), ACV 18% (7), alteración del estado de conciencia 13% (5) y emergencia infectológica 13% (5). El APACHE II promedio fue de 23 (mortalidad predicha 57%) y el SOFAdx del status de 7.79. La etiología del SENC fue: infecciosa 45%, metabólica 39%, ACV 32%, encefalopatía hipóxico isquémica 16%, tóxica 37%, sintomático remoto 21%. El 63 % de los p. presentó alguna complicación post SENC siendo las más frecuentes infecciones en el 70% (17) y ARM en el 23% (9). El promedio de días de internación y de UTI fue de 41 y 28 días (respectivamente). El 23% (9) requirió ARM posterior al diagnóstico con una mediana de ARM de 8 días. La mortalidad fue de 42% (16). El SENC fue refractario en el 45% (17). No hubo asociación entre la respuesta al tratamiento y el resto de las variables analizadas.

**Conclusiones:** La población estudiada mostró alto score de APACHE II y una alta mortalidad aunque menor que la predicha. Se observó una alta tasa de refractariedad. No se observó asociación entre SENC refractario y las variables clínicas y de evolución estudiadas.

### 0349 CALIDAD TOTAL CON ENFOQUE DE RIESGO, APLICADA A LA GESTION DE ENFERMERIA EN UNIDADES DE CUIDADOS CRITICOS PEDIATRICOS DE UN HOSPITAL PUBLICO

M,P: ALAMILLA, ORREGO

Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay.

**Introducción:** El siguiente trabajo fue elaborado por un grupo de Licenciadas Enfermeras de un Hospital Público Pediátrico, de referencia nacional de Montevideo durante la temporada invernal. En nuestro país durante el invierno, la demanda de camas de cuidado intensivo pediátrico aumenta considerablemente, llegando a colapsar el sistema de atención pudiendo inclusive dejar sin camas disponibles de Cuidados intensivos pediátricos a todo el país. Es por ello que desde hace algunos años, se ha diseñado "Estrategia Plan Invierno" que aborda esta problemática desde una perspectiva integral ajustando la gestión de la atención, a las necesidades asistenciales de los Usuarios.

Dado que durante el invierno la incidencia de enfermedad respiratoria aguda grave con necesidad de ventilación invasiva aumenta considerablemente, con el fin de descongestionar la unidad de cuidados intensivos de niños, el Hospital implementa dos unidades de cuidados críticos específicos de menor complejidad en áreas de Cuidados Moderados.

Estas unidades son una Unidad de Cuidados Respiratorios Agudos donde se realiza tratamiento de Ventilación no invasiva a menores de 2 años, y otra de reparación Nutricional donde se realiza alimentación Enteral y Parenteral a niños de 0 a 14 años con desnutrición grave.

La aplicación de una gestión de calidad con alto gradiente de seguridad a la atención de nuestros Usuarios, es un imperativo ético impostergable para nuestra organización.

En ese sentido, la profesionalización de la atención, la fluidez de la información, la gestión de riesgos con énfasis en la prevención de Infecciones Hospitalarias, y el involucramiento de los trabajadores, constituyen un pilar fundamental para el logro de resultados.

**Objetivo general:** Mejorar la calidad de atención de enfermería con énfasis en la gestión de riesgo, orientando a la mejora continua e involucramiento de los intereses de los trabajadores.

**Objetivos Específicos:** Aplicar un modelo de calidad total a la gestión de enfermería en Unidades de Cuidados Críticos Pediátricos. Implementar de un sistema de gestión de riesgos.

**Material y Método:** Se plantea un estudio descriptivo de corte transversal con resolución de problemas por aplicación de un proceso de gestión de enfermería en las unidades ya mencionadas, durante los meses de mayo a junio de 2012.

Los cuatro componentes a trabajar son profesionalización de la atención de enfermería, sistematización de la información, sistema de gestión de riesgo y prevención de infecciones.

Se registraron los datos diariamente en planillas precodificadas de

número de ingresos, días de internación, procesos de atención, cobertura de enfermería, etc.

Se realizaron tareas de reclutamiento, selección y capacitación de personal, charlas informativas para usuarios, protocolos de atención, procedimientos y registros.

**Resultados y Conclusiones:** Los resultados del sistema de gestión de enfermería arrojados por este proyecto, serán medidos a través de indicadores de estructura, proceso y resultado al finalizar el periodo establecido y presentados al igual que las conclusiones en el informe final.

### 0350 DELIRIO Y FALLO MULTIORGANICO EN UN DIA DE VERAÑO EN EL DESIERTO PATAGONICO

JL MENDEZ, MC ORLANDI, RV HERNANDEZ, P VOGL, JC VIVERO, PR VILLEGAS

Hospital Francisco Lopez Lima - General Roca - Rio Negro, Argentina.

Mujer de 34 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos que sufre síncope mientras realizaba actividad física extrema en día de temperatura ambiental elevada.

Presenta al ingreso a emergencias temperatura corporal 38° C, deterioro de sensorio con Glasgow 12/15, pupilas con midriasis bilateral hiporreactivas, excitación psicomotriz, delirio. En el laboratorio se observa insuficiencia renal caracterizada como pre-renal, acidosis metabólica con GAP aumentado, hiperlactacidemia, CPK: 960. Se realiza TC de cráneo: edema cerebral difuso.

Evolutivamente durante internación en UTI se objetiva falla multiorgánica: falla renal aguda no oligúrica, CID compensada, falla hepática, falla metabólica y hemodinámica. Se realizan cultivos (hemocultivos, urocultivo, cultivo de líquido cefalorraquídeo) por sospecha de sepsis y se inicia empíricamente tratamiento con ceftriaxona. Paciente con evolución clínica favorable, se suspenden antibióticos por presentar cultivos negativos. Presenta mejoría gradual de los parámetros de laboratorio.

El diagnóstico de Golpe de Calor se lleva a cabo por exclusión. Es una emergencia médica y una causa tratable de fracaso multiorgánico (FMO). Se caracteriza por un incremento de la temperatura corporal central y alteraciones del sistema nervioso central donde predomina la encefalopatía.

Es fundamental el diagnóstico precoz y, si no se toman las medidas iniciales oportunas, la tasa de mortalidad es muy alta (hasta el 70%). Las dos formas habituales de presentación son: 1° en relación con el ejercicio en ambientes calurosos, que afecta fundamentalmente a individuos jóvenes sanos, como nuestra paciente; y 2° la forma clásica que afecta a ancianos o individuos con enfermedades debilitantes, durante intensas olas de calor. Puede clasificarse dentro de los síndromes inducidos por el calor ambiental y su presentación es consecuencia del fracaso del sistema termorregulador. El tratamiento se basa en el enfriamiento inmediato junto con el soporte de órganos y sistemas.

Presentamos este caso, por ser una patología poco frecuente, de alta mortalidad si no es diagnosticada y tratada tiempo. Por el contrario con un correcto abordaje la sobrevida es buena y sin secuelas.

### 0352 TUMOR MUCINOSO PROLIFERATIVO ATÍPICO LIMÍTROFE EN UNA PACIENTE CON 22 SEMANAS DE GESTACIÓN

M VILLALOBOS<sup>1</sup>, K ELLEFSEN<sup>2</sup>, R GUTIERREZ<sup>3</sup>, CARCIENEGA<sup>3</sup>, M MARAÑÓN<sup>3,4</sup>, R ARANDÍA<sup>3</sup>, J QUINTEROS<sup>3</sup>

<sup>1</sup> IGBJ, Argentina. <sup>2</sup> IGBJ, Bolivia. <sup>3</sup> Hospital Materno Infantil Germán Urquidí, Bolivia. <sup>4</sup> Hospital Materno Infantil Germán Urquidí, Bolivia.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de una paciente embarazada con un tumor Mucinoso proliferativo en paciente que cursa un embarazo de 22 semanas.

**Caso Clínico:** Paciente de 36 años cursando embarazo de 22 sema-

nas, que presenta una masa palpable a nivel abdominal localizada en anexo derecho por ecografía, se realiza una cirugía en donde se obtiene una masa de 2.5 Kg. Mide 23 cm x 19 cm x 16 cm. Debe ser reintervenida por dehiscencia e infección a nivel de herida quirúrgica.

Anatomía Patológica Informa Tumor Mucinoso Proliferativo Limítrofe con zonas de inflamación aguda y crónica. Los cultivos informan infección por E. Coli. Sensible Norfloxacin. Embarazo transcurrió hasta las 34 semanas nace un producto único vivo de 1.500 Kg. Que requiere internación en cuidados neonatales intermedios. Es dado de alta a las 2 semanas en buenas condiciones.

**Discusión:** No hay existe un consenso entre los distintos reportes publicados con respecto a los tumores limítrofes de ovario, algunos centros no los reconocen como limítrofes y los incluyen en el grupo de los tumores malignos. El Pronóstico es bueno. El tratamiento consiste en histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral, en pacientes jóvenes quienes no tienen paridad satisfactoria pueden ser manejadas con salpingooforectomía unilateral y estadiaje quirúrgico preservando así la fertilidad. También se ha reportado la cistectomía ovárica pero la recurrencia se acerca al 15%. Hay discrepancia entre el tratamiento quirúrgico y los que consideran la necesidad de quimioterapia postoperatoria con doxorubicina, ciclofosfamida, cisplatino.

### 0353 FACTORES ASOCIADOS A SOBREVIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ASISTENCIA VENTILATORIA MECÁNICA. VALIDACIÓN DE UN SCORE PRONÓSTICO. DATOS DEL SEGUNDO ESTUDIO INTERNACIONAL DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN PEDIATRÍA.

E. MONTEVERDE<sup>1,3</sup>, A. FERNÁNDEZ<sup>1,3</sup>, R.M. POTERALA<sup>1,3</sup>, A. SIBA SERRATE<sup>2,3</sup>, J.A. FARIAS<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina. <sup>2</sup> Hospital Universitario Austral, Argentina. <sup>3</sup> Comité Pediátrico de Neumología Crítica, SATI, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar factores asociados a mejor resultado en pacientes pediátricos que reciben asistencia ventilatoria mecánica (AVM) durante al menos 12 horas en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIPs). Comparar los resultados con los de una cohorte histórica.

**Diseño:** Cohorte prospectiva consecutiva durante un mes de estudio en 2007 (Segundo Estudio Internacional de Ventilación Mecánica en Pediatría, SISofMV) y cohorte histórica de pacientes ingresados entre el 1 de abril y el 31 de mayo de 1999 (Primer Estudio Internacional de Ventilación Mecánica en Pediatría, FISofMV). SISofMV se llevó a cabo durante la época de mayor incidencia de infección respiratoria aguda baja (IRAB) y FISofMV, fuera de ella. Los datos epidemiológicos de ambas cohortes han sido publicados previamente. Ámbito. 60 UCIPs en 13 países (SISofMV); 36 UCIPs en 7 países (FISofMV).

Pacientes: 1185 (SISofMV); 659 (FISofMV).

**Resultados:** La mortalidad global no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambas cohortes: 15.6% vs. 12.6% (FISofMV vs. SISofMV, respectivamente; p=0.08). El árbol de decisión originado en FISofMV fue testeado para evaluar su comportamiento en SISofMV. Dado que el score de severidad utilizado en FISofMV fue PRISM2 y en SISofMV fue PIM2, se testeó mediante MDLP (principio de longitud de descripción mínima) el valor de corte de PIM2 que mejor discriminaba para mortalidad y fue tomado como equivalente, sólo para esta finalidad, del valor de PRISM2 (PIM2=18.24% equivalente a PRISM2=27 puntos). Al evaluar las variables reportadas en FISofMV para nuevos puntos de corte que identificaran los pacientes con mejor resultado (en SISofMV) se obtuvieron los siguientes: presión inspiratoria máxima (PIM) < 37.5 cmH<sub>2</sub>O, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>>88.6, ausencia de fallo renal agudo (FRA) y PIM2<18.24%. Al comparar este modelo con el derivado del FISofMV (PIM<35 cmH<sub>2</sub>O, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>>100, sin FRA y PIM2<18.24%) no se observaron diferencias significativas: mortalidad 6.7% vs. 6.9%, p=0.928. En el análisis multivariable ambos modelos mostraron un

ajuste similar (p=0.535 y 0.639, Hosmer-Lemeshow, para FISofMV y SISofMV, respectivamente).

**Conclusión:** En una segunda cohorte multicéntrica de pacientes pediátricos en AVM en la estación de mayor incidencia de IRAB pudo validarse un score pronóstico de mortalidad desarrollado ocho años antes.

### 0354 NEUMONÍA NECROTIZANTE Y EMPIEMA PLEUROPERICÁRDICO POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE SEROTIPO 1

V. TADEO GARISTO, J. RODRIGUEZ RATTARO, G. SILBERZSAC, J. SAGARDÍA

Hospital Parmenio Piñero, Argentina.

Streptococcus pneumoniae es uno de los agentes causales más frecuentes de neumonía grave de la comunidad en adultos. Complicaciones tales como el empiema pericárdico y la neumonía necrotizante con desarrollo de fistula broncopleurales son poco frecuentes. Reporte de caso: Paciente de 45 años que consulta al servicio de emergencias por disnea clase funcional III-IV de 5 días de evolución, y dolor torácico precordial e interesternal irradiado a miembro superior izquierdo.

Signos vitales: TA 70/50 mmHg, FC 142 por minuto, FR 28 por minuto, GCS 15/15

Se realiza ECG donde se observa supradesnivel del segmento ST en todas las caras. Se interpreta como IAM. Es derivada a otro nosocomio para realización de hemodinamia. CCG: coronarias normales. Se realiza ecocardiograma donde se observa derrame pericárdico sin trastornos en la motilidad. Se punza y se obtiene material purulento.

Reingresa a la UCI de nuestro hospital con mala dinámica ventilatoria e hipotensión arterial con requerimiento de dopamina.

Laboratorio de ingreso: HTO 34% GB 26300/μl Urea 127mg/dl creatinina 3 mg/dl Na+ 134mEq/L K+ 3,4 mEq/L LDH 472

EAB 7,41/25,6/74,2/16/-6,7/94,6% PAFi 148

Se constata en RX de tórax imagen compatible con condensación en campo medio y derrame pleural izquierdo. Pleurocentesis: líquido turbio con criterios de empiema. Se coloca avenamiento pleural y drenaje pericárdico. Evoluciona con shock séptico y fallo multiorgánico. Requiere intubación, ARM y soporte vasopresor. Se inicia tratamiento con ceftriaxona – vancomicina. Se aísla neumococo sensible a penicilina en hemocultivos, líquido pleural y pericárdico por lo que se suspende vancomicina.

Evoluciona con fistula broncopleurales (TAC de tórax condensación basal izquierda con áreas de necrosis) y destete prolongado, requiriendo traqueostomía.

Informe bacteriológico del Instituto Malbrán: Streptococcus pneumoniae serotipo 1.

**Conclusiones:** 1. En la era antibiótica, la pericarditis purulenta por Streptococcus pneumoniae es una entidad poco frecuente que sigue representando una de las complicaciones ocasionales de la neumonía neumocócica. La realización de una pericardiocentesis debe tenerse en cuenta ante todos los pacientes con neumonía que desarrollen un derrame pericárdico.

2. La neumonía necrotizante es generalmente considerada una rara complicación de la infección neumocócica en adultos y ha sido relacionada al serotipo 3 aunque otros serotipos también han sido implicados en su desarrollo.

### 0355 HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA POR ESCORPIONISMO: REPORTE DE UN CASO.

L. RAMASCO, P.F. GALLARDO, M.C. CHAVEZ, P. BOTTA, S.F. ABALOS, F.M. CASTRO, L.S. MARCOS

Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina.

El escorpionismo es una enfermedad que presenta una tendencia creciente en los últimos años. La única especie capaz de causar accidentes fatales en nuestro país es el Tityus trivittatus. El veneno

afecta el sistema cardiovascular, causando insuficiencia cardíaca e hipertensión pulmonar y sistémica, ya que estimula las terminaciones nerviosas del sistema nervioso autónomo, con liberación masiva de acetilcolina y catecolaminas.

Se reporta el caso de un paciente de sexo masculino, 13 años de edad, con antecedente de picadura de escorpión en región frontal que ingresa al nosocomio con malestar general, cefalea, vómitos, pálido, sudoroso, con extremidades frías. Se asume como escorpionismo grave, recibe 6 ampollas de suero antiescorpiónico. Luego de 5 hs se constatan signos compatibles con edema agudo de pulmón, hipertensión arterial (HTA), acidosis metabólica, hiperglucemia y desorientación témporo-espacial por lo que ingresa a UCIP. Se realiza ECG constatándose bloqueo incompleto de rama derecha. Posteriormente, presenta fibrilación ventricular que requiere RCP y desfibrilación, revirtiendo el ritmo.

Se realiza primer ecocardiograma que muestra hipoquinesia global severa con depresión de la función ventricular izquierda y fracción de acortamiento de 12,5%. Por presentar signos de bajo gasto cardíaco se indica levosimendán. A los 4 días el control muestra leve mejoría de función ventricular.

La HTA fue refractaria a fármacos como nitroprusiato y enalapril. Por ello, se administran drogas inhibitorias de liberación central y periférica de catecolaminas, como clonidina, doxazocina y nifedipina. Con estas drogas se logra controlar la HTA y se externa de UTI con descenso progresivo de clonidina.

El paciente desarrolla discapacidad neurológica severa, constatándose en la RMN aumento de señal en ganglios de la base sobre todo en núcleos caudados y putamen, hallazgos que podrían vincularse a la presencia de lesiones por hipoxia.

**Comentario:** Se notaron dificultades en el tratamiento de HTA refractaria debido a la escasa experiencia en pediatría con la utilización de inhibidores de acción central, como el prazocin, droga que actualmente no se comercializa en nuestro país y es tratamiento de primera línea ante envenenamiento por escorpión en otros lugares del mundo. Es por esto que nuestro paciente recibió doxazocina como alternativa. También destacamos la utilización de levosimendán en falla miocárdica por escorpionismo al mejorar en forma importante la función ventricular de este paciente. Se plantea la necesidad de revisar la efectividad del suero antiescorpiónico, pues a pesar de su uso temprano se presentaron graves complicaciones.

### 0356 TUMOR CEREBRAL TERMINAL (TCT) EN EMBARAZADA 17,5 SEMANAS DE GESTACIÓN. DILEMAS ENTRE UNA VIDA QUE ACABA Y UNA QUE NACE

J. ARROYO, V. CAGLIERI, C. GALLETI

Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción y objetivos:** La interrupción del embarazo antes de la semana 20 es considerada un aborto, que en algunos casos es de conducta terapéutica. Los tumores cerebrales constituyen del 0,2 % al 2,6 % de los ingresos hospitalarios, pero la presentación en embarazadas es extremadamente rara, 0,006% de los embarazos. La decisión de sostener la vida de una paciente con mal pronóstico por tumor TCT hasta el término de su embarazo representa un dilema ético, que exige la participación multidisciplinaria, se presenta un caso de embarazo de 17,5 semanas con diagnóstico de tumor condroma condroide avanzado.

**Material y métodos:** Presentación del caso: Paciente de 35 con antecedentes de TCT Condroma Condroide, recidivante avanzado (fig.1), cursando embarazo de 17,5 semanas por ECO precoz, controlado (FUM incierta) al ingreso, que presenta Síndrome convulsivo, que evoluciona con deterioro neurológico, por lo que requiere Ventilación Mecánica (VM) y Sedación con midazolam y Fenitoina, se realiza Electroencefalograma (EEG) donde se constata status epiléptico no convulsivo, por lo que se agrega tratamiento con Topiramato, que posteriormente se cambia por levetiracetam a dosis de 4g/d, persiste sin mejoría en su evolución con buen perfil biofísico fetal (PBFF) por lo que se plantea la decisión de continuar con el embarazo.

Se decide continuar con el embarazo, con PBFF cada 48 hs (fig 2) y monitoreo fetal cada 12hs, se presentaron varias complicaciones sobre todo de tipo infectológicas con los siguientes aislamientos a las 23 semanas de embarazo: BAL: Stafilococo MS, Pseudomona MR, Acinetobacter Urocultivo: E. Coli MS. Retrocultivo: Pseudomona se agregó tratamiento con Meropenem, Colistin.

Evolucionó con fiebre, con registros de valores de procalcitoninas menores a 0,5 ng/ml, en VM, traqueostomizada al 7 día, que a las 29,4 semanas presenta diagnóstico de sepsis, por lo que a las 29,6 semanas se interrumpe el embarazo, con nacimiento de niña con 1855g (fig 3), que permanece 35 días en incubadora y es dada de alta sin daños neurológicos, (fig 4) la madre es dada de alta a los 10 días de UTI a la sala común y fallece el día siguiente fecha de su cumpleaños. A los 6 meses el desarrollo de "Milagros" es absolutamente normal.

**Discusión y conclusiones:** Aunque el caso es presentado como una instantánea, la vivencia del equipo de salud y familia fue cambiante y compleja ante el problema dilemático: la tecnociencia genera problemas que no resuelve por sí misma. Se puede retardar la muerte mientras se lucha por una vida. ¿quién decide y como? ¿cuál vida es prioritaria? ¿cuándo y como se establece el fin y comienzo? son algunos de los interrogantes que se presentaron. El diálogo, como herramienta fundamental y el respeto de los tiempos, distintos entre las personas, permitió resolver el dilema con aceptable gratificación para todos.

### 0357 PANCREATITIS AGUDA GRAVE POR HIPERTRIGLICERIDEMIA V. TADEO GARISTO, G. SILBERZSAC, R. CASTRO, J. SAGARDÍA

Hospital Parmenio Piñero, Argentina.

**Introducción:** La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio reversible que puede limitarse a la afectación del órgano o producir disfunción multisistémica (tasa de mortalidad del 10-30%). Su etiología es muy variada siendo la hipertrigliceridemia la tercera causa con una incidencia de 1,3 a 11%.

**Objetivos:** reportar una patología poco frecuente.

**Caso clínico:** Paciente de 35 años con antecedentes patológicos de DBT tipo I, abandono de tratamiento 2 meses previos a la consulta, etilista y episodio de PA sin criterios de severidad 1 año atrás.

Ingresa a servicio de guardia por dolor abdominal intenso, náuseas y vómitos luego de transgresión alimentaria. En la exploración semiológica presentaba GSC 15/15, TA 140/80 mmHg, FC: 80x min. Abdomen distendido sin reacción peritoneal, doloroso a la palpación en epigastrio con RHA (+). Laboratorio: HTO 42%, GB 17000/µl, Glu 714mg/dl, Urea 20mg/dl, Creat: 0.8 mg/dl, LDH 34 Na 127 mEq/L, K 4.9 mEq/L, pH 7, HCO<sub>3</sub> 4.

Se interpreta como Cetoacidosis diabética. Evoluciona con deterioro progresivo de sensorio, mala perfusión periférica e hipotensión arterial. Se realiza IOT y AVM.

Ecografía abdominal: impresiona colecistitis, vesícula biliar SIN LITOS y líquido libre en cavidad. Se realiza laparotomía exploradora: abundante ascitis, vesícula de forma, tamaño normal, tumoración retrogástrica a nivel de cabeza de páncreas la cual se biopsia.

Ingresa a UCI. Se instauró tratamiento antibiótico con ciprofloxacina-metronidazol por sospecha de sepsis a foco abdominal. Laboratorio en UCI: triglicéridos 1354 mg/dl, amilasa 177, LDH 1111, pH 7, PCO<sub>2</sub> 36.3, PO<sub>2</sub> 123, HCO<sub>3</sub> 8.9 BE - 21,7 CI 108, Na 133, K 3.1. Se inicia tratamiento con estatinas y fibratos. Informe de biopsia citoesteatonecrosis.

Evoluciona con falla Multiorgánica (Hemodinámica, Renal y Hematológica). Requiere monitoreo con catéter de Swan Ganz (shock distributivo más depresión miocárdica), drogas vasoactivas, múltiples transfusiones con hemocomponentes y hemodiálisis durante 16 días. A los 13 días de internación se realiza relaparotomía exploradora por hemoperitoneo (sangrado en napa en sitio de biopsia previa). En el día 17 necrosectomía (material necrohemorrágico con presencia de infiltrados mono y polimorfonucleares) y yeyunostomía de alimentación. Traqueostomía quirúrgica por AVM prolongada y destete fallido. Alta hospitalaria vivo.

**Conclusiones:** 1-La hipertrigliceridemia puede ser primaria, es decir causada por factores genéticos (<5% de los casos) o más frecuentemente secundaria a factores tales como la obesidad, embarazo, drogas, alcohol, dieta rica en carbohidratos o hipotiroidismo.

2- Niveles de triglicéridos mayores a 1000-2000 mg / dl se observan en pacientes con hiperlipoproteinemia tipo I, III, IV y V (Clasificación de Friedrickson)

3- Los fibratos disminuyen los niveles de triglicéridos hasta un 50% y aumentan el colesterol HDL.

4- El tratamiento de sostén de la PA por hipertrigliceridemia es similar a la PA por otras causas.

5- Deben tomarse todas las medidas para prevenir nuevos episodios.

### 0358 ENCUESTA SOBRE CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y CLIMA LABORAL: RESULTADOS DE LA UCI DE UN HOSPITAL ESCUELA

C LOUDET, S CARINO, MC MARCHENA, L TUMINO, A GONZÁLEZ, D VÁSQUEZ, A DAS NEVES, MG SÁENZ, F LAMBERT, PA RODRIGUEZ, A PORCEL, MC BUSTAMANTE, S TAL BENZACRY, S LARRAIN, F VALDERRAMA, LIZU LU, M RAMIREZ, R REINA, E ESTENSSORO

Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata, Argentina.

**Objetivos:** -Establecer el grado de cultura de seguridad del paciente en el personal de UCI y la percepción del clima laboral

-Proveer mediciones basales que puedan ser comparables en el tiempo y con otras UCI similares.

-Identificar áreas con oportunidades de mejora

**Método:** Diseño: Corte transversal. Se realizó una encuesta sobre cultura de seguridad del paciente (SP) al personal (enfermeros, médicos) de la UCI de un hospital escuela. El instrumento fue desarrollado y validado por la Agencia norteamericana de investigación y calidad en salud (AHRQ) para evaluar la opinión de los trabajadores de la salud acerca de temas de SP, errores médicos y reporte de incidentes. Incluye 42 ítems que miden 12 dominios de cultura de SP y 2 ítems que evalúan el grado global de SP y el número de eventos reportados en el último año. Encuestadores previamente capacitados administraron la encuesta en papel durante el periodo de 1 semana. Tiempo de entrega máximo 72hs. Se encuestó a todo el personal en actividad de la UCI.

**Análisis estadístico:** Los resultados de cada dominio se reportaron como promedio porcentual de respuestas positivas (connotación positiva), con un score compuesto por 3 a 4 ítems combinados por dominio. Programa STATA 11.1

**Resultados:** Se entrevistaron 64 trabajadores. Tasa de respuesta 88%. Características: Médicos planta 26%, enfermeros 38%, residentes: 36%.

DOMINIOS EVALUADOS	Promedio % positivo	D.S
1.Trabajo en equipo dentro de la UCI	40 %	18 %
2. Expectativas sobre actitud Jefe Servicio en cultura seguridad	61 %	10 %
3. Apoyo de Dirección del hospital para seguridad del paciente	17 %	7 %
4. Promoción de enseñanza continua de seguridad de la Dirección	39 %	12 %
5. Percepción global de seguridad del paciente	26 %	10 %
6. Feedback y comunicación del error	34 %	8 %
7. Frecuencia de eventos reportados	26 %	4 %
8. Comunicación abierta	38 %	11 %
9. Trabajo en equipo entre unidades o servicios	29 %	10 %
10. Recursos Humanos	35 %	24 %
11. Pases de guardia/cambios de turno y traslados	23 %	6 %
12. Respuesta no punitiva al error por parte de Jefatura	35 %	13 %

El 68% respondió considerar el grado global de seguridad entre aceptable y pobre. El 95% refirió no haber enviado ningún reporte de incidentes en el último año.

**Conclusiones:** Los dominios con mejor desempeño fueron los relacionados a trabajo en equipo dentro de la UCI y actitud del Jefe de Servicio. El resto demostró valores bajos indicando áreas con potencial de mejora, constituyendo la encuesta el primer paso para ello.

### 0359 RECURSOS HUMANOS EN TERAPIA INTENSIVA

A DIDIER, M DEHEZA, V NUNES VELLOSO, L CALEJMAN, E CANEDO, C VELLUSO  
Hospital B Rivadavia, Argentina.

**Introducción:** La UCI es una unidad o servicio independiente que funciona como unidad cerrada bajo la responsabilidad médica de su personal, en contacto estrecho con los especialistas que derivan a los pacientes. Las características del personal médico, de enfermería y del resto del personal sanitario deben estar definidas claramente, sin embargo esto no siempre sucede así.

**Material y método:** Estudio multicéntrico prospectivo observacional y longitudinal desarrollado en 15 (quince) Unidades de Cuidados Intensivos pertenecientes a Hospitales de la ciudad de Buenos Aires, (8 Instituciones privadas y 7 Públicas) durante el periodo 1 de agosto hasta 31 de octubre del 2010.

Donde se objetivo relación medico-cama, enfermero-cama, promedio de años de graduación de medico de guardia y jefes de servicio. Promedio de trabajo dado por horas-día para los jefe de unidad. Médicos de guardia por día y camas disponibles en las unidades.

**Resultados:**La relación médico-cama más encontrada (40%) corresponde a 1 médico por cada 10, seguida por 1 por cada 8 y 1 por cada 13. De igual forma se puede encontrar que la relación enfermera-cama es de 1 a 2 en las instituciones privadas, mientras que se alcanzan razones de 1 a 6 en las instituciones públicas. El promedio de años de graduados de los médicos de guardia en las instituciones privadas fue de 14.81± 5 años, mientras que el tiempo de graduados promedio en años en las instituciones públicas fue de 9.8± 7.6. El promedio de años de graduado del jefe de las unidades de cuidados intensivos cuyos resultados fueron de 26.75± 6.4 años en las instituciones privadas y de 22.85± 7.1 en las instituciones públicas. Para los jefes de cada UCI el promedio de horas día encontrando que aquellos que pertenecen a la red pública permanecen 6.28 ± 2 horas-día, comparado con los de la red privada cuyo promedio fue de 7.07± 1.5. En 9 de las instituciones se encontró 1 solo médico intensivista de guardia 24 horas, 4 de estas eran de tipo privado y 5 públicas; y en 6 de las instituciones se encontraban 2 intensivistas en turnos de 24 horas, de ellas 4 eran de tipo privado y 2 públicas. El promedio de camas disponibles en las instituciones privadas fue de 11.25 ±4.92 camas mientras que en las instituciones públicas el promedio fue de 13.85 ±4.89 camas.

**Conclusiones:** Los hallazgos obtenidos, en cuanto a la relación medico-cama y enfermero-cama así como número de médicos de guardia es deficitaria, en comparación a las recomendaciones actuales, así como se halla profesionales con menos tiempo de graduados en el sistema publico, donde se halla el mayor numero de camas disponibles.

### 0360 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON COLISTIN ENDOVENOSO EN UCI

F LOIACONO, J MARTINEZ, J CESTARI, L AGUILAR, G ALEMANO, F RIOS  
Hospital Nacional Profesor A Posadas, Argentina.

**Introducción:** La aparición de microorganismos multirresistentes en UCI ha obligado al uso de colistin, existen pocos estudios prospectivos sobre el desarrollo de falla renal aguda asociado al uso de colistin en UCI.

**Objetivo:** evaluar el desarrollo de insuficiencia renal en uci, en pacientes tratados con colistin.

**Métodos:** estudio prospectivo observacional, en forma consecutiva se incluyó a todo paciente, que recibió colistin como tratamiento antibiótico (al menos 72 hs).

**Resultados:** ingresaron a UCI 260 pacientes, se registraron 80 pacientes, desarrollaron IRA 40 pacientes. Las características fueron edad 51±16 años; APACHE II 18±6; SCORE Charlson 1 (0-2); estaba UCI 25 (16-40) días, mortalidad 56%. Los datos comparando la población con IRA vs No-IRA en Tabla.

Variable	IRA <sup>o</sup> (n=40)	No-IRA (n=40)	P
Edad (años) <sup>κ</sup>	47±17	52±18	0,23
APACHE II <sup>κ</sup>	18±6	18±7	0,87
Creatinina 0 (mgr/dl)	1,24	0,98	0,27
Creatinina 0 >1,5 mgr/dl n (%)	12 (30%)	8 (20%)	0,09
Creatinina Máxima (mgr/dl) <sup>ξ</sup>	2,05 (1,25-3,27)	0,98 (0,06-1,57)	<0,01
Dosis acumulada Colistin (mgr)	2700 (1850-3350)	2100 (1400-2800)	0,05
Dosis Colistin (mgr/kg/día) <sup>κ</sup>	4,1±1,2	4,2±0,9	0,81
Vancomicina n	32	31	0,92
Shock	17 (42%)	9(22%)	0,06
Estadía UCI (días) <sup>ξ</sup>	32 (22-69)	22 (15-35)	0,03
Días UCI a Colistin <sup>ξ</sup>	9 (6-11)	7,5 (5-9)	0,05
Hemodiálisis	4 (10%)	0	0,07
Score Charlson	2 (0-4)	0 (0-2)	0,03
Muerte n (%)	29 (72%)	11 (27%)	<0,01

<sup>o</sup> Insuficiencia Renal Aguda; <sup>κ</sup> media/desvío estándar; <sup>ξ</sup> Mediana(1-3 Cuartil)

Creatinina 0 = creatinina al día de inicio de colistin; Creatinina Máxima=Maximo valor de creatinina post inicio de Colistin.

**Conclusiones:** En pacientes tratados con Colistin, el desarrollo de IRA fue frecuente (50%), No se relacionó con la dosis diaria pero se asoció a una estadía prolongada, necesidad de diálisis y mayor score Charlson. El grupo de pacientes que desarrollaron IRA post inicio de Colistin presentaron una mayor mortalidad.

### 0361 REPORTE PRELIMINAR: SEDOANALGESIA EN PACIENTES CRÍTICOS EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, AÑO 2010

A DIDIER, M DEHEZA, V NUNES VELLOSO, E CANEDO, L CALEJMAN, C VELLUSO  
Hospital B Rivadavia, Argentina.

Estudio observacional descriptivo para determinar las características de la sedoanalgesia (sd) en pacientes (P) internados en Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Buenos Aires.

