

## 12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

### BURN OUT

Autores: Dra. E. Vanella, Dr. A. Blaustein, Dr. J. Peralta, Dra. E. Davila,  
Dra. M. Mosciaro, Dra. L. Piovano, Dra. A. Hassan  
Servicio Terapia Intensiva Infantil Hospital Humberto Notti - Mendoza

A) **Objetivos:** Detectar la presencia de Burn Out en el plantel médico de distintos sectores del Hospital. Establecer estrategias para su superación.

**Introducción:** El Síndrome de estrés Hospitalario (Burn Out) se caracteriza por un estado de fatiga o de frustración al no encontrar en el ejercicio de la actividad profesional satisfacciones para sí mismo y para los demás. Esto disminuye la energía y capacidad de concentración, con alteración en el juicio crítico que lo hace sentir sobrepasado, llegando a alcanzar la situación de quemado.

Para evaluar la presencia de este Síndrome, se utilizó el Score de Pines y Aronson que comprende 21 ítems, entre los que se encuentran: 1) estar cansado, 2) sentirse deprimido, 3) tener un buen día, 4) estar físicamente exhausto, 5) estar feliz, 6) sentirse menospreciado, 7) sentirse consumido, 8) estar emocionalmente exhausto, 9) sentirse rechazado, 10) sentirse optimista, 11) sentirse con energía, 12) sentirse débil, etc.

Para evaluar si estos sentimientos o sensaciones están presentes se usa la siguiente escala: 1: nunca; 2: una o dos veces; 3) raramente, 4) algunas veces; 5) a menudo; 6: usualmente; 7: siempre. Se suma el número de cada respuesta y se divide por el total (21). Se considera que el profesional presenta el S. de Burn Out si el puntaje es igual o mayor de 4 y riesgo de desarrollarlo si está entre 3 y 4. En nuestra encuesta los subdividimos entre riesgo moderado de 3 a 3,5 y riesgo elevado de 3,5 a 3,9.

Además tuvimos en cuenta otras variables que, como hipótesis, podían favorecer la aparición del Síndrome (sexo, edad, antigüedad laboral, estado civil, horas de trabajo) o factores que pudieran prevenir su aparición, como: actividad docente; científica; hobbies, deportes, práctica religiosa, etc.

B) **Material y Métodos:** Mediante la encuesta de Pines y Aronson se evaluó el riesgo de Estrés Hospitalario en los médicos de UTI, Neonatología, Guardia, Recuperación de Cirugía Cardiovascular y Salas de Internación. Además se consideró como variables el sexo, edad, estado civil, horas de trabajo, antigüedad en la profesión, actividad docente o científica y uso del tiempo libre.

C) **Resultados:** Con un n de 30 encuestas, se detectó el Síndrome de Burn Out en el 6.7% y con riesgo de padecerlo en el 60%. La edad, el sexo, la antigüedad laboral y el estado civil no tuvieron diferencias estadísticamente significativas. El 53% tenía actividad académica y científica. Fueron estadísticamente significativos como factores protectores la práctica religiosa y la práctica deportiva.

D) **Conclusiones:** Las condiciones de vida y la situación laboral que se nos presenta actualmente, nos llevan a plantear la presencia de este Síndrome en nuestro medio, debiendo buscar los recursos para evitarlo.

Recomendaciones: 1. Establecer equipos de trabajo. No trabajar solo o aislado. 2. Compartir con el equipo las apreciaciones y emociones. 3. Valorar y cuidar los vínculos familiares, los amigos y la privacidad. 4. Reconocer y aceptar las fortalezas y limitaciones. 5. Respetarlas y hacerlas respetar por los demás.

