

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

COMPLICACIONES EMBOLICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

D. Cocozzella, D. Branne, A. Cremona, G. Cremona, J. Fernández, G. Quintana, O. Grillo,
Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital Italiano de La Plata, Argentina.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad poco frecuente con incidencia de 2 a 4 por 100.000 habitantes que puede cursar con embolia en un 30 a 40 % de los casos. La embolia es una de las complicaciones que aumenta la morbimortalidad en esta enfermedad.

Objetivos: Describir las características clínicas, microbiológicas y epidemiológicas de una serie de 10 pacientes con diagnóstico de EI que presentaron embolia.

Pacientes y métodos: Se evaluó una cohorte de 35 pacientes con diagnóstico de EI asistidos en el Hospital Italiano La Plata desde Marzo de 1996 a Marzo de 2001. Para establecer el diagnóstico de EI se realizó ecocardiograma Transtorácico (TT) y/o Transesofágico (TE) y se obtuvieron 3 o más hemocultivos separados por un mínimo de 30 minutos en todos los pacientes. El diagnóstico EI se fundó en los criterios propuestos por Duke. El evento embólico fue definido por la disfunción orgánica de comienzo brusco determinada por isquemia, de sospecha clínica (ACV, insuficiencia respiratoria) acompañada de estudios complementarios positivos (Radiografía de tórax, centellograma pulmonar, tomografía axial computada de cerebro, etc.)

Resultados: De los 35 pacientes evaluados 10 presentaron embolia (28,6%); La EI fue definida según criterios de Duke en 10/10; La X de edad fue $57,7 \pm 17,3$ con un rango de 26-84 años. Correspondieron al sexo femenino 3/10 (30%) y al masculino 7/10 (70%). El 100% de los pacientes presentaron fiebre al inicio del cuadro clínico. Tenían cardiopatía previa 3/10 (2 CIA y 1 ESHI).

Se constató procedimientos invasivos en 3/10 (aborto, extracción dentaria y colocación de marcapaso). El rescate microbiológico fue positivo en todos los casos; por hemocultivo en 9/10, S. aureus 3 (2 Meticilino sensible y 1 Meticilino resistente), S. bovis 2, S. viridans 1, HACEK 1 (H. parainfluenzae), S. agalactiae 1 y S. epidermidis 1; en el restante se rescató un S aureus MR por punción de empiema pleural.

El ecocardiograma (TT y/o TE) detectó vegetaciones en 9/10. En el paciente que no se detectó vegetación el ecocardiograma se realizó con posterioridad al evento embólico. El tamaño de las vegetaciones fue: < de 10 mm en 2 casos, entre 11-20 mm en 4 y > de 20 mm en 3.

Tuvieron afectación de válvula aórtica 2, de aurícula derecha 1, de mitral nativa 4, de tricúspide nativa 1 y de marcapaso con vegetación en AD en 1. En el caso restante no se demostró afectación valvular.

Presentaron embolia pulmonar 3 de los 10 pacientes, uno evolucionó con empiema pleural y absceso pulmonar, a sistema nervioso central (SNC) 6/10 (3 hemiplejía y 3 coma) y otro 1/10 embolia mesentérica.

La media de aparición de los fenómenos embólicos fue de 4.1 ± 2.2 con un rango de 1-7 días (día 0 cuando se confirmó el diagnóstico de IEE).

Cuatro pacientes requirieron tratamiento quirúrgico.

La mortalidad fue de 5/10, 4 de los mismos por embolia a SNC y el restante por infarto mesentérico, mientras 3/10 presentaron secuelas clínicas (hemiplejía Izquierda, epilepsia secundaria e insuficiencia respiratoria con capacidad funcional grado II).

Conclusiones: En todos los casos evaluados el diagnóstico de endocarditis infecciosa fue definitivo según criterios de Duke.

La embolia fue de aparición precoz, detectándose en todos los pacientes dentro de la primer semana de la confirmación diagnóstica.