Se incluyeron un total de 75 p en 15 UCI (8 privadas y 7 Públicas) durante el periodo de agosto de 2010 a octubre de 2010. La existencia de protocolo farmacológico para la realización de la sd, se objetivó en el 93.33%. La responsabilidad de las enfermeras en la administración y titulación de la sd fue del 6.67%. Adicionalmente, en el 13.33% de los p se utilizó la Escala de Puntillo et al, el uso de la escala de Payen en el 6.67% de los p, la Escala Visual Análoga (EVA) se reportó en el 13.33%, y se utilizó una escala de valoración del dolor distinta a los dos anteriores en el 6.67% de los p y en un 40% no se utilizó ninguna escala.

La Escala de Richmond (RASS) fue utilizada en 45 p (60%), en donde -3 se halló en 29 p (38.67%). La valoración de la sd por frecuencia cardiaca en el 93.33% de los p (70/75). El índice bispectral se refirió utilizar en el 6.67% de los p (5/75). El uso de hipnótico por bolos el midazolam (M) se utilizó en el 86.67% (65/75), mientras el Propofol fue utilizado en el 13.33% (10/75). No se refirió el uso del relajante muscular por infusión. En el 86.67%, se incluyó la interrupción diaria de la sedación, y que en el 53.85% de los mismos se realizaba el cambio de circuitos cada siete días. Asimismo, se realizó entre 1 y 8 veces diarias la evaluación del nivel de sd, en promedio 3.56 (± 1.7). En cuanto a la existencia de un protocolo adyuvante durante

la sd se respondió afirmativamente en el 68.0%, siendo los AINES los más utilizados. La prueba de ventilación espontánea se realizó en el 92% de los p.

La combinación de M más Fentanilo (F) se halló en el 86.67%, el F en el 4% y el Remifentanilo, la Morfina, el Lorazepam más Remifentanilo, el M más Remifentanilo, M más Morfina, se usó en el 1.33% de los p.

El M en el 90.67%, Lorazepam y Tiopental en el 1.33% y ningún hipnótico en el 6.67%. El narcótico en infusión continua con mayor frecuencia fue el F en el 90.67%, el Remifentanilo en el 5.33% y la Morfina en el 2.67%. En el 78.67%, estaban en rango terapéutico, mientras que la infra dosificación se presentó en el 9.33% y la sobre dosificación en el 5.33%. El narcótico en rango terapéutico fue identificado en el 40% de los p mientras el 58.67% se encontró infra dosificado.

**Conclusiones:** la sd es utilizada de varias maneras en el ámbito de los hospitales, si bien se detecta un nivel de control de los niveles de la misma, con implementación de protocolos, estos difieren en cada unidad, y no se objetiva estricta adherencia a protocolos en cuanto a drogas, titulación o suspensión de las mismas.

### 0362 MIOCARDIOTOMIA DE HELLER PARA TRATAMIENTO DE LA ACALASIA

M VILLALOBOS<sup>1</sup>, K ELLEFSEN<sup>1,2</sup>, F PLATA<sup>1,2</sup>, R MALDONADO<sup>2</sup>, O GRAGEDA<sup>2</sup>, C ZABALA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> IGBJ, Argentina. <sup>2</sup> IGBJ, Bolivia.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de acalasia en una paciente con desnutrición severa en que se utilizó la Miocardiectomía de Heller Convencional.

**Caso Clínico:** Paciente de 15 años de edad, con desnutrición crónica (peso de 35 Kg al ingreso). Se realiza endoscopia digestiva alta se observa estenosis en tercio distal del esófago con disminución severa de la luz que no permite pasar el endoscopio, se procede a iniciar nutrición enteral mediante sonda para mejorar el estado nutricional y se agrega nutrición parenteral para prepararla para cirugía. Se realiza la misma a las 3 semanas de su internación (Miocardiectomía de Heller con Parche Dor). Presentando dehiscencia de sutura a las dos semanas de la cirugía que se atribuye al mal estado nutricional, se realiza nueva intervención quirúrgica para reparar la misma. Paciente permanece internada por 8 semanas, es dada de alta en buenas condiciones clínicas con peso de 40 KG.

**Discusión:** La acalasia tiene una incidencia de 1:100.000 habitantes. La edad promedio de presentación se ubica entre la 5a y 6a década de la vida, sin predominio de sexo, el hallazgo manométrico más importante es la atonía total del cuerpo esofágico, la hipertensión se observa en el 67% de los pacientes. La etiología es desconocida, aunque en América del Sur se puede hallar relacionada a la infestación crónica por el tripanosoma Cruzii. Los estudios para su confirmación son (esofagograma, manometría esofágica, endoscopia digestiva alta). El tratamiento consiste en disminuir la presión del Esfínter Esofágico Inferior mediante la dilatación neumática de la unión esofagogástrica. Esta es considerada como terapia de primera línea con efectividad que varía entre el 50% al 90% de los casos. Hay procedimientos que asocian la dilatación neumática y uso del BOTOX como tratamiento sobre todo en pacientes ancianos.

La Miotomía de Heller realizada por vía torácica izquierda y abordaje abdominal es una técnica convencional con buenos resultados. A partir de 1991 se realiza la primera cardiomiectomía laparoscópica para tratamiento de los trastornos motores del esófago.

### 0364 APNEA OBSTRUCTIVA POR HIPOCALCEMIA.

MA MAYANS, RA FRAIRE, MF SANCHEZ, PE PETRACCA  
Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Objetivo:** La hipocalcemia es un hallazgo frecuente durante el postquirúrgico cardiovascular. Los pacientes con Cardiopatía congénita

## ■ Resúmenes

conotruncal presentan mayor riesgo de hipocalcemia severa, en particular los que presentan el Síndrome de delección 22q11. Debe tenerse un alto índice de sospecha durante el período postquirúrgico ya que los síntomas de presentación pueden ser variables. Se describe un paciente que presentó estridor y apnea obstructiva secundaria a hipocalcemia.

**Material y Método:** Descripción de un caso.

**Resultados:** Paciente de 4 meses de vida que ingresa a Terapia intensiva pediátrica en postquirúrgico de cierre de Comunicación interventricular.

No presentó complicaciones de significancia (sangrados, arritmias) en el postoperatorio inmediato.

Durante la internación presentó hipocalcemia sin repercusión clínica inicialmente. Se comenzó reposición con calcio lográndose respuesta parcial al tratamiento. Con sospecha de síndrome de delección 22q11 se evaluó la función paratiroidea; con niveles disminuidos de parathormona (6,8 pg/ml) se continuó tratamiento con calcitriol y se aumentó el aporte de calcio. A partir del séptimo día postquirúrgico comenzó con estridor sin dificultad respiratoria coincidente con disminución del dosaje del mismo. Se aumenta nuevamente el aporte de calcio, logrando valores de calcio normales, con desaparición de los síntomas. Continuó asintomático durante 48 hs, luego de las cuales presentó un evento repentino de obstrucción de la vía aérea con apnea y posterior desaturación. Se realiza boleo con bolsa y máscara mientras se prepara para intubación endotraqueal. En ese momento se obtiene resultado de laboratorio donde se constata hipocalcemia, corrigiendo la misma revierten los síntomas.

**Conclusión:** La hipocalcemia puede tener diferentes formas de expresión clínica, incluyendo compromiso y hasta parálisis de las cuerdas vocales. Los pacientes postquirúrgicos cardiovasculares son una población con riesgo aumentado en particular aquellos con patología conotruncal, en los que se debe sospechar síndrome de delección 22q11. El diagnóstico precoz es útil para evitar futuras complicaciones.

### 0365 BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS CON IMPACTO SECUNDARIO EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

S NIEVA, N SPITALE, M MONTAMAT, J JUAREZ, A MINGUEZ  
Hospital Misericordia, Argentina.

**Introducción:** Staphylococcus aureus es un patógeno que presenta un notorio incremento, en pacientes ambulatorios u hospitalizados y en huéspedes inmunocompetentes como inmunosuprimidos. Puede provocar enfermedades graves, con desenlace fatal o consecuencias invalidantes, aún a partir de infecciones inicialmente leves o aparentemente banales.

**Presentación de casos:** Paciente 1: sexo masculino, 33 años, sin antecedentes. Consulta por forúnculo en región malar derecha, edema palpebral bilateral y eritema en hemicara derecha con lesiones pustulosas, secreción ocular y rinorrea purulenta, de 72 hs de evolución. Diagnóstico: Celulitis facial. Hemocultivos 2/2 Staphylococcus aureus meticilino-sensible (SAMS) Inicia ATB penicilina, gentamicina y vancomicina. Evoluciona con depresión del sensorio, PL: Hipoglucoemia. Meningitis decapitada. Cumple tratamiento con vancomicina y rifampicina, alta hospitalaria.

Paciente 2: sexo masculino, 49 años, sin antecedentes. consulta por dolor en muslo derecho tipo puntada, que irradia a glúteo y fosa lumbar homolateral, de 10 días de evolución. Ecografía de partes blandas: imagen hipoecogénica en región inguinal derecha. Diagnóstico: absceso del psoas. Hemocultivos 2/2 SAMS. ATB: cefalotina y gentamicina. Evoluciona con excitación psicomotriz, sepsis con fallo multiorgánico. PL: cultivo: SAMS. Cumple tratamiento con vancomicina, gentamicina y clindamicina. Alta hospitalaria.

Paciente 3: sexo masculino, 65 años, sin antecedentes. Consulta 3 semanas atrás con paresia facio-braquio-crural derecha, derivado por depresión del sensorio y síndrome febril. Diagnóstico: ACV isqué-

micos vs tumor cerebral. RMN: absceso cerebral. Hemocultivos 2/2 SAMS, cultivo del absceso SAMS, ecocardiograma transesofágico: vegetación de 4mm. Cumple tratamiento cefazolina, gentamicina, metronidazol. Evolución favorable, en sala común hasta cumplir tratamiento.

**Discusión y conclusión:** La meningitis por staphylococcus aureus es una infección poco frecuente, 1 - 9 % de los casos de meningitis bacteriana (MB), que afecta generalmente a pacientes ancianos, con condiciones subyacentes severas ( DBT, hepatopatías, VIH) situación que no observamos en los casos presentados. Se presenta como complicación de una infección bacteriémica, endocarditis bacteriana (EB) o infección de tejidos blandos.

La manifestación clínica más importante ante la sospecha de MB es la alteración del estado mental. Se presenta con shock séptico entre 19 y 44% de los casos, siendo la mortalidad hasta el 77%.

El absceso cerebral es una complicación poco frecuente de la infección bacteriémica por Staphylococcus aureus. Se sabe que <5% de los pacientes con absceso cerebral tiene EB, creemos importante destacar que debe sospecharse la misma en ausencia de un origen claro de la infección.

Consideramos de suma importancia tener un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico de compromiso neurológico en la infecciones bacteriémicas por Staphylococcus aureus, así como el abordaje interdisciplinario para el tratamiento de éstos pacientes.

### 0367 TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN HSA ESPONTÁNEA

JE BARTOLOME, M ABUTTI, E AGÜERO, J ARTURI, R GONZÁLES, M MESSAD TARCHINI, J NEME, D PAVON, A SUASNABAR, S VELEZ  
Sanatorio Alberdi, Argentina.

#### Objetivos:

- Determinar tasa de incidencia de HSA con tratamiento endovascular en la población en estudio por edad y sexo.
- Estudiar la asociación entre factores de riesgo, tipo de HSA y mortalidad.
- Complicaciones más frecuentes en HSA.

**Análisis y métodos:** Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, a partir de datos registrados en historias clínicas. La población en estudio fueron 19 pacientes ingresados en 12 meses, desde marzo del 2011 a marzo del 2012, en la UTI del Sanatorio Alberdi. El examen clínico y diagnóstico fue realizado por médico terapeuta y un neurólogo y/o neurocirujano, realizándose tomografía axial computarizada de cerebro sin contraste, Angiografía por sustracción digital y exámenes complementarios (electrocardiograma, radiografía de tórax, hemograma, glucemia, ionograma, creatinemia, coagulograma y gasometría arterial). Las variables fueron: sexo, edad, factores de riesgo, APACHE II, escala de coma de Glasgow, escala de Hunt y Hess, clasificación de Fisher, complicaciones y evolución de los pacientes hasta el egreso de UTI.

**Resultados:** Del 100% (n=900) de la población ingresada en 12 meses, el 2,1% (n=19) correspondió a HSA espontánea; 63,15% (n=12) de sexo femenino y 36,84% (n=7) de sexo masculino, con una edad entre 16 a 76 años, con promedio de 47 años. Los factores de riesgo encontrados fueron HTA (36%), diabetes y migraña (10,5% respectivamente), alcoholismo (5,2%) y obesidad (5,2%). Destacando que un 25% (n=6) en nuestra población no tuvo ningún factor de riesgo. Las angiografías informaron, un resultado negativo y las restantes con localización en arteria comunicante anterior y posterior, cerebral media, anterior y posterior, coroidea anterior, carotideo cavernosa y carotideo oftálmica. De estos el 68,42% únicos y 21,05% múltiples. Los dispositivos utilizados fueron el microcoil (78,94%), stent (15,78%) y divisor de flujo (10,52%). Las complicaciones fueron el vasoespasmo con 52,63% (n=10), síndrome perdedor de sal y neumonía con 15,78% (n=3) respectivamente, edema agudo de pulmón (1 a presión po-

sitiva y 1 neurogenico), SDRA, hipertensión intracranena y resangrado comparten un 10,52% cada uno y síndrome de Terson con 5,2% (n=1). 10,52% (n=2) tuvieron Hunt y Hess IV, la mortalidad del grupo estudiado fue del 15, 80% (n=3) encontrando en común que todos tuvieron Glasgow bajo, apache II entre 13 y 23, Fisher IV, y necesidad de ARM.

**Conclusión:** De la observación de nuestra población concluimos que la incidencia fue a favor del sexo femenino, el factor de riesgo más frecuente la HTA y resaltamos que un 25% no presento factores de riesgo, que consideramos podrían estar subvalorados como las enfermedades del colágeno y las congénitas. Entre las complicaciones se destaca al vasoespasmo como la de mayor incidencia, lo que coincide con lo descrito en la bibliografía. La correlación entre la clínica del paciente al ingreso medido por la escala de Glasgow, escala clínica, clasificación tomográfica y la mortalidad analizadas en este trabajo, reafirman a estas como factores predictores de gran importancia pronóstica.

### 0368 VALOR DE LA INCORPORACIÓN DE LA PROCALCITONINA AL ESCORE DE PROBABILIDAD DE INFECCIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO DE SEPSIS

D MORETTI<sup>1</sup>, MM RAMIREZ<sup>1</sup>, CJ SETTECASE<sup>1</sup>, DH BAGILET<sup>1</sup>, MB QUAGLINO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Escuela Eva Peron. Granadero Baigorria, Argentina. <sup>2</sup> Facultad de Ciencias Económicas y Estadística, Universidad Nacional de Rosario (UNR), Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la capacidad diagnóstica de sepsis al ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), mediante la incorporación de la procalcitonina (PCT) al score de probabilidad de infección (infection probability score) (IPS).

**Material y método:** Cohorte prospectiva observacional. UTI polivalente de 11 camas de un Hospital Universitario. Se incluyeron 80 enfermos con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS). Al ingreso se determino el IPS y la PCT. Al alta el diagnóstico definitivo y la evolución. La edad media fue de 47,64 (±17,62) años y el 63,75% eran varones. La patología médica fue la más frecuente (81,25%). Sesenta pacientes tuvieron sepsis y veinte SIRS no infeccioso (SIRS-NI) con un APACHE II promedio de 13,71 (±5,65) y 12,15 (±5,87) respectivamente. De los pacientes infectados, 7 tuvieron sepsis (11,67%), 27 sepsis severa (45%) y 26 shock séptico (43,33%). Se utilizo test t y ANOVA para la comparación de promedios de variables cuantitativas. El nivel de significación empleado fue alfa = 0,05. Para identificar la importancia de incorporar el valor de PCT al IPS para el diagnóstico de sepsis, se empleó regresión logística binaria. El punto de corte para predecir sepsis con los modelos fue 0,50 de probabilidad.

**Resultados:** Los valores medios (± DE) de IPS y PCT al ingreso a la UTI, fueron mayores en los pacientes que presentaron sepsis que en aquellos que presentaron SIRS-NI 15,92 (±3,62) vs 11,25 (±4,23) y 16,3 (±27,0) vs 0,50 (±0,73) ng/ml respectivamente p = 0,001.

Los valores medios de PCT (± DE) según la severidad del proceso fueron sepsis: 2,69 (±4,07) ng/ml, sepsis grave: 10,34 (±12,03) ng/ml y shock séptico: 26,26 (±37,12) ng/ml, p = 0,034. El IPS 15,29 (±3,86), 14,89 (±3,85) y 17,15 (±3,03) respectivamente p=0.064

Con un punto de corte 14 en el IPS se evidencio una sensibilidad del 73%, una especificidad del 75%, un valor predictivo positivo de 90% y un valor predictivo negativo del 48%.

La incorporación de PCT al IPS en un modelo combinado tuvo mayor poder de discriminación que el IPS aislado (AUC 0,929 vs 0,801 p=0,000). Con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del 88,33 (IC 76,82%-94,79%), 70,00 (IC 45,67%-87,16%), 89,83 (IC 78,50%-95,80%) y 66,67% (IC 43,10%-84,52%) respectivamente. L-R positivo 2,94 (IC 1,50-5,79) y L-R negativo y 0,17 (0,08-0,35). La mortalidad fue mayor en los pacientes con sepsis en comparación con los pacientes con SIRS-NI (45% vs 15%) p = 0,012.

**Conclusión:** La determinación de la PCT y su posterior incorporación al IPS mejora la capacidad diagnóstica de sepsis de este score. La integración de dicho marcador biológico al score es una propuesta promisoría para la identificación precoz de la sepsis

### 0369 TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL E HIPERTENSION ENDOCRANEANA

ACAGUILERA, GC GROER, QM QUINTEROS, PI PREVIGLIANO, CD CERASO

Hospital Juan A. Fernandez, Argentina.

**Introducción:** La trombosis venosa cerebral es una forma poco frecuente de stroke (0.5%) con una baja tasa de mortalidad. 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 patológicos 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, 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 realiza doppler transcraneano pre intubación que muestra separación sistodiastólica: patrón de hipertensión endocraneana (HTE) Al repetir este estudio luego de IOT + manitol (300 ml en bolo) se observa mejoría de los parámetros y del trazado.

Se coloca catéter de PIC, el cual permanece por 12 días, presentando HTE severa, requerimiento de coma barbitúrico y noradrenalina para mantener la Presión de Perfusión Cerebral (PPC) adecuada. Controles tomográficos sin cambios agudos y electroencefalograma sin actividad comicial.

Sufre aborto espontáneo incompleto, con posterior requerimiento de raspado uterino evacuador.

Presenta como intercurrentias:

\* 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 diagnóstica: Síndrome antifosfolípídico.

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 al tratamiento de la condición de base, tratamiento sintomático y prevención de las complicaciones. Existe controversia en cuanto a las posibilidades terapéuticas de la hipertensión intracranial 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.

### 0370 SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN MEDICOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICOS EN LA ARGENTINA. BURNOUT IN PHYSICIAN OF PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT IN ARGENTINA.

ME GALVAN

\* Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Argentina.

**Introducción:** En la actualidad hay escasez de médicos en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Las causa de este déficit es multifactorial, si bien el "fenómeno de burnout" o agotamiento profesional se ha descripto como relevante. Objetivo: Analizar la situación del recurso humano en las unidades de cuidado intensivo pediátrico de Argentina y medir el nivel de agotamiento profesional.

**Métodos:** Estudio observacional de corte transversal, mediante la administración de encuestas por vía electrónica; se usó el cuestionario Maslach Burnout Inventory.

**Resultados:** Fueron completadas 162 encuestas (tasa de respuesta 60 %). Presentaron alto riesgo de burnout en agotamiento emocional 40 terapeutas (25%), en realización personal 9 (6%), y en despersonalización 31 (19%). En forma combinada, 66 profesionales (41%) tuvieron riesgo alto de Burnout en alguna de las dimensiones; resultaron factores protectores e independientes de este riesgo estar certificado en la especialidad (ORA 0,38 IC95% 0,19 a 0,75) y trabajar en UCIP del sector público (ORA 0,31 IC 95% 0,15 a 0,65), mientras que hacer más de 36 horas/ semana de guardia aumentó el riesgo (ORA 1,94 IC 95% 1,1 a 3,85). El 31% afirmaron que no planeaban continuar con actividad en cuidados intensivos y 86% no pensaban continuar con guardias en los siguientes años. La mayoría de los encuestados reportó que modificaciones en la práctica profesional (remuneración, cargos de planta, jubilación temprana, menor carga de guardia.), podrían prolongar la expectativa de continuar con actividades en UCIP.

**Conclusiones:** un porcentaje significativo de médicos que trabajan en las UCIP de Argentina tienen alto riesgo de burnout y baja expectativa de continuar en la especialidad.

### 0371 TOMOGRAFÍA POR IMPEDANCIA ELÉCTRICA EN PACIENTES CON SDRA: EXPERIENCIA SANATORIO ANCHORENA.

F.MOS, G.PLOTNIKOW, A.LEOZ, N.IRATORZA, P.D'ANNUNZIO, C.QUIROGA, V.LEIVA, V.RIENZI, M.HEIDENREICH, DN.VAZQUEZ, D.AGAZZI, V.APHALO, C.SANCHEZ, V.CÁRDENAS, JL.SCAPELLATO, D.INTILE, P.DESMERY

Sanatorio Anchorena, Argentina.

**Introducción:** La monitorización de tomografía por impedancia eléctrica (TIE) implica la aplicación de una pequeña corriente y la medición de las tensiones resultantes para determinar los cambios de impedancia relacionados con la ventilación, que se dan en una sección transversal torácica. Numerosos trabajos han mostrado cambios en la distribución del gas alveolar, antes y luego de las maniobras de reclutamiento en pacientes con síndrome de distres respiratorio agudo (SDRA), monitorizadas mediante TIE.

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia con el TIE en 3 pacientes con SDRA e injuria pulmonar aguda (IPA).

**Materiales y métodos:** Se realizaron mediciones de TIE, para lo cual se utilizó el PulmoVista® 500 de Dräger. Para llevar a cabo las mediciones se coloca un cinturón de 16 electrodos alrededor del tórax, a 2 cm por debajo de la línea bimarimaria y un electrodo de referencia colocado preferentemente en el abdomen. Se registraron los ROI (region of interest) divididos en 4 regiones desde 1 a la 4 de ventral hacia dorsal con el paciente en decúbito dorsal, la TV global (Tidal

Variation global), el % de VT ROI (regional tidal variation) y el  $\Delta$ EELI (Changes of end expiratory lung impedance).

Los cambios en la impedancia se registraron durante maniobras de reclutamiento y curvas decrecionales de PEEP. Los resultados se expresan en media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo 25-75.

**Resultados:** Se registraron mediciones de TIE en 3 pacientes con SDRA e IPA de diferentes causas, 2 hombres, con una edad de 56±26 años, con una PaFiO<sub>2</sub> de 174±57, un APACHE II 13 (RQ 11,5-18,5), un SAPS de 44 (RQ 35,5-50). Los resultados de las mediciones se expresan en la tabla 1.

Pte	Maniobra	$\Delta$ EELI global	ROI 1	ROI 2	ROI 3	ROI 4
1	ZEEP VS. PEEP 30	0,91	0,12	0,47	0,3	0,03
2	ZEEP VS. PEEP 20	7,58	1,1	3,47	1,76	1,3
3	ZEEP VS. PEEP 20	2,98	0,76	0,86	0,78	0,4

**Tabla 1:** Resultados globales registrados en los 3 pacientes.

Nuestra experiencia con esta técnica de monitoreo nos permitió observar diferentes cambios durante maniobras de reclutamiento y curvas decrecionales de titulación de PEEP que hicieron objetivar bedside los efectos en la ventilación alveolar regional y global. Pudimos observar áreas de pérdida de impedancia como así otras que tenían una diferencia positiva de impedancia, ya sea por sobredistensión o por colapso, como por reclutamiento de áreas para la ventilación.

**Conclusiones:** Esta novedosa técnica nos permitió objetivar de manera gráfica y numérica el colapso y reclutamiento ante la aplicación de PEEP en 3 pacientes con SDRA, objetivando reclutamiento en solo uno de ellos. Estos registros bedside podrían proporcionar en momentos de ajuste individual de la ventilación y el nivel de PEEP, un arma que nos permite visualizar o no el efecto deseado. Se necesitan más trabajos prospectivos randomizados para conocer la repercusión clínica de esta técnica de monitoreo.

### 0373 ABSCESO CEREBRAL POR NOCARDIA FARCINICA: INFECCIÓN DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

C.PÉREZ DE LA PUENTE, RR.LUMETTO, ME.MARÍN, SA.CO-LLADO, I.IBAÑEZ

Sanatorio y Clínica Lavalle - San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina.

**Introducción:** La nocardiosis es una enfermedad oportunista que suele presentarse en pacientes con deficiencia de la inmunidad celular, siendo más frecuente en pacientes con cáncer, SIDA, receptores de trasplante o en tratamiento con corticoides. El género *Nocardia* incluye numerosas especies, de las cuales solo afectan al hombre: *N.asteroides*, *N.brasiliensis*, *N.Transvalensis* y *N.farcinica*. Los pacientes inmunocomprometidos suelen presentar infección pulmonar y en un tercio de los casos enfermedad diseminada; la nocardia tiene tropismo por el SNC. El absceso cerebral por nocardia es una enfermedad rara, de mortalidad 3 veces superior a la de otros tipos de abscesos cerebrales, superando el 50% en inmunocomprometidos. La mortalidad por *N.farcinica* (39%) es superior a la mortalidad producida por otras especies de *Nocardia*. La *N.farcinica* es resistente a un gran número de antibióticos, con mala evolución a pesar de tratamiento adecuado a sensibilidad.

**Caso:** Paciente mujer de 20 años de edad consulta por cefalea intensa TPO derecha pulsátil, visión borrosa de ojo derecho, fotofobia y vómitos. Refiere cefalea de 1 semana de evolución, de menor intensidad que cede con AINES y visión borrosa en ojo derecho de 5 días de evolución.

Antecedentes Personales: LES, SAF, endocarditis de Libman Sacks; tratamiento con Azatioprina 50mg/d, Hidroxicloroquina 400mg/d, Meprednisona 20mg/d, Amlodipina 10mg/d y Acenocumarol. Internación 20 días atrás y tratamiento Ceftriaxona+Ciprofloxacina EV por infección respiratoria, con lesión paramediastinal izquierda en radiografía y TAC, hemocultivos, urocultivo y BAL (gérmenes comunes, micológico y BAAR) negativos.

Examen físico: temperatura axilar 37,8°C, AV ojo derecho 6/10, sin otras alteraciones. Laboratorio: 12.900 GB/mm<sup>3</sup>(90%NS), otros parámetros de laboratorio dentro de valores normales, hemocultivos y urocultivo negativos. TAC de cerebro standard: lesión hipodensa PO derecha 60x40mm; en RMN reforzada lesión ovalada hipointensa de borde neto hiperintenso en región PO derecha y otra de menor tamaño PO izquierda. Tratamiento antibiótico (ATB) empírico EV Ceftriaxona 4gr/d+Metronidazol 1,5gr/d y drenaje quirúrgico de lesión cerebral derecha. Cultivo de absceso cerebral: Nocardia. Inicia tratamiento EV Trimetoprima-Sulfametoxazol (15mg/kg/d de TMP)+Imipenem (500mg/6hs). Mala evolución clínica (fiebre >38°C, cefalea, afasia de expresión) y nuevas lesiones cerebrales bilaterales. Drenaje quirúrgico y rotación de ATB por tipificación de N. Farcinica: Imipenem(500 mg/6hs)+Ciprofloxacina(200mg/8hs)+Amikacina (7,5mg/kg cada 12hs). Test de sensibilidad de N. Farcinica: sensibilidad intermedia a Amikacina y sensibilidad a Imipenem y Linesolid. La paciente cumple 60 días de Imipenem EV, 30 días de Amikacina EV y es dada de alta con Trimetoprima – sulfametoxazol VO, con buena evolución, sin recaídas.

**Conclusión:** Sería importante considerar nocardiosis como diagnóstico diferencial en todo paciente inmunocomprometido con fiebre y lesiones pulmonares y/o cerebrales. Es esencial para el tratamiento ATB adecuado identificación de la especie de nocardia y test de sensibilidad.

### 0374 PRONOSTICO DE LOS STROKE ISQUEMICO EN TERAPIA INTENSIVA

RI, SANCHEZ, D VARELA, ME ARISTA, LN GRIECO, MF DIAZ, A HLAVNICKA, N WAINSZTIEN FLENI, Argentina.

**Objetivo:** Analizar las variables clínicas y el pronóstico de los pacientes que se internan en la Unidad de Terapia Intensiva

**Material y método:** Estudio retrospectivo y observacional en el que se incluyeron todos los pacientes ingresados a UTI desde 1/08/09-30/04/12 con diagnóstico de stroke isquémico. Se considero edad, sexo, APACHE II, SAPS II, estadía UTI, mortalidad, Glasgow ingreso y egreso; GOS, Catéter de PIC, días de catéter, NIHSS. Se evaluó el requerimiento, causas y días de ARM, requerimiento de traqueotomía, complicaciones infecciosas. Se tuvo en cuenta la etiología (Tromboticos, embolicos, indeterminados y otros) y el tratamiento (anti agregación, trombo líticos, angioplastia, anti coagulación y otros). Los datos se expresaron como media y desvío estándar para las variables continuas, y como porcentaje las nominales.

**Resultados:** Ingresaron 1700 pacientes; 83 (4.9 %) con stroke. Edad: 62,7 años (18.5), sexo fem: 29 (35%), APACHE II: 9,9 (5.7), SAPS II: 24,2 (12,4), estadía UTI: 7,7 (12,1), mortalidad: 2 (2,4%) Glasgow ingreso: 12,9 (3.5), Glasgow egreso: 13,6 (3,6), GOS: 4,1 (1,2) catéter de PIC: 2 (2,4%), días de catéter de PIC: 6,5 (7,8). NIHSS: 10,1 (5,5). 12 (14.5%) requirieron ARM, la causa principal de ARM fue coma estructural en 11 ptes (91.7%) y 1 obstrucción de la vía aérea (8.3%). Días de ARM: 13,7 (26,3). Traqueotomías: 5 (41.7 %). Presentaron complicaciones infecciosas: 10 (12 %). De los pacientes que requirió trombolíticos (18/83), se observo sangrado mayor en el 5.5% (1/18).

	Tromboticos	embolicos	Indeterminados	Otros:
N = 83	32 (38.5 %)	22 (26.5%)	26 (31.4 %)	3 (3.6%)
Edad:	62.1 (17.6)	66.4 (18.6)	62.0 (18.1)	47.3 (24.5)
Sexo femenino:	11 (34.4%)	7 (31.8%)	8 (30.8%)	3 (100%)
APACHE II	8.5 (4.5)	9.6 (5.5)	11.5 (7.0)	11.3 (8.5)
SAPS II	22.4 (11.7)	23.1 (11.6)	26.4 (14.1)	31.5 (4.9)
Estadía en UTI:	5.1 (3.2)	7.0 (7.8)	11.6 (19.8)	4.7 (3.2)
Mortalidad:	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (3.9 %)	1 (33.3 %)
Glasgow ingreso:	14.6 (1.0)	12.6 (3.4)	11.2 (4.5)	11.7 (3.2)
Glasgow egreso:	14.8 (0.4)	14.6 (0.7)	11.7 (4.9)	10.3 (6.1)
Catéter de PIC:	0	0	1 (3.9 %)	1 (33.4 %)
Días de PIC:			12	1
Escala de GOS:	4.5 (0.6)	4.1 (0.8)	3.9 (1.6)	3 (1.7)
NIHSS:	8.7 (4.6)	12.7 (7.3)	5.4 (2.6)	10.3 (12.7)

	Anti agregación	Trombo líticos	Angioplastia	Anti coagulación	Otros:
N = 83	49 (59%)	18 (21.7%)	7 (8.4)	6 (7.3)	3 (3.6)
Edad:	64.1 (16.3)	69.1 (17.2)	44.5 (25.2)	57.7 (20.1)	47.3 (24.5)
Sexo femenino:	15 (30.6%)	10 (55.5%)	0 (0%)	1 (16.6%)	3 (100%)
APACHE II	10.8 (6.4)	9.1 (4.2)	8.3 (4.6)	6.0 (3.2)	11.3 (4.5)
SAPS II	25.6 (14.2)	24.8 (7.2)	18.7 (12.9)	13.2 (6.1)	31.5 (4.9)
Estadía en UTI:	9.8 (15.2)	4.3 (2.6)	5.7 (3.1)	4.2 (1.7)	4.7 (3.2)
Mortalidad:	1 (2%)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0%)	1 (33.3%)
Glasgow ingreso:	12.7 (3.5)	14 (1.3)	14.2 (1.2)	14.2 (1.2)	12.7 (3.2)
Glasgow egreso:	13.4 (3.6)	14.7 (0.5)	14.7 (0.5)	14.7 (0.5)	10.3 (6.4)
Catéter de PIC:	1 (2.0%)				1 (33.3)
Días de PIC:	12				1
Escala de GOS:	4.1 (1.2)	4.4 (0.9)	4.5 (0.5)	4.5 (0.5)	3.3 (2.1)
NIHSS:	8.6 (5.5)	9.8 (5.7)	8.3 (5.5)	5.7 (4.6)	10.3 (12.7)

**Conclusiones:** los pacientes con stroke isquémicos son pacientes de mediana edad, de sexo masculino que presentan buen pronóstico expresados por GOS y la baja mortalidad. La etiología trombotica y embolica fue la más frecuente, las cuales presentaron una evolución favorable. Los pacientes de etiologías indeterminadas y por otras causas se observó una mayor mortalidad. La antiagregación fue la terapéutica más utilizada y los que requirieron fibrinolíticos tuvieron internaciones más cortas con una baja incidencia de sangrados mayores.

### 0375 RELEVAMIENTO DE PACIENTES INTERNADOS EN TERAPIA INTENSIVA DEL HOSPITAL PABLO SORIA EN EL PERIODO ENERO 2011 – MAYO 2012 DE LA PROVINCIA DE JUJUY

RE CASTELLANO

Hospital Pablo Soria, Argentina.

El Htal. Pablo Soria es un hospital regional de complejidad 3 donde ingresan pacientes de diversas localidades de la provincia de Jujuy, como así también de Salta o el sur de Bolivia. Este nosocomio cuenta con una Terapia Intensiva polivalente de 12 camas.