## 12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

---

Tema: **AUTONOMÍA DEL PACIENTE CRÍTICO**

Autor: J. P. Rossini

Unidad de Terapia Intensiva, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

**OBJETIVO:** Evaluar sobre quien recae la autonomía del paciente crítico, en el momento de la toma de decisiones.

**INTRODUCCIÓN:** La toma de decisiones en el paciente crítico es un problema habitual en Terapia Intensiva, donde se decide sobre valores morales, reglas del derecho y principios culturales, sociales y religiosos del paciente, de su familia y del médico tratante. Poniéndose en juego principios básicos de la Bioética como la autonomía y beneficencia y otros de tipo legal como los derechos personalísimos y los artículos 14 y 19 de la Constitución Nacional.

**DESARROLLO:** Se define el Principio de autonomía en sus formas reducida y ausente; Principio de beneficencia con su alcance en el caso del médico intensivista. Futilidad y los distintos tipos fisiológica, estadística y por objetivos; la implementación de medidas fútiles en Terapia Intensiva y su repercusión.

**MATERIAL Y METODO:** Se evalúan cuatro casos clínicos de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Ramos Mejía, donde se contempla la negativa al tratamiento por parte del paciente, calidad de vida, el paciente terminal, tratamientos fútiles y conflictos frente a la muerte encefálica.

**DISCUSIÓN:** Se analizan los casos presentados, en el contexto de la Bioética y la Medicina Legal, evaluando la toma de decisiones, teniendo en cuenta la autonomía del paciente transferida a la familia o determinada por el médico. Se discuten los valores morales, socioculturales y religiosos de los intervinientes.

**CONCLUSIONES:** se plantea clasificar a los pacientes de Terapia Intensiva en enfermos con autonomía reducida o ausente, garantizando sus derechos en el contexto de los artículos 14 y 19 de la Constitución Nacional.

En ausencia de autonomía, la misma será ejercida conjuntamente con la familia, el médico tomará las decisiones por ser el conocedor de la ciencia, evitando conductas fútiles, implementando acciones con objetivos claros dirigidos a preservar la calidad de vida de los pacientes.

Incorporar las planillas de autodeterminación al ingreso Hospitalario, garantizando el respeto de la voluntad del paciente y de sus derechos personalísimos.

## 12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

**TITULO:** Propuesta de protocolo para consentimiento informado de limitación en la terapéutica en U.T.I.

**AUTOR:** G. F. Berro

**LUGAR:** Hospital General de Agudos Juan A. Fernández. Unidad de Terapia Intensiva

**OBJETIVO:** El siguiente Protocolo estaría dirigido a evitar aquellas terapéuticas que sirven sólo para prolongar un proceso de agonía y no brindan posibilidad alguna de recuperación ó de aportar algún beneficio significativo real para el paciente, existiendo un cuadro irreversible.

Los fundamentos del mismo se sustentan en el aumento de la proporción de pacientes murientes que no tienen posibilidad de asistencia y quitan la expectativa de tratamiento a otros pacientes que se beneficiarían con un ingreso a U.T.I en forma precoz.

**MATERIAL Y METODOS:** Se ha analizado la experiencia internacional (SUPPORT; DPHA; CPR; PSDA; EUTANASIA; las medidas QUILL y la conferencia de APPLETON).

Se siguieron los lineamientos de la S.A.T.I. y del Hosp.Privado de la Comunidad, según sus comités de bioética.

Se evaluaron los conceptos de: doble efecto, última voluntad, abandono de paciente, código lento, código de ética de la Confederación Médica Argentina Art.117(1955), el principio de autonomía, integridad profesional, integridad institucional, justicia distributiva, juicio sustituido, atención inútil, pronunciamientos de San Agustín (medidas ordinarias) y De Pío XII (medidas extraordinarias).

**RESULTADOS:** Producto del análisis bibliográfico y de las consideraciones aquí vertidas, se propone un protocolo de consentimiento.

Por lo que se propone un consenso responsable entre el paciente ó un tercero encargado de decisiones y el personal médico, del que se desprende lo inapropiado desde el punto de vista clínico continuar con intervenciones médicas.