La válvula mitral nativa fue la más frecuentemente afectada, mientras que el S. aureus resultó ser el germen más involucrado. En los pacientes con compromiso de válvulas derechas que embolizaron no se registró mortalidad en comparación con los que presentaron afectación valvular izquierda.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

INFECCIONES SUPURADAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: ABSCESO CEREBRAL Y EMPIEMA SUBDURAL: REPORTE DE 5 CASOS EN UN PERIODO DE 22 MESES EN UN HOSPITAL ZONAL DE AGUDOS

Hospital Zonal General de Agudos "Petrona Villegas de Cordero" de San Fernando. Servicio de Terapia Intensiva

GOMEZ, Jorge E, BONDAZ Jorge D, LABASSE Silvia S, TULA Rubén, MONTERO Juan M

Introducción:

Las infecciones del sistema nervioso central se pueden clasificar en meníngeas y parameníngeas.

Las últimas incluyen el absceso cerebral, el empiema subdural, el absceso epidural y las flebitis supuradas de las venas centrales. Se trata de infecciones macrosupuradas. El absceso cerebral tiene una incidencia de 4-11 casos por cada 10⁶ habitantes por año, (Kaplan K. Clin Med North Am, 69:345, 1985), representando 1 de cada 10⁴ internaciones generales en hospitales (Carey ME Contemp. Neurosurg. , 3:4, 1982) y de 4 a 10 casos por año en un servicio neuroquirúrgico activo en los hospitales de los países desarrollados. El empiema subdural representa entre el 15-25 % de las supuraciones intracraneanas, relacionándose entre un 40-70% de los casos con ocupación sinusal.

(Kaufman DM, Neurology, 33: 123, 1983 y Wispelwey B, Philadelphia, 1997)

Objetivos:

Estimar la incidencia de las infecciones supuradas del SNC en un Hospital General de Agudos, considerar el tipo de pacientes en los cuales tiene lugar, determinar la etiología y los microorganismos causantes, evaluar los signos y síntomas predictivos para el diagnóstico, considerar los factores asociados a morbilidad y mortalidad, establecer el tratamiento empírico inicial, y adjuntar una revisión bibliográfica sobre el tema.

Población y métodos:

Se efectuó un análisis retrospectivo, descriptivo y estadístico de las historias clínicas correspondientes a todos los pacientes adultos ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) polivalente de un Hospital Zonal General de Agudos que cuenta con un servicio de neurocirugía activo las 24 horas, en un período de 22 meses.

Resultados:

Cinco pacientes presentaron 8 supuraciones del sistema nervioso central: Dos cerebritis, dos abscesos encapsulados, dos empiemas subdurales, presentes al ingreso, y otros dos empiemas subdurales en el curso de la internación. Los focos sépticos fueron sinusales, en 2 casos, hematógenos en 2 y post-quirúrgico en uno. Los gérmenes implicados fueron *streptococcus viridans* en un caso de etiología sinusal, *listeria monocytogenes* en un foco hematógeno en un paciente inmunosuprimido, y *staphilococcus aureus* meticilino resistente en el caso post-quirúrgico. No se pudieron aislar gérmenes en dos casos. Todos los hemocultivos fueron negativos. Ningún paciente presentó serología positiva para VIH.

Conclusiones:

Se trata de eventos de escasa incidencia en la población general, que requieren la condición de un foco séptico previo, asociado a condiciones particulares del huésped. En todos los pacientes se registró alguna condición o enfermedad predisponente de déficit de la inmunidad: Diabetes de tipo 2 (dos casos), anemia crónica (dos casos), etilismo (dos casos), colagenopatía, insuficiencia hepática, drogadicción inhalatoria y endovenosa crónica e inmunosupresión por corticoterapia, en un caso cada una. Los signos predictivos más sensibles al ingreso fueron la asociación de fiebre, foco neurológico deficitario motor y deterioro del nivel de conciencia (100%), siendo el deterioro del sensorio el signo más sensible como indicador de agravamiento. La mortalidad fue directamente proporcional a la falla múltiple de órganos, al score de gravedad Apache II (a pesar que 4 de los 5 pacientes ingresaron pretratados y con más de 48 horas de evolución) y al retraso diagnóstico y terapéutico. El esquema empírico inicial requiere la consideración no sólo del foco presunto sino también de la categorización del paciente.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

ENDOCARDITIS INFECCIOSA: CONDUCTAS QUIRÚRGICAS

Autores: Alejandro Pincence, N. Queti., J. De Maria, A. Cremona, G.