Para el presente informe cuantitativo se toma como periodo de estudio 17 meses y 670 pacientes a partir de enero del 2011 a mayo del 2012 ingresaron a servicio, donde se discriminaron según la cantidad de pacientes por Patologías, edad, sexo, tipos de alta del servicio (a otro nosocomio, pase a sala o defunción), porcentaje ocupacional de camas, días promedio de internación en UTI.

Mostrando como la patología prevalente a los traumatismos encefalo craneanos, ocasionados por incidentes de tránsito en las edades que van de menos de 20 a los 40 años como la causa más frecuente de ingreso .

En el trabajo se muestran gráficos comparativos de ingreso y defunción de la patología prevalente (TEC) de los periodos enero – mayo 2011 -2012 y otros gráficos que logran explicar el presente informe.

### 0376 ECMO RESPIRATORIO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO, DESCRIPCION DE LOS PRIMEROS TRES CASOS

RA FRAIRE, MF SANCHEZ, R KELLER, C ASTOUL BONORINO, SF TORRES

Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Objetivo:** La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es una técnica que proporciona oxígeno a los tejidos en los pacientes con insuficiencia respiratoria y/o cardiaca. El ECMO proporciona soporte vital a pacientes con patología respiratoria y/o cardiaca potencialmente reversible, en los que previamente han fallado las técnicas de soporte convencional.

Es importante remarcar que el ECMO no es un tratamiento en sí mismo, sino meramente un sistema de soporte vital que se ofrece al paciente mientras se optimizan las terapias que conducen a la mejoría de la función cardiopulmonar.

**Material y Metodos:** Descripción de los 3 primeros casos de ECMO respiratorio en el Hospital Universitario Austral.

**Resultado:** Caso 1: Hemorragia pulmonar en paciente con antecedente de HTA severa secundaria a estenosis de arterias de mediano calibre – Panarteritis Nodosa (PAN). 1 año y 11 meses de vida.

Caso 2: Hemorragia pulmonar en paciente postquirúrgico de comunicación interventricular (CIV) en paciente con Tetralogía de Fallot. 2 años y 1 mes de vida.

Caso 3: Neumonía y SDRa en paciente con infección por Influenza A H1N1 + VSR + SAMR. 1 año y 3 meses de vida.

Caso 1 Caso 2 Caso 3

Sexo Masculino Femenino Masculino

Edad al Ingreso 23 meses 25 meses 15 meses

Estado actual Vivo Vivo Fallecido

Edad Actual 3 años 5 años -

Peso al ingreso a ECMO 10 kg 7,700 12 kg

PIM II 10 4,5 5,3

Diagnóstico Hemorragia Pulmonar, HTA, PAN Hemorragia Pulmonar, POP Tetralogía de Fallot Neumonía con hipoxemia por SAMR + H1N1 + VSR

Indicación Respiratoria Respiratoria Respiratoria

Modalidad de ECMO (VA/VV) VA VV VV

Días de ECMO 10 días 4 días 2 días

IO al ingreso 30 31 35

Pa/FiO2 al ingreso 32 40 38

VAFO /días < 1(6hs) 0 <1(12hs)

Complicaciones IRA - NTA -----

Hemofiltración/días 19 días -----

Plasmaferesis/días 7 días -----

Días hospitalización 120 días 36 ddd 13 ddd

Condición al alta Sin necesidad de oxígeno Sin necesidad de oxígeno Fallecido

Desarrollo Neurológico Acorde a la edad Acorde a la edad -----

**Conclusiones:** La ECMO es una técnica de soporte vital agresivo y de alto costo, por lo que su uso debe quedar restringido a los pacientes con una enfermedad potencialmente reversible en los que se haya optimizado previamente el soporte ventilatorio y/o hemodinámico sin éxito.

Existen criterios fundamentales de selección para ingreso a ECMO:

1- Reversibilidad de la patología respiratoria y/o cardíaca.

2- Falla de la terapia máxima convencional.

3- Peso > o = 2 kg.

4- Edad Gestacional > o = a 34 semanas.

5- Índice de oxigenación (IO) > o = 40.

6- Ventilación mecánica < 14 días.

7- Ausencia de lesión cerebral grave o Falla Multiorgánica.

Estos tres pacientes presentados todos reunían como criterio la reversibilidad de la patología de base y falla de la terapéutica máxima convencional.

### 0377 MORBILIDAD HOSPITALARIA EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CON ÓRGANOS CON CRITERIOS EXPANDIDOS (OCE)

FA SOSA, JO OSATNIK, V MOSQUEDA, D COMIGNANI, C HIGA, NJ PRINI, M ANDERS  
Hospital Aleman, Argentina.

**Objetivos:** Analizar la evolución clínica en terapia intensiva de receptores de trasplante hepático con órganos con criterios expandidos de donación.

**Material y Método:** Se analizó en forma retrospectiva los datos de la evolución clínica de pacientes trasplantados hepáticos consecutivos

entre el Mayo de 2006 y Octubre de 2011. Se definieron criterios de donación expandidos cuando presentaban dos o más de los siguientes: Paro cardiaco mayor a 15 minutos, Hipotensión sostenida < 60 mmHg por > 1 hs, Edad > 55 años, Infección VHB, Vasopresores (Dopa>10 ug/kg/m, NA > 0.20 ug/k/m, Estadía UTI > 5 días con ARM, Infección nosocomial con HC positivos o Neumonía, TGO > 170 UI/l, Isquemia fría > 12 hs, BMI > 30 kg/m2, Esteatosis hepática por biopsia, Na > 155 mEq/l.

Las proporciones se expresaron como porcentajes y las variables continuas como media y DS. Se compararon variables continuas según su distribución paramétrica o no paramétrica con test de Student o de Mann Whitney respectivamente y con Test de Chi cuadrado para comparar variables nominales. Se considero como significativo en la comparación y la regresión, a un error alfa menor del 5%. Se utilizo el software SPSS versión 19 (Chicago, IL, US).

**Resultados:** Se analizaron 133 pacientes consecutivos de manera retrospectiva. La edad media fue de 50 ± 16 años, 37% fueron mujeres. El MELD y Apache II promedio fue de 19.9 ± 9 y 12.29 ± 4.9 respectivamente. Los pacientes que recibieron órganos con criterios de marginalidad fueron el 51% (n:69). 11% de los pacientes presentaron componente esteatosis mayor del 30% en la biopsia del órgano.

Se analizó la evolución clínica inicial de la población general a través de las siguientes variables:

Descripción Órgano con criterios expandidos (OCE)n=69 y Órgano sin criterios expandidos N=64

1. Injuria-fallo renal (Criterio RIFLE) 54,2% vs 45,8% NS

2. Encefalopatía 13% (9) vs 4,7% (3) NS

3. Días de ARM 2,46 ± 5 días vs 2,5 ± 5 días NS

4. Días de UTI 6,2 ± 11 vs. 6,4 ± 8 NS

5. Transfusión G Rojos (Unidades) 2,8 ± 2,9 vs 2,9 ± 3 NS

6. Transfusión PFC 8,5 ± 4 vs 8,2 ± 4 NS

7. Pico Transaminasas 957 ± 850 vs 1003 ± 950 NS

8. Apache II 12 ± 5 vs 11,9 ± 4,5 NS

9. Esteatosis 151 ± 10 vs 150 ± 10 NS

Evolución clínica en función de la presencia de esteatosis en la biopsia del injerto > de 30%:

Esteatosis > 30% n= 14 y Esteatosis < 30% n= 108

1. RIFLE 50% (7) vs 35% (38) NS

2 Pico de transaminasas 1668 ± 1400 vs 837 ± 733 p 0,002

3 Encefalopatía 14,3% (2) vs 7,4% (8) NS

**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 estadía en UTI ni hospitalaria. La morbimortalidad no se vio alterada por la utilización de este tipo de órganos. Solo se observo un aumento en el pico de transaminasas significativo en los órganos con > 30% de esteatosis.

### 0379 REPORTE INSTITUCIONAL DEL HEMATOMA INTRAPANEQUIMATOSO ESPONTANEO

F RODRÍGUEZ LUCI, V PUJOL LEREIS, MF DIAZ, G POVEDANO, A HLAVNICKA, N WAINSZTEIN, SF AMERISO  
Instituto de Investigaciones Neurológicas Dr. Raúl Carrea, FLENI., Argentina.

**Objetivo:** La hemorragia intracerebral se caracteriza por una elevada mortalidad y discapacidad. El propósito de este estudio fue evaluar la etiología, la mortalidad intrahospitalaria y el pronóstico inmediato de la hemorragia intracerebral en un centro especializado en patología cerebrovascular.

**Métodos:** Se revisaron datos clínicos de pacientes internados por accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico del Banco de Datos de ACV de FLENI y los registros institucionales de mortalidad entre los años 1997 y 2010. El ACV hemorrágico se clasificó en hematomas intrapanquimatosos, angiopatía amiloide, hemorragias subaracnoideas (HSA) aneurismáticas y no-aneurismáticas, malformaciones arteriovenosas (MAV), cavernomas, vasculitis y otros hematomas

intraparenquimatosos.

**Resultados:** Se analizaron 256 pacientes (43% hombres; 51±17 años) con ACV hemorrágico: 24% hematomas hipertensivos, 4% angiopatía amiloide, 28,5% HSA aneurismática, 8,2% HSA no-aneurismática, 19% MAV, 6% cavernoma, 0,4% vasculitis y otros hematomas intraparenquimatosos 10%. La mortalidad intrahospitalaria fue del 10,5%. La anticoagulación produjo el 7% de los hematomas intraparenquimatosos, y un 3% de los hematomas fatal. El 60% de los pacientes tuvo completa recuperación funcional al egreso sanatorial según la escala de discapacidad Rankin modificada. La hipertensión arterial, la dislipemia y la hiperglucemia al ingreso fueron factores asociados a mal pronóstico. La neumonía fue la principal complicación intrahospitalaria.

**Conclusión:** La mortalidad intrahospitalaria de la hemorragia intracerebral en nuestra institución se encuentra por debajo de los valores publicados en los grandes ensayos clínicos y series de pacientes, relacionándose con una buena evolución funcional al egreso hospitalario. El trabajo interdisciplinario en un centro especializado puede explicar en parte estos resultados.

### 0381 SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO LIGADO AL X EN PACIENTES CON ACTIVACION MACROFAGICA.

M MARCO DEL PONT, RA FRAIRE, MF SANCHEZ  
Hospital Universitario, Argentina.

**Objetivo:** Describir la evolución clínica de un caso con síndrome linfoproliferativo ligado al X.

**Material y métodos:** Presentación de un caso clínico.

**Resultados:** Paciente de sexo masculino, de 9 años edad, con diagnóstico desde los 2 años de vida de Síndrome linfoproliferativo relacionado al X en tratamiento con inmunoglobulina humana mensual y en periodo de remisión por Linfoma de Burkitt, en plan de trasplante de médula ósea alógeno no relacionado. Ingresó por temblor y cianosis distal. Ante la sospecha de sepsis se inicia tratamiento antibiótico.

Se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis para valorar progresión de enfermedad de base, que muestra áreas de consolidación parenquimatosa con broncograma aéreo, compatible con bronconeumonía. Evoluciona con síndrome de distress respiratorio agudo (PAFI < 200, Rx con infiltrado bilateral e hipoxemia aguda). Ingresó a UTIP, y se coloca Ventilación no invasiva. Con mala respuesta a la misma y signos de claudicación respiratoria, se intuba electivamente observándose en ARM presiones elevadas e hipoxemia refractaria (menor a 90%) a Fio2 0.6%. Se realiza como maniobra de reclutamiento titulación de peep presentado posteriormente PAFI mayores a 300% y saturación del 95% con Fio2 de 0.55%. Se recibe a las 72 hs resultado de anatomía patológica de muestra de BAL porcentaje de macrófagos elevados. Ante sospecha de Síndrome Hemofagocítico secundario a inmunodeficiencia se realiza punción de médula ósea (PAMO) y punción lumbar (LCR), mostrando ambos estudios presencia de macrófagos y hemofagocitos en PAMO y LCR. Se diagnosticó síndrome hemofagocítico secundario a evolución de enfermedad linfoproliferativa. Se solicitó laboratorio marcador con búsqueda de colesterol, triglicéridos y fibrinógeno que fueron normales y ferritina que fue elevada. Bajo seguimiento por servicio de Onco hematología se inicia protocolo de quimioterapia con dexametasona a 5 mg/día, etoposido y tacrolimus EV. Evolución favorablemente. Sin fiebre luego de 6 días de ARM y sin inotrópicos se extuba sin complicaciones. Con mejor evolución clínica se decide su pase a pediatría para luego otorgarse alta hospitalaria para continuar quimioterapia en forma ambulatoria.

**Conclusiones:** El síndrome linfoproliferativo ligado al X, es un desorden poco frecuente, causado por alteración del gen SH-2D1A. Se caracteriza por una disregulación severa del sistema inmune, frecuentemente (71%) desencadenado por una infección del Virus Epstein Barr (EBV), que lleva al desarrollo de una mononucleosis infecciosa severa de alta mortalidad. Otras for-

mas de presentación menos frecuente incluyen disgammaglobulinemia (15%) y a enfermedades linfoproliferativas extranodales (14%), la más frecuente de ellas el linfoma de células B (linfoma de Burkitt).

Hemofagocitosis se produce con frecuencia en la histiocitosis y ocasionalmente en los trastornos linfoproliferativos.

En la presentación de nuestro caso clínico fue de relevante importancia el conocimiento de las posibles complicaciones de esta enfermedad para de esta forma interpretar cuadro clínico del paciente.

### 0382 PLAN DE EMERGENCIA HOSPITALARIO: ROL Y FUNCIONES DE TERAPIA PEDIATRICA EN INCIDENTES MEDICOS MAYORES POR TRAUMA

R GÓMEZ TRAVERSO, H VACCARO, G DEBAISI

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Argentina.

**Introducción:** La acción hospitalaria frente a un Incidente con Víctimas Múltiples, 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 objetivo tratar de preservar la vida en el mayor número de víctimas. Presentamos el Rol y Funciones del Equipo de Cuidados Críticos en la respuesta hospitalaria a pacientes pediátricos traumatizados en incidentes con víctimas múltiples.

**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 por trauma. La vulnerabilidad que en particular presentan los pacientes pediátricos, víctimas de un desastre, hace que el Plan deba desarrollar los mejores niveles de calidad y competitividad, en una combinación compleja de procesos, e interacciones humanas. Metodología: Presentamos el Plan de Contingencias Externas, en sus secciones: Estados de Alerta y Nivel de Respuesta. Activación del Plan. Organización Funcional y Equipamiento. Triage. Equipo de Atención de Terapia Pediátrica. Exponiendo la modalidad programada, los medios y recursos utilizables. Considerando las particularidades que en general debe tener un hospital pediátrico y la respuesta del equipo de Cuidados Críticos en particular.

**Resultado:** La elaboración del Plan de Emergencia Hospitalario es realizado por el Comité de Emergencia, teniendo que instruir los medios y recursos necesarios, para hacer operativa la respuesta hospitalaria frente a un IVM. El Alerta Rojo señala que el Hospital este en condiciones de recibir víctimas numerosas. Determinando el orden, prioridad y destino de los heridos. Se presentan las secciones del Plan, Rol y Funciones del Equipo de Cuidados Críticos, estrategias de acción y protocolos especiales. 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.

### 0383 UTILIDAD DEL BALON DE SENGSTAKEN BLAKEMORE EN PACIENTES CON SANGRADO POR VARICES ESÓFAGICAS GRADO III CON SANGRADO INCOERCIBLE

M VILLALOBOS<sup>1</sup>, K ELLEFSEN<sup>2</sup>, F PLATA<sup>2</sup>, R MALDONADO<sup>2</sup>, C ZABALA<sup>2</sup>, J KOLLER<sup>2</sup>, V LOZADA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> IGBJ, Argentina. <sup>2</sup> IGBJ, Bolivia.

**Objetivo:** Presentar un caso clínico de Varices Esofágicas grado III secundaria a Cirrosis Hepática por Virus B. Que presenta un san-

grado incoercible de varices de tercio medio y superior de esófago que no pudo contenerse con, bandas, esclerosis ni argón plasma.

**Caso Clínico:** Paciente de 36 años de edad, que presenta primer episodio de Hemorragia Digestiva Alta secundaria a varices esofágicas grado III. Con antecedente de hepatitis Virus B, diagnosticado hace 5 años sin tratamiento médico antes del ingreso al servicio. La hemorragia no cede con Bandas, Esclerosis ni Argón Plasma no se puede realizar una derivación porto-sistémica por inestabilidad hemodinámica, por lo que decide colocar el balón de SENGSTAKEN BLAKEMORE por 72 horas. El sangrado es de 2.500 cc, paciente requirió Intubación Orotraqueal con Asistencia Respiratoria Mecánica, Vasopresores, Reanimación con Fluidos. A 48 horas se comienza a desinflar el balón esofágico para continuar con el balón gástrico sin presentar nuevo sangrado, se realiza nueva endoscopia en donde no se observan estigmas de sangrado, se indica tratamiento con betabloqueantes. Se extuba a los 5 días sin problemas. Paciente es dado de alta de cuidados intensivos en buenas condiciones.

**Discusión:** Las causas más frecuentes de hemorragia de tubo digestivo alto, una de las importantes es la secundaria a varices esofágicas. Representa la complicación más grave de la hipertensión portal y constituye una de las causas de muerte más comunes en los pacientes cirróticos. Las varices esofágicas son frecuentes en la cirrosis hepática; los estudios endoscópicos revelan su presencia en el 60% de los casos. La mortalidad es especialmente superior al 60% en los pacientes con insuficiencia hepática cuya valoración clínica suele efectuarse por la clasificación de CHILD-PUGH.

El taponamiento esofágico para el tratamiento de las vrices sangrantes fue introducido por Westphal en 1930. En 1950 Sengstaken y Blakemore describieron el uso de un tubo esofagogástrico de tres vías, desde entonces diferentes tipos de sondas esofágicas o gástricas se han puesto a disposición del médico, pero la más utilizada es la de Sengstaken-Blakemore.

Obteniendo un control de la hemorragia en un 90% de los casos. En la actualidad su uso ha disminuido con el incremento del uso de somatostatina el balón constituye una terapéutica de segunda línea, para personas en quienes la terapéutica farmacológica vasoactiva o la escleroterapia no controlan el sangrado.

### 0384 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD ANTES Y DESPUÉS DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON VENTILACIÓN MECÁNICA

AC LOPEZ<sup>1</sup>, M ACQUAFREDDA<sup>2</sup>, FJ SIERRA<sup>2</sup>, AM QUISPE LAIME<sup>1,2</sup>, G DAMIANI<sup>2</sup>, A MENDIBURU<sup>2</sup>, C TORRI<sup>2</sup>, N DI SANZO<sup>1</sup>, P MIRANDA<sup>1</sup>, A AMOYAO<sup>1</sup>, L PICHINAO<sup>1</sup>, N MARTELLI<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Argentina. <sup>2</sup> Hospital de la Asociación Médica "Dr. Felipe Glasman", Argentina.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida previa de los pacientes ingresados a UCI que requirieron ventilación mecánica y compararlo a los 6 meses del alta de UCI mediante cuestionario de salud EQ-5D.

**Diseño:** Estudio prospectivo observacional

**Ámbito:** UCI del Hospital de la Asociación Médica "Dr. Felipe Glasman" y Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", Bahía Blanca, Argentina.

**Pacientes:** Pacientes ingresados a UCIs polivalente.

**Resultados:** Se estudiaron 176 pacientes, 86 (48.9%) con ventilación mecánica. La edad media fue de 55±19 años. El apache II medio fue 17±7,0; el TISS medio fue 28,5±5,9. La mediana de días de internación en UCI y días de hospital fueron 11 y 20 respectivamente. La percepción de calidad de vida evaluado por EQ-5D a los 6 meses del alta de UCI, muestra que en las dimensiones movilidad, dolor y ansiedad, no se modifican con el paso por UTI. En cuidados personales existen diferencias entre antes y después del paso por UCI, hay un 18% que empeora y un 5.8% que mejora. En actividades diarias también existen diferencias, hay un 30% que empeora y un 7.4% que mejora. La Ventilación Mecánica afectó negativamente

a todas las dimensiones consideradas, excepto a lo que se refiere al Dolor. La más afectada resultó Actividades diarias, con un 40% de pacientes que empeoraron su situación después de recibir Ventilación Mecánica en UCI. Mortalidad general 25,6%(45/176) y mortalidad VM 43% (37/86).

**Conclusión:** Nuestros resultados sugieren que la calidad de vida de los pacientes que requieren ventilación mecánica evaluados al momento de ingreso a UCI y comparado a los 6 meses del alta de UCI presentan mayor deterioro en todas las dimensiones consideradas y mayor mortalidad.

### 0385 CONOCIMIENTO SOBRE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE TERAPIA INTENSIVA Y EMERGENCIA DE UNA INSTITUCIÓN PRIVADA Y OTRA PÚBLICA-ENTRE RÍOS 2010

N FRANCO, G BRUNELLI

Universidad Adventista del Plata, Argentina.

**Objetivo:** Determinar el conocimiento sobre RCP que tienen los enfermeros de Terapia Intensiva (UTI) y Sala de Emergencia (SE) de un Hospital Público y otro Privado, si existen protocolos y si el personal los conoce

**Material y método:**

Los datos se obtuvieron a través de una encuesta estructurada dirigida al total de los enfermeros de UTI y SE de las instituciones seleccionadas, y aplicada a los que accedían participar. Los mismos se analizaron en conjunto ya que el propósito del estudio no era comparar los resultados entre las instituciones ni los servicios entre sí, sino conocer en forma general el conocimiento de los enfermeros

**Resultados:** Características: El 82,9 % de los encuestados eran enfermeros profesionales; la edad promedio fue de 34,4 y 11,64 los años de experiencia en la profesión y un promedio de 6,8 años en el servicio.

Protocolos del hospital: El 68,3% no sabe si existe un protocolo de RCP en la institución, y el 90,2% refiere que si hay no está disponible en los servicios ni al personal y además no se cumplen

En cuanto a la capacitación:

Solo el 65,8% asistió alguna vez a algún curso de RCP y el 31,7% fue dado en el mismo hospital

Características del curso: porcentajes menores al 29% de los cursos tomados fueron teórico-prácticos, incluyendo manejo avanzado de la vía aérea y uso del carro de paro y solo el (17,1%) incluyó desfibrilación.

Motivos por los no realizan cursos: el 39% por el costo alto, el 26,8% por la poca frecuencia de los mismos y el (90,2%) opina que deberían darse en el hospital cada 8 meses y ser obligatorios

Conocimientos sobre RCP: el porcentaje de las respuestas correctas fue inferior al 78%:

Los aspectos con mayor conocimiento fueron: La primera droga en administrarse en el RCP, la frecuencia de compresiones y pausa para evaluar el pulso: 73%; un poco menor, fue sobre el manejo avanzado de la vía aérea que enfermería puede realizar: 70,7%. Sobre el cambio en los reanimadores y la relación compresión/ventilación aproximadamente la mitad de los encuestados tenían conocimientos correctos

Los aspectos menos conocidos fueron: Duración de las respiraciones (48,8%), Interrupción de las compresiones (39%). Sobre la técnica para administrar medicamentos IV y el manejo de la vía aérea obstruida el 31,7% supo la respuesta correcta, muy pobre fue el conocimiento sobre la evaluación de la víctima y activación del sistema de emergencia (24,4%). Qué hacer si la obstrucción de la vía aérea no se resuelve (14,6%). Lo que ninguno respondió correctamente fue sobre la secuencia de la desfibrilación y el tiempo óptimo para realizar la desfibrilación hospitalaria

**Conclusiones:** Existe un alto nivel de desconocimiento en RCP del personal encuestado. Es importante que se actualicen las normas de la RCP, y conocidas por todo el personal e implementadas en los servicios, especialmente los de alto riesgo. Debe haber mayor

conciencia en los enfermeros en mantenerse actualizados sobre el tema. Sería de ayuda que se establezca como requisito para trabajar en áreas críticas la realización de cursos de RCP básico y avanzado con renovación anual

### 0386 VALIDACIÓN DE ACIDO LÁCTICO CAPILAR EN UN DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

LS SEOANE

Hospital Universitario Austral, Argentina.

**Introducción:** Muchos test de laboratorios y marcadores enzimáticos se han utilizado con el propósito de estratificar el riesgo de pacientes en los servicios de emergencias. Uno de los más utilizados para valoración de pacientes con alta sospecha de mala evolución clínica ha sido el ácido láctico (AL). Nuestro objetivo de estudio fue valorar la sensibilidad y especificidad del AL capilar y venoso respecto al AL arterial en una población de pacientes con signos de hipoperfusión tisular y evaluar los tiempos de obtención de cada método.

**Materiales y Métodos:** estudio tipo analítico observacional transversal donde se evaluó la performance del AL venoso y capilar respecto al AL arterial (considerado gold standard), los tiempos de obtención de cada uno de los métodos desde el ingreso del paciente y la mortalidad según el AL inicial. Se analizó según curvas ROC. Se expuso el área de bajo de la curva y se estableció en punto corte con la mejor sensibilidad y especificidad. Se utilizó un p valor menor a 0.05 como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Ingresaron 79 pacientes, edad promedio de 54 años. El AL venoso presentó un área bajo la curva 86% (IC 95% 78-94). El mejor punto de corte encontrado fue de 2.6 con una sensibilidad 86% (IC 95% 71-94), especificidad 72% (IC 95% 56-85), VPP 79 (IC 95% 65-89) y VPN 81 (IC 95% 62-92). El Área bajo la curva para el AL capilar fue de 81% (IC 95% 71-90). El mejor punto de corte fue en 2.35 con una sensibilidad del 75% (IC 95% 59-82) y una especificidad de 75% (IC 95% 57-82); VPP 80 (IC 95% 64-90) y VPN 69 (IC 95% 51-83).

El tiempo promedio desde el ingreso del paciente hasta la obtención del AL arterial, venoso y capilar fue de 113, 119 y 78 minutos respectivamente. Los pacientes que fallecieron dentro de los 3, 30 y 60 días presentaron un AL arterial promedio de 5,9, 1,9 y 2,2 respectivamente.

**Conclusión:** La utilización del AL capilar y venoso son buenos métodos para evaluar pacientes con diferentes grados de hipoperfusión tisular y estratificar el riesgo de los mismos. El tiempo de obtención del AL capilar resultó ampliamente más rápido respecto al AL arterial y venoso. Aquellos que fallecieron dentro de los 3 primeros días presentaron un promedio de AL arterial muy por arriba del valor respecto a los que fallecieron a los 30 y 60 días

### 0387 VENTILACIÓN PULMONAR INDEPENDIENTE EN ENFERMEDAD PULMONAR BILATERAL DE DIFÍCIL MANEJO.

G PLOTNIKOW, A LEOZ, MN IRASTORZA, P D'ANNUNZIO, C QUIROGA, V LEIVA, V RIENZI, M HEIDENREICH, L BARCENA, DN VASQUEZ, D AGAZZI, V APHALO, C SANCHEZ, F MOS, V CÁRDENAS, JL SCAPELLATO, D INTILE, P DESMERY  
Sanatorio Anchorena, Argentina.

**Introducción:** La ventilación pulmonar independiente (VPI) es una técnica poco habitual, utilizada para pacientes con fistula bronco-pleural (FBP) o con lesión sangrante de la vía aérea, cuyo objetivo es ventilar cada pulmón con diferentes parámetros con el fin de optimizar la ventilación, la oxigenación, y el shunt intrapulmonar. Para esto se utiliza un tubo endotraqueal doble lumen (TDL) y dos ventiladores mecánicos (VM) sincronizados.

**Objetivo:** Describir el caso clínico de una paciente con enfermedad pulmonar bilateral asimétrica.

**Caso clínico:** Paciente de sexo femenino de 27 años de edad, con antecedentes de epilepsia y reiteradas internaciones por neumonía. A los 4 días de haber sido sometida a una resección del segmento superior del lóbulo inferior derecho (LID) por absceso pulmonar (AP) por Pseudomona Auriginosa evoluciona con shock séptico secundario a neumonía necrotizante por lo que requiere asistencia ventilatoria mecánica (AVM). En la tomografía axial computada (TAC) de tórax se observa AP con nivel hidroaéreo en el LID, se efectúa una decorticación pleural, drenaje con colocación de tres tubos de avenamiento pleural y evoluciona con FBP y SDRA.

Una nueva TAC evidencia consolidación masiva del pulmón izquierdo, con persistencia del AP con nivel hidroaéreo y de la FBP en el pulmón derecho. Ante el deterioro del estado general, con una Pa/FiO<sub>2</sub> de 51 y la constante aerorragia por su FBP, se decide realizar VPI colocando un TEDL tipo Robertshaw izquierdo N°39. La ventilación con ZEEP del pulmón derecho permitió controlar la fuga por la FBP, pero la severidad de la injuria y el colapso del pulmón izquierdo no permitió usar niveles superiores a 6 cmH<sub>2</sub>O de PEEP ni un volumen tidal (Vt) superior a 120 ml. La hipoxemia refractaria nos obligó a utilizar maniobras coadyuvantes como el decúbito prono (DP) y el óxido nítrico (ON). Luego de 11 días de DP y 9 de ON se decidió colocar a la paciente en decúbito supino y discontinuar el ON.

A los 22 días de AVM con una Pa/FiO<sub>2</sub> de 100 se decide realizar el cambio de TEDL por uno convencional y utilizar un solo VM, y a los 28 días se le realiza una traqueostomía. A los 2 días comienza con el proceso de weaning, y 15 días después logra ser desvinculada tras 56 días de internación en UTI.

En la última TAC, realizada a los 359 días de su ingreso, se evidencian dilataciones bronquiales y bronquiolares que comprometen primordialmente el lóbulo superior e inferior izquierdo, imagen cavitada a nivel de segmento posterior del lóbulo superior derecho y pérdida de volumen del pulmón izquierdo. En la actualidad la paciente se encuentra sin requerimiento de O<sub>2</sub> y ha retomado sus actividades habituales.

**Conclusiones:** Esta técnica poco habitual podría ayudar a sobrellevar una alteración ventilatoria severa en pacientes seleccionados. No es posible determinar si alguna de las 3 medidas implementadas tuvo mayor impacto terapéutico sobre las otras, o si las tres se complementaron. Pareciera ser que la VPI permitiendo controlar la fuga y usar un Vt más efectivo, optimizó la función del pulmón derecho.

### 0388 DEPURACIÓN PLASMÁTICA DE LACTATO COMO MARCADOR PRONÓSTICO EVOLUTIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SHOCK SÉPTICO

P BOTTA<sup>1</sup>, FM JEREZ<sup>1</sup>, SL MARCOS<sup>1</sup>, L RAMASCO<sup>1</sup>, MC CHAVEZ<sup>1</sup>, MS OLIVIERI<sup>1</sup>, GL FAGALDE<sup>1</sup>, M D'URSO<sup>2</sup>, PD JUAREZ<sup>1</sup>, VR RUIZ<sup>1</sup>, FC CASTRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina. <sup>2</sup> Cátedra de Bioestadística. Universidad Nacional de Tucumán, Argentina.

**Introducción:** Estudios realizados en pacientes adultos demostraron una relación inversa entre depuración de lactato y mortalidad en pacientes con sepsis severa y shock séptico. El concepto de aclaramiento de lactato como marcador de respuesta al tratamiento, implica que una disminución igual o mayor al 10% dentro de la hora de inicio de la reanimación, determina un pronóstico favorable. Las publicaciones referentes al comportamiento del lactato en pacientes críticos pediátricos son escasas.

**Objetivo:** Determinar si la medición de la depuración de lactato puede ser utilizada como marcador pronóstico de mortalidad en pacientes pediátricos con shock séptico.

**Material y método:** Estudio de tipo prospectivo, analítico y observacional que incluyó pacientes de 0 a 16 años que ingresaron entre setiembre de 2010 y mayo de 2011, con diagnóstico de shock séptico

## ■ Resúmenes

a terapia intensiva. Se realizó la determinación de lactato venoso al ingreso y a las 6 horas, y se calculó su depuración en el tiempo. Los datos fueron estadísticamente procesados con el programa Arcus Quickstat Biomedical con un nivel de significancia del 5%.

**Resultados:** De los 19 pacientes incluidos el 68% fueron de sexo masculino. La media de edad fue 34,79 meses (DS +10,39). En cuanto a la gravedad, 7 pacientes presentaron shock resistente a volumen (37%) y 5 shock refractario (26%). La media de riesgo de mortalidad por score de PIM 2 fue 21,76 % (ES + 5,25). Requirieron ARM 15 pacientes. Un 84% presentó falla multiorgánica. La media de días en terapia fue 9,02 (ES + 1,97). Fallecieron 7 pacientes, siendo la supervivencia global a los 28 días de 63% (n=12). No encontraron diferencias significativas en el análisis del grado de depuración de lactato a las 6 horas con mortalidad (test exacto p=0,68). Al realizar la comparación en sobrevivientes y no sobrevivientes se encontró asociación significativa con niveles de lactato (p=0,0143), PIM2 (p=0,0191), días en terapia (p=0,0014), dosis de vasopresores (p=0,0012), valor de PH (p=0,0196), déficit de bases (p=0,0041), bicarbonato (p=0,0017), y nivel de hemoglobina (p=0,0139).

**Conclusión:** En nuestro estudio no se pudo demostrar que la depuración de lactato a las 6 horas sea un indicador pronóstico de mortalidad en pacientes pediátricos con shock séptico. Sin embargo niveles iniciales elevados de lactato en presencia de sepsis deben alertar acerca de la evolución desfavorable y la severidad de la enfermedad.

### 0389 ONCE AÑOS DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA (2001-2012)

CG GRIEVE<sup>1</sup>, DU BLANZACO<sup>1</sup>, AM BEJARANO<sup>2</sup>, H JIMENEZ<sup>1</sup>, L ALMIRON<sup>1</sup>, M MASIANO<sup>1</sup>, L KECHER<sup>1</sup>, L GUTIERREZ<sup>1</sup>, M MARTINEZ<sup>1</sup>, N DUARTE<sup>1</sup>, F GUTIERREZ<sup>1</sup>, R CARLINI<sup>2</sup>, M ARIGOS<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Hospital San Martín de Parana, Argentina. <sup>2</sup> sanatorio la entrerriana s.a., Argentina.

