

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

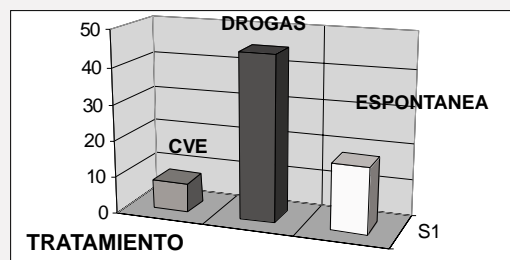
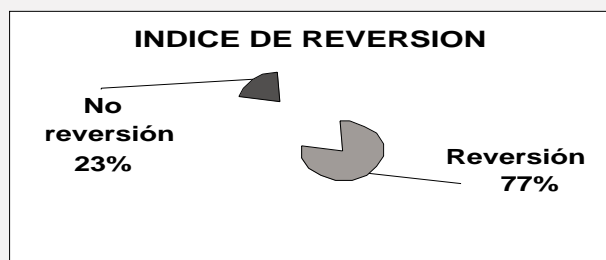
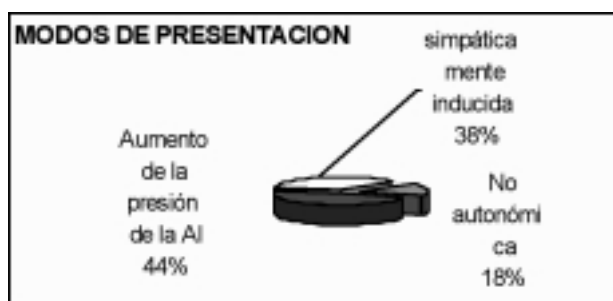
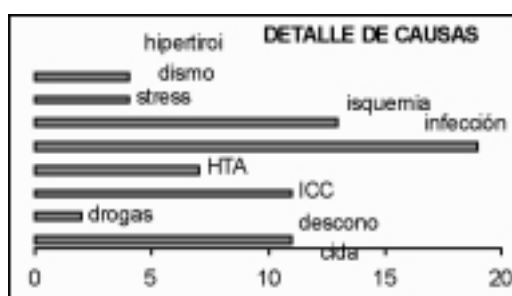
CATEGORIZACION DE LOS PACIENTES INTERNADOS CON DIAGNOSTICO DE FIBRILACION AURICULAR AGUDA.

Dr G J Adamowicz, Dr N. Morelli, Dr L E Dajud. Hospital Municipal J.C. Sanguinetti (Pilar, Prov. de Buenos Aires), Hosp.Tornú (Gob. De la Ciudad de Buenos Aires), Policlínico Bancario (Obra Social Bancaria Argentina).

OBJETIVOS: 1) Estudiar las características clínicas de una serie de pacientes admitidos con diagnóstico de FA aguda. 2) Determinar la distribución de las causas que condicionan la aparición de esta arritmia y evaluar las variables predictoras de reversión.

MATERIALES Y METODOS: Este es un estudio retrospectivo observacional que incluyó 71 pacientes de 70+-22 años de edad, sexo masculino: 35 p (49.2 %), que consultaron a guardia por disnea de reposo (42,3%), palpitaciones (23,9%), angor (21,1%) u otros síntomas (12,6%), constatándose FA AGUDA (de menos de 48 hs. de evolución) como único diagnóstico ó como hallazgo asociado a otra entidad clínica. El análisis estadístico se realizó mediante la pruebas de chi cuadrado y análisis de varianza.

RESULTADOS: Cursaron con alta respuesta ventricular el 88,7%.

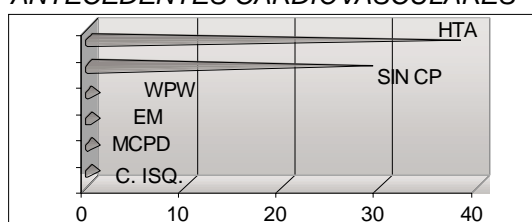


EDAD SEGÚN CAUSAS DESENCADENANTES

	Obs	Edad (media)
Desconocida	12	72.833 +-18,2
Elevación de la pr. AI	29	72.690 +-20,8
Simpáticamente inducida	25	65.680 +-23

p=0,03

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES



	NO REVERSION	REVERSION	
Edad	69,9 +- 16 años	70 +- 23,4 años.	p=0,78
Causas	No auton: 2, pr: 5, simp: 9.	No auton: 11, pr: 26, simp: 18	p=0,23
Tratamiento	CVE:0, Drogas:11, Espontánea:5	CVE:8, Drogas:34, Espont:13	p=0,25