Se considerará relevante que en el documento figure la enfermedad principal y si existiera los estados patológicos concomitantes, también aquellas medidas médicas que no deban adoptarse, figuraran dos testigos y los responsables con sus respectivas aclaraciones, la decisión médica estará avalada en la historia clínica por tres médicos especialistas en el área de emergencias.

**DISCUSIÓN:** Existe una tensión de valores, expresados en la existencia de dos intereses bien definidos, a saber: por un lado los particulares (pacientes, familiares, amigos) que pretenden actuar según prerrogativas que nacen de su esfera de libertad, y por el otro, los profesionales de la salud que tienen obligaciones definidas de índole particular, referido al paciente, como de orden público, basados en el interés general de mantener la salud de la población optimizando los recursos terapéuticos disponibles.

Estos profesionales tienen un doble interés que defender, ya que por un lado son el instrumento del interés del estado y por el otro, tales funciones acarrearán las responsabilidades civiles y penales.

**CONCLUSIONES:** La U.T.I. debe dejar de ser un sitio, donde los pacientes vengán a morir o a realizarse tratamientos fútiles.

La responsabilidad médica descansará en la piedra fundamental de una historia clínica completa justificando fehacientemente el motivo de la decisión médica.

## 12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

### PREVALENCIA DE ALCOHOL, COCAINA Y MARIHUANA EN PACIENTES ADULTOS CON TRAUMA MULTIPLE

V. Romero<sup>1</sup>, A. Perez<sup>1,2</sup>, A. Strobl<sup>2</sup>, P. Yofre<sup>2</sup>, S. Camarda

1- Hospital Regional "M Sanguinetti" Comodoro Rivadavia. Chubut.

2- Cátedra de Toxicología y Química Legal. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Comodoro Rivadavia. Chubut.

**Introducción:** el abuso de drogas puede provocar una alteración psicofísica, que puede influir en la ocurrencia de hechos, generando problemas clínicos, neuropsiquiátricos y sociales. Dicho consumo es ampliamente sospechado por el cuerpo médico en determinadas circunstancias durante el ingreso hospitalario de pacientes politraumatizados, pero ello no había sido analizado en nuestra ciudad cuya población es de 142.600 habitantes. Se calcula que nuestro hospital ingresa el 97% de los politraumatismos ocurridos en Comodoro Rivadavia y zona de influencia, los cuales son internados en los servicios de Cirugía, Traumatología y Terapia Intensiva (pacientes adultos). En 1999 ingresaron en esas áreas 1912 pacientes, siendo el 14,4 % traumas múltiples.

**Objetivos:**

1- Estudiar la prevalencia de alcohol, cocaína y marihuana en politraumatizados mayores de 16 años y su relación con las causas del trauma.

2- Estudiar la relación entre TEC y consumo de drogas.

**Material y método:**

Se estudiaron los pacientes politraumatizados en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia durante un período de 3 meses, del 01-11-99 al 31-01-00.

Se analizaron muestras de orina para determinación de cannabinoides, cocaína y sus metabolitos (TLC) y muestras de sangre para alcoholemias (método de microdifusión), considerando positivas alcoholemias > 0,5 gr/oo.

Para el análisis estadístico se realizó test de ANOVA y X<sup>2</sup>

**Resultados:**

Del total de casos analizados (54), el 72% de los pacientes habían consumido algún tipo de droga. El 26% de esa población tuvo consumo mixto (alcohol-cocaína y cocaína-marihuana) y el 74% consumo único, predominando en este caso el alcohol

La edad media de los pacientes que presentaron droga fue de 33 años (DE ± 11,4) y los que no presentaron droga 30 años (DE ± 14) (p= NS). En todos los casos predominó el sexo masculino.

Las causas del politraumatismo correspondieron: 68,5% colisión vehículos a motor, 7,5% caídas, 15% agresión física y 9% otras causas. Estas causas fueron estadísticamente independientes de la presencia de drogas (p> 0.05).