Cremona, O. Grillo, D. Cocozzella, A. Legarto.

Hospital Italiano de La Plata. Unidad de Cuidados Intensivos. Buenos Aires. Argentina.

Objetivo: describir las indicaciones quirúrgicas, la microbiología y la mortalidad en una serie de 12 pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa (EI) que requirieron tratamiento quirúrgico.

Material y Métodos: se evaluó una cohorte de 35 pacientes con EI asistidos en el Hospital Italiano de La Plata desde marzo de 1996 a febrero de 2001. El diagnóstico de EI se estableció según los criterios propuestos por Dukes. Se realizó ecocardiograma transtorácico (TT) y/o transesofágico (TE) a todos los pacientes. Se tomaron 3 o más hemocultivos por paciente.

Resultados: De los 35 pacientes evaluados, 28 presentaron EI definida y 7 EI probable según criterios de Dukes. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico y se prestó especial atención a los 12 que requirieron tratamiento quirúrgico además de la terapéutica médica instituida, encontrándose los siguientes resultados: EI definida según criterios de Dukes en 12/12. Edad promedio: 54.41 años con un rango de 26-78 años. Correspondieron al sexo femenino 4/12(33.3%) y al sexo masculino 8/12(66.6%). El rescate microbiológico por hemocultivos fue positivo en 11/12: *Staphylococcus aureus* 1(meticilino sensible), *Staphylococcus epidermidis* 4(meticilino sensible 2 y meticilino resistente 2), *Streptococcus agalactiae* 1, *Proteus mirabilis* 1, *Enterococcus faecalis* 1, *Streptococcus bovis* 1, *Streptococcus viridans* 2. Las indicaciones quirúrgicas de los 12 pacientes descriptos fueron: insuficiencia cardíaca 3, embolias mayores y/o múltiples 6, endocarditis y material protésico 3. La mortalidad fue de 8.3% (1/12). Tuvieron afectación de la válvula aórtica 4 (protésica 2 y nativas 2), mitral 4 (nativa 3 y protésica 1), tricúspide 1, aurícula derecha 2 y de marcapaso 1.

Conclusiones: En todos los casos evaluados el diagnóstico de EI fue definido según los criterios de Dukes antes de la cirugía. El germen más frecuente fue el *Staphylococcus epidermidis* 4/12; y el endocardio valvular más afectado fue el aórtico 4/12 y el mitral 4/12. La mortalidad relacionada con el acto quirúrgico fue de 8.33% 1/12.

En contraposición con los datos hallados en la bibliografía la indicación quirúrgica predominante fueron las embolias mayores y/o múltiples (SNC, bazo, pulmón, hígado, riñón).

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

INFLUENCIA DEL SEXO EN LA EVOLUCION INTRAHOSPITALARIA DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA.

Nuestra Experiencia.

Autores: Flores L A, Loayza J, Valiño M, Jacobo H, Marchetti M, Di Giorgio N, Molina E, Lombardo C, Nuñez Jara R, Gomez M, Driussi G, Esquivel G, Alonso G, Palavecino P.

Hospitales: Isidoro G. Iriarte, Quilmes. Evita Pueblo, Berazategui. Pcia. Buenos Aires. Argentina

Objetivos:

Determinar las diferencias por sexo de: Antecedentes y evolución clínica intrahospitalaria, en pacientes (p) con infarto agudo de miocardio (IAM) internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

Material y métodos

Se incluyeron en forma prospectiva 121 Pacientes (p) con diagnóstico de IAM, ingresados en forma consecutiva a las UTI de los Hospitales Iriarte de Quilmes y Evita Pueblo de Berazategui, ambos de la provincia de Buenos Aires, durante el 1 enero de 1999 a 31 diciembre de 2001. Se compararon 21 p mujeres (17 %) con 98 p hombres (17,6 %).