CONCLUSIONES: 1) Se trata de una serie con edad promedio avanzada que, en su mayoría, el único antecedente relevante era HTA o no presentaban cardiopatía estructural conocida. 2) Aquellos con FA de etiología autonómica (simpáticamente inducida) fueron significativamente más jóvenes. 3) Los síndromes infecciosos constituyeron la entidad clínica subyacente más prevalente y dentro de ellos la neumonía fue la más frecuente. 4) El éxito en la reversión no se asoció a ningún grupo etario, cuadro clínico subyacente o drogas utilizadas.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

FALLO RENAL AGUDO EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA CARDÍACA. FACTORES DE RIESGO PERIOPERATORIOS Y EVOLUCIÓN INMEDIATA.

Karatanasopuloz Ricardo

Autores: A. Piacenza, R. Karatanasopuloz, M. González, D. Cardozo, S. De Tournemine.

Instituto de Cardiología de Corrientes. Argentina.

OBJETIVOS: evaluar los factores de riesgo perioperatorios asociados al desarrollo de fallo renal agudo en el postoperatorio de cirugía cardiovascular. Evaluar la evolución en el postoperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio caso-control. Análisis retrospectivo de datos registrados prospectivamente de pacientes sometidos a cirugía cardíaca durante los años 1998, 1999 y 2000.

Se analizaron variables: a) Preoperatorias (sexo, edad, función ventricular izquierda (FVI), disfunción renal previa, diabetes, HTA, cirugía de urgencia). b) Intraoperatorias (tiempo de CEC, balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA), salida dificultosa de CEC). c) Postoperatorias (bajo gasto cardíaco, vasoplejía, oliguria, sangrado, reoperación y politransfusión). La evolución postoperatoria se evaluó mediante las siguientes variables: tiempo de ventilación mecánica, de internación en UTI, sepsis y mortalidad.

Análisis Estadístico: análisis univariado mediante el test de Chi cuadrado para las variables nominales y test de Student mediante ANOVA o Kruskal-Wallis para las variables continuas. Análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística múltiple stepwise. En ambos análisis se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Un total de 739 pacientes fueron sometidos a cirugía cardíaca. Fueron excluidos los pacientes con fallo renal preoperatorio 16/739 (2,2%). La incidencia de fallo renal postoperatorio fue de 11,1% (80/723). La edad media fue de 60(±12) años (rango 16-85 años). El 70.5% de la población fue de sexo masculino.

Factores de riesgo perioperatorios: los mas relevantes se muestran en la tabla 1.

Factor de riesgo	Fallo renal (%)	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
Disfunción renal previa	57.1	14.9	7.2 - 30.9	< 0.001
Deterioro severo FVI	23.7	3.1	1.7 - 5.5	<0.001
Salida difícil de CEC	23.9	2.9	1.5 - 5.7	<0.001
BCIA	28.2	3.8	2 - 7	<0.001
CEC larga (>140 min.)	19.4	3.2	1.8 - 5.6	<0.001
Bajo gasto cardíaco	28.5	4.9	2.8 - 8.3	<0.001
Politransfusión	39.4	6.8	3.7 - 12	<0.001
Oliguria	50	14	7.8 - 25.8	<0.001

Análisis multivariado: Los factores de riesgo que mantuvieron la significancia estadística fueron: disfunción renal previa, bajo gasto cardíaco y oliguria.

Evolución en el postoperatorio inmediato: La evolución de los pacientes con fallo renal en el período postoperatorio fue francamente desfavorable comparada con los pacientes sin fallo renal. La terapéutica con hemodiálisis fue necesaria en el 21.3 % (17/80 pacientes). La mortalidad fue del 41,2 % (7/17) en los pacientes con hemodiálisis.