Del total de politraumatizados, el 26% presentó TEC, de los cuales el 73% había consumido droga, existiendo una relación estadísticamente significativa (p<0.05).

**Conclusiones:**

Se encontró una alta prevalencia de drogas en los pacientes con TEC.

Los esfuerzos para minimizar la incidencia de politraumatizados en nuestra ciudad deberán dirigirse a la prevención del consumo de drogas además de la modificación de factores culturales y geográficos.

## 12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

INCIDENCIA DE DISFUNCION MULTIPLE DE ORGANOS EN LA INTOXICACION SEVERA POR ORGANOFOSFORADOS

DRES. BACCARO FERNANDO; ROVASIO JOSE, LAGUARDIA SILVIA, LUNA MARCELO, FRAMARINI SILVIA.

HOSPITAL "ARTEMIDES ZATTI", VIEDMA, ARGENTINA

**INTRODUCCION:** EN LA INTOXICACION GRAVE POR ORGANOFOSFORADOS ESTA DEMOSTRADO QUE LA DURACION DE LA ATROPINIZACION ES UN PARAMETRO FUNDAMENTAL EN LA SOBREVIDA. SIN EMBARGO NO ESTA CLARO CUAL ES LA CAUSA DE TAL EFECTO CUANDO SE COMPARAN GRUPOS CON DIFERENTE PERIODOS DE DURACION DE ESTE TRATAMIENTO.

**OBJETIVO:** INVESTIGAR LA INCIDENCIA DE DISFUNCIÓN MULTIPLE DE ORGANOS ( DMO) MEDIDA CON EL SCORE SOFA Y SU RELACION CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES QUE RECIBEN ATROPINIZACION POR PERIODOS CORTOS VS. LOS QUE LO HACEN POR PERIODOS PROLONGADOS .

**MATERIAL Y METODOS:** SE REVISARON LAS H.C. DE TRECE PACIENTES INGRESADOS POR INTOXICACION AGUDA GRAVE POR ORGANOFOSFORADOS DESDE ENERO DE 1994 A JULIO DE 1999. EN TODOS SE UTILIZO ATROPINA COMO MEDICACION ESPECIFICA.

SE DIVIDIO A LA POBLACIONEN DOS GRUPOS: **SOBREVIVIENTES (S) (N=6) Y NO SOBREVIVIENTES (NS) (N=7)**. SE HIZO HINCAPIE EN LAS DOSIS DE ATROPINIZACION AL INGRESO Y EN LAS DE MANTENIMIENTO, ASI COMO LA EPICRISIS FINAL DE ACUERDO AL TIEMPO QUE DURO LA MISMA CORRELACIONADOSE CON EL SCORE SOFA PARA DISFUNCION MULTIPLE DE ORGANOS ( DMO). SE UTILIZO EL TEST DE T PARA ESTABLECER NIVELES DE SIGNIFICACION ESTADISTICA ENTRE LOS PROMEDIOS DEL SCORE DE DMO AL INGRESO, 72HS , Y A LOS 8 Y 12 DIAS.

**RESULTADOS:** DE LOS 13 PACIENTES 7 FUERON VARONES Y 6 MUJERES. EL PROMEDIO DE EDAD FUE DE 34.7 AÑOS. EL APACHE II AL INGRESO DE 25.6. TODOS LOS PACIENTES FUERON INTUBADOS Y COLOCADOS EN ARM (CMV/AMV) CON SEDACION-ANALGESIA. LA DOSIS PROMEDIO INICIAL DE ATROPINA FUE DE 2.240 MG.. LA DE MANTENIMIENTO DE 1.350 MG/DIA. CON ESA DOSIS SE OBTUVO RESPUESTA ANTICOLINERGICA ESTABLE.

EL SCORE SOFA DEL **GRUPO S** FUE DE 3.2 AL INGRESO Y 2.9 A LAS 72 HS. PARA EL **GRUPO NS** FUE DE 3.3 Y 2.8 (DIFERENCIAS NO SIGNIFICATIVAS).