La traqueostomía percutánea es un procedimiento seguro, rápido realizado a la cabecera del enfermo. Casuística de un Servicio de UCI que la ha adoptado como un estándar terapéutico durante 10 años, 2001-2011 con buenos resultados.

**Introducción:** La traqueostomía es un procedimiento estándar en pacientes en ventilación mecánica prolongada y en aquellos que por su enfermedad de base requieran proteger la vía aérea. La TPC descrita por Ciaglia y col en 1985, es una alternativa rápida, segura y costo-efectiva, que se realiza a la cabecera del enfermo. Esto ha sido demostrado en numerosos trabajos, sin embargo su uso entre los intensivistas no se ha popularizado. Nosotros hemos realizado nuestra experiencia con la técnica de dilatación con Forceps de Griggs (1990) con algunas modificaciones que la hacen más práctica y segura.

**Objetivo/s:** Presentar la casuística de un servicio de terapia intensiva que ha introducido a la TPC como un estándar de tratamiento, siendo un método eficaz y seguro. Revisión sistemática.

**Resultados:** Se han realizado desde diciembre de 2001 hasta 30 de abril de 2012, 832 procedimientos de TPC. La indicaciones más frecuentes fueron Asistencia Mecánica Ventilatoria Prolongada, ACV, Trauma Grave y manejo inadecuado de secreciones. Las complicaciones inmediatas: hemorragia mayor (3 – 0.4%), menor (10 – 1.32%), conversión quirúrgica (1 – 0.13%), biotrauma (2 – 0.26%), infección de sitio quirúrgico (6 – 0.79%) y falsa vía (2 – 0.26%). Complicaciones tardías: persistencia de ostoma traqueal (4 – 0.52%). Morbilidad 3.7%. Mortalidad 0%. Colocación del TPC con éxito 99.73%.

Tiempo de realización Realizamos TPC precoz en trauma grave y sangrado supratentorial con Glasgow <8/15 los días entre los días 3 a 7 (5) y tardía VMP con falla respiratoria entre los días 7-14 (10). Contraindicaciones absolutas. Infección o quemaduras del sitio quirúrgico. Pa/Fi < 150. PEEP > 15 cc de agua. Plaquetas < 50000/mm, TP < 50 KPTT > 50

Modificaciones a la Técnica: 1) No realizamos endoscopia sino colocación del tubo supraglótico por laringoscopia directa o control ecográfico con el manguito insuflado con agua. 2) Colocamos una sonda de aspiración permanente supraglótica en todo el procedimiento. 3) Realizamos tres lavados con solución fisiológica al terminar el procedimiento hasta que la aspiración traqueal sea sin sangrado. 4) Primer recambio de traqueostoma en UCI con guía aspirativa.

**Conclusiones:** concluimos que la TPC es un procedimiento rápido y seguro. Puede ser realizado por intensivistas entrenados en la UCI, con un mínimo de 50 procedimientos para ser expertos del equipo de UCI, agilizando el alta de UCI.

### 0391 INCIDENCIA DE SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA

MC CHAVEZ, L RAMASCO, P BOTTA, MS OLIVIERI, GE CORREA, PD JUAREZ, SF ABALOS, MF JEREZ, PF GALLARDO, M D'URSO, L MARCOS  
 Hospital del Niño Jesús de Tucumán, Argentina.

El síndrome de abstinencia a opiáceos y benzodiazepinas es un fenómeno común en terapia intensiva. Es necesario identificar a los pacientes en riesgo de presentar abstinencia y desarrollar herramientas para el diagnóstico y cuantificación del síndrome. La abstinencia se produce ante la interrupción brusca de la sedoanalgesia en un paciente tolerante. La escala WAT-1 (Withdrawal Assessment Tool-1) es un método simple que demostró eficacia en la evaluación de síntomas de abstinencia en niños.

#### Objetivos:

-Conocer la incidencia de abstinencia en los pacientes internados en UCIP. - Describir datos epidemiológicos de la población estudiada. -Correlacionar abstinencia con la gravedad del cuadro clínico, los días de utilización de sedoanalgesia y con la dosis acumulativa de fármacos.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo en pacientes de 1 mes a 14 años internados en la UCIP del Hospital de Niño Jesús Tucumán desde diciembre de 2010 a julio 2011, los cuales se encontraban en ARM y requirieron sedoanalgesia durante un período mayor a 5 días. Se excluyeron pacientes con patología neurológica. La escala WAT-1 fue utilizada para la evaluación de la abstinencia, dicha herramienta registra 11 síntomas. Se consideró abstinencia la presencia de un puntaje mayor o igual a 3. Las observaciones fueron realizadas cada 12 hs desde el primer descenso de sedoanalgesia hasta 72 hs de retirada la misma. El análisis estadístico se realizó con test Mann-Whitney con un nivel de significación del 5%.

**Resultados:** Se estudiaron 39 pacientes cuya media de edad fue de 22,5 meses y media de score de PIM 2 de -2,89. La causa de ingreso en 22 pacientes fue patología respiratoria y en 8 casos sepsis. El 72% (n=28) presentó abstinencia. La media de pico dosis de morfina fue 0,47 mg/kg y de midazolam 0,65 mg/kg. La media de dosis acumulativa de morfina fue 66,9 mg/kg y de midazolam 149,25 mg/kg. El 86% de los niños con abstinencia utilizaron bloqueantes neuromusculares. El promedio de días de estadía fue de 16,2 días y la media de ARM, 280,3 hs. Se observaron asociaciones significativas entre síndrome de abstinencia con PIM 2 (p=0,0206), dosis acumulada de midazolam (p=0,0063), días totales de sedación (p=0,001), días de ARM (p=0,003) y días de estadía en UCIP (p=0,0032).

**Conclusión:** El síndrome de abstinencia es un efecto colateral frecuente por la sedación prolongada. Las asociaciones encontradas, como gravedad al ingreso a UCIP, dosis acumulativas de benzodiazepinas, y días totales de sedación fueron similares a las observadas en otros estudios. Este trabajo nos permitió conocer la real incidencia del síndrome de abstinencia en nuestro servicio y la necesidad de implementar protocolos de sedoanalgesia para evitar esta problemática que prolonga indebidamente la estadía y los costos hospitalarios.

**0392 SEDAR O NO SEDAR**

MP LUQUE, JC LLAMAS, JA PANADERO, MJ FERNANDEZ, MA RUIZ-CABELLO  
Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco. Córdoba, España.

**Objetivo:** Comprobar si en nuestra muestra existen mas complicaciones durante la sedación en paciente que previamente se ha realizado una técnica invasiva sin sedación, y son derivados a realizarla con sedación por complicaciones durante la técnica (dolor, respiratoria y/o hemodinámica), frente a los pacientes que se someten por primera vez a la técnica con sedación, tras valorar el técnico la probabilidad de complicaciones durante el proceso (dolor, respiratoria y/o hemodinámica).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo, tamaño muestral 182, criterios de inclusión: mayores de 18 años, previo consentimiento informado para realización técnica con sedación y utilización de datos para estudios científicos. Variable: sexo, edad, tipo de técnica, técnica previa sin sedación, complicaciones. Estudio estadístico: estadística descriptiva frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas y media con desviación estándar para variables cuantitativas, Relación complicaciones con pacientes con técnica previa sin sedación y paciente que por primera vez se realizan la técnica con sedación, Chi cuadrado de Pearson,  $p < 0.05$

**Resultados:** M 511%, H 48.9%, edad media:  $62.64 \pm 16.48$  años, % paciente con técnica previa sin sedación 84.1%, % complicaciones totales 34.1%, % complicaciones en pacientes con técnica previa sin sedación 32.1%, % complicaciones en pacientes sin técnica previa sin sedación 41.4%. Chi cuadrado de pearson para relacionar pacientes con técnica previa sin sedación y pacientes sin técnica previa sin sedación con la aparición de complicaciones,  $821. P = 0.365$  para  $p < 0.05$ .

**Conclusiones:** De los 29 pacientes que se hicieron la prueba con sedación sin haberse realizado técnica previa sin sedación, 12 presentaron complicaciones (41.4%), frente a los 50 (32.7%) de los 153 pacientes que se realizaron la técnica con sedación tras haberse realizado previamente antes técnica sin sedación, no se puede afirmar que haya diferencias significativas entre ambos grupos  $P = 0.36$  para  $p < 0.05$ . Por lo que concluimos, que en nuestra muestra, al no presentarse mas % de complicaciones entre pacientes que se realizan la técnica por primera vez bajo sedación, frente a los que se habían realizado la técnica previamente sin sedación y se derivaron para realizarla con sedación al no poder concluir por las complicaciones, la sedación durante técnicas invasivas como primera opción es segura, y dado lo doloroso de estas técnicas se debía plantear como estándar de calidad.

**0393 CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA E HIPOTERMIA EN ADULTO CON ENCEFALITIS HEPÁTICA E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL REFRACTARIA**

P SZEKELY, CA NOSTI, M GIMÉNEZ, F MARTÍNEZ, MJ LARREA, A HLAVNICKA, R ERUSALIMSKY  
Clínica de los Virreyes, Argentina.

**Introducción:** La Hipertensión Endocraneal es la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en pacientes con Encefalitis Hepática (EH). Existen escasos reportes de Craniectomía descompresiva (CD) e hipotermia en aquellos casos refractarios al tratamiento médico.

**Objetivo:** presentar un caso de EH con hipertensión endocraneal refractaria, a quien se le indicó CD e hipotermia con resultados favorables.

**Método:** mujer de 28 años que consultó por cefalea, fiebre y rigidez de nuca. Glasgow 15/15, vigil, sin foco motor. LCR: hiperproteinoarraquia, PCR para HSV negativa. TC: sin patología. RMN: señales inespecíficas puntiformes subcorticales frontoparietales a predominio izquierdo. Inició aciclovir iv al ingreso. El día 11 de internación presentó coma, Glasgow 5/15; TC: edema cerebral difuso; iniciación monitoreo de presión endocraneal. Evolucionó con refractariedad al

tratamiento médico que incluyó barbitúrcos en altas dosis. Se realizó CD e hipotermia ( $33,5^{\circ}\text{C}$  central). Presentó evolución favorable a los 6 meses (GOS:5). La biopsia cerebral fue positiva para HSV tipo I. **Conclusión:** Si bien el papel de la CD asociado a hipotermia no está totalmente estudiado podría tenerse en cuenta como opción terapéutica para pacientes con hipertensión endocraneal refractaria.

**0395 FACTORES DE PREDICCIÓN TEMPRANOS EN EL TRAUMATISMO DE CRÁNEO GRAVE EN UNA COHORTE DE 121 PACIENTES**

G SUTTON, J POLISZUK, LF VALLEJOS, DH CERASO, I PREVI-GLIANO  
Hospital Juan A Fernandez, Argentina.

**Objetivo:** Evaluar si existen diferencias entre la incidencia de hipotensión (HiTA), hipoxia (HiPO), ambas (Am), acidosis (Ac), anisocoria (An) y clasificación tomográfica del Traumatic Coma Data Bank (M) entre pacientes con traumatismo de cráneo (TEC) de acuerdo a la Escala de Glasgow de Recuperación (GOS) al alta de UTI.

**Material y método:** Diseño de estudio: análisis de base de datos prospectiva, confiable

Datos: Sexo, edad, HiTA (TAM < 90), HiPO (PO2 < 60), Am, Ac (pH < 7,30), An, M (lesión difusa 1 a4, LOE operada, LOE no operada), GOS (1 muerto, 2-3 malos resultados, 4-5 buenos resultados). Análisis estadístico: Chi cuadrado, se considera significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Durante el período 01/01/05 al 31/12/10 ingresaron 121 pacientes con TEC grave. 99 masculinos, 41+18 años.

Se efectuó un primer análisis comparando vivos y muertos, encontrando sólo diferencias en la incidencia de LOE operada ( $p = 0.003$  OR 5.71). Se repitió entre malos y buenos resultados encontrando la misma diferencia ( $p = 0.007$  OR 3.57).

Se analizó y comparó la incidencia con la publicación de Chesnut del TCDB (J of Trauma 1993, 34(2):216-22) encontrando diferencias en mortalidad y buenos resultados frente a la presencia de HiTA, Am y ninguna.

**Conclusiones:** La mortalidad de nuestra serie es comparable a los mejores resultados publicados.

Los resultados de nuestra muestra no concuerdan con los publicados respecto a la presencia de hipotensión, hipoxia, ambas o ninguna y el aumento de la mortalidad.

Tampoco encontramos diferencias ante la presencia de acidosis y anisocoria.

La única diferencia fue en una mayor incidencia de lesiones quirúrgicas que aumentan la posibilidad de muerte en 5.71 veces y la de muerte o discapacidad severa en 3.57 veces.

**0396 FACTORES PRONÓSTICOS DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA ENTRE PACIENTES OBSTÉTRICAS CRÍTICAS: COHORTE PROSPECTIVA**

DN VASQUEZ<sup>1,2,3</sup>, AV DAS NEVES<sup>1,3</sup>, VM APHALO<sup>2</sup>, CI LOUDET<sup>1</sup>, M CASANOVA<sup>2</sup>, HS CANALES<sup>1</sup>, F CICORA<sup>3</sup>, DA INTILE<sup>2</sup>, C BALASINI<sup>1</sup>, J SAVERO<sup>2</sup>, R REINA<sup>1</sup>, JL SCAPELLATO<sup>2</sup>, PM DESMERY<sup>2</sup>, E ESTENSSORO<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.

**Introducción:** En Argentina la población de bajos y altos recursos concurre al sector Público (P1) y Privado (P2) de salud, respectivamente. Las pacientes obstétricas críticas (POC) de ambos sectores podrían ser diferentes. Nuestro objetivo fue comparar, una población de POC de P1 con otra de P2 en cuanto a su grado de severidad, características demográficas y evolución, tanto materna como neonatal.

**Material y Método:** Diseño: Cohorte prospectiva de pacientes embarazadas/puérperas que requirieron internación en una Unidad

de Terapia Intensiva (UTI) de P1 vs. P2 desde 01/01/2008 hasta 30/9/2011. **Análisis estadístico:** los datos se presentan como media  $\pm$  DE, mediana [RI] o número (%). Las variables se compararon mediante test T, Wilcoxon, chi2 o test de Fisher, según correspondiera. Las comparaciones múltiples entre variables categóricas se realizaron con test de chi2 múltiple y corrección de Bonferroni. Una  $p \leq 0.05$  fue considerada significativa. Se realizó un modelo de regresión logística múltiple considerándose como variable dependiente al desarrollo Disfunción Orgánica Múltiple (DOM). Se utilizó el programa SPSS 15.

**Resultados:** Se incluyeron 151 POC (63: P1; 88: P2); 51 (81%) en P1 y 83 (94%) en P2 no tenían comorbilidades. El APACHEII fue de  $11 \pm 6.5$  en P1 vs.  $8 \pm 4$  en P2 ( $p0.000$ ) y el SOFA de  $3[2-7]$  en P1 vs.  $1[0-2]$  en P2 ( $p0.000$ ). Tres POC fallecieron, todas en P1. La estancia hospitalaria fue de  $11[6-21]$  días en P1 vs.  $6[4-8]$  en P2 ( $p0.000$ ). El control prenatal fue de 84% en P1 vs. 100% en P2 ( $p0.000$ ). Las causas de ingreso fueron Obstétricas vs. No-Obstétricas en 42 pacientes (67%) de P1 vs. 73(83%) de P2 ( $p0.021$ ). Las causas Obstétricas principales fueron: Enfermedad Hipertensiva 21(33%) en P1 vs. 42(48%) en P2 ( $p0.07$ ); Aborto 5(8%) en P1 vs. 1(1%) en P2 ( $p0.08$ ); Hemorragia Obstétrica 7(11%) en P1 vs. 24(27%) en P2 ( $p0.016$ ) y Cesárea programada por acretismo 6(9.5%) en P1 vs. 1(1%) en P2 ( $p0.02$ ). Las causas No-Obstétricas principales fueron: Sepsis no obstétrica 12(19%) en P1 vs. 6(7%) en P2 ( $p0.022$ ); Trastornos neurológicos 2(3%) en P1 vs. 2(2%) en P2 y POP cesárea por enfermedad subyacente en 3(5%) de P1 vs. 1(1) de P2 (pNS).

El requerimiento de ventilación mecánica (VM) fue de 27(43%) en P1 vs. 12(14%) en P2 ( $p0.000$ ), la incidencia de disfunción multiorgánica (DOM) de 32(54%) en P1 vs. 9(10%) en P2 ( $p0.000$ ) y de distrés respiratorio de 18/59(30.5%) en P1 vs. 2/88(2%) en P2 ( $p0.000$ ). Las variables relacionadas independientemente con DOM fueron: APACHE II (OR 1.30[1.13-1.49]); Shock (OR 4.82[1.54-15.06]); Procedencia de otro hospital (OR 11.43[1.86-70.20]) y pertenencia al sector Público (OR 6.75[2.17-20.09]). La sobrevida neonatal-fetal fue de 80% en P1 vs. 96% en P2 ( $p0.003$ ).

**Conclusiones:** Las POC del Sector Público se encontraban mas severamente enfermas a su ingreso y tuvieron mayor morbilidad severa que las del Privado. La mortalidad fetal-neonatal fue mayor en el sector Público. Las variables relacionadas independientemente con DOM en este grupo de pacientes fueron: APACHEII, shock, procedencia desde otro centro y pertenencia al sector Público.

### 0397 ANÁLISIS COMPARATIVO DEL REQUERIMIENTO DE PSICOFÁRMACOS EN PACIENTES ADICTOS Y NO ADICTOS SOMETIDOS A ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA EN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

M ESTRIN<sup>1</sup>, G CARQUEIJEDA<sup>1</sup>, R BOLAÑOS<sup>2</sup>, G ROJAS<sup>2</sup>, D CHIACCHIARA<sup>1</sup>, R ARIENTI<sup>1</sup>, D FIRPO<sup>1</sup>, V HAYETIAN<sup>1</sup>, J VAZQUEZ<sup>1</sup>, E PESAT<sup>1</sup>, E CASALDERREY<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Donacion Fco Santojanni, Departamento de Urgencias, Unidad de Terapia Intensiva, pilar 950 CABA, Argentina. <sup>2</sup> Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), Avda de Mayo 869 CABA, Argentina.

**Objetivo:** Los objetivos del presente estudio se detallan a continuación:

\* Conocer la frecuencia de pacientes con antecedente de adicción internados en la Unidad de Terapia Intensiva.

\* Describir el requerimiento de dosis en promedio y número de psicofármacos en una muestra de pacientes adictos, para lograr una correcta adaptación a la ARM, comparándola con la de los no adictos.

\* Evaluar si existen diferencias en las dosis promedio de psicofármacos recibidos y el número de los mismos para lograr una correcta adaptación a la ARM entre estas dos muestras.

**Material y método:** Estudio observacional, prospectivo, analítico de pacientes de ambos sexos y diferentes edades, ingresados a nuestro

servicio entre el 1 de Septiembre y el 31 de Diciembre de 2011, con un score Apache II promedio de 14 DS 2,61.

Se anotó el requerimiento de dosis, tipo y número de psicofármacos recibidos por el paciente durante las primeras 24 horas de su internación en la Unidad, indicados para lograr una escala de RASS adecuada.

Se consideró adicción al antecedente de adicciones tales como alcoholismo y farmacodependencia en todos sus tipos.

Se utilizó estadística descriptiva para variables cualitativas y cuantitativas. Para el análisis inferencial se utilizó el Test T de Student para muestras independientes, empleando el paquete informático SPSS 14.0.

**Resultados:** Se incorporaron 105 pacientes, siendo sus características las siguientes:

**Tabla 1**

Dosis promedio de psicofármacos utilizados, en las dos poblaciones expresado en mg:

Psicofármaco	Adictos	No Adictos
Midazolam	289,50 $\pm$ 136	186,95 $\pm$ 68,53
Clonazepam	2,14	1,25
Propofol	200	81,43

**Tabla 2**

Test t de Student entre las variables dosis promedio utilizada de cada psicofármaco en las dos poblaciones de pacientes:

Psicofármaco	t de Student	P
Midazolam	3,91	0,000 S
Clonazepam	3,16	0,004 S
Propofol	6,617	0,001 S

**Tabla 3**

Test T de Student entre las variables número de psicofármacos en promedio recibidos en las dos poblaciones de pacientes:

No adictos	Adictos	T de Student	P
1,00 $\pm$ 1,16	1,93 $\pm$ 1,60	3,283	0,001 S

**Conclusión:** Del presente estudio se desprenden las siguientes conclusiones:

-Hubo un 27,6%. (N:29), de adictos.

las dosis de Midazolam, Clonazepam, y Propofol empleadas fueron mayores en los pacientes adictos. - Existió una diferencia estadísticamente significativa en el número de psicofármacos empleados comparando la población de pacientes adictos respecto a los no adictos.

### 0398 PRESENTACIÓN DE UN CASO: ACCIDENTE CEREBROVASCULAR GRAVE Y CRANECTOMIA DESCOMPRESIVA.

E SIMES, S MERCADO, G MONGUES, E NUÑEZ, J MOLGARA, M CARRIZO

INCOR - Instituto del Corazon, Argentina.

**Introducción:** La hemorragia intracerebral es la presencia de sangre dentro del tejido encefálico, que puede extenderse al sistema ventricular o al espacio subaracnoideo.

**Caso clínico:** Varón de 56 años de edad con antecedentes de HTA, no controlado, es admitido al servicio con Glasgow de 3, bajo sedación farmacológica, con intubación endotraqueal, se realiza TAC de cerebro: imagen hiperdensa de 60 ml localizada en zona frontotemporoparietal izquierda, corticosuical con extensión ventricular, (hemisferio dominante), score HIC 4 puntos, presenta convulsiones tónico clónicas generalizadas, y anisocoria, iniciándose tratamiento con fenitoina EV (carga e infusión) y manitol 1 g/ kg, AVM, sedoanalgesia, se realiza drenaje quirúrgico del hematoma colocándose catéter de PIC y SYO<sub>2</sub>, el paciente permanece hemodinámicamente inestable, requiere drogas inotrópicas (NA). Los valores de PIC fueron en ascenso con picos de 50 mmhg, en las primeras 24 hs postquirúrgicos, realizándose craniectomía descompresiva, con disminución de PIC, a las 96 horas se estabiliza hemodinámicamente, suspendiéndose drogas inotrópicas, luego registra episodios febriles e infiltrado radiológico, cuadro compatible con NAV, inicia antibiótico EV con piperacilina - amikacina - clinda-

micina. Se suspende sedoanalgesia con Glasgow 9, realizándose traqueotomía, con destete dificultoso luego de 20 días se libera de VM. Con buena evolución clínica afebril, Glasgow 11 a los 30 días pasa a sala común donde permanece estable, con hemiplejía Faciobraquiocrural derecha secuelar, alimentación por SNG y traqueotomía, es derivado a centro de rehabilitación neurológica. **Objetivos:** poder reconocer una HIC primaria y secundaria, sus factores de riesgo y fisiopatología para poder tratar el daño secundario. Conocer y aplicar las prioridades del manejo del paciente neurocrítico.

**Conclusiones:** se presenta este caso dado a alta mortalidad del paciente al momento del ingreso y a los 30 días de acuerdo al score pronostico HIC y la respuesta terapéutica al tratamiento, la importancia del monitoreo neurointensivo y de la craneotomía descompresiva en este caso mejoró su resultado final en su mortalidad y secuelas.

### 0399 ACV ISQUÉMICO CON FORAMEN OVAL PERMEABLE Y ANEURISMA DEL SEPTUM INTERAURICULAR. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Y MANCHO, J ARROYO, V CAGLIERI, J MARTÍN, C GALLETI  
Sanatorio Allende. Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El foramen oval permeable (FOP) tiene una prevalencia en la población general del 20-30% y se ha vinculado como causa de Accidente Cerebro Vascular isquémico (ACVi). La asociación con Aneurisma Septal Atrial (ASA) conferiría mayor riesgo.

**Objetivos:** Evaluar la asociación de FOP con ASA en ACVi en nuestra institución, en pacientes catalogados inicialmente como ACV criptogénico (CG).

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, según la base de datos de 14 pacientes, desde el 01/09/2007 al 31/01/2012 con presencia de FOP en el eco-cardiograma transesofágico (ETE) definido como: shunt en reposo, con Valsalva, o con contraste con solución salina agitada en el Doppler color, y ASA asociado: excursión del septum interatrial >10 mm de la línea media. Las variables analizadas incluyeron: edad, sexo, presencia de ASA, factores de riesgo cardiovascular (FRCV): dislipemia, hipertensión arterial, tabaquismo. Se consideró ACV CG cuando ETE, Coagulación y estudios de Vasos del cuello no evidenciaron etiología.

**Resultados:** Hubo 14 pacientes con FOP, 10 (71.4 %) presentó ASA, cuyas edades estaban comprendidas entre 16 y 67 años, con una media de 42.78 años y una desviación estándar de 14.91 años, de los cuales 8 (80 %) eran menores de 55 años y el sexo femenino mayoritario. El 50% de los FOP con ASA presentó FRCV, un 35.7% del total. (Tabla 1)

Tabla 1. Datos de pacientes.

Variables	Sexo			Edad (promedio)	FRCV
	n°	F	M	años	
ACV CG-FOP	4	0	4	34.7	2 (14.28%)
ACV CG-FOP-ASA	10	8	2	46.8	5 (35.7%)
Total	14				

ACVi: Accidente cerebrovascular isquémico, CG: criptogénico, FOP: Foramen oval permeable, ASA: aneurisma septal atrial, F: Femenino, M: Masculino, FRCV: Factores de riesgo cardiovascular.

**Conclusiones:** Los ACVi en pacientes con FOP y ASA fueron más frecuentes que en los con FOP solo, así también la mayoría de los pacientes de ambos grupos fueron menores de 55 años. Estos datos son similares a los publicados en la literatura. La prevalencia de FOP con ASA entre pacientes jóvenes con ACVi CG, es mayor que la población en general. La mejor conducta en prevención secundaria no está aun definida. Si bien su reconocimiento podría ayudar a evaluar las opciones, en nuestro trabajo los pacientes con FOP y ASA tenían mayor FRCV, lo que relativizaría al FOP y ASA como factor etiopatogénico independiente.

### 0400 COMPACTACION ABDOMINAL ASPIRATIVA EN PERITONITIS SECUNDARIA GENERALIZADA Y PERSISTENTE A PESAR DE 2 O MAS REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

J BERRETA<sup>1</sup>, D KOCIK<sup>1</sup>, D FERRO<sup>2</sup>, A BALDUCCI<sup>1</sup>, R AMAYA<sup>1</sup>, P FERNÁNDEZ MARTY<sup>2</sup>, M ORTIZ<sup>3</sup>, A CORONEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Dr Carlos B Udaondo. Terapia Intensiva, Argentina.

<sup>2</sup> Hospital Dr Carlos B Udaondo. Cirugía., Argentina. <sup>3</sup> Hospital Dr Carlos B Udaondo. Emergencias., Argentina.

La elevada mortalidad de los pacientes (P) con peritonitis secundaria generalizada (PSG) que requiere múltiples reoperaciones, es motivo de gran aflicción en los grupos dedicados a su atención.

**Objetivo:** Evaluar la progresión de la disfunción de múltiples órganos (DMO), número de reoperaciones, tiempo de internación en UTI, mortalidad, y cierre primario de la pared abdominal en P con esta entidad tratados con compactación abdominal aspirativa (CAA) luego de la segunda reintervención y entre reoperaciones, respecto a los tratados con técnicas de abdomen abierto o cerrado entre reintervenciones.

**Materiales y métodos:** Todos los pacientes tratados con esta entidad entre 1-2006 y 2-2012 fueron evaluados en 2 cohortes: 1) Cohorte CAA (CAA): aquellos tratados con CAA luego de la segunda reoperación o ulteriormente y entre reoperaciones, y 2) Cohorte no CAA (CnoCAA): aquellos tratados con abdomen abierto y contenido, o cerrado entre reoperaciones. Se enfrentaron en ambas cohortes variables de ingreso a fin de evaluar si ambas eran comparables. Las variables evolutivas comparadas en ambas cohortes fueron: progresión de la DMO, reoperaciones necesarias, tiempo de internación en UTI, cierre parietal primario, y mortalidad a 45 días del alta hospitalaria. Estadísticos: t de Student, Chi cuadrado y test exacto de Fisher.

**Resultados:** 52 P fueron tratados por PSG refractarias a 2 o más reoperaciones, 31 hombres y 21 mujeres con edad 51.3±15.3 años, y APACHE II al ingreso (AII) 16.1±5.1. 20 P integraron la CAA y 32 P la CnoCAA. Ambas cohortes fueron similares en cuanto a edad, sexo, AII, cáncer actual, antecedentes patológicos y estado nutricional al momento de ingreso; y al número de órganos disfuncionantes con SOFA≥2 al momento de la segunda reoperación o de colocación del dispositivo de CAA. La evolución de la CAA fue mejor en cuanto a menor número de órganos disfuncionantes al momento de la máxima DMO (1.6±1.1 vs 3.4±1.4 p=0.0069) y por tanto menor progresión de la DMO, menor número de reoperaciones requeridas (3.6±1.1 vs 5.7±4.3 p=0.0392), y menor mortalidad a 45 días del alta hospitalaria (20% vs 50% p=0.0305). El cierre fascial y cutáneo primario de la pared fue posible en 6 P de la CnoCAA (18.8%) y en 2 de la CAA (9.1%) pNS. Estos 2 P fueron los más recientemente tratados con CAA efectuando una modificación en su técnica. No hubo diferencias de significación entre ambas cohortes en tiempo de estadía en UTI.

**Conclusiones:** En pacientes con peritonitis secundaria generalizada y persistente a pesar de 2 o más reoperaciones, el tratamiento con CAA entre reintervenciones se sigue de menor progresión de la DMO, menor necesidad de reoperaciones y menor mortalidad respecto a los tratados quirúrgicamente dejando abdomen abierto y contenido o cerrado entre reoperaciones. El cierre primario de la pared abdominal es posible modificando la técnica de compactación.

### 0401 MEDICIÓN ECOGRÁFICA DEL SISTEMA VENTRICULAR CEREBRAL PRE Y POST PUNCIÓN LUMBAR EN UN PACIENTE CON TRAUMA ENCÉFALO CRANEANO Y CRANIECTOMÍA DESCOMPRESIVA

F PALIZAS, R ROSALES, M COBOS, A CAMELLI

Centro Medico Intergral Fitz Roy, Argentina.

**Introducción:** La hidrocefalia postraumática es una entidad frecuente en pacientes con craneotomía descompresiva. Frecuentemente los pacientes requieren punciones lumbares evacuadoras debiendo realizar controles con tomografía axial computada sometiendo al paciente a traslados y radiación.

La evaluación ecográfica del sistema ventricular cerebral es usada en neonatos por la buena ventana acústica que ofrecen las fontanelas. En el paciente adulto craniectomizado se puede utilizar este método para evaluar los cambios que genera una punción lumbar.

**Objetivo:** Evaluar el cambio del sistema ventricular cerebral por ecografía pre y post punción lumbar en un paciente con hidrocefalia postraumática.

**Materiales y métodos:** Presentación del caso:

Paciente masculino de 57 años que ingresa en la UTI por TEC Grave requiriendo craniectomía descompresiva fronto-témporo-parietal y evacuación de hematoma extradural. Evolucionó con estado de mínima conciencia e hidrocefalia comunicante.

**Técnica ecográfica:** El examen se realiza con un ecógrafo Philips HD 7XE con transductor convexo de 3,5 MHz, con la cabeza en posición neutra y a través de la craniectomía se realizan cortes axiales. Se realizan las mediciones pre y post punción lumbar.

Se realiza la medición del ventrículo lateral, el III y IV ventrículo pre evacuación, con la evacuación de 15 y luego de 30 mililitros de LCR.

Sitio Medido	Pre evacuación	Evacuación 15 ml	Evacuación 30 ml
Asta Frontal	20 mm	18 mm	16 mm
III ventrículo	12 mm	12 mm	13 mm
IV ventrículo	13 mm	13 mm	13 mm

**Conclusión:** La visualización ecográfica de las estructuras cerebrales a través de la craniectomía ofrece una visión en tiempo real y al costado de la cama del efecto de la punción lumbar evacuadora a nivel ventricular. En el caso de nuestro paciente este efecto se observó predominantemente en el asta frontal.

#### 0404 MONITOREO HEMODINAMICO NO INVASIVO EN PACIENTES CON SHOCK

D DUARTE, G FILIPPA, F PLANO, V ALONSO, H HERRERA, M MAIDANA

Servicio Terapia Intensiva Hospital Regional Rio Grande - Tierra del Fuego, Argentina.

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia en el monitoreo hemodinámico no invasivo (MHNi) a través de un sistema de doppler, midiendo el flujo de salida de la válvula aórtica (USCOM). Analizar la utilidad del USCOM en los pacientes con shock ingresados al Servicio de Terapia Intensiva (STI).

**Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes (p) ingresados al STI desde 31 Agosto 2011 al 31 Marzo 2012, con diagnóstico de shock definido por tensión arterial sistémica (TAS) menor 80 mmHg o tensión arterial media (TAM) menor 60 mmHg, ácido láctico mayor a 2 mmol/L o 18 mg/dl, quienes recibieron valoración con sistema USCOM al inicio y durante su estadía, en forma rutinaria diaria que permitía la toma de decisiones. Se comparó este grupo de pacientes con otro similar analizado retrospectivamente al que no se le realizó valoración y seguimiento hemodinámico con sistema USCOM. Se dividió la población estudiada en dos grupos: Grupo 1 (G1): p que recibieron monitoreo hemodinámico con sistema USCOM y Grupo 2 (G2): grupo control histórico sin USCOM. Se estudiaron las variables epidemiológicas, tipos de shock, APACHE II, SOFA, días de internación en el STI (DTI), días de Asistencia Respiratoria Mecánica (DARM), días de drogas vasoactivas (noradrenalina) (DNADR), días de drogas inotrópicas (dobutamina) (DDBT), días de sedoanalgesia (DSA) y mortalidad (M). Se realizó un la media, el desvío estándar y el test Fischer para las variables cuantitativas y el Chi cuadrado para las variables dicotómicas, considerando como significativo una probabilidad de error menor de 5%. **RESULTADOS:** Se analizaron 52 p, la edad media fue de 54,9 +/-11,5 años, fueron: 28 p 53,8%, masculinos, los pertenecientes al G1:30 p (57,6%) y el G2:22 p (42,3%), tipos de shock: Cardiogénico:10 p 19,2% (G1:6 p 20%, G2: 4 p 18,1%); distributivo: 24 p 46,1% (G1: 16 p 53,3%, G2: 8 p 36,3%); hipovolemico: 18 p 34,6% (G1: 8 p 26,6%, G2:10 p 45,4%). APACHE II 22 (18- 26) (G1: 21, G2: 23), SOFA 8,5 (+/- 2) (G1: 9; G2: 8), DTI 9,5 (4-15), (G1: 6 +/-2, G

2:13+/-2) p menor 0,05, DARM 5 (1-9) (G1: 4 +/-2, G2: 7+/-2) p menor 0,05, DNADR 4 (2-6), (G1: 2 +/-1, G2: 5+/-1), DDBT 4 (1-8) (G1: 2 +/-1, G2: 6 +/-2), DSA 5 (2-8), (G1: 3+/-1, G2: 7+/-1) p menor 0,05 y la M global fue 13 p 25 % en el G1: 5 p 16,6% y el G2: 8 p 35%.