Estudio Observacional, longitudinal. Las variables discretas se expresan en porcentajes. La variables continuas como media y DS. Para las variables discretas se utilizo la prueba de Chi cuadrado, y para las continuas T de Student. Se utilizo una $p < 0,05$ como significación estadística.

Resultados:

La edad en las mujeres (M) fue de $62,6 \pm 13,2$ vs $54,8 \pm 9,5$ a. en hombres (H) ($p < 0.002$).

Los siguientes antecedentes fueron mas frecuentes en las mujeres: Diabetes (DBT) (38,1 % vs 12,2 % $p 0.004$), Hipertensión arterial (71,4 % vs 44,9 % $p 0.027$), Antecedentes familiares (28,6 % vs 11,2 % $p 0.04$), Obesidad (48 % vs 40 % $p 0.05$). Angor Crónico Estable (ACE) (23,6 % vs 12,2 % $p 0.05$).

El Tabaquismo fue mas frecuente en el H (86,7 en H vs 52,4 % en M $p < 0.001$).

Los restantes antecedentes no presentaron diferencias significativas entre ambos sexos: Dislipidemia (34,7 % en H. vs 52,4 % en la M. $p 0,130$), Sedentarismo (38,1 % vs 38,1 % p NS), Angor Progresivo (AP) (5,1 % en H vs 9,5 % en M. $p 0,043$), Angor de Reciente Comienzo (ARC) (17,3 en H vs 14,3 en M $p 0.0734$).

Al ingreso el Dolor Precordial fue mas frecuente en el H. (88,3 % H. vs 71,4 % M. $p 0,04$) y el Dolor Epigástrico en la M. (28,6 % M. vs 11,2 % H. $p 0,04$).

Durante la hospitalización las M. presentaron mayor incidencia de Insuficiencia Cardíaca (IC) moderada o severa (42,9 % M. vs 12,2 % H. $p 0.0008$), Shock Cardíogénico (19,0 % M. vs 6,1 % H. $p 0.05$) y Obito (23,8 % M. vs 8,2 % H. $p 0,03$).

Conclusiones.

1) Las Mujeres con relación a los Hombres: Presentaron mayor edad y mayor prevalencia de los antecedentes: Diabetes, Hipertensión Arterial, Obesidad, Antecedentes Familiares, ACE, dolor epigástrico al ingreso. Tuvieron peor evolución intrahospitalaria, con mayor Insuficiencia cardíaca, Shock Cardíogénico y Mortalidad.

2) Los Hombres con relación a las Mujeres. presentaron mayor prevalencia de tabaquismo y Dolor precordial

3) No hubo diferencias: En los antecedentes Dislipidemia, Sedentarismo, Angina Progresiva, Angor de Reciente Comienzo

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

¿SON PACIENTES DE MAYOR RIESGO LOS QUE TOMAN ASPIRINA PREVIAMENTE Y SE INTERNAN POR ANGINA INESTABLE?

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

INTRODUCCIÓN: De acuerdo a literatura mundial publicada, los pacientes (p) que están tomando aspirina (AAS) previamente a un cuadro de Angor Inestable (AI) es controvertida.

OBJETIVO: Establecer si los (p) con un cuadro de (AI) que están tomando (AAS) tienen un riesgo mayor al ingreso y en la evolución intrahospitalaria, lo que justificaría un tratamiento antitrombótico más agresivo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se evaluó la incidencia de TNT positiva y de End Point (EP) o sea de eventos isquémicos intrahospitalarios de los 379 pacientes que ingresaron al estudio multicéntrico TROTESATI, que evaluó el valor pronóstico del Trop test Sensitive que dosa la TNT cualitativa al ingreso de pacientes con AI. Los EP tenidos en cuenta fueron: IAMQ; IAM noQ; Insuficiencia Cardíaca (IC); Muerte y Angina Refractaria (AR). Se los dividió en 2 Grupos: G^oA: con AAS previa 157 pacientes y el G^oB sin AAS previa 222 pacientes.