A CUATRO PACIENTES (**GRUPO NS**) SE LE COMENZO A DISCONTINUAR RAPIDAMENTE LA INFUSION DE ATROPINA EN BASE A LA MEJORIA CLINICA Y DE LA PSEUDOCOLINESTERASA, EFECTUÁNDOSE EL DESTETE Y CESE DE ATROPINIZACION A LOS 5.8 DIAS (**ATROPINIZACION POR PERIODOS CORTOS**). EN EL RESTO (**GRUPO S**) SE MANTUVO LA ATROPINIZACION 12.2 DIAS HASTA EL CESE (**ATROPINIZACION POR PERIODOS PROLONGADOS**). EL **GRUPO NS** DEBIO SER COLOCADO EN ARM 48(+/-8) HS DESPUES DEL DESTETE CON REINFUSION DE ATROPINA A LOS NIVELES INICIALES. LA PSEUDOLINESTERASA HABIA CAIDO A NIVELES SIMILARES A LOS DE INGRESO. LOS MISMOS FALLECIERON POR D.M.O. A LOS 6.1 DIAS DE LA SEGUNDA REINTUBACION. EL SCORE DE SOFA AL MOMENTO DE LA REINTUBACION (OCTAVO DIA DE LA INTERNACION ORIGINAL) FUE DE 5.9 CONTRA 1.8 DEL **GRUPO S** PARA EL MISMO PERIODO DE TIEMPO (P<0.05), Y DE 7.5 VS. 1.2 A LOS 12 DIAS DEL INGRESO (P<0.05).

EL **GRUPO S** FUE DESTETADO CON ÉXITO A LOS 13 DIAS DEL INGRESO, DANDOSE EL ALTA DEFINITIVA A LOS 26.3 DIAS DEL INGRESO. (TABLA 1).

	NS	S	P
SCORE SOFA INGRESO	3.2	3.3	NS
SCORE SOFA A LAS 72 HS.	2.9	2.8	NS
SCORE SOFA AL 8º DIA	5.9	1.8	<0.05
SCORE SOFA AL 12º DIA	7.5	1.5	<0.05

TABLA 1: COMPARACION DE LA PROGRESION DEL SCORE SOFA ENTRE LOS GRUPOS NS Y S

**CONCLUSION:** LA ATROPINIZACION DURADERA, ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA REDUCIR LA MORTALIDAD. EL ANÁLISIS DEL SCORE DE SOFA PARA LOS DOS GRUPOS DEMUESTRA QUE LA **ATROPINIZACION POR PERIODOS CORTOS** SE ASOCIA A UN SCORE DE DMO ELEVADO, CON UNA MORTALIDAD DEL 100% RESPECTO A QUIENES SE LES EFECTUO **ATROPINIZACION POR PERIODOS PROLONGADOS**. RESTA ANALIZAR POR QUE MECANISMOS LA ATROPINIZACION PROLONGADA REDUCE EL RIESGO DE PADECER DISFUNCIÓN MÚLTIPLE DE ORGANOS.

## 12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

### ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE TRAUMA Y DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES GRAVES POR EL USO DE SCORES EN TERAPIA INTENSIVA.

G.Arana, D.Rovira, R.García Turiella, R.Guidi, A.Alonso Vergés, L.Barcellona, C.Siburu.

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Italiano Garibaldi. Rosario. Argentina.

Fundamento: la patología traumática en la población constituye una causa importante de morbimortalidad en nuestro medio. El mejor conocimiento de la misma permite un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico.

Existen diferentes publicaciones que intentan correlacionar Scores generales y específicos de uso en Terapia Intensiva con gravedad y riesgo de muerte en ptes con enfermedad traumática. Los resultados son variables.

Objetivos 1: describir la incidencia del trauma en una Unidad de terapia intensiva de la ciudad de Rosario privada de alta complejidad, tomando como punto de corte un determinado periodo de estudio. 2: reconocer y comparar en el score Apache II y el Trauma Score Revisado, la performance pronostica, mortalidad esperada y real de los pacientes con trauma.