**Conclusiones:** En la población estudiada observamos que la adición del USCOM al manejo habitual de los p en shock en nuestra terapia intensiva mostro una disminución significativa en DARM y DTI. Además observamos una disminución en los días de drogas vasoactivas e inotrópicas y DSA.

#### 0405 COMPARACION DEL GASTO CARDIACO MEDIDO POR TERMODILUCIÓN PULMONAR Y POR ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA EN PACIENTES EN VENTILACION MECANICA

J GORRASI<sup>1</sup>, A PAZOS<sup>2</sup>, L FLORIO<sup>2</sup>, V AGORRODY<sup>2</sup>, G PARMA<sup>2</sup>, C AMERICO<sup>2</sup>, R LLUBERAS<sup>2</sup>, A BIESTRO<sup>2</sup>, M CANCELA<sup>2</sup>

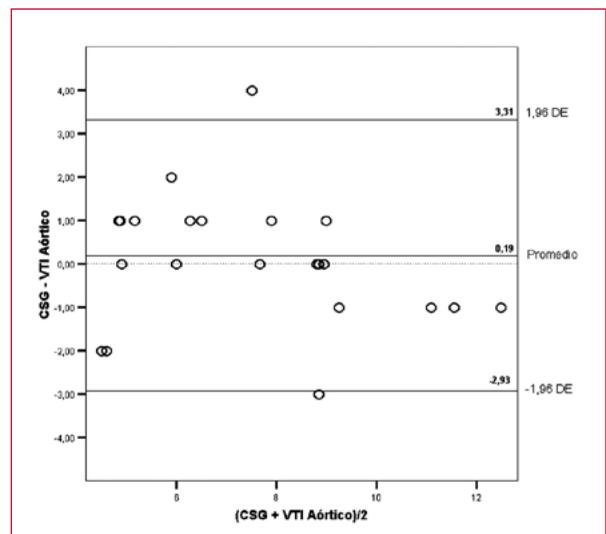
<sup>1</sup> Catedra de Medicina Intensiva. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Udelar, Uruguay. <sup>2</sup> Catedra de Cardiología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Udelar, Uruguay.

**Antecedentes:** La medida del gasto cardíaco por termo dilución o por eco cardiografía es útil para determinar el estado hemodinámico en pacientes en ventilación mecánica. Durante la ventilación mecánica se generan condiciones que pueden alterar los valores de gasto cardíaco medidos por ecocardiografía.

**Objetivo:** Comparar las medidas de gasto cardíaco obtenidas por eco cardiografía transtoracica y por termo dilución pulmonar en pacientes en ventilación mecánica.

**Métodos:** Se estudiaron 7 pacientes en ventilación mecánica. El gasto cardíaco se midió por termodilución pulmonar con el catéter balón pulmonar (CSG) y por ecocardiografía usando la integral tiempo velocidad aórtica en el enfoque apical de cuatro cámaras y las dimensiones del tracto de salida del ventrículo izquierdo en el enfoque para esternal de eje largo (VTI Aórtico). Las medidas se realizaron en diferentes niveles de PEEP (10 cm H<sub>2</sub>O, 15 cm H<sub>2</sub>O, y 20 cm H<sub>2</sub>O). El error medio (EM) y los límites de concordancia (LC) se estudiaron con el diagrama de Bland-Altman. Se consideró aceptable una diferencia de 0,5 L/min entre ambos métodos.

**Resultados:** Se obtuvieron 26 pares de medidas en 7 pacientes. El promedio de la diferencia entre los métodos fue 0,19 L/min para valores de gasto cardíaco entre 5 a 13 L/min. Los límites de concordancia (promedio de diferencias +/- 1,96 DE) se encontraron entre 3,31 L/min y -2,93 L/min. El error medio y los límites de concordancia fueron 0,04 (2,23;-2,32), 0,50(2,42;-1,41) y 0,14(4,89;-4,61) para valores de PEEP de 10 cm H<sub>2</sub>O, 15 10 cm H<sub>2</sub>O y 20 10 cm H<sub>2</sub>O, respectivamente. Los resultados totales (n=26) se muestran en diagrama de Bland-Altman.



**Conclusión:** En pacientes en ventilación mecánica la concordancia entre el gasto cardíaco por ecocardiografía y termomodulación pulmonar es modificada por la PEEP.

#### 0406 INTOXICACION CON FOSFURO DE ALUMINIO

D BOLZICCO<sup>1,2</sup>, E VERA<sup>1,2</sup>, L VICENTE<sup>1,2</sup>, U MONTESERIN<sup>1,2</sup>, A BECKER<sup>1,2</sup>, R GARCIA TURIELLA<sup>1,2</sup>, G ARANA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Hospital Italiano Garibaldi de Rosario, Argentina. <sup>2</sup> Instituto Universitario Italiano de Rosario, Argentina.

Se presenta el caso de un paciente varón de 48 años de edad, sin antecedentes de jerarquía, que ingresa al Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Italiano Garibaldi de Rosario, derivado de otra institución por cuadro de 5hs de evolución caracterizado por hipotensión severa, con requerimiento de altas dosis de dopamina, diaforesis, diarrea y evento arritmico (fibrilación auricular) que revierte espontáneamente. Medico derivante refiere ingesta oral de plaguicida (fosfuro de aluminio).

El objetivo de la presentación de nuestro caso consiste en informar a la población y a los médicos acerca de uno de los plaguicidas más peligroso y más utilizado por nuestros agricultores, como lo es el Fosfuro de Aluminio; el cual al entrar en contacto con la humedad del aire libera un Gas Fosfina, que es muy tóxico para el organismo. Cuenta con las principales ventajas de ser barato y no dejar residuos tóxicos. Los fosfuros se utilizan ampliamente para proteger el grano almacenado en silos, almacenes, bodegas de los barcos y en vagones para su transporte por ferrocarril.

Se revisa el caso de un paciente que ingresa a nuestra institución con sospecha de intoxicación por dicho plaguicida. El paciente ingresa estuporoso, sin apertura ocular, responde con monosílabos, desorientado en tiempo y espacio. No comprende órdenes. Pupilas midriáticas bilaterales hiporreactivas. Hipotensión severa, se comienza tratamiento con noradrenalina en infusión continua, con escasa respuesta. Cianosis distal, lleno capilar lento. Los pulsos radiales y pedios están ausentes, los pulsos femorales son débiles. Se presencia convulsión tónico-clónica generalizada, por lo que se procede a intubación orotraqueal y se realiza medicación anticonvulsivante endovenosa. Se informa al servicio de toxicología de la ciudad, quien concurre a la consulta. A los pocos minutos presenta paro-cardiorespiratorio, se inician maniobras de reanimación avanzada, sin respuesta. Se constata óbito.

La utilización de fosfuros está prohibida por el Ministerio de Salud de la Nación, para cualquier fin que invoque razones sanitarias. Existe un fallo del Juzgado Federal de la 5ta. Nominación de Rosario que establece la estricta prohibición de fumigar camiones y acoplados con fosfuro de aluminio o fosfina, ante la presencia de plagas en los cereales transportados. A pesar de todas estas leyes y reglamentos, sigue siendo un grave problema para la salud y para los médicos de guardia que deben identificar y tratar precozmente los síntomas.

El tratamiento de descontaminación es de vital importancia, ya que disminuye la dosis absorbida y de esta forma las complicaciones. No existe un antídoto específico. Sin tratamiento de soporte la mortalidad es del 70 al 100%.

#### 0407 DETECCIÓN DE ERRORES PREANALITICOS EN MUESTRAS DE SANGRE ARTERIAL PARA EL ESTUDIO DE GASES EN SANGRE Y ELECTROLITOS

D COCCO<sup>1,2</sup>, E PERALTA<sup>1,2</sup>, D OSTERA<sup>1,2</sup>, J SCRIGNA<sup>1,2</sup>, D BOLZICCO<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio Central del Hospital Italiano Garibaldi, Argentina. <sup>2</sup> Instituto de Bioquímica Clínica - IBC, Argentina. <sup>3</sup> Instituto Universitario Italiano de Rosario, Argentina. <sup>4</sup> Hospital Italiano Garibaldi de Rosario, Argentina.

El estudio de gases en sangre para evaluar el estado ácido-base de un paciente, es una practica frecuente en las salas de cuidados intensivos y guardia médica.

Dicho análisis incluye la determinación del pH sanguíneo, la pCO<sub>2</sub> (presión parcial de dióxido de carbono), la pO<sub>2</sub> (presión parcial de oxígeno), además de la concentración de bicarbonato HCO<sub>3</sub>, el porcentaje de saturación de oxígeno SO<sub>2</sub> y el exceso de bases EB. Se acompaña generalmente con el análisis de electrolitos: sodio (Na), potasio (K), cloro (Cl) y calcio iónico (Cai).

Las mediciones de gases en sangre y electrolitos se efectúan en sangre arterial anticoagulada con heparina. Esta proporción sangre/heparina es una de las variables pre-analíticas más importantes a tener en cuenta, ya que alterar dicha proporción conlleva a la obtención de resultados erróneos y a la consecuente toma de decisiones médicas equivocadas.

**Objetivos:** Normalizar la forma de extracción de gases en sangre en nuestra institución.

Demostrar que el empleo de proporciones erróneas de sangre/heparina afecta los resultados del EAB y de los iones medidos.

**Materiales y métodos:** Para la extracción "BASAL" se utilizó una dilución de heparina sodica en proporción 1/9 con solución fisiológica y, en las restantes muestras heparina sin diluir en cantidades crecientes a fin de modificar la proporción sangre/heparina.

Los análisis se efectuaron en un autoanalizador de gases y electrolitos COBAS b121.

**Resultados:**

	pH	SatO2%	pO2	pCO2	HCO3-	EB	Na+	K+	Cai	Cl-
Basal(1)	7.45	98.6	113	24.8	28.9	-5.1	140	4.1	5.4	109
Jeringa (2) Heparina 100µL	7.45	98.7	118	24.2	28.6	-5.4	143	3.8	3.8	113
Jeringa (3) Heparina 200µL	7.439	99	132	22.5	22.5	-6.9	152	3.4	2.08	119
Jeringa (4) Heparina 300µL	7.44	99.1	137.6	19.1	12.7	-8.6	161	3.04	1.3	124

**Conclusión:**

La extracción basal refleja el verdadero EAB del paciente y por comparación, concluimos:–

\* A medida que la proporción de heparina es mayor, hay un aumento progresivo de la pO<sub>2</sub>, el Na y el Cl; y una disminución muy marcada de la pCO<sub>2</sub>, la concentración de HCO<sub>3</sub>, el EB, K y Cai

\* Observamos que el EAB BASAL revela una ALCALOSIS RESPIRATORIA PARCIALMENTE COMPENSADA, sin embargo si la muestra no contiene la proporción adecuada sangre/heparina, se obtiene un EAB (jeringa 4) que indica una ACIDOSIS METABOLICA PARCIALMENTE COMPENSADA, con niveles muy alterados de los electrolitos, lo que llevaría al médico a una conducta terapéutica equivocada.

\* Una correcta metodología de trabajo en la etapa pre-analítica, asegura la fiabilidad de los resultados obtenidos, minimizando la posibilidad de diagnosticos erroneos a la hora de la toma de decisiones del cuerpo medico.

#### 0408 EVOLUCIÓN DE PACIENTES NEUROCITICOS Y NO NEUROCITICOS TRAEOSTOMIZADOS.

N POZO, L CRISTALDO, C PEREYRA, L BENITO MORI, P SCHOON

H.I.G.A. Prof. Dr. Luis Güemes. Haedo, Argentina.

**Introducción:** Entre el 5% y el 13% de los pacientes en UCI necesitará asistencia ventilatoria mecánica (AVM) prolongada, sumando a esto que en los pacientes neurocríticos la evolución es incierta, condicionando durante días la decisión de extubación. En la actualidad la traqueostomía por dilatación percutánea (TQTp) puede realizarse a la cabecera del paciente.

**Objetivo:** 1) Analizar la mortalidad, días totales de AVM, días de AVM pre-TQTp, días de AVM post-TQTp, NAVM y reintubaciones pre-TQTp en los pacientes con TQTp de una UCI de alta complejidad. 2) Comparar estos mismos datos en dos grupos según categoría diagnóstica al ingreso: Neurocrítico (NQx) y no Neurocrítico (noNQx).

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional de una cohorte, único centro, durante el período 2007-2011 consecutivo. Se define como neurocrítico al paciente portador de TEC y raquimedular, ACV isquémico o hemorrágico, estado de mal epiléptico y comas de origen estructural no traumático. Criterio de inclusión: todos los pacientes con TQTp luego de las primeras 48 horas de AVM consecutivas. Criterios de exclusión: pacientes con TQTp previa al ingreso a UCI y pacientes con traqueostomía quirúrgica. Variables analizadas: Edad, APACHE II al ingreso, sexo, mortalidad, días de internación UCI, días totales AVM, días AVM pre-TQTp, días AVM post-TQTp, NAVM y reintubaciones pre-TQTp.

**Análisis estadístico:** Los datos cualitativos se expresan en frecuencia (porcentaje), datos cuantitativos se expresan como media y/o mediana y rango según distribución gaussiana. Para el análisis se utilizó el software Statistix 7.0, empleando test de Student, Wilcoxon Rank sum test y Chi cuadrado. Se consideró significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** En el periodo estudiado, un total de 1241 ptes en AVM, 176 traqueostomizados, de los cuales 10 ptes (6%) fueron excluidos. Se analizaron un total de 166 TQTp. La mediana de edad fue de 57 años (17-88), APACHE II promedio de 23 (7-37), el 68% de sexo masculino. La tasa de mortalidad global fue de 47% (78 ptes). En cuanto a los días de internación en UCI la mediana fue de 30 (5-102), días totales de AVM 25 (5-102), días de AVM pre-TQTp 15 (2-32) y días de AVM post-TQTp 9 (1-82). Un total de 74 pacientes presentaron NAVM. Entre el grupo NQx 82 ptes (49%) vs noNQx 84 ptes (51%) hubo diferencia significativa, en cuanto a tasa de mortalidad: NQx 39% (32 ptes) vs. noNQx 55% (46 ptes) con  $p 0.04$  RR 0.71, IC95 0.51-0.99 y en la tasa de reintubación pre-TQTp, grupo NQx 24% (20 ptes) vs. noNQx 44% (37 ptes) con valor de  $p 0.007$  RR 0.55 IC95 0.35-0.86.

No hubo diferencia significativa en edad, sexo, APACHE II, días de internación, días totales de AVM, días de AVM pre y post TQTp.

**Conclusión:** El tiempo de AVM hasta la traqueostomía, clasifica a ésta como tardía, en este grupo de pacientes. Sin embargo la mortalidad del 47% es coincidente con la predicha por APACHE II (46%). La menor mortalidad y porcentaje de reintubaciones en los pacientes NQx podría justificarse por tratarse de un centro especializado en estos pacientes neurocríticos.

#### 0409 ABORTO SEPTICO EN PACIENTE CON GESTA DE 20 SEMANAS CON EXCEPCIONAL DEMORA NO DESCRIPTA EN LA LITERATURA DE 45 DIAS ENTRE LA MANIOBRA Y LA CONSULTA CON EMPIEMA PLEURAL, PERITONITIS Y RETROPERITONITIS CON MACROSCOPIA INTRAOPERATORIA "NORMAL".

F APAZA, D VARGAS, ML CABANA, O TEJERINA, L SILVA, A PLAZA, L FERNANDEZ, L VIDAL

Hospital Pablo Soria. Servicio Terapia Intensiva. San Salvador de Jujuy, Argentina.

En la Sepsis de origen obstétrico el foco asienta en el útero y se vincula con el embarazo. Cuando se produce por maniobras ilegales fuera del ámbito quirúrgico -clandestinas- se llama Aborto Infectado o Séptico. Los gérmenes: flora polimicrobiana aeróbica y anaeróbica, llegan por vía externa (manos, objeto usado) e interna (zona genital, perianal y colónica). Se utilizan diversos objetos: sondas, agujas de tejer, instilación de tóxicos, tallos verdes, prostaglandinas, que dilatan el cuello y comienzan la expulsión. El Sme. de Mondor más común por tallo de perejil asociado a Clostridium bajó su frecuencia. El aborto legal en países desarrollados demuestra la ausencia de trabajos sobre el tema. En Argentina es ilegal, estimado en 500.000/año y mortalidad de hasta el 34%, que junto a las hemorragias son primeras causas de muerte materna.

**Objetivo:** presentación de un caso de aborto séptico de evolución subaguda (1080 horas/45 días) Shock Séptico (SS) falla multiorgánica (FMO) con una demora de consulta no descrita en la literatura. La familia admitió a las 48hs. de ingresada un aborto 45 días previos con 20 semanas de gestación, sin aclarar qué maniobra. La paciente

jamás admitió ni contó lo de su embarazo Al ingreso incluso se negó al examen ginecológico de admisión.

**Material y Método:** Mujer 25 años del interior de la pcia. 5 días de tos, dolor torácico y fiebre. Niega embarazo o maniobras abortivas. Lúcida, 120 FC, afebril, TA 80/60, derrame pleural iz. abdomen distendido sin dolor.. Purulencia en la punción pleural. Drenaje. APACHE: 13. SOFA: 7. Lab: leucocitosis, Ac. Láctico 5.7 mmol/l, EB-5, SVC: 62%. Ex. Ginec.: FSD bombado, culdocentesis (+) Diagnostico: SS, FMO, Empiema Pleural. Abd. Agudo Ginecológico. Legrado: Endometritis Aguda Supurativa. Evolución: ARM 4 días, shock. ATB Laparotomía: lavado/drenaje cavidad abdominal y retroperitoneal. Sorprende la "normalidad" del útero, anexos e intestino; apéndice congestivo; infartos epiploicos. Ab. Abierto y Contenido. TAC Abdomino-Pelvíana: gas endometriometral. BetaGT(+). Fallece.

**Comentarios:** El interés de esta patología reside en la alta frecuencia en nuestro país, donde el aborto sigue siendo causa de muerte y mutilación con consultas muy tardías y negación de la maniobra hasta el final como este caso. Los síntomas la pte. los atribuyó a tan solo 5 días antes del ingreso. El intervalo maniobra-consulta más largo en la bibliografía fue 720 hs (30 días). Los smas. pleuro-pulmonares fueron por embolias y retroperitonitis ascendente. La aparente "normalidad" macroscópica del útero y anexos por la tórpida evolución. Siempre estuvo la sospecha; la tomografía, el dosaje de  $\beta$ GC y A. Pat. del legrado confirman el aborto séptico como causa de la FMO y muerte.

**Conclusión:** La alta sospecha clínica, la precocidad y celeridad en el diagnóstico y tratamiento en manos experimentadas son determinantes en la evolución y mortalidad. Lo habitual es que en los primeros días se defina el tratamiento del foco. Estas ptes. tienen una patología prevenible, con asociación dramática de pobreza, marginalidad y falta de educación.

#### 0410 CARACTERISTICAS GENERALES Y FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN PACIENTES CON ASISTENCIA VENTILATORIA MECANICA

R QUINTANA, C OTTONE, D BAGILET, C SETTECASE, M QUAGLINO

Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Escuela "Eva Perón". 2da. Cátedra de Clínica Médica. Facultad de Ciencias Médicas. UNR. San Martín 1645. (2152) Granadero Baigorria., Argentina.

**Objetivo:** Estudiar características generales y factores predictores de mortalidad hospitalaria en pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) que requirieron Asistencia Ventilatoria mecánica (AVM).

**Diseño:** Estudio prospectivo, observacional, 36 meses de duración.

**Ámbito:** Terapia intensiva polivalente. Hospital universitario.

**Pacientes:** AVM  $\geq 24$  horas.

**Variables de interés:** Datos demográficos; patología de ingreso a UTI; tiempo de internación en UTI y hospital; scores al ingreso, PCR (mg/dl); AVM: motivo de inicio, permanencia y complicaciones asociadas; evolución.

**Resultados:** 372 pacientes requirieron AVM. Edad media 52 años ( $r 18-93$ ), 67% eran varones. Estadía promedio en UTI 12,59 días ( $\pm 13,52$ ) y en Hospital 20,31 ( $\pm 25,20$ ). 53,2% fallecieron en UTI. Al comparar sobrevivientes y fallecidos, las variables con significancia estadística ( $p=0,00$ ) fueron: edad, APACHE II, SOFA, SAPS II, PCR, uso de vasopresores, patología médica e insuficiencia respiratoria como motivo de ingreso a AVM. En análisis multivariado, conservaron significancia estadística ( $p=0,00$ ): edad, patología médica y uso de vasopresores. El modelo para predecir mortalidad arrojó: Sensibilidad: 68,15% (60,18 - 75,22), Especificidad: 75,35% (68,93 - 80,84), VPP 66,88% (58,94 - 73,99), VPN 76,42% (70,01 - 81,84) y AUC=0,793 (IC 95%: 0,747-0,839)  $p=0,00$ . OR para uso de vasopresores fue 4,76 (IC95%: 2,86-7,91).

**Conclusiones:** Los factores predictores de mortalidad significativos fueron: edad, patología médica y uso de vasopresores. PCR, se

mostró cercana a la significación ( $p=0,06$ ). El modelo multivariado permitió mejorar la especificidad en el pronóstico de mortalidad respecto del uso de APACHE II o PCR individualmente (39,7% y 25% versus 75,35%).

Palabras claves: Pronóstico en asistencia ventilatoria mecánica.

#### 0411 SEGUIMIENTO EN TERAPIA INTENSIVA (TI) DE PACIENTES EN EL POSTOPERATORIO (POP) DE GRANDES HEPATECTOMIAS MEDIANTE UNA NOVEDOSA TÉCNICA QUIRÚRGICA DESTINADA A PREVENIR LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA POP (IHPH)

SE GIANNASI<sup>1</sup>, SD VILLARROEL MENDOZA<sup>1</sup>, E DE SANTIBANES<sup>2</sup>, MS VENUPI<sup>1</sup>, NM CIARROCCHI<sup>1</sup>, CE KECSKES<sup>1</sup>, V ARDILES<sup>2</sup>, FA ALVAREZ<sup>2</sup>, JE SAN ROMÁN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Terapia Intensiva Adultos del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. <sup>2</sup> Servicio de Cirugía del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La IHPH es una complicación temida de la cirugía oncológica hepatobiliar, especialmente en hepatectomías  $\geq 3$  segmentos y en la enfermedad hepática previa o hepatotoxicidad por quimioterapia. Para evitar la IHPH es necesario preservar un volumen hepático  $\geq 25\%$  en hígados por otro lado sanos y un 40% en hígados con lesión previa. Una estrategia de prevención de la IHPH es estimular el aumento de la masa del remanente hepático futuro (RHF). Recientemente se ha desarrollado una estrategia quirúrgica que se denominó "Asociación de ligadura portal y partición hepática para hepatectomía en dos tiempos" (ALPPS), que aumenta el RHF. ALPPS se realiza en dos etapas, primero la transección hepática y ligadura de la vena porta correspondiente y luego de varios días se completa la hepatectomía. Hasta el momento no hay reportes del seguimiento POP en TI de estos pacientes.

**Objetivo:** Presentar la evolución en TI de una serie de pacientes en el POP inmediato una nueva estrategia de hepatectomía mayor.

**Material y Método:** Estudio observacional, prospectivo, descriptivo de las variables clínicas y bioquímicas evolutivas, con especial interés en las relacionadas a la IHPH. Se realizó TC con volumetría hepática y cálculo del RHF previo a la primera y segunda etapa, y se calculó el aumento porcentual y total del mismo.

**Resultados:** Entre junio de 2011 y abril de 2012, 12 pacientes recibieron ALPPS, ninguno presentó complicaciones intraoperatorias mayores. Primer período POP: los pacientes cursaron 7 días (4d-12d) en TI, el hígado remanente mostró un crecimiento promedio del 78% (31-139%), todos recibieron nutrición parenteral adecuada a los requerimientos metabólicos y tratamiento antibiótico profiláctico prolongado. APACHE II de 9 (3-13), SOFA día 1 día: 2, 18 (0-6). Días de UTIA: 7 (2-13) y de hospital: 17,27 (12-30). Cuatro pacientes presentaron IHPH (TP $<50\%$  y BT  $>2.9$ mg/dL al 5to día), asociado a alto débito de líquido ascítico y encefalopatía portosistémica (EPS); 7 pacientes presentaron riesgo de daño renal y 3 de injuria (criterios RIFLE). Todos los pacientes presentaron SIRS en las 72hs iniciales, 6 presentaron infección clínicamente activa.

En el POP de la 2da cirugía los pacientes presentaron menos SIRS y complicaciones (2 con sangrado y 2 con fistula biliar y 1 con EPS). Seis pacientes presentaron riesgo y 1 injuria renal.

**Conclusiones:** La disfunción hepática se presentó en un 40% de los pacientes, aunque la IHPH severa fue poco frecuente. Hubo marcado y rápido incremento del RHF asociada a una buena evolución POP. La primera fase del POP representa un modelo del síndrome de hígado pequeño para su tamaño, por lo que el SIRS y la infección fueron frecuentes. Si bien estos pacientes tienen un riesgo aumentado de infecciones, trastornos metabólicos y nutricionales, no hay evidencias de ningún tipo respecto a la utilidad del tratamiento ATB profiláctico prolongado, ni al uso de nutricional parental precoz. Estos y otros tópicos deben ser investigados con el fin de generar guías de manejo POP en esta nueva estrategia quirúrgica.

#### 0412 EL SÍNDROME DE LANCE-ADAMS O DE MIOCLONÍAS DE INTENCIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO, REVISIÓN DE LA LITERATURA.

A FERRANTE, G SUTTON, I PREVIGLIANO, M QUINTEROS, J POLISZUK, ME FERNANDEZ

Hospital J. A. Fernandez, Argentina.

**Introducción:** El síndrome de Lance-Adams o de Mioclonías de Intención, es un raro síndrome que se desarrolla en contexto de situaciones de hipoxia encefálica.

**Objetivo:** Reportar el caso de una paciente con síndrome post paro cardiorrespiratorio (PCR) que se presentó como síndrome de Lance-Adams.

**Material y método:** Reporte del caso: Paciente sexo femenino de 18 años sin antecedentes de relevancia, que ingresa al servicio de emergencias por un paro cardiorrespiratorio (PCR) secundario a hipoxia por un estado de mal asmático.

Inicialmente, paciente con requerimientos de sedación, analgesia y relajación muscular con obstrucción severa al flujo aéreo, tratamiento intensivo con broncodilatadores, corticoides sistémicos y antibioterapia con ampicilina-sulbactam más claritromicina. A las 48 hs se disminuyen dosis de benzodiazepinas y se constatan movimientos clónicos generalizados. Se interpreta como posible Status Mioclónico vs Status Convulsivo. Se reiniciaron drogas drepresoras del SNC, incluyendo Tiopental Sódico. Se solicitó EEG, que evidenció un patrón desorganizado, sin descargas epileptiformes.

A los días, se suspenden las drogas sedantes. Se constatan, nuevamente, las mioclonías generalizadas, con la paciente lúcida, que se manifiestan al estímulo y/o intención de movimiento.

Se solicitó TAC de Encéfalo que resultó normal.

Paciente se deriva a 3° nivel para continuar rehabilitación.

Búsqueda bibliográfica: En PubMed bajo la estrategia "Lance-Adams"; "Lance-Adams Myoclonus"; "Action Myoclonus"

**Resultados:** El síndrome de Lance-Adams, fue descrito en los años 60 en pacientes con paro cardiorrespiratorio con una adaptación previa a la hipoxia, como en neumopatías, síndrome de apnea del sueño, etc. Es un síndrome raro, con una incidencia menor a 150 casos en el mundo. Los pacientes manifiestan mioclonías que se denominan de acción o de intención, debido a que se presentan durante los movimientos espontáneos o al estímulo. Se asocian con un paciente lúcido o con deterioro cognitivo leve y ataxia. Con respecto a los exámenes complementarios, como el EEG o TAC/RMN, generalmente no tienen alteraciones. Tienen como características que son refractarias al tratamiento y perduran en el tiempo, aunque, a veces, con una leve mejoría.

**Conclusiones:** En nuestra opinión, es un síndrome de baja incidencia, que con el advenimiento de las terapéuticas del síndrome post paro cardiorrespiratorio, tales como la hipotermia, se observará con mayor frecuencia.

Creemos que esta revisión de la literatura, servirá para orientar a los médicos tratantes en cuanto a tratamiento, pronóstico y rehabilitación.

Además cuestionará la decisión de no progresar con medidas terapéuticas en un paciente con síndrome post paro cardiorrespiratorio y mioclonías que se podrían interpretar erróneamente como Status Mioclónico.

#### 0413 INCIDENCIA Y EVALUACIÓN DE DOLOR EN PACIENTES CRÍTICOS EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA.

LF LLANOS, D POLO, K MENOSCAL, P VELASQUEZ, A SCHMIDT, M DEHEZA

Hospital Rivadavia, Argentina.

**Objetivos:** Determinar la incidencia y la evaluación del dolor en pacientes (ptes) críticos en asistencia respiratoria mecánica (ARM) en instituciones públicas y privadas de la ciudad y provincia de buenos aires.

**Materiales y métodos:** Se llevo a cabo un estudio multicéntrico, prospectivo, observacional, longitudinal, en quince unidades de terapia intensiva (8 Instituciones privadas y 7 Públicas) (UTI) durante el 31 de agosto y 1 de octubre del 2010, El instrumento utilizado para recolectar la información, fue un cuestionario e historias clínicas.

**Resultados:** Sobre 75 ptes ingresados a 15 UTI, 59% sexo masculino, edad promedio en mujeres 58.19±20.18 años (DE) y hombres 56.06±15.87 años (DE). La incidencia de dolor fue de 0.02 %, en cuanto las escalas de evaluación del dolor en 13% de los pacientes se utilizó la Escala propuesta por Puntillo, escala de Payen en el 6.7% de los, Escala Visual Análoga 13%, se utilizó una escala de valoración del dolor distinta a los dos anteriores en el 6.7%, la escala de Campbell fue utilizada en un 20 %, p 0.001, no se utilizó ninguna escala de valoración del dolor en el 40 %. En la evaluación del dolor según la escala de Campbell 91% de los pacientes se encontraban en la puntuación cero.

**Conclusiones:** En nuestro estudio la incidencia de dolor en pacientes críticos en ARM es baja, las herramientas para el monitoreo y la evaluación del dolor tienen bajo porcentaje de utilización.

#### 0414 ANALISIS DE 100 PACIENTES CON TRAUMATISMO ENCEFALOCRANEANO GRAVE EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD CON DERIVACION EN RED

N GALLUCCI, E AMUNDARAIN, MA GARCIA, M CASANOVA, N PISTILLO, O FARIÑA, B DORFMAN  
Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, Argentina.

**Introducción:** El Traumatismo Encefalocraneano Grave (TECG) representa un gran desafío para la salud pública. Es la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo en personas menores de 40 años. En nuestro medio no se dispone de datos estadísticos de hospitales exclusivamente de derivación en red.

**Objetivos:** 1) Determinar la mortalidad en Terapia Intensiva de los pacientes con TECG en un hospital de derivación en red. 2) Evaluar la recuperación de los pacientes a los 6 meses. 3) Analizar las variables pronósticas que se asociaron con la mortalidad.

**Material y Método:** Estudio prospectivo, descriptivo y observacional, de pacientes con TECG que ingresaron a UTI, entre marzo de 2009 y marzo de 2012. Criterios de Ingreso: pacientes >18 años con TECG, definido como Escala de Glasgow (GCS) ≤8 post reanimación. Criterios de exclusión: embarazadas, pacientes con diagnóstico de muerte encefálica dentro de las primeras 24 hs y con TECG penetrante. Se analizaron las siguientes variables obtenidas durante las primeras 24 hs: GCS, respuesta motora, alteraciones pupilares, Escala Tomográfica del Traumatic Coma Data Bank (TCDB), hemorragia subaracnoidea traumática, hipertensión endocraneana (HEC), hipoxia (PO<sub>2</sub> <60 mmHg), hipo/hiperglucemia (≤60/≥180 mg/dl respectivamente), anemia (Hb ≤7 g/dl) e hipotensión arterial (1 registro de TAS <90 mmHg). Se evaluó estadía en UTI, hospitalaria y mortalidad en UTI. Se utilizó la Escala de Recuperación de Glasgow (GOS) para evaluar a los pacientes a los 6 meses, se consideraron buenos resultados GOS 4 y 5. Los datos se expresaron como media y ± SD o mediana para variables continuas y porcentaje para las variables categóricas. Se evaluó riesgo relativo (RR) con un IC 95%. Se realizó análisis CHI cuadrado para comparar proporciones y t test para comparar variables continuas. Se consideró significativa una p < 0.05.

**Resultados:** Ingresaron consecutivamente 100 pacientes, hombres 90. La media de la edad fue de 31 ±13 años. El APACHE II promedio fue de 23 ±6 puntos. La mediana de días de internación: hospitalaria 28 (entre 1 y 368 días) y en UTI 18 (entre 1 y 108). Mortalidad en UTI 25 %, 1 paciente murió durante la internación hospitalaria y 3 luego de ser externados. Durante el seguimiento se perdieron 14 pacientes. Sobre 86 pacientes que pudieron ser evaluados a los 6 meses, en 45 (52%) se obtuvieron buenos resultados. La media de GOS fue de 3 ±2 puntos.