RESULTADOS: La distribución de los pacientes de acuerdo al resultado de la TNT al ingreso: TNT (-): 41,9% G^oA y 58,1% G^oB y con TNT (+): 60% en el G^o A y 40% en el G^oB. Incidencia de TNT (+) al ingreso: G^o A: 25,5% y en el G^oB: 27%(p=0,74); Incidencia de EP (total): G^oA: 33,1% y G^oB 32,9% (p=NS); IAMQ: G^oA: 3,2% y G^oB: 5,4% (p=NS); IAM noQ: G^oA 10,8% y G^oB 15,8% (p=0,17); AR: G^oA: 0,6% y G^oB: 0,9% (p=NS); IAM + IAMnoQ + AR: G^oA: 16,6% y G^oB: 24,3% (p=0,07). Muerte: G^oA: 3,8% y G^oB 1,4% (=NS) e IC: G^oA: 3,2% y G^oB 4,5%-

CONCLUSIONES: 1. Al ingreso parecen tener igual riesgo los (p) que están tomando aspirina previa. 2. De acuerdo a la incidencia de EP intrahospitalarios parecerían estar en mayor riesgo los (p) que no estaban tomando AAS previamente. 3. Este hecho de confirmarse en una población mayor de (p) justificaría quizás ser más agresivo en el tratamiento antitrombótico.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

PACIENTES CON ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRÓNICA. SU EVOLUCIÓN EN TERAPIA INTENSIVA

Dres. Fernández Cid, G., Bracco, J.; Luciano, J.; Moseinco, M.

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital E. Tornú. Buenos Aires. Argentina

Objetivo: Estudiar la evolución de los pacientes internados en una Unidad de Terapia Intensiva polivalente con diagnóstico de Enfermedad Obstructiva Crónica (EPOC), y comparar su mortalidad con la prevista en el Score Apache II al ingreso.

Material y Método: Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva desde marzo de 1999 hasta marzo de 2001 que hubiesen sido internados por cuadros respiratorios agudos y que hubiesen sido colocados o no en asistencia respiratoria mecánica. Encontramos en nuestra base de datos en ese período 143 pacientes que cumplían con esa característica, de los mismos extractamos aquellos que específicamente fueron internados por EPOC, entendiendo por la misma a la denominación que aparece en las guías de diagnóstico de todos los manuales de Insuficiencia Respiratoria, obteniendo 36 pacientes.

Resultados: Los pacientes ingresados en este estudio fueron 30 del sexo masculino (83.33%) y 6 femeninos (16.67%), la edad media de los pacientes fue de 65 años con extremos de 46 y 85 años, fue necesario colocarlos en asistencia respiratoria mecánica al 77.7% de los mismos. El Score Apache de ingreso en la totalidad de la muestra fue de 20 de media presentando una mortalidad ponderada por el mismo para ese nivel de Apache de 30.26%, siendo la mortalidad real registrada de la muestra de 22.2% (8/36) habiendo sido todos ellos colocados en ARM. Los pacientes que no fueron ventilados mecánicamente tuvieron una mortalidad de 0%. El Score Apache de ingreso para ambos grupos fue 19 para los no fallecidos y 20,37 para los fallecidos, siendo la mortalidad calculada por el Score Apache de 30% y 30,95% respectivamente.

Conclusiones: La mortalidad para todo el grupo de pacientes fue menor que la prevista por el Score Apache de ingreso.

Los pacientes ventilados tuvieron una mortalidad superior como era esperado en este tipo de patología, sin embargo resultó menor que la ponderada por el Score.

En nuestro grupo de pacientes el Score Apache de ingreso parece mostrar una mortalidad superior a la que presentaron los enfermos no siendo un predictor fidedigno en este tipo de patología en nuestro caso, no siendo así en forma global en los pacientes con insuficiencia respiratoria que en ese caso como lo reportáramos en una comunicación anterior era un elemento predictivo de mortalidad.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

Título: COLOCACIÓN DE VÍAS VENOSAS CENTRALES CON GUÍA ECOGRÁFICA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE COAGULACIÓN.

Autores: G. A Cáceres, J. E. Méndez, E. M. Brunel, E. D. Soloaga, L. M. Seoane, E. E. Borsini, W. R. Zambón, M. A. Veltri, J. F. Chertcoff, J. E. Ubaldini.