Material y métodos: Diseño: retrospectivo, por revisión de historias clínicas.

Período: 01/01/1999 a 31/12/2000. Pacientes: de todos los ptes ingresados en UTI en dicho período (n 3001) se incluyó y estudio retrospectivamente una muestra 55 ptes con patología traumática. Se excluyeron quemados y menores de 15 años. Se analizaron: edad, sexo, días de internación, tipo de trauma y mecanismo de lesión, Trauma Score Revisado realizado en Sala de Guardia, Apache II a las primeras 24 hs de Terapia Intensiva, mortalidad esperada y real.

Método estadístico: para los datos cuantitativos: medidas y test T, datos categóricos: Test de chi cuadrado.

Resultados: la incidencia global en dicho periodo fue de 1.833%. Edad promedio: 43.2 Varones: 42 mujeres: 13. Mecanismo de lesión: los accidentes automovilísticos con trauma no penetrantes fueron los más frecuentes. En cuanto al tipo Politrauma: 35 pacientes, TEC: 20 pacientes, de los cuales 10 presentaron Glasgow menor de 8. Días de internación promedio: 5.29. El trauma score revisado osciló entre 6 y 12 y el Apache II entre 1 y 37. Los datos sobre la mortalidad se exponen en la siguiente tabla:

Mortalidad Global Real	TOTAL DE PACIENTES 55	TOTAL DE OBITOS 6	PROMEDIO 30.5	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>TEC</i>	
<b>Apache</b>			<b><i>Politraumatismos</i></b>	
Predicta	8.528	6.167	7.622	8.235
<b>TRS</b>				
Predicta	10.500	10.769	10.450	10.629
Observada	9.524	15.385	10.000	11.429
<b>Mortalidad</b>	<b><i>Apache</i></b>		<b><i>TRS</i></b>	
Predicta	8.012		10.564	
Observada	10.909		10.909	
Diferencia	-2.897		-0.345	
Desv.Est.	2.048		0.244	

Conclusiones: se demuestra que la incidencia en general es baja, teniendo en cuenta las características poblacionales de la Unidad Si bien existe buena correlación entre mortalidad predicta y observada, el Trauma Score Revisado es más exacto en la muestra como predictor de muerte tanto para el trauma de cráneo como para el politraumatismo.

## 12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

### PROTEÍNA C REACTIVA: NUESTRO ANÁLISIS EN 35 PACIENTES SOMETIDOS A NUTRICION ENTERAL Y PARENTERAL

Fenoglietto DR, Estrin MA, Fernandez JC, Chiacchiara DN, Arienti R, Firpo DJ, Hayetian V.

H.G.A. "Donación Francisco Santojanni",

Departamento de Urgencias, Servicio de Terapia Intensiva.

G.C.B.A. Pilar 950, Buenos Aires, Argentina.

#### OBJETIVO:

Analizar el valor de la proteína C reactiva (PCR) en una muestra de pacientes internados en terapia intensiva, que presentan síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), sometidos a nutrición enteral y parenteral.

#### MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de observación descriptiva de los niveles de PCR en una muestra de pacientes críticos, que presentan síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS), definido según consenso 1991 (American College of Chest Physicians y la Society of Critical Care Medicine).

Se tomo como criterios de inclusión, pacientes sometidos a nutrición enteral y parenteral a los que se les efectuó dosaje de PCR, balance nitrogenado y recuento de linfocitos previo al comienzo de la nutrición.

Se excluyó del estudio a los pacientes con antecedentes de enfermedad inflamatoria crónica (lupus, artritis reumatoidea, etc), sepsis, inestabilidad hemodinamica o nutrición por vía oral.