De las variables pronósticas analizadas en esta serie, las que se

asociaron con la mortalidad fueron: HEC (p= 0.015; RR: 1.3, 1.1-1.6), cambios pupilares (p=0.001; RR: 1.5, 1.1-2), hiperglucemia (p= 0.001; RR: 1.4, 1.1-1.9), hipoxia (p= 0.001; RR: 2.0, 1-4.1) e hipotensión (p= 0.011; RR: 1.3, 1.0-1.7).

**Conclusiones:** En esta serie de pacientes con TECG en una UTI de un hospital exclusivamente de derivación en red, se obtuvo una mortalidad del 25 % con una media de GOS de 3 puntos. Los cambios pupilares, la hiperglucemia, la hipoxia, la hipotensión y la HEC, fueron las variables que se asociaron en forma estadísticamente significativa a la mortalidad.

#### 0415 PROLONGACIÓN DEL SOPORTE VITAL EN MUJER CON MUERTE CEREBRAL, EN EDAD GESTACIONAL TEMPRANA. DISCUSIÓN BIOÉTICA

E TORRES, F FERNANDEZ, J ARROYO  
Hospital Central, Argentina.

**Objetivos:** Presentar caso de embarazada en gestacional temprana con muerte cerebral y discusión bioética en la prolongación del soporte vital. Revisar literatura y legislación actual. Incentivar debate en servicios de terapia intensiva y la creación de cuerpos de bioética.

**Material y métodos:** Mujer de 30 años, cursando 15 semana de sexto embarazo, consulta el 10/09/11 por trastorno de conciencia, cefalea y vómitos, Glasgow ingreso 14/15(O3 M6 V4), hemodinámicamente estable. TAC de Cerebro: Hematoma vermicular y paravermicular derecho. Angiografía cerebral: MAV de arteria vertebral derecha. Ecografía obstétrica: feto vital. Deterioro de Glasgow a las 6 hs O1M4V1; nueva TAC cerebral: hidrocefalia, colocación de drenaje ventricular externo, mala evolución 1ras 24 hs con SD clínico de muerte encefálica, Diabetes insípida, se prolonga soporte vital por persistencia de vitalidad fetal. Intercurre con bacteriemia por Abiotrophia y Granulicatella, ATB según sensibilidad, buena evolución sin FMO con cultivos de control negativos. vitalidad fetal diaria con ecografía. 27/09/11 sin actividad cardiorfetal. Se notifica a INCAIMEN, quien realiza EEG: sin actividad. Como potencial donante se realiza panel virológico de rutina, HTLV reactivo, se descarta y se decide retiro de soporte vital.

No se cuenta con comité de ética en la institución por lo que se decidió las conductas en revista de sala, se notificó a INCAIMEN, ellos manifestaron que mientras existiera vitalidad fetal, no se podía considerar a la paciente como potencial donante. Se informo al comité de bioética de la SATI. En el aspecto legal para la legislación argentina el feto necesita especial cuidado y atención pues considera que: " Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción ". Además, de acuerdo a la Convención sobre los Derechos del Niño " el niño, por su falta de madurez física y mental necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento "

**Conclusión:** En la actualidad, la muerte encefálica es un hecho médicamente y legalmente aceptado. Se debe tener en cuenta que son dos organismos involucrados, la madre y el feto, y la decisión de mantener las funciones vitales de la madre para permitir la supervivencia fetal es también una cuestión ética y legal. Mientras que la edad gestacional del feto es fundamental para resolver este problema, no existe un claro límite fisiológico para la prolongación de la función somática después de la muerte cerebral. Con respecto al aspecto legal no hay legislación específica nacional ni internacional. Además, la experiencia médica en relación con el apoyo prolongado a embarazadas es limitada y se basa en la opinión de expertos. La necesidad de un diagnóstico precoz de la muerte cerebral, una rápida evaluación del estado fetal y la decisión de la familia junto con el equipo médico y el comité de bioética para prolongar el sostén materno son fundamentales.

**0416 HERNIA CARDIACA EN POST OPERATORIO**

**N ECHEVERRÍA**, R BARRIENTOS, L ESPINOSA, R VACA NARVAJA, R PETRICIO, C PLÖGER  
Clínica Pasteur, Argentina.

**Introducción:** Presentación de caso: Complicaciones de Neumonec-tomía.

**Material y métodos:** Paciente de sexo masculino de 56 años de edad, con antecedente de CA de pulmón, que ingresa a terapia intensiva en el post operatorio inmediato de neumonectomía total izquierda, en asistencia respiratoria mecánica, estable hemodinamicamente. Intercurre con despertar violento, realizando esfuerzo para incorporarse, evidenciándose bradicardia extrema e hipotensión, con ingurgitación yugular. Se sospecha neumotórax hipertensivo por lo que se abre la herida quirúrgica sin respuesta favorable. Evoluciona con asistolia que requiere de RCP por 15 minutos, recuperando pulso y ritmo con taquicardia sinusal.

Se observa en Rx tórax, desplazamiento de silueta cardiaca hacia hemitórax izquierdo mas alla de linea media clavicular, con rotación de grandes vasos. En Rx de tórax de control se observa retorno del mediastino a linea media con paciente en decúbito lateral derecho. Repite episodio de bradicardia extrema e hipotensión en cada movilización al decubito dorsal.

Paciente bajo sedación, inestable hemodinamicamente, con requerimiento de inotrópicos, en ARM, evoluciona con acidosis metabólica severa con Acido Lactico: 83mg/dl (valor de referencia 19mg/dl) y falla renal RIFLE "F", iniciando hemodialisis.

Al 4º día se suspende sedación presentando convulsión tónico-clónica generalizada. Se hace TAC de encéfalo sin contraste que muestra edema difuso, disminución de las cisternas y cisuras. En Doppler transcraneano se evidencia velocidades de flujo elevada y signos de hiperemia. El paciente evoluciona con fallo multiorgánico y posterior óbito a los 7 días.

**Conclusiones:** Paciente que presento como complicación en el postoperatorio inmediato de neumonectomía izquierda, herniación cardiaca, generando bradicardia extrema e hipotensión al colocarse en decubito dorsal.

Dicha complicación se presenta con mayor frecuencia en quirúrgicos inmediatos de neumonectomía intrapericárdica, con diagnostico clínico, donde su mortalidad es cercana al 5%, siendo más frecuente en el lado derecho (1). En neumonectomias con mortalidad intraoperatoria del 50% en caso de no ser reconocida y resuelta rapidamente (2). Postoperatorio alejado de neumonectomía.

**Referencia:** (1) NEUMOSUR: REVISTA DE LA ASOCIACIÓN DE NEUMÓLOGOS DEL SUR VOL.7, NUMERO 3, 1995). (2) (Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2005; 52: 474-489).

**0417 ERGOTISMO AGUDO EN UN PACIENTE HIV POSITIVO**

**F PIGLIACAMPO**, L MARTIN, R LARGHI, S PULCINELLI, C RONDINA  
Sanatorio Los Arroyos, Argentina.

**Introducción:** El ergotismo es una rara condición de vasoespasmio agudo hallado clásicamente en mujeres jóvenes y de edad media que ingieren agentes alcaloides derivados del ergot para el tratamiento de la migraña.

**Objetivo:** Considerar interacciones medicamentosas con fármacos de uso común, incluso en dosis única, en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (HIV) positivo bajo tratamiento antiretroviral.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, reporte de caso. Paciente femenino de 40 años de edad que ingresa por cuadro de 72 horas de evolución caracterizado por dolor, disminución de temperatura y parestesias urentes en ambos miembros inferiores, posterior a la ingesta de un comprimido compuesto de ibuprofeno 400 mg más cafeína anhidra 100 mg y ergotamina

tartrato 1 mg, por cefalea leve y aparente cuadro gastroenterítico. Durante el re interrogatorio en guardia general refiere tener el antecedentes de HIV diagnosticado hace aproximadamente 7 años, en tratamiento por servicio de infectología con terapia antiretroviral de alta eficacia: atazanavir – ritonavir, tenofovir y emtricitabina con CD4 mayor a 500 cel/mm3 y carga viral indetectable.

Examen físico: Vigil, lúcida, estable hemodinamicamente. Signos Vitales: Afebril, TA: 130/70 mmHg; FC: 100 lpm; eupneica. Buena entrada bilateral de aire, abdomen indoloro. Miembros inferiores: dolor, disminución de temperatura, palidez y ausencia de pulsos pedios y tibial posterior bilaterales.

Laboratorio: Hcto: 33,8%; Hb: 12,1gr%; GB 4.700 mil/mm3; Pla: 151.000 mil/mm3; VES: 15 mm; Ur: 20 mg/dl; Cr: 0,38 mg/dl; TGO: 39 U/l; TGP: 25 U/l; CPK: 1.623 U/l; LDH: 431 U/l; Na: 138mEq/l; K: 3,7 mEq/l; TP:14 seg; KPTT: 24 seg; Glic: 104 mg/dl; EAB: 7,42/31/145/20/-3/99

Diagnóstico por imágenes: Se realizan Eco doppler, AngioTAC y Arteriografía de aorta y ambos miembros inferiores que informan hallazgos compatibles con vasoespasmio del territorio femoro poplíteo, con flujo distal filiforme.

**Discusión:** Se interpreta el cuadro clínico como síndrome de isquemia aguda persistente infrapatelar bilateral secundario a ergotismo agudo. Se decide realizar infusión en bolo de papaverina (120 mg totales) y nitroglicerina intraarterial selectiva bilateral, observándose mejoría a nivel del eje femoro poplíteo, visualizándose flujo anterógrado, aunque filiforme a nivel infrapatelar.

Concurrentemente se inicia carga con 600 mg clopidogrel y mantenimiento de 150 mg/día; nifedipina 20 mg cada 12 hs; pentoxifilina 1200 mg/día en goteo continuo; anticoagulación con heparina sódica en infusión continua endovenosa; prostaglandina E1, 1 ampolla cada 12 hs por infusión continua, hidratación parenteral y analgesia con morfina.

Evoluciona favorablemente, con recuperación de temperatura, pulsos y disminución progresiva del dolor, decidiéndose control en sala y posterior ambulatorio.

**Conclusión:** Motiva la presentación del caso la baja frecuencia de aparición, pero potencialmente grave de esta interacción medicamentosa.

**0418 ESTRES NITROOXIDATIVO EN EL LAVADO BRONQUIOLO ALVEOLAR DE PACIENTES CON TRAUMA GRAVE**

**J GORRASI**<sup>1</sup>, G PELUFFO<sup>2</sup>, C BATTYANY<sup>2</sup>, H BOTTI<sup>2</sup>, M NAVI-LIAT<sup>2</sup>, E BARRIOS<sup>3</sup>, H CORREA<sup>1</sup>, M CANCELA<sup>1</sup>, R RADÍ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Catedra de Medicina Intensiva. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Udelar., Uruguay. <sup>2</sup> Centro De Investigaciones Biomédicas en Radicales Libres (Ceinbio). Facultad de Medicina. Udelar, Uruguay. <sup>3</sup> Departamento de Metodos Cuantitativos. Facultad de Medicina. Udelar, Uruguay.

**Antecedentes:** Durante situaciones de injuria pulmonar el oxido nítrico y especies activas del oxigeno son producidos por células endoteliales e inflamatorias. La injuria desencadenada por el trauma activa células inflamatorias que son potencialmente productoras de oxido nítrico y especies activas del oxigeno.

**Objetivo:** Estudiar la producción de oxido nítrico y estrés nitrooxidativo en pacientes con trauma.

**Métodos:** En pacientes con trauma en ventilación mecánica se realizo lavado bronquiolo alveolar (LBA) para tomar muestras para análisis. Se compararon con pacientes en ventilación mecánica sin trauma. En el fluido del LBA se determinaron nitrito, y nitrito (NO<sub>x</sub>), por método de Griess/cloruro de vanadio; malondialdehído (MDA) por cromatografía liquida de alta presión con detector fluorescente y 3-nitrotirosina (3-NT) por ELISA. Los valores se expresaron en media y desviación estandar. Se compararon usando test no paramétricos.

**Resultados:** Se estudiaron 26 pacientes con trauma y 7 pacientes en ventilación mecánica sin injuria traumática.

	Trauma	Control ARM	p
NO <sub>x</sub> (μM), LBA	32±22	19±8	0,032
NO <sub>x</sub> (μM), plasma	93±63	29±17	0,012
MDA (nM)	75±53	49±42	NS
3-NT	182±233	83±64	NS

Nitrito, y nitrato (NO<sub>x</sub>); malondialdehído (MDA); 3-nitrotirosina (3-NT).

**Conclusiones:** En lo pacientes con trauma grave existe evidencia de la producción pulmonar y sistémica de estrés nitrooxidativo y NO.

#### 0419 EFECTO DE LA SUSTITUCION DE LA FUNCION RENAL SOBRE LA VARIABILIDAD RESPIRATORIA DE LA VENA CAVA INFERIOR

J GORRAS<sup>1</sup>, A LAINO<sup>1</sup>, J ROMERO<sup>2</sup>, F GONZALEZ<sup>2</sup>, A BIES-TRO<sup>2</sup>, M CANCELA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Catedra de Medicina Intensiva. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Udelar, Uruguay. <sup>2</sup> Catedra de Nefrología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Udelar, Uruguay.

**Antecedentes:** La medida de la vena cava inferior (VCI) es un indicador del estado de volumen en pacientes en sustitución de la función renal (SFR) ambulatoria. **Objetivo.** Medir el efecto de la diálisis sobre la variabilidad de la VCI como indicador del cambio de volumen en SFR.

**Métodos:** Se estudiaron pacientes internados en medicina intensiva en ventilación mecánica con actividad respiratoria espontánea. La VCI se estudió con un ecógrafo Toshiba sonolayer con un transductor de 3.5 MHz, la VCI se midió en epigastrio con enfoque longitudinal. El diámetro de VCI se midió inmediatamente por debajo de la vena supra hepática. Se midió el diámetro máximo de VCI y el diámetro mínimo de VCI con movimientos respiratorios en el modo M. La variabilidad de la VCI se calculó como diámetro VCI máximo menos diámetro VCI mínimo sobre diámetro VCI máximo y expresado en porcentaje. Las medidas se efectuaron antes y después del procedimiento de SFR. Los valores se expresan en media y desviación estándar. **Resultados.** Se estudiaron 8 episodios de SFR en 5 pacientes internados en medicina intensiva. El volumen de ultrafiltrado fue 1883±1522 ml.

	Pre SFR	Post SFR	p
VCI máximo (mm)	15±3	16±2	NS
VCI mínimo (mm)	13±3	12±2	NS
DVCI (mm)	16±6	22±9	NS
PVC (mm Hg)	19±5	17±6	NS
Lactato arterial (mmol/L)	1,07±0,4	0,9±0,3	NS
Lactato vena central (mmol/L)	1,06±0,4	1,06±0,3	NS
Proteínas (g/dL)	5,45±0,7	5,6±0,25	NS
Albumina (g/dL)	2,04±0,3	2,1±0,2	NS
Hematocrito (%)	26±5	25±2	NS
SvcO <sub>2</sub> (%)	85±7	80±8	0,028
P(vc-a)CO <sub>2</sub> (mm Hg)	5±3,3	6±5	NS

**Conclusiones:** Si bien la DVCI aumentó con la SFR, solo la saturación venosa central cambió significativamente con el procedimiento. A pesar de un volumen de ultrafiltrado significativo, el reducido número de episodios estudiados no permite detectar cambios estadísticamente significativos en la concentración de proteínas y el hematocrito. La disminución en los valores de hematocrito podría ser explicada por atrapamiento en el circuito de hemodiálisis sin reposición sistémica. Dado que se trata de un estudio piloto se requieren un mayor número de pacientes para detectar cambios esperados

#### 0420 STATUS EPILEPTICO NO CONVULSIVO: TIEMPO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y MORBIMORTALIDAD HOSPITALARIA

NJ PRINI, PD COMIGNANI, V MOSQUEDA, B HUNTER, FA SOSA, JD OSATNIK, C HIGA, A MACCHIA  
Hospital Alemán, Argentina.

**Objetivo:** El Status Epiléptico No Convulsivo (SENC) tiene el potencial de promover daño neuronal y, en quienes sobreviven, trastornos cognitivos, convulsiones recurrentes o coma prolongado. La baja incidencia de este síndrome probablemente esté relacionada con su sub-diagnóstico.

El objetivo de este estudio fue analizar la correlación entre el tiempo de desaparición del status mediante medidas farmacológicas y la mortalidad.

**Material y métodos:** se analizaron enfermos ingresados al área crítica de manera consecutiva, a los que se les realizó durante la internación un electroencefalograma por los siguientes motivos: estado confusional continuo o fluctuante, trastornos del lenguaje, comportamientos anómalos, presencia de automatismos, bradipsiquia, coma o foco motor persistente sin otra causa objetivable. Fueron incluidos también aquellos que presentaron convulsiones tónico-clónicas generalizadas, o sospecha de período post-ictal prolongado. Se definió como SENC a la actividad epiléptica prolongada en un electroencefalograma (registro de por lo menos 30 minutos) con síntomas no convulsivos. Se evaluó la respuesta al tratamiento en dos grupos según el tiempo de remisión electroencefalográfica: mayor o menor de 48 hs. La principal variable que se utilizó para definir respuesta al tratamiento fue la terminación de la actividad eléctrica anómala en un registro de videoelectroencefalografía continuo de 24hs. A su vez se constató la evolución clínica, identificando la mejoría de las manifestaciones que llevaron a la solicitud del EEG. Se compararon las variables categóricas con test de chi cuadrado y las variables numéricas con test de Mann-Whitney para grupos independientes. Se consideró como significativo a un error alfa menor del 5%. Se realizó un análisis de ajuste por regresión logística previo proceso de re-muestreo por técnica de bootstrapping (1000 re-muestreos en total).

**Resultados:** Sobre un total de 87 pacientes estudiados con electroencefalogramas, 14 (16%) tuvieron estudios positivos para SENC. El 57% de los pacientes correspondieron al grupo 1 y 43% al grupo 2. La mortalidad en el primer grupo fue de 37,5% y 66% en el segundo (p=0,02). Luego de aplicar un modelo de regresión logística múltiple el tiempo de respuesta > a 48hs fue la única variable asociada independientemente a mortalidad, ajustada por antecedentes neurológicos, demencia e historia de convulsiones.

**Conclusiones:** En nuestros pacientes estudiados con electroencefalografías en UCI y con diagnóstico de SENC, el tiempo de respuesta al tratamiento fue predictor independiente de mortalidad. El número de enfermos representan una serie consecutiva de casos, durante un período de tiempo determinado. No fue calculada una muestra de pacientes específica ya que no medió intervención alguna que fuera comparada, ni existen datos claros en la literatura en alusión al tiempo de terminación de la crisis ni a su relación con el pronóstico. Los hallazgos podrían servir como generadores de hipótesis.

#### 0422 PACIENTES ≥ 80 AÑOS EN TERAPIA INTENSIVA: DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN Y EVOLUCIÓN DURANTE LA INTERNACIÓN. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 4 AÑOS

M LUGARO, M PRIETO, R PIÑEYRO, M GIOVAGNOLI, L BENITO MORI, P SCHOON  
HIGA Dr Luis Güemes, Haedo, Argentina.

**Introducción:** Con una expectativa de vida en aumento, los pacientes ≥80 años en UCI es una población en crecimiento de la cual no hay mucho conocimiento en nuestro país.

**Objetivo:** Describir la población y evolución de los pacientes  $\geq 80$  años en una UCI polivalente del conurbano bonaerense especializada en pacientes neurocríticos, quirúrgicos y traumáticos.

**Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes ingresados del 2008 al 2011  $\geq 80$  años. Se utiliza la base de datos prospectiva informatizada de la UCI.

**Resultado:** Se registraron 91 pacientes, 4 paciente no se analizaron por información insuficiente.

	Todos (87)	Vivos (49)	Muertos (38)
Edad, media DS	84 $\pm$ 3,6	84,5 $\pm$ 3,6	84 $\pm$ 3,4
Femeninos N (%)	55 (63%)	31 (63%)	24 (63%)
Apache II, media DS	21 $\pm$ 9	16 $\pm$ 7	27 $\pm$ 7
Sofa Ingreso, media DS	4,6 $\pm$ 4,5	2,8 $\pm$ 3	6,9 $\pm$ 5
Días int. en UCI, mediana (min-max)	4 (0-34)	3 (1-23)	5 (0-34)
Ingreso Medico N (%)	54 (62%)	25 (51%)	29 (76%)
Ingreso Quirúrgico N (%)	33 (38%)	24 (49%)	9 (23%)
Cirugía Urgencia N (%)	24 (27%)	16 (32%)	8 (21%)
Trauma N (%)	8 (9%)	6 (12%)	2 (5%)
AVM N (%)	53 (61%)	16 (32%)	37 (97%)
VMNI N (%)	13 (15%)	7 (14%)	6 (16%)
TQT N (%)	4 (5%)	0 (0%)	4 (11%)
Diálisis Urgencia N (%)	5 (6%)	2 (4%)	3 (8%)
Vasopresores N (%)	45 (52%)	12 (24%)	33 (86%)
Infección al Ingreso N (%)	44 (51%)	18 (37%)	26 (68%)
Infección adquirida en UCI N (%)	20 (23%)	7 (14%)	13 (34%)

Las causas médicas fueron mayoritarias (62%). De las quirúrgicas el 18% fue neuroquirúrgico, debajo de la general de esta UCI ( $\geq 40\%$ ). Los antecedentes prevalentes fueron: cardiológicos (72%), respiratorios (23%) y diabetes (22%). En la internación la AVM y los vasopresores se utilizaron en más del 50% de la población. La infección intra UCI fue del 23%, predominando la respiratoria (15 pts) seguido de ITU (9 pts), presentando algunos ambas infecciones.

**Conclusión:** Las causas médicas de admisión fueron prevalentes. La mortalidad se asocio a SOFA elevado, AVM y vasopresores. Este grupo desarrollo más SDRa e infecciones adquiridas en UCI. El pronóstico se relaciona con la gravedad del cuadro inicial y no parece la edad un factor para limitar el tratamiento.

#### 0423 HIPOTERMIA INDUCIDA Y NORMOTERMIA: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRITICOS

JE SANTILLAN, PA GASTALDI, SE GIANNASI, JE SAN ROMAN  
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La hipotermia inducida es un método utilizado como indicación absoluta (evidencia Ia), en aquellos pacientes que sobreviven a un paro cardiorespiratorio. Existen otras indicaciones relativas para su empleo (stroke isquémico). Otro criterio para su utilización es el de lograr normotermia con el fin de disminuir el uso de fármacos durante la respuesta inflamatoria sistémica. Se describe una serie de casos de esta terapéutica en 31 pacientes utilizando un equipo de enfriamiento externo (Blanketrol®). **Objetivo:** evaluar los efectos adversos y evolución de estos pacientes. **Materiales y Métodos:** Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de los pacientes a los que se les implemento ambas terapéuticas durante 16 meses. Se solicitó consentimiento informado para ceder los datos para el análisis. Se estudiaron: temperatura alcanzada, tiempo de duración, efectos adversos y mortalidad.

#### Resultados:

Hipotermia por daño neurológico (12)		Efectos Adversos				
		Plaquetopenia	Diskalemias	Hiperglucemia	Infecciones	Inestabilidad Hemodinámica
		Pos PCR (6)	83,3 %	83,3 %	50%	33,3%
HTE (5)	0 %	100%	100%	40%	60%	
Insuficiencia Hepática (1)	0%	100%	0%	0%	100%	
Normotermia en SIRS de diferente etiología (19)		57,8%	47%	52,6%	26%	31,5%

PCR: paro cardiorespiratorio. HTE: hipertensión endocraneana. Plaquetopenia: disminución del 50% del recuento plaquetario con respecto al previo al inicio de la terapéutica. Diskalemias: kalemia mayor a 5 y menor a 6. Hiperglucemias: glucemias mayores a 140. Infecciones: Presencia de foco infeccioso 46 hs luego de iniciada la terapéutica. Inestabilidad hemodinámica: requerimiento de inotrópicos.

El promedio de temperatura alcanzada en hipotermia fue de 32.4 °C y la duración de 36 hs; y en normotermia de 35,5 °C; con una duración de 120 hs.

**Conclusiones:** La hipotermia terapéutica en pacientes por daño neurológico revela efectos adversos relatados en la literatura siendo los más frecuentes la inestabilidad hemodinámica, los trastornos del potasio y la plaquetopenia. Mientras que la normotermia en pacientes con respuesta inflamatoria tuvo sensiblemente menores efectos adversos. De los pacientes con paro cardiaco la sobrevida fue del 50% al alta hospitalaria.

#### 0424 SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN EN UTI, DE INFRECUENTE ETIOLOGÍA POR POLIANGIITIS MICROSCÓPICA, CON EVOLUCIÓN FULMINANTE ASOCIADO A HEMORRAGIA ALVEOLAR MASIVA.

C CARRICONDO, F FERNANDEZ, J ARROYO  
Hospital Central, Argentina.

**Introducción:** La PAM es una vasculitis sistémica, inflamatoria y necrotizante de vasos pequeños, asociada a autoanticuerpos (ANCA). Muy infrecuente con incidencia de 1/100.000 y edad de aparición 50-60 años. Casi el 100% de los casos muestra afectación renal, que suele ser rápidamente progresiva, con requerimiento de terapia de reemplazo renal en más del 70% de los casos. El 90% (MPO)-ANCA P y 10% ANCA (-). Si bien el diagnóstico y tratamiento adecuado precoz mejora el pronóstico, con remisión en el 80% de los pacientes y supervivencia a cinco años del 75-85%; cuando hay compromiso respiratorio, que se da en el 20% de los casos con hemorragia alveolar masiva e insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM, el pronóstico es malo a pesar del tratamiento adecuado y precoz.

**Objetivo:** Presentar un caso de Síndrome Pulmón-Riñón de infrecuente etiología por Poliangeitis Microscópica. Observar evolución fulminante a pesar del tratamiento precoz cuando se asocia a hemorragia alveolar masiva.

**Material y Métodos:** Varón de 60 años con pérdida de peso de 6 Kg. en 6 meses, tos con expectoración hemoptoica de 2 meses de evolución que se exacerba en los últimos días, disuria y trazas de sangre en orina desde hace 5 meses. Ingreso a Htal y UTI por hemoptisis masiva, insuficiencia respiratoria y falla renal aguda. Examen físico: MEG, afebril, sin inotrópicos, TAM=65 mmHg. FC=70 lat/min. PVC 18 cmH2O. MV disminuido en ambos campos pulmonares, roncus escasos, sangrado por TET. Examen neurológico: normal. Piel: sin alteraciones. Exámenes complementarios. Rx: infiltrado intersticial alveolar bilateral. EAB: pH=7.21; Pco2: 30.1; PO2=90.7; bic=11,8; EB=-16, FIO2:1, PaFi=90, Creatinina 100 mg/l, urea: 2,5g/l, Na: 145 meq/l, K: 5 meq/l, Hto. 26%; ETT: FE=60%; derrame pericárdico leve, resto normal. FBC: mucosa congestiva y friable. BAL: gérmenes comunes, BAAR y hongos (-), +85% ma-

crófos cargados con hemosiderina. Perls +++ positiva. inmunológico: ANTI-DNA (-), ANA (-), FR(-), ANCA C: Negativo, P: (+) intenso, anti PMO: +, anti-MB: Negativo, CH50-C3-C4 normal, HIV (-), Hep. B (-), Orina: hemáties +200 en distinto estado de conservación, Hemocultivos: (-). Recibió inicialmente tto ATB, antifúngico, antiTBC por sospecha de cuadro infeccioso. Dgco: Síndrome riñón-pulmón: PAM .Tto: Metilprednisolona 1g EV por 3 días, Plasmaferesis, hemodiálisis, ARM protectora.

**Evolución:** desfavorable con hipoxemia refractaria, persistencia de hemorragia pulmonar, caída de Hto, infiltrados pulmonares en progresión sin respuesta al decúbito prono, anuria. Intercurrencia con NAV y bacteriemia por E. Cloacae. Evolución con FMO progresivo en siguientes 5 días al ingreso y óbito.

**Conclusión:** La PAM es una vasculitis infrecuente en la población, con compromiso constante renal, que requiere frecuentemente terapia de sustitución. Cuando aparece asociado el compromiso respiratorio con hemorragia alveolar masiva e insuficiencia respiratoria, el pronóstico es pobre a pesar del precoz y adecuado tratamiento tanto de la enfermedad de base como del soporte vital renal-respiratorio.

#### 0425 PARALISIS A BELL EN EL PUERPERIO - REPORTE DE 2 CASOS

M CHALLAPA, A MONSON, B TORREZ, R LOPEZ, G THOFEHRN Hospital de Trauma y emergencias Dr.Federico Abete, Argentina.

**Introducción:** El inicio de la parálisis de Bell durante el embarazo o el puerperio es, probablemente asociado con el desarrollo de los trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones virales. La tasa de prevalencia de la parálisis a Bell en el embarazo se estima en 45.1 casos por 100000 mujeres, considerablemente mayor que en la población no embarazada.

La mayoría de los casos se dan en el tercer trimestre y se han asociado a preeclampsia e hipertensión arterial gestacional .La incidencia de la parálisis posparto se sitúa entre el 1,6 y el 9,8% del total de casos de parálisis facial relacionada con la gestación.

**Material y métodos:** se presenta dos casos clínicos, que ingresan al área de emergencia derivadas del hospital materno Infantil para valoración clínica

**Desarrollo:** Paciente femenina de 31 años, con antecedentes de G2P1A1C0 derivada del Hospital Materno Infantil, cursando 12 horas de puerperio inmediato, caracterizándose por presentar Dolor en oído o la mejilla del lado izquierdo, tinnitus, el cuadro se acompaña de sequedad de los ojos, babeo, entumecimiento de la cara o la lengua o ambos, y cambios en el gusto de los dos tercios anteriores de la lengua.

Al examen físico ingresa lucida, afebril, normotensa  
Cara: se observa asimetría facial, con ptosis palpebral izquierda, borramiento de la comisura nasogeniana izquierda.

Neurológico: pupilas isocóricas reactivas, sin foco motor ni signos menígeos GCS 15/15

Femenina de 26 años, sin antecedentes de relevancia con G1P1A-0C0, en sus primeras 5 horas de puerperio inmediato consulta por tinitus, parestesia facial derecha.

Al examen físico: lucida orientada en tiempo persona y espacio, normotensa, afebril

Cara: asimetría facial, con borramiento de surco nasogeniano derecho.

Neurológico: GCS:15/15 sin foco motor ni menígeo

**Conclusiones:** La parálisis facial periférica, en una entidad que tiene una incidencia del doble en las embarazadas y puerperio que en la población en general, sin embargo esta no es un síntoma de alguna patología grave subyacente. Es importante conocer la alta incidencia de esta entidad en embarazadas para evitar estudios complementarios potencialmente riesgosos.

#### 0426 NEUMONITIS QUIMICA DEBIDO A INHALACION DE AMONIACO

G HUERTA LORENZETTI, Y ADALA, P LUFIEGO, M DORREGARAY, C ORELLANO, P DEBASTIANI, C ARNAUDIN, S TURANO, A SANCHEZ, K GARCÍA MEZA, L CORSIGLIA, C ROTH Hospital San Juan de Dios La Plata, Argentina.

**Introducción:** El amoníaco es un gas que al inhalarlo produce lesión exotérmica con necrosis colicuativa de la mucosa respiratoria dependiendo del tiempo de exposición, de la concentración del gas y de la profundidad de la inhalación. En forma aguda produce quemadura de la vía aérea e injuria pulmonar, evolucionar con SDRA e infecciones. Crónicamente presenta alteraciones funcionales respiratorias, patrón obstructivo de moderado a severo con restricción asociada.

**Objetivo:** Describir de un caso de neumonitis química por inhalación accidental de amoníaco y sus complicaciones.

**Método:** Reporte de caso. Masculino de 31 años con neumonitis química por inhalación de amoníaco. Presentó cuadro de insuficiencia respiratoria debido a quemadura de vía aérea, requiriendo IOT y ARM, quemaduras en cara, dorso de tórax y cara posterior de ambos muslos (22 % de superficie corporal, quemaduras tipo A). Broncoscopia: desde tráquea hasta bronquios segmentarios mucosa congestiva, edematizada recubierta por costras y membranas de aspecto fibrinoide-necrótica; úlceras en vertiente de carina y lóbulo superior derecho. Se extraen costras y membranas quedando vía aérea permeable.

Anatomopatología: tejido de necrobiosis.

Se constata lesiones irritativas en ambas fosas nasales y secreciones mucosas, congestión conjuntivo tarsal en ambos ojos con secreción. Intercurre con NAV, se rescata Klebsiella Pneumoniae, Pseudomona Aeruginosa. Evoluciona con SDRA.

Se realiza traqueostomía a los 10 días.

TAC de tórax: campo pulmonar derecho con patrón en vidrio esmerilado y dos lesiones cavitadas de 5cm. Colapso de lóbulo inferior izquierdo (LII), desplazamiento mediastinal por quistes subpleurales, e hidroneumotórax Izq. Se coloca avenamiento pleural izq presentando fístula broncopleural persistente y empiema.

2ª TAC de tórax: enfisema en TCS; dos imágenes cavitadas en LII, en comunicación con el espacio pleural. Neumotórax izq con tubo de drenaje, sin evidenciar reexpansión del parénquima, lesión cavitada en segmento posterior de lóbulo superior derecho y lóbulo medio. Destete exitoso.

Pasa a sala de cirugía de tórax donde se practica decorticación pleural izq con evolución tórpida y falla de reexpansión. Se realiza lobectomía inferior izq y decorticación del lóbulo superior izq.

A 6 meses de externado, en TAC de control: pérdida volumétrica del hemitórax izq. engrosamiento pleural en base pulmonar homolateral, con tractos fibrosos, áreas de atrapamiento basal derecho, espacios quísticos aéreos en segmento anterior y posterior de lóbulo superior derecho y la mayor en lóbulo medio.

Espirometría: moderada a severa obstrucción variable intratorácica sin respuesta broncodilatadora. Moderado descenso de la capacidad vital que podría deberse a atrapamiento aéreo o restricción asociada.

**Conclusión:** El paciente evolucionó en la forma esperada de acuerdo a la bibliografía consultada, con un cuadro de deterioro de su función pulmonar, con extensas secuelas evidenciadas en la TAC de tórax y complicaciones, SDRA e infecciones asociadas a la agresión tóxica sufrida.