Variables	Fallo Renal	Sin Fallo Renal	OR	IC	Valor de p
Int. UTI Prolongada	27.6%	6.5%	5.5	3.3 - 9.2	<0.001
Sepsis	13.9%	2.7%	5.9	2.4 - 14.2	<0.001
Mortalidad	17.5%	3.9%	5.24	2.4 - 11.2	<0.001

Conclusiones: la disfunción renal previa, el bajo gasto cardíaco y la oliguria son predictores independientes de fallo renal agudo. El fallo renal se asocia a peor evolución postoperatoria. La mortalidad es significativamente mayor, sobre todo en los pacientes que requieren hemodiálisis.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

EVALUAR LA EVOLUCION DE LA ANGINA INESTABLE Y EL USO DE UNO O DOS TROP TEST SENSITIVE ENTRE UNIDADES CORONARIAS Y TERAPIAS INTENSIVAS

Bono J, Fernández Cid G, Suasnabar R, Flores L, Ramos H. e Investigadores del Estudio Multicéntrico TROTESATI.

Objetivo: Evaluar y comparar la evolución de los pacientes (p) con Angina Inestable entre las Unidades Coronarias y Terapias Intensivas Polivalentes.

Determinar si ambos tipos de Unidades requieren de dos determinaciones de la Troponina T (TNT) cualitativa para aumentar la sensibilidad (S) y especificidad (E) del Test.

Material y Método: Se evaluaron las características clínicas y los resultados obtenidos de los (p) ingresados en el Estudio Multicéntrico del uso del Trop T Sensitive en (p) con Angina Inestable, dividiendo a los mismos de acuerdo a si pertenecían a Unidades Coronarias (UC) (G^oA) 195 (p) o Terapias Intensivas Polivalentes (G^oB) 184 (p).

Resultados: Hubo diferencias significativas entre el G^oA y B en los siguientes parámetros clínicos: edad: 65,1 +-12,9 vs, 60,8 +- 13 (p<0,05); cambios en la T: 65,4 vs. 48,4% (p<0,005); Supradesnivel del ST 11,5 vs. 22,2% (p<0,05); ARC 65,6 vs. 46,7% (p<0,0005); angor prolongado 12,3 vs. 34,2% (p<0,0000005) y KK 4: 83,3 vs. 47% (<0,00000001).

No hubo diferencias significativas de la tasa de Eventos Isquémicos hospitalarios y en el N^o de TNT (+) con uno y dos (T). Con respecto al valor pronóstico del (T) con respecto a la tasa de IAM Q y resultado (-) y el uso de 1 y 2 (T) fueron 1,3 y 0,7% en el G^oA (reducción 46%) y de 4,2 y 0,8% respectivamente en el G^oB (reducción 80%). En IAM noQ en el G^oA fueron 6,3 y 4,3% (reducción 72%) con uno y dos (T) y en el G^oB 7,6% y 3,9% (reducción 49%)

Conclusiones: Se observaron diferencias significativas en los parámetros clínicos entre ambos tipos de Unidades mostrando a priori que la gravedad de los pacientes era mayor en las Unidades coronarias.

En las UC la (S) y (E) es mayor con el primer (T) con respecto a las UTI polivalentes. Las UTI polivalentes requieren de un segundo (T) para disminuir los falsos (-) y mejorar la (S) y (E).

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

ANGINA INESTABLE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Fernández Cid, G.; Luciano, J.; Garabedian, C.; Golub, S.; Braco, J.

Unidad de Cuidados Intensivos y Cardiología. Hospital E. Tornú. Buenos Aires. Argentina

Objetivo: Evaluar la evolución durante su internación y a los 6 meses de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de Angina Inestable.

Material y Método: Se evaluaron retrospectivamente 71 Historias Clínicas de pacientes ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos con diagnóstico de Angina Inestable desde marzo de 1999 hasta septiembre de 2000. Se logró obtener datos de su evolución luego de su internación y hasta los 6 meses en 33 pacientes. Se tabularon los factores de riesgo al ingreso, antecedentes de IAM previo, cambios en el ECG de ingreso, tratamiento efectuado en su internación, si se les efectuó CCG y su evolución posterior hasta los 6 meses.