Unidad de cuidados Intensivos Hospital Británico de Buenos Aires, Unidad de Cuidados Intensivos Sanatorio Las Lomas, San Isidro, Provincia de Buenos Aires.

Objetivo: Demostrar que la guía ecográfica es un método seguro y económico para la realización de accesos venosos centrales en pacientes con coagulopatía o que reciben medicación anticoagulante; sin requerir corrección de la coagulación.

Material y método: Desde el 01/09/00 al 30/02/01 se incluyeron 15 pacientes que presentaban trastornos de coagulación, definido como tiempo de protrombina < 50% KPTT > 50 segundos o un recuento de plaquetas < 50000; todos ellos con indicación de acceso venoso central para nutrición parenteral, monitoreo Hemodinámico o marcapaseo transvenoso. Se procedió a la colocación del cateter venoso por punción según técnica bajo guía ecográfica, sin la administración previa de factores de coagulación o plaquetas. La realización de los procedimientos estuvo a cargo de médicos residentes de segundo y tercer año de Terapia Intensiva.

En 14 pacientes la vía de acceso fue yugular posterior, y en 1 paciente femoral. La causa de la coagulopatía en 12 pacientes fue el fallo multiorgánico secundario a sepsis y en 2 la administración de Acenocumarol.

Se analizaron la incidencia de complicaciones mecánicas y los costos.

Resultados: No se observaron complicaciones mecánicas (hematomas, sangrado o neumotórax) en ningún caso, en 1 paciente no se logró la colocación del cateter por la presencia de trombosis venosa diagnosticada durante el procedimiento.

El costo adicional en nuestro medio por el uso de la ecografía fue de \$116, en tanto que la administración de factores de la coagulación o hemoderivados para corregir la coagulopatía representaría un gasto estimado entre un mínimo de \$668 y un máximo de \$2108, por procedimiento; con un promedio de \$1154.

Conclusiones: En el grupo de pacientes estudiados, con trastornos severos de la coagulación, la guía ecográfica resultó ser un método seguro y económico para la colocación de accesos venosos centrales, sin requerimiento de corrección de la misma.

Consideramos de utilidad la realización de un estudio comparativo para validar los resultados de nuestra experiencia.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

TRAQUEOSTOMIAS PERCUTANEAS. PRIMERAS EXPERIENCIAS

Autores: J. Ojeda, J. Cialzeta, K. Surt, M. Barbieri, R. Velazquez, D. Duarte, E. Perrault, A. Benitez, G. Imbelloni, M. Ramos, L. Huespe, C. Mizdraji, L. Sosa, S. Lazzeri.

Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Escuela "José F. de San Martín". Corrientes. Argentina.

Introducción: La traqueostomía percutánea es un procedimiento realizado con relativa frecuencia en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Existen diferentes técnicas para su realización, en nuestro servicio adoptamos la técnica descrita por Ciaglia et al. mediante el empleo de dilatadores de calibre creciente hasta adecuar el traqueostoma al diámetro de la cánula a insertar.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia inicial en traqueostomias percutáneas.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes de nuestra unidad de cuidados intensivos de adultos medico-quirúrgicos, que requirieron traqueostomías en el período que va desde enero hasta Abril de 2001.

Se excluyeron todos aquellos pacientes que presentaban al momento del procedimiento contraindicaciones absolutas: infección en el sitio de punción, coagulopatías, tumores y cirugías de cuello previas.

Las intervenciones se realizaron dentro del ámbito de la terapia intensiva y las indicaciones fueron las mismas utilizadas para las traqueostomias convencionales.

El equipo de operadores estuvo formado por médicos del servicio y en todos los casos se aplicó la técnica anteriormente mencionada.

Se registraron los datos de edad, sexo, APACHE II al ingreso y aquellas complicaciones que se presentaron durante el procedimiento.

Resultados: Fueron incluidos 12 pts. (8 hombres y 4 mujeres) con una edad promedio de 43 años y un APACHE II de ingreso 13.4 puntos.

La media de los tiempos utilizados hasta finalizar la técnica fue de 9.1 (7-15) minutos.