#### 0427 REVISIÓN DE CASOS DE TRAUMATISMOS CRANEOENCEFALICOS EN EL PERIODO DE UN AÑO EN HOSPITAL MISERICORDIA NUEVO SIGLO

L LEONAR<sup>1</sup>, J CALVIMONTES<sup>1</sup>, P HUPPI<sup>2</sup>, F POCHETTINO<sup>1</sup>, A DÍAZ<sup>1</sup>, V ODDO<sup>1</sup>, G OLMEDO<sup>1</sup>, S NIEVA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Misericordia Nuevo Siglo-Córdoba, Argentina. <sup>2</sup> SEMM 107-Córdoba, Argentina.

**Introducción:** El manejo del paciente(pte) con TEC en Terapia Intensiva (TI), requiere la monitorización de variables clínicas. Se distin-

guirán los ptes que ingresan derivados del interior provincial, de otro nosocomio de capital o de guardia central de este hospital.

**Objetivo:** Describir las características y evolución de los TEC en TI según origen.

**Material y método:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y prospectivo. Se analizó desde el 1 de Mayo del 2011 al 30 de Abril del 2012. Se recolectaron los datos al pie de la cama del paciente y de historias clínicas.

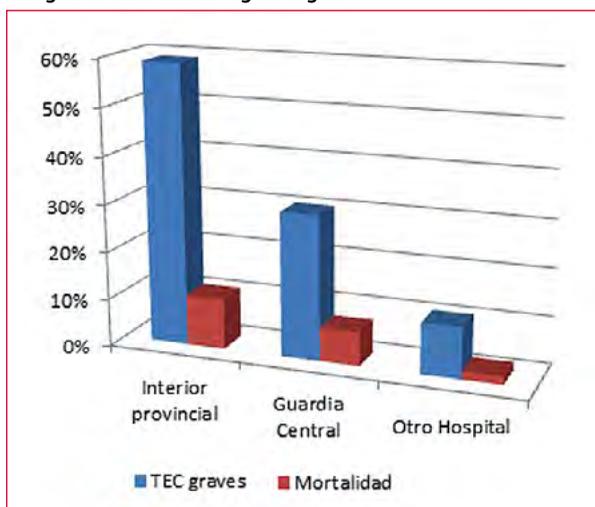
**Resultados:** Del total de 528 pte, ingresaron 56 (10.6%) con TEC. Se analizaron 56 casos. El 82.1% (n:46) varones, el promedio de edad: 32.3 años, el 82.1% (n: 46) menores de 45. La demora accidente -TI fue 12.8 hs promedio, derivados de otro hospital (29.6 hs), de guardia central (13,5 hs) y del interior provincial (9.3 hs), siendo estos el 58.9% (n: 33). Accidentes por vehículos a motor 76.7% (n:43), el 79% (n:34) por motos; seguidos por caídas de altura 8.9% (n:5). Halitosis alcohólica en 30.3% (n:17). Al ingreso a TI el 14.2% (n:8) presentaron TAM menor a 70, anisocoria/midriasis bilateral en 23.2% (n:13). El Score APACHEII al ingreso de 14,6 promedio. En la TAC de cráneo 64.2% (n:36) con lesiones de Bajo riesgo HTIC. El 28.5% (n: 16) con lesiones ocupantes, en 4 hubo craniectomía descompresiva. En 12 se monitorizó PIC, 9 con alto riesgo de HTIC por TAC, 1 con anisocoria, 1 con TAM menor a 70 y 1 con Glasgow menor a 4. El 62.5% (n:35) requirió ARM, con 9.6 días promedio, se realizó traqueotomía percutánea en 18 ptes. La mortalidad de 19.6% (n:11), el 54.5% (n:6) con edad superior a 45 años, el 81.8% (n:9) con TEC grave según ECG. Días en TI: 9.9 días promedio.

#### Diferencias respecto al tiempo de llegada

	Interior (9hs)	Guardia (13hs)	Otro hospital (29hs)
TEC	58.9% (n:33)	30.3% (n:17)	10.7% (n:6)
APACHE II	15.5	14	11.8
Días en TI promedio	10.2	10.9	8.7
Mortalidad	18% (n:6)	23.5% (n:4)	16.6% (n:1)

**Conclusión:** Los TEC contuyeron el 19% de los internados en TI, la mayoría derivados del Interior provincial, quienes presentaron menor tiempo de arribo. La mortalidad fue mayor en los pacientes que ingresaron por Guardia central, 23.5%.

#### TEC graves/Mortalidad según origen



#### 0428 SÍNDROME DE HIPERESTIMULACIÓN OVÁRICA GRAVE, CASO CLÍNICO EN TERAPIA INTENSIVA

JA RAMOS OLIVER, E ADAMOLI, A CARUSO, U ALEGRE, G CARTI

Sanatorio de la Corporación Médica de Gral. San Martín, San Martín, Pcia. de Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) puede ser producido en algunos casos por el uso de gonadotropina humana (GN) de ADN recombinante o de GN urinaria de mujeres menopáusicas, indicado para realizar estimulación ovárica controlada (EOC) con el objetivo de lograr la fertilización en casos de infertilidad, habiendo agotado previamente tratamiento habitual, sin éxito, el efecto adverso puede ir desde estadios leves a severos, con disfunción de órganos (DOM), con impacto en el endotelio, liberación de mediadores de inflamación, originando derrames como ascitis, pleural, Pericárdico, activación protrombótica, formación de trombos vasculares. Según la gravedad, a veces requiere el ingreso a Terapia Intensiva (UTI).

**Objetivos:** Presentar el SHO a través de un caso clínico del servicio de UTI, documentado en historia, clínica.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años nulípara, infértil sin lograr embarazo con tratamientos hormonales. Se somete a tratamiento de EOC con gonadotropina humana (GN) urinaria de mujer menopáusica a una dosis de 150 U/día por 3 días, luego 75 U del 6 al 9 día del ciclo, forma numerosos folículos, logrando gestación con elevación de la gonadotropina corionica sub unidad beta (GC-SB). A las dos semanas de EOC, presenta distensión y dolor abdominal, edemas en piernas, derrame pleural, ascitis, oliguria, elevación de bilirrubina y enzimas hepáticas, hipoalbuminemia, proteína C reactiva (PCR) elevada. Desarrolla síndrome compartimental abdominal con aumento de presión Intraabdominal (PIA) requiere paracentesis. Mejora con albúmina y diuréticos. El SHO se autolimita, lo que permite que continúe la gestación.

**Conclusiones:** Corresponde a un SHO grave por DOM, de aparición tardía con embarazo precoz. Con el uso de albúmina y diuréticos se autolimita, aún a pesar de que la continuidad del embarazo por sí es causa persistente del SHO.

**Referencia:** Youssef M, Al-Inany H, Evers J, Aboulghar M. Administración de líquidos por vía intravenosa para la prevención del síndrome de hiperestimulación ovárica grave. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 2. Art. No. CD001302.* (Cantineau AEP, Heinaman MJ, Cohlen BJ Inseminación Intrauterina (IIU) Simple vs. Doble en ciclos con hiperestimulación ovárica. *Cochrane plus 2008 N0 4 Oxford http://www.update-software.com Issue 3 Chichester, UK*)

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
<b>A</b>					
ABALOS, SF	355	AMENDOLARA, G	161	ATTIE, S	202
ABALOS, SF	391	AMERICO, C	405	AVACA, G	329
ABDALA, F	7	AMERISO, SF	379	AVACA, G	344
ABRIATA, G	92	AMOYAO, A	384	AVALOS, E	339
ABUTTI, M	367	AMUNDARAIN, E	67	AVILA, C	299
ACQUAFREDDA, M	384	AMUNDARAIN, E	326	ÁVILA, M	103
ACUARO, L	264	AMUNDARAIN, E	414	AVILA, RA	104
ADALA, Y	138	ANCHORENA, M	175		
ADALA, Y	426	ANCHORENA, M	215	<b>B</b>	
ADAMOLI, E	191	ANCHORENA, M	217	BADARIOTI, G	194
ADAMOLI, E	428	ANDERS, M	377	BADARIOTTI, G	66
ADAMOLI, EA	30	ANDREU, MF	79	BADARIOTTI, G	122
ADARVES, R	79	ANDRIANO, R	233	BADIA, M	170
ADDUCCI, MC	41	ANGAROLA, J	314	BADINO VARELA, MG	29
ADDUCCI, MC	61	ANSELMO, J	79	BADO, I	167
AGAZZI, D	371	ANTIK, A	103	BAESSO, S	247
AGAZZI, D	387	ANTONINI, M	187	BAEZ, A	79
AGORRODY, V	405	APAZA, F	409	BAGILET, D	410
AGÜERO, C	228	APHALO, V	371	BAGILET, DH	368
AGÜERO, E	367	APHALO, V	387	BAHAMONDES, E	327
AGUERO, J	233	APHALO, VM	396	BALASINI, C	125
AGUILAR, L	72	APREA RUDELLA, A	204	BALASINI, C	148
AGUILAR, L	163	APREA RUDELLA, A	208	BALASINI, C	169
AGUILAR, L	238	APREA RUDELLA, A	315	BALASINI, C	178
AGUILAR, L	360	APREA, V	135	BALASINI, C	181
AGUILERA, AC	369	ARAMBURU, MJ	277	BALASINI, C	396
AGUILERA, C	314	ARAMBURU, MJ	301	BALDUCCI, A	9
AGUILERA, JA	118	ARANA, G	92	BALDUCCI, A	10
AGUIRRE, CE	79	ARANA, G	406	BALDUCCI, A	400
AGUIRRE, F	154	ARANDA, A	286	BALEIRON, M	347
AGUIRRE, L	183	ARANDÍA, R	352	BALL, T	46
AGUIRRE, L	185	ARCIENEGA, C	352	BALLESTERO, MF	325
AGUIRRE, L	186	ARCIERI, S	299	BALLESTERO, MF	331
AGUIRRE, L	188	ARCIERI, SN	156	BALLESTRACCI, L	48
AGUIRRE, L	348	ARDILES, V	411	BALLESTRACCI, L	49
AHUMADA, C	58	AREAS, L	253	BALLESTRACCI, L	100
ALAMILLA, M	349	ARENALES, S	69	BAÑOS, SI	251
ALARCON, F	313	ARIAS, H	185	BARAC, L	282
ALBANESE, SP	104	ARIAS, H	190	BARAC, L	324
ALBARRACIN, J	213	ARIAS, H	252	BARCENA, L	225
ALBARRACIN, MV	164	ARIAS, V	267	BARCENA, L	387
ALCALA, AS	151	ARIENTI, R	397	BARRABINO, A	339
ALEGRE ESCOBAR, U	30	ARIGOS, M	389	BARRETO, N	347
ALEGRE, U	428	ARISTA, ME	136	BARRIENTOS, R	416
ALEMANO, G	360	ARISTA, ME	374	BARRIOS L., A	101
ALGORTA, G	167	ARMELINO, J	225	BARRIOS, A	9
ALLENDE, DE	65	ARNAUDIN, C	138	BARRIOS, C	70
ALMADA, M	157	ARNAUDIN, C	426	BARRIOS, C	143
ALMIRON, L	389	ARROYO, J	277	BARRIOS, E	418
ALONSO, F	31	ARROYO, J	282	BARRO, G	286
ALONSO, M	22	ARROYO, J	288	BARROSO, D	264
ALONSO, M	24	ARROYO, J	301	BARTOLETTI, SE	134
ALONSO, M	95	ARROYO, J	304	BARTOLI, C	141
ALONSO, M	218	ARROYO, J	356	BARTOLI, J	62
ALONSO, V	404	ARROYO, J	399	BARTOLOME, JE	367
ALTAMIRANO, G	7	ARROYO, J	415	BASCOLO VIVIANI, G	226
ALVAREZ, A	225	ARROYO, J	424	BASCOLO VIVIANI, G	230
ALVAREZ, FA	411	ARTURI, J	367	BASSO, N	233
ALVAREZ, J	51	ARUFE, D	100	BASSO, R	213
AMARILLA, C	339	ARVELOA, L	243	BATAGLIA, G	253
AMAYA, R	9	ASINARI, E	282	BATTHYANY, C	418
AMAYA, R	10	ASINARI, E	324	BATTISTINI, LA	137
AMAYA, R	400	ASIS, Y	186	BEAUJON BONILLA, ENDE	14
AMAYA, V	170	ASÍS, Y	185	BEAUJON BONILLA, ENDE	15
AMAYA, V	182	ASTOUL BONORINO, C	376	BECKER, A	78
		ATTIE, S	102	BECKER, A	406

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
BEJARANO, AM	389	BORRAJO, VH	22	CAMELLI, A	401
BELLI, V	65	BORRAJO, VH	24	CAMERLINGO, S	303
BELLONI, R	220	BORRAJO, VH	95	CAMERLINGO, S	329
BELTRAMINO, S	194	BORRAJO, VH	218	CAMPAGNE, CG	155
BENITES, M	198	BORSINI, E	346	CAMPAGNE, CG	160
BENITES, MH	85	BOSCHINI, P	115	CAMPASSI, ML	85
BENÍTEZ, DE	74	BOSSIO, M	343	CAMPASSI, ML	198
BENITO MORI, L	77	BOSSO, M	329	CAMPETELLA, A	286
BENITO MORI, L	334	BOSSO, M	344	CAMPUTARO, L	4
BENITO MORI, L	408	BOTTA, P	355	CAMPUTARO, L	5
BENITO MORI, L	422	BOTTA, P	388	CAMPUTARO, L	6
BERMEO, M	163	BOTTA, P	391	CAMPUTARO, L	7
BERNAL, E	273	BOTTI, H	418	CANALES, HS	396
BERNALDO DE QUIROS, M	276	BOZOVICH, G	190	CANCELA, M	82
BERNARDI, G	340	BRACCO, JD	155	CANCELA, M	280
BERNARDINI, M	339	BRANDOLI, D	340	CANCELA, M	302
BERRETA, J	9	BRAVO, A	313	CANCELA, M	305
BERRETA, J	10	BRIZUELA, M	58	CANCELA, M	305
BERRETA, J	400	BROTTO, C	9	CANCELA, M	320
BERRO, G	24	BRUNELLI, G	385	CANCELA, M	405
BERRO, G	95	BUCHANAM, P	286	CANCELA, M	418
BERTA, D	297	BUERI, J	50	CANCELA, M	419
BERTÉ, M	323	BUERI, J	51	CANEDO, E	359
BERTÉ, M	329	BUÑIRIGO, P	204	CANEDO, E	361
BERTÉ, M	344	BUÑIRIGO, P	208	CANESSA, C	29
BERTOSI, JP	93	BUSICO, M	225	CANOVAS, L	228
BEZZI, M	79	BUSSO, L	251	CAÑARTE-BERMÚDEZ, G	54
BIANCHI, L	264	BUSSO, L	256	CAPALBO, N	154
BIÉNZOBAS, D	163	BUSTAMANTE GALARZA, K	232	CARAVELLO, O	101
BIESTRO, A	302	BUSTAMANTE GALARZA, K	326	CARBALLIDO, G	103
BIESTRO, A	305	BUSTAMANTE, AP	313	CARBALLO, H	304
BIESTRO, A	320	BUSTAMANTE, C	125	CARBONI BISSO, M	93
BIESTRO, A	405	BUSTAMANTE, C	148	CÁRDENAS, V	371
BIESTRO, A	419	BUSTAMANTE, MC	358	CÁRDENAS, V	387
BILDER, C	188			CARDONATTI, G	229
BIRRI, MP	304	<b>C</b>		CARDONNET, L	195
BISPO, C	124	CABANA, L	270	CARIGNANO, M	322
BLANCH, L	278	CABANA, L	273	CARIGNANO, MA	311
BLANZACO, DU	389	CABANA, ML	409	CARIGNANO, MA	318
BLASCO DIEZ, S	121	CABRERA, A	171	CARIGNANO, MA	342
BLASCO, MA	325	CABRERA, A	234	CARIMAN, V	5
BLASCO, MA	331	CABRERA, A	237	CARIMAN, V	21
BLASCO, MA	338	CABRERA, MJ	277	CARINO, S	358
BLASCO, MA	341	CABRERA, MJ	301	CARLINI, R	389
BOFFINO, L	313	CABRERA, R	153	CARLUCCI, F	49
BOGADO, G	161	CACCIAGUERRA GOMEZ, JA	33	CARLUCCI, F	50
BOHM, S	337	CACCIAGUERRA GÓMEZ, JA	44	CARLUCCI, F	51
BOLAÑOS, R	397	CACERES, G	191	CARPIO, A	247
BOLASELL, C	134	CACERES, G	291	CARQUEIJEDA, G	397
BOLASELL, C	135	CACHARELLI, J	95	CARQUEIJEDA-ROMAN, G	60
BOLGIANI, A	220	CAGLIERI, V	277	CARQUEIJEDA-ROMAN, G	156
BOLZICCO, D	78	CAGLIERI, V	282	CARRERAS, L	125
BOLZICCO, D	406	CAGLIERI, V	288	CARRERAS, L	128
BOLZICCO, D	407	CAGLIERI, V	301	CARRERAS, L	243
BONELLI, I	102	CAGLIERI, V	304	CARRICONDO, C	424
BONELLI, I	202	CAGLIERI, V	356	CARRIZO, A	144
BONETTO, N	89	CAGLIERI, V	399	CARRIZO, M	17
BONETTO, N	144	CALDERÓN, F	227	CARRIZO, M	398
BONETTO, N	276	CALDERÓN, F	332	CARRIZO, P	297
BONGIORNI, GW	211	CALEJMAN, L	359	CARRIZO, S	89
BONGIORNI, GW	279	CALEJMAN, L	361	CARRIZO, S	276
BORDOGNA, A	227	CALLE, A	348	CARTELLI, A	5
BORDOGNA, A	332	CALLEJO, R	153	CARTELLI, A	233
BORDON, AE	118	CALLETTI, CG	301	CARTELLI, E	4
BORDÓN, AE	109	CALO, PD	43	CARTI, G	428
BORELLO, S	60	CALO, PD	216	CARUSO, A	428
BORELLO, S	79	CALVIMONTES, J	427	CARUSO, AJ	30
BORNACIN, E	232	CAMAMA, M	313	CARVALHO, C	224
BORNACIN, E	326	CAMARGO, M	206	CARVALHO, C	264

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
CASALDERREY, E	397	CHIACCHIARA, D	397	CREMONA, A	161
CASANOVA, M	67	CHIACCHIARA, DN	160	CRISTALDI, O	105
CASANOVA, M	326	CHIACCHIARA, DN	156	CRISTALDI, O	115
CASANOVA, M	396	CHIRICO, A	29	CRISTALDO, L	77
CASANOVA, M	414	CHOQUE, I	182	CRISTALDO, L	334
CASARETTO, A	229	CHOQUE, I	291	CRISTALDO, L	408
CASAS, F	206	CHOY, M	226	CRUZ, N	263
CASAS, JP	328	CHOY, M	230	CRUZ, N	284
CASSINA, M	203	CIARROCCHI, NM	411	CUELI, G	154
CASTAÑEDA, G	92	CICCIOLI, F	54	CUELI, G	289
CASTAÑO, T	54	CICORA, F	73	CUETO, G	121
CASTELLANI, P	256	CICORA, F	178	CUETO, G	170
CASTELLANO, RE	375	CICORA, F	181	CUETO, G	182
CASTELLUCCIO, P	67	CICORA, F	396	CUETO, G	191
CASTELLUCCIO, P	326	CINQUEGRANI, K	251	CUETO, G	291
CASTRO, FC	388	CIORDIA, I	103	CUNTO, E	119
CASTRO, FM	355	CIRES, V	340	CUNTO, E	124
CASTRO, P	115	CLAIRON, V	157	CUNTO, E	153
CASTRO, R	253	CLAIRON, VS	27	CURA, A	253
CASTRO, R	357	CLAIRON, VS	116	CUSMANO, L	29
CASTRO, SI	105	CLARETT, M	79	CZERWONKO, D	46
CASTRO, SI	115	COBOS, M	401		
CATALÁ, A	92	COCCOZ, D	407	<b>D</b>	
CATALDI, N	105	COLLADO, SA	373	DALDIN, J	309
CATALDO, M	79	COLOMBO, C	224	D'ALESSANDRO, M	149
CAVAGNARI, M	180	COLOMBO, C	264	DALQUIÉ, O	213
CAVAGNARI, M	209	COLQUE, D	247	DAMIANI, G	384
CECILIANO, A	48	COMIGNANI, D	377	D'ANDREA, E	77
CELARIO, P	241	COMIGNANI, P	73	D'ANDREA, P	339
CELARIO, P	242	COMIGNANI, P	177	D'ANGELO, P	188
CELIA, J	89	COMIGNANI, PD	310	D'ANNUNZIO, P	225
CELIA, J	144	COMIGNANI, PD	420	D'ANNUNZIO, P	371
CELIA, J	276	CONRADO, I	93	D'ANNUNZIO, P	387
CELIOPE, V	239	CONVERSO, G	329	DANZI, E	149
CENTENO, P	215	CORBALL, A	22	DARCHEZ, J	93
CENTENO, P	217	CORBELLI, D	342	DAS NEVES, A	358
CENTORBI, J	192	CORBELLI, D	322	DAS NEVES, AV	178
CEPEDA, G	58	CORBELLI, DP	311	DAS NEVES, AV	181
CERASO, CD	369	CORBELLI, DP	318	DAS NEVES, AV	396
CERASO, D	187	CORDEIRO, N	167	DAUD, M	270
CERASO, DH	314	CORDOBA CARRIZO, C	245	DAVALOS, W	223
CERASO, DH	395	CORDOBA, V	286	DÁVALOS, W	125
CERDA, E	267	CORIMAYO, L	297	DÁVALOS, W	148
CEREZO, CG	104	CORNELIO, M	226	DAVILA, C	203
CESARIO, H	169	CORNELIO, M	230	DAZA ARAMAYO, M	77
CESTARI, J	360	CORNESTEIN, W	170	DAZA, CA	319
CEVALLOS, SV	325	CORONEL, A	400	DE BONIS, A	232
CHAGALJ, D	158	CORONEL, C	61	DE CARLI, CF	65
CHALLADA, M	72	CORONEL, M	100	DE DIEGO, B	66
CHALLAPA, M	260	CORREA, GE	164	DE DIEGO, B	122
CHALLAPA, M	262	CORREA, GE	391	DE DIEGO, B	194
CHALLAPA, M	425	CORREA, H	418	DE FEO, F	9
CHAMUT, M	105	CORREA, S	141	DE LA CRUZ, N	260
CHAPARRO FRESCO, JN	339	CORREGER, E	278	DE LA ROSA, CR	335
CHAPARRO, S	161	CORREGER, E	339	DE MARCHI, GN	42
CHAPELA, SP	325	CORSIGLIA, L	138	DE ROSA, R	45
CHAPELA, SP	331	CORSIGLIA, L	426	DE ROSA, R	47
CHAPELA, SP	341	CORTEGGIANO, V	187	DE ROSA, R	48
CHAVES, A	282	COSENZA, S	45	DE RUEDA, MC	224
CHAVEZ, MC	355	COSENZA, S	46	DE SANTIBAÑES, E	411
CHAVEZ, MC	388	COSENZA, S	49	DE TOMMASO, C	6
CHAVEZ, MC	391	COSENZA, S	51	DEAN, E	331
CHEDIACK, V	119	COSENZA, S	100	DEAN, E	338
CHEDIACK, V	124	COTIGNOLA, M	79	DEBAISI, G	382
CHENA, A	192	COUCE, R	177	DEBAISI, GE	134
CHERTCOFF, FJ	341	COX, W	182	DEBAISI, GE	135
CHERTCOFF, FJ	343	COX, W	291	DEBAISI, GE	149
CHERTCOFF, FJ	346	COZZANI, C	121	DEBASTIANI, P	138
CHERTCOFF, JF	325	COZZANI, C	291	DEBASTIANI, P	426

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
DEHEZA, M	359	D'URSO, M	388	FERNANDEZ, J	89
DEHEZA, M	361	D'URSO, M	391	FERNANDEZ, J	144
DEHEZA, M	413			FERNANDEZ, J	276
DEICAS, A	280	<b>E</b>		FERNANDEZ, J	286
DEL RIO, L	217	EBBEKE, L	183	FERNANDEZ, J	299
DELARRIVA, A	89	EBBEKE, L	190	FERNANDEZ, L	409
DELARRIVA, A	144	ECHAVARRÍA, M	213	FERNÁNDEZ, MB	206
DELARRIVA, A	276	ECHAVE, JS	251	FERNANDEZ, ME	412
DEMERGASSO, M	120	ECHAVE, JS	256	FERNANDEZ, MJ	392
DEPAOLI, S	225	ECHEGARAY, R	115	FERNÁNDEZ, NS	151
DESCOTTE, EJ	325	ECHEVERRÍA, N	416	FERNANDEZ, RO	137
DESCOTTE, EJ	343	EISELE, G	122	FERRANTE, A	412
DESMERY, P	225	ELLEFSEN, K	352	FERRE, A	186
DESMERY, P	371	ELLEFSEN, K	362	FERRE, A	188
DESMERY, P	387	ELLEFSEN, K	383	FERRE, A	252
DESMERY, PM	396	ENCINA, M	286	FERRE, A	348
DESSY, S	156	ENCINA, N	247	FERREIRO BERTA, FJ	33
DEVES, A	70	ENDERS, JE	222	FERREIRO BERTA, FJ	44
DI BERARDINO, E	223	ENRICO, C	57	FERRERO, MI	253
DI LEO, ME	22	ENRIQUEZ, M	268	FERREYRA, M	338
DI LUCA, L	125	ERUSALIMSKY, R	111	FERREYRA, M	341
DI LUCA, L	148	ERUSALIMSKY, R	393	FERREYRA, MM	325
DI LUCA, L	223	ESCARDO, J	100	FERRO, D	400
DI SANZO, N	384	ESPINOSA, L	416	FIGUEROA, L	267
DÍAZ NIELSEN, E	204	ESPIÑOZA, N	8	FIGUEROA, M	141
DÍAZ NIELSEN, E	208	ESPIÑOZA, N	21	FIGUEROA, G	404
DÍAZ, A	90	ESPÓSITO, MR	289	FINN, LJ	253
DÍAZ, A	286	ESTENSSORO, E	125	FIQUEPRON, K	158
DÍAZ, A	62	ESTENSSORO, E	148	FIQUEPRON, KP	251
DÍAZ, A	427	ESTENSSORO, E	178	FIRPO, D	397
DÍAZ, C	273	ESTENSSORO, E	181	FIRPO, DJ	60
DÍAZ, C	54	ESTENSSORO, E	223	FLORES M, MARC	217
DÍAZ, G	195	ESTENSSORO, E	358	FLORES MONTES, M	175
DÍAZ, MF	136	ESTENSSORO, E	396	FLORES RODRIGUEZ, VE	36
DÍAZ, MF	374	ESTRIN, M	397	FLORES, A	117
DÍAZ, MF	379	ESTRIN, MA	60	FLORES, C	190
DÍAZ, S	273	EZCURRA, MC	29	FLORES, F	286
DÍAZ,, AG	235	EZCURRA, P	204	FLORES, J	328
DÍAZ-CISNEROS, P	54	EZCURRA, P	208	FLORES, M	105
DIBERARDINO, E	125	EZCURRA, P	321	FLORIO, L	405
DIBERARDINO, E	148			FOSSATI, MA	24
DIDIER, A	359	<b>F</b>		FOSTER, C	225
DIDIER, A	361	FAGALDE, GL	164	FRABOTTA, V	121
DIETZ, L	303	FAGALDE, GL	388	FRAIRE, RA	364
DIGIUNE, E	65	FALLATTI, C	163	FRAIRE, RA	376
DINO, M	286	FARFAN, F	273	FRAIRE, RA	381
DISTÉFANO, E	204	FARIAS, C	215	FRANCHINO, R	54
DISTÉFANO, E	208	FARIAS, JA	353	FRANCO, N	385
DO PICO, JL	54	FARIÑA, C	215	FREDES, S	329
DOGLIOTTI, A	172	FARIÑA, O	67	FREDES, S	344
DOMENICONI, G	309	FARIÑA, O	81	FREIBERGER, C	201
DOMINGUEZ, C	119	FARIÑA, O	232	FRIAS SALAZAR, A	299
DOMINGUEZ, C	124	FARIÑA, O	326	FROSIANI, SL	102
DOMINGUEZ, C	153	FARIÑA, O	339	FUENTES, J	211
DONA, A	47	FARIÑA, O	414	FUHR STADLER, ME	160
DONNIANNI, MC	79	FELD, V	204	FUNES, J	45
DORFMAN, B	67	FELD, V	208	FUNES, J	206
DORFMAN, B	326	FELDMAN, A	110	<b>G</b>	
DORFMAN, B	414	FELDMAN, A	169	GABILONDO, B	154
DORREGARAY, M	426	FELLER, C	22	GABIRONDO, B	289
DUARTE, D	404	FERNANDEZ CID, G	21	GALINDEZ, G	264
DUARTE, N	389	FERNÁNDEZ CID, G	8	GALLARDO, PF	355
DUBIN, A	57	FERNÁNDEZ MARTY, P	400	GALLARDO, PF	391
DUBIN, A	85	FERNANDEZ PAZOS, A	122	GALLETTI, C	277
DUBIN, A	198	FERNÁNDEZ, A	353	GALLETTI, C	288
DUCREY, MM	321	FERNANDEZ, D	213	GALLETTI, C	304
DURONTO, E	184	FERNANDEZ, F	415	GALLETTI, C	356
DURONTO, E	185	FERNANDEZ, F	424	GALLETTI, C	399
DURONTO, E	200	FERNANDEZ, G	315	GALLETTI, CG	282

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
GALLETI, CG	324	GIRA, A	100	GUIMARAENS, P	322
GALLI, LM	313	GODOY, D	171	GUIMARAENS, PN	311
GALLINI, O	264	GODOY, D	234	GUIMARAENS, PN	342
GALLINI, OR	224	GODOY, D	237	GURFINKEL, E	205
GALLO, HD	335	GODOY, M	39	GUTIÉRREZ MEYER, ME	227
GALLO, P	261	GOFFREDO, D	276	GUTIÉRREZ MEYER, ME	332
GALLUCCI, N	67	GOGNIAT, E	321	GUTIERREZ, F	389
GALLUCCI, N	326	GOGNIAT, E	337	GUTIÉRREZ, G	115
GALLUCCI, N	414	GOLDBERG, A	329	GUTIERREZ, L	95
GALVAN, ME	370	GOLDBERG, A	344	GUTIERREZ, L	389
GARAYALDE, C	21	GOLDENBERG, F	201	GUTIERREZ, R	352
GARAYALDE,, C	8	GOLDENBERG, FD	214	GUYON, J	228
GARCÍA MEZA, K	426	GOLDENBERG, FD	216	GUZMAN HUME, EP	33
GARCIA TURIELLA, R	78	GOLDIN, MF	311	GUZMÁN HUME, EP	44
GARCIA TURIELLA, R	406	GOLDIN, MF	318		
GARCÍA TURIELLA, R	92	GOLDIN, MF	322	<b>H</b>	
GARCÍA ZENÓN, T	36	GOLDIN, MF	342	HADDAD, J	226
GARCIA, A	247	GOLDSTEIN, D	213	HADDAD, J	230
GARCIA, E	89	GOLFARINI, N	313	HAYETIAN, V	397
GARCIA, E	144	GOMEZ AVAD, MS	313	HEIDENREICH, M	225
GARCIA, E	276	GOMEZ GENTILLI, M	241	HEIDENREICH, M	371
GARCIA, G	183	GOMEZ PAZ, RE	61	HEIDENREICH, M	387
GARCIA, G	186	GÓMEZ TRAVERSO, R	382	HEREDIA, M	62
GARCIA, G	200	GOMEZ, C	327	HERNANDEZ, J	269
GARCIA, G	252	GOMEZ, J	194	HERNANDEZ, J	271
GARCIA, G	348	GOMEZ, N	170	HERNANDEZ, J	274
GARCIA, J	49	GONA, C	339	HERNÁNDEZ, J	54
GARCIA, J	50	GONZA, N	244	HERNANDEZ, M	66
GARCÍA, L	206	GONZÁLES, R	367	HERNANDEZ, RV	350
GARCIA, M	67	GONZÁLES, A	358	HERRERA, C	90
GARCIA, M	89	GONZALEZ, AL	178	HERRERA, H	404
GARCIA, M	144	GONZALEZ, AL	181	HERRERA, I	223
GARCIA, M	276	GONZÁLES, AL	125	HERRERA, J	29
GARCIA, MA	414	GONZÁLES, AL	148	HERRERA, M	218
GARCÍA, MA	232	GONZALEZ, C	198	HERRERA, S	89
GARCÍA, MA	326	GONZALEZ, F	419	HERRERA, S	144
GARCÍA, V	167	GONZALEZ, G	187	HERRERA, S	276
GARCIN MENDOZA, V	239	GONZALEZ, M	267	HERRERA, V	245
GAREGNANI, LI	253	GONZALEZ, MC	85	HIGA, C	310
GARZON, J	261	GONZALEZ, P	149	HIGA, C	377
GASTALDI, PA	43	GONZÁLES, S	169	HIGA, C	420
GASTALDI, PA	53	GORINO, HM	232	HITA, A	51
GASTALDI, PA	423	GORINO, HM	326	HLAVNICKA, A	111
GAZZONI, MV	282	GORRASI, J	302	HLAVNICKA, A	136
GAZZONI, MV	324	GORRASI, J	305	HLAVNICKA, A	374
GERVASONI, LC	151	GORRASI, J	320	HLAVNICKA, A	379
GHELLINAZA, F	313	GORRASI, J	405	HLAVNICKA, A	393
GIACHETTO, G	168	GORRASI, J	418	HORMANSTÖRFER, GR	326
GIANASSI, S	54	GORRASI, J	419	HÖRMANSTORFER, GR	232
GIANNASI, S	321	GOSIS, C	339	HUAMAN DE LA CRUZ, J	154
GIANNASI, SE	43	GOSSSEN, L	347	HUERTA LORENZETTI, G	426
GIANNASI, SE	53	GRAGEDA, O	362	HUERTA, G	138
GIANNASI, SE	201	GRASSI, F	325	HUNTER, B	177
GIANNASI, SE	411	GRASSI, F	346	HUNTER, B	310
GIANNASI, SE	423	GRAZIANI, M	224	HUNTER, B	420
GIANNONI, R	198	GRECO, G	286	HUPPI, P	427
GILLI, MS	156	GRIECO, L	136		
GIMÉNEZ, E	230	GRIECO, LN	374	<b>I</b>	
GIMENEZ, L	315	GRIEVE, CG	389	IBAÑEZ, I	373
GIMÉNEZ, M	54	GROER, C	314	IBAÑEZ, MB	79
GIMÉNEZ, M	111	GROER, GC	369	IEZZI, N	313
GIMÉNEZ, M	393	GROSSI, C	253	IGLESIAS, CV	109
GIMÉNEZ, P	329	GUAYMAS, M	52	IGLESIAS, F	125
GIMÉNEZ, P	344	GUAYMAS, M	110	IGLESIAS, F	148
GIOVAGNOLI, M	77	GUERRERO, M	228	IGLESIAS, F	223
GIOVAGNOLI, M	422	GUERRERO, S	68	IGLESIAS, M	324
GIRA, A	46	GUILLÉN, J	303	IGLESIAS, S	303
GIRA, A	47	GUILLLOT, A	22	ILUTOVICH, S	323
GIRA, A	50	GUIMARAENS, P	318	ILUTOVICH, S	329