Resultados: En la tabla siguiente se consignan los elementos tabulados

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33			
Sexo	M	M	M	F	M	M	M	M	M	F	F	M	M	M	F	M	F	M	M	M	M	M	M	F	M	M	M	F	F	M	F	F	M			
Edad	52	60	56	79	84	57	90	48	64	74	67	61	64	44	83	65	72	68	82	68	69	54	42	68	47	49	69	77	68	68	69	81	59			
Tabaco		X		X		X		X					X	X	X				X		X		X		X				X							
HTA	Si	X	X							X	X		X		X	X	X		X	X			X	X	X		X		X		X	X				
Dislipemia			X			X										X							X	X	X							X	X			
DBT				X						X		X	X	X		X							X											X		
IAM previo	X	X			X		X	X		X		X		X		X		X	X			X		X	X		X			X		X		X		
Cambios ECG			X	X	X		X		X		X		X			X		X	X				X				X	X				X	X		X	
CPK										X										X																
Hep. Sódica						X		X				X				X	X		X	X				X												X
HBPM	x	X	X				X		X		X							X				X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	
CCG				x																	X	X												X		
Evolución	V	V	F	F	V	V	F	V	V	F	V	F	V	V	V	V	V	V	V	V	V	F	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
Complicac.	no	Ai		IC		AI	IC			AI	AI	IC										IC														

De los pacientes tabulados el 33% fueron femeninos y el 70% masculinos, presentaron cambios en el ECG de ingreso 17 pacientes, (51.5%) y aumento de CPK 3 pacientes (9%). Se les efectuó Cinecoronariografía al 12% (4 pacientes), no observamos mortalidad intra hospitalaria en los enfermos de la serie.

La mortalidad a los 6 meses fue del 18.2% (6 enfermos), 5 (83.3%) de los cuales fueron por causas cardíacas. De los pacientes sobrevivientes presentaron complicaciones 4 (12.12%) (angina inestable 3 e Insuficiencia cardíaca 1).

Conclusiones: La incidencia de mortalidad a los 6 meses, a priori impresiona como elevada, aunque se constató en pacientes de moderado y alto riesgo y es una población escasa.

La incidencia de Cinecoronariografía es baja. No observamos diferencias en la evolución de los pacientes independientemente de la Heparina utilizada para su tratamiento.

Consideramos correcta la estratificación de riesgo y el tratamiento en la fase Hospitalaria, no observando mortalidad en esta fase.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

VALOR PRONOSTICO DE LA TROPONINA T CUALITATIVA EN PACIENTES CON ANGINA INESTABLE.

Bono J., Fernández Cid G, Suasnabar R, Flores L, Ramos H, y los Investigadores del Estudio Multicéntrico TROTESATI

La Troponina T (TNT) cuantitativa demostró ser un marcador sérico pronóstico de alto riesgo en pacientes (p) con angina inestable (AI).

Objetivo: Evaluar el valor de la TNT cualitativa (T) al ingreso de (p) con AI para determinar el pronóstico de eventos isquémicos hospitalarios EIH comparar los resultados con uno y dos (T).

Material y Método: Es un Estudio prospectivo, multicéntrico y abierto. Se incluyeron todos los (p) que ingresaron con un cuadro de AI con y sin cambios ECG. Estos debían tener antecedentes de enfermedad coronaria (AEC). Se efectuó el (T) 6 hs de comenzado el angor y los que eran (-) se les realizaba un 2do.(T). Se evaluó la incidencia de (EI) Intrahospitalarios y a los 60 días.

Configuración: 386 (p), ingresados entre 16/8/1999 y 1/1/2001, participaron 22 centros. Se excluyeron 7(p) por superar las 24hs del inicio del angor, quedando 379 (p). Eran 56,5% H, y 63+-13 años promedio. El 83,3% tenían cambios ECG y el 83,9% sin cambios ECG tenían AEC.

Resultados: 75p tuvieron TNT (+) (19,8%) con el primer test. Se efectuó un 2do.(T) en 66,7% de los (-) obteniéndose en total 26,4% (+). La incidencia de (EIH) cambia con el N° de Test realizados en (p) con TNT (+) 66,7% vs. 70% $p=0,28$ con test binomial basado en aproximación Z, mientras que la tasa de EIH en (p) TNT (-) desciende de 24,7 a 19,7% ($p<0,05$) con el mismo test. Comparando con 1 y 2 (T) encontramos: La (S) 58 vs.81,2%; (E) 88,7vs.85,8%; Falsos (+) 11,3 vs.14,2%; Falsos (-)42 vs.18,8%; RV (+) 5,13 vs.5,72 y RV(-) 0,47vs.0,22.