Los pacientes permanecieron en promedio con 6.9 (3-13) días de tubo orotraqueal.

Ingresaron al estudio 4 pacientes con diagnóstico de Politraumatismo grave, 2 Neumonías adquiridas en la comunidad, 2 Accidentes Cerebrovasculares Hemorrágicos, 2 Postoperatorio de cirugía abdominal, 1 Esclerosis Múltiple y 1 con Shock Séptico y SDOM.

Dentro de las complicaciones encontradas durante el procedimiento, 4 pacientes presentaron Hemorragias Leves en el sitio de la punción y 2 rotura del manguito orotraqueal, hay que destacar además que en ningún caso se tuvo que recurrir a la técnica convencional para completar el mismo.

Conclusión: La traqueostomía percutánea es un procedimiento que puede ser realizado en la misma unidad de cuidados intensivos y que a pesar de la simplicidad y la rapidez, ésta técnica no está exenta de complicaciones, siendo las encontradas por nosotros hasta este momento escasas y de fácil control.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

VENTILACION EN DECUBITO PRONO EN UN PACIENTE EN POSOPERATORIO DE CIRUGIA DE REVAS- CULARIZACION MIOCARDICA CON INJURIA PULMONAR AGUDA GRAVE.

P.Pratesi, H.Fernández, G.Parra, S.Cosenza, J.Bilbao, A.Hita, A.Priolo.

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario AUSTRAL. Pilar, Pcia.de Buenos Aires

Introducción:

La ventilación en decúbito prono (VDP) es una modalidad ventilatoria de creciente uso en los pacientes con síndrome de distres respiratorio agudo. Si bien su uso se documentó inicialmente en la década del '30, recién en los '80, con los trabajos de Langer, se comienza a utilizar asistencialmente.

Dentro de las dificultades de este método, el rotar frecuentemente al paciente es una de las limitantes más importantes para su práctica. Los impedimentos propios de cada paciente, entre ellos drenajes, accesos vasculares y alteraciones anatómicas incrementan los riesgos y el requerimiento de personal en cantidad y entrenamiento adecuados.

Caso Clínico:

Presentamos un caso de injuria pulmonar aguda (IPA) grave en un paciente de 62 años que ingresó a nuestro hospital con diagnóstico de infarto agudo de miocardio evolucionado, encontrándose lesión severa de 3 vasos en la coronariografía, por lo que se decidió realizar revascularización quirúrgica. Al momento de realizar la esternotomía se constató derrame pericárdico purulento, confirmándose bacteriológicamente una pericarditis a *Estafilococo Aureus*.

En el posoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica (CRM), desarrolló cuadro de Shock Séptico, con fallas hemodinámica, respiratoria y renal.

La Insuficiencia Renal Aguda requirió hemodiálisis. Se le practicó hemofiltración arterio-venosa continua durante 5 días.

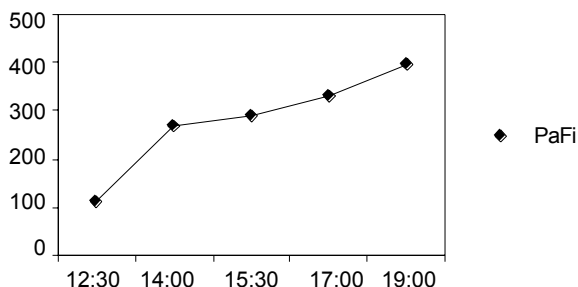
Desde el punto de vista respiratorio, presentó hipoxemia refractaria a la elevada FiO₂ (80%) y nivel de PEEP (12 cmH₂O). Realizamos ventilación en dec con lo que mejoró la gasometría, manteniendo los niveles de PaO₂/FiO₂ alcanzados, incluso cuando retornó a la ventilación en decúbito supino.

Luego de 21 días de internación, el paciente se fue de alta con normalización de la función renal y mejoría del cuadro respiratorio.

Discusión:

Consideramos que si bien esta modalidad ventilatoria no se usa rutinariamente en los pacientes en posoperatorio de cirugía de revascularización miocárdica, su implementación es factible, y su beneficio evidente en aquellos con hipoxemia refractaria a las modalidades convencionales de asistencia respiratoria mecánica.