#### RESULTADOS:

Muestra: 35 pacientes; Edad Media: 61 (+/-23), APACHE II Medio: 12 (+/- 4);

Pacientes con/sin criterio de SRIS: 24/11

Dosajes	Mínimo	Máximo	Media	DS	Varianza
Balance Nitrogenado	-19,00	-3,50	-8,823	4,60	21,18
Linfocitos (recuento)	1100	3700	2360,00	771,25	594823,53
PCR	2,90	14,20	6,99	3,11	9,69

DS: Desvío Estándar.

Pacientes con criterios de SRIS: PCR medio: 9,61 (+/- 4,59).

Pacientes sin criterio de SRIS: PCR medio: 4,39 (+/-1,49)

Coefficientes de correlación de Pearson: - Balance nitrogenado y PCR: -0,837

- Recuento de linfocitos y PCR: -0,653

Coefficientes de correlación Rho de Sperman: Presencia SRIS y PCR: 0,643

Presencia de SRIS y balance nitrogenado: -0,761

#### CONCLUSIONES:

Se observa un aumento de la PCR en la muestra motivo de estudio.

Se observa una correlación negativa entre los niveles de PCR con el balance nitrogenado y el recuento de linfocitos. La correlación entre SRIS y PCR es positiva.

## 12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

SCORE SECUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT (SOFA) EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Autores: M.Barbieri, J.Cialzeta, K.Surt, J.Ojeda, R.Velásquez, D.Duarte, L.Huespe, C.Mizdraji, L.Sosa, S.Lazzeri.  
Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Escuela "José F. de San Martín".Corrientes. Argentina.

Introducción: Existen en la actualidad diversos scores que tratan de identificar disfunciones orgánicas y categorizarlas de acuerdo a las alteraciones en las variables estudiadas. El SOFA es un score que analiza seis sistemas orgánicos, otorgándole un puntaje de 0 a 4 según el grado de compromiso presente. A través de éste score podemos determinar la intensidad de las disfunciones, y realizado en el tiempo es capaz de marcar la evolución de las mismas y correlacionarse con la mortalidad.

Objetivos: Determinar el número de pacientes que ingresan a la unidad con disfunciones orgánicas evaluadas por Score de SOFA y correlacionar con la mortalidad.

Material y Métodos: A todos los pacientes que ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos médico-quirúrgica de adultos, durante 6 meses (agosto/99 al enero/2000) se les realizó SOFA al ingreso y se seleccionaron los enfermos que presentaran alguna disfunción orgánica a la admisión. Se registró además edad sexo, días de internación, diagnósticos y APACHE II al ingreso.

Se utilizó para el análisis estadístico programa PRIMER, test chi-square, tomándose como significativa cualquier diferencia que tenga una probabilidad de error menor del 5% ( $p < 0,05$ ).

Resultados: Se internaron 106 pacientes de los cuales 97 presentaron alguna disfunción orgánica al ingreso, 62 fueron hombres y 35 mujeres, una edad promedio de 44 +/-18 años, y un APACHE II de 15,6 +/-7. La mortalidad global fue del 41%. Se determinó el número y porcentaje de pacientes que correspondían a cada disfunción, observándose más frecuentemente compromiso del sistema respiratorio y neurológico.

Se dividió a la población en dos grupos según el SOFA de ingreso y se correlacionó con la mortalidad. ( $p < 0,05$ )

	Pacientes	EDAD *	APACHE II*	Días de int*	ALTAS	OBITOS	SOFA *
SOFA < o Igual a 4	56	43	12,7	11	42(72%)	14(35%)	2,6
SOFA > o Igual a 5	41	44	19	14	16(28%)	25(65%)	7,4
TOTAL	97	44	15,6	12,8	58(59%)	39(41%)	4,6

\* medias

Conclusión: El SOFA es un score sensible para identificar y categorizar disfunciones orgánicas al ingreso a la unidad de cuidados críticos y además un índice pronóstico, ya que según lo observado, en los pacientes estudiados un score de 5 o más se asoció con una mayor mortalidad.