Conclusiones: La TNT cualitativa evaluada con el Trop T Sensitive tiene una alta (S) y (E) lo que permite ser utilizado en las Unidades de Dolor. El uso de un 2do. (T) en (p) con TNT (-) inicial produce una disminución de Falsos (-) con aumento de la (S) y en la RV(-), sin modificar la (E) y la RV (+) .

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

UN SCORE PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA CARDIOVASCULAR

M.E.Gonzalez, P.Del Cid, A.Rodríguez, E.Turchetto.

UCI. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata.

Objetivo: el objetivo de este estudio fue validar un score predictor de mortalidad al ingreso a

UCI luego de cirugía cardiovascular y determinar su rendimiento evolutivo. (Higgins y col. Ann. Torac. Surg. 1997;64:1050-8)

Material y Método: analizamos dos grupos de pacientes sometidos a cirugía de revascularización miocárdica y/o valvular, el primero de 174 pacientes, retrospectivo, de 04/98 a 04/00 y el segundo de 126 pacientes, prospectivo, de 05/00 a 02/01.

Las variables analizadas se dividen en tres períodos: preoperatorio (superficie corporal, cirugía cardíaca previa, angioplastia previa, edad, creatininemia y albuminemia), intraoperatorio (tiempo de circulación extracorpórea y uso de balón de contrapulsación aórtica), y al ingreso a UCI (A-a de O₂, frecuencia cardíaca, índice cardíaco, presión venosa central y bicarbonato arterial). Se obtuvieron cuatro valores en cada paciente: score total, y subtotales de cada uno de los tres períodos. Para valorar la importancia de cada período se compararon los scores de las poblaciones de vivos y muertos. Para establecer sensibilidad y especificidad del score se tomó un valor de 14 puntos como corte tal como sugieren los autores. Para hallar las diferencias entre los dos períodos se compararon los scores de ambos grupos. Para el análisis estadístico se utilizó el test de Kruskal Wallis y el chi cuadrado con corrección de Yates, se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: el score promedio fue 6.8 ± 6.5 ; la mortalidad esperada: 1- 5% y la hallada: 9.3%.

La mortalidad según el puntaje del score: 0-5:1.98%; 6-9:4.3%; 10-13:17%; 14-20:40%; >21:36.8%.

El puntaje de la población de vivos y muertos fue 6 ± 5.7 y 15 ± 8 ($p < 0.05$).

El análisis del score en los tres períodos entre vivos y muertos mostró diferencias estadísticamente significativas en el período intraoperatorio: 1.6 ± 2.8 vs. 5.9 ± 4 ($p < 0.05$); y al ingreso a UCI: 2.6 ± 3.3 vs. 6.4 ± 5.2 ($p < 0.05$). No hubo diferencias en el período preoperatorio: 1.8 ± 3.3 vs. 2.7 ± 3 .

El método tuvo 53% de sensibilidad y 91% de especificidad

La comparación del score promedio de ambos grupos fue: grupo1: 6.3 ± 6.6 vs. Grupo2: 7.67 ± 6.33 ($p < 0.05$), explicable por la diferencia significativa entre los scores de los pacientes valvulares del grupo1: 6.7 ± 6 vs. Grupo2: 10.6 ± 7 ($p < 0.05$). La mortalidad hallada en el grupo1 fue de 12% vs. grupo2: 5.6% ($p = 0.08$). La mortalidad según puntaje obtenido en el score no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Las cirugías de revascularización tuvieron una mortalidad de 6.9%, las valvulares 12.5% y las combinadas 21%. La cirugía de revascularización no mostró diferencias estadísticas en mortalidad con respecto a la cirugía valvular; la diferencia es estadísticamente significativa al sumar las cirugías mixtas a las valvulares y compararlas con las de revascularización.

Conclusiones: 1) El score utilizado mostró poder discriminativo entre las poblaciones de vivos y muertos. 2) El incremento de pacientes en la muestra equiparó la distribución de la mortalidad según puntaje a la descrita por los autores. 3) Nuestra mortalidad sigue siendo mayor que la de los autores del score. 4) El grupo de pacientes con cirugía vascular tiene menor mortalidad que el resto de la muestra. 5) Las cirugías combinadas mostraron la mayor mortalidad.