Presentamos este caso ya que no hemos encontrado en la literatura especializada el uso de VDP en el posoperatorio de CRM como una modalidad ventilatoria para estos pacientes.



El gráfico muestra la tendencia de la PaO₂/FiO₂ durante las horas de Ventilación en Decúbito Prono, iniciada a las 12:30 hs y finalizada a las 19:00 hs.

12º CONGRESO ARGENTINO DE TERAPIA INTENSIVA

FÍSTULA BRONCOPLEURAL Y ARDS : UN PULMON DURO DE ROER

M. Choy, M. Mansilla, O. Maldonado, L. Meirotti, J. Teves
Servicio de Terapia Intensiva, H.I.G.A. Oscar Alende – Mar del Plata

La patología pulmonar predominantemente unilateral que requiere ventilación mecánica es siempre un problema de difícil abordaje, ya que el tratamiento convencional puede empeorar el intercambio de gases e incluso injuriar al pulmón menos enfermo .

La fistula broncopleural asociada al síndrome de dificultad respiratoria aguda combina el incremento de la compliance del pulmón involucrado en la fistula con la compliance típicamente disminuida del segundo.

Se presenta el caso de un paciente de 26 años, de sexo masculino admitido al Servicio de Terapia Intensiva luego de sufrir politraumatismo por caída libre. Presentando trauma de cráneo (AIS 3) , trauma de tórax (AIS 4), (múltiples fracturas costales, hemo neumotorax y contusión pulmonar) y trauma esquelético (AIS2). TSR= 9, ISS= 29, APACHE II=19.

Se colocó un tubo de drenaje pleural derecho para evacuar el hemo neumotorax y rápidamente por insuficiencia respiratoria se inició ventilación mecánica objetivándose de inmediato una fistula broncopleural (Score IPA=3.5).

Con ARM convencional en presión control con volúmenes corrientes menores de 7 m/kg. desarrollo progresiva hipoxemia requiriendo altos niveles de PEEP (16) y FiO2 100% .por lo que se intentó ventilación en posición prona mostrándose como respondedor.(mejoría Pa/FiO₂>20)

	pH	PCO ₂	PO ₂	Pa/FiO ₂
SUPINO	7.16	72	86	86
PRONO	7.50	41	150	300

La mejoría se mantuvo por 48 hs. entonces mayor hipoxemia determino la necesidad de mas PEEP y la fistula supero el 50% del volumen tidal y sobrevino acidosis respiratoria. Se decidió entonces ventilación pulmonar independiente (VPI) asincrónica, previa intubación con tubo doble lumen guiada por broncoscopia, con dos ventiladores (Siemens 900C). en modo PCV, con diferente niveles de PEEP y de delta P, lo cual permitió disminuir la fistula, mejorar la hipercapnia y oxigenación.

	pH	PCO ₂	PO ₂	Pa/FiO ₂
ARM conv.	7.22	80	75	75
VPI	7.36	60	121	151

Un nuevo deterioro funcional pulmonar obligo a combinar 2 técnicas de ventilación no convencional VPI asincrónica con posición prona con éxito.

	pH	PCO ₂	PO ₂	Pa/FiO ₂
VPI supino	7.16	95	121	121
VPI prono	7.42	53	123	246

Cuando la diferencia en PEEP entre los dos circuitos fue menor de 5 ,la delta P de PCV fue similar en ambos respiradores y disminuyo la perdida por la fistula a menos de 25% del VT, se paso nuevamente a ARM convencional, permitiendo al día 18 iniciar el weaning con soporte de presión

	pH	PCO ₂	PO ₂	Pa/FiO ₂
PS 16 cm	7.42	49	121	242

CONCLUSIÓN: En una minoría de pacientes con patología pulmonar unilateral el soporte ventilatorio tradicional puede fallar obligando al uso de técnicas ventilatorias menos familiares (VPI combinado con posición prona) cuyo uso no esta protocolizado y requiere de un equipo de salud altamente comprometido con esta labor.