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
ILUTOVICH, S	344	KLEIN, F	348	LLAPUR, B	271
INCE, C	57	KLEIN, J	200	LLAPUR, B	274
INTILE, D	178	KLEINERT, M	177	LLERENA, C	229
INTILE, D	181	KLIN, P	205	LLORIA, M	238
INTILE, D	204	KLINSUK, SL	155	LLUBERAS, R	405
INTILE, D	208	KLINZUK, SL	160	LOIACONO, F	360
INTILE, D	225	KOCH, ER	158	LOJO, A	347
INTILE, D	371	KOCIK, D	9	LONDERO, E	98
INTILE, D	387	KOCIK, D	10	LONDERO, E	120
INTILE, DA	396	KOCIK, D	400	LONGHI ROSSI, C	180
IRASTORZA, MN	387	KOLLER, J	383	LONGHI ROSSI, C	209
IRASTORZA, N	225	KRIZISNIK, L	339	LOPEZ RAMOS, R	72
IRASTORZA, N	371	KUBARYK, FH	151	LOPEZ SAUBIDET, I	202
IZU LU, L	358			LOPEZ, AC	155
IZZICUPO, MA	195	<b>L</b>		LOPEZ, AC	160
IZZO, G	175	LA RUINA, L	82	LOPEZ, AC	384
IZZO, G	215	LACQUANITI, N	158	LOPEZ, J	221
IZZO, G	217	LAFFAYE, F	267	LOPEZ, L	170
		LAGE, S	339	LOPEZ, R	425
<b>J</b>		LAGRUTTA, M	195	LOUDET, C	178
JANSMAN, F	313	LAGUENS, G	278	LOUDET, C	181
JANUSZEVKI, C	247	LAINO, A	280	LOUDET, C	223
JARQUE, A	225	LAINO, A	419	LOUDET, C	358
JEREZ, FM	164	LAMBERGHINI, R	33	LOUDET, CI	396
JEREZ, FM	388	LAMBERGHINI, R	44	LOVESIO, C	172
JEREZ, MF	391	LAMBERT, F	358	LOVESIO, C	180
JERMAN, M	46	LAMOT, S	194	LOVESIO, C	209
JERMAN, M	47	LANDA, M	54	LOVESIO, C	345
JERMAN, M	49	LAPLACETTE, MV	9	LOVESIO, L	172
JERMAN, M	50	LAPUNOV, L	82	LOVESIO, L	180
JIMENEZ, H	389	LARES, M	125	LOVESIO, L	209
JOFRE, R	204	LARES, M	148	LOVESIO, L	345
JOFRE, R	208	LAREU, M	105	LOZADA, V	383
JORRO BARÓN, FA	134	LARGHI, R	417	LUCCINO, P	327
JORRO BARÓN, FA	135	LARRAIN, S	358	LUENGO, R	278
JORRO BARÓN, FA	149	LARRAÍN, S	125	LUFIEGO, P	138
JUAREZ GOMEZ, N	229	LARRAÍN, S	148	LUFIEGO, P	426
JUAREZ, C	270	LARREA, MJ	393	LUGARO, M	334
JUAREZ, J	365	LASCAR, FM	338	LUGARO, M	422
JUAREZ, PD	164	LASCAR, FM	343	LUGONES, J	247
JUAREZ, PD	388	LAURENTI, N	345	LUIS, M	244
JUAREZ, PD	391	LAUSADA, N	278	LUMETTO, RR	373
JUAREZ, V	239	LAZARTE, P	243	LUNA, L	273
		LEDESMA, I	277	LUNA, NV	222
<b>K</b>		LEDESMA, I	288	LUQUE, MP	392
KABLAN, P	93	LEDESMA, I	304	LUQUE, N	110
KAHAN, Y	58	LEGARTO, A	161	LUTKEVICIUS, C	158
KALOUSECK, M	156	LEGUIZA, M	42		
KALTENBACH, G	267	LEGUIZAMON, L	244	<b>M</b>	
KANOORE EDUL, VS	57	LEIVA, G	215	MACARRON, GE	251
KARATANASOPULOZ, R	347	LEIVA, V	204	MACARRON, GE	256
KECHER, L	389	LEIVA, V	208	MACCHIA, A	177
KECSKES, C	286	LEIVA, V	225	MACCHIA, A	310
KECSKES, C	322	LEIVA, V	371	MACCHIA, A	420
KECSKES, CE	311	LEIVA, V	387	MACHIN, C	147
KECSKES, CE	342	LEONAR, L	427	MADUSSI, S	261
KECSKES, CE	411	LEOZ, A	225	MAESTRE TORRES, D	29
KELLER, R	376	LEOZ, A	371	MAIDANA, M	404
KECKES, C	318	LEOZ, A	387	MALATINI, M	222
KHOURY, M	325	LEOZ, AR	79	MALDONADO, R	362
KIRSZNER, G	194	LERMAN, D	70	MALDONADO, R	383
KLEIN, F	183	LERMAN, D	143	MALLET, M	46
KLEIN, F	184	LEVY, A	305	MAMANI ROMANO, C	77
KLEIN, F	185	LEVY, G	347	MAMY, G	276
KLEIN, F	186	LIPOVESTKY, F	162	MANAGO, M	172
KLEIN, F	188	LIPOVESTKY, F	299	MANCHO, Y	277
KLEIN, F	190	LIPZYC, F	51	MANCHO, Y	288
KLEIN, F	205	LLAMAS, JC	392	MANCHO, Y	304
KLEIN, F	252	LLANOS, LF	413	MANCHO, Y	399

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
MANRIQUE, E	58	MASEVICIUS, D	54	MONTEVERDE, N	63
MANSILLA, M	264	MASEVICIUS, D	86	MONTOYA, C	261
MANTI, A	138	MASEVICIUS, FD	85	MONZON MOLINAS, A	260
MARANZANA, A	143	MASEVICIUS, FD	198	MONZON MOLINAS, A	263
MARAÑÓN, M	352	MASIANO, M	389	MONZON, A	284
MARCHENA, C	125	MASKIN, B	72	MORALES, J	299
MARCHENA, C	148	MASKIN, LP	102	MORALES, MF	28
MARCHENA, C	178	MASKIN, P	202	MORALES, PM	53
MARCHENA, C	181	MASTRACCHIO, JA	331	MORALES, PM	214
MARCHENA, MC	223	MASTRACCHIO, JA	346	MORANTE, M	105
MARCHENA, MC	358	MATTIELLO SACCHI, LV	29	MOREIRA, J	178
MARCO DEL PONT, M	381	MAYANS, MA	364	MOREIRA, J	181
MARCOS, J	278	MAZZINI, H	45	MORENA, A	225
MARCOS, L	391	MAZZOLA, V	323	MORENO CRUZ, M	36
MARCOS, LS	164	MELATINI, L	160	MORENO, C	125
MARCOS, LS	355	MELNIK, G	121	MORENO, C	148
MARCOS, SL	388	MENCHACA, A	147	MORENO, C	223
MARE, S	42	MENCHACA, A	167	MORENO, H	286
MARE, S	101	MENCHACA, A	168	MORENO, J	170
MARE, S	193	MENCHACA, AE	63	MORENO, J	182
MARE, S	221	MENCHACA, AE	240	MORENO, L	227
MARENGO, JL	192	MENDEZ, JE	61	MORENO, LL	256
MARENGO, M	192	MENDEZ, JL	350	MORETTI, D	368
MARGUELICHE, P	223	MENDEZ, M	161	MORETTI, L	204
MARI, E	69	MENDIBURU, A	384	MORETTI, L	208
MARI, EA	330	MENDIZABAL, M	100	MORETTI, L	313
MARIANI, J	177	MENOSCAL, K	413	MORVELLI, J	264
MARÍN, ME	373	MENZELLA, JM	65	MOS, F	371
MARINELLI TRILER, I	68	MERCADO, J	273	MOS, F	387
MARINO, A	52	MERCADO, S	398	MOSCIARO, M	68
MARINO, A	110	MERCADO, SM	63	MOSEINCO, M	85
MARINO, A	329	MERCADO, SM	240	MOSQUEDA, M	177
MARINO, G	315	MEREGALLI, CN	134	MOSQUEDA, V	73
MARKIEVICH, S	42	MEREGALLI, CN	135	MOSQUEDA, V	310
MARQUEVICH, V	45	MEREGALLI, CN	149	MOSQUEDA, V	377
MARQUEVICH, V	46	MESSAD TARCHINI, M	367	MOSQUEDA, V	420
MARQUEVICH, V	47	MESSINA, G	261	MOTA, M	167
MARQUEVICH, V	48	MICHELANGELO, H	286	MUHAFARA, GJ	253
MARQUEVICH, V	51	MICOL, M	280	MUÑIZ, P	286
MÁRQUEZ, N	163	MIDLEY, AD	321	MUÑOZ PÉREZ, JF	9
MARTELLI, N	384	MILANÉS, V	92	MUÑOZ, F	228
MARTI, A	232	MINGUEZ, A	141	MUSANTE, G	51
MARTIN, A	286	MINGUEZ, A	340	MUSCARELLO, AF	33
MARTÍN, J	399	MINGUEZ, A	365	MUSCARELLO, AF	44
MARTIN, L	417	MINOLDO, E	328	MUSSO, G	172
MARTIN, M	74	MIRANDA, P	384		
MARTINEZ BARRETO, C	48	MOCHI, D	93	<b>N</b>	
MARTINEZ NAVARRO, M	190	MOLGARA, J	17	NADIR, ME	239
MARTINEZ NAVARRO, M	200	MOLGARA, J	398	NAHMÍAS, G	329
MARTINEZ NAVARRO, M	252	MOLINA, D	325	NAHMÍAS, G	344
MARTINEZ, A	318	MOLINA, D	343	NANNI, L	168
MARTINEZ, C	268	MOLINA, F	289	NAVARRO, NC	85
MARTINEZ, E	86	MOLINA, M	110	NAVARRO, NC	198
MARTÍNEZ, F	393	MONARDO, D	50	NAVARRO, R	328
MARTINEZ, GS	151	MONGUES, G	17	NAVEIRO, L	125
MARTINEZ, J	286	MONGUES, G	398	NAVEIRO, L	148
MARTINEZ, J	360	MONSON, A	262	NAVEIRO, L	223
MARTINEZ, LR	155	MONSON, A	425	NAVILIAT, M	418
MARTINEZ, LR	160	MONTAMAT, M	141	NELSON, G	286
MARTINEZ, M	389	MONTAMAT, M	340	NEME, J	367
MARTINEZ, R	226	MONTAMAT, M	365	NICKELS, N	276
MARTINEZ, R	230	MONTEFIORE, JP	125	NIETO, W	309
MARTINI NOVAS, S	105	MONTERO-TINNIRELLO, J	345	NIEVA, AM	158
MARTINUZZI, ALN	22	MONTES, GS	79	NIEVA, M	228
MARTINUZZI, ALN	24	MONTESERIN, U	78	NIEVA, S	90
MARTINUZZI, ALN	95	MONTESERIN, U	406	NIEVA, S	340
MARTINUZZI, ALN	218	MONTEVERDE, E	158	NIEVA, S	365
MARULLO, EA	151	MONTEVERDE, E	353	NIEVA, S	427

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
NISNIK, A	62	OTERO, DI	251	PETRACCA, PE	364
NISNIK, A	340	OTERO, DI	256	PETRICIO, R	416
NISTAL, D	10	OTTONE, C	410	PICCIRILLI, AE	256
NOGUERAS, C	119	OVIEDO, C	270	PICHINAO, L	384
NOGUERAS, C	124			PIETROBON, JS	33
NOGUERAS, C	153			PIETROBÓN, JS	44
NOSTI, CA	111	<b>P</b>		PIGLIACAMPO, F	417
NOSTI, CA	393	PACHADO, J	151	PIGLIAPOCO, VE	134
NOVAL, D	204	PACHECO, P	69	PINA, D	70
NOVAL, D	208	PACHECO, PN	330	PINA, D	143
NOVAL, D	323	PAGANI, F	184	PINA, JM	192
NOVAL, D	329	PAHNKE, P	327	PINCHEIRA, C	141
NOVAL, D	344	PAIZ, M	347	PINCHEIRA, C	340
NÓVILE, M	98	PALADINI, H	184	PIÑERO, F	100
NOVO, MN	253	PALAORO, A	22	PIÑERO, ME	346
NOYA, S	101	PALAORO, A	22	PIÑEYRO, R	77
NOYA, SE	42	PALAORO, A	22	PIÑEYRO, R	422
NOYA, SE	193	PALAZZO, A	303	PIPOLO, L	315
NUNES VELLOSO, V	110	PALAZZO, A	329	PIRIZ, A	184
NUNES VELLOSO, V	359	PALAZZO, A	344	PIRIZ, A	185
NUNES VELLOSO, V	361	PALIZAS, F	225	PIRIZ, A	186
NUÑEZ, A	95	PALIZAS, F	401	PIRIZ, A	188
NUÑEZ, AE	326	PÁLIZAS, F	162	PIRIZ, A	190
NUÑEZ, E	17	PALLERO, MR	151	PIROLO, G	45
NUÑEZ, E	398	PALMIERI, A	225	PISTILLO, N	67
NUÑEZ, J	51	PANADERO, JA	392	PISTILLO, N	81
NUÑEZ, J	93	PANIAGUA, M	221	PISTILLO, N	414
		PANIAGUA, MM	193	PITA, L	187
<b>O</b>		PARDAL, G	264	PIZÁ, H	229
OBREGON, L	22	PARDO, P	221	PLA CÁRDENAS, JF	151
OBREGON, L	24	PARDO, PE	193	PLANELLS, F	204
OBREGON, L	95	PARMA, G	405	PLANELLS, F	208
OBREGON, L	218	PARODI, R	195	PLANO, F	404
OCAMPOS, V	77	PARUSSINI, C	270	PLATA, F	362
OCCHIUZZI, AS	79	PASCUALI, D	10	PLATA, F	383
ODDO, V	427	PAVON, D	367	PLAZA, A	409
OJEDA, M	329	PAVON, S	304	PLAZA, C	101
OJEDA, M	344	PAVÓN, S	277	PLITT, A	169
OLAGUE, C	63	PAVÓN, S	288	PLÖGER, C	416
OLIVERI, L	161	PAZ, G	253	PLOTNIKOW, G	204
OLIVIERI, MS	164	PAZ, M	73	PLOTNIKOW, G	208
OLIVIERI, MS	388	PAZOS, A	405	PLOTNIKOW, G	225
OLIVIERI, MS	391	PEIN, C	175	PLOTNIKOW, G	371
OLMEDO, G	427	PEIN, C	215	PLOTNIKOW, G	387
OLMOS KUTSCHERAUER, D	279	PEIN, MC	57	POCHETTINO, F	90
OLMOS KUTSCHERAUER, DE	211	PEIN, MC	217	POCHETTINO, F	427
ORELLANO, C	138	PELLEGRINI, C	192	PODESTÁ, MF	227
ORELLANO, C	426	PELUFFO, C	313	PODESTÁ, MF	332
ORLANDI, MC	350	PELUFFO, G	418	POLISZUK, J	395
OROPEZA, L	270	PENAZZI, ME	69	POLISZUK, J	412
ORQUERA, J	171	PENAZZI, ME	330	POLO, D	413
ORQUERA, J	234	PERALTA, E	407	POMBO, G	122
ORQUERA, J	237	PEREYRA, B	68	PONCE, RJ	39
ORREGO, P	349	PEREYRA, C	77	PONTET, J	82
ORSATTI, M	22	PEREYRA, C	334	PORCEL, A	125
ORTEGA, J	89	PEREYRA, C	408	PORCEL, A	148
ORTEGA, J	144	PEREYRA, D	299	PORCEL, A	358
ORTEGA, J	276	PEREYRA, ML	49	PORJOLOVSKY, E	5
ORTIZ, M	10	PEREZ ACOSTA, C	252	PORJOLOVSKY, E	8
ORTIZ, M	400	PÉREZ DE LA HOZ, RA	57	PORJOLOVSKY, E	21
ORTIZ, S	276	PÉREZ DE LA PUENTE, C	373	PORJOLOVSKY, E	213
OSACAR, F	315	PEREZ VALDEZ, C	22	POTERALA, RM	353
OSATNIK, J	177	PEREZ VALDEZ, C	24	POVEDANO, G	379
OSATNIK, JD	310	PEREZ VALDEZ, C	95	POZO, C	77
OSATNIK, JD	420	PEREZ VALDEZ, C	218	POZO, N	408
OSATNIK, JO	377	PEREZ, E	228	PRATESI, P	45
OSMAN, M	93	PEREZ, J	154	PRATESI, P	46
OSTERA, D	407	PESAT, E	60	PRATESI, P	47
		PESAT, E	397		

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
PRATESI, P	48	RAMACCIOTTI, J	245	RODRIGUEZ RATTARO, J	294
PRATESI, P	50	RAMASCO, L	355	RODRIGUEZ RATTARO, J	354
PRATESI, P	51	RAMASCO, L	388	RODRIGUEZ, AC	53
PRATTO, R	204	RAMASCO, L	391	RODRIGUEZ, C	154
PRATTO, R	208	RAMIREZ, M	223	RODRIGUEZ, C	238
PRETEL, MA	33	RAMIREZ, M	358	RODRIGUEZ, C	289
PRETEL, MA	44	RAMIREZ, MM	368	RODRIGUEZ, G	305
PREVIGLIANO, I	395	RAMOS OLIVER, J	30	RODRIGUEZ, JR	191
PREVIGLIANO, I	412	RAMOS OLIVER, JA	428	RODRIGUEZ, M	79
PREVIGLIANO, L	85	RAMOS, A	172	RODRIGUEZ, M	138
PREVIGLIANO, L	198	RAMOS, A	180	RODRIGUEZ, P	202
PREVIGLIANO, PI	369	RAMOS, A	209	RODRÍGUEZ, P	125
PREZZAVENTO, G	31	RAMOS, A	345	RODRÍGUEZ, P	148
PRIETO, I	182	RAMOS, G	4	RODRIGUEZ, PA	358
PRIETO, I	291	RAMOS, G	7	RODRIGUEZ, PO	102
PRIETO, M	77	RAMOS, G	31	RODRIGUEZ, S	286
PRIETO, M	334	RAMOS, G	127	RODRÍGUEZ, V	163
PRIETO, M	422	RAMOS, G	213	ROJAS, G	397
PRINI, N	177	RAMOS, L	286	ROJAS, ME	28
PRINI, NJ	310	RAPELA, L	204	ROJAS, S	89
PRINI, NJ	377	RAPELA, L	208	ROJAS, S	144
PRINI, NJ	420	RATTO, ME	158	ROJAS, S	276
PROS, P	253	RATTO, ME	227	ROLANDO, M	169
PUCHULU, F	204	RATTO, ME	332	ROLFO, V	54
PUCHULU, F	208	RAVAZZOLA, M	183	ROLFO, VE	155
PUERTAS, R	313	REARTE, AS	164	ROLFO, VE	160
PUJALES, G	117	RECUPERO, O	227	ROLLET, R	153
PUJOL LEREIS, V	379	REINA, R	125	ROMAN, G	223
PULCINELLI, S	98	REINA, R	148	ROMANO, C	334
PULCINELLI, S	417	REINA, R	178	ROMAO, D	260
<b>Q</b>		REINA, R	181	ROMAO, D	262
QUAGLINO, M	410	REINA, R	223	ROMAO, D	284
QUAGLINO, MB	368	REINA, R	358	ROMBOLÁ, VA	134
QUIJANO, A	329	REINA, R	396	ROMBOLÁ, VA	135
QUIJANO, A	344	REMY, DO	151	ROMERO, EA	211
QUINTANA, J	225	REQUESENS, E	325	ROMERO, EA	279
QUINTANA, R	410	REQUESENS, E	331	ROMERO, G	10
QUINTERO HOYOS, CJ	201	REQUESENS, E	343	ROMERO, J	419
QUINTEROS, A	89	RETAMAL, L	95	ROMERO, M	177
QUINTEROS, A	144	REVEL CHION, P	110	ROMERO, MB	255
QUINTEROS, A	276	REYES, P	29	ROMERO, ML	42
QUINTEROS, J	352	REYNOSO, S	223	ROMERO, ML	101
QUINTEROS, M	412	RIAL, S	103	ROMERO, ML	193
QUINTEROS, QM	369	RICCIARDELLI, M	253	ROMERO, ML	221
QUINTEROS,, MF	235	RIENZI, V	225	ROMERO, S	213
QUIROGA, C	204	RIENZI, V	371	RONDINA, C	98
QUIROGA, C	208	RIENZI, V	387	RONDINA, C	120
QUIROGA, C	225	RIOS PARRAGA, U	274	RONDINA, C	417
QUIROGA, C	371	RIOS, F	360	ROSA, M	339
QUIROGA, C	387	RIÓS, F	163	ROSALES, R	401
QUIROS, R	46	RIOSECO, R	218	ROSSETTI, Z	154
QUIROS, R	268	RISSE PATRÓN, J	115	ROSSETTI, Z	289
QUISPE LAIME, AM	155	RISSE VASQUEZ, A	85	ROSSI, D	315
QUISPE LAIME, AM	160	RISSE VAZQUEZ, A	57	ROSSI, J	286
QUISPE LAIME, AM	384	RISSE VAZQUEZ, AM	198	ROTH, C	138
QUISPE, F	273	RISSE, N	226	ROTH, C	426
<b>R</b>		RISSE, N	230	ROTONDO, M	157
RABINO, M	256	RISSE-VÁZQUEZ, A	54	ROTONDO, MS	116
RABINO, M	332	RIVAS, M	17	ROTRYNG, F	299
RABUFFETTI, R	95	RIVERA, L	190	ROUX, N	321
RACOSTA, J	348	RIVEROS, S	68	ROVIRA, D	157
RADI, R	418	RIZZI, H	4	ROVIRA, DA	27
RAGIO, D	192	RIZZI, H	213	ROVIRA, DA	116
RAMACCIOTTI, J	241	ROBERT, G	105	RUANO, C	224
RAMACCIOTTI, J	242	ROBERTI, J	73	RUANO, C	264
RAMACCIOTTI, J	243	ROBINO, L	167	RUBACHIN, S	30
RAMACCIOTTI, J	244	ROBLES, J	172	RUBATTO, NP	85
		RODRIGUEZ HINOJOSA, H	36	RUBATTO, PN	198
		RODRÍGUEZ LUCCI, F	379	RUIZ, EA	109

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
RUIZ, EA	118	SANTA MARÍA, A	344	SOLI, SB	27
RUIZ, EA	319	SANTAGIULIANA, M	303	SOLI, SB	116
RUIZ, M	89	SANTILLAN, JE	423	SOLOAGA, ED	325
RUIZ, M	144	SANTOPINTO, M	177	SOLOAGA, ED	338
RUIZ, M	276	SANTORO, L	291	SOLOAGA, ED	341
RUIZ, VR	388	SANTOS, A	337	SORIA, E	177
RUIZ-CABELLO, MA	392	SANTOS, C	82	SORIA, VG	279
RZEPESKI, M	251	SANTOS, C	240	SOSA, A	73
RZEPESKI, M	256	SARASKETA, JJ	151	SOSA, A	177
		SAUL, P	124	SOSA, A	206
<b>S</b>		SAÚL, P	119	SOSA, FA	310
SAAVEDRA, S	151	SAÚL, P	153	SOSA, FA	377
SACCA, M	261	SAVASTANO, B	169	SOSA, FA	420
SÁENZ, MG	178	SAVERO, J	396	SOTELO, D	339
SÁENZ, MG	181	SCALISE, L	184	SOTO, JL	346
SÁENZ, MG	358	SCALISE, LG	314	SOTOMAYOR, P	115
SAGARDIA, J	294	SCAPPELLATO, JL	204	SPERANZA, N	167
SAGARDÍA, J	354	SCAPPELLATO, JL	208	SPERANZA, N	168
SAGARDÍA, J	357	SCAPPELLATO, JL	371	SPITALE, N	141
SAINTOUT, J	264	SCAPPELLATO, JL	387	SPITALE, N	340
SALA, F	226	SCAPPELLATO, JL	396	SPITALE, N	365
SALA, F	230	SCHMIDT, A	413	STANELONI, I	286
SALAS, MA	268	SCHMUKLER, A	120	STEFANINI, L	201
SALAS, R	77	SCHOON, P	77	STEINER, J	158
SALAS, R	334	SCHOON, P	334	STOCKI, AM	155
SALAZAR, E	286	SCHOON, P	408	STRATI, J	334
SALGADO, G	54	SCHOON, P	422	STRINGA, P	278
SALMO, F	185	SCRIGNA, J	407	STURBA, D	111
SALMO, F	200	SCRIGNA, M	204	SUAREZ, JP	66
SALOMON, Y	175	SCRIGNA, M	208	SUAREZ, JP	122
SALOMON, Y	215	SENESTRARI, R	8	SUAREZ, JP	194
SALVADO, C	30	SENESTRARI, R	21	SUAREZ, S	256
SALVATI, I	79	SEOANE, LS	386	SUAREZ-SIPMANN, F	337
SALVATIERRA, C	111	SEPULVEDA, M	22	SUASNABAR, A	367
SAN JUAN, J	119	SEPULVEDA, M	24	SUELDO, R	242
SAN JUAN, J	124	SEPULVEDA, M	95	SUELDO, R	243
SAN JUAN, J	153	SEPULVEDA, M	218	SUELDO, R	244
SAN ROMAN, E	337	SERRA, A	147	SUTERA, S	110
SAN ROMAN, JE	43	SERUR, C	93	SUTTON, G	187
SAN ROMAN, JE	53	SESELOVSKY, S	180	SUTTON, G	395
SAN ROMAN, JE	201	SESELOVSKY, S	209	SUTTON, G	412
SAN ROMAN, JE	214	SETTECASE, C	410	SVAMPA, S	218
SAN ROMAN, JE	216	SETTECASE, CJ	368	SZEKELY, P	393
SAN ROMAN, JE	423	SETTEN, M	102		
SAN ROMÁN, JE	54	SETTEN, M	202	<b>T</b>	
SAN ROMÁN, JE	411	SIABA SERRATE, A	353	TACCINI, R	320
SANCHEZ DE LORIA, JC	156	SIBILA, GA	52	TACHDJIAN, G	193
SÁNCHEZ MIÑOPE, JT	118	SIERRA, FJ	384	TADEO GARISTO, V	354
SÁNCHEZ MIÑOPE, JT	319	SILBERZSAC, G	294	TADEO GARISTO, V	357
SÁNCHEZ OTAOLA, L	69	SILBERZSAC, G	354	TAFFAREL, P	135
SANCHEZ PERI, M	68	SILBERZSAC, G	357	TAGLIAFERRO, E	213
SANCHEZ, A	426	SILLITANO, SG	338	TAGLIAFERRO, P	233
SANCHEZ, C	371	SILLITANO, SG	341	TAL BENZACRY, S	358
SANCHEZ, C	387	SILVA, L	54	TAL BENZECRY, S	125
SANCHEZ, J	243	SILVA, L	271	TAL BENZECRY, S	148
SANCHEZ, J	245	SILVA, L	274	TAMAGNONE, F	86
SANCHEZ, JP	192	SILVA, L	409	TANUZ, M	158
SANCHEZ, MF	364	SILVESTRE, A	227	TAROCCO, L	280
SANCHEZ, MF	376	SIMES, E	17	TARRUELA, P	93
SANCHEZ, MF	381	SIMES, E	398	TASSARA, A	253
SANCHEZ, N	226	SIMIONATO, M	125	TAUIL, GA	70
SANCHEZ, N	230	SIMIONATO, M	148	TAUIL, GA	143
SANCHEZ, P	180	SIMIONATO, M	223	TEDESCO, D	30
SANCHEZ, P	209	SINNER, JF	53	TEJERA, D	280
SANCHEZ, R	136	SIRI, B	263	TEJERINA, JE	297
SANCHEZ, RI	374	SIRI, B	284	TEJERINA, O	54
SÁNCHEZ-MIÑOPE, JT	109	SIRI, B	333	TEJERINA, O	409
SANTA MARIA, A	323	SNACHEZ, J	244	TELECHEA, H	167
SANTA MARÍA, A	329	SOLANO, R	261	TELECHEA, H	168

<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>	<b>Autor</b>	<b>Resumen</b>
TENASCZUK, K	339	<b>V</b>		VICENTE, L	406
TERAN, MD	214	VACA NARVAJA, R	416	VIDAL, L	270
TERAN, MD	216	VACCARO, H	382	VIDAL, L	273
TERUSI, A	29	VALDERRAMA, F	358	VIDAL, L	409
TESTONI, I	120	VALDIVIA DAHL, A	29	VIGNOLI, R	167
TEVES, J	226	VALENTINI, R	102	VILLA, M	170
TEVES, J	230	VALENTINI, R	202	VILLA, M	182
THERIANO, M	6	VALERO, E	190	VILLAFANE, MC	79
THOFEHRN, G	72	VALIDO, G	169	VILLAGRA, M	286
THOFEHRN, G	425	VALLEJOS, LF	395	VILLALBA, D	204
THOFERN, G	262	VALLUSI, J	311	VILLALBA, D	208
TIRIBELLI, N	329	VALUSSI, J	318	VILLALOBOS SILVA, JA	36
TIRIBELLI, N	344	VANDERSANDE, R	328	VILLALOBOS, M	352
TOLOSA, C	171	VANELLA, E	68	VILLALOBOS, M	362
TOLOSA, C	234	VARELA, B	29	VILLALOBOS, M	383
TOLOSA, C	237	VARELA, C	154	VILLAR, O	119
TONELLI, C	170	VARELA, D	374	VILLAR, O	124
TONELLI, C	291	VARELA, D	374	VILLAREJO, F	225
TORANZO, GA	235	VARGAS, D	270	VILLAREJO, F	238
TORO, M	284	VARGAS, D	273	VILLARROEL, S	54
TORO, M	333	VARGAS, D	409	VILLARROEL MENDOZA, SD	411
TORREGROSA, C	261	VARGAS, JM	218	VILLARROEL, J	213
TORRES BODEN, M	121	VARGAS, L	228	VILLARRUEL, M	253
TORRES BODEN, M	170	VARGAS, M	233	VILLASANTE, F	48
TORRES BODEN, M	182	VÁSQUEZ, D	358	VILLAVICENCIO, N	170
TORRES BODEN, M	291	VÁSQUEZ, DN	178	VILLAVICENCIO, N	182
TORRES, A	175	VÁSQUEZ, DN	181	VILLEGAS, PR	350
TORRES, ALBE	217	VÁSQUEZ, DN	387	VINZIO, M	309
TORRES, B	72	VÁSQUEZ, DN	396	VIOLI, D	334
TORRES, E	415	VÁSQUEZ, L	225	VIRGILIO, SA	253
TORRES, F	191	VASTA, L	299	VITERI, A	29
TORRES, M	191	VAUSTAT, D	153	VITTONI, L	278
TORRES, S	323	VAZQUEZ MONICO, S	154	VIVERO, JC	350
TORRES, S	329	VAZQUEZ, DN	371	VOGL, P	350
TORRES, SF	376	VAZQUEZ, E	90	VOMMARO, S	66
TORRES, VI	155	VAZQUEZ, J	397	VOSS, J	77
TORREZ, B	262	VAZQUEZ, JA	41		
TORREZ, B	425	VAZQUEZ, JA	60	<b>W</b>	
TORREZ, R	182	VAZQUEZ, JA	61	WAINSZTEIN, N	136
TORREZ, R	191	VAZQUEZ, JA	156	WAINSZTEIN, N	379
TORRI, C	384	VÁZQUEZ, MF	9	WAINSZTIEN, N	374
TOZZI, W	313	VAZQUEZ, WD	137	WALSER, AG	251
TOZZI, WA	253	VEDOVATO, ES	156	WERBER, G	122
TROGLIO, F	271	VEGA, G	54	WILLIG, M	175
TROGLIO, F	274	VEGA, G	270		
TROZZI, S	339	VEGA, JJ	66	<b>Y</b>	
TUHAY, G	183	VELASQUEZ, M	271	YEBARA, A	161
TUHAY, G	186	VELASQUEZ, M	274	YIC, C	82
TUHAY, G	188	VELASQUEZ, P	413	YIC, C	305
TUHAY, G	190	VELAZQUEZ, M	203	YOST, P	286
TUHAY, G	252	VELÁZQUEZ, M	54	YUGRA, V	297
TUHAY, G	348	VÉLEZ, AM	65	YUNIS, N	116
TUMINO, L	223	VELEZ, M	220	YUNK, O	309
TUMINO, L	358	VELEZ, S	367		
TURANO, S	138	VELLUSO, C	359	<b>Z</b>	
TURANO, S	426	VELLUSO, C	361	ZABALA, C	362
TURINA, M	169	VENUTI, MS	43	ZABALA, C	383
TUSMAN, G	337	VENUTI, MS	214	ZACARIAS, L	226
TUYA, L	253	VENUTI, MS	411	ZACARIAS, L	230
		VERA, E	78	ZADCOVICH, S	110
<b>U</b>		VERA, E	92	ZALIMBER, R	286
UGARRIZA, J	299	VERA, E	406	ZAMBRANO, G	220
ULLOA BERSATTI, M	229	VERDE, G	253	ZAMORA, MC	74
UNGAR, F	47	VERDE, G	294	ZAMUDIO, B	21
UNGAR, F	48	VERDINES PIÑA, JM	36	ZAMUDIO, R	8
UNGAR, F	51	VICCICONTTE, A	315	ZANARDI, P	226
URBINATI, P	116	VICENTE, L	78	ZANARDI, P	230
URBINATI, P	157	VICENTE, L	92	ZELADA, M	233
URIBE, R	24				